

Comité interuniversitaire, multidisciplinaire et indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la loi relatives à l'interruption de grossesse

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

Rapport académique à la demande de la majorité "Vivaldi"
au niveau fédéral

Comité interuniversitaire, multidisciplinaire et indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la loi relatives à l'interruption de grossesse

Avril 2023

Membres du Comité scientifique

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

Collaboratrices scientifiques

Aurélie Aromatario
Fien De Meyer

Soutien administratif

Vlaams Interuniversitaire Raad (VLIR)

Pour citer ce rapport : **Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique. Avril 2023**

Abréviations et terminologie

Avortement/Interruption de grossesse : Les termes “avortement” et “interruption de grossesse” sont utilisés dans ce rapport en tant que synonymes, avec pour signification l’interruption intentionnelle d’une grossesse impliquant la mort de l’embryon/foetus, soit par l’utilisation de médicaments, soit par une procédure chirurgicale. La notion d’intentionnalité vise à distinguer l’acte d’avortement de la fausse couche spontanée.

Avortement médical : Le terme avortement ‘médical’ est utilisé dans ce rapport pour désigner la décision d’interrompre une grossesse, le plus souvent désirée, en raison d’une ou plusieurs pathologies graves affectant le fœtus ou la femme enceinte. Il ne doit pas être confondu avec l’avortement médicamenteux, qui fait référence à la méthode médicamenteuse en deux étapes visant à interrompre une grossesse.

Avortement à la demande : Le terme d’avortement à la demande est utilisé dans ce rapport pour désigner une interruption de grossesse à la demande de la femme enceinte, pour laquelle la loi n’exige pas de justification spécifique.

Femme/Femmes : L’utilisation du terme femme/femmes dans ce rapport entend inclure toute personne capable de devenir enceinte. Le Comité scientifique reconnaît que toute personne ayant cette capacité et/ou demandant un avortement n’est pas une femme.

Le Comité scientifique : Le Comité scientifique d’évaluation de la loi et de la pratique de l’avortement est composé des représentants désignés par les 7 universités belges qui disposent d’un cursus médical complet. Ensemble, ils forment un comité scientifique indépendant qui a la responsabilité de piloter le processus d’évaluation de la loi et de la pratique de l’avortement en Belgique. Le travail du Comité scientifique est alimenté par quatre groupes de travail multidisciplinaires et thématiques.

Groupes de travail (GTs) : Le Comité scientifique a réparti les travaux de recherche et les débats entre 4 groupes de travail multidisciplinaires et thématiques. Les groupes de travail ont abordé les thèmes suivants : GT1) Fonctionnement actuel et améliorations potentielles dans les centres et les hôpitaux en ce qui concerne l’interruption de grossesse pour cause psycho-sociale dans le délai actuel, y compris les questions de prévention et suivi ; GT2) Les inter-

ruptions de grossesse pour raison médicale ; GT3) La question de la prise en charge des demandes d’interruption de grossesse pour cause psycho-sociale au-delà de 12 semaines y compris par l’analyse de la comparaison internationale ; GT4) La loi sur l’IVG : éthique et droit.

Loi IVG : Loi relative à l’Interruption Volontaire de Grossesse

Avortement médicamenteux : il est défini comme l’utilisation de médicaments (généralement une combinaison de deux) qui provoquent une interruption de grossesse, sans qu’il soit nécessaire de recourir à la chirurgie, à des instruments ou à une anesthésie générale.

Avortement chirurgical : il se définit en tant que procédé d’évacuation instrumentale de l’utérus, impliquant la préparation et la dilatation du col de l’utérus puis l’extraction des parties du fœtus et du placenta, soit par aspiration à l’aide d’un dispositif d’aspiration, soit par extraction à l’aide de forceps (également appelée “dilatation et évacuation”).

Âge gestationnel : exprime l’âge d’une grossesse. Il peut être exprimé en tant qu’âge de la grossesse depuis la conception ou depuis le premier jour des dernières règles. On considère généralement que la conception a lieu environ 14 jours après le début de la dernière menstruation. Pour éviter toute ambiguïté dans ce rapport, l’âge gestationnel y est généralement exprimé en semaines post-conception, ce qui correspond à la Loi IVG, suivi occasionnellement de l’âge en semaines d’aménorrhée entre parenthèses.

Exemple : 12 semaines de grossesse PC (14 SA)

SA : (âge gestationnel en) semaines d’aménorrhée

PC : post-conception

VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

Centre pratiquant l’avortement : Établissement extra-hospitalier pratiquant des avortements

NIPT / TPNI : test pré-natal non invasif (le sigle anglophone et néerlandophone NIPT est le plus courant et c’est celui qui est employé de manière préférentielle dans ce rapport).

Mot des co-présidents

Le rapport ci-dessous met 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 et où s’entrechoquent des valeurs fondamentales et 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.

Bruxelles, avril 2023

Kristien Roelens Yvon Englert

Co-Présidents

Table des matières

1	Synthèse	8	3	Analyse de la législation relative à l'avortement	50
1.1	Rétroactes et méthodologie	8	3.1	La loi belge relative à l'interruption (volontaire) de grossesse 1990/2018	50
1.2	Comment interpréter l'attention actuelle à la question de l'IVG et la demande du monde politique ?	10	3.1.1	Historique et structure	50
1.3	Brève présentation de l'état de la législation sur l'IVG et de la réalité de terrain en Belgique	11	3.1.2	Principale terminologie : « avortement/vruchtafdrijving » - « volontaire » - « interruption de grossesse »	51
1.4	Recommandations commentées du Comité scientifique.	13	3.1.3	Conditions pour une interruption volontaire de grossesse légale	56
1.4.1	La prévention de la grossesse non désirée et l'IVG la plus précoce possible	13	3.1.4	Refus de concourir à l'avortement et obligation de référer	71
1.4.2	L'inscription de l'IVG dans le cadre législatif des soins de santé.	15	3.1.5	Sanctions pénales en cas d'interruption volontaire de grossesse illégale	73
1.4.3	L'interruption de grossesse a la seule demande de la femme	16	3.1.6	Le délit d'entrave à l'accès à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse	74
1.4.4	L'extension de l'autorisation de l'IVG au-delà de 12 semaines post-conception (14 SA)	19	3.1.7	Commission Nationale d'Évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse	75
1.4.5	L'accès à l'avortement au plan financier	24	3.2	L'avortement au prisme des droits humains	77
1.4.6	L'interruption de grossesse pour indication médicale	25	3.2.1	Droit à la vie	77
1.4.7	La question des prestataires de soin, un élément clé de l'applicabilité de la loi	28	3.2.2	Droit au respect de la vie privée	78
1.4.8	Enregistrement, collecte de données et rôle de la Commission Nationale d'Évaluation de l'interruption de grossesse	29	3.3	Avortement et droit constitutionnel	82
1.4.9	Structure et terminologie de la loi	30	3.4	Potentielles réformes liées au statut légal de l'avortement	84
1.4.10	Les sanctions pénales	30	3.4.1	Qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé	84
1.4.11	Communication et information au sujet de l'avortement	31	3.4.2	Dépénalisation de l'avortement volontaire	89
1.4.12	Confidentialité de soins relatifs à l'avortement	31	3.4.3	Inscription du droit à l'avortement dans la Constitution	97
1.4.13	Droit à l'avortement et Constitution	32	4	Analyse des principes éthiques et arguments politiques liés aux débats sur l'avortement	104
	En conclusion	33	4.1	Principes éthiques et enjeux fondamentaux dans les débats sur l'avortement	104
	Remerciements	33	4.1.1	Autonomie, égalité, citoyenneté et justice reproductive	104
2	Contexte historique et sociétal de l'avortement	36	4.1.2	Statut moral de l'embryon/foetus	106
2.1	L'entrée tumultueuse de la question reproductive dans le XXème Siècle	38	4.1.3	Perception de la douleur par le foetus	106
2.2	La question de santé publique et la lutte contre l'avortement clandestin.	40	4.1.4	Principe de viabilité foetale	110
2.3	Evolution historique et socio-politique de la revendication féministe sur le droit à l'avortement depuis 1970.	43	4.1.5	Avortement sélectif sur la base du sexe	114
2.3.1	Les fondements féministes de la revendication du droit à l'avortement et les expressions nationales en Belgique et dans les pays voisins	43	4.2	Typologie des arguments influençant les législations sur l'avortement	117
2.3.2	Transnationalisation du féminisme et légitimation de la revendication en termes de droits humains dans les années 1980-1990	45	4.2.1	Argument relatif à la valeur absolue de la vie du foetus	118
2.3.3	Articulation entre droit à l'avortement comme libre disposition de soi et droit d'accès à un avortement sûr et légal dans le féminisme depuis les années 2000	46	4.2.2	Argument relatif à la valeur des deux vies (foetus et femme enceinte)	119
	Conclusion	49	4.2.3	Logique de la valeur graduelle de la vie foetale	121
			4.2.4	L'avortement et la question des droits	126
			4.2.5	Approche en termes de santé publique	129
			4.2.6	Approche technique : procédures et techniques disponibles et risques associés	133
			4.2.7	Cadrage actuel en Belgique	135

5	Analyse de la pratique de l'avortement	138	6.3	Options pour la détermination d'une extension de la limite d'âge gestationnel	235
5.1	Techniques d'avortement	138	6.3.1	Pas de limite d'âge gestationnel pour l'avortement à la demande	238
5.1.1	Bref historique des techniques d'avortement au XXe siècle	138	6.3.2	Limite d'âge gestationnel à 22 semaines post-conception (24 SA)	239
5.1.2	Avortement médicamenteux	140	6.3.3	Limite d'âge gestationnel à 20 semaines post-conception (22 SA)	241
5.1.3	Avortement chirurgical	144	6.3.4	Limite d'âge gestationnel à 18 semaines post-conception (20 SA)	242
5.1.4	Usages actuels selon le contexte	146	6.3.5	Conclusions concernant la détermination d'une limite d'âge gestationnel maximale	243
5.1.5	Complications	147	6.4	Infrastructures et organisation pratique	245
5.2	La pratique de l'avortement à la demande	152	6.4.1	Type d'établissement	245
5.2.1	Bref historique de la formalisation du champ professionnel de l'avortement en Belgique	152	6.4.2	Nombre de patientes	246
5.2.2	Interruption de grossesse à la demande en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Région flamande	153	6.4.3	Répartition	247
5.2.3	Qualité des soins dans le processus d'avortement	160	6.4.4	Services médicaux à fournir	247
5.2.4	Agencité de la patiente tout au long du processus	169	7	Autres sujets à prendre en considération	250
5.2.5	Consultation psycho-sociale non suivie d'un avortement	177	7.1	Prévention	250
5.2.6	Accès à l'avortement	178	7.1.1	Contraception	250
5.3	La pratique de l'avortement pour raison médicale	187	7.1.2	Gestion et diffusion de l'information	256
5.3.1	Nombre d'interruptions de grossesse pratiquées pour des raisons médicales	187	7.2	Financement de l'avortement	258
5.3.2	Affections pour lesquelles une interruption de grossesse est pratiquée au-delà de 12 semaines de grossesse	192	7.2.1	Formes de financement	258
5.3.3	Diagnostic (prénatal) et qualité des soins	197	7.2.2	Financement de l'avortement en Belgique	259
5.3.4	Accompagnement et processus décisionnel de l'interruption médicale de grossesse	198	7.3	Ressources humaines	261
5.3.5	Soins de suivi et soutien administratif après une interruption de grossesse	201	7.3.1	Prestataires de soin pour l'avortement du premier trimestre	261
5.3.6	La loi sur l'interruption de grossesse pour raisons médicales graves au-delà de 12 semaines : aperçu de la pratique	202	7.3.2	Prestataires de soin pour l'avortement du deuxième trimestre	263
6	Demands d'avortement au-delà de 12 semaines post-conception	212	8	Liste des recommandations	264
6.1	État des lieux de la question des demandes d'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse	212	9	Références	276
6.1.1	Situation actuelle en Belgique : quelques chiffres	212			
6.1.2	Causes possibles des demandes d'avortement au-delà du délai de 12 semaines de gestation	218			
6.1.3	Les motifs d'avortement au cours du deuxième trimestre	225			
6.1.4	Voyager à l'étranger comme alternative aux restrictions légales	224			
6.2	Options en termes de dispositions légales dans le cas d'une extension de la limite de l'âge gestationnel pour l'avortement	229			
6.2.1	Extension du délai dans le cadre légal actuel de l'interruption volontaire de grossesse	230			
6.2.2	Extension du cadre légal actuel de l'interruption volontaire de grossesse avec des dispositions spécifiques	231			
6.2.3	Extension du cadre légal actuel relatif aux avortements médicaux	232			
6.2.4	Conclusions relatives aux dispositions légales	234			

1. Synthèse

1.1 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**.

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 Verlaeckaert, 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.

1.2 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 acheteables 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.

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.

1.3 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 mémorandum 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 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 stigmate parfois encore associé à l'interruption de grossesse. L'apparition de la notion de délit d'en-trave 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.

1.4 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.

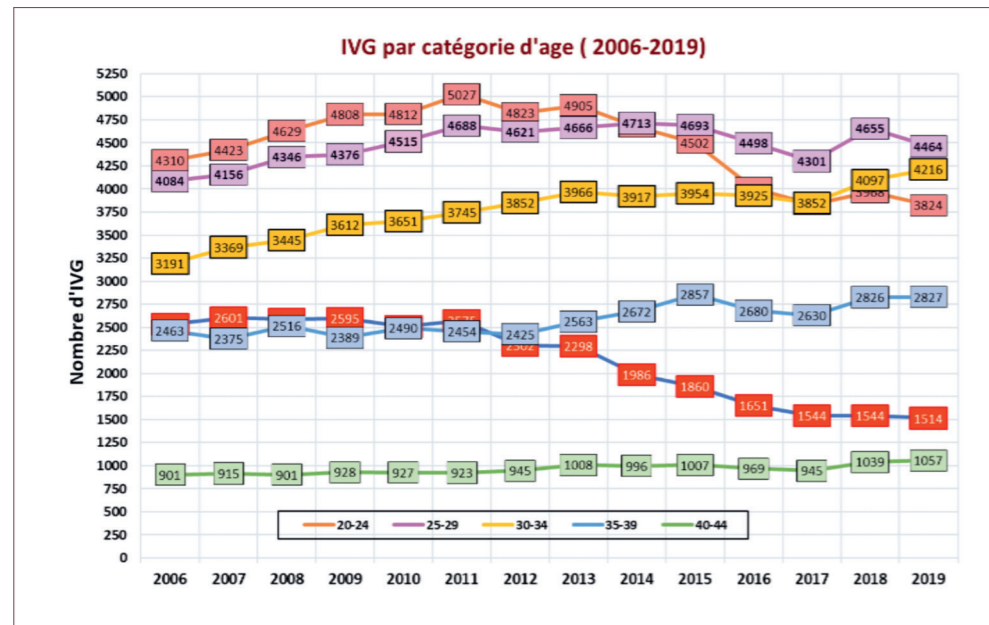
1.4.1 La prévention de la grossesse non désirée et l'IVG la plus précoce possible

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]**



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.

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 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 régit, 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.

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

La loi de dépenalisation 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 régit 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]**

1.4.3 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]**

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 principal, 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 principale, 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]**

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 inté-

grante 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 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]**

1.4.4 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 fœtale. 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 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 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 (néerlan-

daises 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 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 dispositions 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.

1.4.5 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]

1.4.6 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]**

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]**

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]**

1.4.7 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.

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

1.4.8 Enregistrement, collecte de données et rôle de la Commission Nationale d'Évaluation 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 scientifique 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]**

1.4.9 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.

1.4.10 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 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]**

1.4.11 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]**

1.4.12 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]**

1.4.13 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 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 ».

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.

2. Contexte historique et sociétal de l'avortement

Contribution de Bérengère Marques Pereira & Yvon Englert

L'interruption de grossesse est une pratique vieille comme l'humanité : si, au IV^e siècle avant Jésus Christ, Hippocrate a jugé utile de l'interdire dans son fameux serment « [...] semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif [...] » (serment d'Hippocrate, traduction d'Emile Littré Paris 1839), c'est que cela se pratiquait déjà.

Mais les débats actuels peuvent être rattachés à une période de 2 à 3 siècles débutant au 18^e siècle et sont à rapprocher de quatre dimensions de notre histoire contemporaine : la question démographique (en Europe entre 1850 et 1920), la laïcisation de la société et plus particulièrement l'émancipation des femmes et les avancées de santé publique.

L'interruption de grossesse prend des proportions importantes suite à l'explosion démographique initiée par la chute de la mortalité infantile vers la moitié du 18^e siècle. Le nombre d'enfants par famille devient alors d'autant plus problématique qu'il se combine à une urbanisation massive impliquant des logements exigus et chers et à une pauvreté extrême des classes ouvrières. Or, particulièrement en France où les guerres napoléoniennes ont largement puisé dans la population jeune des campagnes², la natalité « trop basse » par rapport à celle de l'Allemagne est vue par le pouvoir comme un élément inquiétant. « Faire des enfants pour la patrie » apparaît stratégique au rayonnement de la France, à sa rivalité d'avec l'empire allemand et au peuplement des colonies. Il en résulte une politique de lutte contre toutes les stratégies de contrôle des naissances, que ce soit la contraception ou l'avortement. Se retrouve alors un espace de coalition (voire de collusion) entre l'Église et l'État qui, pour des raisons différentes, mais complémentaires, s'opposent à ce qu'on appelle alors « un crime contre l'ordre des familles et contre la moralité publique ». C'est dans ce contexte qu'est pris l'article du code Napoléon de 1810 qui réprime l'avortement et qui est libellé comme suit (Article 317) :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est ensuivi.

² Napoléon aurait affirmé : « J'ai 100.000 hommes de rente » (Dupâquier, 1970).

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu ».

On retrouve une évolution similaire en Angleterre, qui adopte en 1861 dans le « Offences Against the Person Act (OAPA) » deux sections consacrées spécifiquement à la répression de l'avortement, à savoir les articles 58 : “unlawful procurement of miscarriage” by pregnant women or others, et article 59 « supplying or procuring an instrument or ‘poison or other noxious thing’ knowing it is intended to be used to procure the miscarriage of a woman », textes qui criminalisent tant la femme ou personne qui avorte que celui qui lui en procure les moyens. (Sheldon and Wellings, 2020)

Dans la suite de l'indépendance de la Belgique, le code pénal de 1867 reprend ces notions du Code Napoléon de 1810 dans les articles 348 à 353 avec cependant des différences notables :

« Article 348 Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments, violence ou par tout autre moyen, aura, à dessein, fait avorter une femme qui n'y a point consenti, sera puni de la réclusion. Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué.

Article 349 Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six francs à trois cents francs. Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante francs à cinq cents francs.

Article 350 Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen, aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de deux ans à cinq ans, et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

Article 351 La femme qui, volontairement, se sera fait avorter sera punie d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de cents francs à cinq cents francs.

Article 352 Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, et aux travaux forcés de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti.

Article 353 Dans les cas prévus par les articles 348, 350, 351 et 352, si le coupable est médecin, chirurgien, accoucheur, sage-femme, officier de santé ou pharmacien, les peines respectivement portées par ces articles seront remplacées par la réclusion, les travaux forcés de dix ans à quinze ans ou de quinze ans à vingt ans, selon qu'il s'agit de l'emprisonnement, de la réclusion ou des travaux forcés de dix ans à quinze ans. »

Le passage du code de 1810 au code de 1867 est commenté de la manière suivante par Stéphanie Villers (Villers, 2013) :

« Entré en vigueur le 15 octobre 1867, le Code pénal belge pose une véritable avancée en prenant en compte des circonstances telles que le non-consentement de la femme, le décès de l'avortée, l'avortement involontaire ou la tentative d'avortement. Par contre, l'avortement est la première infraction reprise sous le titre VII – livre II : « Des crimes et des délits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique ». Contrairement au Code de 1810, l'interruption volontaire de grossesse n'atteint plus, au niveau formel du moins, une personne, mais l'ordre des familles. Il s'agit d'une attaque contre la société et la morale. La portée de l'infraction est beaucoup plus large : l'avortement est davantage considéré sur le plan social que sur le plan individuel. Le cadre général de ces articles de loi a donc été fixé par ces puissants motifs que sont la sécurité de la famille et le respect des mœurs. Le législateur ne les explique pas, ce qui nous laisse supposer qu'ils vont de soi à l'époque. C'est donc davantage la protection de la famille que celle de l'enfant et encore moins celle de la mère que la législation s'efforce de garantir par les articles 348 à 353. Le fœtus n'est pas protégé pour lui-même en tant que futur enfant, mais bien en tant que membre d'une famille, la valeur phare de la société d'alors. Ce fondement de la répression est propre à la loi belge.»

2.1 L'entrée tumultueuse de la question reproductive dans le XXème Siècle

Les États occidentaux se heurtent, en subordonnant les femmes à l'ordre des familles, aux mouvements féministes de l'époque. Ceux-ci promeuvent la limitation des naissances dans une vision d'émancipation des femmes, tant par l'observation que les femmes sont épuisées par les grossesses successives et la charge y afférant que dans une optique de lutte contre la mortalité maternelle, la mort en couches étant à cette époque une tragédie redoutable et fréquente. On peut rappeler que l'ouverture du premier centre de planning familial à lieu à Brooklyn en 1916 par Margaret Sanger (qui sera pour cela poursuivie et emprisonnée) suivi rapidement en Europe à Londres en 1921 sous l'influence de Marie Stopes, toutes deux militantes féministes qui fondaient leur action sur la promotion de la contraception.

C'est dans ce contexte qu'en France, en Angleterre et en Belgique on voit se durcir à cette époque les législations réprimant tout prosélytisme en faveur tant de la contraception que de l'avortement. En Belgique, probablement en écho à la loi française du 31 juillet 1920 qui lui est très similaire, c'est en 1923 qu'est votée une loi réprimant tant la promotion de la contraception que de l'avortement, mis sur le même pied. Déjà déposée 10 ans plus tôt par le catholique Carton de Wiart, elle est votée dans la foulée du carnage de la grande guerre et montre la force du souci démographique de l'époque.

Ces dispositions de 1923 sont insérées dans l'article article 383 du code pénal. Si ce dernier a vu sa terminologie légèrement modifiée au cours des ans, il est repris ci-dessous tel qu'avant son abrogation en 2018.

“Sera puni de mêmes peines

Quiconque aura, soit par l'exposition, la vente ou la distribution d'écrits imprimés ou non, soit par tout autre moyen de publicité, préconisé l'emploi de moyens quelconques de faire avorter une femme, aura fourni des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ou aura fait connaître, dans le but de les recommander, les personnes qui les appliquent.”

et

“Quiconque aura exposé, vendu, distribué, fabriqué ou fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité les drogues ou engins spécialement destinés à faire avorter une femme ou annoncés comme tels”

Voici ce qu'en dit Stéphanie Villers dans le chapitre « La question de la dénatalité et la loi de 1923 »:

« En 1923, le législateur belge complète l'article 383 du Code pénal par une loi réprimant les propagandes contraceptives et abortives. Dorénavant, cet article, qui inaugure le chapitre consacré aux outrages publics aux bonnes mœurs, ne vise plus seulement à empêcher la diffusion de l'obscénité, il veut également enrayer deux propagandes nocives pour l'ordre des familles. Le catholique Carton de Wiart, auteur de la proposition de loi, souligne, lors des discussions parlementaires, le caractère nouveau de cette double menace :

« Ce double danger, qui éclate aujourd'hui aux yeux de tous les législateurs n'existait pas ou n'existait guère lors de la rédaction du Code pénal en 1810. Il n'existait pas non plus à un degré inquiétant lorsque le parlement belge discuta le Code pénal en 1867 »³.

³ *Annales Parlementaires*, Chambre des Représentants, 1921-1922, Discussions, 22 mars 1922, p. 458.

Mais quel « péril » se cache derrière les propagandes anticonceptionnelles et abortives ? Ces propagandes sont considérées comme dangereuses parce qu'elles incitent à la maîtrise de la fécondité. Depuis la seconde moitié du XIXe siècle en Belgique, la limitation des naissances entre progressivement dans les mœurs. Mais, dans un contexte de montée des nationalismes, cette évolution n'est pas vue d'un bon œil par les dirigeants. En effet, si les familles « fournissent » moins d'enfants à la patrie, c'est l'avenir même de la nation qui est en jeu. À l'aube du XXe siècle, la crainte du dépeuplement et de la disparition du pays absorbé par une puissance étrangère hante les gouvernements belge et français. La lutte contre l'ennemie intérieure, la restriction des naissances, est lancée. Elle est consacrée au lendemain de la Première Guerre mondiale par l'élaboration de mesures pénales expéditives. L'avortement est alors considéré comme un acte contraire aux intérêts de la société et de l'État. Plus que les modifications apportées par la loi du 20 juin 1923, c'est l'esprit du temps dans lequel s'insère cette loi qu'il importe de connaître et de comprendre. Car, si de nos jours, le recours aux contraceptifs semble presque évident, voire même logique, il ne faut pas perdre de vue que ce « privilège » est le fruit d'un long combat. Et au début du XXe siècle, rien n'est encore acquis dans ce domaine. Le souci de la race et de la patrie prime sur le bien-être des femmes » (Villers, 2013) .

Ce sont ces lois (la loi de 1867 et celle de 1923) qui prévalent jusqu'à la réforme de 1990. La convergence (sinon la coalition) entre la volonté de natalité de l'Église catholique soucieuse de voir grandir ses ouailles (« *Soyez féconds, multipliez, remplissez la terre et assujettissez-la [...]* » Genèse 1: 18) et la question démographique explique le lien entre la répression de la contraception et de l'avortement, alors qu'il semblerait plus logique, dans une vision de prévention de la question de l'avortement, d'investir dans une politique de promotion de la contraception. Il faut néanmoins y voir aussi un aspect de contrôle sexuel (des femmes) en associant sexualité et risque de la grossesse.

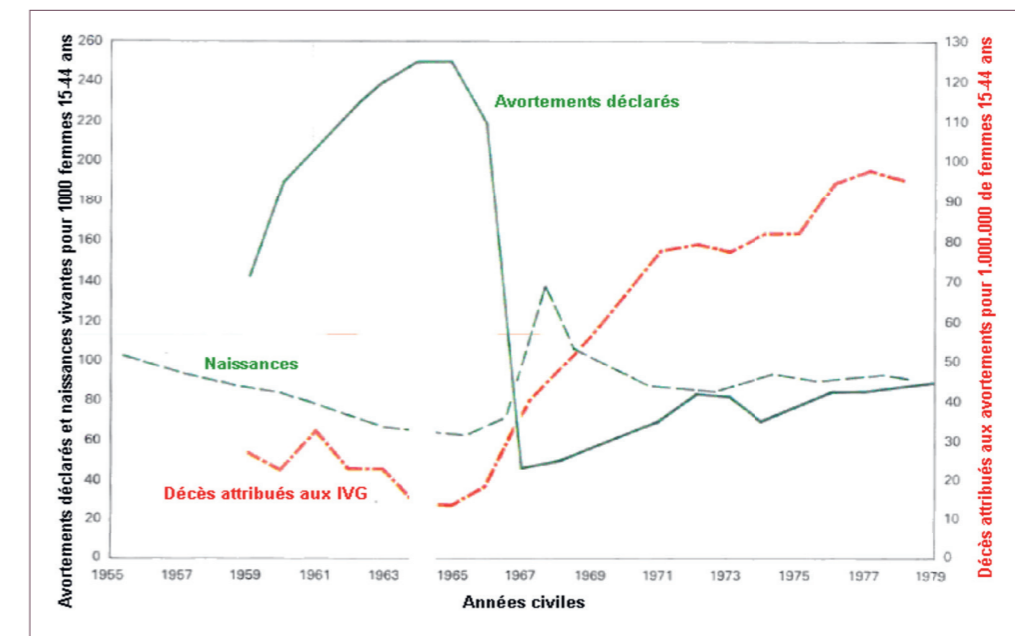
2.2 La question de santé publique et la lutte contre l'avortement clandestin.

L'après-guerre est marqué par l'accélération des actions en faveur de l'autonomisation des femmes qui acquièrent enfin en Belgique, par les lois de 1948, le droit de vote aux élections de la Chambre des Représentants, du Sénat et des Provinces. Cette avancée doit sans doute le lire aussi à la lumière de la place essentielle prise par les femmes dans la vie active et la vie sociale pendant la guerre, particulièrement au sud du pays où les soldats resteront prisonniers de guerre jusqu'à la libération.

C'est durant cette période que la revendication d'accès à la contraception et à l'avortement va aller grandissant de la part des mouvements de femmes, mais aussi de la part de médecins et de représentants de la santé publique qui s'inquiètent de la mortalité et de la morbidité liés aux avortements clandestins alors que des progrès considérables sont enregistrés dans la sécurité de la grossesse et de l'accouchement (De Brouwere, 2007).

Dans les années 60 une expérience « grandeur nature » en Roumanie née de l'obsession nataliste du Président Ceausescu (le décret 770 de 1966 qui interdit brutalement l'avortement pratiqué jusque-là de manière accessible et sécurisée en Roumanie) va illustrer à la fois la détermination des femmes à avorter et la mortalité de l'avortement clandestin.

Figure 1 : Roumanie : Avortements, naissances et décès entre 1955 et 1979



Source : (Henshaw, 1986)

La brutale croissance de la natalité a été transitoire et la chute de la natalité a repris dès les années 67-68 avec une augmentation importante des décès maternels attribués aux avortements clandestins, même s'il subsiste des débats quant à l'importance des décès maternels liés aux pratiques abortives souterraines (Muresan, 1996).

Il faut souligner l'importance qu'aura la contraception moderne, en réalisant la dissociation entre sexualité et reproduction, dans l'accélération de la libération sexuelle et des conquêtes féministes de l'après seconde guerre mondiale, avec l'introduction progressive des moyens contraceptifs à haute efficacité, le DIU (« le stérilet ») dès 1950, puis la pilule contraceptive dans le tournant de la décennie 1960. Il est utile de rappeler que c'est une féministe américaine, Katherine Mc Cormick (1875-1967), riche suffragette, qui financera les travaux de Pincus conduisant à la mise au point de la pilule contraceptive.

On peut aussi rappeler que la révolte de mai 68 démarre en France sur la question sexuelle avec l'occupation de la cité des filles de Nanterre pour protester contre l'interdiction faite aux garçons de monter dans les chambres (le mouvement du 22 mars)⁴.

L'Église s'inquiète de l'évolution des mœurs et accentue sa contrepression : sa condamnation traditionnelle de toute contraception (à l'exception de l'abstinence périodique) et de l'avortement est rappelée et durcie dans l'encyclique « *Humanae Vitae* » édictée par Paul VI le 27 juillet 1968.

En Belgique, le Dr Willy Peers apparaît comme une personnalité phare dès les années 50, où il est suspendu pour 6 mois par l'ordre des médecins (une mesure exceptionnelle) pour avoir diffusé une information sur les méthodes contraceptives, posé des stérilets et peut-être pour son engagement politique au parti communiste (Gubin and Jacques, 2018).

Défenseur infatigable de la santé accessible à toutes et tous, mais aussi de l'autonomie des femmes, le combat du Dr. Willy Peers pour la dépénalisation de l'avortement s'inscrit dans une vision globale de la santé reproductive, incluant éducation à la santé, accès à la contraception, promotion de « l'accouchement sans douleur » (importé d'Union soviétique) et de l'accès aisé et gratuit à l'avortement (Englert, communication personnelle).

L'article de de Clerck dans le courrier du CRISP de 1974 (De Clerck, 1974) illustre parfaitement la tension autour du débat à cette époque, débat suscité par l'arrestation de Willy Peers et son incarcération à Namur en 1973. Il y souligne les chiffres qui circulent à l'époque indiquant une mortalité maternelle 100 fois plus élevée pour les avortements clandestins par rapport à ceux pratiqués ouvertement en hôpital.

⁴ Nunès E, Le Nevé S. La mixité à la cité U, premier combat de Mai 68. *Le Monde* [Internet] 2018; Available from: https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/21/la-mixite-a-la-cite-u-premier-combat-des-soixante-huitards_5274113_4401467.html

2.3 Evolution historique et socio-politique de la revendication féministe sur le droit à l'avortement depuis 1970.

2.3.1 Les fondements féministes de la revendication du droit à l'avortement et les expressions nationales en Belgique et dans les pays voisins

2.3.1.1 Droit à l'avortement

Les droits des femmes à l'autodétermination, à l'autonomie et à l'égalité de genre, en matière de sexualité et de procréation, donnent lieu à une revendication majeure mise en avant par les mouvements féministes des années 1970 : la liberté reproductive. Le féminisme des années 1970 s'est avant tout développé sous la bannière du Mouvement de libération des femmes en France et dans les pays francophones et du Women's Liberation Movement au Royaume-Uni et aux États-Unis. À l'époque, l'aspect libertaire, issu de Mai 68, dominait le mouvement de libération des femmes. À travers le droit à la privacy, c'est une défense de l'intégrité corporelle de la femme confrontée à l'avortement qui est revendiquée, ainsi que l'autodétermination impliquant qu'elle puisse décider seule d'une question aussi intime. Dans cette optique, l'autonomie de décision personnelle est vue comme une liberté positive et non pas seulement comme la liberté négative d'un choix libre de toute contrainte venant d'un tiers (le père, le mari, le conjoint), ou de la collectivité (l'État, une Église, l'opinion publique, le pouvoir judiciaire). Dans cette perspective, l'autonomie de décision n'est pas non plus un simple outil au service de la santé publique pour éradiquer l'avortement clandestin.

Durant cette décennie, la lutte en faveur de cette liberté s'est effectuée à travers une politisation de ce qui était vécu jusqu'alors comme intime, privé et tabou. Autrement dit, cette lutte a interrogé le périmètre même du domaine politique et l'a enrichi. Dès la rupture du tabou de l'avortement, dans les années 1970, les féministes ont réclamé la libre disposition de soi et de son corps dans le débat public émergent. Les slogans de l'époque (« Mon corps est à moi » ou « Our bodies, ourselves ») traduisent une volonté d'autodétermination des femmes, de contrôle sur leur corps, de liberté à l'égard des hommes. L'argument philosophico-politique qui sous-tend ce choix n'est pas tant l'idée de propriété de soi (le corps n'est pas une chose) que le droit à la liberté de la personne sur l'usage de son corps, (le slogan « Un enfant, quand je veux, si je veux ») et le droit à la privacy (ce qu'expriment les slogans « Maître de mon ventre » et « Baas in eigen buik » des manifestations des années 1970 pour la légalisation de l'avortement en Belgique, en France et aux Pays-Bas) (Marques-Pereira, 2021).

2.3.1.2 La désobéissance civile comme répertoire d'actions

Dans les années 1970, la lutte en faveur du droit à l'avortement consiste à transgresser le tabou qui pesait sur la pratique de l'IVG. Transformer une pratique éminemment intime en un enjeu public – soit un processus de politisation par excellence – a requis de briser la loi du silence qui entourait cette pratique. Tel est, par exemple, le sens des manifestes de femmes françaises (1971) puis belges (1973) proclamant publiquement avoir eu recours à un avortement, ce qui constitue alors une transgression

ouverte de la loi pénale. Elle exprime une résistance publique, non clandestine, non violente, de femmes qui ont eu recours à un avortement, ainsi que de médecins et de membres du personnel de la santé voire de militantes qui ont pratiqué des avortements sécurisés ou y ont pris part. En Belgique, les groupes féministes proches des milieux populaires, tels que les Dolle Mina (1969) en Flandre et inspirées du mouvement anarchiste hollandais Provo, et les Marie Mineure (1970) en Wallonie, sont les premiers à entreprendre des actions de rue sur base des slogans auxquels il est fait mention. Les Dolle Mina organisent des réseaux vers les Pays-Bas permettant d'y avorter en sécurité. Les Marie Mineur, elles aussi, décident de sortir l'avortement de la clandestinité : elles ouvrent le premier centre « SOS avortement » avec la complicité du docteur Peers, et d'autres gynécologues en Wallonie. Les Dolle Mina et les Marie Mineur sont confrontées aux grossesses non désirées et aux ravages des avortements clandestins. L'adoption, en 1967, d'une législation libérale en Grande-Bretagne (l'« Abortion Act » de 1967 applicable à tout le Royaume-Uni à l'exception de l'Irlande du Nord) et la situation de tolérance aux Pays-Bas (depuis 1970 à l'égard des médecins progressistes qui ont mis sur pied des cliniques pratiquant des IVG) ont amené Willy Peers à faire sauter progressivement le verrou de la peur et de la honte qui entourait l'avortement. Au lendemain de l'Affaire Peers, en 1973, le groupe A est fondé à Bruxelles lors de la journée des femmes du 11 novembre et organise des accueils pour les femmes désirant interrompre leur grossesse. Il y a lieu de remarquer que, dès 1962, le premier centre de planning familial francophone laïque, La Famille Heureuse, est créé, s'inspirant des centres existant en Angleterre et aux Pays-Bas. Cette résistance va perdurer lorsqu'il est manifeste que la politique d'accommodement entre élites politiques débouche sur la décision de ne pas décider en matière d'avortement.

À l'issue de l'Affaire W. Peers, arrêté puis libéré en 1973, la dépénalisation de l'information en matière de contraception est finalement obtenue la même année. En outre, une trêve judiciaire de fait s'installe jusqu'en 1978 pour permettre un processus de décision politique dans une atmosphère sereine. Face à la défaillance du législatif et de l'exécutif, pour différentes raisons, des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement de manière sûre et médicalisée sont créés. Une pratique illégale, mais non clandestine de l'avortement médicalisé et sûr s'installe au sein de la société civile. Pendant que se développe cette désobéissance civile, plusieurs organisations voient le jour. En effet, les Comités de dépénalisation de l'avortement (1976) lancent une plateforme commune sur la base féministe : « avortement les femmes décident », et dès l'année suivante distribuent, lors de manifestations en faveur du droit à l'avortement, la liste des centres qui pratiquent des IVG. Parallèlement, des femmes et des médecins progressistes ayant ouvert des centres extra-hospitaliers forment le Groupe d'action des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement GACEHPA (1978), réclamant toujours l'avortement libre et gratuit et hors du code pénal. Par ailleurs, dans un registre légal, suite à la rupture de la trêve judiciaire de fait, le Comité de suspension des poursuites est mis sur pied. Ce Comité joue un rôle important de sensibilisation des responsables politiques. En effet, dès 1978, la trêve judiciaire de fait est rompue tout en évitant une répression généralisée, politi-

quement impraticable. À partir de 1981, les poursuites débouchent sur des procès, dans différents arrondissements judiciaires, contre des médecins et des femmes du personnel de la santé. Cette fois, c'est la loi qui est mise en procès au sein même de l'enceinte judiciaire. Les médecins et les membres du personnel de la santé en butte à la répression proclament devant leurs juges une volonté de résistance ouverte, ne craignant pas d'encourir des peines de prison ferme (Marques-Pereira, 2021).

La loi Lallemand-Michielsen mettra un terme à une situation paradoxale, dans laquelle l'avortement est lourdement sanctionné sur le plan légal, tout en étant largement pratiqué et même revendiqué (Marques-Pereira, 2002). Le projet de loi est introduit en 1986, mais il faudra attendre 1989 pour qu'elle soit approuvée par le Sénat, puis votée en 1990, non sans un dernier rebondissement avec l'objection de conscience émise par le Roi Beaudouin. Des chapitres ultérieurs reviendront plus amplement sur l'analyse de cette loi, qui a pour effet majeur de rendre l'avortement autorisé en pratique – bien que pas entièrement dépénalisé – et sous condition d'un état de détresse de la femme enceinte.

2.3.2. Transnationalisation du féminisme et légitimation de la revendication en termes de droits humains dans les années 1980-1990

2.3.2.1 Construction des droits reproductifs et sexuels

Dans les années 1980, une série d'associations féministes internationales, notamment centrées sur la santé reproductive et sexuelle des femmes, entreprennent un travail intense de lobbying, de plaidoyer et d'expertise. En outre, la transnationalisation de la question des droits reproductifs s'appuie sur la mobilisation internationale en faveur de la reconnaissance des droits des femmes comme droits humains. Ces associations participent ainsi à la construction sociale et politique de la notion de droits reproductifs et sexuels, notions qui seront institutionnalisées par l'OMS et l'IPPF, à la faveur des alliances nouées entre ces associations et organisations internationales lors de la préparation des grandes conférences onusiennes des années 1990 axées sur les droits humains (1993, Vienne : reconnaissance que les droits humains s'appliquent de manière indivisible aux femmes et aux filles ; 1994, Le Caire, Conférence sur la Population et le Développement : nouveau paradigme reconnaissant aux individus et non plus aux seuls couples le droit de choisir le nombre d'enfants et l'espacement des naissances ; 1995, Pékin, la Conférence sur les droits des femmes constitue un tournant par la reconnaissance de la dissociation entre sexualité et procréation). Si ces conférences internationales ne reconnaissent pas explicitement un droit à l'avortement, elles sont cependant importantes pour la légitimation des acteurs qui portent la revendication d'un droit d'accès à l'avortement sûr (donc comme acte médical fondé sur la santé publique et l'accès aux soins pré et post avortement, notamment) et légal. Dans les États ayant une législation à cet égard, la légalité se fonde sur un appel à respecter leurs propres lois et à instaurer a minima une légalisation de l'avortement en cas de danger pour la vie de la femme, en cas de malformation du fœtus, de viol ou d'inceste (Marques-Pereira, 2021).

2.3.2.2 Montée des mouvements anti-IVG et anti-genre

À partir des années 1990, une nouvelle génération de mouvements anti-IVG se développe et est le fruit d'alliances entre différents courants conservateurs, réactionnaires, d'extrême droite et d'intégrismes religieux de diverses confessions (Kuhar and Paternotte, 2017). Cette nouvelle génération est en consonance cognitive avec la sphère religieuse, et se construit en réaction aux conférences onusiennes du Caire, en 1994, et de Pékin, en 1995. En effet, le Saint-Siège a émis des réserves en matière de santé reproductive et sexuelle et de droits reproductifs et sexuels, aux plan et programme d'action de ces deux conférences. Ces mouvements se rejoignent autour de l'idée que le but exclusif de la sexualité est la procréation. Ce rejet de la dissociation entre sexualité et procréation s'ancre dans le projet d'un retour à l'ordre dit naturel. Celui-ci considère que la « Loi naturelle », transcendante et immuable, doit s'inscrire dans le droit positif et s'imposer aux croyants, mais aussi aux non-croyants.

Cette perspective est promue par le réseau Agenda Europe qui structure la coordination européenne des principales organisations s'auto-désignant comme pro-vie. L'une de leur cible principale est le féminisme et les droits des femmes, en particulier le droit à l'avortement, à la contraception, à l'éducation sexuelle. Plus largement, ces mouvements s'en prennent à ce qu'ils nomment, à la suite du Vatican, « l'idéologie du genre » ou la « théorie du genre ». Ces termes renvoient à une sorte de théorie du complot qui serait ourdi par les féministes, les militants LGBT ainsi que les recherches en études de genre. Cet ensemble s'inscrit dans ce que ces associations conçoivent comme une guerre culturelle contre la civilisation européenne et occidentale, contre l'ordre sexué et l'ordre des sexes. Développée au moment des conférences onusiennes des années 1990, la lutte contre ladite « idéologie du genre » est une invention vaticane destinée à s'opposer à toute reconnaissance des droits reproductifs et sexuels et à leur inclusion dans le champ des droits humains. Elle fait office de sorte de sens commun pour les fondamentalismes religieux et les mouvements populistes identitaires qui leur permet de construire une redéfinition de la démocratie libérale glissant vers l'illibéralisme fondé sur une vision du monde clivé entre le « nous » et le « eux ».

2.3.3 Articulation entre droit à l'avortement comme libre disposition de soi et droit d'accès à un avortement sûr et légal dans le féminisme depuis les années 2000

2.3.3.1 Vigilance féministe et laïque en Belgique

C'est dans ce contexte d'attaque contre les droits des femmes que va se développer un nouvel activisme en faveur du droit à l'avortement. Il s'appuie sur une appropriation des résultats des conférences onusiennes des années 1990, par le niveau supranational. En effet, depuis les années 2000, un ensemble de résolutions du Parlement européen reconnaissent les acquis des conférences de Vienne, du Caire et de Pékin et s'inscrivent dans une vision dynamique des droits humains, considérant les droits reproductifs et sexuels comme de nouveaux droits devant être inclus dans ce champ des droits humains. La santé reproductive et sexuelle est mise en avant pour légitimer un droit d'accès à un avortement sûr et légal. Dans le même moment, le fémi-

nisme s'est non seulement transnationalisé, mais aussi professionnalisé et institutionnalisé. La participation à l'élaboration de nouvelles normes concernant la liberté reproductive et le droit d'accès à l'avortement sûr et légal se déploie ainsi à travers des expertises, des plaidoyers de cause dans les forums internationaux et européens et devant des instances juridictionnelles internationales et européennes. L'accent est mis sur une politique du droit à l'avortement qui considère non seulement le sujet juridique et moral ayant droit à la vie privée et à la liberté de conscience, mais aussi le sujet empirique et sociologique en butte aux inégalités et aux discriminations de genre, de classe et culturelles (Marques-Pereira, 2021).

Dans ce contexte, le féminisme est devenu en Belgique un nouvel arc-boutant de la laïcité – malgré la spécificité belge d'un féminisme chrétien historique et en faveur du droit à l'avortement. Confrontés à la montée des mouvements anti-IVG et anti-genre, féminisme et laïcité s'organisent face aux Marches pour la vie mises sur pied à Bruxelles depuis 2010. Celles-ci cherchent à en finir avec la loi de 1990 sur la dépénalisation partielle de l'avortement. Au cours de ces marches, les activistes opposés au droit à l'IVG n'hésitent pas à recourir à une série de moyens de désinformation médicale sur l'IVG ou à des discours stigmatisant l'avortement et culpabilisant les femmes enceintes qui pensent en faire la demande. Face à une telle mobilisation, la défense du droit à l'avortement connaît une nouvelle phase marquée par le développement de coordinations nationales et transnationales des pratiques de vigilance. En Belgique, les partisans de ce droit, rassemblant féministes, laïques et fédérations de centres de planning familial, recourent à des répertoires d'action éprouvés tels que les marches, les pétitions, le lobbying ou les plaidoyers de cause. Ces actions ne se limitent pas au cadre national, mais revendiquent le droit à l'avortement pour toutes les femmes vivant en Europe, ciblant particulièrement les pays qui maintiennent l'interdit pénal ou cherchent à y revenir (Espagne, Malte et Pologne notamment). Devant l'augmentation de la fréquentation des rassemblements annuels hostiles à la loi de 1990, les partisans du droit à l'avortement ont maintenu les efforts de mobilisation et ont, en 2011, constitué une Plateforme pour le droit à l'avortement, dénommée Abortion Right. Cette plateforme pluraliste de vigilance et d'action réunit des associations représentatives de la laïcité organisée, des organisations féministes, les fédérations de centres de planning familial francophones, la Fédération générale du travail de Belgique (FGTB, syndicat socialiste), le GACEHPA, le Mouvement ouvrier chrétien (MOC) et les Mutualités socialistes. Abortion Right vise à garantir le droit à l'avortement et le libre choix des femmes, à l'échelle belge et européenne. Plusieurs marches ont ainsi eu lieu, lors de la journée internationale en faveur du droit à l'avortement, chaque 25 septembre, ou lors du 8 mars journée internationale des droits des femmes. Les activistes féministes et laïques exercent également leur vigilance à l'égard des discours du Saint-Siège et de ses relais politiques ou associatifs, notamment au Parlement européen, tandis qu'ils œuvrent au développement d'une stratégie de coalition entre organisations se revendiquant de la liberté de choix et d'une stratégie de relais de leurs revendications par les partis politiques de gauche ou proches des milieux laïques (Marques-Pereira, 2021).

2.3.3.2 Un éclairage socio-politique sur l'autonomie des femmes au prisme du droit à l'avortement et du droit à l'avortement sûr et légal

Le droit à l'avortement fondé sur le droit à l'autonomie, à l'autodétermination et à la libre disposition de soi relève d'un droit-liberté. Mais ce droit-liberté est également réclamé au nom de droits-créances. Ainsi, les politiques sociales visant notamment l'éducation sexuelle, le remboursement de la contraception et de l'avortement, ainsi que l'accès aux services de santé sont-ils fondamentaux pour compenser les inégalités structurelles auxquelles les femmes sont confrontées. L'activisme féministe de masse qui s'est déployé depuis les années 2010 notamment en Europe en faveur du droit à l'avortement a mis l'accent sur les dimensions collectives et politiques de ces revendications, au-delà du seul choix individuel. À ce titre, le droit à l'avortement est conçu comme un droit-créance que l'individu – ici la femme – possède sur l'État, rendant ce dernier responsable de la charge de sa mise en application. La problématique de la citoyenneté sociale des femmes entre ainsi en jeu avec le couple liberté/égalité qui dessine un terrain discursif incluant la réalité empirique et sociologique des rapports sociaux de sexe dans leur imbrication avec les rapports de classe et les rapports culturels.

Dans le même temps, la légitimation et du droit à l'avortement et du droit d'accès à un avortement sûr et légal s'effectue en termes de droits humains - ce qui pose la question des tensions et des articulations entre droits de citoyenneté et droits humains au prisme de la revendication du droit à l'avortement et du droit d'accès à l'avortement sûr et légal. Les droits humains sont d'ordre inclusif, visant l'être humain comme tel, la commune humanité des personnes. Les droits de citoyenneté sont d'ordre exclusif, définissant qui peut être citoyen et citoyenne sur un territoire donné et quels sont les droits et devoirs de ces citoyens et citoyennes. Le principe de subsidiarité dans l'UE en matière de santé et donc d'avortement renvoie à l'État la possibilité de légiférer en la matière. C'est dire que l'accès effectif à un avortement sûr et légal dépend de l'État, l'État comme garant des droits de citoyenneté et l'État social comme garant de la citoyenneté sociale. Or, dans les États, les politiques d'austérité budgétaire et les forces politiques conservatrices entravent généralement l'exercice des droits sociaux, compromettant ainsi les politiques de santé publique. Aussi, la portée émancipatrice de l'appel aux droits humains se heurte aux limites qu'imposent les crises économiques et financières à la citoyenneté sociale. Cette tension entre droits humains et citoyenneté sociale est d'autant plus forte pour les femmes dépourvues du statut de citoyennes. En attestent les restrictions créées par les États à l'accès à l'avortement à l'encontre des femmes migrantes, des femmes sans papiers, des étrangères et des non-résidentes (que ce soit en Allemagne, en Croatie, en Espagne, en Irlande, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne, au Portugal, en Slovénie ou encore en Roumanie) ou encore des filles mineures dans la majorité des pays de l'Union européenne (à l'exception de l'Autriche, de la Belgique, de l'Espagne tout récemment, de la Finlande, de la France, des Pays-Bas et de la Suède).

Le statut de citoyenne se voit néanmoins conforté par les soutiens institutionnels garantissant les droits des femmes. On peut relever en la matière des instruments juridiques internationaux, européens et nationaux tels que les conventions et traités, l'obligation des États de reddition de comptes devant les instances onusiennes et parlementaires, les recommandations émises à l'intention des États par les comités de suivi des conventions, les recours possibles devant les instances judiciaires européennes, la reconnaissance institutionnelle des organisations de femmes qui mettent en œuvre la vigilance à l'égard des engagements internationaux pris par les États, ou encore la mise en place d'outils de l'action publique. Si ces instruments institutionnels n'assurent pas une reconnaissance du droit à l'avortement en tant que liberté reproductive, ils peuvent cependant garantir un accès à l'avortement plus ou moins large. Ces articulations relèvent d'une logique d'émancipation des femmes des différentes tutelles masculines, qui fut rendue possible par les processus de subjectivation sociale et politique (le fait de devenir un sujet social et politique à part entière) à travers différentes dynamiques collectives de politisation dont le droit à l'avortement (Marques-Pereira, 2021).

Conclusion

On voit bien que la question de l'interruption volontaire de grossesse (appelée avortement dans la littérature répressive du XIX^{ème} et XX^{ème} siècle) n'est pas une question isolée, mais qu'elle est un des pans d'un affrontement autour d'une évolution sociétale majeure que l'on peut résumer comme un bouleversement de l'ordre social induit par la revendication des femmes à l'égalité et à l'autodétermination. Les questions de sexualité sont toujours sous-jacentes, souvent non dites, et ce dès le XIX^{ème} siècle, et la capacité pour les femmes de maîtriser leur fécondité aura joué un rôle essentiel dans ce bouleversement, même s'il est probable que le mouvement aurait progressé sans elle, mais avec beaucoup plus de difficulté et de lenteur.

Il est remarquable de souligner que si les courants opposés tant à la contraception qu'à l'avortement ont résulté de la convergence, voire la coalition entre une partie du pouvoir politique et l'Église, ceux qui feront in fine évoluer les mœurs et les législations résultent de la coalition du mouvement féministe et des tenants de la santé publique.

Ce qui a été obtenu par le passé n'est cependant pas garant de l'avenir, et ces questions restent, en ce début de XXI^{ème} siècle, un enjeu lié à la place des femmes dans la société en crise d'aujourd'hui.

3. Analyse de la législation relative à l'avortement

3.1 La loi belge relative à l'interruption (volontaire) de grossesse 1990/2018

3.1.1 Historique et structure

L'avortement (ou 'vruchtafdriving') était déjà criminalisé dans le *Code pénal* napoléonien de 1810, et est resté interdit dans le Code pénal belge de 1867 (Colette-Bassecqz et Blaise, 2011, 26). Dans les anciens articles 348 à 353 du Code pénal, l'avortement était en effet sanctionné pénalement en toutes circonstances, ce qui est resté le cas jusqu'en 1990, date à laquelle la Belgique a partiellement légalisé l'avortement. La réforme légale de 1990 a maintenu l'avortement volontaire⁵ en tant qu'infraction au Code pénal, mais mentionne des exceptions à la pénalisation si l'avortement respecte une série de conditions procédurales et substantielles.

À l'exception de certaines modifications légales introduites en 2018, la « loi relative à l'interruption de grossesse » de 1990 reste la base de la législation actuelle sur l'avortement en Belgique. Entre autres, la réforme législative de 2018 a retiré l'avortement volontaire du Code pénal et l'a inscrit dans une « loi relative à l'interruption volontaire de grossesse » distincte (ci-après : Loi IVG). Cette réforme a également modifié le principe de la loi qui est passé d'un principe d'« interdiction de l'avortement, sauf s'il répond à certaines conditions (...) » à celui de « la femme enceinte peut demander [à un médecin] d'interrompre sa grossesse dans certaines conditions (...) » (Vansweevelt *et al.*, 225). L'idée derrière cette modification de la loi est que l'avortement volontaire ne devrait plus relever, en principe, de la notion de crime [contre l'ordre des familles et la morale publique] (*Doc. Parl. Chambre 2018, doc. n° 54 3216/001, 4*). Quelques modifications mineures ont également été apportées au contenu de la loi, mais, en revanche, la plupart des conditions établies par la loi de 1990 ont été conservées. Ces conditions comprennent, entre autres, un délai de 12 semaines post-conception (14 SA), des raisons médicales justifiant l'accès à l'avortement après 12 semaines de grossesse, un délai d'attente obligatoire de 6 jours, des obligations en termes d'informations à fournir et des sanctions pénales pour le praticien comme pour la demandeuse d'un avortement si celui-ci a lieu en infraction aux conditions légales.

⁵ L'avortement sans le consentement de la femme reste totalement criminel d'après le Code pénal. Sont interdites les situations dans lesquelles : 1) l'avortement a été *intentionnellement* réalisé sans le consentement de la femme enceinte (art. 348 C. pén.) ; et 2) l'avortement a été causé par des violences exercées *volontairement*, mais sans intention de le produire (art. 349 C. pén.). Des sanctions plus lourdes sont prévues lorsque l'avortement non consenti a causé la mort de la femme (art. 352 C. pén.). L'avortement sans consentement ne sera pas discuté en détail ici, car il sort du cadre de l'évaluation demandée.

3.1.2. Principale terminologie : « avortement/vruchtafdriving » - « volontaire » - « interruption de grossesse »

Ni la loi de 1990 ni celle de 2018 sur l'interruption (volontaire) de grossesse ne contiennent de définitions (Nys, 1991, 1189). Cette situation ouvre la porte à une marge d'interprétation concernant la terminologie utilisée dans cette législation sur l'avortement.

Historiquement, le Code pénal belge utilisait les termes « avortement »/« vruchtafdriving » pour interdire l'ensemble des avortements. Lorsque l'avortement a été partiellement dépenalisé en 1990, le terme « interruption de grossesse » a été introduit pour les interruptions de grossesse remplissant les conditions légales. C'est resté le cas dans la loi de 2018 sur l'interruption volontaire de grossesse. Les termes « avortement »/« vruchtafdriving » n'apparaissent plus que dans l'article 3 de la loi IVG, qui traite des infractions et sanctions pénales pour les avortements pratiqués en infraction aux conditions légales. Le Code pénal fait également encore référence à l'« avortement »/« vruchtafdriving » dans ses infractions relatives aux interruptions de grossesse sans le consentement de la femme (articles 348-349, 352 du Code pénal). Cette utilisation particulière des termes « avortement »/« vruchtafdriving » suggère qu'ils se réfèrent uniquement à la pratique illégale, alors que le terme « interruption de grossesse » se référerait quant à lui à la pratique légale. Certains membres du groupe de travail 4 ont remis en question l'utilisation de deux termes distincts, en particulier dans la loi IVG⁶. Premièrement, l'acte matériel constituant les avortements légaux et illégaux est essentiellement le même : interrompre intentionnellement une grossesse (Vansweevelt, 2022, 143 ; Nys, 2005, 248). Deuxièmement, le terme « avortement » est souvent utilisé dans la pratique francophone de l'avortement pour décrire les interruptions de grossesse légales ou acceptées⁷. Mentionner le terme « avortement » uniquement en relation avec un comportement illégal pourrait avoir un effet stigmatisant sur (l'utilisation de) ce terme et sur la perception générale de l'avortement. Les membres du groupe de travail 4 et la littérature académique relèvent que les termes « abortus »/« avortement » et « zwangerschapsafbreking »/« interruption de grossesse » sont couramment utilisés dans la pratique, bien qu'ils puissent avoir des connotations légèrement différentes (Kavanagh *et al.*, 2018). Dans le présent rapport, le Comité scientifique utilise les termes « avortement » et « interruption de grossesse » de manière interchangeable et comme synonymes et recommande une utilisation coordonnée et consciente des termes dans la loi.

⁶ Les membres du Comité ont considéré qu'une utilisation distincte des termes était plus justifiée lorsqu'il s'agit d'avortements à la demande de la femme (régis par la loi IVG) par rapport aux avortements sans demande (interdits par le Code pénal), bien que ces derniers impliquent également des comportements matériels similaires (interruption de grossesse volontaire).

⁷ Le terme « vruchtafdriving » n'a pas cette connotation ou n'est pas couramment utilisé dans la pratique néerlandaise de l'avortement pour désigner les interruptions de grossesse légales ou acceptées. « Abortus » est le terme le plus couramment utilisé dans la pratique.

La loi de 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse a introduit le terme d'interruption « volontaire » de grossesse dans son intitulé et dans certains de ses articles, impliquant une distinction vis-à-vis de l'avortement pratiqué sans le consentement de la femme, qui est quant à lui resté dans le Code pénal. Certains membres du groupe de travail 2 et du groupe de travail 4 ont fait valoir que le terme « volontaire » risquait de ne pas inclure les femmes qui interrompent leur grossesse pour raison médicale, en particulier en raison d'une affection d'une particulière gravité de la femme enceinte ou du fœtus. Si ces interruptions de grossesse sont, par essence, consensuelles, les femmes ne les vivent pas toujours comme des expressions de leur propre volonté ou de leur initiative volontaire. Malgré cette perception, l'utilisation du terme « volontaire » n'est pas vraiment rare dans la législation relative à l'interruption de grossesse (par exemple, interruption volontaire de grossesse (IVG)⁸ en France ; *interrupción voluntaria del embarazo* en Espagne). Certains membres du groupe de travail 4 ont exprimé leur soutien au remplacement de « volontaire » par « à la demande » de la personne enceinte, car une telle demande est considérée comme l'élément de base qui sous-tend les différents types d'avortements considérés par la loi⁹. Le Comité scientifique reconnaît que la recherche d'une terminologie appropriée (en particulier dans les différentes langues nationales) représente un défi, défi qui a également été perçu au cours du processus de rédaction du présent rapport. Le Comité recommande plus généralement une attention quant à la terminologie utilisée dans la loi IVG, en prenant en considération les différentes connotations et significations des termes. Le Comité scientifique souligne que plusieurs énoncés pourraient ainsi faire l'objet de telles améliorations, et conseille d'éviter dans la loi les formulations datées et les incohérences linguistiques et de favoriser les formulations neutres du point de vue du genre.

L'interruption de grossesse étant le terme principal utilisé par la loi IVG et en l'absence d'une définition légale dans la loi IVG, le groupe de travail 4 a discuté de la signification possible de ce terme relativement au début d'une grossesse, aux moyens et méthodes qui peuvent être envisagés pour interrompre une grossesse, et au regard de la viabilité fœtale.

Quand y a-t-il une grossesse dans le cadre d'une « interruption de grossesse » ?

Médicalement, biologiquement et éthiquement parlant, il existe différentes réponses à cette question. Sur le plan juridique, la loi IVG n'indique pas explicitement quand il y a grossesse. La loi fait référence au moment de la conception pour calculer la période de grossesse de 12 semaines pendant laquelle l'avortement sur demande est autorisé. Le moment de la conception est un point de référence commun à d'autres lois belges pour indiquer le début de la grossesse ou du développement embryon-

⁸ Il s'agit d'une ambiguïté selon laquelle le terme « IVG » ne serait utilisé en France que pour les avortements non médicaux, alors que le terme « IMG » serait utilisé pour les avortements médicaux. Bien que cette distinction terminologique soit perçue dans la pratique, la loi française utilise également le terme IVG dans son article traitant de l'avortement pour raisons médicales (article L. 2213-1 du code de la santé publique).

⁹ Il existe des exceptions à ce principe dans la pratique médicale (par exemple, un avortement pratiqué dans le but de sauver la vie d'un patient inconscient).

naire/fœtal (par exemple : art. 2, 4^e Loi relative au matériel corporel humain / *Wet menselijk lichaamsmateriaal* ; art. 326 de l'ancien Code civil). Dans la pratique, cependant, les obstétriciens et les gynécologues évoquent généralement la durée de la grossesse en semaines calculées à partir du premier jour des dernières règles, qui ont lieu environ deux semaines avant la conception. Cette distinction cruciale est génératrice d'ambiguïtés dans la pratique médicale, ambiguïtés qui se sont aussi retrouvées au cours des discussions préalables au présent rapport. Ce risque de confusions doit être pris en compte par toute personne amenée à réviser la loi belge sur l'avortement.

Il existe un désaccord sur la signification de la « conception » comme point de départ de la grossesse (Chung *et al.*, 2012). Certains considèrent la conception comme le moment de la fécondation, qui se produit lorsqu'un spermatozoïde unique pénètre progressivement dans les couches d'un ovule pour former une nouvelle cellule (« zygote »)¹⁰. Selon une autre position, la conception fait référence à l'implantation, qui est le moment où l'ovule fécondé descend dans l'utérus et se fixe à la muqueuse utérine¹¹. L'implantation complète a généralement lieu environ six jours après la fécondation. La compréhension du moment où une grossesse commence a aussi des implications qui vont au-delà du seul niveau théorique. Aux États-Unis plus particulièrement, des définitions spécifiques du début de la grossesse, voire de la vie humaine, ont été utilisées dans le contexte de l'étude des contraceptifs d'urgence post-coïtaux (Benson Gold, 2005). L'argument avancé est que ces moyens pourraient affecter une grossesse déjà conçue et donc être considérés comme « abortifs ». Cependant, des preuves scientifiques montrent que les contraceptifs post-coïtaux oraux hormonaux agissent uniquement par l'inhibition de l'ovulation ou la prévention de la fécondation plutôt que de l'implantation (Gemzell-Danielsson *et al.*, 2013; Endler *et al.*, 2022). Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre (Cu) inséré comme contraception d'urgence peut quant à lui inhiber l'implantation d'un ovule fécondé, alors que l'utilisation courante du DIU-Cu agit principalement par prévention de la fécondation en affectant la fonction des spermatozoïdes. Dans tous les cas, les contraceptifs d'urgence post-coïtaux n'ont aucun effet sur une grossesse après implantation. Les membres du Comité scientifique rejettent à l'unanimité la possibilité de qualifier l'utilisation des contraceptifs d'urgence post-coïtaux comme une « interruption de grossesse » qui devrait remplir les conditions de la loi IVG¹².

Que peut-on considérer comme des moyens et méthodes d'interruption de grossesse ?

Les anciens articles 348 et 350 du Code pénal interdisaient l'avortement par aliments, breuvages, médicaments ou « par tout autre moyen ». « Tout autre moyen » impli-

¹⁰ Voir, par exemple, « conception » dans la liste des termes médicaux du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists : <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/a-z-of-medical-terms/>.

¹¹ Il s'agit là de la position de l'American College of Obstetricians and Gynecologists.

¹² Aux Pays-Bas, ces contraceptifs post-coïtaux ont été explicitement exclus du champ d'application de la législation sur l'avortement, voir l'article 1.2 de la loi néerlandaise « *Wet Afbreking Zwangerschap* » : « Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder het afbreken van zwangerschap niet verstaan het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder. »

quait que la méthode pour mettre fin à la grossesse n'était pas pertinente pour être considérée comme un avortement (Vansweevelt, 2022, 157-158). La loi IVG de 2018 a supprimé la référence aux « aliments, boissons, médicaments ou tout autre moyen » et ne précise pas le ou les moyens utilisés pour pratiquer un avortement. La loi mentionne plus largement que l'interruption de grossesse doit être pratiquée « dans de bonnes conditions médicales » (article 2, 1°, b, loi IVG).

Le groupe de travail 4 a réfléchi aux termes « interruption de grossesse » au regard des moyens et techniques d'avortement utilisés. Tout d'abord, bien que la loi IVG réglemente l'« interruption de grossesse », techniquement, toutes les procédures médicales provoquant la mort du fœtus ne signifient pas qu'il y a interruption de la grossesse. En cas de réduction fœtale sélective dans le cadre d'une grossesse multiple, une intervention clinique provoque la mort d'un ou de plusieurs fœtus *in utero* tandis que la grossesse se poursuit pour un ou plusieurs autres fœtus afin de permettre d'améliorer les chances de développement de ce(s) dernier(s). Cette mesure est prise en raison d'une suspicion d'affection grave à venir et/ou pour augmenter les chances de développement de ce(s) dernier(s) fœtus. Bien que, techniquement, la grossesse ne soit pas « interrompue », certains juristes considèrent que la réduction sélective du fœtus entre dans le champ d'application de la loi IVG (généralement en tant qu'interruption médicale de grossesse), car la procédure implique une action intentionnelle provoquant la mort du fœtus pendant la grossesse (Guldix, 1995, 163-174 ; Nys, 2016, 219-220). Si cette position est prise en compte, une modification juridique visant à inclure la réduction fœtale sélective dans le champ d'application de la loi IVG peut être envisagée à des fins de clarté juridique (pour des exemples d'une telle clarification dans d'autres juridictions, voir la loi islandaise sur l'interruption de grossesse¹³ ; voir également « interruption volontaire partielle d'une grossesse » en droit français, Code de la Santé Publique, Art. L. 2213-1.-II).

Ensuite, toutes les interruptions de grossesse ne provoquent pas la mort directe du fœtus. Certaines grossesses sont interrompues à un stade avancé de la grossesse en raison de problèmes de santé de la personne enceinte, mais avec l'espoir et l'intention que le nouveau-né survive. Certains praticiens de santé du groupe de travail 2 ont déclaré ne pas savoir comment qualifier un déclenchement médical du travail ou d'une césarienne pour raisons de santé maternelle avec l'intention de sauver le nouveau-né prématuré, mais qui entraîne néanmoins sa mort en raison de sa prématurité. Ces interventions médicales « mettent fin à la grossesse », mais ne sont pas effectuées dans l'intention de provoquer la mort éventuelle du fœtus/nouveau-né, bien que l'effet de la mort puisse se produire. Sans certitude que ces interventions soient perçues au regard de la loi IVG comme des interruptions médicales de grossesse, les membres du Comité scientifique, en accord avec la doctrine juridique, considèrent que ces décisions médicales ne devraient pas être qualifiées en tant qu'actes régis par la loi IVG. Ils considèrent, au contraire, que l'intention de

provoquer la mort du fœtus est présumée au sens de l'expression « interruption de grossesse » de la loi relative à l'interruption de grossesse (Vansweevelt, 2022, 146. « Abortus veronderstelt een menselijke handeling met het oog op de vernietiging of de doding van het embryo of de foetus »¹⁴). De même, dans le cadre d'une interruption de grossesse en raison d'une anomalie fœtale grave, le déclenchement médical d'une interruption de grossesse n'entraîne pas, à lui seul, une mort fœtale directe si le fœtus est considéré comme étant viable¹⁵. Dans ce cas particulier, il est recommandé de provoquer activement la mort du fœtus *in utero* avant de déclencher le travail, afin de prévenir une éventuelle survie postnatale (Guilbaud *et al.*, 2020; Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2020) (voir aussi les chapitres 3.1.2. et 5.3 sur la pratique du fœticide¹⁶).

L'expression « interruption de grossesse » englobe-t-elle les interruptions de grossesse indépendamment du moment ou de la viabilité ?

La loi relative à l'interruption de grossesse de 1990/2018 ne mentionne pas de limite gestationnelle maximale en cas d'avortement médical. Cependant, lors des débats parlementaires qui ont précédé l'adoption de la loi sur l'avortement de 1990, certains se sont demandé si le terme « avortement » comportait en soi une limite maximale. L'avortement a été défini par l'un des auteurs de la proposition de loi comme « consistant en une intervention ou l'administration d'un médicament permettant d'expulser un fœtus qui n'est pas encore en mesure de vivre de manière autonome » (*Doc. Parl. Sénat* 1988, doc. n° 247/2, 148). Cela a semé une certaine confusion concernant le statut juridique de l'avortement d'un fœtus viable, d'autant que plusieurs chercheurs académiques avaient, par le passé, défini l'avortement comme étant « la destruction artificielle et volontaire d'un produit de la conception avant le terme de la grossesse, indépendamment de l'âge gestationnel ou de la viabilité ».

Après l'adoption de la loi établissant l'absence de limite d'âge gestationnel pour l'avortement médical, un débat juridique s'est engagé dans les milieux académiques afin de déterminer si l'avis parlementaire qui limitait la définition de l'avortement aux fœtus non viables devait ou non être suivi (De Keyser and De Meuter, 1993 ; Nys, 1995 ; Leleu and Langenaken, 2002 ; De Nauw, 2010 ; Delannay, 2010 ; Genicot, 2010 ; Colette-Basacqz and Blaise, 2011 ; , 2017 ; De Meyer, 2020 ; Vansweevelt, 2022). Si cet avis devait être suivi, l'avortement post-viabilité ne tomberait pas dans le champ d'application de la loi sur l'avortement et se situerait dès lors dans un vide juridique (Nys, 1995, 34-42). Les juridictions inférieures belges se sont également penchées sur la question de savoir si l'avortement après viabilité pour des raisons médicales graves constituait ou non une pratique légale, mais elles ont rendu des jugements opposés (Van Assche, 2017). La question de l'admissibilité légale et éthique de « l'interruption tardive de grossesse » et de la pratique du fœticide a été posée au Comité

¹⁴ « L'avortement suppose une intervention humaine en vue de détruire ou de tuer l'embryon ou le fœtus ». (notre traduction)

¹⁵ La viabilité dépend de l'âge gestationnel du fœtus et de l'impact de l'anomalie fœtale, par rapport à l'impact de la procédure de déclenchement médical du travail sur le fœtus. Des facteurs individuels tels que le poids de l'enfant peuvent également affecter la viabilité.

¹⁶ Plus généralement, le terme fœticide désigne l'acte de provoquer la mort d'un fœtus. Dans la pratique médicale et dans ce rapport, il est utilisé pour décrire la procédure spécifique dans laquelle un médicament létal est administré au fœtus ou dans le liquide amniotique pour arrêter les fonctions vitales du fœtus avant son expulsion, afin d'éviter une naissance vivante.

¹³ Article 1-2, loi relative à l'interruption de grossesse, n° 43/2019, disponible à l'adresse suivante : <https://www.government.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=60ae8fd2-0b91-11ea-9453-005056bc4d74>.

consultatif de bioéthique belge (Comité consultatif de Bioéthique, avis n° 71 du 8 mai 2017). Le Comité a rappelé que la loi autorise l'interruption de grossesse après 12 semaines si le fœtus est atteint d'une affection d'une particulière gravité et réputée incurable, et qu'il n'existe aucune réglementation légale sur les méthodes à utiliser pour interrompre une grossesse. Le Comité a en outre réitéré que le fœtus n'a pas de statut de personne en droit belge. Ce n'est qu'au moment de la naissance de l'enfant que le droit pénal lui reconnaît la qualité de personne morale (Cour de cassation, 11 février 1987).

Aujourd'hui, la pratique du fœticide dans le cadre d'une interruption tardive de grossesse est une pratique clinique acceptée et courante en Belgique (voir chapitre 5.3) et dans les pays où sont autorisés les avortements post-viabilité pour des raisons médicales. Certains membres du groupe de travail 2 et du groupe de travail 4 ont estimé pertinente une reconnaissance plus explicite de la légalité de l'avortement médical post-viabilité. Il a été fait référence à la loi française sur l'avortement, qui laisse moins de place à l'ambiguïté puisqu'elle mentionne explicitement que l'interruption de grossesse pour raisons médicales peut être pratiquée « à tout moment » (article L. 2213-1 du Code de la Santé Publique). Le Comité scientifique reconnaît la légalité de l'interruption médicale de grossesse dite « tardive » ainsi qu'une compréhension de la loi actuelle de 2018 et du terme « interruption de grossesse » selon laquelle cet acte n'est pas limité à la viabilité ou à un âge gestationnel spécifique. Le Comité recommande de maintenir et de protéger la possibilité actuelle d'interrompre légalement une grossesse, quel que soit l'âge gestationnel, dans le cas d'affections graves. Cela n'exclut pas la possibilité d'établir des garanties légales pour l'interruption de grossesse dépendant de l'avancement de la grossesse, comme c'est actuellement le cas dans la loi IVG.

3.1.3 Conditions pour une interruption volontaire de grossesse légale

L'article 2 de la loi IVG traite des conditions et du déroulement de l'interruption volontaire de grossesse. Il stipule qu'une femme a le droit de demander à un médecin d'interrompre sa grossesse sous réserve de conditions déterminées. Le Comité note qu'il serait plus exact de dire qu'une interruption de grossesse à la demande de la femme enceinte peut avoir lieu/être pratiquée dans des conditions déterminées. En effet, l'article 3 de la loi IVG incrimine le fait de pratiquer un avortement ou de faire pratiquer un avortement en dehors des conditions légales énumérées à l'article 2, mais pas le fait de demander un avortement.

3.1.3.1 La limite de 12 semaines

La loi belge sur l'avortement prévoit un délai maximal de 12 semaines post-conception (14 SA) pour l'avortement sur demande, introduit par la loi de 1990 et conservé lors de la modification de la loi en 2018 (article 2, 1°, a), loi IVG). Depuis 2018, le délai d'attente obligatoire de six jours peut dépasser ce délai de 12 semaines, ce qui signifie en pratique, qu'à la demande de la femme, une grossesse peut être interrompue jusqu'à 12 semaines et 6 jours PC (14 SA et 6 jours) (voir chapitre 3.1.3).

À l'époque, les auteurs de la loi de 1990 ont déclaré que le délai de 12 semaines était issu de différents points de vue exprimés par les partisans de la réforme juridique¹⁷. Ces auteurs avaient conscience des critiques que la limite de 12 semaines pouvait être critiquable, reposant sur des facteurs médicaux, moraux et affectifs qui influencent les opinions quant à l'interruption de grossesse (*Doc. Parl. Sénat* 1988, n° 247-1, 11). Malgré ces difficultés, les auteurs ont estimé qu'il était opportun de tracer une ligne de démarcation entre deux stades de la grossesse, en tenant compte « des changements de conceptions et de réactions [à l'égard de l'avortement], de l'aggravation des conséquences affectives ou médicales qui peuvent se produire selon que l'intervention volontaire de grossesse est pratiquée dans un temps éloigné ou voisin de la conception » (*Doc. Parl. Sénat*, 1988, n° 247-1, 12).

Lors des débats parlementaires, certains arguments en faveur de la limite de 12 semaines et certaines perceptions de celle-ci ont été présentés. Entre autres, les auteurs de la loi ont justifié la limite de 12 semaines en faisant valoir que 97-98 % des avortements sont pratiqués durant le les trois premiers mois de la grossesse (*Doc. Parl. Sénat* 1988, n° 247-1, 26). S'il est vrai que la majorité des avortements sont pratiqués durant le premier trimestre de la grossesse, la difficulté de ce raisonnement (à laquelle le Comité scientifique a également été confronté lorsqu'il a envisagé d'autres limites temporelles pour l'avortement) est qu'il est difficile de déterminer quel pourcentage d'accès 'peut être considéré comme satisfaisant en termes de législation. De fait, le raisonnement majorité/minorité peut également être utilisé pour justifier des limites d'âge gestationnel antérieures ou postérieures, et il peut toujours y avoir un certain nombre de femmes qui cherchent à accéder aux services d'avortement après la limite (à moins que l'avortement ne soit autorisé sans limite maximale). Le Comité scientifique estime que ces pourcentages sont avant tout informatifs, permettant d'établir combien de femmes, en moyenne, pourraient avoir accès à un avortement dans le cadre de chaque limite proposée, bien que ces données doivent toujours être complétées et/ou mises en balance avec d'autres arguments pertinents. En outre, il semblerait qu'un parlementaire ait défendu, dans les discussions précédant la loi relative à l'avortement de 1990, la limite de 12 semaines comme correspondant à la transition entre la période embryonnaire et la période fœtale¹⁸. Les membres du groupe de travail 4 ont souligné que cela ne correspond pas à l'interprétation médicale et légale commune des termes « embryon » et « fœtus » (De Meyer & De Mulder, 2021). La transition entre les deux stades se situe généralement à 8 semaines de grossesse post-conception (10 SA) (voir aussi art. 2, 4° et 5°, Loi relative au matériel corporel humain ; Comité consultatif de bioéthique, Avis n° 18 du 16 septembre 2002). En outre, la pertinence morale du critère de la seule transition biologique de l'embryon au fœtus pour la détermination d'un délai d'avortement est discutable (De Meyer & De Mulder, 2021). Les membres du groupe de travail 4 soulignent que la simple présence ou émergence d'une caractéristique biologique ne devrait pas être

¹⁷ Il convient de noter que dans une version antérieure de la proposition de loi discutée en 1989, la limite proposée était de 15 semaines. Un amendement a ensuite été accepté, qui a ramené la limite à 12 semaines.

¹⁸ Rapport *Doc. Parl. Sénat* S.E. 1988, n 247-2, p. 29.

confondue avec la valeur morale qui peut se trouver attachée à cette caractéristique biologique. Enfin, lors des débats parlementaires de 2019-2020 sur une éventuelle réforme de la loi sur l'avortement, certains députés ainsi que des professionnels de la santé ont souligné les nécessités techniques et l'augmentation des risques pour la santé en tant qu'arguments en faveur de la limite des 12 semaines et en opposition à une limite temporelle plus tardive de l'avortement. Le Comité scientifique discute plus largement des contraintes techniques d'avortement et de leurs implications relatives dans le chapitre 5.1. sur les techniques d'avortement et dans le chapitre 6 traitant d'un éventuel allongement du délai d'avortement.

Dans l'ensemble, plusieurs membres des groupes de travail, les parties prenantes entendues et le Comité scientifique ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'impact de la limite temporelle de 12 semaines sur les personnes qui nécessitent un avortement après cette limite, et quant aux effets négatifs disproportionnés de la restriction temporelle, notamment pour les femmes en situation précaire obligées de voyager afin d'avorter. Ces éléments seront discutés de manière plus approfondie dans le chapitre 6, qui examine les moyens de soutien pour les femmes qui requièrent un avortement au-delà de 12 semaines de grossesse PC en Belgique.

3.1.3.2 Demande de la femme enceinte sans « situation de détresse » avant 12 semaines

Jusqu'à la fin de la douzième semaine de la conception, une interruption de grossesse peut être demandée par la femme et réalisée sans autre motivation (article 2, 1°, a), loi IVG). Avant 2018, la loi sur l'avortement exigeait que la femme se trouve dans une « situation de détresse ». Selon les promoteurs du projet de loi de l'époque, cette exigence consistait en une appréciation subjective par la femme elle-même (*Doc. Parl. Sénat*, 1988-89, n° 247-2, 24, 81-82, 89). La loi de 1990 précise que l'appréciation par le médecin de « la situation de détresse » ne peut être contestée si les autres conditions légales sont remplies. Néanmoins, l'étendue du rôle du médecin dans cette appréciation ou évaluation de la « situation de détresse » n'a jamais été entièrement claire. Le Conseil d'État avait en son temps lui aussi émis des critiques à l'égard de l'exigence de la « situation de détresse », de son manque de signification juridique et de son chevauchement présumé avec la « volonté ferme » de la femme enceinte, qui doit également être prise en considération par le médecin (voir ci-dessous, point 3.1.3.6). En 1989 déjà, le Conseil d'État avait recommandé de la supprimer (*Avis du Conseil d'État du 27 octobre 1989, Doc. Parl. Sénat* 1989, n° 247-8). En 2018, le Parlement fédéral a retiré ce critère de situation de détresse de la loi. Les principaux arguments mentionnés pour la suppression consistaient en l'imprécision du concept, la nécessité d'un meilleur alignement avec les faits et les besoins concrets, et une reconnaissance accrue de la liberté de choix individuelle (*Doc. Parl. Chambre* 2018, n° 54 3216/003, 5-6, 26).

Selon les médecins qui pratiquent l'avortement entendus par le Comité scientifique et selon certains juristes (Vansweevelt *et al.*, 2018), l'impact de l'amendement est limité en pratique, bien qu'il soit considéré comme ayant une signification symbolique et un possible effet déstigmatisant. Le Comité scientifique note que la destig-

matisation de l'avortement à la suite d'un amendement juridique est globalement difficile à mesurer, car elle consiste en un processus plutôt progressif influencé par d'autres facteurs que les seuls facteurs juridiques. Néanmoins, le Comité scientifique évalue positivement la suppression de la situation de détresse, car elle s'aligne sur la manière dont l'avortement est pratiqué concrètement, confirme l'autonomie de décision des femmes dans cette question personnelle et élimine l'expression d'un paternalisme médical qui était encore ancré dans la loi de 1990. Dans ses derniers rapports, la Commission Nationale d'Évaluation pour l'interruption de grossesse a observé un autre effet de la suppression de « la situation de détresse » au niveau de l'enregistrement des données (Rapport Commission nationale d'évaluation 2018-2019, 47-51). Depuis que les femmes n'ont plus à justifier leur demande d'avortement par une situation de détresse, un nombre croissant d'enregistrements d'avortements mentionnent comme motif de l'avortement « pas d'obligation de notification »¹⁹. En 2019, en effet, un peu plus d'1/3 de tous les enregistrements mentionnaient « pas d'obligation de notification » dans la section où il est requis de préciser la raison de l'interruption de grossesse. Le Comité scientifique considère les raisons perçues ou mentionnées de l'interruption de grossesse comme des données pertinentes à des fins d'analyse scientifique et de prévention. Il recommande de poursuivre la collecte de ces données contextuelles afin de mieux comprendre le contexte social et sociétal dans lequel les avortements sont demandés, et d'améliorer l'assistance aux femmes. Néanmoins, le législateur peut reconsidérer la manière dont ces données sont collectées (voir chapitre 3.1.7.).

3.1.3.3 Raisons médicales au-delà de 12 semaines

L'avortement au-delà de douze semaines est actuellement légal en cas d'affection d'une particulière gravité pour la femme ou l'enfant à naître (art. 2, 5°, loi IVG) (voir aussi chapitre 5.3). Deux raisons à cette inscription dans la loi ont été formulées en 1990 et retenues par la loi IVG de 2018 : 1) la poursuite²⁰ de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, ou 2) 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. La portée de l'interprétation des raisons médicales n'est pas précisée. En ce qui concerne la mise en péril de la santé de la femme, l'un des auteurs de la loi de 1990 a précisé qu'en ce qui concerne la notion de « mettre en péril grave la santé de la femme enceinte » il faut entendre qu'il s'agit de la santé physique et mentale, mais pas de la détresse sociale (*Doc. Parl. Sénat* 1988, n° 247/2, 152) (Nys, 2016, 231). Néanmoins, le groupe de travail 2 observe que, dans la pratique, l'option d'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines lorsque la grossesse met en péril grave la santé mentale génère des incertitudes, car les professionnels de la santé ne semblent pas certains de son acceptabilité juridique (voir également le chapitre 5.3.).

¹⁹ Les raisons d'un avortement relèvent de différents codes établis par la Commission Nationale d'Évaluation. « Pas d'obligation de notification » est de plus en plus souvent mentionné comme une spécification sous le code 99 : « Autre » dans les enregistrements d'avortement.

²⁰ En ce qui concerne la raison médicale liée à la femme enceinte, la version néerlandaise mentionne « de voltooiing van de zwangerschap » alors que la version française mentionne « la poursuite de la grossesse » (Nys, 2016, 231). Il convient de remédier à cette incohérence.

En ce qui concerne les affections du fœtus, la loi IVG exige qu'il soit certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable (ce qui mérite d'être comparé, par exemple, avec les lois françaises ou britanniques qui définissent quant à elles cette situation en termes de risques/probabilité). En accord avec la position du groupe de travail 2, développée au chapitre 5.3., le Comité scientifique recommande une formulation en termes de risque élevé plutôt que de certitude, qui correspond mieux à la réalité clinique. En pratique, l'évaluation de la certitude, de la gravité et du caractère incurable de l'affection relève de la marge d'appréciation et de la responsabilité clinique des professionnels de santé concernés (De Meyer, 2020).

Le médecin auquel la femme présente une demande d'interrompre sa grossesse pour raison médicale au-delà de 12 semaines doit s'assurer le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis est joint au dossier (article 2, 5° de la loi IVG). Dans le cadre des discussions parlementaires qui ont précédé la loi de 1990, il a été suggéré que l'avis des médecins consultés doit être concordant (*Doc. Parl. Chambre 1988-1989*, n° 950/9, 133). La loi IVG ne requiert pas de domaine de spécialisation spécifique du premier et/ou du deuxième médecin. Suite à l'apport du groupe de travail 2 et en accord avec la décision du groupe, le Comité scientifique recommande d'impliquer les disciplines médicales pertinentes dans le processus de décision sur l'avortement pour raison médicale (pour les recommandations spécifiques à ce sujet, voir chapitre 5.3.).

Enfin, certains membres du groupe de travail 2 et du groupe de travail 4 partagent l'avis que l'avortement pour raison médicale au-delà de 12 semaines semble traité comme une sous-section de l'avortement « classique »²¹ dans la loi IVG, alors qu'ils le perçoivent comme une question contextuellement distincte. En accord avec les groupes de travail, le Comité scientifique relève que la structure de la loi IVG peut être améliorée. Il est recommandé d'établir une section séparée dans la loi, traitant de l'avortement en raison d'affections graves (indépendamment de l'âge gestationnel) est recommandée (voir plus au chapitre 5.3.).

3.1.3.4 Délai d'attente de six jours

La réforme de la loi sur l'avortement de 1990 a introduit un délai d'attente obligatoire avant de pouvoir pratiquer un avortement. Un médecin ne peut pratiquer une interruption légale de grossesse au plus tôt que six jours après la première consultation. La période d'attente a été considéré comme permettant à la femme enceinte de disposer du temps nécessaire pour prendre une décision en pleine connaissance de cause (*Doc. Parl. Sénat 1988*, n° 247-1, 11). La loi, de même que les travaux parlementaires, laissent entendre que la période d'attente de six jours commence à courir à partir de la première visite chez le médecin (Tribunal de première instance Bruges, 7 février 2006 ; *Doc. Parl. Sénat 1988*, n° 247/5, 5 ; Nys, 2016, 228), bien que des approches différentes à cet égard dans la pratique aient été portées à la connaissance

²¹ L'avortement à la demande, principalement pour des raisons non médicales.

du Comité scientifique (voir chapitre 5.2.). En 2018, le Parlement fédéral a réduit la portée de la période d'attente de deux manières. Premièrement, il a introduit une exception au délai d'attente en cas de raison médicale urgente. Selon certains membres du Parlement, la raison médicale urgente peut être à la fois physique et psychologique et répondre aux besoins individuels des patients (*Doc. Parl. Chambre 2017-2018*, n° 54-3216/006, 9-10; *Doc. Parl. Chambre 2017-2018*, CRIV 54 PLEN 246, 54, 71). Deuxièmement, si une femme se présente moins de 6 jours avant la fin du délai de 12 semaines post-conception (14 SA), le délai obligatoire de six jours est maintenu, mais peut désormais dépasser le délai de 12 semaines²². Si le dernier jour de cette prolongation est un jour férié ou un jour de week-end, l'avortement peut avoir lieu le premier jour ouvrable suivant.

Malgré les modifications apportées en 2018, le Comité scientifique et les groupes de travail ont observé un certain nombre de problèmes résiduels concernant ce délai légal. Tout d'abord, la loi reste floue quant au moment où ce délai de six jours commence à courir précisément, quant à la manière dont les six jours sont calculés et quant au moment où ce délai prend fin (pour une discussion sur les expériences relatives à la période d'attente des professionnels de la santé : voir chapitre 5.2. et 5.3.). La loi IVG ne précise pas si la visite chez le médecin doit ou non se faire en personne et si le jour de la visite chez le médecin est compté dans le délai de six jours. Selon les principes de calcul légaux, une visite chez le médecin le mercredi signifie que les 6 jours commencent à courir à partir du jeudi, de sorte que l'avortement peut être pratiqué le mercredi suivant (tribunal de première instance de Bruges, 7 février 2006 ; Vanswevelt, 2022, 196-197). En ce qui concerne la procédure d'avortement opérée par un médecin (qui marque donc la fin du délai d'attente), il convient de mentionner que, dans le cas de l'avortement médicamenteux qui se fait par la prise de deux types de médicaments, pris à des jours différents, l'expulsion proprement dite a lieu un autre jour que celui de la prise du second comprimé. Bien que la loi ne précise pas quelle « étape » du processus d'avortement médicamenteux peut être considérée comme la procédure réelle de l'avortement, la plupart des prestataires de services d'avortement comptent 6 jours jusqu'au moment où la première pilule (mifepristone) est administrée, considérant que c'est le point de départ de la procédure d'avortement (contribution du groupe de travail 1).

D'un point de vue juridique, la question a été soulevée par le groupe de travail 4 et les membres du Comité scientifique de savoir si un délai obligatoire spécifique à l'avortement est nécessaire et efficace pour atteindre l'objectif de protection d'un processus de décision approfondi de la femme enceinte. À cet égard, le Comité scientifique observe que d'autres exigences et principes juridiques plus généraux existent déjà dans le but de protéger un processus de décision éclairé sur l'avortement.

²² Dans la jurisprudence, une exception similaire au délai d'attente de 6 jours avait déjà été acceptée dans certains cas sur la base d'un 'état de nécessité' / 'noodtoestand' (qui est un motif de justification objective en droit pénal, à ne pas confondre avec la « situation de détresse ») (voir Tribunal de première instance de Bruges, 7 février 2006). Dans cette affaire, aucune sanction n'a été imposée aux professionnels de la santé pour ne pas avoir respecté le délai d'attente de 6 jours lorsqu'ils ont pratiqué un avortement sur une jeune fille de 14 ans le dernier jour de la période de 12 semaines.

Par exemple, la loi IVG impose l'obligation légale pour le médecin de « s'assurer de la volonté ferme » de la femme (article 2, 2° de la loi IVG) et d'obtenir son consentement éclairé (par écrit) (article 2, 4° de la loi IVG) avant de pratiquer un avortement. Outre la loi IVG, les statuts généraux du droit de la santé et les principes déontologiques soulignent le principe du consentement éclairé pour toute intervention dans le cadre de soins de santé : « Le consentement éclairé exige que les patients possèdent la capacité de prendre des décisions concernant leur traitement médical, que leur décision soit volontaire et qu'ils reçoivent des informations adéquates et appropriées sur lesquelles fonder leur décision. » (Myers, 2021). En ce sens, les objectifs de ces obligations légales générales semblent largement se superposer à l'objectif d'un délai obligatoire spécifique.

À un niveau plus fondamental, le Comité scientifique et plusieurs groupes de travail ont exprimé leur inquiétude quant aux effets des délais d'attente obligatoires sur la pratique de l'avortement. Les groupes de travail 1 et 4 ont examiné un certain nombre d'études portant sur les effets des périodes d'attente obligatoires. Ces études se concentrent principalement sur trois aspects : 1) la contrainte que représentent pour les patientes ces délais d'attente et d'accompagnement psycho-social, 2) les effets causaux des délais obligatoires sur les taux et le moment des avortements 3) le processus de décision et le degré de certitude atteint par les patientes.

Contraintes associées à ces conditions

Plusieurs problèmes ont été relevés en ce qui concerne cette période d'attente. Une revue de la littérature réalisée en 2009 sur les lois relatives à l'accompagnement psycho-social et au délai de réflexion obligatoires aux États-Unis a également observé diverses charges pesant tant sur les patientes que sur les prestataires de services (Joyce *et al.*, 2009; Lupfer and Silber, 1981; Althaus and Henshaw, 1994). Les patientes font état d'une augmentation de l'inconfort physique et de la détresse mentale, de difficultés liées aux visites multiples ainsi que de répercussions personnelles et financières accrues. Les études incluses dans la revue de la littérature font également apercevoir une baisse des taux d'avortement en résidentiel et un report du moment de l'avortement comme effet direct et, partant, une augmentation des taux d'avortement au deuxième trimestre (Althaus et Henshaw, 1994 ; Joyce *et al.*, 1997 et 2000). En particulier, une période d'attente obligatoire avec deux déplacements entraîne un coût plus élevé pour les femmes, selon plusieurs études (Medoff, 2015; Lindo et Pineda-Torres, 2021). Il semble également que les lois qui imposent un délai de réflexion / un conseil psycho-social obligatoire, mais autorisent ce suivi par Internet ou par email ou téléphone, réduisent les coûts imposés aux patientes (Joyce *et al.* 2009).

Une autre étude sur l'introduction en Arizona d'un délai de réflexion obligatoire de 24 heures et impliquant deux rendez-vous examine les anticipations des patientes cherchant à se faire avorter, avant l'introduction de cette exigence légale. Cette étude conclut que seule une faible minorité de femmes cherchant à obtenir un avortement considère qu'une loi sur le délai de réflexion impliquant deux rendez-vous leur est

bénéfique ; l'écrasante majorité d'entre elles s'attend à ce qu'un délai d'attente ait des conséquences négatives (Karasek *et al.*, 2016). Ainsi, 90 % des femmes de l'étude s'attendent à ce que le délai de réflexion entraîne des difficultés.

Effets sur la pratique de l'avortement

Une étude plus récente sur les effets causaux des délais d'attente obligatoires qui ne nécessitent qu'un seul rendez-vous conclut que ceux-ci n'ont pas d'effets significatifs sur une issue d'avortement ou de naissance. Les délais d'attente impliquant deux rendez-vous tendent à réduire le nombre des avortements et à retarder ceux qui se produisent malgré tout. Les délais d'attente comportant deux rendez-vous exigent, selon la loi, deux visites en personne avant que l'avortement puisse être pratiqué, alors que les délais n'impliquant qu'un rendez-vous permettent la communication d'informations et un accompagnement psycho-social à distance, après quoi le délai de réflexion commence à courir. Pour les délais d'attente requérant deux déplacements, une étude indique qu'ils ont pour effet d'augmenter de 19,1 % les avortements pratiqués durant le deuxième trimestre (Myers, 2021). En comparant les chiffres d'avortement et de naissance des États américains où sont requis respectivement un délai d'attente avec deux visites en personnes ou un délai d'attente avec une seule visite en personne, l'auteur constate entre les deux catégories d'États une différence de 8,9 % de recours à l'avortement en moins pour les premiers (états avec un délai et deux visites), ainsi qu'un taux de naissances de 1,5 % plus élevé²³. Néanmoins, le facteur de temps d'attente obligatoire n'est pas statistiquement isolé d'autres facteurs, empêchant d'attribuer ces différences à ce seul aspect de la période d'attente²⁴. Une autre étude s'est penchée sur un délai de réflexion obligatoire de 48 heures impliquant deux rendez-vous, introduit dans le Tennessee en 2015, et a constaté que cette obligation avait entraîné une augmentation de 53 à 69 % de la part des avortements survenant durant le deuxième trimestre (Lindo et Pineda-Torres, 2021). Ce résultat n'est pas surprenant puisque, de par sa nature, un délai d'attente obligatoire repousse automatiquement le moment de l'avortement. Ces effets semblent plus importants chez les jeunes femmes et chez les femmes de couleur, ainsi que dans les localités éloignées des centres ou des praticiens d'avortement et présentant des taux de pauvreté et de chômage plus élevés (Myers, 2021).

²³ Un membre du groupe de travail 4 a fait remarquer que, d'un point de vue pro-vie, la réduction des taux d'avortement résultant d'un délai de réflexion impliquant deux rendez-vous pourrait être considérée comme un effet secondaire positif plutôt que négatif. Toutefois, d'un point de vue pro-choix, une telle mesure peut être considérée comme un obstacle juridique qui empêche les femmes de faire un choix qu'elles auraient fait en l'absence de cette restriction légale.

²⁴ À l'aide d'une analyse statistique, l'étude estime qu'environ 3/4 des "avortements manquants" peuvent s'expliquer par le fait que les grossesses sont menées à terme (ce qui augmente le nombre de naissances). D'autres explications possibles pour les "avortements manquants" sont les suivantes : les individus ont davantage recours à la contraception et réduisent le nombre de grossesses non désirées (et donc d'avortements), augmentation des fausses couches spontanées, augmentation des avortements pratiqués de leur propre chef (voir Myers, 2021, p. 15). Cependant, ce qui cause l'association avec la présence d'un délai d'attente obligatoire n'est pas connu ni étudié.

Le groupe de travail 4 note que la littérature développée dans ce point et les suivants et étudiant les effets des lois états-uniennes doit être nuancée d'au moins deux façons lors de l'évaluation du délai d'attente belge de six jours. D'une part, les délais états-uniens étudiés sont sensiblement plus courts que le critère belge de six jours (généralement 24 heures). Le Comité scientifique estime que l'augmentation de la durée du délai d'attente entraîne une augmentation de contraintes pour les patientes. D'autre part, les résultats des études états-uniennes ont été obtenus dans des contextes dans lesquels de longs déplacements jusqu'aux cliniques qui pratiquent les avortements sont plus probables qu'en Belgique. Les plus longues distances jusqu'aux prestataires de services d'avortement sont associées à des effets plus importants des délais d'attente et de prise de rendez-vous sur les patientes, en particulier sur celles qui se trouvent dans des situations vulnérables.

Processus de décision et degré de certitude

Une recherche récente menée aux Pays-Bas décrit les expériences qualitatives des femmes et les perspectives des professionnels de la santé concernant le délai de réflexion obligatoire de cinq jours (maintenant supprimé) (Holten *et al.*, 2021). Elle révèle que certaines femmes ressentent une perte de contrôle et un sentiment de détresse lorsqu'elles doivent attendre plus longtemps qu'elles le souhaitaient pour respecter le délai légal. Des expériences et des perspectives similaires ont été observées dans l'évaluation officielle de la loi néerlandaise sur l'avortement (ZonMw, 2020).

D'autres études se sont penchées sur la certitude de la décision par rapport au délai de réflexion. Roberts *et al.* constatent que la plupart des femmes ne doutent pas de leur décision lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins d'avortement, ce qui a amené à considérer comme inutile le délai de réflexion de 72 heures dans l'Utah. Ces études soulignent également qu'une prise en charge individualisée de la minorité confrontée au doute quant à sa décision serait plus appropriée (Roberts *et al.*, 2016). Des conclusions similaires sont tirées par Rowlands *et al.* sur la base de la littérature psychologique relative à la prise de décision et à la possibilité d'émettre des regrets. Le Comité scientifique rejoint les affirmations de cette étude en reconnaissant que, « lorsqu'on réfléchit aux options de grossesse, le choix qui maximise le bien-être d'une femme n'est cependant pas inévitablement celui qui ne lui laisse aucun regret. » (Greasley, 2012). Foster *et al.* affirment que les interactions avec un personnel formé capable d'évaluer et de répondre aux besoins individuels des femmes peuvent mieux répondre à des situations complexes rencontrées par les femmes que les réglementations exigeant des délais d'attente obligatoires et un contenu d'informations obligatoire (Foster *et al.*, 2012). Les auteurs constatent chez 87 % des femmes une grande confiance dans leur décision avant la session d'accompagnement psycho-social. Enfin, Ralph *et al.* constatent aussi que le niveau d'incertitude décisionnelle en matière d'avortement est comparable ou inférieur à celui d'autres décisions de santé (Ralph *et al.*, 2017). Un grand nombre d'études soulignent de même que les périodes de réflexion obligatoires n'améliorent pas la qualité du conseil et ne facilitent pas le processus de décision concernant l'avortement (Visser *et al.*, 2005; Joyce *et al.*, 2009; Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017). Plusieurs études appuient également

l'affirmation des experts du groupe de travail 1 concernant la réflexion anticipée des patientes, en démontrant que, pour une grande majorité des femmes demandant un avortement, la décision est déjà très ferme avant la première consultation et devient pour beaucoup d'entre elles encore plus certaine après le conseil (Joyce *et al.*, 2009; Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017). Puisque l'objectif du premier rendez-vous psycho-social tel qu'il est organisé en Belgique est de fournir des conseils, des informations et d'aider la femme enceinte dans son processus de décision, la certitude acquise au cours du processus semble indiquer que cet objectif est atteint. La réassurance et la confiance dans la procédure et la certitude dans la décision réduisent le stress des femmes qui font face à une grossesse non désirée (Vandamme, 2017). L'étude longitudinale Turnaway Study aux États-Unis indique que cette certitude quant à la décision d'avorter se maintient à long terme, 99 % des femmes confirmant qu'elles ont fait le bon choix, même cinq ans après la décision et l'intervention d'avortement (Rocca *et al.*, 2015, 2020).

Tendances internationales

Un nombre croissant d'analyses juridiques et politiques considèrent qu'un temps obligatoire de réflexion sur la décision est une disposition paternaliste, qui semble contradictoire avec l'objectif d'accorder aux femmes une autonomie sur le processus (Minkenberg, 2003 ; Victorian Law Reform Commission, 2008). Par exemple, les auteurs d'une revue de la littérature réalisée en 2022 affirment à partir de plusieurs études et du droit international relatif aux droits humains que les délais d'attente obligatoires dans la législation et la politique en matière d'avortement ne sont pas appropriés (de Londras *et al.*, 2022).

D'un point de vue médical, plusieurs institutions de santé prestigieuses déconseillent également fortement les périodes de réflexion obligatoires (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022; World Health Organization, 2022). L'Organisation Mondiale de la Santé recommande d'éviter les obstacles qui réduisent l'accès à un avortement sûr et rapide. L'OMS déclare : « Les délais d'attente obligatoires peuvent avoir pour effet de retarder les soins, ce qui peut compromettre la capacité des femmes à accéder à des services d'avortement sûrs et légaux et dévaloriser les femmes dans leur compétence décisionnelle. [...] Les États devraient envisager de supprimer les délais d'attente qui ne sont pas médicalement nécessaires, et d'étendre les services pour servir rapidement toutes les femmes éligibles. »²⁵ (OMS, 2012, 96-97)²⁶. De même, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies suggère que « les États devraient abroger et éviter d'introduire des mesures qui créent des limitations d'accès aux biens et services [liés à la santé reproductive et sexuelle] »²⁷ (CESCR, Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) (2016) (UN Doc. E/C.12/GC/22)). Comme également

²⁵ Notre traduction.

²⁶ Voir également p. 9 : « Les obstacles réglementaires, politiques et programmatiques qui entravent l'accès à des soins liés à l'avortement sûrs et à leur dispensation en temps voulu devraient être supprimés. »

²⁷ Notre traduction.

relevé dans le groupe de travail 4, le Comité scientifique souligne qu'un délai d'attente de six jours est particulièrement long et exceptionnel au regard d'une comparaison juridique internationale (Rowlands et Thomas, 2020, Tableau 1). En Europe, la majorité des pays n'ont pas de délai d'attente obligatoire (Royaume-Uni, France, Pays-Bas (qui a récemment supprimé son délai de réflexion de 5 jours), Serbie, Espagne (qui a récemment supprimé son délai de réflexion de 3 jours), Danemark, Finlande, Norvège, Islande, Suède, Suisse, etc.) Les pays qui ont un délai légal conservent une période de trois jours en moyenne (Allemagne, Irlande, Lettonie, Luxembourg, Hongrie, Portugal, Monténégro, etc.) À la connaissance du Comité scientifique, seuls deux pays européens, l'Italie et l'Albanie, prévoient un délai obligatoire plus long qu'en Belgique (7 jours).

Ces mêmes conclusions ont été soutenues par les prestataires belges de services d'avortement entendus et impliqués dans les groupes de travail et dans le Comité scientifique (voir chapitre 5). Selon le Comité scientifique, les bénéfices pour un petit nombre de femmes qui ressortent d'un délai d'attente obligatoire ne compensent pas les contraintes imposées à une majorité de femmes, d'autant qu'il estime que les femmes du premier groupe peuvent, en pratique, être soutenues par un parcours de soins professionnel et individualisé. Sur la base de tous les éléments apportés, le Comité scientifique recommande de supprimer le délai d'attente obligatoire de six jours, et renvoie aux alternatives discutées par le groupe de travail 1 au chapitre 5.2. Dans tous les cas, le Comité recommande que les deux rendez-vous ne se fassent pas nécessairement en personne (tout en conservant cette possibilité néanmoins), et dans tous les cas de rendre possible l'option d'une première consultation par téléphone ou Internet si c'est le souhait de la patiente. Cette recommandation doit être lue et comprise en gardant à l'esprit les discussions et les résultats développés dans les chapitres 5.2. et 5.3.

3.1.3.5 Informations obligatoires

La loi IVG contient plusieurs obligations d'information pour les professionnels de la santé impliqués dans les services d'avortement. La loi exige la présence d'un « service d'information » (« voorlichtingsdienst ») rattaché à l'établissement de soins concerné. Ce service d'information reçoit la femme demandant un avortement et lui communique des informations détaillées, sur les droits, aides et avantages aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants²⁸ garantis par la loi et les décrets. En outre, le service d'information doit informer la femme sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître. Enfin, à la demande du médecin ou de la femme, il doit lui apporter assistance et conseils sur les moyens auxquels elle peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation (article 2, 1°, b, loi IVG). En outre, la loi IVG prévoit des devoirs d'information spécifiques pour le médecin auquel la femme s'est adressée pour demander l'interruption de sa grossesse. Le médecin est tenu d'informer la femme des risques

médicaux actuels et futurs qu'elle encourt en interrompant sa grossesse. Le médecin doit également rappeler à la femme les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service d'information pour lui accorder l'assistance et lui donner les conseils à ce sujet (article 2, 2°, b, loi IVG). L'article 2, 6° stipule, comme condition à l'interruption légale de grossesse, que le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention est pratiquée doit assurer l'information (nécessaire)²⁹ de la femme en matière de contraception.

Selon le Comité scientifique et le groupe de travail 4, cet article de la loi pourrait être amélioré. Tout d'abord, on constate que certains établissements de santé qui pratiquent des avortements, notamment les hôpitaux, ne disposent pas d'un « service d'information » structurel, mais s'appuient sur un certain nombre de collaborateurs (psychologues, infirmiers, sage-femmes, conseillers génétiques, etc.) pour l'accompagnement administratif et informatif de la femme. Très souvent, le gynécologue hospitalier responsable prend en charge la partie « psycho-sociale » de la consultation. En outre, le Comité scientifique et le groupe de travail 4 notent que l'application d'une obligation stricte de donner certaines informations peut s'avérer inappropriée dans certains scénarios et n'est de toute façon pas toujours respectée dans la pratique (par exemple, l'information sur l'adoption dans le cas d'une interruption de grossesse pour une malformation fœtale létale). Au cours des auditions et des réunions des groupes de travail, les professionnels de la santé impliqués dans les services d'avortement ont exprimé leur inquiétude quant au caractère obligatoire de certains devoirs d'information spécifiques et à leur contenu (voir plus en détail aux chapitres 5.2. et 5.3.). Les conseillers indiquent que le fait de discuter de l'adoption comme alternative à l'avortement est vécu comme un traumatisme par les femmes qui demandent une IVG. À cet égard, le Comité scientifique souligne les études susmentionnées sur les effets du délai d'attente obligatoire, car elles identifient les contraintes associées à l'obligation d'accompagnement et de contenu d'information. Enfin, en accord avec le groupe de travail 4, le Comité scientifique souligne que les bonnes pratiques médicales, la déontologie médicale et les lois relatives à la santé garantissent déjà des devoirs d'information appropriée. Le Comité fait notamment référence à l'article 8, § 2, de la loi relative aux droits du patient de 2002 qui impose que les informations concernent « l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. ». Bien qu'il existe un débat juridique sur l'applicabilité de la loi sur les droits des patients à l'interruption volontaire de grossesse (voir chapitre 3.4.1.), la loi a été perçue comme contraignante et pertinente dans le cadre des procédures d'avortement par plusieurs professionnels de la santé impliqués dans ce type de prestation. Le Comité scientifique, s'appuyant également sur les travaux des groupes de travail 1, 2 et 4, reconnaît et souligne la nature inappropriée

²⁸ Le comité scientifique note que la formulation de cette disposition, si elle est conservée, pourrait faire l'objet d'une modernisation.

²⁹ Il est à noter que la version française ne mentionne pas le terme « nécessaire », mais impose simplement de donner des informations en matière de contraception.

et rigide de certaines obligations d'information dans la pratique. Le Comité recommande, en s'appuyant sur les lois générales relevant des soins de santé et sur les principes déontologiques, de privilégier une approche individualisée, au cas par cas, pour chaque patiente, pour garantir une information adéquate et un consentement éclairé de la femme. Selon le Comité scientifique, ce principe devrait être un socle de base, bien que des nécessités particulières en matière d'information puissent être incluses dans la loi IVG si une mention explicite est considérée comme justifiée dans le contexte de l'avortement (voir par exemple la recommandation 3 et le chapitre 5.2 sur l'information relative à la contraception). Cette recommandation doit être lue et comprise en gardant à l'esprit les discussions et les résultats développés aux chapitres 5.2. et 5.3.

Le Comité scientifique souhaite attirer l'attention sur le fait que la réforme de la loi relative à l'interruption de grossesse de 2018 a supprimé un aspect de l'ancienne réglementation sur l'avortement en termes d'information. Jusqu'en 2018, le Code pénal sanctionnait quiconque aura « préconisé » l'emploi de moyens [...] de faire avorter une femme, aura fourni des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ou aura fait connaître [...] les personnes qui les appliquent » (ancien art. 383, alinéa 5). En outre, il incriminait aussi la personne qui faisait le commerce de moyens d'avortement (ancien art. 383, alinéa 6). Ces infractions étaient considérées comme problématiques et archaïques, surtout après la légalisation sous conditions de l'avortement en 1990 (Vansweevel, 2014, 219-220). La réforme légale de 2018 a abrogé ces infractions, ce que le Comité scientifique estime être une évolution positive. En outre, le Comité souligne l'importance d'informations objectives, scientifiques et neutres sur l'avortement et de l'accès à celles-ci pour permettre aux femmes de faire un choix éclairé. La création d'un site web officiel contenant des informations pertinentes et objectives sur l'avortement et sa pratique est recommandée par la Commission Nationale d'Évaluation, et soutenue par le Comité scientifique (Commission Nationale d'Évaluation interruption de grossesse, Mémoire à l'attention du Parlement 2020, 10).

3.1.3.6 Détermination et consentement de la femme enceinte

La loi IVG précise que le médecin doit s'assurer de la détermination de la femme de recourir à une interruption de grossesse. L'appréciation de la détermination de la femme enceinte, sur la base de laquelle le médecin accepte de pratiquer l'avortement, ne peut plus être contestée si les conditions de l'article 2 sont remplies (article 2, 2°, c, loi IVG). En outre, la femme doit confirmer par écrit sa volonté d'interrompre sa grossesse le jour de l'avortement³⁰. Le formulaire de consentement doit être ajouté au dossier médical (article 2, 4°, loi IVG). Le Comité scientifique n'a pas observé ou été informé de problèmes pratiques en ce qui concerne ces exigences légales.

³⁰ Voir également le Tribunal de première instance de Bruges, 7 février 2006, où le consentement à un avortement a été considéré non valide.

La question du consentement (autonome) et de la représentation des mineurs

Le Comité scientifique constate, en accord avec le groupe de travail 4, que la situation de la gestion et de la surveillance des mineurs dans le contexte de l'avortement n'est pas explicitement décrite dans la loi IVG. La loi IVG se limite à disposer que, pour qu'une interruption de grossesse entre dans les conditions légales, la femme enceinte doit en faire la demande et doit émettre un consentement (écrit). Cela soulève la question de savoir si une mineure peut demander un avortement de manière autonome, et si la représentation des mineures est exclue dans tous les cas. Selon le Comité scientifique, une clarification s'impose ici.

En ce qui concerne les mineures, il est admis dans la pratique et par ce Comité scientifique qu'elles peuvent demander un avortement de manière autonome sans l'intervention du ou des parents. L'absence de règle contraire dans la loi IVG implique qu'une telle consultation des parents ou un tel consentement parental ne sont pas, en principe, nécessaires. Un avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, se référant à la loi sur les droits du patient et aux possibilités de représentation par des tiers, semble aller dans le même sens. Cet avis s'est en effet prononcé sur la possibilité de sédation d'une patiente mineure chez qui une interruption volontaire de grossesse est pratiquée sans le consentement des représentants légaux (avis du 23 mars 2013, non accessible au public). Dans la loi relative aux droits du patient, il est important, pour exercer un consentement autonome, que le patient mineur soit jugé capable de discernement, c'est-à-dire apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (Article 12 de la Loi relative aux droits du patient) (voir aussi section 3.4.1.2 de ce rapport). La Cour d'arbitrage (aujourd'hui : Cour constitutionnelle) a également confirmé que les parents ne sont pas discriminés par l'éventuelle impossibilité de s'opposer à la décision de leur fille d'interrompre sa grossesse (Cour d'arbitrage n° 39/91, 19 décembre 1991, 6.B.17). Le Comité scientifique recommande de répondre à cette réalité en autorisant explicitement les prestataires de soins à pratiquer un avortement à la demande d'une mineure capable de discernement, 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 de la mineure à ne pas être seule à faire face à 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 de la mineure également après l'interruption de grossesse.

Si la mineure n'est pas considérée apte à juger raisonnablement de ses intérêts, la question se pose de savoir si un représentant peut prendre une décision concernant la grossesse. Si, dans certaines situations, une telle représentation est considérée comme utile et équitable par le législateur, une réglementation spécifique à l'avortement sur la représentation peut être élaborée et incluse dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse. D'autre part, les principes généraux de représentation à l'égard des mineurs, tels qu'ils figurent dans la loi relative aux droits du patient, peuvent également s'appliquer à l'interruption volontaire de grossesse. Cette dernière option est celle que privilégie le Comité scientifique et elle doit également

être comprise à la lumière de l'exposé du chapitre 3.4.1. concernant l'application des lois relatives à la santé sur l'interruption volontaire de grossesse.

La question du consentement (autonome) et de la représentation des adultes incapables
En ce qui concerne les personnes adultes et incapables, le groupe de travail 4 rappelle la distinction entre l'incapacité et l'inaptitude. L'incapacité fait référence à l'impossibilité *de facto* de s'exprimer ou d'exprimer sa volonté et doit être évaluée *in concreto* et de manière ad hoc. L'inaptitude légale est la condition *juridique* qui interdit l'exercice autonome des droits (par exemple, à la suite d'une décision de justice).

Le groupe de travail 4 note que la situation de l'interruption de grossesse chez les adultes incapables non placées sous protection judiciaire n'est pas explicitement réglementée. Différentes règles et principes peuvent s'appliquer à cette situation (pour un aperçu des différentes positions, voir Vanswevelt, 2022, 177-180). Par ailleurs, la réglementation relative aux adultes déclarés inaptes par le tribunal est considérée comme peu claire et inadéquate. Suite à la loi du 17 mars 2013³¹, les personnes majeures peuvent être déclarées inaptes par le juge de paix pour un ou plusieurs actes et ensuite également être assistées ou représentées. Toutefois, en vertu de l'article 497/2, 19° de l'ancien C. civ., la demande d'interruption volontaire de grossesse n'est pas susceptible d'assistance ou de représentation par l'administrateur de la personne dans la mesure où la personne protégée a été déclarée inapte à cette fin. Cela laisse entendre que ni la personne inapte ni son représentant ne peuvent faire une demande d'interruption volontaire de grossesse. En outre, la doctrine ne s'accorde pas sur la question de savoir si les tribunaux *peuvent* déclarer des personnes inaptes pour un tel acte strictement personnel (Swennen, 2013, 574; Opgenhaffen, 2020, 129).

Le Comité scientifique est conscient de la nécessité d'une gestion très individualisée de ces situations, qui sont toujours extrêmement délicates et dépendent d'un grand nombre de facteurs tels que le type de handicap, sa gravité en cas de déficience mentale, les circonstances contextuelles et possibilités de soutien, ainsi que l'opinion et la disponibilité des personnes qui accompagnent la personne qui connaît ce type de handicap. Après un examen attentif, le Comité scientifique a décidé de ne pas formuler de recommandation concrète sur ce point, soulignant que c'est dans l'interaction concrète entre le personnel soignant, la personne incapable et ses représentants légaux que la décision la plus appropriée peut être trouvée.

³¹ Loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine.

3.1.3.7 Lieu de l'avortement et type de prestataire

L'avortement doit être pratiqué dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information (article 2, 1°, b), loi IVG). Par établissement de soins, le législateur entendait en effet inclure non seulement les hôpitaux, mais aussi les centres d'avortement (privés) (*Doc. Parl. Sénat 1988, n° 247-1, 10*). La loi ne précise pas la spécialisation ou la formation du médecin. Les médecins généralistes peuvent également pratiquer l'avortement, pour autant qu'il ait lieu dans de bonnes conditions médicales, dans un établissement de soins. D'autres professions, comme les sage-femmes, ne sont pas autorisées à pratiquer des avortements (voir par exemple article 6, § 2, 7 de l'arrêté royal relatif à l'exercice de la profession de sage-femme, qui interdit l'induction d'une interruption de grossesse par cette profession).

La loi IVG ne mentionne pas explicitement si le médecin qui pratique l'avortement doit être le même que celui qui remplit les autres conditions légales, notamment la communication des informations obligatoires (Nys, 2016, 228). Dans la pratique médicale, il est fréquent que différents médecins et professions de santé soient impliqués dans l'ensemble du trajet de soins. En termes d'expertise professionnelle, le Comité scientifique souligne l'existence de besoins différents en matière de sûreté et de qualité de la procédure en fonction de la méthode d'avortement et de la durée de la grossesse (voir également le chapitre 5.1.). Actuellement, la loi IVG suggère que seul un médecin peut administrer les médicaments pour une IVG médicamenteuse dans un établissement de soins (voir également l'arrêté royal déterminant les conditions pour la prescription et pour la délivrance des médicaments contenant de la mifépristone, du misoprostol ou du géméprost). Les prestataires de services d'avortement, le groupe de travail 1 et le groupe de travail 4, ainsi que le Comité scientifique, ont jugé cette condition trop stricte. Comme expliqué plus en détail au chapitre 5.2., la pandémie de COVID-19 a mis en évidence des problèmes liés aux protocoles de pratique de l'avortement et a amené différents pays, dont la Belgique, à permettre des formes de télémédecine en début de protocole ou d'avortement autogéré à domicile (Moreau *et al.*, 2021 ; RTBF, 2020). Le Comité scientifique recommande au législateur de tenir compte de ces évolutions et de revoir les conditions légales fixées concernant le type de prestataire et le lieu de la prestation. Cette recommandation est précisée au chapitre 7.3.

3.1.4 Refus de concourir à l'avortement et obligation de référer

L'article 2, 7° loi IVG stipule qu'aucun médecin, aucun infirmier, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention le cas échéant. En 2018, une obligation ultérieure a été ajoutée à l'article 2, 7° loi IVG indiquant que le médecin qui refuse de pratiquer l'avortement doit fournir à la patiente les coordonnées d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier qu'elle peut solliciter pour une nouvelle demande d'interruption de grossesse. Le médecin qui refuse de pratiquer l'interruption volontaire

de grossesse doit transmettre le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme. La violation de l'obligation de renvoi de l'article 2, 7° loi IVG n'est actuellement pas sanctionnée pénalement, ce qui a été critiqué par certains représentants académiques (Colette et De Hert, 2018). De même, le fait de forcer les professionnels de la santé à prendre part à une interruption de grossesse n'est pas sanctionné³².

La Cour constitutionnelle a considéré l'obligation de référer à d'autres praticiens conforme à la Constitution et a déclaré que cette obligation répond à un objectif légitime de santé publique en respectant le droit des femmes à obtenir une interruption de grossesse dans un environnement médical sûr (Cour constitutionnelle n° 122/2020, 24 septembre 2020, B.14.2.). La Cour juge l'obligation de renvoi légitime, nécessaire et proportionnée aux objectifs de la loi. Ce faisant, la liberté de conscience du médecin et son choix de ne pas pratiquer l'interruption de grossesse sont respectés, tout en respectant les droits des femmes (Cour constitutionnelle n° 122/2020, 24 septembre 2020, B.14.3.). En accord avec le jugement positif des prestataires de services d'avortement qu'il a entendus, le Comité scientifique évalue positivement cette obligation de renvoi.

L'article 2, 7° de la loi IVG s'entend comme un droit de refus individuel, mais ne s'étend pas aux institutions. Une institution de santé ne peut pas utiliser la disposition légale pour justifier une politique de refus institutionnelle (voir aussi Tack et Balthazar, 2011, 61-91 dans le contexte des décisions de fin de vie). Néanmoins, la mesure dans laquelle les institutions peuvent avoir une politique de refus vis-à-vis de l'avortement ou peuvent maintenir des règles plus strictes que la loi reste sujette à débat (Tack, 2013) (voir également dans le cadre de l'euthanasie : Comité consultatif de bioéthique, avis n° 59 du 27 janvier 2014). Le Comité scientifique confirme la position selon laquelle la clause actuelle d'objection de conscience confère un droit individuel qui ne s'étend pas aux institutions.

Dans le contexte de l'objection de conscience individuelle et des exigences de l'État ou des employeurs concernant la participation professionnelle à des services d'avortement, le Comité souhaite souligner les clarifications récentes apportées par la Cour européenne des droits humains (voir *Grimmark c. Suède* et *Steen c. Suède*). Deux plaintes d'infirmières et sage-femmes suédoises invoquaient une violation de leurs droits humains après s'être vu refuser des postes vacants en raison de leur refus de pratiquer des avortements. Ces plaintes ont été déclarées irrecevables par la Cour européenne des droits humains. Bien que les objections de conscience elles-mêmes aient été considérées comme des manifestations du droit à la liberté de religion protégé par la Convention, la Cour a observé que l'ingérence dans ce droit était prescrite par la loi suédoise, légitime pour protéger la santé des femmes souhaitant avorter et nécessaire dans une société démocratique. La Cour a souligné que la Suède fournissait des services d'avortement à l'échelle nationale et qu'elle avait donc une obligation positive d'organiser son système de santé de manière à garantir

que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de santé dans le cadre professionnel n'empêche pas la fourniture de tels services (voir également ECtHR 30 octobre 2012, n° 57375/08, *P. et S. c. Pologne*). En fait, un État qui n'organise pas effectivement l'accès aux services d'avortement autorisés par la législation nationale peut donner lieu à une violation de ses obligations positives au titre de l'article 8 de la Convention européenne des droits humains (voir chapitre 3.2.). Le Comité scientifique considère que ces réflexions sont pertinentes tant pour l'organisation actuelle de l'avortement que pour l'organisation d'éventuels futurs services d'avortement en Belgique si le législateur modifiait la loi (voir chapitre 6).

Enfin, le groupe de travail 4 observe que l'article 2, 7° diffère de l'article 2, 1°-6°, car ces derniers points traitent des conditions de licéité de l'avortement alors que le point 7 n'est pas vraiment une condition qui établit la licéité de l'avortement. L'article 2 semble suggérer, dans sa première phrase, que les points 1°-7° traitent tous des conditions dans lesquelles une femme peut demander une interruption de grossesse. Le Comité scientifique recommande d'améliorer la structure de la loi IVG à cet égard.

3.1.5 Sanctions pénales en cas d'interruption volontaire de grossesse illégale

Bien que l'avortement volontaire ne constitue plus un crime en principe depuis 2018³³, les conditions rendant l'avortement légal dans la loi IVG restent soutenues par des infractions pénales et des sanctions spécifiques, à savoir des peines d'emprisonnement et des amendes³⁴. Ces sanctions concernent aussi bien le prestataire de services d'avortement que la personne enceinte lorsque la pratique de l'avortement a eu lieu en violation des conditions légales. Toutes les conditions doivent être remplies pour que l'interruption de grossesse soit légale. Par analogie, la violation d'une des conditions susmentionnées peut suffire à la qualification d'infraction pénale. Les mêmes sanctions s'appliquent, que la violation soit de nature substantielle ou procédurale, bien que le juge dispose d'un certain pouvoir d'appréciation dans l'application de la sanction.

Plus précisément, l'article 3, alinéa 1er de la loi IVG³⁵ sanctionne pénalement toute personne qui aurait fait avorter une femme qui y a consenti en dehors des conditions légales et punit cette personne d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 100 à 500 euros. Une sanction plus lourde (5 à 10 ans d'emprisonnement) s'applique à la personne qui aura fait avorter une femme qui y a consenti en dehors des conditions légales dans le cas où l'intervention cause la mort de celle-ci (article

³² Contrairement à ce que le ministre de la Justice a déclaré au Parlement en 1990 (Nys, 2016, 228).

³³ Avant 2018, le Code pénal belge traitait l'avortement comme un crime de principe, même si de larges exceptions à cette règle étaient prévues pour les avortements consensuels. Les anciens articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal belge, introduits par la loi sur l'interruption de grossesse de 1990, sont disponibles à l'adresse: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_03_04_1990_zwangerschapsafbreking.pdf (en néerlandais et en français). Pour une discussion détaillée de la législation belge sur l'avortement avant la réforme de 2018, voir (Vanswevelt, 2014, 189-289).

³⁴ Article 3, loi relative à l'interruption volontaire de grossesse de 2018.

³⁵ Le groupe de travail 4 estime que l'article 3 pourrait bénéficier d'une numérotation des différentes infractions pour obtenir une structure plus claire.

3, alinéa 4, loi IVG). Enfin, l'article 3, alinéa 3, sanctionne la femme qui *volontairement* aura fait pratiquer un avortement³⁶ en dehors des conditions prévues à l'article 2, d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 50 à 200 euros.

Certains membres du Comité scientifique ont exprimé leur inquiétude quant au fait que la violation d'une condition procédurale (par exemple le délai d'attente obligatoire) pourrait donner lieu à la même sanction pénale que la violation d'une condition substantielle. À cet égard, les membres du groupe de travail 4 ont suggéré d'examiner les implications possibles d'un récent arrêt de la Cour constitutionnelle sur l'euthanasie, où l'absence de sanctions distinctes pour les violations procédurales ou substantielles de la loi a été jugée inconstitutionnelle (Cour constitutionnelle, n° 134/2000, 20 octobre 2022). En outre, le groupe de travail 4 et les membres du Comité scientifique attirent l'attention sur le fait que la loi IVG est principalement basée sur une philosophie qui fait appel à la responsabilité des professionnels de la santé impliqués pour respecter les règles. Par conséquent, le Comité scientifique considère qu'il n'est pas justifié de sanctionner les femmes qui cherchent à obtenir un avortement, même si elles le font intentionnellement en dehors des conditions légales. Cette position est développée plus avant et doit être lue conjointement avec les arguments développés dans le chapitre 3.4.2. traitant de la dépénalisation de l'avortement.

Enfin, le Comité scientifique recommande des améliorations d'ordre formel, notamment une amélioration de la structure de l'article 3 (par exemple, le positionnement de l'infraction discutée ci-dessous n'aide pas à la cohérence du texte), et le remplacement de la référence à « Celui » qui commet les infractions par des formulations plus neutres du point de vue du genre telles que « la personne ».

3.1.6 Le délit d'entrave à l'accès à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse

La réforme législative de 2018 a introduit une nouvelle infraction dans la loi IVG. L'article 3, alinéa 2, pénalise toute tentative d'empêcher une femme d'accéder librement à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse. Les sanctions peuvent aller de trois mois à un an de prison et à une amende de 100 à 500 euros. Seul le fait d'empêcher l'accès à une femme, et non à des professionnels de la santé, est pris en compte. Si l'infraction laisse encore place à l'interprétation, la justification de l'amendement proposé précisait que seule l'entrave physique serait prise en compte (*Doc. Parl. Chambre 2017-2018*, n° 54-3216/001, 4). La Cour constitutionnelle a confirmé que les travaux parlementaires sont suffisamment clairs en indiquant que seule l'entrave physique est considérée, et que la crainte que d'autres types d'entraves non physiques puissent être criminalisés n'est pas fondée (Cour constitutionnelle n° 122/2020, 24 septembre 2020, B.2.1.). Néanmoins, la formulation quelque peu vague a suscité des inquiétudes chez certains, craignant qu'elle puisse

³⁶ « Aura fait pratiquer » semble exclure des sanctions légales l'avortement autogéré.

être interprétée (trop) largement (Garré, 2021). Le groupe de travail 4 a observé que l'infraction a donné lieu à une controverse avec une proposition d'amendement en 2019 qui incluait à la fois l'entrave physique et l'« entrave de quelque manière que ce soit » (De Meyer et De Mulder, 2021, 32-34). Cet ajout a nécessité une clarification du Conseil d'État (Avis du Conseil d'État, 24 février 2020, doc. n° 66.881/AG). Les principales préoccupations du Conseil d'État portaient sur la liberté d'expression, principalement celle du partenaire et en ce qui concerne les informations erronées ou les opinions personnelles. En outre, le Conseil d'État a mentionné que la loi sur l'exercice des professions « [...] interdit d'empêcher ou d'entraver par voies de fait ou violences l'exercice régulier et normal de l'art médical ou de l'art pharmaceutique par une personne réunissant les conditions requises » (Article 30, loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé). Il a demandé de justifier en quoi cette description ne serait pas suffisante dans le contexte de l'entrave à l'accès des femmes à l'avortement. Le Comité scientifique suggère que les remarques du Conseil d'État soient prises en compte si le législateur souhaite revoir ou reformuler l'infraction, bien que la formulation actuelle ne semble pas par avance poser de problèmes (constitutionnels) majeurs.

Les prestataires de services d'avortement entendus par le Comité scientifique ont été globalement positifs quant à l'introduction de l'infraction et ont estimé qu'il s'agissait d'une mesure symbolique importante contribuant à un accès sûr aux services d'avortement.

3.1.7 Commission Nationale d'Évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse

Le rôle et la composition de la Commission Nationale d'Évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse sont régis par la loi du 13 août 1990. Tous les deux ans, la Commission doit établir un rapport statistique à l'intention du Parlement, ainsi qu'un rapport sur l'application de la loi et l'évolution de son application (article 1, §3, a et b, loi du 13 août 1990). La Commission peut également formuler des recommandations concernant des initiatives légales et/ou d'autres mesures visant à réduire le nombre d'avortements et à améliorer le soutien aux femmes (article 1, § 3, c, loi du 13 août 1990). La Commission est une commission d'évaluation et n'a pas de fonction de contrôle sur les cas individuels d'avortement (cf. la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie). Le Comité scientifique considère que ce rôle est adéquat et n'observe pas de raisons objectives impérieuses de transformer la Commission fédérale d'évaluation en un organe de contrôle.

Certains problèmes relatifs à la Commission Nationale d'Évaluation ont été identifiés dans la littérature académique, notamment la difficulté à recruter des candidats, le rôle et la portée limités de la collecte des données, la composition politique de la Commission, etc. (Vansweevelt, 2022, 223-225). Ces conclusions ont été confirmées lors d'une audition des présidents de la Commission Nationale d'Évaluation (CNE) par le Comité scientifique. Ces derniers sont en faveur d'une évolution du rôle de la Commission vers la supervision et la commande d'études scientifiques à des orga-

nismes de recherche externes. Actuellement, les données acquises par la Commission sont confidentielles et ne peuvent être partagées avec les autorités officielles (article 1er, § 3, loi du 13 août 1990). Le Comité scientifique, les groupes de travail et les prestataires entendus ont tous souligné l'importance de maintenir la confidentialité des données acquises dans le but de protéger les données personnelles sensibles des patientes et de permettre un enregistrement volontaire et complet par les praticiens. Ceci correspond à la perspective qui ferait de la Commission Nationale d'Évaluation un organe d'évaluation scientifique plutôt qu'un organe de contrôle. Après avoir entendu les coprésidents de la CNE et discuté de l'avenir de la Commission, le Comité scientifique recommande d'attribuer à la Commission un rôle actif dans l'amélioration et la qualité de la collecte de données à des fins scientifiques et de prévention. De plus, pour permettre une analyse scientifique plus poussée des données, la CNE devrait se voir attribuer un budget lui permettant, en plus de la collecte systématique de données, de commanditer des études longitudinales et qualitatives. Une telle approche pourrait permettre d'améliorer la collecte des données et de mieux évaluer, harmoniser et simplifier les différentes exigences en matière de collecte de données au niveau des professionnels de la santé dans le contexte de l'interruption de grossesse. Enfin, toujours dans le but d'une amélioration qualitative, le Comité scientifique recommande de confier à la Commission Nationale d'Évaluation la compétence de recensement des bonnes pratiques et d'élaboration de « *guidelines* » et recommandations professionnelles au niveau national en matière d'avortement. Les professionnels de la santé et les universités pourraient être associés à ce travail de recensement et d'élaboration de recommandations.

3.2 L'avortement au prisme des droits humains

Les traités internationaux relatifs aux droits humains qui lient la Belgique, notamment la Convention européenne des droits humains, ne garantissent pas un droit explicite à l'avortement. Néanmoins, les organes et tribunaux internationaux et supranationaux ont entériné la relation entre l'avortement et un certain nombre de droits humains reconnus, envisageant même parfois le droit à l'avortement comme un droit humain (Zampas et Gher, 2008). Le « droit à la vie » et le « droit au respect de la vie privée » (tels qu'inscrits dans la Convention européenne des droits humains et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques) seront examinés ici en raison du rôle central qu'ils jouent dans la jurisprudence relative à l'avortement en Belgique. En outre, d'autres droits humains internationalement reconnus sont en lien avec l'avortement (par exemple, le droit à la liberté d'expression³⁷, le droit à l'égalité et à la non-discrimination³⁸, l'interdiction de la torture³⁹, le droit à la liberté de conscience et de religion⁴⁰, etc.). Ces autres droits seront traités de manière plus partielle dans ce chapitre et dans d'autres chapitres du présent rapport.

3.2.1 Droit à la vie

L'une des questions qui se pose est de savoir si l'avortement est compatible avec le droit à la vie. Pour répondre à cette question, il convient d'examiner l'applicabilité du droit à la vie de l'embryon/foetus. L'article 2 de la Convention européenne des droits humains protège le droit à la vie de « toute personne » (« *everyone* »). Il en va de même pour l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), qui protège toute personne humaine (« *every human being* »). Il y a donc lieu de se demander si la vie à naître peut être considérée comme « toute personne » ou « toute personne humaine » au sens de ces dispositions (van Dijk *et al.*, 2018).

La Cour européenne des droits humains (CEDH) s'est généralement montrée prudente et n'a pas encore pu ou voulu répondre à la question de l'applicabilité du droit à la vie à la vie à naître⁴¹. Par exemple, dans l'affaire Vo contre France⁴², la CEDH a considéré que les différentes positions éthiques, philosophiques et culturelles concernant le début de la vie au sein du Conseil de l'Europe amenaient à conclure à l'absence de consensus sur la nature et le statut de l'embryon ou du foetus⁴³. En tout état de cause, la vie à naître ne bénéficierait en aucun cas un droit absolu à la vie en vertu de la Convention, compte tenu du fait qu'elle est conjointe à la vie de la personne

³⁷ Voir, par exemple, CEDH 29 octobre 1992, n° 14234/88, *Open Door c. Irlande*.

³⁸ Voir, par exemple, la violation par l'Irlande de l'article 26 du PIDCP suite à la non-reconnaissance de l'avortement, relevée par le Comité des droits humains des Nations unies (Comité des droits humains des Nations unies, 17 novembre 2016, n° 2324/2013, *Amanda Jane Mellet c. Irlande*, 7.11 ; Comité des droits humains des Nations unies 17 mars 2017, n° 2425/2014, *Siobhán Whelan c. Irlande*, 7.12.).

³⁹ Voir, par exemple, CEDH 26 mai 2011, n° 27617/04, *R.R. c. Pologne*.

⁴⁰ Voir, par exemple, la discussion dans le présent rapport sur les affaires *Grimmark c. Suède* et *Steen c. Suède* (CEDH) concernant l'objection de conscience face à l'avortement.

⁴¹ Voir entre autres CEDH 10 avril 2007, n° 6339/05, *Evans c. Royaume-Uni* (concernant les embryons in vitro) ; CEDH 5 septembre 2002, n° 50490/99, *Boso c. Italie* ; CEDH 13 mai 1980, n° 8416/78, *W.P. c. Royaume-Uni* ; CEDH, 19 mai 1992, n° 17004/90, *H. c. Norvège*.

⁴² Cette affaire concernait une interruption involontaire de grossesse due à une erreur médicale.

⁴³ CEDH 8 juillet 2004, n° 53924/00, *Vo c. France*, §§84-85.

enceinte, mais aussi du constat qu'au moment de la signature de la Convention, toutes les parties signataires – à l'exception d'une seule⁴⁴ – autorisaient déjà l'avortement dans le cas où la vie de la femme enceinte serait mise en danger⁴⁵. Le droit à la vie du fœtus est donc soumis non seulement aux exceptions explicites énoncées à l'article 2 de la Convention, mais aussi à une exception implicite de plus grande portée, compte tenu de la protection de la vie et de la santé de la personne enceinte⁴⁶. La législation relative à l'avortement est, selon la Cour, conforme à la Convention lorsqu'il apparaît qu'un équilibre a été recherché entre la nécessité de protéger la vie humaine à naître, d'une part, et les intérêts de la personne enceinte, d'autre part⁴⁷. En l'absence de consensus européen, la Cour adopte une approche très prudente dans l'évaluation de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse.

L'article 6 du PIDCP ne permet pas non plus de déduire un droit explicite à la vie pour la vie à naître ; à l'inverse, le libellé de cet article ne permet pas de déduire que la vie à naître ne relèverait pas de l'article 6 du PIDCP. En revanche, l'article 6 du PIDCP exige, compte tenu du droit à la vie de la femme, que les États membres garantissent un accès sûr à l'avortement afin de protéger la vie et la santé de la femme enceinte. Cet accès sûr devrait également être assuré lorsque le fait de mener la grossesse à terme causerait une douleur ou une souffrance substantielle à la femme, en particulier lorsque la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste, ou lorsque le fœtus n'est pas viable (*infra*)⁴⁸.

3.2.2 Droit au respect de la vie privée

Le droit au respect de la vie privée, tel que protégé par l'article 8 de la Convention, a été invoqué dans plusieurs affaires d'avortement pour protéger l'intégrité physique de la personne enceinte et son droit à l'autodétermination⁴⁹. La CEDH estime que la législation qui règle l'interruption de grossesse touche à la sphère de la vie privée de la femme enceinte. Toutefois, selon la CEDH, l'article 8 ne peut être interprété comme un droit absolu à l'avortement⁵⁰. Il doit y avoir une mise en balance des intérêts entre les droits revendiqués par une « mère » ou un « père » l'un envers l'autre ou envers le fœtus. Cette mise en balance des intérêts relève de la marge d'appréciation accordée aux États signataires (CEDH 16 décembre 2010, n° 25579/05, *A, B et C c. Irlande*, § 229).

⁴⁴ Malte.

⁴⁵ CEDH 13 mai 1980, n° 8416/78, *W.P. c. Royaume-Uni*, §19-20.

⁴⁶ CEDH 13 mai 1980, n° 8416/78, *W.P. c. Royaume-Uni*, §§22-23.

⁴⁷ CEDH 5 septembre 2002, n° 50490/99, *Boso c. Italie*, §1 ; CEDH 19 mai 1992, n° 17004/90, *R.H. c. Norvège* ; CEDH 13 mai 1980, n° 8416/78, *W.P. c. Royaume-Uni*, §23.

⁴⁸ United Nations Human Rights Committee, General Comment no. 28 on the Equality of Rights Between Men and Women (article 3) CCPR/C/21/Rev. 1/Add (2000) [10]; General Comment No. 36 on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights – Right to Life CCPR/C/GC/36 (2018) [8].

⁴⁹ CEDH 20 mars 2007, n° 5410/03, *Tysiack c. Pologne* ; CEDH 16 décembre 2010, n° 25579/05, *A, B et C c. Irlande* ; CEDH 26 mai 2011, n° 27617/04, *R.R. c. Pologne*.

⁵⁰ CEDH 30 octobre 2012, n° 57375/08, *P. et S. c. Pologne*, §96-§98.

“The Court has previously found, (...) that the decision of a pregnant woman to continue her pregnancy or not belongs to the sphere of private life and autonomy. Consequently, also legislation regulating the interruption of pregnancy touches upon the sphere of private life, since whenever a woman is pregnant her private life becomes closely connected with the developing foetus (Eur.Comm. HR, Bruggeman and Scheuten v. Germany, cited above; Boso v. Italy (dec.), no. 50490/99, ECHR 2002-VII; Vo v. France [GC], no. 53924/00, § 76, ECHR 2004-VIII; Tysiack, cited above, §§ 106-107; A, B and C v. Ireland [GC], no. 25579/05, § 212, 16 December 2010). It is also clear from an examination of these cases that the issue has always been determined by weighing up various, and sometimes conflicting, rights or freedoms claimed by a mother or a father in relation to one another or vis-à-vis the foetus (Vo v. France, cited above, § 82).” (R.R. t. Polen, § 181).

Bien que la Cour ait souligné que la marge d'appréciation n'était pas illimitée, l'État devant toujours trouver un équilibre proportionné entre des intérêts concurrents en jeu (*ABC c. Irlande*, §238 ; *Open Door et Dublin Well Woman c. Irlande*, §68), elle a historiquement accordé une très large latitude aux États pour trouver un équilibre entre la protection d'intérêts publics légitimes (par exemple la protection de la vie à naître) et le respect de l'autodétermination de la femme enceinte. Par exemple, la législation relativement stricte de l'Irlande en matière d'avortement, qui comportait à l'époque une interdiction totale de l'avortement pour des raisons de santé et de bien-être des femmes, n'a pas été jugée par la CEDH contraire à l'article 8 de la Convention⁵¹. Confirmant la marge importante laissée aux États, la Cour a estimé que, compte tenu notamment des valeurs morales du pays sur la nature de la vie, l'Irlande avait procédé à un juste équilibre lors de l'élaboration de sa législation sur l'avortement (*ABC c. Irlande*, §239-241). De même, la possibilité de se rendre dans un pays voisin pour bénéficier d'un avortement n'a pas été considérée comme affectant la marge d'appréciation de l'État de promulguer ses propres lois sur l'avortement.

“(...) [I]t is true that the process of travelling abroad for an abortion was psychologically and physically arduous for the first and second applicants, additionally so for the first applicant given her impoverished circumstances (see paragraph 163 above). (...) [T]he Court does not underestimate the serious impact of the impugned restriction on the first and second applicants. It may even be the case, as the first two applicants argued, that the impugned prohibition on abortion is to a large extent ineffective in protecting the unborn in the sense that a substantial number of women take the option open to them in law of travelling abroad for an abortion not available in Ireland. (...) However, it is equally to this choice [concernant les raisons légales pour un avortement, n.d.l.r.] that the broad margin of appreciation centrally applies.” (ABC c. Irlande, §239-240).

⁵¹ L'Irlande dispose d'une législation plus permissive en matière d'avortement depuis 2018 : la loi de 2018 sur la santé (Health Regulation of Termination of Pregnancy Act 2018), <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31>.

Une ample marge d'appréciation a donc été jusqu'à présent laissée aux États dans le contexte de l'avortement, malgré un consensus croissant parmi les États membres européens suggérant que la balance devrait pencher en faveur des femmes (Wicks, 2011). La position de la CEDH sur l'avortement est donc ambiguë, et le statut de l'avortement en tant que droit (humain) incertain.

En revanche, la CEDH déclare que lorsqu'un État choisit d'autoriser par la loi l'interruption volontaire de grossesse, l'accès à l'avortement doit également être bel et bien rendu possible en pratique. Les violations de l'article 8 de la Convention que la Cour a prononcées par le passé dans le contexte de l'avortement étaient liées à des défaillances procédurales dans le cadre du droit au respect de la vie privée plutôt qu'à des restrictions substantielles de ce droit (Erdman, 2014)⁵². Dans l'affaire *R.R. c. Pologne* par exemple, la Cour a conclu à la violation de ce droit, car, malgré le fait que la législation autorisait l'avortement en cas d'anomalies fœtales, la Pologne ne prévoyait pas un cadre juridique et procédural adéquat pour accéder à des informations pertinentes, complètes et fiables sur la santé du fœtus afin de permettre de faire un choix éclairé sur l'avortement (*R.R. c. Pologne*, §208-214). Elle a rappelé que les États sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à ce que l'exercice effectif de la liberté de conscience par les prestataires de soins dans un contexte professionnel n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont légalement droit (*R.R. c. Pologne*, §206). En plus d'une violation de l'article 8 de la Convention, la Cour a également conclu à une violation de l'article 3 de la Convention (interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants), car la plaignante, qui se trouvait dans une situation très vulnérable, a été humiliée et traitée de manière dégradante par la procrastination des professionnels de la santé, ce qui lui a fait endurer des semaines d'une incertitude stressante et pénible quant à la santé du fœtus et aux options envisageables (*R.R. c. Pologne*, §159-162).

Le Comité scientifique note que la dernière jurisprudence de la CEDH sur l'avortement volontaire remonte à plus d'une décennie. Depuis lors, certains États membres européens ont poursuivi un mouvement de libéralisation de leur législation (l'Irlande par exemple) tandis que d'autres l'ont durcie (la Pologne par exemple). Ces tendances nationales peuvent influencer la jurisprudence à venir de la CEDH, car cette dernière se réfère régulièrement à un supposé consensus européen sur l'avortement. Le Comité scientifique recommande donc d'accorder une attention particulière aux requêtes contre la Pologne qui sont actuellement pendantes et pour lesquelles un arrêt de la CEDH est attendu⁵³. Ces requêtes concernent une disposition légale autorisant l'avortement en cas d'anomalie du fœtus, qui a été déclarée inconstitutionnelle par la Cour constitutionnelle polonaise. Il s'agit d'un point intéressant, car c'est la première fois que la Cour examine une intervention réduisant l'accès légal existant à l'avortement (médical).

⁵² Par ex. CEDH 20 mars 2007, n° 5410/03, *Tysiacc c. Pologne* ; CEDH 16 décembre 2010, n° 25579/05, *A, B et C c. Irlande* ; CEDH 26 mai 2011, n° 27617/04, *R.R. c. Pologne*.

⁵³ *K.B. v. Poland* et trois autres requêtes (nos. 1819/21, 3682/21, 4957/21 and 6217/21), *K.C. v. Poland* et trois autres requêtes (nos. 3639/21, 4188/21, 5876/21 and 6030/21), *A.L. - B. v. Poland* et trois autres requêtes (nos. 3801/21, 4218/21, 5114/21 and 5390/21).

Contrairement à la CEDH, le Comité des droits humains des Nations unies, dans ses décisions récentes, a évalué les intérêts en se basant davantage sur le fond. Dans les affaires *Mellet* contre Irlande et *Whelan* contre Irlande, le Comité des droits humains a reconnu les dommages psychologiques, physiques et financiers causés par la rigueur des lois irlandaises relatives à l'avortement. Il a notamment jugé que l'article 17 du PIDCP (droit au respect de la vie privée) avait été enfreint par l'Irlande, car l'équilibre choisi entre la protection du fœtus, d'une part, et le droit de la personne enceinte au respect de sa vie privée, d'autre part, n'était pas légitime⁵⁴. Les deux affaires concernaient des grossesses au cours desquelles une anomalie fœtale mortelle avait été découverte et pour lesquelles les femmes avaient été contraintes de se rendre à l'étranger pour une interruption de grossesse en raison des lois restrictives de l'Irlande en matière d'avortement. Le Comité des droits humains a également estimé dans les deux affaires que l'Irlande avait enfreint l'article 7 du PIDCP, qui interdit la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, dans le traitement des personnes enceintes concernées⁵⁴. L'article 26 du PIDCP, qui définit le droit à une égale protection de la loi et à la non-discrimination, a également été considéré comme enfreint dans ces deux affaires. Le Comité des droits humains a en effet jugé que le traitement différencié auquel les candidates à l'avortement en question avaient été soumises par rapport aux femmes ayant décidé de mener à terme une grossesse non viable n'a pas suffisamment tenu compte des besoins médicaux et de la situation socio-économique des femmes concernées et qu'il ne répondait pas aux critères de caractère raisonnable et objectif et de légitimité du but visé⁵⁵.

⁵⁴ Comité des droits humains 17 novembre 2016, n° 2324/2013, *Amanda Jane Mellet c. Irlande*, 7.8 ; Comité des droits humains 17 mars 2017, n° 2425/2014, *Siobhán Whelan c. Irlande*, 7.9.

⁵⁵ Comité des droits humains 17 novembre 2016, n° 2324/2013, *Amanda Jane Mellet c. Irlande*, 7.6 ; Comité des droits humains 17 mars 2017, n° 2425/2014, *Siobhán Whelan c. Irlande*, 7.7. Voir aussi la communication précédente : *KL c. Pérou Nations unies*, Comité des droits humains, communication n° 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005). À comparer avec CEDH 20 mars 2007, n° 5410/03, *Tysiacc c. Pologne*, §66, où la Cour européenne des droits humains n'a constaté aucune violation de l'article 3 de la Convention. Une telle violation a bien été établie dans l'arrêt de la CEDH du 26 mai 2011, n° 27617/04, *R.R. c. Pologne*, en raison de conseils dégradants et inappropriés remis à la femme enceinte et de manœuvres dilatoires dans l'établissement du diagnostic prénatal.

⁵⁶ Comité des droits humains 17 novembre 2016, n° 2324/2013, *Amanda Jane Mellet c. Irlande*, 7.11 ; Comité des droits humains 17 mars 2017, n° 2425/2014, *Siobhán Whelan c. Irlande*, 7.12.

3.3 Avortement et droit constitutionnel

La Constitution belge n'évoque pas de droit explicite à l'interruption volontaire de grossesse (au sujet de l'inscription potentielle de l'avortement dans la constitution, voir : section 3.4.3). Toutefois, à l'instar de la Cour européenne des droits humains, il est admis que la décision d'avortement touche au moins à l'article 22 de la Constitution, qui inclut le droit au respect de la vie privée.

Jusqu'à présent, la Cour constitutionnelle ne s'est prononcée que sur la compatibilité de la loi sur l'interruption (volontaire) de grossesse avec les articles 10 et 11 Const. (règles d'égalité et de non-discrimination) et l'article 23 Const. (droit de mener une vie conforme à la dignité humaine), lus conjointement avec les dispositions pertinentes relatives aux droits humains ancrées dans les conventions internationales. La Cour constitutionnelle a rejeté un premier recours en annulation d'une série de dispositions de la loi de 1990 relative à l'interruption de grossesse (Cour d'arbitrage n° 39/91, 19 décembre 1991). Les requérants, composés d'un ensemble d'individus et de l'association à but non lucratif « Pro Vita - Gezin en Leven », avaient fait valoir, entre autres, que la loi sur l'interruption de grossesse était discriminatoire à l'égard de l'enfant à naître par rapport aux personnes nées, en application du droit à la vie et de l'interdiction de la torture (garantis par les conventions internationales). La Cour a toutefois jugé que les articles 6 et 6bis de la Constitution (aujourd'hui articles 10 et 11 de la Constitution) n'établissent pas intrinsèquement que les individus bénéficient d'une protection constitutionnelle dès la conception : « Si l'obligation de respecter la vie impose au législateur de prendre des mesures pour protéger aussi la vie à naître, il ne peut cependant en être déduit que le législateur soit obligé, sous peine de méconnaître les articles 6 et 6bis de la Constitution, de traiter de manière identique l'enfant né et l'enfant à naître. » (Cour d'arbitrage n° 39/91, 6.B.3.). Les discriminations alléguées par les requérants à l'encontre du « père » par rapport à la « mère », et à l'encontre des parents d'une fille mineure par rapport à celle-ci ont également été déclarées non fondées. En ce qui concerne l'homme marié ou le « père », la Cour a déclaré qu'il peut avoir un intérêt à attaquer la législation qui régit l'interruption de grossesse dans la mesure où elle est susceptible d'affecter la vie familiale (Cour d'arbitrage n° 39/91, 4.B.2.). Toutefois, il n'a pas de droit de veto sur l'interruption de grossesse en raison de la différence objective existant entre les deux géniteurs du fait de l'implication de la femme dans la grossesse et dans l'accouchement (Cour d'arbitrage n° 39/91, 6.B.11.). En ce qui concerne les parents d'une femme mineure enceinte, la Cour précise que le principe d'égalité n'exige pas que la femme mineure qui envisage d'interrompre sa grossesse soit obligée, sous peine de commettre un fait qualifié d'infraction, de consulter ses parents, ni que ceux-ci puissent saisir un tribunal (Cour d'arbitrage n° 39/91, 6.B.18.). Il n'y a pas de discrimination vis-à-vis des parents d'une fille mineure lors de l'application d'un « droit à la vie familiale » des premiers, puisque les parents et la femme mineure se trouvent dans une tout autre situation (Cour d'arbitrage n° 39/91, 6.B.17.). Enfin, la Cour d'arbitrage n'a pas non plus constaté de discrimination à l'égard de certains médecins par rapport à d'autres, et de certaines femmes par rapport à d'autres femmes en ce qui concerne l'interdiction de la torture (Cour d'arbitrage n° 39/91, 6.B.19-6.B.20. et 6.B.21- 6.B.23.).

Suite aux modifications apportées à la loi sur l'avortement en 2018, un recours en annulation totale ou partielle a également été introduit devant la Cour constitutionnelle contre la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. Le recours émanait de l'association « Citoyens pour la vie » et de plusieurs particuliers. La Cour a rejeté le recours en annulation totale ou partielle de la loi (C. const. n° 122/2020, 24 septembre 2020), en rappelant que « Ni les articles 10, 11 et 23 de la Constitution ni les dispositions internationales invoquées dans le moyen n'établissent par eux-mêmes que l'être humain bénéficierait, dès sa conception, de la protection qu'ils garantissent. » (C. const. n° 122/2020, B.5.1.) Se référant à la jurisprudence de la CEDH, la Cour a conclu que l'interruption de grossesse touchait au domaine de la vie privée de la femme enceinte, garantie par l'article 8 de la CEDH (C. const. n° 122/2020, B.27.1.). La Cour constitutionnelle a constaté qu'en ce qui concerne la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse de 2018, « le législateur a recherché, [...] un équilibre entre, d'une part, les droits fondamentaux de la femme enceinte et, d'autre part, les préoccupations éthiques qu'un État doit garantir. » (C. const. n° 122/2020, B.27.3.). Les dispositions légales contestées, notamment l'obligation de référer à un autre médecin en cas d'objection de conscience et l'infraction d'entrave à l'accès à l'avortement, n'ont pas été jugées contraires à la Constitution. La Cour constitutionnelle n'a pas non plus suivi le raisonnement des requérants selon lequel la loi sur l'interruption volontaire de grossesse viole l'interdiction des pratiques eugéniques en autorisant l'interruption de grossesse sur la base d'une affection grave et incurable. La Cour déclare : « La disposition attaquée (art. 2,5° de la loi) permet uniquement à une femme enceinte de décider, de manière individuelle, de mettre ou non un terme à sa grossesse 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 prénatal. » (C. const. n° 122/2020, B.5.1.).

3.4 Potentielles réformes liées au statut légal de l'avortement

3.4.1 Qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé

Le Comité scientifique s'est vu poser la question de savoir dans quelle mesure les femmes et la vie à naître seraient protégées (pénalement) si la loi sur l'interruption volontaire de grossesse était intégrée dans la loi relative aux droits du patient. Le groupe de travail 4 a analysé cette question sous l'angle d'une qualification légale de l'interruption volontaire de grossesse en tant que « soin de santé ». En Belgique, les services et professions de la santé sont soumis à un certain nombre de lois sur la santé, dont la loi relative aux droits du patient⁵⁷, mais aussi à d'autres lois telles que la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé⁵⁸ et à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé⁵⁹. Ces lois définissent les soins de santé comme « les services dispensés par un professionnel des soins de santé en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie. »

En envisageant la qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé, le groupe de travail 4 a opéré une distinction entre trois questions. La première concerne la question normative sous-jacente, à savoir si l'avortement volontaire doit être considéré comme un soin de santé en fonction de ses caractéristiques. Le groupe de travail 4 a constaté de nombreux points de vue divergents sur cette question, tant dans la littérature académique que dans les opinions de certains de ses membres. Une partie de la controverse s'explique par l'absence d'une compréhension commune de ce que sont ou devraient être les soins de santé, et par le désaccord sur la question de savoir si le concept nécessite une interprétation stricte/stable ou large/évolutive. L'interruption volontaire de grossesse est souvent considérée comme se situant dans une zone grise : elle nécessite une intervention chirurgicale ou médicamenteuse et peut être, sans l'être par définition, de nature thérapeutique. Le groupe de travail 4 note que, dans le passé, le législateur a élargi la définition des soins de santé pour y inclure d'autres interventions dites de « zone grise » : les interventions esthétiques qui modifient l'apparence des patients, et l'accompagnement des mourants. Ces interventions ont été ajoutées à la définition légale des soins de santé sans qu'elles soient considérées, par définition, comme des services visant à « promouvoir, déterminer, conserver, restaurer ou améliorer » l'état de santé d'un patient.

Une deuxième question porte sur ce que requiert exactement de « qualifier l'avortement en tant que soin de santé ». Le groupe de travail 4 et le Comité scientifique ont observé plusieurs approches distinctes. Dans l'une de ces approches, cette qualifi-

cation exige de supprimer toutes les règles spécifiques à l'avortement et de traiter l'avortement comme une procédure médicale ordinaire à laquelle seules les lois générales sur la santé s'appliquent. Dans une autre approche, il s'agit d'appliquer les lois et principes généraux contenus dans les lois sur la santé comme cadre standard, tout en permettant l'application de règles et sanctions supplémentaires spécifiques à l'avortement. Il semble qu'au moins certaines interventions en matière de soins de santé sont régies par une telle *lex specialis* en plus des lois générales sur la santé (par exemple, la chirurgie esthétique ou la reproduction assistée). Selon le Comité scientifique, conformément à la position du groupe de travail 4, les deux approches sont possibles, mais une réglementation spécifique à l'avortement qui dérogerait aux règles générales du droit de la santé devrait être dûment justifiée.

Une troisième question concerne les effets et les implications attendus d'une approche juridique qui reconnaît l'avortement volontaire comme un soin de santé. Nous y reviendrons plus en détail dans les paragraphes suivants.

3.4.1.1 Statut juridique actuel de l'interruption volontaire de grossesse : s'agit-il d'un soin de santé ?

En 1990 et 2018, le législateur a choisi de réglementer l'interruption volontaire de grossesse par une législation spécifique. Dans ce contexte, le choix initial n'était pas de traiter l'interruption volontaire de grossesse comme un acte médical ordinaire (qui serait simplement couvert par la législation générale à ce sujet), mais de formuler des conditions et des restrictions spécifiques. Le législateur a adopté une approche similaire pour réglementer la procréation médicalement assistée et la médecine esthétique, entre autres. La question s'est posée de savoir si, outre les règles de la législation relative à l'avortement, le droit général de la santé et les garanties de qualité s'appliquent également à l'interruption volontaire de grossesse. En ce qui concerne la loi relative aux droits du patient, le législateur a semblé initialement partir du principe que l'interruption volontaire de grossesse ne relevait pas de la définition des soins de santé (*Doc. Parl. Chambre 2001-02, n° 50-1642/012, p. 5328*). En tout cas, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas explicitement mentionnée dans la définition des soins de santé telle qu'elle figure dans le droit général de la santé. Cependant, la doctrine reste en débat au sujet de la question de savoir si l'interruption volontaire de grossesse doit déjà être considérée comme un soin de santé aujourd'hui ou devrait l'être (Nys, 2016, 107-108 ; Vanswevelt, 2022, 171-172).

3.4.1.2 Impact juridique de la qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé

La qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé mettrait fin à cette discussion et apporterait la confirmation juridique que les lois générales sur la santé s'appliquent au contexte de l'interruption volontaire de grossesse. La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse continuerait à s'appliquer intégralement et en priorité, mais elle serait complétée et interprétée à la lumière de ces lois générales sur la santé. Entre autres choses, l'application de la loi relative aux droits du patient, qu'une patiente souhaitant avorter pourrait invoquer,

⁵⁷ Loi relative aux droits du patient, 22 août 2002, BS / MB 26.09.2002.

⁵⁸ Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, 10 mai 2015, BS/MB 18.06.2015 (1re éd.).

⁵⁹ Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, 22 avril 2019, MB/BS 14.05.2019..

est importante⁶⁰. Cette loi protège, entre autres, le droit du patient à l'information, à son consentement éclairé, à un dossier soigneusement tenu, à la protection de sa vie privée, etc. La loi relative aux droits du patient contient également des dispositions relatives à la représentation des mineurs et des adultes incapables (voir ci-dessous). En outre, la loi relative aux droits du patient et son prolongement dans la loi relative à la qualité des soins garantissent la qualité des soins. La loi sur les professions de santé garantit également la compétence du professionnel de la santé, en fixant notamment des conditions relatives aux diplômes et aux titres professionnels. Enfin, ces lois sur la santé contiennent un certain nombre de mécanismes non pénaux de contrôle, de plainte et de sanction pour faire appliquer les dispositions.

Comme indiqué ci-dessus, il a été demandé au Comité scientifique dans quelle mesure les femmes et le fœtus seraient protégés par le droit pénal si l'avortement volontaire devait être traité dans le cadre de la loi relative aux droits du patient. Premièrement, le groupe de travail 4 fait remarquer que les mécanismes de surveillance, de plainte et de sanction contenus dans les lois sur la santé appropriées deviennent applicables au contexte de l'interruption volontaire de grossesse. Deuxièmement, elle estime que la qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que « soin de santé » n'est pas incompatible avec la présence de sanctions pénales spécifiques dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, et que cette qualification n'a pas, en soi, d'impact sur la protection pénale. De même, la loi sur la médecine esthétique contient toujours des sanctions pénales spécifiques. Entre autres, la loi du 23 mai 2013 réglementant la médecine esthétique incrimine le médecin qui « accomplit habituellement un acte relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité » (article 21), ainsi que le non-respect d'un délai minimum de quinze jours (articles 20 et 22), la violation de l'exigence de l'accord écrit du représentant légal ou des représentants légaux d'un mineur pour tout acte relevant de la médecine esthétique (article 17), et la violation de l'obligation de fournir certaines informations (article 18). Selon le Comité scientifique, il est possible, dans le contexte de l'interruption de grossesse, sous réserve de justification, de placer des règles dérogatoires assorties de sanctions pénales dans une loi spéciale malgré la qualification de soin de santé, bien que le législateur puisse également faire un autre choix politique en allégeant la réglementation et en dépénalisant plus largement l'interruption volontaire de grossesse. La mesure de ces choix détermine la protection pénale résiduelle des femmes et de la vie à naître. Le Comité scientifique et le groupe de travail 4 notent que la qualification de l'avortement en tant que soin de santé va généralement de pair avec des initiatives qui réduisent considérablement ou rejettent le statut pénal de l'avortement (Berer, 2017). Pour ces raisons, nous développons plus longuement dans le chapitre 3.4.2. la question de la « dépénalisation de l'avortement ».

⁶⁰ À ce sujet, le Comité scientifique note l'intention de réformer cette loi, cf : <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/modernisation-de-la-loi-relative-aux-droits-du-patient>

Enfin, si l'appel à reconnaître l'avortement comme un soin de santé s'inscrit souvent dans les débats sur les droits des femmes et le féminisme, certains membres du groupe de travail 4 observent également une tendance à la « démedicalisation » de l'avortement dans la littérature féministe et dans les pratiques contemporaines d'avortement dans le monde entier. L'idée sous-jacente est de proposer un avortement médicamenteux sûr et *autogéré*, avec ou sans contrôle, réglementation ou intervention médico-légale limitée (Assis et Erdman, 2021). Cependant, un membre du groupe de travail 4 note que les deux approches peuvent être compatibles puisque toutes deux approchent l'autonomie, le bien-être et la sécurité des personnes enceintes. Le groupe de travail 4 et le Comité scientifique notent néanmoins que si le législateur décide de démocratiser (certaines formes de) l'avortement, des amendements seront nécessaires (voir également les sections 3.1.3.7. et 7.3).

3.4.1.3 Le régime de consentement/représentation des mineurs et des adultes incapables dans la loi relative aux droits du patient.

Plus avant dans ce rapport, il a été fait référence à la réglementation du consentement/de la représentation des mineurs et des adultes incapables dans le contexte de l'interruption de grossesse. Le Comité scientifique note qu'une qualification de l'interruption volontaire de grossesse comme soin de santé peut s'accompagner d'un régime juridique relatif à ces questions. Si le législateur qualifie l'interruption volontaire de grossesse comme soin de santé, il peut *soit* inclure une réglementation différente dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, *soit* se rabattre sur la réglementation existante prévue dans la loi relative aux droits du patient en ce qui concerne la représentation des patients mineurs et adultes (incapables). Pour l'information du législateur, la disposition actuelle de la loi relative aux droits du patient est brièvement expliquée ici.

La loi relative aux droits du patient prévoit que les droits du patient d'un **mineur** sont exercés par les parents qui ont l'autorité sur la personne du mineur ou par son tuteur (art. 12, § 1er, loi relative aux droits du patient). Cependant, le mineur doit être impliqué dans l'exercice de ses droits, en tenant compte de son âge et de sa maturité. Si le mineur peut être considéré apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, il peut exercer les droits prévus par la loi relative aux droits du patient de manière autonome. Selon certains auteurs, cela impliquerait pour la majorité des mineures enceintes un droit autonome à demander l'avortement sans l'intervention de leurs parents (Veys, 2007, 159 ; Vansweevelt, 2022, 184-185). Ce point de vue semble conforme à la façon dont les médecins qui pratiquent l'avortement agissent dans la pratique.

De plus, la loi relative aux droits du patient contient également des dispositions relatives à la représentation des **patients adultes incapables** (article 14 de la loi relative aux droits du patient). La loi relative aux droits du patient part du principe de la (l'in) capacité : les personnes majeures capables peuvent exercer les droits garantis par la loi de manière autonome. Pour les personnes majeures incapables, un système de représentation en cascade s'applique. En vertu de l'article 14, § 4, le patient doit

être associé à l'exercice de ses droits dans la mesure du possible et en fonction de sa capacité de compréhension. À la lumière des traités susmentionnés, l'opposition spécifique à une interruption de grossesse d'une personne enceinte incapable devra, en principe, être respectée. Le fait de pratiquer un avortement sans associer la personne enceinte à la décision en fonction de sa capacité de compréhension, et donc sans tenir compte de son souhait de mener la grossesse à terme, pourrait d'ailleurs également être puni par l'article 348 du C. pén. traitant de l'avortement sans le consentement de la personne enceinte, en raison de l'absence de consentement valable. Toutefois, comme expliqué dans la section 3.1.3.6., l'application des règles de représentation prévues par la loi relative aux droits du patient s'appliquant à l'interruption de grossesse chez les personnes incapables n'est pas totalement alignée sur la législation relative aux **personnes majeures protégées**. Si l'interruption volontaire de grossesse est expressément qualifiée de soin de santé, il sera approprié de modifier l'article 497/2, 19°, de l'ancien C. civ.

Même si le législateur qualifie l'interruption volontaire de grossesse de soin de santé, il aurait tout intérêt, selon le groupe de travail 4 et le Comité scientifique, à clarifier la relation entre la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et le régime prévu dans la loi relative aux droits du patient en matière de représentation. En effet, une certaine ambiguïté subsiste en raison du fait que la loi sur l'interruption volontaire de grossesse ne parle que de la demande et du consentement écrit de la femme enceinte (ce qui pourrait être interprété par certains comme un régime dérogeant à la loi relative aux droits du patient et qui primerait sur celle-ci).

3.4.1.4 Position du Comité scientifique sur la qualification de l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé

Le Comité scientifique recommande que l'interruption volontaire de grossesse soit légalement qualifiée en tant que de soin de santé. Cette recommandation repose, entre autres, sur les considérations suivantes exprimées par le groupe de travail 4 : 1) une qualification juridique explicite en tant que soin de santé peut mettre fin à l'incertitude actuelle quant au statut juridique de l'interruption volontaire de grossesse ; 2) il est préférable d'appliquer les principes généraux du droit de la santé à l'interruption volontaire de grossesse, tels que les droits du patient (y compris le droit au consentement éclairé) et les mesures de qualité liées à la pratique des soins de santé (loi sur la qualité), 3) une qualification juridique de l'interruption volontaire de grossesse ne banalise pas l'interruption volontaire de grossesse étant donné que des réglementations spécifiques et des sanctions pénales peuvent être maintenues dans une *lex specialis*. Un seul membre du groupe de travail 4 ne soutient pas la recommandation, car il considère que les implications juridiques et sociales sont trop peu claires. Plus particulièrement, ce membre s'interroge sur les implications pour le droit à l'objection de conscience si l'interruption volontaire de grossesse est considérée comme un soin de santé. Les membres du groupe de travail 4 et le Comité scientifique soulignent que la recommandation n'affecte pas la clause d'objection de conscience des professionnels de santé qui reste garantie dans la loi IVG.

3.4.2 Dépénalisation de l'avortement volontaire

La question a été posée au Comité scientifique de savoir si le personnel médical, les femmes et les tiers impliqués dans un avortement illégal sont toujours susceptibles d'être sanctionnés sur le plan pénal ou disciplinaire dans le cas où toutes les sanctions pénales spécifiques de la loi IVG seraient supprimées. Cette question peut s'inscrire dans le débat sur la « dépénalisation » de l'avortement. Les points suivants abordent la signification, les objectifs et l'impact anticipé de la dépénalisation de l'avortement.

3.4.2.1 Définition de la dépénalisation

La dépénalisation peut être définie comme la suppression ou la réduction de la classification pénale ou du statut pénal d'une chose, et plus spécifiquement comme l'abrogation d'une interdiction stricte de cette chose tout en conservant une certaine forme de réglementation (Fearn, 2014). La dépénalisation de l'avortement peut être globale ou partielle, et peut viser différents acteurs impliqués dans le processus d'avortement.

La dépénalisation large ou complète de l'avortement a été décrite dans la littérature comme le retrait de la réglementation de l'avortement hors des codes et statuts pénaux et la suppression de toutes les sanctions pénales spécifiques à l'avortement (De Meyer, 2021). La réglementation peut être maintenue, mais doit se situer en dehors du droit pénal et ne pas recourir à des sanctions pénales spécifiques à l'avortement (Sheldon et Wellings, 2020). Les réglementations restantes sont, par exemple, intégrées dans des lois générales ou spécifiques à l'avortement, des « *guidelines* » professionnelles et/ou des règlements institutionnels. Par conséquent, le non-respect de la réglementation par les professionnels relèverait de la sanction professionnelle et déontologique et de la responsabilité civile plutôt que du droit pénal (BMA, 2017). Toutefois, le groupe de travail 4 souligne que la suppression des sanctions et des infractions spécifiques à l'avortement en Belgique n'exclut pas nécessairement toute réponse pénale à l'avortement si les conditions légales de l'avortement sont maintenues. Comme nous le verrons plus loin, des infractions générales du Code pénal qui n'ont pas nécessairement été adoptées dans l'optique de l'avortement pourraient s'appliquer à la situation de la pratique d'un avortement illégal (voir également en ce sens : Avis n° 66.881/AG, Conseil d'État, 24 février 2020).

Quelques juridictions ont dépénalisé l'avortement de manière complète, notamment le Canada, la Nouvelle-Zélande et certaines juridictions australiennes (par exemple, le Victoria, la Tasmanie, le Queensland, la Nouvelle-Galles du Sud). Au Canada, il n'existe pas de législation spécifique à l'avortement. Cela rend la pratique légale à tous les stades de la grossesse, bien qu'en pratique, les hôpitaux et les cliniques fixent leurs propres limites. L'avortement est financé par le secteur public en tant que procédure médicale en vertu de la loi canadienne et des règlements provinciaux sur les soins de santé. La Nouvelle-Zélande et plusieurs états australiens ont également complètement dépénalisé l'avortement volontaire, mais ont conservé une

loi spécifique à l'avortement, incluant généralement une limite d'âge gestationnel autour de 16-20 semaines post-conception (18-22 SA) pour l'avortement sur demande (De Meyer, 2021).

La dépenalisation partielle ne supprime que certaines infractions ou sanctions pénales liées à l'avortement, ou crée des exceptions au niveau de l'avortement uniquement lorsque certaines conditions légales sont remplies. Dans cette situation, le fait de pratiquer ou d'obtenir un avortement constitue parfois une infraction pénale, parfois pas. La plupart des juridictions en Europe, y compris la Belgique, ont partiellement dépenalisé l'avortement.

Bien que l'avortement volontaire ne soit plus un crime, en principe, depuis la réforme de la législation sur l'avortement en 2018, des sanctions pénales spécifiques pour le prestataire de services d'avortement et pour la femme enceinte s'appliquent quand un avortement est pratiqué illégalement, c'est-à-dire en dehors des conditions prévues par la loi (article 3, loi IVG). Sachant qu'une proposition législative a été discutée au Parlement fédéral belge en 2019-2020 pour supprimer toutes les sanctions pénales spécifiques à l'avortement qui sont actuellement encore intégrées dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, le groupe de travail 4 a discuté des **arguments les plus couramment avancés dans ce cadre et des implications** d'une telle approche.

3.4.2.2 Arguments dans le débat sur une dépenalisation large de l'avortement

Le groupe de travail 4 a observé que, tant dans la littérature académique que dans le débat politique, différentes acceptions de « décriminalisation »/« dépenalisation »⁶¹ sont utilisées et défendues. L'absence d'une compréhension commune de ce terme complique le débat sur la dépenalisation complète de l'avortement. Le groupe de travail 4 recommande aux personnes impliquées dans le débat législatif d'établir ce qui est précisément visé lorsqu'on parle de « dépenalisation ». En outre, le groupe de travail 4 souligne que le raisonnement qui sous-tend la dépenalisation peut différer selon que l'accent est mis sur les femmes, les prestataires de services d'avortement ou d'autres personnes impliquées. Les arguments qui suivent, en faveur et en opposition à la suppression de toutes les sanctions pénales spécifiques à l'avortement, ont été identifiés dans la littérature et par les membres du groupe de travail 4.

Les partisans d'une dépenalisation complète affirment que la **dépenalisation de la femme enceinte** correspondrait à une approche plus favorable aux femmes et plus axée sur la santé, dans laquelle la patiente n'est pas pénalement responsable de vouloir obtenir un avortement, même dans le cas où la réalisation de la demande serait dans l'illégalité. L'idée est que ces femmes, qui se trouvent fréquemment dans des situations difficiles, ne devraient pas être sanctionnées pénalement pour avoir demandé un avortement illégal. En particulier - mais pas exclusivement - en ce qui

concerne les femmes, le consensus sur les droits humains s'oriente vers la dépenalisation de l'avortement (Erdman et Cook, 2020). L'idée est que la dépenalisation de la femme qui demande un avortement contribuerait à déstigmatiser la question de l'avortement et à permettre une prise de décision plus sereine et sans crainte⁶².

La **dépenalisation du prestataire de services d'avortement** réduirait l'effet paralysant des sanctions pénales, qui peuvent dissuader ces prestataires de pratiquer même des avortements légaux. Selon les partisans de cette politique, celle-ci rendrait applicables des mécanismes de responsabilité plus appropriés dans le droit médical, les directives cliniques et éthiques et les règles disciplinaires. Les défenseurs d'une telle politique estiment également qu'elle induit une amélioration de la qualité et de la transparence des soins. Néanmoins, le groupe de travail 4 note que ces objectifs ne sont pas pleinement atteints si des accusations fondées sur des infractions pénales générales (voir *infra*) peuvent encore être portées contre les professionnels de la santé lorsqu'ils violent une condition de la loi relative à l'avortement⁶³.

D'autre part, les opposants à la suppression des infractions pénales ou des sanctions spécifiques à l'avortement soutiennent que celles-ci sont nécessaires pour dissuader la pratique d'avortements illégaux par les femmes/les prestataires de soin. Les sanctions pénales sont également considérées par ces opposants comme nécessaires pour exprimer la désapprobation morale du législateur à l'égard de certains avortements, même si elles ne peuvent avoir qu'un effet préventif limité en raison du fait que les femmes peuvent continuer à obtenir un avortement à l'étranger/par des voies illégales. Les opposants craignent que la suppression de toute sanction pénale spécifique à l'avortement ne représente une négation de la valeur morale de l'embryon ou du fœtus. De plus, les opposants affirment que les sanctions et infractions pénales sont nécessaires pour punir efficacement ceux qui violent la loi. Il est avancé que le droit médical et les mécanismes de sanction déontologique n'ont pas le même poids (en termes de protection de l'embryon/fœtus) que les mécanismes de droit pénal. En outre, les mécanismes de sanction et de contrôle médico-professionnels sont considérés par certains comme relativement faibles et difficilement praticables en Belgique. Enfin, les opposants doutent qu'il soit possible qu'une condition légale édictée par le législateur fédéral soit contrôlée/sanctionnée par la profession médicale.

⁶¹ Le Comité scientifique utilise ces deux termes comme des synonymes, bien que, selon certains usages, il soit possible de considérer des nuances entre ces termes.

⁶² Voir également l'argumentation de la proposition de loi visant à dépenaliser totalement l'avortement au Parlement. *Doc Parl.* Chambre, 2019-20, n° 55-0158/003, 10.

⁶³ Voir également l'argumentation de la proposition de loi visant à dépenaliser totalement l'avortement au Parlement. *Doc Parl.* Chambre, 2019-20, n° 55-0158/003, 9.

Seul un nombre limité d'études académiques ont cartographié l'impact de la (dé)criminalisation légale de l'avortement dans certaines juridictions sur la pratique de l'avortement. Les recherches menées au Canada n'indiquent pas d'augmentation substantielle du taux d'avortement depuis la dépénalisation et montrent même une baisse continue de l'âge gestationnel moyen au moment de l'avortement (Johnson *et al.*, 2020 ; Shaw et Norman, 2020). De même, depuis la dépénalisation de l'avortement en 2008 dans l'État australien de Victoria, le nombre total d'avortements, ainsi que le nombre d'avortements pratiqués après 20 semaines de gestation (SA) pour des raisons psycho-sociales, ont diminué. Les avortements pratiqués après 20 semaines (SA) en raison d'une anomalie fœtale ont légèrement augmenté, bien que cette hausse soit liée à la place accrue du diagnostic prénatal (Johnson *et al.*, 2020). Le groupe de travail 4 note qu'il faut faire preuve de réserve dans l'interprétation de ces résultats, car c'est l'entrecroisement de différentes variables qui permet d'expliquer si et quand les femmes ont recours à l'avortement. Néanmoins, les études suggèrent avec une certaine prudence que les inquiétudes ne sont pas fondées quant à l'augmentation du nombre d'avortements ou quant à un accès immodéré à l'avortement pour des motifs potentiellement illégitimes qu'entraînerait une dépénalisation complète. Le groupe de travail 4 estime que cela peut potentiellement s'expliquer par la présence d'autres réglementations en place. Après tout, la législation non pénale et les directives et politiques professionnelles/institutionnelles peuvent très bien contribuer à restreindre le nombre d'avortements, même sans prévoir de sanctions pénales. En effet, des facteurs extérieurs à la loi exercent aussi une influence sur l'accès effectif et le recours à l'avortement. Selon les professionnels de la santé de l'État de Victoria (Australie), la réforme de la loi sur l'avortement (y compris la dépénalisation) en 2008 d'une part « a repositionné l'avortement comme une question de santé plutôt que juridique, a déplacé le pouvoir de décision des médecins vers les femmes, et a amélioré la clarté et la sécurité pour les médecins » (Keogh *et al.*, 2017). D'autre part, l'étude décrit également les problèmes qui subsistent, tels que l'offre publique limitée au niveau de l'avortement chirurgical, l'accès réduit à l'avortement après 20 semaines, le maintien d'une stigmatisation, l'absence de stratégie à l'échelle de l'État pour une offre équitable en matière d'avortement et une main-d'œuvre fluctuante (Keogh *et al.*, 2017). Le groupe de travail 4 note que si la dépénalisation formelle légitime les services d'avortement, elle ne supprime pas instantanément la stigmatisation de ceux qui cherchent à y avoir accès ou qui y travaillent (Hughes, 2017 ; Sheldon, 2017). Si le législateur envisage une dépénalisation complète de l'avortement dans le but de déstigmatiser et d'améliorer l'accès à l'avortement, les aspects contextuels tels que l'infrastructure des soins de santé, le financement, la qualité et l'organisation logistique de l'offre, les barrières géographiques, l'éducation et la formation des prestataires, les restrictions institutionnelles, la stigmatisation sociale, etc. devraient également être pris en compte.

Malgré la pertinence de la littérature portant sur les juridictions (principalement de droit commun), les membres du groupe de travail 4 soulignent que la Belgique possède ses propres caractéristiques juridiques et sociales qui doivent être prises en compte. Par conséquent, ci-après, la question de la dépénalisation complète de l'avortement est étudiée en tenant compte de la loi belge.

3.4.2.3 Impact juridique d'une dépénalisation large de l'avortement en Belgique

Comme indiqué précédemment, la question s'est posée de savoir comment la suppression des sanctions pénales spécifiques de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse affecterait la responsabilité pénale et disciplinaire des personnes pratiquant ou obtenant des avortements en dehors des conditions légales. Le Comité scientifique souligne que seule la dépénalisation complète de l'interruption volontaire de grossesse a été examinée. L'avortement sans le consentement de la femme est distinct de l'avortement volontaire et reste inscrit comme une infraction dans le Code pénal belge. La suppression des sanctions pénales de la loi IVG n'a donc aucun impact sur la protection pénale des femmes contre la violence ou la coercition.

Les titres suivants traitent en détail de l'impact juridique de la dépénalisation totale de l'interruption volontaire de grossesse. Il convient ici de distinguer les sanctions relatives au médecin, aux tiers et à la personne enceinte.

Médecin

La suppression des sanctions pénales spécifiques de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'exclut pas de sanctionner le médecin. En premier lieu, il convient dans ce cadre de penser aux mécanismes de sanction disciplinaire. Ainsi, l'imposition de sanctions disciplinaires est possible en vertu de l'article 16 de l'arrêté royal 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins. Les sanctions disciplinaires possibles pour les médecins sont l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre (article 16, alinéa premier, AR n° 79). Le groupe de travail 4 note que le droit disciplinaire et le droit pénal comportent tous deux des mécanismes de sanction, mais que leur nature et leur finalité sont généralement différentes. Le droit pénal vise à punir les violations de l'ordre social établi par la loi et s'exerce dans l'intérêt de la société. La mesure dans laquelle un acte est considéré comme socialement indéfendable détermine si une sanction préventive et répressive est appropriée. Le droit disciplinaire est quant à lui basé sur le groupe professionnel et vise à sauvegarder un comportement professionnel loyal et socialement responsable (Hoet, 2015). Le droit disciplinaire vise principalement à sanctionner les manquements aux règles disciplinaires et déontologiques de la profession et s'exerce dans l'intérêt général de la profession, du patient et de la société. Il s'applique aux actes qui ne font pas nécessairement l'objet d'une définition ou d'une base juridique précise. Le fonctionnement et la mise en œuvre du droit disciplinaire dépendent de la volonté et de l'organisation de la profession.

Outre le droit disciplinaire, le droit pénal commun reste également applicable, en vertu duquel le médecin peut, en principe, être poursuivi pour avoir infligé intentionnellement (article 3198 du C. pén.) ou involontairement (article 420 du C. pén.) des coups ou des blessures à la femme enceinte par manque de prudence ou de précaution (Beernaert *et al.*, 2020, 609-696) ou lorsque les conditions légales n'ont pas été respectées. Dans le cadre de l'exercice de la médecine, le fait d'infliger des coups et blessures est présumé ne pas être illégal lorsque le comportement est toléré

par la loi (De Nauw, 2010, 204 ; Casier, 2014). Toutefois, lorsque les comportements ne sont pas tolérés par la loi, les coups et blessures infligés à une personne peuvent être qualifiés d'infraction. Le consentement de la victime concernant l'infliction de coups et blessures intentionnels ne supprime pas le caractère illicite des actes ni la culpabilité de l'auteur et ne constitue pas un motif de justification (Cass. 6 décembre 2005, arrêt P.05.0576.N, Arr.Cass. 2005, 2429, n° 3.1) (Swennen, 1997, 8; Dierickx, 2006, 119).

Une interruption volontaire de grossesse peut ne pas impliquer un coup, mais éventuellement une blessure, à laquelle on donne une description très large (voir, entre autres, Beernaert *et al.*, 2020, 333-340). Par ailleurs, l'acte peut également être qualifié de voie de fait ou de violence légère au sens de l'article 563, 3° C. pén. Cela s'applique à tout acte, autre qu'un coup, qui par contact porte atteinte à l'intégrité physique d'une personne sans la blesser (Meganck, 2013, O160/29)⁶⁴. Il semble probable - du moins en théorie - que le médecin puisse être poursuivi pour cette infraction s'il ne respecte pas la loi sur l'interruption volontaire de grossesse. Un certain nombre de déclarations faites dans le cadre des travaux parlementaires préparatoires⁶⁵ ainsi que le Conseil d'État confirment ce point de vue (avis du CdE du 24 février 2020 n° 66.881/AG, *Doc. Parl. Chambre* 2019-20, n° 55-0158/10, 14.) Selon le groupe de travail 4, cela signifie qu'une dépénalisation complète au niveau du médecin s'avère impossible dans la réalité si les conditions légales de l'avortement sont maintenues. Ainsi, la suppression des sanctions pénales spécifiques de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'entraîne pas automatiquement l'immunité pénale du médecin.

L'infraction de coups et blessures volontaires avec préméditation est assortie d'une peine similaire à celle assortie à l'interruption illégale de la grossesse prévue par l'actuelle loi sur l'interruption volontaire de grossesse⁶⁶. S'il s'agit d'une simple voie de fait ou de violence légère, le taux de la peine est nettement plus faible.

Le Comité scientifique estime, suite à l'avis du groupe de travail 4 que, bien que théoriquement possible, le recours aux infractions de droit commun pour punir la personne qui pratique un avortement volontaire n'est pas recommandé. Il convient, en effet, de rester attentif à la *ratio legis* de ces infractions, qui vise principalement à protéger la victime et son intégrité physique. Le groupe de travail 4 estime que si le législateur considère nécessaire et justifié de viser également la protection

sociale du fœtus (par exemple en cas d'avortement après un certain terme), le maintien de sanctions pénales spécifiques à l'avortement dans la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse est préférable. Selon le Comité scientifique et le groupe de travail 4, les sanctions pénales spécifiques contribuent à la sécurité juridique et présentent l'avantage de pouvoir être développées sur mesure, contrairement à la situation où il est nécessaire de recourir à une infraction générale qui, par sa nature, correspond moins à la matière que l'on souhaite sanctionner. Lorsque le législateur estime nécessaire d'assouplir les normes ou les sanctions actuelles pour les médecins impliqués dans l'avortement, il est recommandé de réviser ou de supprimer les conditions légales.

Le groupe de travail 4 note également que certaines conditions sont plus étroitement liées à une préoccupation sociétale pour la protection du fœtus et donc à un cadre de droit pénal, comme un délai et des conditions spécifiques pour l'interruption tardive légale de la grossesse. Certaines conditions légales sont davantage axées sur la relation médecin-patient, la qualité des soins et la prise de décision, telles que l'information obligatoire ou la pratique dans de bonnes conditions médicales. Le groupe de travail 4 estime que certains de ces principes de protection du patient peuvent bénéficier d'une approche fondée sur le droit de la santé. Certains principes sont déjà garantis dans le droit de la santé et deviendraient explicitement applicables à l'interruption volontaire de grossesse si cette pratique devait être qualifiée de soin de santé. La loi relative aux droits du patient ne contient pas non plus de sanctions pénales spécifiques, mais s'appuie sur l'exécution et le contrôle professionnels. Toutefois, la violation de cette loi peut dans certains cas également donner lieu à une infraction de droit commun, comme les coups et blessures, ce qui laisse la possibilité d'une sanction pénale même en cas de recours à cette loi.

Tiers, autres que le médecin

Seul le médecin peut pratiquer l'interruption volontaire de grossesse⁶⁷ conformément à l'article 2 de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, et dans des conditions médicalement appropriées, au sein d'un établissement de soins médicaux. Dans l'hypothèse d'une suppression de toutes sanctions pénales spécifiques dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, la question se pose de savoir si un **non-médecin** peut toujours être poursuivi pénalement après avoir pratiqué une interruption de grossesse volontaire (dans ou hors des conditions de la loi).

Le non-médecin qui procède à une interruption volontaire de grossesse peut en principe être poursuivi pour les mêmes **infractions de droit commun** que celles pour lesquelles le médecin peut être poursuivi (v. *supra*). Le raisonnement relatif aux coups et blessures, aux voies de fait et à la violence légère peut être appliqué ici par analogie. En effet, l'intervention se fait hors du cadre de la médecine et au mépris d'au moins une des conditions de la loi IVG, notamment l'exigence de sa pratique par

⁶⁴ Le groupe de travail 4 note que dans le cas de l'interruption médicale de grossesse, une application possible de l'infraction d'administration de substances dangereuses (section 402 C. pén.) est également concevable. Est punissable la personne qui provoque une maladie ou une inaptitude à l'exercice d'un travail personnel chez une autre personne en lui administrant des substances pouvant entraîner la mort ou porter gravement atteinte à la santé, sans intention de tuer. Une grossesse médicale s'accompagne généralement d'un certain nombre d'effets secondaires, dont le juge des faits appréciera toujours *in concreto* l'existence d'une maladie ou d'une incapacité de travail résultant de l'administration du médicament.

⁶⁵ Voir *Doc. Parl. Chambre* 2019-20, n° 55-0158/4, p. 53 qui précise que « Le droit civil et le droit pénal communs, ainsi que le droit médical, suffisent à engager la responsabilité du médecin qui aurait pratiqué un acte médical tel qu'un avortement en méconnaissance de la loi. » ; voir également p. 62 du présent rapport. Voir toutefois l'intervention de M. Verherstraeten (CD&V) aux pages 63-64.

⁶⁶ Il faut comparer les sanctions prévues par l'actuel article 3, alinéa premier, de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse avec celles prévues par l'article 398 du C. pén. En cas de préméditation (article 398, alinéa 2, C. pén.), la même peine de prison maximale s'applique que celle prévue par l'actuel article 3, alinéa premier, de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse.

⁶⁷ Le législateur n'a pas précisé ce que l'on entend par « pratiquer une interruption de grossesse ». Il en résulte une incertitude juridique, notamment en ce qui concerne l'interruption de grossesse médicamenteuse.

un médecin. Néanmoins, si la voie d'une large dépenalisation devait être privilégiée par le législateur, plusieurs membres du groupe de travail 4 et du Comité scientifique seraient favorables au maintien d'une sanction pénale spécifique pour la pratique d'un avortement par une personne non qualifiée (voir aussi chapitre 7.3. concernant les qualifications des prestataires d'avortement).

Enfin, le groupe de travail 4 attire l'attention sur les sanctions pénales prévues par la loi sur les professions des soins de santé pour « l'exercice illégal de la médecine ». Cette loi sanctionne les personnes qui pratiquent habituellement des actes médicaux sans être titulaires du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et obstétrique (article 3, § 1er, paragraphes 1 et 2 de la loi sur les professions des soins de santé ; article 122 de la loi sur les professions des soins de santé), mais, selon le groupe de travail 4, elle semble concerner principalement les actes ou traitements relatifs à un état pathologique⁶⁸. Le Comité scientifique suggère d'évaluer la portée de cette disposition et sa pertinence éventuelle pour l'interruption volontaire de grossesse lorsqu'on envisage de sanctionner les personnes qui pratiquent l'avortement.

La personne enceinte

La loi sur l'interruption volontaire de grossesse prévoit une sanction pénale pour la femme qui obtient un avortement délibérément en dehors des conditions légales. La suppression de cette sanction pénale spécifique exclut, en principe, l'incrimination de la personne enceinte même dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse pratiquée en dehors des conditions prévues par la loi. Néanmoins, la question de l'application du droit pénal commun à la personne enceinte se pose également ici. La jurisprudence de la Cour européenne des droits humains semble exclure que la victime de coups et blessures puisse être considérée comme participant à l'infraction par son consentement (CEDH 17 février 2005, requêtes n° 42758/98 et 45558/99, *K.A. et A.D. c. Belgique*). Si le législateur souhaite dépenaliser la personne enceinte dont la grossesse est interrompue de façon certaine et complète, même en vertu du droit pénal commun, une possibilité est d'exclure explicitement la pénalisation et les poursuites dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse. Par analogie, cette exclusion explicite pourrait également être étendue à la femme qui interrompt elle-même sa grossesse⁶⁹. Cette dépenalisation explicite de la personne enceinte est préférée et recommandée par le Comité scientifique.

⁶⁸ Voir aussi le complément relatif aux interventions esthétiques à l'article 3, § 1er, quatrième alinéa de la loi sur les professions des soins de santé.

⁶⁹ Il faut également comparer avec la législation française sur l'avortement, où l'article L2222-4 du Code de la Santé Publique, en ce qui concerne la sanction de la fourniture à une personne enceinte des moyens de procéder elle-même à une interruption de grossesse, indique explicitement que la personne enceinte elle-même ne doit pas être considérée comme complice.

3.4.2.4 Position du Comité scientifique sur la dépenalisation de l'avortement volontaire et le maintien des sanctions pénales

Eu égard aux situations difficiles dans lesquelles peuvent se trouver ces femmes, le Comité scientifique recommande de décriminaliser explicitement l'obtention ou la pratique par les femmes enceintes d'interruptions volontaires de grossesse en violation de la loi. En accord avec un consensus croissant sur les droits humains, et nonobstant l'absence de précédents juridiques punissant les femmes après un avortement en Belgique, ce Comité considère comme inappropriée la possibilité même théorique d'emprisonner ou de condamner à une amende les femmes qui auraient avorté en violation d'une ou plusieurs conditions de la loi.

En revanche, le Comité scientifique considère qu'il est du devoir des prestataires d'avortement de veiller à ce que les termes de la loi soient respectés et que les femmes requérant un avortement soient informées des options disponibles. À l'égard de ces prestataires de soins qui, comme pour tous les actes qu'ils accomplissent dans le cadre des soins de santé, sont responsables de la bonne exécution de ceux-ci, le Comité scientifique recommande de privilégier des sanctions spécifiques dans la loi IVG plutôt que l'application d'infractions pénales générales pour les prestataires de soins d'avortement qui enfreindraient les termes de la loi. Selon le Comité scientifique, les sanctions pénales spécifiques contribuent à la sécurité juridique et présentent l'avantage de pouvoir être conçues sur mesure. Lorsque le législateur estime qu'un assouplissement des normes actuelles pour les prestataires impliqués dans l'avortement est nécessaire, il convient de réviser ou de supprimer les conditions légales telles qu'elles existent, plutôt que de les conserver en ne supprimant que la sanction pénale associée. Une diversification des sanctions pénales pourrait être envisagée, au regard de la nature de l'infraction.

3.4.3 Inscription du droit à l'avortement dans la Constitution

Dans le but d'apporter quelques clarifications au débat sur une éventuelle inscription constitutionnelle du droit à l'avortement, les paragraphes suivants examinent les objectifs poursuivis par une telle consécration, ainsi que les options juridico-techniques pour sa mise en œuvre.

3.4.3.1 Contexte et objectifs envisagés d'une inscription constitutionnelle du droit à l'avortement

La question de la constitutionnalisation de l'avortement en Belgique est liée à des événements internationaux. En juin 2022, la Cour suprême des États-Unis a rejeté une lecture de la Constitution américaine qui considérait l'avortement comme un droit fondamental - contredisant ce qui avait été affirmé des décennies plus tôt par la même Cour dans l'affaire *Roe v. Wade* et confirmé dans l'affaire *Casey v. Planned Parenthood*. Dans cette décision, la Cour suprême a renvoyé la réglementation de l'avortement à la politique des États (Cour suprême des États-Unis, *Dobbs v. Jackson Women's Health Organisation*, n° 19-1392, 24 juin 2022).

Plusieurs experts lient cet arrêt aux tendances et antécédents politiquement conservateurs de la majorité des juges de la Cour suprême des États-Unis au moment de l'arrêt. En Europe, on s'inquiète également d'initiatives politiques dans ce sens et d'une montée des organisations anti-genre et anti-avortement (et de leurs financements) qui font pression sur le droit à l'avortement⁷⁰. Afin de prévenir d'éventuelles restrictions du droit à l'avortement en Belgique dans un futur plus ou moins lointain, certaines personnalités politiques belges ont proposé une protection renforcée du droit à l'avortement par son inscription explicite dans la Constitution⁷¹. La reconnaissance de l'avortement en tant que droit constitutionnel permettrait de souligner la nature fondamentale et l'importance sociale de ce droit. En effet, à la différence d'une loi ordinaire, toute modification de la Constitution nécessite une majorité qualifiée des 2/3. Le Comité scientifique ne s'oppose pas à un ancrage constitutionnel du droit à l'avortement, mais souhaite souligner certains défis et implications juridico-techniques qui se posent dans ce contexte.

3.4.3.2 Pistes juridico-techniques pour un droit constitutionnel à l'avortement

Certains experts et politiciens ont suggéré de nommer plus explicitement le droit à l'avortement comme un principe de droit contenu dans le droit à la vie privée (art. 22 Const.). En outre, la possibilité a également été évoquée de lier droit à l'avortement au droit à la protection de la santé et à l'assistance médicale (tel que mentionné sous le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine) (art. 23, 2° Const.). Le Comité scientifique examine ces deux voies principales et leurs caractéristiques, sans pour autant exclure la possibilité d'autres voies appropriées pour consacrer constitutionnellement le droit à l'avortement.

Interruption volontaire de grossesse et droit au respect de la vie privée

Bien que le droit à l'avortement ne soit pas directement mentionné par la Constitution, la Cour constitutionnelle a déjà reconnu, en se référant à la jurisprudence de la Cour européenne des droits humains, que la question touche à la vie privée de la femme enceinte et à son droit à l'autodétermination en particulier (art. 22 Const.) (C. const. n° 122/2020, B.27.1.-3.). Certains spécialistes du droit constitutionnel soulignent que le droit à l'avortement est donc déjà protégé par l'article 22 Const., lu conjointement avec l'article 8 de la CEDH. Récemment, le Conseil d'État a déclaré qu'il peut être déduit de la jurisprudence de la CEDH que « le droit au respect de la vie privée [...]

implique que chaque femme a le droit au respect des décisions de devenir ou de ne pas devenir mère et que sa décision d'interrompre ou non sa grossesse ressortit à la sphère de la vie privée et de l'autonomie personnelle » (Avis n° 66.881/AG/AV). Toute ingérence dans ce droit (par exemple, par une législation sur l'avortement) devra toujours répondre aux exigences légales, notamment de légitimité et de nécessité dans une société démocratique (article 8, 2 CEDH). Néanmoins, le Comité scientifique note qu'une grande incertitude juridique demeure quant à l'existence d'un « droit à l'avortement » de principe et effectif et quant à l'étendue de l'interférence permise en vertu de l'article 8 de la CEDH⁷². Cette ambiguïté peut également être présente dans l'article 22 Const., auquel une portée similaire est accordée.

Une mention explicite du droit à l'avortement dans la Constitution pourrait, selon le Comité scientifique, ancrer ce droit plus fortement et réduire la marge d'interprétation. Toutefois, c'est la formulation d'une telle inscription dans la Constitution qui sera déterminante quant au niveau de sécurité juridique et de protection qui lui est associé.

En raison de la jurisprudence de la CEDH, l'article 22 Const. constitue, d'après le Comité scientifique, le point d'entrée logique pour insérer une mention plus explicite d'un droit constitutionnel à l'avortement. L'article 22 de la Constitution énonce : « Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi. La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit. »

D'une part, le droit constitutionnel à l'avortement peut être formulé de manière explicite et sans autre précision. Par exemple comme suit : « [l'article 22 Const.] comprend le droit à l'interruption volontaire de grossesse ». Le Comité scientifique fait référence à une proposition similaire en France qui a été récemment approuvée par l'Assemblée nationale, bien que la proposition soit actuellement en attente au Sénat (Hennette-Vauchez *et al.*, 2022 ; Mesnil, 2022)⁷³. Cette proposition met également l'accent sur un accès « effectif et égal » à l'interruption volontaire de grossesse.

⁷⁰ De Standaard, "Meerderheid is gewonnen voor opname abortus in Belgische Grondwet", 26 juin 2022, disponible sur https://www.standaard.be/cnt/dmf20220626_97160881 ; France : Le Monde, "Droit à l'IVG dans la Constitution : que contiennent les trois propositions de loi débattues à l'automne ?", 19 octobre 2022, disponible sur https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/10/19/droit-a-l-ivg-dans-la-constitution-que-contiennent-les-trois-propositions-de-loi-debattues-a-l-automne_6146540_3224.html ; Californie (US) : ABC News, "California to vote on constitutional right to abortion", 14 octobre 2022, disponible sur <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/california-vote-constitutional-abortion-91517128> ; De Morgen, "Abortion under fire in Europe too" : MEPs want right to abortion in constitution, 7 juillet 2022, disponible sur <https://www.demorgen.be/snelnieuws/ook-in-europa-ligt-abortus-onder-vuur-europarlemetsleden-willen-recht-op-abortus-in-grondwet-b87fac0e/>. Voir la résolution du Parlement européen du 9 juin 2022 sur les menaces contre le droit à l'avortement dans le monde : démantèlement possible du droit à l'avortement par la Cour suprême des États-Unis (2022/2665(RSP), disponible sur https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0243_EN.html.

⁷¹ Voir C. Hugon, K. Calvo, S. de Laveleye, E. Platteau, "Proposition de révision de l'article 22 de la Constitution en vue de reconnaître le droit à l'interruption volontaire de grossesse/Voorstel tot herziening van artikel 22 van de Grondwet met het oog op de erkenning van het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking", 28 juin 2022, doc 55 2832/001 ; De Tijd, "Moet recht op abortus even gewaarborgd zijn als op vrije meningsuiting?", 28 juni 2022, disponible sur <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/moet-recht-op-abortus-even-gewaarborgd-zijn-als-vrije-meningsuiting/10398572.html>.

⁷² À comparer, par exemple, les lectures divergentes de la jurisprudence de la Cour européenne des droits humains par des experts européens : « BRIEF OF EUROPEAN LEGAL SCHOLARS AS AMICI CURIAE IN SUPPORT OF NEITHER PARTY », Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Supreme Court of the United States, disponible à l'adresse : https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185153/20210728162714090_European%20Legal%20Scholars%20Amici%20Brief.pdf vs « BRIEF OF EUROPEAN LAW PROFESSORS AS AMICI CURIAE IN SUPPORT OF RESPONDENTS », Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Cour suprême des États-Unis, disponible à l'adresse : https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/193093/20210920192331848_Brief%20of%20Amici%20Curiae%20European%20Law%20Professors%20in%20Support%20of%20Respondents.pdf ; « BRIEF OF THE EUROPEAN CENTRE FOR LAW AND JUSTICE IN SUPPORT OF PETITIONERS », Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Cour suprême des États-Unis, disponible à l'adresse : https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185175/20210729084523486_ACLJ%20Amicus%20Dobbs%20v.%20JWHO%207.29.21%20FINAL%20TO%20FILE.pdf.

⁷³ L'avancement de cette proposition peut être suivi sur le site <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp122-143.html>.

D'autre part, en fonction des objectifs du législateur, la disposition peut inclure des sujets similaires, par exemple le droit à la contraception. Il est également possible d'opter pour une formulation plus large du droit constitutionnel, par exemple en faisant référence au droit à la santé/choix/liberté/autonomie sexuelle et/ou reproductive, Un exemple peut être trouvé dans la Constitution sud-africaine : « Everyone has the right to bodily and psychological integrity, which includes the right (...) to make decisions concerning reproduction ».

Le Comité scientifique s'inspire également des dispositions ci-dessous, qui ont été inscrites dans les constitutions respectives des États américains après l'abrogation du droit fondamental fédéral à l'avortement. Ces États ont des formulations différentes du droit fondamental à l'avortement.

Exemple 1 Michigan : « Every individual has a fundamental right to reproductive freedom, which entails the right to make and effectuate decisions about all matters relating to pregnancy, including but not limited to prenatal care, childbirth, postpartum care, contraception, sterilization, abortion care, miscarriage management, and infertility care. An individual's right to reproductive freedom shall not be denied, burdened, nor infringed upon unless justified by a compelling state interest achieved by the least restrictive means. Notwithstanding the above, the state may regulate the provision of abortion care after fetal viability, provided that in no circumstance shall the state prohibit an abortion that, in the professional judgment of an attending health care professional, is medically indicated to protect the life or physical or mental health of the pregnant individual. (...) »⁷⁴.

Exemple 2 Californie : « The state shall not deny or interfere with an individual's reproductive freedom in their most intimate decisions, which includes their fundamental right to choose to have an abortion and their fundamental right to choose or refuse contraceptives. This section is intended to further the constitutional right to privacy guaranteed by Section 1, and the constitutional right to not be denied equal protection guaranteed by Section 7. Nothing herein narrows or limits the right to privacy or equal protection. »⁷⁵.

Exemple 3 Vermont : « That an individual's right to personal reproductive autonomy is central to the liberty and dignity to determine one's own life course and shall not be denied or infringed unless justified by a compelling State interest achieved by the least restrictive means »⁷⁶.

⁷⁴ Texte intégral (proposition 22-3) disponible sur : <https://www.michigan.gov/sos/elections/upcoming-election-information/voters/candidatesproposals>.

⁷⁵ Texte intégral disponible sur : https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=202120220SCA10.

⁷⁶ Texte intégral disponible sur : <https://legislature.vermont.gov/Documents/2022/Docs/BILLS/PR0005/PR0005%20As%20adopted%20by%20the%20Senate%20Official.pdf>.

La majorité des droits constitutionnels belges ont une formulation assez générale, l'interprétation concrète revenant principalement au législateur (voir également l'article 22, 2e alinéa, Const.). L'avantage de la consécration d'un droit fondamental général à l'avortement dans la Constitution est qu'elle rendra plus difficile l'abolition totale de l'avortement par un futur législateur. En revanche, l'inconvénient d'une formulation générale est qu'elle ne donne pas d'indications sur les restrictions (légal) à l'avortement qui seraient ou non autorisées par la Constitution. En outre, certains craignent qu'un droit fondamental non spécifique puisse constituer une approbation de la législation qui autoriserait l'avortement quel que soit le stade de la grossesse⁷⁷. En outre, la jurisprudence de la Cour européenne des droits humains fournit peu d'indications concrètes dans ce domaine en se contentant d'offrir une large marge d'appréciation pour les États. Si une loi plus stricte sur l'avortement devait être adoptée par une future législature et contestée par la suite, les tribunaux devront se prononcer sur la conformité de ces restrictions légales avec la disposition constitutionnelle. Ce faisant, d'importantes questions relatives à l'âge gestationnel maximal et aux autres conditions de l'avortement seront soumises au pouvoir judiciaire (cf. l'exemple de la jurisprudence de la Cour suprême des États-Unis). C'est désormais également le cas lorsque la Cour constitutionnelle est appelée à se prononcer sur la conformité d'une réglementation légale de l'avortement au regard de l'article 22 Const. Selon les spécialistes du droit constitutionnel, il est possible que la Cour constitutionnelle belge soit moins réticente que la Cour européenne des droits humains à considérer comme contraires à un "droit à l'avortement" constitutionnel des restrictions majeures de l'avortement. Cela reste néanmoins incertain.

La Constitution peut aussi être plus spécifique et inclure dans l'article dédié les modalités essentielles de l'avortement, comme l'âge gestationnel maximal ou d'autres modalités. Indépendamment de la nécessité d'atteindre une majorité politique des deux tiers sur ces questions, le Comité scientifique note que cette dernière option fige davantage les conditions fondamentales de l'avortement, rendant plus difficile toute révision en réponse à de possibles évolutions sociales et médicales à l'avenir (qu'il s'agisse de durcir ou d'assouplir la législation). Si l'intention du législateur est de préserver plus fermement le niveau actuel de protection juridique de l'avortement pour l'avenir, une obligation explicite de *standstill* peut être associée au droit constitutionnel à l'avortement. Cette obligation de conservation des modalités interdirait de réduire substantiellement le niveau actuel de protection du droit à l'avortement.

⁷⁷ Voir, par exemple, la discussion sur un amendement constitutionnel en Californie : NPR, « Abortion is on the California ballot. But does that mean at any point in the pregnancy ? », 24 octobre 2022, disponible sur <https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/10/24/1129112123/abortion-is-on-the-california-ballot-but-does-that-mean-at-any-point-in-pregnancy> ; Allison Macbeth & Elizabeth Bernal (SCOCA Blog), "Fix the fatal flaw in SCA 10", disponible sur <http://scocablog.com/fix-the-fatal-flaw-in-sca-10/>.

L'interruption volontaire de grossesse et le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, y compris le droit à la protection de la santé et à l'assistance médicale (art. 23, 2° Const.)

L'article 23 Const. garantit le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. Il mentionne un certain nombre de droits qui en relèvent (article 23, 1°-6° Const.), à savoir le droit au travail, le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique, le droit à un logement décent, le droit à la protection d'un environnement sain, le droit à l'épanouissement culturel et social, le droit aux prestations familiales. Au-delà de la vie privée, l'avortement touche aussi à la dignité de la vie humaine de la personne enceinte, à son bien-être, à son épanouissement moral et matériel dans la société⁷⁸. La désignation explicite d'un droit constitutionnel à l'avortement en vertu de l'article 23 de la Constitution semble donc justifiée. En outre, l'énumération numérique telle qu'elle se présente dans l'article 23 de la Constitution permet d'ajouter et de nommer des droits plus spécifiques. Le droit à l'interruption volontaire de grossesse (ou un droit formulé de manière plus large, par exemple : « droits reproductifs ») pourrait être ajouté comme exemple supplémentaire aux droits énumérés à l'article 23, 1°-6° Const.

Les droits constitutionnels socio-économiques et culturels visés à l'article 23 Const. impliquent déjà une obligation de *standstill*, ce qui signifie que le législateur ne peut pas réduire le niveau de protection de la loi applicable sans raisons liées à l'intérêt général (Hachez, 2008)⁷⁹. Cette piste présente l'avantage qu'un parlement démocratiquement élu peut modifier les modalités de la réglementation de l'avortement, mais ne peut pas facilement les durcir. Il convient néanmoins de mentionner que l'article 23 Const. n'a pas, en principe, d'effet direct pour les sujets de droit. En ce sens, il est moins cohérent avec une perspective qui suppose un droit positif autonome de la candidate à l'avortement d'interrompre une grossesse. Le principe de l'effet non direct n'est cependant pas absolu (Velaers, 2019). Enfin, les constitutionnalistes soulignent que si un droit à l'avortement était inscrit à l'article 23 Const., le droit subjectif des femmes pourrait toujours être mobilisé par le biais de l'article 22 Const., comme c'est le cas actuellement. Toutefois, l'inscription du droit à l'interruption volontaire de grossesse à l'article 23 Const. permettrait de mieux assurer la mise en œuvre concrète de ce droit (par exemple, en ne permettant pas la suppression du financement des centres d'avortement et des centres de planning familial, en veillant à ce qu'un certain nombre de médecins soient formés à cette pratique, etc.).

3.4.3.3 Position du comité scientifique sur une constitutionnalisation de l'avortement

Le Comité scientifique note que la protection de l'accès à l'avortement dans le cadre du droit actuel au respect de la vie privée à l'article 22 Const. semble déjà être présente, mais sa portée est plutôt équivoque. L'article 22 Const. renvoie au législateur, qui interprète ce droit et détermine ses exceptions. La conformité définitive de la législation sur l'avortement avec le droit constitutionnel de respecter la vie privée d'une femme dépendra du contrôle de la constitutionnalité effectué par la Cour constitutionnelle. Le Comité scientifique considère qu'une mention plus explicite du droit à l'avortement dans la Constitution est possible, mais prévient que, selon la formulation choisie, ce droit peut encore faire l'objet d'ingérences juridiques et politiques plus ou moins importantes. Le Comité recommande, indépendamment d'une éventuelle inscription constitutionnelle du droit à l'avortement, de maintenir un débat citoyen sur les développements liés aux droits reproductifs et sexuels et de maintenir une vigilance à cet égard.

⁷⁸ Signification donnée au « droit à la vie conforme à la dignité humaine » au Parlement. *Doc. Parl. Sénat*, S.E. 1991-1992, 100-2/3°, 15.

⁷⁹ Interdiction pour le législateur « d'adopter des mesures qui marqueraient un recul significatif [...], sans les priver du pouvoir d'apprécier de quelle manière ce droit sera le plus adéquatement assuré ». Cour d'arbitrage, 27 novembre 2022, n° 169/2002. Voir aussi la reconnaissance générale du principe de *standstill* pour tous les droits de l'article 23 dans C. const. n° 62/2016, 28 avril 2016, B.6.2.*Doc. Parl. Sénat*, S.E. 1991-1992, 100-2/3°, 13.

4. Analyse des principes éthiques et arguments politiques liés aux débats sur l'avortement

4.1 Principes éthiques et enjeux fondamentaux dans les débats sur l'avortement

4.1.1 Autonomie, égalité, citoyenneté et justice reproductive

Plusieurs membres des groupes de travail ont souligné l'importance de principes d'autonomie, d'égalité, de citoyenneté et de justice reproductive pour les femmes comme lignes directrices dans les débats sur l'avortement. C'est entre autres avec ces principes – souvent issus des mouvements féministes – en ligne de mire que les membres des groupes de travail ont choisi d'examiner les questions actuelles dans les débats sur l'interruption de grossesse.

Les approches de l'avortement en termes d'autonomie sont centrées sur l'autonomie corporelle des femmes et leur liberté de choix en matière de vie reproductive. Ceci réfère au fait de choisir d'avoir ou non des enfants, quand en avoir, avec peu ou pas d'intervention de l'État ou d'autrui dans cette décision.

La nécessité de respecter l'autonomie de la femme lors de la prise de décision concernant une éventuelle interruption de grossesse est un thème récurrent dans les questions qui ont été soumises au Comité scientifique. Cependant, il semble y avoir différentes perspectives sur la manière de respecter ce principe de manière optimale et le principe est souvent invoqué pour argumenter en faveur ou contre certaines mesures. Quelques exemples illustratifs de ces enjeux sont énoncés ci-après.

En ce qui concerne les informations obligatoires : l'obligation d'informer les femmes sur les autres possibilités s'offrant à elles, notamment celle de mener la grossesse à terme et de faire adopter l'enfant, est généralement justifiée par l'hypothèse selon laquelle cette disposition renforcerait l'autonomie reproductive, en ne négligeant ainsi aucune des options potentielles. Cependant, cette exigence est également qualifiée d'entrave à l'autonomie reproductive, dans la mesure où les femmes peuvent y voir un message implicite selon lequel l'avortement serait une option moins acceptable que ces alternatives, et poussant à opter pour l'une de celles-ci (en plus de les faire se sentir jugées).

En ce qui concerne la période d'attente obligatoire, cette disposition est parfois justifiée par l'argument selon lequel la décision d'interrompre une grossesse peut être prise à un moment de vulnérabilité émotionnelle, ce qui peut nuire à une prise de décision autonome et éclairée. La période d'attente est alors présentée comme un soutien à l'autonomie reproductive. Cependant, cette période d'attente est également

considérée comme le reflet d'un manque de considération pour la capacité décisionnelle des femmes, emportant l'obligation de prolonger une grossesse non désirée plus longtemps que nécessaire, ce qui constitue en soi un obstacle en termes d'autonomie reproductive.

En ce qui concerne les pressions qui peuvent s'exercer sur la décision d'avortement en général : certaines questions sont formulées en partant du principe que les femmes (vulnérables) seraient parfois poussées à avorter, ce qui justifierait des contrôles et des obstacles supplémentaires pour l'avortement. D'autres questions sont formulées en partant du principe que les femmes (vulnérables) seraient souvent poussées à ne pas avorter, ce qui justifierait la suppression des contrôles et des obstacles.

Il semble que les mesures procédurales rigides, même si elles peuvent être constructives pour quelques femmes, s'avèrent néfastes pour beaucoup et ne protègent pas nécessairement les femmes les plus vulnérables. Dans ce rapport, le Comité scientifique s'efforce de trouver un équilibre qui aide et soutienne au maximum les femmes, sans leur nuire. Lorsque le concept de (respect de) l'autonomie est utilisé par le Comité, c'est au sens général du terme, sans aucun engagement préalable quant à la manière dont le concept est utilisé par les différents acteurs du débat.

De plus, **les approches en termes d'égalité et de citoyenneté** en matière d'avortement font référence au statut considérant que « les femmes devraient pouvoir être en mesure de participer complètement à la sphère publique au même titre que les hommes et, de prime abord, le contrôle de sa propre fertilité est un prérequis fondamental pour une telle participation pleine et entière » (Siegel, 2007; Marques-Pereira, 2021). Une telle approche implique que les tribunaux et les législateurs veillent à ce que les restrictions sur la prise de décisions en matière de procréation ne reflètent pas ou n'appliquent pas de stéréotypes de genre quant aux capacités des femmes ou à leurs rôles sexuels et familiaux et qu'ils définissent des politiques favorisant l'égalité des femmes et des hommes en matière de sexualité, de procréation et d'éducation (Siegel, 2007).

Enfin, **les approches en termes de justice reproductive** dénoncent l'idée selon laquelle l'accès légal à l'avortement suffit à en garantir l'accès concret et équitable. Un cadre d'analyse féministe critique amène à prendre en compte, au-delà de la loi, les facteurs économiques, sociaux, de santé et autres qui ont un impact sur les choix de fécondité des femmes et leur capacité décisionnelle. Ce cadre se trouve étroitement lié aux approches intersectionnelles qui reconnaissent que des facteurs croisés, tels que la classe sociale et la race, limitent l'autonomie des femmes marginalisées à procéder à des choix éclairés en matière de grossesse en imposant des circonstances oppressives ou en restreignant l'accès limité à des services et soins reproductifs (Smith, 2005).

Une discussion approfondie quant à la signification de ces principes de base et une revue de la littérature à ces égards dépasse le cadre du présent rapport. Néanmoins,

un document soumis à ce Comité par deux membres du groupe de travail 4, qui décrit l'importance des principes d'autonomie, d'égalité et de justice reproductive et les replace dans leur contexte historique, est joint en annexe (voir annexe V : F. Caeymaex & G. Lebeer « Les valeurs d'autonomie, d'égalité et de justice reproductive »). De plus, l'analyse du contexte historique et sociétal au chapitre 2 de ce rapport aborde également le principe et l'importance de la citoyenneté sociale des femmes dans le débat sur l'avortement.

4.1.2 Statut moral de l'embryon/foetus

Différentes positions sur le statut moral de l'embryon ou du fœtus sont défendues dans la littérature académique et influencent en définitive les diverses positions sur l'avortement. Une discussion approfondie de ces principales positions sort du cadre de ce rapport. Néanmoins, le Comité scientifique souhaite attirer l'attention sur l'avis du n° 18 du 16 septembre 2002 prononcé par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, qui expose en détail les principales positions concernant le statut éthique de l'embryon et du fœtus. De plus, le chapitre 4.2. examine, dans le contexte des débats portant sur la régulation de l'avortement et les délais légaux d'avortement, plusieurs arguments eu égard à la valeur morale attribuée à l'embryon/au fœtus au fur et à mesure de son développement. Enfin, les points suivants proposent un examen détaillé de deux jalons du développement fœtal (à savoir les limites relatives à la viabilité fœtale et l'apparition de la conscience/perception de la douleur) : ces deux éléments, auxquels une valeur morale décisive est accordée dans certains ouvrages éthiques sur l'avortement, ont également été cités par le groupe de travail 3 et le Comité scientifique lors des discussions portant sur les possibilités d'envisager l'avortement après le délai actuel de 12 semaines post-conception.

4.1.3 Perception de la douleur par le fœtus

Les débats sur la douleur fœtale dans le contexte de l'avortement tendent à porter principalement sur deux questions distinctes, bien que liées. La première est la question morale de savoir si l'avortement doit être interdit dès le moment où il est supposé que le fœtus peut ressentir de la douleur et/ou développer une capacité de conscience, car ces capacités sont considérées comme établissant un statut moral ou légal pour le fœtus. La deuxième question, éthico-technique, concerne l'idée que, si un fœtus peut ressentir de la douleur pendant la procédure d'avortement, cette douleur doit être prévenue ou limitée par des mesures cliniques et techniques. Ces questions fondamentales nécessitent de prendre en compte les données scientifiques actuelles sur l'émergence de la conscience et de la douleur chez le fœtus.

4.1.3.1 Éléments de preuves scientifiques

Si les preuves comportementales sont souvent tout ce dont nous disposons pour juger de la douleur chez les humains et les animaux dénués de capacité langagière, elles ne sont pas suffisantes en soi pour confirmer la présence ou l'absence de douleur. L'Association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for

the Study of Pain - IASP) définit la douleur comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel". Cette définition est complétée par un addendum précisant que "la douleur et la nociception sont des phénomènes différents." La nociception ("le processus neuronal d'encodage des stimuli nocifs") précède fréquemment la douleur, mais n'est ni nécessaire ni suffisante pour déterminer l'existence d'une expérience sensorielle et émotionnelle complexe de la douleur. Les réponses comportementales (par exemple, le réflexe de retrait moteur) peuvent être des conséquences de la nociception, mais, comme le souligne l'IASP, "la sensation de douleur n'est pas nécessairement impliquée" par ces réponses. Les conséquences comportementales de la nociception sont observées chez des invertébrés simples tels que les mouches à fruits, mais ces réponses ne sont pas considérées comme des indications de douleur, car ces organismes ne possèdent pas les structures neurales les plus rudimentaires requises pour la douleur. Il est donc crucial de déterminer si un organisme a la capacité biologique de ressentir la douleur"⁸⁰ (Salomons et Iannetti, 2022).

Ce que l'on appelle la conscience est alors lié au développement du système sensoriel et, plus précisément, au développement des structures neurologiques du cerveau (le cortex et le thalamus) et du système nerveux qui les relie entre eux et à la périphérie (Robertson, 2011). Les données scientifiques collectées par la Chambre des Communes du Royaume-Uni dans son rapport sur la loi sur l'avortement tendent à la conclusion que les principaux éléments du système sensoriel du fœtus n'arrivent pas à maturité avant 22 à 26 semaines post-conception (24-28 SA) : terminaisons nerveuses, moelle épinière, et connexions thalamiques capables de pénétrer le cortex (Great Britain: Parliament: House of Commons: Science and Technology Committee, 2007). Depuis, de nouvelles données scientifiques semblent maintenir la limite de 24 semaines d'aménorrhée :

"Bien que le fœtus réagisse à la douleur, à la parole maternelle, etc., il n'en est probablement pas conscient en raison du faible taux d'oxygène et de la sédation. En supposant que la conscience soit principalement localisée dans le cortex, la conscience ne peut émerger avant 24 semaines de gestation, moment où s'établissent les connexions thalamocorticales des organes sensoriels. La limite de l'avortement légal à 22-24 semaines [SA] dans de nombreux pays est donc logique. (...) À partir de 25 semaines [SA] environ, les réponses corticales dans l'aire somatosensorielle ont été enregistrées par spectroscopie proche infrarouge (NIRS). Des expressions faciales similaires à celles observées chez des adultes qui souffrent ont été observées chez les prématurés après 25 semaines. Ainsi, ces prématurés sont probablement conscients de la douleur. Comme le fœtus est exposé à des substances sédatives et analgésiques endogènes élevées, il est possible qu'il ne soit pas conscient de la douleur, même après 25 semaines."⁸¹ (Lagercrantz, 2014)

⁸⁰ Notre traduction.

⁸¹ Notre traduction.

“Les humains pleinement développés possèdent un cortex capable de traiter les signaux nociceptifs et de les associer à des informations sensorielles, cognitives, émotionnelles et sociales pertinentes pour l'adaptation. Au fur et à mesure de notre développement, ces associations viennent former l'expérience que les adultes connaissent sous le nom de douleur. Avant la maturation corticale [c'est-à-dire entre 24 et 32 semaines, ndlr], un fœtus ne dispose pas de l'équipement biologique nécessaire pour commencer à apprendre ces associations.”⁸² (Salomons and Iannetti, 2022).

Ces limites sont cohérentes avec les conclusions des articles de néonatalogues ou d'anesthésistes en chirurgie fœtale : “Nous pouvons conclure que, d'un point de vue neuroanatomique, il est plutôt improbable que le nourrisson puisse être considéré comme un humain conscient avant 24 semaines d'âge gestationnel, donc avant que toutes les connexions thalamocorticales soient établies. D'autres données bibliographiques devront confirmer cette hypothèse”⁸³ (Falsaperla *et al.*, 2022) même si un débat subsiste quant à la perception de la douleur avant la formation du néocortex.

“L'amygdale, centre de traitement des stimuli émotionnels et de l'anxiété, est présente vers le milieu de la gestation. Les fibres thalamocorticales apparaissent dans la seconde moitié de la grossesse, entre 23 et 30 semaines d'AG [âge gestationnel en semaines d'aménorrhée, ndlr], mais dès la période précédente, elles atteignent la sous-plaque. La sous-plaque est une structure de transition du cortex cérébral à laquelle arrivent les fibres de projection en provenance du thalamus. 'est une station transitoire, mais active et fonctionnelle, où les fibres arrivent en attendant de trouver un cortex cérébral mature ; elle est présente entre 10 et 35 semaines d'AG. Ensuite, elle disparaît. Des travaux récents sur des furets ont montré que les stimuli auditifs déclenchent une activité neuronale dans la sous-plaque, qui est topographiquement très similaire à l'activité observée dans le cortex auditif plus mature. Entre 24 et 32 semaines d'AG, les fibres du thalamus cortical commencent à coloniser le cortex, cette colonisation augmentant après 34 semaines d'AG. Le processus de formation du néocortex commence au premier trimestre de la grossesse : les neurones qui le formeront migrent de la zone périventriculaire vers la périphérie et le premier pli cortical commence à se former. L'insula, un des principaux centres de perception de la douleur, commence à se former entre ces plis. Pour certains chercheurs, la présence du cortex est essentielle pour la perception consciente de la douleur, alors que pour d'autres, elle ne l'est pas. Plusieurs articles ont maintenant été publiés, suggérant que la subordination de l'expérience de la douleur à la présence du cortex pourrait avoir été surestimée.”⁸⁴ (Bellieni, 2021).

⁸² Notre traduction.

⁸³ Notre traduction.

⁸⁴ Notre traduction.

Le stress fœtal peut toutefois être détecté avant ces âges, notamment sous la forme de signaux endocriniens. Le rapport du Select Committee on Science and Technology (2007) conclut que ces stimuli ne sont pas des indicateurs que la douleur est consciemment ressentie, autrement dit, celle-ci n'apparaîtrait pas avant 22 à 26 semaines post-conception. Enfin, le rapport du RCOG récemment mis à jour sur la conscience fœtale indique ce qui suit : “Les données actuelles indiquent que la possibilité de perception de la douleur avant 28 semaines de gestation est peu probable.”⁸⁵ (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022).

Ainsi, si les données scientifiques actuelles, toujours susceptibles d'évoluer, établissent une possibilité de douleur fœtale à partir de 22 semaines post-conception, cette position n'est pas unanimement acceptée. La prise en compte de la douleur fœtale à partir de ces chiffres ne signifie pas qu'une limitation de l'âge gestationnel à 22 semaines post-conception pour l'avortement soit par définition une approche raisonnable au regard du développement fœtal. Cela indique qu'une possibilité de douleur doit être prise en considération au moins à partir de ces âges et qu'elle doit être gérée en conséquence.

4.1.3.2 Discussion éthique sur la base de la douleur et de la conscience du fœtus

Lorsque le développement de la capacité de douleur et de la conscience chez le fœtus est utilisé comme seuil limite dans un contexte d'avortement, c'est dans l'optique où cette capacité implique une protection morale, voire juridique. En effet, selon certains ouvrages éthiques, cette capacité garantit que le fœtus acquiert le statut de personne légale ou morale, empêchant ainsi l'avortement au-delà de ce seuil ou uniquement dans des conditions plus strictes. Une question technico-éthique connexe concerne la douleur éventuelle ressentie par le fœtus au cours d'une procédure d'avortement et la question de savoir s'il faut l'éviter ou non.

Les critères philosophiques habituellement retenus pour définir le statut de personne peuvent difficilement s'appliquer aux fœtus. Selon Warren, ceux-ci consistent principalement en la conscience (et capacité à ressentir la douleur), le raisonnement, la capacité d'action automotivée, la communication et la conscience de soi (Warren 1973). Cependant, d'autres seuils sont également proposés dans la littérature éthique pour établir l'acquisition du statut moral de personne (par exemple, la viabilité, la naissance, la conception, etc.). Sur le plan juridique, on considère aujourd'hui en Belgique que la personnalité juridique ne s'acquiert qu'avec le processus de naissance. Dans le domaine de l'avortement et du développement fœtal, le critère de la conscience semble toutefois être conservé comme un marqueur éthique et pratique

⁸⁵ Notre traduction.

important, principalement en raison de sa relation avec la capacité à ressentir la douleur. Plus largement, il soulève des questions sur la valeur morale attribuée aux faits biologiques, tels que la perception de la douleur : bien que ces faits biologiques puissent être établis avec des degrés de précision croissants, le Comité scientifique souligne l'absence de consensus quant à la valeur morale à associer à ces éléments.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'argument du développement sensoriel porte en partie sur la possibilité pour le fœtus de ressentir de la douleur pendant la procédure d'avortement. Cette préoccupation relative à la douleur et à la conscience fœtales a aussi été exprimée au sein du Comité scientifique, en lien avec le débat sur la possibilité d'étendre le délai légal pour un avortement. En raison de zones grises scientifiques, morales et personnelles entourant le sujet de la douleur et de la conscience fœtales, il est important de maintenir une vigilance sur cette question. Ainsi, différentes stratégies peuvent être proposées pour prévenir, que la capacité soit acquise ou non, la douleur fœtale. Les techniques d'avortement contemporaines permettent le clampage du cordon en début d'intervention, ou l'administration de produits anesthésiques ou myorelaxants, soit atteignant le fœtus, soit transmises par la femme enceinte. (Great Britain: Parliament: House of Commons: Science and Technology Committee, 2007; Robertson, 2011, Expert hearing : Raïna Brethouwer). De telles pratiques semblent dès lors résoudre les préoccupations éthiques concernant la douleur hypothétique que peut ressentir le fœtus lors d'un avortement du deuxième trimestre.

4.1.4 Principe de viabilité fœtale

4.1.4.1 Plusieurs approches de la notion de viabilité

Défini généralement comme le moment à partir duquel le fœtus est potentiellement capable de vivre une vie indépendante en dehors de l'utérus, le seuil de viabilité est principalement à considérer comme une fourchette, comprise en fonction des avancées et expériences médicales quelque part entre 20 et 24 semaines post-conception dans les pays où des unités néonatales modernes de soins intensifs sont disponibles (Keogh *et al.*, 2007; Domellöf and Jonsson, 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Plusieurs sources recensées établissent comme chiffre le plus récurrent pour la viabilité le seuil minimal de 22 semaines de grossesse post-conception (24 SA), compte tenu du très faible taux de survie avant cet âge (Great Britain: Parliament: House of Commons: Science and Technology Committee, 2007; Robertson, 2011; ZonMw, 2020). En Belgique, la convention est de considérer une potentielle viabilité pour des fœtus entre 22 et 24 semaines post-conception (24-26 SA). Des discussions sont en cours pour étendre cette fourchette à 20-24 semaines PC (22-26 SA), étant donné certaines avancées en matière de soins et techniques. Le principe de « zone grise » permis par cette approche permet d'adapter et légitimer les décisions de soins de manière souple et au cas par cas, tant par les patients que par l'équipe soignante.

Dans le cas de certains usages spécifiques, il peut également être approché comme un seuil spécifique à fixer, notamment pour définir le moment où la fin de gestation correspond à une naissance. Ainsi, en 1977, dans le but d'établir un seuil pour l'enregistrement des naissances prématurées, l'OMS a établi la notion de naissance viable à 20 semaines d'âge gestationnel (22 SA) ou à 500 g de poids fœtal (OMS, 1977).

Le Comité scientifique note qu'il existe à cet égard également plusieurs conceptions, parfois contradictoires, de la « viabilité ». Une distinction entre la viabilité *in abstracto* et la viabilité *in concreto* a ainsi été observée (Huygens, 2011). La viabilité abstraite fait référence à l'âge auquel le fœtus moyen acquiert la capacité de survivre en dehors de l'utérus, en fonction du niveau de soutien médico-technique disponible. Il s'agit de la notion de viabilité en tant que repère temporel qui entre souvent dans les débats sur l'avortement. *In concreto*, la viabilité fait référence à la capacité individuelle d'un fœtus particulier à survivre hors de l'utérus avec un soutien médico-technique, en tenant compte de ses caractéristiques propres et des éventuelles anomalies du fœtus ainsi que de leur impact. Comme le résume le rapport sur la loi sur l'avortement de la Victorian Law Reform Commission (Australie), « la profession médicale considère la période de 22 à 26 semaines de gestation [SA, ndlr] comme une 'zone grise', où certains fœtus ont survécu, la plupart avec un handicap permanent, grâce à une intervention médicale majeure. Ces taux de survie ne s'appliquent pas aux fœtus présentant un handicap existant, où la survie dépend de la nature et de l'étendue du handicap »⁸⁶ (Victorian Law Reform Commission, 2008, 3.60).

4.1.4.2 Éléments de preuve scientifique

Même si, très récemment, a été rapportée la survie après la naissance de nouveau-nés d'environ 20 semaines de gestation PC (Bell et Zumbach, 2011 ; Sung *et al.*, 2017), c'est en moyenne vers 21-24 semaines de gestation PC que le fœtus en développement est considéré comme viable, évidemment sous condition d'un support lourd en soins intensifs.

La viabilité d'un fœtus déterminé résulte de l'interrelation entre diverses caractéristiques et ne constitue jamais une garantie de l'issue. Par conséquent, l'établissement de la notion de viabilité en général est nécessairement une question de probabilité, et ce, dans un contexte d'évolution constante des connaissances médicales. Le débat sur la viabilité doit donc être envisagé en tenant compte des récentes avancées en matière de réanimation néonatale et du caractère évolutif de la discipline, mais aussi de ses limites et des risques de déficience sévère des enfants survivants.

Plusieurs auteurs soulignent que le critère de viabilité fœtale extra-utérine, bien que fondé sur un consensus scientifique, reste une notion arbitraire lorsqu'il est appliqué à l'avortement. L'aspect arbitraire réside aussi dans la corrélation entre une potentialité (de survie *ex utero*) et la situation réelle des personnes vivant une grossesse non désirée (Erdman, 2017). Selon Erdman (2017, p. 33) : « La viabilité est une mesure

⁸⁶ Notre traduction.

qui n'a de sens que si elle est appliquée à un nouveau-né après la naissance, alors qu'elle est utilisée pour définir le statut d'un fœtus *in utero*. Les arguments moraux de la viabilité traitent donc les états pré- et post-naissance comme s'ils étaient équivalents, alors que l'argument même est qu'ils ne le sont pas.⁸⁷

En termes scientifiques, en effet, la viabilité fœtale relève plus de la probabilité que de la certitude réelle : il n'existe pas de norme quant à la probabilité de survie déterminant la viabilité fœtale (Erdman, 2017), et la probabilité de survie à 24 semaines de gestation PC n'est pas déterminée, mais estimée de 42 à 57 % (Ecker *et al.*, 2017) et comporte un risque important de déficience grave. Au contraire, la viabilité réelle (*in concreto*) repose sur un ensemble de paramètres qui varient d'une grossesse à l'autre. En outre, selon des recherches récentes sur la prématurité extrême (Domellöf et Jonsson, 2018), la viabilité du fœtus pourrait être atteinte à des âges plus précoces de la grossesse.

Par exemple, les efforts scientifiques en cours pour rendre possible l'ectogestation (grossesse hors du corps humain) grâce au développement d'"utérus" artificiels pourraient abaisser la limite de viabilité extra-utérine (Di Stefano *et al.*, 2020). Certains craignent que la référence directe à la viabilité comme point de repère pertinent dans la loi sur l'avortement n'implique la nécessité d'abaisser continuellement l'âge gestationnel jusqu'auquel l'avortement peut être pratiqué, risquant ainsi de réduire la fenêtre du droit à l'avortement pour les femmes à mesure que la science progresse (Askola, 2018 ; Rhoden, 1986 ; Victorian Law Reform Commission, 2008). D'autres sources estiment que la technologie médicale permettant de maintenir en vie les fœtus prématurés n'aura ou ne devrait pas nécessairement avoir d'impact sur les politiques régulant l'avortement. L'impact potentiel dépend en effet également de notre compréhension de la "viabilité" et de la mesure dans laquelle elle exclut ou non le recours à des systèmes de machinerie médico-technologiques de grande envergure. Après tout, les moyens techniques externes n'augmentent pas la capacité de survie inhérente de l'embryon ou du fœtus concerné, mais aident simplement à prolonger le développement du fœtus. Néanmoins, il semble qu'au moins un type de support médico-technologique soit déjà considéré aujourd'hui comme influençant ou abaissant la "limite de viabilité fœtale" (par exemple, la couveuse).

4.1.4.3 Pertinence potentielle de la viabilité dans la pratique de l'avortement pour raisons médicales

Si certains pays restreignent l'avortement pour des raisons non médicales sur la base de la viabilité fœtale comme limite éthique, ce raisonnement n'est pas nécessairement appliqué à l'avortement pour motif médical (comme dans le cas des Pays-Bas et du Royaume-Uni - voir à ce sujet la section 4.2.3).

La question de la viabilité du fœtus a également été discutée dans une perspective pratique dans le cadre du groupe de travail 2. Dans la loi IVG, ni la viabilité abstraite

⁸⁷ Notre traduction.

ni la viabilité concrète comme seuils ne restreignent l'accès à l'avortement pour les affections médicales graves. Dans les propositions des membres du groupe de travail et du Comité scientifique, la limite de viabilité abstraite a été considérée comme non déterminante lorsqu'il s'agit de caractériser l'acceptabilité de l'avortement pour des anomalies fœtales particulièrement graves et incurables. Le Comité a observé, de la part de la profession médicale et de la part de membres du Comité scientifique, un niveau d'adhésion élevé concernant le maintien de la possibilité de pratiquer une interruption de grossesse après la limite de viabilité de 22-24 semaines dans de telles conditions médicales. Dans le même ordre d'idées, une étude belge indique des niveaux élevés d'acceptation de l'interruption tardive de grossesse parmi les professionnels de la santé concernés, tant pour les affections fœtales létales (100 % d'adhésion) que pour les affections fœtales graves (mais non létales) (95,6 %) (Roets *et al.*, 2021). Les niveaux de soutien sont plus faibles pour l'interruption de grossesse après viabilité lorsque le fœtus est en bonne santé, mais que la femme enceinte est confrontée à des problèmes psychologiques (19,8 %) ou socio-économiques (13,2 %) (Roets *et al.*, 2021). Sans remettre en question l'acceptation de l'avortement post-viabilité dans le cas d'affections médicales particulièrement graves, certains professionnels de la santé entendus ont suggéré que le traitement différent de fœtus de même âge gestationnel (ceux en soins intensifs néonataux recevant une intervention pédiatrique importante vs ceux soumis à une interruption médicale de grossesse) peut représenter à leurs yeux un défi psychologique. D'autres ont estimé que les deux contextes étaient totalement détachés l'un de l'autre en raison de l'état de santé distinct des fœtus concernés. Les contributeurs des groupes de travail ont mentionné l'approche du seuil de viabilité comme nécessitant une procédure technique différente pour l'interruption de grossesse pour raison médicale. Ces contributions font référence à la procédure décrite précédemment, à savoir le fœticide avant l'induction médicale de l'avortement, de manière à empêcher une naissance vivante et une survie potentielle.

En outre, il est considéré que la viabilité *in concreto* (soit la capacité individuelle d'un fœtus particulier à survivre hors du corps de la femme compte tenu de ses caractéristiques) joue un rôle dans le choix de la procédure. Si un fœtus n'est pas considéré comme viable en raison des anomalies létales qui l'affectent, les patientes ont dans certains cas la possibilité soit d'interrompre la grossesse prématurément, soit de poursuivre la grossesse et d'anticiper la naissance et la mort spontanée qui en résulte pendant ou peu après la naissance. Cette dernière option n'est néanmoins pas envisageable si le fœtus est considéré comme capable de survivre (à long terme) - bien qu'il soit atteint d'une anomalie particulièrement grave et incurable. Une intervention de fin de vie active pour un enfant affecté par une atteinte grave après la naissance n'est pas légalement possible en Belgique (les Pays-Bas sont en revanche un exemple de pays où les décisions de fin de vie concernant les nouveau-nés ont été légalisées, voir "Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen", 2015)⁸⁸.

⁸⁸ Aux Pays-Bas, une telle intervention requiert notamment "des souffrances désespérées et insupportables pour le nouveau-né".

Enfin, la viabilité du fœtus joue un rôle plus important dans les décisions d'interruption de grossesse en cas de péril grave pour la santé de la femme enceinte. Dans ce cas de figure, les patientes atteintes elles-mêmes d'une affection grave sont généralement porteuses d'une grossesse désirée ; elles peuvent alors demander pour un fœtus viable un déclenchement prématuré du travail suivi d'une trajectoire de soins intensifs néonataux pour maintenir l'état de l'enfant. Dans la pratique médicale, ce sont principalement le niveau de prématurité anticipé, les risques de santé pour l'enfant à naître associés à la prématurité et les souhaits de la patiente/du couple à ces égards qui influencent ces décisions complexes.

4.1.5 Avortement sélectif sur la base du sexe

Le Comité scientifique a été invité à réfléchir aux demandes d'avortement sélectif en fonction du sexe et aux conséquences potentielles d'une interdiction légale de ce type spécifique d'avortement sélectif.

Dans l'ensemble, les membres de ce Comité considèrent que si les demandes d'avortement fondées sur le sexe du fœtus peuvent exister, elles demeurent rares. Par exemple, le rapport 2016-2017 de la Commission Nationale d'Évaluation indique que deux demandes fondées sur le sexe ont été adressées à des centres du planning familial, mais qu'elles ont été rejetées (voir p. 63 du rapport 2016-2017). Un hôpital a également rapporté avoir reçu des demandes d'avortement basées sur le sexe du fœtus sans mentionner la fréquence, mais a rejeté ou a réorienté ces patientes (p. 74 du rapport 2016-2017). Le Comité scientifique observe une difficulté générale à recueillir des données au sujet des demandes d'avortements sélectifs en fonction du sexe et de leur éventuelle pratique, puisque le rapportage de ces motifs repose sur la transparence des déclarations des demandeurs et demandeuses ou des praticiens. En outre, la Commission nationale d'évaluation ne recueille essentiellement des données que sur les interruptions de grossesse pratiquées, et non sur les demandes demandées, mais rejetées.

La question de la sélection liée au sexe est apparue dans les débats parlementaires sur une éventuelle prolongation du délai pour avorter (De Meyer et De Mulder, 2021, 17-19). Y était exprimée une inquiétude à été quant au fait que de tels avortements pourraient être pratiqués plus facilement en cas de prolongation du délai. Bien que cette inquiétude puisse être légitime, le Comité scientifique souligne que la loi IVG autorise actuellement l'avortement sur demande sans exiger de justification spécifique de la personne qui le réclame. Étant donné que l'obtention des résultats de NIPT peut déjà intervenir dès la 11e ou 12e semaine d'aménorrhée (soit 9 à 10 semaines post-conception), un avortement au-delà de la date de détection du sexe est donc déjà une possibilité dans la situation actuelle, et, dès lors, une sélection en fonction du sexe ne peut pas être exclue. L'option est donc théoriquement disponible, indépendamment d'un délai d'avortement prolongé.

En ce qui concerne une possible interdiction légale des avortements en fonction du sexe, le Comité scientifique attire l'attention sur l'avis du Conseil d'État (avis n° 67.112/AV, 19 juin 2020). Le Conseil d'État a été consulté sur deux propositions de loi : 1) un amendement interdisant l'avortement pour raison de sexe (sauf en cas de motif médical) et 2) un amendement interdisant le partage d'information concernant le sexe du fœtus avant le délai (prolongé) d'interruption volontaire de grossesse, sauf pour raison médicale. Le Conseil d'État a considéré que, bien que ces amendements restreignent le droit des femmes à l'autodétermination et à la vie privée, ces restrictions peuvent néanmoins être considérées comme proportionnées et légitimes. L'interdiction de partager des informations concernant le sexe du fœtus avant la limite de l'avortement a soulevé davantage de questions de la part du Conseil d'État en termes de proportionnalité, car elle s'appliquerait à tous les futurs parents. Cependant, comme la mesure ne concernerait qu'une certaine période de la grossesse, elle a finalement été considérée comme proportionnelle par le Conseil d'État.

Néanmoins, certains membres du Comité scientifique relèvent des aspects et des conséquences potentiellement problématiques de ces interdictions légales. L'un de ces aspects problématiques est lié au fait que de telles interdictions légales reposent sur l'identification et la mise en cause des motivations des femmes à avorter, alors que la réforme de la loi de 2018 visait précisément à supprimer toute forme de jugement face à ces motivations, en éliminant la « situation de détresse ». Bien que ces propositions ciblent spécifiquement la question du sexe, ces amendements pourraient ouvrir un débat sur toutes les raisons plus ou moins légitimes pour justifier un avortement (voir aussi l'analyse éthique pertinente de Greasley à ce sujet, 2017, 225-235). C'est au législateur de se demander s'il juge approprié et nécessaire de développer une ou plusieurs exceptions au principe selon lequel la demande d'une femme à avorter sans fournir de justification suffit. Un second problème identifié est que ces amendements légaux répondent à des situations rares dans la réalité de la pratique. Le Comité scientifique considère qu'interdire l'avortement sélectif en fonction du sexe ne peut être qu'une mesure symbolique, puisque les prestataires dépendent des déclarations faites par les femmes quant au motif de leur demande d'avortement. En fait, certains prestataires craignent qu'une interdiction explicite de toute interruption de grossesse liée au sexe empêche les femmes de parler ouvertement d'une situation personnelle qui les amène à demander un avortement pour cette raison, et ainsi à maintenir sous les radars les motifs d'avortement dus au sexe.

Une interdiction de communiquer les informations concernant le sexe du fœtus peut avoir un impact potentiel sur la réduction des avortements motivés par le sexe. Cependant, selon les membres du Comité scientifique, l'impact de cette mesure sur tous les futurs parents, y compris ceux qui n'envisagent pas de recourir à une interruption de grossesse, ne doit pas être pris à la légère. Selon certains, une connotation positive de cette modification juridique est qu'elle diminue l'attribution d'importance au sexe (féminin/masculin) dans une société où la notion de genre gagne en importance. Néanmoins, certains membres du groupe de travail et du Comité trouvent cette mesure quelque peu paternaliste envers les futurs parents.

Plusieurs membres du groupe de travail et du Comité considèrent que l'avortement sélectif en fonction du sexe n'est pas un problème d'une ampleur telle qu'il faille prévoir des interdictions légales spécifiques en l'état. Le Comité scientifique est favorable à des mesures positives visant à réduire les stéréotypes pesant sur les femmes et les filles et à renforcer l'égalité de sexe et de genre en général. Si le législateur devait considérer appropriées des interdictions spécifiques pour lutter contre l'avortement sélectif en fonction du sexe, il faudrait que celles-ci soient motivées de manière adéquate en termes de nécessité, de légitimité et de proportionnalité.

4.2 Typologie des arguments influençant les législations sur l'avortement

Lorsqu'apparaît la nécessité de réglementer l'avortement, le législateur doit généralement fonder ses décisions en fonction de différentes conceptions et cadrages de l'avortement, mais aussi de différents types d'arguments et de justifications. Ces arguments, qui peuvent reposer aussi bien sur des conceptions morales, voire religieuses, que sur des notions médicales, des conceptions de la justice sociale et de la santé publique, façonnent non seulement les débats de société, mais aussi le cadre légal qui en découle. Il apparaît donc nécessaire d'identifier et d'interroger ces conceptions sous-jacentes – et souvent tacites – du rôle de l'État, et de la santé publique ainsi que de la sexualité, des rôles de genre, de la famille, de la vie prénatale, de la natalité et de la maternité.

Le dilemme éthique qui existe entre le statut moral du fœtus (indépendamment de son statut légal) et l'autonomie des femmes sur leur propre corps est au centre de la question de l'avortement : tout positionnement éthique sur l'avortement réside dans la recherche d'un équilibre entre ces deux valeurs centrales. Concernant la pratique de l'avortement, c'est la dimension de santé publique qui apparaît comme un paramètre essentiel, en raison de l'impact des avortements clandestins (réalisés dans de mauvaises conditions) sur la mortalité et la morbidité maternelles, mais aussi en raison de ce qui est considéré comme le rôle de l'État en termes d'équité d'accès aux droits reproductifs et aux politiques de prévention.

Ces arguments sont centraux, non seulement pour toute forme de réglementation de l'avortement, mais aussi pour la détermination d'un âge gestationnel maximal auquel l'avortement est autorisé. Ainsi, si l'avortement à la demande n'est pas légal partout, la plupart des pays autorisent l'avortement pour autant qu'il soit justifié par des motifs spécifiques, eux-mêmes souvent associés à une limite d'âge gestationnel. Globalement, les trois motifs les plus couramment cités dans les cadres légaux sont les suivants :

- Avortement volontaire à la demande (qui est souvent motivé par une raison psycho-sociale, mais repose sur la décision de la femme enceinte).
- Grossesse résultant de circonstances considérées comme extrêmes (par exemple résultant d'un viol, d'un inceste ou, plus rarement dans certains pays, de la maladie ou du décès du géniteur masculin l'empêchant d'exercer sa parentalité).
- Grossesse présentant un risque médical soit pour la femme enceinte, soit pour le fœtus, ou affectant la vie, la souffrance ou la qualité de vie du futur enfant à naître.

Le présent chapitre se concentre sur l'avortement à la demande, défini comme une interruption de grossesse demandée par la personne enceinte et pour laquelle aucune motivation ou justification spécifique n'est requise. Dans plusieurs pays, le cadre légal peut imbriquer ces trois situations (avortement à la demande, résultant

de circonstances extrêmes ou pour des raisons médicales), alors que dans d'autres, elles font l'objet de dispositions légales séparées. Étant donné que le cadre légal belge – à partir duquel et vers lequel s'oriente la présente réflexion – affiche une distinction claire entre l'avortement à la demande et l'avortement pour raisons médicales, les arguments présentés ici sont ceux relatifs à l'interruption volontaire de grossesse à la demande.

4.2.1 Argument relatif à la valeur absolue de la vie du fœtus

Trouvant son origine dans une conception philosophique ou morale qui valorise la vie embryonnaire/fœtale dès son apparition aux premiers stades de la conception, cet argument peut être soit intégral et conduire à une interdiction stricte de l'avortement, soit être mis en balance avec d'autres considérations (voir section 4.2.2. Argument relatif à la valeur des deux vies (fœtus et femme enceinte)). Le Comité consultatif de bioéthique exprime lui aussi une distinction de cet ordre : le Comité de bioéthique décrit entre autres une position "fixiste" qui consiste à considérer que la conception est le critère radical définissant l'embryon comme une personne (Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 2002). Bien qu'elle puisse être pondérée par d'autres considérations, cette position accorde une valeur symbolique majeure à la vie embryonnaire ou fœtale. À partir de là, certaines législations considèrent l'avortement comme un "moindre mal" qui peut être autorisé et réglementé, mais qui doit, d'une certaine manière, être évité dans la mesure du possible. Selon Minkenberg, les législations qui mettent l'accent sur la vie du fœtus au détriment d'autres considérations sociales ou médicales sont souvent issues de pays dans lesquels la séparation entre l'Église et l'État est faible, voire inexistante (Minkenberg, 2003).

4.2.1.1 Position absolue : aucune atteinte intentionnelle à la vie du fœtus

Dans cette position la plus radicale, l'embryon ou le fœtus est considéré comme une personne dès le moment de la fécondation. Cette position peut être interprétée comme radicale dans la mesure où la valeur morale attribuée à la vie du fœtus surpasse la valeur morale attribuée à la vie de la femme enceinte. C'est à partir de cette position que certains activistes plaident pour les "droits du fœtus".

Exemple : Au Nicaragua et au Salvador, l'avortement est interdit dans tous les cas, même si la grossesse met en danger la femme enceinte (Boland, 2010). Malgré les récentes mobilisations féministes, aucune révision de la loi n'est en vue dans ces pays⁸⁹.

⁸⁹ Droit à l'avortement : dans quels pays est-il interdit, restreint ou menacé? *Le Monde.fr* [Internet] 2022; Available from: https://www.lemonde.fr/international/article/2022/06/24/droit-a-l-avortement-dans-quels-pays-est-il-interdit-restreint-ou-menace_6131918_3210.html.

4.2.1.2 Valeur de la vie au regard des circonstances de la conception

La plupart des législations présentant une conception radicale de la valeur de la vie fœtale considèrent cependant qu'il peut être mis fin à la vie du fœtus dans le cas de circonstances dramatiques entachant la conception, comme dans les cas de viol et d'inceste.

Les pays qui appliquent un tel raisonnement dans la législation exigent généralement qu'ait été déposée une plainte formelle, ou de présenter une autorisation judiciaire ou une déclaration médicale pour que l'avortement soit considéré comme légal. Étant donné les nombreux obstacles pour obtenir ces documents et preuves et qui rendent difficile la mise en œuvre d'un accès à l'avortement par cette voie (Guillaume et Rossier, 2018), il est possible d'affirmer que la position absolue sur la valeur de la vie fœtale décrite ci-dessus et la position qui la met en balance avec les circonstances exceptionnelles de la conception sont en pratique similaires.

4.2.2 Argument relatif à la valeur des deux vies (fœtus et femme enceinte)

Selon cette position, une valeur importante est attachée à la vie du fœtus, mais elle doit être mise en balance avec la vie ou la qualité de vie de la femme enceinte sous plusieurs aspects. Les lois qui reposent sur ce type d'arguments sont considérées comme répondant à l'« *indication model* » dans lequel l'avortement reste criminalisé ou considéré comme à éviter, mais autorisé dans certaines circonstances spécifiques ou exceptionnelles (Minkenberg, 2003).

4.2.2.1 Avortement autorisé en cas de danger pour la vie de la femme enceinte

C'est la disposition la plus courante dans les réglementations relatives à l'avortement : presque tous les pays, même ceux dont l'accès à l'avortement est très restrictif, autorisent l'avortement si la vie de femme enceinte est menacée (Boland, 2010). Certaines législations autorisent l'avortement en cas de risque mortel uniquement jusqu'à un âge gestationnel spécifique (par exemple 12 semaines post-conception ou aménorrhée), alors que dans la plupart des législations, il n'y a pas de limite maximale de l'âge gestationnel dans ces cas.

Exemple : En Irlande, le 8e amendement à la Constitution irlandaise voté en 1983 (et aboli en 2018) (De Meyer, 2020b) établit l'égalité des droits entre le fœtus à naître et la femme enceinte, ce qui a pour conséquence d'interdire l'avortement dans tous les cas, sauf si la vie de la femme enceinte est mise en danger par la grossesse (Carnegie et Roth, 2019).

4.2.2.2 Avortement autorisé en cas de danger pour la santé de la femme enceinte

Le raisonnement est similaire, mais étendu à la santé de la femme enceinte, y compris à sa santé mentale dans certains cas. Ce type de législation présente souvent des ambiguïtés quant à ce qui doit être considéré comme un risque/une affection (Boland, 2010).

Exemple : En 2020, la Cour constitutionnelle polonaise a rendu une décision qui impacte la loi existante autorisant l'avortement en cas de viol, d'inceste, de risques pour la vie et la santé de la femme enceinte et de risques pour le fœtus. Cette décision considère que l'exception prévue en cas de risques fœtaux est inconstitutionnelle, rendant ainsi l'avortement légal uniquement si la grossesse est le fruit d'actes criminels, ou présente des risques pour la vie ou la santé de la femme enceinte, mais n'inclut plus les malformations graves ou les déficiences fœtales⁹⁰. A titre d'exemple, c'est dans le climat d'ambiguïté amené par cette restriction législative qu'une femme enceinte de 22 semaines est décédée en 2021 des suites d'un choc septique en raison de la non-intervention des médecins⁹¹.

4.2.2.3 Avortement autorisé si la grossesse est préjudiciable à la femme enceinte pour des raisons sociales

Ce raisonnement découle généralement de l'exception sanitaire précédente : dans de nombreux cas, les considérations relatives à la santé physique et mentale de la femme enceinte ont conduit à prendre également en compte le préjudice social induit par une grossesse non désirée. Cette approche met en balance non seulement la vie elle-même, mais aussi la qualité de vie de la femme enceinte et de l'enfant à naître (Minkenberg, 2003). Selon ce raisonnement, non seulement la santé générale des individus, mais aussi les conditions de vie font partie des préoccupations de santé publique relevant de la responsabilité de l'État. Une telle évolution de la réglementation de l'avortement est plus courante dans les pays défendant une approche de type État providence (Linders, 1998).

De telles trajectoires dans l'élaboration des lois conduisent à ce que l'on appelle des lois reposant sur le « *distress model* » (Minkenberg, 2003) : l'avortement est accordé sur la base d'une situation exceptionnelle, et est considéré comme un moindre mal. Cette position à l'égard de l'avortement est qualifiée de « modérément libérale ». Dans ce contexte, l'État décide de réglementer l'avortement en raison de sa responsabilité en matière de protection de la santé et de bien-être social, ainsi que par commisération envers les femmes subissant des grossesses non désirées et envers les conséquences sociales, financières et sanitaires qui en découlent. Par conséquent, l'avortement est subordonné, non seulement à un état dit « de détresse », mais souvent aussi à l'évaluation de cet état par des professionnels médico-psycho-sociaux. Ce type de lois est souvent assorti d'exigences d'accompagnement psycho-social préalable à l'avortement, de délais d'attente et d'une approbation de l'acte par des professionnels de la santé.

⁹⁰ Voir : arrêt de la Cour constitutionnelle polonaise du 22 octobre 2020, réf. n° K 1/20 <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/175>

⁹¹ Wanat Z, Martuscelli C. Pregnant woman's death renews abortion ban controversy in Poland. POLITICO [Internet] 2021; Available from: <https://www.politico.eu/article/poland-abortion-health-care-pszczyna-barbara-nowacka-pis-european-parliament-sylwia-spurek/> Bien que les médecins aient considéré agir en vertu de la loi, ceux-ci ont été condamnés courant 2022. Tilles D. Doctors charged over death of pregnant woman that sparked protests against abortion law. Notes From Poland [Internet] 2022; Available from: <https://notesfrompoland.com/2022/09/07/doctors-charged-over-death-of-pregnant-woman-that-sparked-protests-against-abortion-law/>

Exemple : en Belgique, il est possible de considérer la mention de l'état de détresse dans la loi de 1990 comme un compromis visant à satisfaire les deux positions principales existant dans le débat sur l'avortement, la première considérant l'avortement avant tout comme une question de santé publique et la seconde souhaitant le maintenir comme une situation exceptionnelle (audition d'experts : Bérengère Marques-Pereira).

4.2.3 Logique de la valeur graduelle de la vie fœtale

Les arguments mettant en balance les vies fœtale et maternelle incluent souvent une conception de la vie embryonnaire ou fœtale acquérant une valeur graduelle au fil de la gestation (ce qui se distingue des positions les plus absolues comme celle affirmant la valeur absolue de la vie dès la conception). Le Comité consultatif de bioéthique a qualifié ce type de raisonnement d'« approche gradualiste », selon laquelle le statut éthique de l'embryon ou du fœtus évolue dans le temps (Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 2002). Par conséquent, la grande majorité des législations réglementant l'avortement dans des conditions plus ou moins restrictives incluent également des considérations et des limitations concernant l'âge gestationnel maximal auquel l'avortement devrait avoir lieu, dans une logique que l'on peut appeler le « *period model* » (Minkenberg, 2003).

La considération d'une valeur graduelle de la vie fœtale va généralement de pair avec des considérations médicales concernant les étapes de développement du fœtus et les techniques d'avortement correspondantes. Les législations prévoyant une réglementation de l'âge gestationnel combinent donc fréquemment des conceptions philosophiques sur la vie fœtale et une attention quant aux contraintes et connaissances médico-techniques. Il convient également de souligner que, si certains législateurs justifient leur décision en termes de limite d'âge gestationnel par un raisonnement argumenté (que ce soit dans la loi ou dans les travaux préparatoires), une telle limite semble être devenue une convention tacite dans de nombreuses législations et n'est souvent pas davantage motivée.

4.2.3.1 Seuil du premier trimestre

Un nombre important de pays, parmi lesquels la Belgique, qui connaissent une réglementation du droit à l'avortement ont choisi de définir une limite d'âge gestationnel de 12 semaines de grossesse pour l'avortement volontaire. Douze semaines correspondent au premier trimestre de grossesse et peuvent de la sorte être considérées comme un jalon dans la chronologie de la grossesse. Toutefois, ce point de référence doit être discuté au-delà des seuls aspects arbitraires du fractionnement de la durée de la grossesse.

Le célèbre arrêt *Roe v. Wade*, formulé par la Cour suprême des États-Unis en 1973 (et depuis lors révoqué), établit que l'avortement doit être autorisé sur la base d'un cadre trimestriel : au cours du premier trimestre de gestation, la décision d'avorter est laissée à l'appréciation médicale du médecin traitant de la femme enceinte ; au cours

du deuxième trimestre, l'État peut adopter des restrictions à l'avortement à condition qu'elles soient raisonnablement liées à la santé de la femme enceinte ; au cours du troisième trimestre, l'avortement peut être interdit par les États, ce trimestre de la grossesse étant associé à la viabilité fœtale (à l'exception des cas de risques pour la santé de la femme enceinte)⁹². Le principal argument à l'appui de cette décision était que l'avortement jusqu'à la douzième semaine était associé, avec les techniques abortives disponibles à l'époque, à un taux de mortalité plus faible que l'accouchement (Rhoden, 1986). L'arrêt *Planned Parenthood v. Casey* de 1992 a supprimé le point de référence du premier trimestre pour ne conserver que le seuil de viabilité comme limite de l'âge gestationnel pour l'obtention d'un avortement (Beck, 2011). Or, pendant plusieurs décennies, le délai de 12 semaines est resté un repère important dans l'élaboration des lois relatives à l'avortement, pour un ensemble de raisons qui semblent entremêler notions médicales et jurisprudence internationale.

En même temps que l'apparition progressive de la légalisation et de la réglementation de l'avortement, plusieurs pays ont opté pour un modèle basé sur un cadre trimestriel, qui mentionne le délai de 12 semaines comme l'un des deux seuils pertinents pour réguler l'avortement (un autre seuil principal étant la viabilité), une tendance que certains auteurs attribuent à l'influence de l'arrêt *Roe v. Wade* (Erdman, 2017). L'influence de la notion d'avortement jusqu'aux 12 premières semaines de grossesse s'avère en effet relativement importante. Premièrement, cette même limite a été adoptée assez largement en matière de régulation de l'âge gestationnel pour la pratique de l'avortement, puisque de nombreux pays européens fixent à 12 semaines de grossesse cet âge maximal. Néanmoins, il est intéressant de noter que dans certains pays, cette limite est comptée en semaines post-conception tandis que dans d'autres, elle l'est en semaines d'aménorrhée, ce qui équivaut de facto à une différence de deux semaines, malgré la prééminence du chiffre 12 dans les législations.

Exemple : La loi irlandaise de 2018 stipule que l'avortement est désormais légal (sous conditions) jusqu'à 12 semaines de grossesse. Cependant, dans ce cas, les 12 semaines ne font pas référence au premier trimestre après conception, mais à une période plus courte. En effet, comme l'explique le texte, "12 semaines de grossesse doivent être interprétées conformément au principe médical selon lequel la grossesse est généralement datée du premier jour des dernières règles d'une femme."⁹³ - ce qui signifie que l'avortement est en réalité autorisé jusqu'à un âge gestationnel de 10 semaines post-conception (12 SA) (Carnegie et Roth, 2019).

Deuxièmement, ce choix d'un seuil de 12 semaines est parfois utilisé sans argumentation ad hoc, même dans les législations les plus récentes, et ce, malgré les avancées médicales et techniques enregistrées dans le domaine de l'avortement. L'exemple irlandais démontre que le seuil de 12 semaines est souvent plus conventionnel et symbolique que représentatif d'une logique objective universelle.

⁹² <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/#163%E2%80%9366>

⁹³ Notre traduction.

Les repères temporels en matière d'âge gestationnel maximal et leur utilisation dans la réglementation de l'avortement reposent sur une combinaison de perceptions juridiques, techniques, médicales et sociales de l'âge gestationnel et du développement fœtal. Ainsi, lorsque la profession médicale fait la distinction entre le premier et le deuxième trimestre de la grossesse, ce n'est pas seulement pour des raisons pratiques, ni uniquement pour témoigner du développement du fœtus, mais c'est aussi en considération des taux de fausses couches spontanées à ces différents stades de la grossesse. On estime que 15 % des grossesses identifiées se terminent par une fausse couche spontanée au cours du premier trimestre (Cohain *et al.*, 2017) tandis qu'environ 80 % des fausses couches surviennent au cours du premier trimestre (Dugas et Slane, 2022). Il convient également de noter qu'un nombre élevé de grossesses se terminent spontanément avant même que la grossesse ne puisse être identifiée - avec des chiffres estimés entre 40 et 75 % de mort embryonnaire survenant avant et pendant l'implantation (Jarvis, 2017). Le risque de fausse couche spontanée diminue significativement après les 12 premières semaines de grossesse. En phase avec ces données médicales, la fin du premier trimestre est par conséquent le moment où une grossesse (planifiée) devient socialement reconnue et annoncée, mettant fin à une période d'incertitude (Purcell *et al.*, 2017). À cela, on peut ajouter que la pratique plus récente du test NIPT à partir de la 12^e semaine de grossesse (SA) met un accent supplémentaire sur ce seuil. Le repère de 12 semaines se trouve ainsi associé au moment où la grossesse passe d'un état intime à un état qui peut être socialement reconnu. Bien que ce motif ne soit pas mentionné dans les textes légaux ni dans les débats, il doit être considéré comme une influence potentielle pesant sur le repère des 12 semaines⁹⁴.

4.2.3.2 Seuil de viabilité fœtale

Dans le contexte de réglementations de l'avortement sur la base de modèles liés à l'âge gestationnel, un autre point de référence possible, mais controversé est celui de la viabilité du fœtus (ce point est plus longuement détaillé dans ses implications éthiques et médicales au chapitre 4.1.4.). Bien qu'il n'existe pas de consensus absolu et que la définition de la viabilité reste mouvante, il semble que l'on puisse parler de viabilité à partir d'environ 21-22 semaines post-conception.

Parmi les arguments en faveur de la viabilité du fœtus comme point de référence pour l'avortement, il y a l'idée que, puisque le fœtus pourrait potentiellement être mis au monde et survivre *ex utero*, il pourrait par conséquent acquérir juridiquement un statut civil ou moral et les protections afférentes (Guillaume & Rossier, 2018 ; Victorian Law Reform Commission, 2008). Or, le débat doit aussi faire état d'une part, de la dépendance de la notion de viabilité vis-à-vis de l'état des connaissances médicales et technologiques, toujours susceptibles d'évoluer (Rhoden, 1986; Askola, 2018) et d'autre part de la notion de viabilité comme référant à une probabilité abstraite (Ecker *et al.*, 2017; Erdman, 2017).

⁹⁴ On peut également noter que certains auteurs font encore référence à la 12^e semaine de la grossesse comme étant le moment à partir duquel l'embryon devient un fœtus (Requejo, 2011 ; Marta, 2020). Bien que cette notion ne soit plus correcte (il est admis que la phase embryonnaire se termine à la fin de la 8^e semaine de grossesse PC (10 SA), il est probable que cette notion dépassée puisse encore avoir une influence dans les décisions législatives.

La viabilité fœtale peut néanmoins être utilisée de manière adéquate pour ce qu'elle est : un repère basé sur des nécessités techniques et médicales, fournissant un support éthique pour équilibrer des notions telles que l'autonomie corporelle des femmes et la valeur graduelle accordée à la vie fœtale.

Exemple : Aux Pays-Bas, bien que la loi sur l'avortement autorise la procédure d'avortement à la demande, l'article 82a du code pénal interdit de provoquer la mort d'un fœtus dont on peut raisonnablement penser qu'il restera en vie en dehors du corps de la femme enceinte. La loi considère la viabilité dans le contexte de l'avortement comme une hypothèse fictive qui ne se produira jamais, mais qui contribue néanmoins à établir une limite. Dans le domaine des soins néonataux extrêmes également, il est reconnu que les situations sont en fait différentes et que les attentes placées dans la grossesse dans le cas d'une naissance prématurée extrême et d'un avortement au cours du deuxième trimestre ont très peu en commun. Selon un rapport d'évaluation national de la loi néerlandaise (ZonMw, 2020), cette distinction est bien reconnue à la fois par le grand public et par les professionnels de la santé. La conclusion du rapport mentionne que "Ainsi, la "limite de l'avortement" et la "limite du traitement" se rencontrent, mais ne se chevauchent pas. En raison de ce dernier point, il n'y a aucune raison d'opérationnaliser la limite de viabilité différemment des 24 semaines actuelles.(...) En bref, il s'agit de groupes différents au sujet desquels des décisions différentes sont prises." (ZonMw, 2020)⁹⁵. Les auteurs recommandent de conserver le délai de 24 semaines (SA) (22 semaines post-conception), mais aussi de distendre tout lien entre les soins néonataux et les soins d'avortement. Le repère partagé n'est qu'une indication, mais ne met pas à égalité les enjeux éthiques. Les auteurs recommandent également de déplacer le délai de 24 semaines (SA) du code pénal vers la loi sur l'avortement elle-même, en tant que ligne directrice pour la pratique plutôt qu'en tant que limite pénale. Il convient également de noter qu'en dépit de la loi autorisant l'avortement jusqu'à 22 semaines post-conception (24 SA), les cliniques d'avortement ne pratiquent généralement l'avortement que jusqu'à 20 semaines et 2 jours post-conception (ou 22 semaines et 2 jours d'aménorrhée), afin de considérer la possibilité d'une marge d'erreur dans l'âge estimé de la grossesse. Malgré l'utilisation de la viabilité dans la législation néerlandaise sur l'avortement, il convient de rappeler que la viabilité n'est pas utilisée comme principe limitatif aux Pays-Bas lorsqu'il s'agit d'envisager un avortement après le diagnostic d'anomalies fœtales létales et particulièrement graves⁹⁶.

⁹⁵ Notre traduction.

⁹⁶ Règlement du ministre de la Sécurité et de la Justice et du ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports du 11 décembre 2015, référence 885614-145412-PG, portant création d'un comité d'examen des cas signalés d'interruption tardive de grossesse et d'interruption de vie chez les nouveau-nés.

Exemple : En Grande-Bretagne, la loi sur l'avortement de 1967 autorisait l'avortement dans certaines conditions jusqu'à 26 semaines (post-conception). En 1990, cependant, la loi sur la fécondation humaine et l'embryologie a modifié la loi principale en ramenant la limite de l'âge gestationnel de 26 semaines à 22 semaines post-conception (24 SA). Cet amendement a été motivé par la compréhension scientifique plus récente de la viabilité du fœtus. (Great Britain: Parliament: House of Commons: Science and Technology Committee, 2007).

4.2.3.3 Seuils liés au développement de la conscience et de la perception de la douleur par le fœtus

Une des raisons qui amène à considérer une valeur croissante pour la vie du fœtus au fur et à mesure de son développement est liée à l'évolution progressive de ses caractéristiques corporelles. À mesure que croissent ses organes et son activité sensorielle, le fœtus devient progressivement plus sensible et potentiellement autonome, et, par conséquent, davantage considéré comme plus proche d'une personne. Le moment à partir duquel le fœtus peut exercer une forme de conscience et ressentir de la douleur est considéré par certains législateurs comme le seuil à partir duquel l'accès à l'avortement devrait être restreint. Ces considérations sont éthiquement et logiquement proches de deux arguments principaux : l'un sur la viabilité du fœtus (examiné ci-dessus), l'autre sur la capacité du fœtus de ressentir la douleur et exercer une forme de conscience - tous deux reposant sur des données scientifiques concernant le développement du fœtus et établissent leur point de référence autour d'une période similaire.

Les données scientifiques tendent à la conclusion que les principaux éléments du système sensoriel du fœtus ne sont pas matures avant 22 à 26 semaines de gestation post-conception et que la douleur n'est pas ressentie consciemment avant cet âge gestationnel (voir point 4.1.3.). Toutefois, comme développé au point 4.1.3, l'absence durable de consensus sur le seuil de perception de la douleur fœtale signifie que les initiatives législatives qui s'appuient sur cet argument appliquent souvent des limites gestationnelles différentes.

Sur la base d'un raisonnement similaire, un certain nombre d'États américains ont tenté d'introduire des interdictions quasi totales de l'avortement. Par exemple, en 2010, le Nebraska a adopté une interdiction de l'avortement à 20 semaines, compte tenu des preuves scientifiques suggérant la capacité des fœtus de plus de 20 semaines à ressentir la douleur (Robertson 2011). S'appuyant sur des preuves scientifiques controversées, les groupes anti-avortement du Mississippi se battent quant à eux pour interdire l'avortement en considérant que les fœtus ressentent la douleur dès 12 semaines (Thill, 2022) ce qui a été minutieusement critiqué dans une lettre signée par un certain nombre de scientifiques du domaine :

"Les positions de l'État et de ses *amici curiae* sur la "douleur fœtale" ont été rejetées par des organisations médicales de premier plan et sont contredites par des preuves évaluées par les pairs. L'État et ses *amici curiae* soutiennent, premièrement,

que la douleur est possible sans conscience et, deuxièmement, que le cortex n'est pas nécessaire pour que la douleur soit ressentie. Ces points de vue ne sont pas étayés. De manière significative, plusieurs auteurs des études sur lesquelles l'État et ses *amici curiae* s'appuient sont signataires de cette lettre d'*amici curiae*. Ce seul fait informe cette Cour que la position de l'État représente mal le travail de ces experts et de la science. Cette Cour ne devrait pas perturber un précédent établi sur la base d'affirmations non étayées qui contredisent à la fois les preuves scientifiques et le consensus des organisations médicales que cette Cour et d'autres ont toujours considérées comme faisant autorité - la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), et l'U. S. Association for the Study of Pain (USASP) - qui s'accordent tous à dire qu'un fœtus ne peut pas ressentir de douleur avant 24 semaines de gestation⁹⁷ (Society For Maternal-Fetal Medicine *et al.*, 2021).

Le délai de 22 semaines post-conception peut ainsi apparaître comme un point de repère offrant une réponse légale à la préoccupation éthique concernant le critère de l'apparition de la conscience et de la perception sensorielle comme une limite potentielle à la possibilité d'interrompre la grossesse.

Pourtant, ce sujet reste controversé, certains auteurs revendiquant des structures fonctionnelles antérieures, et comme illustré par d'autres législations basées sur la sensibilité du fœtus proposant différents seuils. Cela indique qu'il n'y a pas d'unanimité sur ce sujet, ni d'un point de vue légal et éthique, ni d'un point de vue médical. Ce débat montre également que, tout comme pour l'argument de la viabilité du fœtus, une législation basée sur un état spécifique du développement du fœtus est susceptible d'être fondée sur diverses interprétations, tandis que, au fur et à mesure que la science évolue, l'accès à l'avortement peut s'en trouver modifié.

4.2.4 L'avortement et la question des droits

Défendre l'avortement comme un droit au nom de l'humanité, de la citoyenneté ou de l'autonomie reproductive de la personne enceinte nécessite de comprendre comment la reproduction, l'avortement ou la vie du fœtus sont en jeu dans cette perspective. Les approches respectives en termes de droits reproductifs - comme droits humains ou droits des femmes - ou en termes de droit à la vie fœtale déterminent le recours à des outils ou institutions juridiques spécifiques (au niveau de l'appareil législatif national, ou au niveau d'institutions transnationales avec plus ou moins de pouvoir symbolique ou exécutif.)

D'un point de vue non pas juridique, mais cette fois philosophique, un essai classique de Judith Jarvis Thomson en 1971 tente de débattre de la tension entre le droit à la vie respectivement du fœtus et de la femme enceinte (Thomson, 1971). À travers une série d'arguments éthiques, elle conclut à la prévalence de la femme enceinte en

termes de choix, sur le droit potentiel à la vie du fœtus. Cette conclusion est principalement basée sur les prémisses que la femme est celle qui possède les droits sur ce qui se passe dans son corps - plus exactement sur tout ce qui dépend de ses fonctions corporelles⁹⁸. Même en supposant que le fœtus ait un droit à la vie, selon Thomson, le fœtus ne possède aucun droit à l'utilisation du corps de la femme (et donc aucun droit à la poursuite de la grossesse).

4.2.4.1 Prisme des droits humains

Le cadrage de l'avortement en tant que problématique liée aux droits humains est sujet à débat. D'une part, plusieurs risques sanitaires associés à la grossesse peuvent peser sur la santé, voire la vie, de la femme enceinte. L'accès à un avortement sûr dans de telles circonstances est par conséquent facile à formuler en termes de droits humains (Zampas et Gher, 2008). D'autre part, l'avortement à la demande et/ou pour des raisons socio-économiques n'est toutefois pas considéré comme un droit humain fondamental par les autorités légales supranationales et internationales (par exemple la Cour européenne des droits humains). En revanche, il serait possible de considérer les conséquences d'avortements illégaux dans de mauvaises conditions sanitaires comme relevant de ce champ d'application des droits humains (Cook et Dickens, 2003). C'est également sur le terrain des droits humains que certains militants pro-vie plaident pour le droit à la vie du fœtus, bien qu'aucune instance juridique internationale n'ait encore fait droit à de telles demandes (Cook et Dickens, 2003 ; Zampas et Gher, 2008 ; Marques-Pereira, 2021) (voir aussi le chapitre 3.2. analysant l'avortement au prisme des droits humains). Le discours des droits humains au regard de l'avortement peut donc se trouver orienté selon des objectifs contradictoires, avec au centre du débat, l'idée d'un équilibre entre l'entité du fœtus à naître et celle de la femme enceinte.

4.2.4.2 Prisme des droits des femmes

Si les droits reproductifs font partie des droits humains et peuvent en ce sens être considérés comme universels (sous la forme par exemple d'une éducation sexuelle et reproductive, de la liberté d'exprimer des préférences sexuelles, de l'accès aux services de santé reproductive et du soutien à la parentalité), la grossesse est une capacité uniquement liée au système reproductif féminin et, en tant que telle, peut se voir présentée comme une question de genre plutôt qu'une question à traiter de manière universelle. C'est dans cette perspective que l'on peut développer l'idée de droits reproductifs spécifiques pour les femmes - non pas comme un privilège aux dépens des hommes, mais comme une contrepartie au fait que garantir leur autonomie reproductive spécifique est une condition d'individuation et de citoyenneté, permettant leur plein accès aux droits humains (Marques-Pereira et Raes, 2002).

⁹⁷ Notre traduction.

⁹⁸ Par conséquent, son argument considère logiquement que cette capacité de décider de la vie du fœtus qui se développe *in utero* cesse après la viabilité : si la grossesse devait être interrompue après que le fœtus soit devenu viable, le fœtus vivant et sain aurait le droit de vivre.

Le positionnement de l'individuation comme question centrale découle en effet d'une longue histoire d'instrumentation ou d'exploitation de la capacité reproductive des femmes. La pensée féministe matérialiste a permis à de nombreuses autrices d'établir un parallèle entre les moyens de production et les moyens de reproduction, puisque les deux génèrent de la valeur et que les deux peuvent être appropriés à des fins lucratives (Héritier, 1996 ; Tabet, 2004 ; Rubin, 2010 ; Mathieu, 2013 ; Guillaumin, 2016). À travers ce prisme, ces autrices explorent la manière dont cette capacité de reproduction féminine a été appropriée et exploitée afin de maintenir une filiation patrilinéaire, permettant la conservation de la propriété privée à travers les descendants masculins. Ce système repose sur un contrôle de l'origine de la paternité, incluant une mainmise masculine sur la sexualité féminine. De là, il apparaît qu'une perspective des droits des femmes en matière d'avortement doit donc aller de pair avec une attention à l'autonomie corporelle, sexuelle et reproductive, en réaction à ces rôles assignés de maternité et de sexualité restreinte.

Défendre l'accès à l'autonomie et à l'individuation s'oppose alors à ne considérer les femmes qu'à travers le prisme de la maternité (Mishtal, 2014 ; Erdman, 2017 ; Gijbels et Vanderpelen-Diagre, 2020). Certaines visions culturelles ou religieuses sacralisant la maternité s'opposent, en effet, au droit à l'autonomie corporelle des femmes (Marques-Pereira et Raes, 2002 ; Minkenberg, 2003). Plusieurs exemples à travers l'histoire montrent des exemples de politiques natalistes qui ont lourdement pesé sur l'autonomie corporelle des femmes en interférant avec leur droit de choisir si et quand elles souhaitent être enceintes. (David et Wright, 1971 ; Linders, 1998).

Exemple : En Roumanie, malgré une réglementation originellement permissive vis-à-vis de l'avortement, issue de la révolution bolchevique russe et héritée par l'administration communiste, l'ère Ceaușescu a été marquée par une restriction sévère du droit à l'avortement (entre 1967 et 1990) avec pour objectif l'augmentation du taux de natalité du pays (David et Wright, 1971).

Mentionner les droits reproductifs dans une perspective de genre oblige à mentionner également les droits sexuels : si restreindre l'accès à l'avortement est considérée comme une limitation de l'autonomie corporelle des femmes, elle peut également être considérée comme une manière de sanctionner les femmes pour leur activité sexuelle.

En se concentrant sur l'autonomie corporelle et reproductive, une approche en termes de droits des femmes garantit la possibilité de choix des femmes au regard d'autres contraintes. Si des arguments et des considérations morales puissent peser dans le choix personnel d'avoir ou non recours à l'avortement, le cadrage en termes de droits des femmes amène à considérer les arguments moraux comme relevant d'une sphère différente, qui doit se subordonner à l'exercice des droits individuels.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne peut pas exister de régulations légales et pratiques de ce choix, telles que l'établissement d'une limite d'âge gestationnel (pour des raisons pratiques ou techniques, liées par exemple aux risques et/ou aux tech-

niques disponibles). Dans la pratique, la plupart des législateurs tentent d'équilibrer les considérations des différentes parties en jeu (femme enceinte, fœtus, opinion publique, opinion médicale...) et leurs intérêts respectifs. La détermination d'une limite d'âge gestationnel qui inclut le plus grand nombre possible de demandes d'avortement ou la détermination d'exceptions légitimes, nécessite elle aussi des critères externes, d'ordre éthique notamment. Ces exemples illustrent la difficulté d'une application stricte de la seule perspective des droits des femmes, sans recourir à d'autres considérations, qu'elles soient par exemple philosophiques, morales ou ancrées dans des préoccupations de santé publique.

4.2.5 Approche en termes de santé publique

Dans la plupart des pays européens, l'avortement n'est plus considéré comme une question de vie ou de mort, grâce à un accès généralisé aux "pratiques d'avortement sûres" telles que définies par l'OMS. Le rôle de l'État réside principalement dans la supervision des conditions dans lesquelles l'intervention est pratiquée et, éventuellement, à en réglementer l'accès ou les conditions - parallèlement à des missions d'éducation et de prévention. Ainsi, s'il relève d'une responsabilité en matière de santé publique d'assurer un accès à des soins d'avortement qualitatifs, il incombe également à l'autorité publique la mission éducative de levée du stigmatisme parfois encore attaché à l'avortement : « Stigma is also still attached to abortion in high-income and low-income countries and in countries with liberal and restrictive abortion laws. Because of prevailing stigma, women may prefer secrecy over safety and go to medically unqualified abortionists. In some settings, the number of providers willing to do the procedure is limited by the stigma associated with abortion, thereby obstructing women's access to a safe abortion » (Fathalla, 2020). Ce rôle implique par conséquent de s'interroger notamment sur la stigmatisation potentielle issue des dispositions légales (telles que la criminalisation) – susceptibles de peser sur la liberté et l'autonomie des citoyens. Il nécessite également une vigilance quant aux lacunes potentielles des lois ou à leurs usages inattendus, susceptibles de détourner les dispositions de leurs objectifs initiaux, comme cela a déjà été observé dans plusieurs pays⁹⁹ (Requejo, 2011 ; Avanza, 2022).

4.2.5.1 L'avortement comme méthode de régulation des naissances et de la population

Plusieurs outils de prévention, tels que la contraception ou la diffusion d'informations en matière de santé reproductive peuvent soutenir le rôle de l'État en matière de santé publique concernant la régulation des naissances et la prévention des grossesses non désirées. Or, l'avortement se trouve parfois faire partie de cet arsenal de régulation des naissances. Cet usage extrême de l'avortement s'inscrit historiquement et géographiquement dans le contexte de la politique de l'URSS en matière de santé et de sexualité. Dans les premières années du régime communiste, l'avor-

⁹⁹ Notamment avec les exemples de la précédente loi espagnole sur l'avortement, qui laissait place à une pratique commerciale de l'avortement pour des motifs pseudo-médicaux (Requejo, 2011), ou les lacunes légales trouvées par les militants pro-vie en Italie pour prendre possession des restes des fœtus avortés afin de les enterrer religieusement, sans le consentement des femmes qui ont avorté (Avanza, 2018, 2022).

tement n'a pas seulement été normalisé dans le sillage des politiques de liberté sexuelle ; l'URSS était également pionnière dans le développement de techniques d'avortement (Claro, 2016). En revanche, les méthodes de contraception hormonale ou mécanique n'y étaient guère disponibles (Melani, 2005) et l'avortement a donc durablement été utilisé comme une méthode de régulation des naissances valable (et plutôt sûre), jusqu'aux dernières années du régime – et promue comme telle par l'État. Ce contexte historique permet de comprendre pourquoi plusieurs anciens pays communistes, bien que n'étant pas particulièrement libéraux sur le plan des mœurs, ont conservé des lois assez progressistes concernant l'avortement et les limites d'âge gestationnel (Rahman et Katzive, 1999 ; Guillaume et Rossier, 2018).

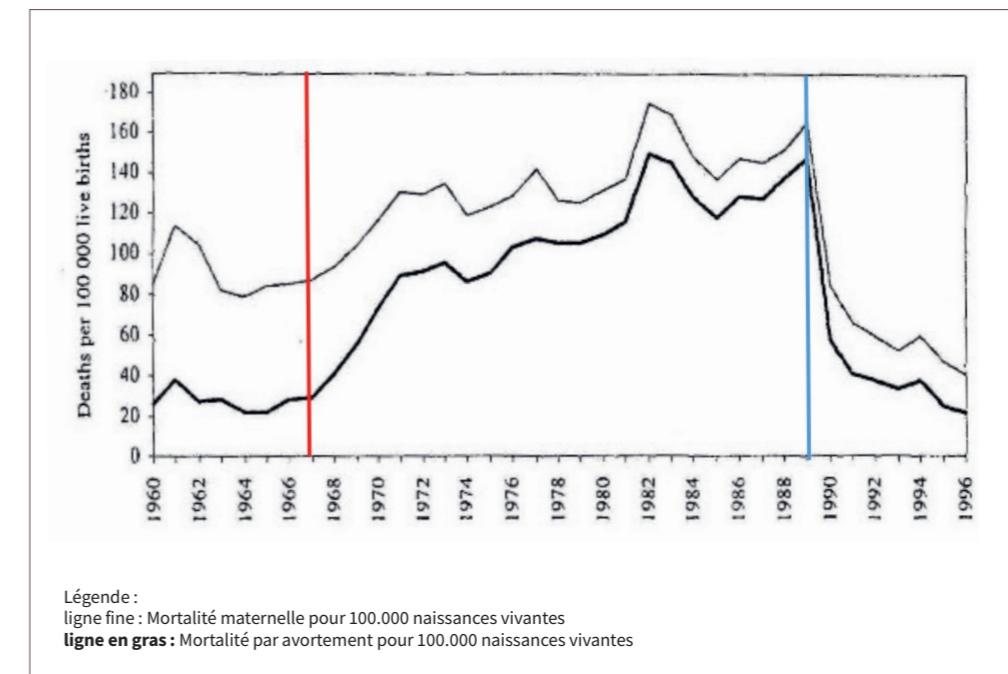
Par ailleurs, certains régimes considèrent qu'il est également du rôle de l'État en matière de santé publique de contrôler plus ou moins strictement la natalité de la population. C'est ainsi que, dans un autre exemple extrême, l'avortement (forcé) a été utilisé en Chine comme méthode de régulation de la population pour atteindre les objectifs de planification reproductive considérés comme nécessaires au développement économique, ceci également dans le contexte d'un régime communiste et de campagnes de contrôle des naissances très restrictives (Attané et Barbieri, 2009).

4.2.5.2 Avortements clandestins et conditions sanitaires

Une approche contemporaine de la santé publique va de pair avec l'idée qu'il est du rôle de l'État de veiller à la santé générale des citoyens, comme c'est le cas dans les conceptions de l'État providence. En ce qui concerne l'avortement, l'approche en santé publique se concentre à l'origine principalement sur les conséquences des grossesses non désirées : abandon d'enfants, pauvreté et avortements clandestins. Elle est également couplée à une stratégie de prévention, comprenant l'éducation sexuelle et la diffusion de méthodes de contraception, afin de réduire le nombre de grossesses non désirées qui pourraient donner lieu à des procédures d'avortement. Ce type de stratégie globale de santé publique explique les taux stables et faibles d'avortement, notamment en Europe de l'Ouest (18 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans sur une base annuelle entre 2010 et 2014), en Europe du Nord (18 ‰) et en Amérique du Nord (17 ‰) (Sedgh *et al.*, 2016 ; Guillaume et Rossier, 2018). Les données mondiales indiquent qu'une approche de santé publique axée sur la prévention, associée à un accès facilité et sûr à l'avortement, est associée à une baisse des taux d'avortement - alors qu'un accès restreint à l'avortement n'est pas associé à une baisse de ceux-ci (Guillaume et Rossier, 2018).

L'objectif principal des approches de santé publique est d'éviter les avortements clandestins dans de mauvaises conditions sanitaires, qui se produisent principalement lorsque l'avortement est interdit ou que son accès est fortement limité (Shah et Åhman, 2012). L'exemple roumain rapporté ci-dessus, d'une politique nataliste et de forte répression de l'avortement entre 1967 et 1990, a eu pour conséquences non tant une augmentation du taux de natalité, mais bien de la mortalité des femmes, montrant que les femmes brutalement écartées du système de santé ont rapidement eu recours à des avortements clandestins (comme décrit dans le chapitre 2.2.).

Figure 2 Effets sur la mortalité de l'introduction en Roumanie en novembre 1966 d'une loi anti-avortement (ligne rouge), et de la légalisation de l'avortement en décembre 1989 (ligne bleue)



Légende :
 ligne fine : Mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes
 ligne en gras : Mortalité par avortement pour 100.000 naissances vivantes

Source: World Health Statistics Annual, various years

L'OMS estime que, dans le monde, environ 47 000 femmes enceintes meurent chaque année des suites d'avortements clandestins¹⁰⁰. Les organismes internationaux tels que l'OMS ou l'ONU encouragent donc les États à légaliser l'avortement au moins au cours du premier trimestre voire au-delà si nécessaire¹⁰¹.

Exemple : En Grande-Bretagne, la préoccupation politique concernant les avortements clandestins médicalement dangereux et les taux de décès maternels associés à ceux-ci s'est généralisée dès les années 1930. Une loi de 1929 a en effet ouvert l'accès à l'avortement thérapeutique en cas de risque vital pour la femme enceinte - mais sur des bases relativement vagues. Cela a conduit certains praticiens à pratiquer des avortements pour des motifs psycho-sociaux plus larges (Costa, 2009). C'est principalement sur la base de ces précédents et dans un but de santé publique que l'Abortion Act de 1967 légalise l'avortement en Angleterre, au Pays de Galles et en Écosse. Dès lors, l'avortement n'est plus qualifié d'infraction pénale pour autant qu'une série de conditions soient réunies et que des motifs spécifiques soient remplis (Sheldon *et al.*, 2019). Les conditions d'application nécessitent que les avortements

¹⁰⁰ <https://www.ohchr.org/fr/2016/09/unsafe-abortion-still-killing-tens-thousands-women-around-world-un-rights-experts-warn?LangID=F&NewsID=20600>.

¹⁰¹ Ibidem.

soient pratiqués dans des établissements médicaux autorisés et sous contrôle médical de praticiens agréés (Pinter *et al.*, 2005). L'avortement est légal sur la base de cinq motifs principaux, et deux médecins doivent convenir de bonne foi qu'un ou plusieurs des motifs suivants sont réunis¹⁰²:

- a) la poursuite de la grossesse entraînerait un risque pour la vie de la femme enceinte plus important que si la grossesse était interrompue
 - b) l'interruption est nécessaire pour éviter une atteinte grave et permanente à la santé physique ou mentale de la femme enceinte
 - c) la grossesse n'a pas dépassé sa vingt-quatrième semaine et la poursuite de la grossesse entraînerait un risque d'atteinte à la santé physique ou mentale de la femme enceinte
 - d) la grossesse n'a pas dépassé sa vingt-quatrième semaine et la poursuite de la grossesse entraînerait un risque d'atteinte à la santé physique ou mentale de tout enfant existant de la famille de la femme enceinte.
 - e) il existe un risque important que l'enfant, s'il naissait, souffre d'anomalies physiques ou mentales telles qu'il serait gravement handicapé.
- (Great Britain: Parliament: House of Commons: Science and Technology Committee, 2007)

4.2.5.3 Avortements illégaux au sein des frontières de l'État

Les avortements illégaux ne sont pas cependant nécessairement pratiqués dans de mauvaises conditions sanitaires. En France et en Belgique, dans les années précédant la légalisation de l'avortement, les avortements étaient pratiqués par des militants et militantes ayant une formation médicale adéquate et dans de bonnes conditions – certains étant des médecins généralistes ou des gynécologues (Denis et Rokeghem, 1992 ; Donnay *et al.*, 1993 ; Ruault, 2021). L'objectif était, en plus d'aider les femmes rencontrant une grossesse non désirée et de diminuer les taux de mortalité et de complication liés aux avortements clandestins, de faire savoir publiquement à quel point les avortements étaient courants et d'en normaliser la pratique. Ce faisant, ils entendaient démontrer que l'État, ne pouvant empêcher l'avortement, se devait de le légaliser.

4.2.5.4 Avortements hors des frontières de l'État

Dans de nombreux pays, les restrictions et les conditions d'accès à l'avortement conduisent un certain nombre de femmes à obtenir un avortement à l'étranger, soit parce qu'elles ont dépassé l'âge gestationnel autorisé pour un avortement dans leur pays, soit parce qu'elles ne remplissent pas les conditions légales d'accès (notamment lorsque l'avortement n'est autorisé que pour des raisons nécessitant un motif médical ou autre).

Des organisations internationales, telles que Women on Waves¹⁰³, se sont également saisies de la question de l'accès à l'avortement et ont trouvé des moyens de fournir des méthodes d'avortement sûres là où les avortements ne sont pas légaux ou pas disponibles. Cette organisation, créée en 1999, propose des stratégies de contournement des législations nationales, telles que la pratique d'avortements à bord d'un navire naviguant dans les eaux internationales et équipé d'installations médicales permettant l'avortement. Plus récemment, en 2005, elle a créé une autre branche, Women on Web¹⁰⁴, qui se consacre à la fourniture d'avortements médicamenteux en envoyant des pilules abortives par courrier dans le monde entier, tout en offrant aussi un accompagnement et des informations sur les moyens de rendre l'avortement aussi sûr que possible.

On pourrait soutenir que ces voyages à des fins d'avortement constituent un manquement de l'État à son rôle et à sa responsabilité en matière de santé publique. De ce point de vue, l'État se rendrait incapable de répondre aux besoins des personnes, si déterminées à avorter qu'elles sont prêtes à se rendre à l'étranger pour obtenir cette intervention, malgré le temps et les coûts qu'elle représente (De Zordo *et al.*, 2021). Un autre raisonnement amène au contraire à établir qu'aucun État n'est responsable des lois étrangères et de ce qu'elles permettent ou interdisent, ni ne devrait, par définition, être influencé par ces lois. Si une argumentation formulée en termes de rôle de l'État en santé publique ne peut pas nier cet aspect de souveraineté, elle doit néanmoins considérer pragmatiquement les résultats des actions (légales ou illégales) des citoyens et la notion d'égalité entre citoyens (et, dans ce cas, sur la situation inégale entre les femmes qui peuvent obtenir un avortement à l'étranger et celles qui sont incapables de l'organiser ou de le financer).

D'un point de vue autoritaire, il peut également être considéré comme inacceptable que des citoyens tentent d'échapper au cadre légal établi par leur pays. Certains pays ont à cet égard adopté des lois criminalisant le fait de traverser les frontières pour obtenir un avortement, bien que ce type de loi ait été condamné par le Parlement européen dès 1991 (Pennings, 2002). Une perspective relativiste, en revanche, opposerait à cette approche que l'inégalité d'accès à l'obtention d'un avortement à l'étranger ne doit pas être une préoccupation, tant que la législation de l'État est respectée, quoi qu'il se passe en dehors de ses frontières.

4.2.6 Approche technique : procédures et techniques disponibles et risques associés

La considération que l'avortement est une question de santé publique et qu'il doit être réglementé dans une perspective de qualité de soins de santé peut être associée à une logique de réduction des risques. Dans plusieurs pays, les principes qui sous-tendent la réglementation de la pratique de l'avortement expriment cette préoccu-

¹⁰² L'interruption immédiate et en urgence de la grossesse peut être pratiquée et validée par un seul praticien opérateur pour sauver la vie de la femme enceinte ou pour éviter une atteinte grave et permanente à la santé physique ou mentale de la femme enceinte.

¹⁰³ <https://www.womenonwaves.org/>

¹⁰⁴ <https://www.womenonweb.org/>

pation centrale pour la réduction des risques basée sur la recherche (*evidence-based*). L'obligation généralisée de pratiquer l'avortement dans un environnement médical reflète cette préoccupation (Berer, 2009), mais elle peut également se traduire par la limitation de l'âge gestationnel, puisque les risques procéduraux augmentent avec l'âge gestationnel au moment de l'intervention.

La décision *Roe v. Wade* susmentionnée, établissant un seuil légal au premier trimestre pour l'avortement à la demande, se basait sur les taux de mortalité respectifs (au moment de la décision) de l'accouchement et de l'avortement jusqu'à 12 semaines de gestation. Bien plus récemment, la révision française de la limite de l'âge gestationnel en 2020 reposait sur des considérations similaires, basées cette fois sur les complications survenant lors d'avortements à différents âges gestationnels¹⁰⁵.

Exemple : Le gouvernement français a examiné en 2020 une proposition de loi portant la limite d'âge gestationnel pour un avortement de 12 à 14 semaines post-conception. La proposition a été soumise au Comité consultatif national d'éthique (CCNE)¹⁰⁶ qui a exprimé un avis, principalement formulé en termes de probabilité de complications entre 12 et 14 semaines de grossesse (Comité Consultatif National d'Éthique, 2020). Le Comité a établi (sur la base de la littérature scientifique disponible) qu'il y avait peu de différences entre 12 et 14 semaines de grossesse en termes de risques associés à l'intervention d'avortement. Il a également tenu compte du fait que, malgré le nombre élevé d'avortements pratiqués à moins de 6 semaines de gestation (environ 50 %), un certain nombre de femmes découvrent leur grossesse au-delà de 10 semaines (5,3 % des interruptions de grossesse). Ils ont également souligné que plusieurs obstacles pratiques avaient pour conséquence que le délai moyen pour obtenir un avortement sur le territoire français était de 7,4 jours (variant entre 3 et 11 jours) entre le premier contact et l'intervention effective de l'avortement. Ce délai augmente pour arriver à 3 à 5 semaines pour les femmes découvrant leur grossesse au-delà de la 12e semaine de grossesse et cherchant une solution d'avortement à l'étranger. Sur la base de ces délais et des considérations relatives aux risques, le CCNE a conseillé une extension à 14 semaines d'âge gestationnel (post-conception) - ce qui a été adopté dans la loi en février 2022.

Il est intéressant de noter, dans cet avis, la préoccupation pour les conséquences pratiques relatives à l'avortement en dehors des frontières du pays. Cela implique que - selon ce point de vue - la responsabilité de la santé publique ne s'arrête pas à la frontière : avorter à l'étranger augmente considérablement l'âge gestationnel auquel l'avortement a lieu, exposant les femmes à des risques plus élevés de complications au niveau desquelles la législation nationale a une responsabilité. Il convient de souligner que, malgré les risques spécifiques associés aux méthodes d'avortement et à l'âge de la grossesse, les avortements pratiqués dans un environnement sûr et médi-

calisé sont toujours décrits dans la littérature scientifique comme plus sûrs que l'accouchement en termes de mortalité (Raymond et Grimes, 2012 ; Janiak *et al.*, 2014 ; Purcell *et al.*, 2017).

4.2.7 Cadrage actuel en Belgique

4.2.7.1 Loi de 1990 : un équilibre entre les préoccupations de santé publique et la notion de valeur graduelle du fœtus

Cette section vise à situer l'approche belge au sein des types d'arguments et de raisonnements présentés ci-dessus. Dès les années 1970 et 1980, diverses formes de contestation à l'encontre de la restriction sévère de la pratique de l'avortement ont poussé le gouvernement à endosser une responsabilité en matière de santé publique et à établir une forme de contrôle étatique sur l'avortement ainsi que sur les méthodes anticonceptionnelles. Cette histoire a ouvert la voie à la loi de 1990 qui exprime ces préoccupations en réglementant l'avortement sur le plan légal et le plan de la pratique médicale.

Le choix d'une limite d'âge gestationnel de 12 semaines post-conception (14 SA) s'explique dans ce contexte historique, comme exprimant non seulement la prééminence symbolique du seuil du premier trimestre, mais aussi l'influence d'une majorité d'autres législations nationales votées au cours des décennies précédentes avec ce même seuil. Comme détaillé dans le chapitre 3 dédié à l'analyse juridique de la loi, la limite de 12 semaines reflète la recherche d'un consensus entre différentes propositions autour d'une légalisation partielle de l'avortement. Ce processus illustre la culture belge de compromis entre différentes traditions philosophiques et politiques. Le fait de pénaliser l'avortement à moins de satisfaire à une série de conditions exprime également une position morale de principe à l'encontre de l'acte d'avortement. L'exigence d'une "situation de détresse" pour la femme enceinte met aussi en évidence le fait qu'une justification morale semblait à l'époque nécessaire pour légitimer l'avortement. La grossesse devait être considérée comme suffisamment néfaste pour la femme enceinte pour justifier l'interruption de grossesse, ce qui indique une valeur morale similaire accordée à la protection de la vie du fœtus et de la "situation de détresse" de la femme.

Le délai d'attente obligatoire, principalement justifié par l'idée de laisser aux femmes suffisamment de temps pour prendre une décision éclairée, peut aussi être considéré comme une forme de protection du fœtus contre une décision prématurée, donnant plus de chances à la grossesse de se poursuivre (Minkenberg, 2003). Ceci renforce l'hypothèse selon laquelle la vie du fœtus fait l'objet d'un arbitrage éthique avec le choix de la femme enceinte, d'après le principe selon lequel ne pas avorter serait généralement préférable à avorter. Le délai d'attente obligatoire a aussi fait l'objet de critiques en tant qu'il peut indiquer un manque de confiance dans la capacité des femmes à prendre une décision réfléchie sans qu'une figure d'autorité leur dise expressément de prendre le temps de réfléchir - ce qui est assimilé dans certains commentaires juridiques à une attitude paternaliste (Victorian Law Reform Commission, 2008).

¹⁰⁵ Les taux de mortalité étant actuellement extrêmement bas grâce aux techniques d'avortement modernes et médicalisées, il ne s'agit plus d'un risque sanitaire pertinent nécessitant une attention particulière.

¹⁰⁶ <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-%20saisine%20IVG.pdf>

En conclusion, le modèle belge introduit dans la loi de 1990 exprime une variété de préoccupations, recherchant un équilibre entre une approche de santé publique et une logique selon laquelle la valeur graduelle de la vie fœtale est centrale. Le modèle légal de 1990 présente de nombreuses similitudes avec, par exemple, les modèles français et allemand, que la littérature scientifique qualifie de “*indication model*” et de “*distress model*” (Minkenberg, 2003). L’avortement n’était en effet autorisé que sous certains critères spécifiques (*indication*) – et seulement si une situation de détresse (*distress*) était admise par la femme et les praticiens de la santé – et était autrement criminalisé, signifiant qu’un tel modèle « *souligne la priorité de la vie à naître, mais laisse la décision finale à la femme* »¹⁰⁷ (Minkenberg, 2003).

4.2.7.2 Loi de 2018 : un pas vers les droits des femmes

L’un des principaux changements dans la loi de 2018 réside dans la suppression de la situation de détresse. Cette étape a été considérée positivement par les travailleurs de terrain et les experts, en tant qu’elle signifie que la perspective évolue vers une approche plus cohérente en matière de santé publique et une meilleure considération pour les droits des femmes. L’avortement avant 12 semaines post-conception n’ayant plus besoin d’être justifié par la situation de détresse, il est principalement déterminé par la volonté et le choix de la femme enceinte. Il s’agit d’une évolution vers un modèle d’avortement à la demande, soit un avortement qui n’est plus conditionné à un motif explicite (psycho-social, de santé ou autre) tant qu’il reste dans une certaine limite d’âge gestationnel.

Le délai d’attente obligatoire de 6 jours et la limite d’âge gestationnel de 12 semaines ont été conservés dans la loi de 2018 malgré les discussions et auditions parlementaires préalables envisageant une réduction du délai d’attente et une extension de la limite d’âge gestationnel. L’absence d’évolution sur ces aspects semble indiquer une difficulté à rééquilibrer le poids attribué à la vie fœtale face à d’autres enjeux. La possibilité de réduire ou de supprimer le délai d’attente est pourtant apparue avec ce changement légal, mais uniquement si elle est justifiée par des raisons d’urgence médicale, évaluées par le médecin pratiquant l’avortement.

Une autre disposition périphérique apparue en 2018 concerne les femmes enceintes qui sont proches de la limite des 12 semaines au moment de la demande d’avortement : pour celles-ci, le délai d’attente est maintenu, mais avec la possibilité désormais de dépasser la limite des 12 semaines au moment de l’intervention après délai d’attente. Cette disposition a été présentée par le législateur comme permettant que le délai d’attente ne pénalise pas les femmes, de manière à autoriser des demandes d’avortement jusqu’à 12 semaines accomplies – avec des interventions qui peuvent par conséquent être pratiquées jusqu’à 12 semaines et 6 jours post-conception. Néanmoins, cette modification signale également que l’idée de maintenir un délai d’attente est plus importante que le principe établissant une limite supérieure de l’âge

gestationnel pour l’avortement – ce qui peut sembler contradictoire avec la hiérarchisation des arguments affichée par la loi. On pourrait également affirmer que cette disposition crée un précédent intéressant par le fait qu’elle augmente – même modérément – la limite de gestation maximale sans susciter débat fondamental.

Aborder l’avortement en Belgique peut difficilement se faire y associer la situation des Pays-Bas, en tant que pays limitrophe, où la limite d’âge gestationnel pour l’avortement est bien plus étendue. Cette configuration a pour conséquence une dynamique quasi automatique de voyages vers les Pays-Bas à des fins abortives de femmes belges confrontées à une grossesse non désirée de plus de 12 semaines post-conception¹⁰⁸. La Belgique est donc confrontée au dilemme éthique d’accepter une dynamique de déplacements pour un acte qui est illégal selon la législation nationale, mais légal dans un pays étranger, et d’en considérer les conséquences pratiques.

Un argument fréquent à cet égard est celui de l’égalité : bien que la loi traite les citoyens de manière égale, obtenir un avortement dans un pays étranger n’est possible que pour les personnes disposant de moyens financiers et matériels suffisants (entre autres capacités), en raison des frais médicaux plus élevés et des contraintes organisationnelles d’obtenir un temps de congé, un logement et un transport. D’après des données obtenues par le Comité scientifique lors d’échanges avec des praticiens néerlandais de l’avortement, il apparaît que le coût d’un avortement du deuxième trimestre aux Pays-Bas, facturé par une clinique d’avortement spécialisée, peut être estimé à environ 925€ avant 18 semaines post-conception et à environ 1215€ au-delà de 18 semaines. Les frais administratifs et de déplacement doivent être ajoutés à ces montants.

Que l’on motive la limite de l’âge gestationnel à 12 semaines par une préoccupation pour l’évolution du fœtus ou par les risques plus élevés induits par un avortement du deuxième trimestre, il est indéniable que cette limite relativement basse amène une perte de temps pour les femmes enceintes de plus de 12 semaines et qui veulent obtenir un avortement, qui doivent alors organiser un voyage et une intervention aux Pays-Bas. Or, ce temps supplémentaire amène intrinsèquement à un développement du fœtus plus avancé au moment de l’avortement. De ce point de vue, le Comité scientifique considère légitime d’affirmer que l’avortement d’un fœtus inutilement plus développé ne répond pas aux objectifs de santé publique ni de réduction des risques ; cela n’entre pas non plus en cohérence face à l’argument selon lequel la vie du fœtus acquiert une valeur accrue au fur et à mesure de son développement. On peut néanmoins faire valoir face à ces considérations que l’État n’est pas responsable des événements et législations qui existent au-delà de ses frontières.

¹⁰⁷ Notre traduction.

¹⁰⁸ Il est intéressant de noter que, dans le cas des avortements pour raisons médicales, c’est le contraire qui se produit : la Belgique n’ayant pas de limite d’âge gestationnel pour l’avortement médical, un certain nombre de patientes néerlandaises se rendent dans notre pays afin d’obtenir un avortement médical au-delà du délai de 22 semaines de gestation post-conception.

5. Analyse de la pratique de l'avortement

5.1 Techniques d'avortement

Bien que les techniques d'avortement soient plus anciennes que la discipline médicale elle-même, le développement de la médecine moderne a permis une amélioration continue de la sûreté sanitaire des interventions d'avortement. En rendant les avortements plus sûrs, mais aussi plus acceptables dans l'opinion publique, ces progrès contribuent à influencer le contenu des législations. Par ailleurs, la légalisation de l'avortement a en soi permis d'offrir des conditions plus sûres et plus saines pour la pratique de l'avortement, ouvrant ainsi la voie à une évolution positive en termes techniques. Un bref aperçu de l'histoire des techniques d'avortement et de leur évolution peut donc contribuer à une meilleure compréhension de la situation actuelle.

Bien qu'une évaluation des connaissances actuelles sur les techniques d'avortement semble pertinente pour éclairer les décisions relatives à la réglementation de l'avortement, les membres du Comité scientifique insistent sur le fait que les connaissances scientifiques, en constante évolution, devraient constituer le principal déterminant des techniques médicales et de leur utilisation. Aucune loi ne devrait réglementer ou restreindre l'utilisation de techniques médicales spécifiques, notamment pour la pratique de l'avortement.

Cette partie se concentre sur les techniques d'avortement existantes, leurs avantages respectifs et leurs complications potentielles. Bien que les techniques d'avortement pratiquées pendant le premier trimestre soient plus couramment utilisées et que les connaissances en la matière soient plus facilement disponibles, il est apparu nécessaire de les aborder également. Des aspects de continuité sont observés entre les techniques d'avortement avant et après 12 semaines de gestation, ainsi que des éléments de seuils et des points de distinction, qui exigent que l'on tienne compte d'une vue d'ensemble des techniques.

5.1.1 Bref historique des techniques d'avortement au XXe siècle

Jusqu'au début du XXe siècle, les avortements clandestins pratiqués dans nos régions par des praticiens clandestins étaient réalisés en insérant des instruments tranchants dans le col de l'utérus pour déchirer les membranes et provoquer une infection, qui engendrait l'expulsion du fœtus (Soudais, 2016). Une autre technique apparue peu après consistait à injecter de l'eau savonneuse dans l'utérus (*ibidem*). Cette opération provoquait des contractions et l'expulsion du fœtus après un certain temps. En

revanche, si l'eau savonneuse passait dans la circulation sanguine, de graves complications pouvaient alors survenir (problèmes de coagulation, lésions rénales et cérébrales, embolie gazeuse). Il était admis que les risques étaient élevés, et que, en conséquence, de nombreuses femmes devenaient stériles ou perdaient tout simplement la vie suite à ces interventions.

Au cours du XXe siècle, les **avortements pratiqués durant le premier trimestre** étaient initialement réalisés selon la même technique que celle utilisée pour traiter les avortements spontanés incomplets (ce qui arrive couramment au cours du premier trimestre de la grossesse), appelée « dilatation et curetage » (D&C). Une évolution importante a été observée au cours des années soixante (des années septante en Europe occidentale) lorsque Harvey Karman, psychologue californien et militant pour le droit à l'avortement, a commencé à promouvoir au niveau international une méthode d'avortement par aspiration, initialement mise sur pied en Chine (Pavard, 2009). La méthode d'avortement par aspiration, considérée comme une intervention meilleure et plus sûre que la D&C classique, est toujours utilisée aujourd'hui.

L'avortement médicamenteux est apparu plus tard, avec la découverte du médicament anti-progestatif RU486 dans les années 80, ouvrant la voie à une autre approche. Le RU486, ou mifepristone, est un stéroïde synthétique qui constitue l'ingrédient essentiel de la pilule abortive en deux étapes. Il agit principalement par association avec les prostaglandines, une classe de substances humaines connue depuis les années trente, mais mieux identifiées et isolées dans le dernier quart du XXe siècle (prix Nobel pour Bergström, Samuelsson et Vane en 1982).

Les avortements pratiqués au cours du deuxième trimestre peuvent également être exécutés, soit à l'aide de médicaments (« avortement médicamenteux »), soit à l'aide d'instruments introduits dans le col de l'utérus (« avortement chirurgical »). En Belgique, l'avortement du deuxième trimestre est uniquement pratiqué via la méthode médicamenteuse, par des unités obstétricales, quand l'interruption de grossesse est pratiquée pour raison de risque pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou pour raison d'anomalie grave du fœtus.

On observe des préférences nationales manifestes soit pour l'avortement médicamenteux soit chirurgical parmi les pays autorisant l'avortement volontaire au cours du deuxième trimestre. L'avortement chirurgical est hautement recommandé aux Pays-Bas, au Royaume-Uni (où il représente 75 % des procédures après 13 SA) et aux États-Unis, pour l'avortement pratiqué au deuxième trimestre (Lerma et Blumenthal, 2020). Aux États-Unis, il est pratiqué dans 99 % des procédures à 13-15 SA, 95 % à 16-20 semaines SA et 85 % à > 19 semaines d'aménorrhée (Lohr, 2008). Dans les pays nordiques, mais également en Écosse et au Vietnam, l'avortement médicamenteux est l'option privilégiée pour les avortements volontaires au cours du deuxième trimestre (Lohr, 2008). Ces différentes approches s'expliquent le plus souvent par des pratiques historiques, des contraintes pratiques ou encore par la disponibilité et la formation des praticiens, plutôt que par la supériorité éventuelle d'une méthode par

rapport à l'autre (Lohr *et al.*, 2008 ; Moreau *et al.*, 2011). Les recommandations du RCOG et du NICE insistent sur la nécessité de disposer des deux méthodes au niveau national (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 ; National Institute for Health Care Excellence, 2019), tandis que les deux méthodes sont considérées comme sûres et satisfaisantes par les recommandations de l'OMS, étant entendu que plusieurs critères de qualité doivent être respectés (Organisation mondiale de la santé, 2022).

L'avortement chirurgical est considéré comme une procédure plus courte (il peut être réalisé en ambulatoire) et généralement jugé moins douloureux par les patientes. En revanche, il nécessite une anesthésie générale ou une sédation, il peut être perçu comme plus stressant pour le praticien et requiert un praticien hautement spécialisé. L'avortement médicamenteux pratiqué au cours du deuxième trimestre ne nécessite pas d'anesthésie générale (bien que la prise en charge de la douleur de la femme soit fortement recommandée). Toutefois, il engendre une intervention plus douloureuse et impose aux femmes ayant une grossesse non désirée de voir le fœtus et de subir une expulsion similaire au travail d'accouchement (Lohr *et al.*, 2008 ; Lerma et Blumenthal, 2020). Néanmoins, certaines femmes optent pour l'avortement médicamenteux de manière à percevoir qu'elles jouent un rôle actif dans la procédure (Azerot *et al.*, 2015). La plupart des centres médicaux en Belgique proposent depuis de nombreuses années une anesthésie locorégionale (péridurale) pour l'avortement médicamenteux pratiqué au cours du deuxième trimestre et réalisé pour des raisons médicales.

5.1.2 Avortement médicamenteux

L'avortement médicamenteux est défini comme étant l'utilisation de médicaments ayant pour objet de provoquer un avortement, sans recourir à la chirurgie, à des instruments ou à une anesthésie générale. La méthode la plus courante, sûre et recommandée pour l'avortement médicamenteux est l'utilisation combinée de la mifepristone et du misoprostol (Organisation mondiale de la santé, 2022). L'OMS rapporte que l'utilisation alternative de l'association de letrozole et de misoprostol est satisfaisante et fournit de meilleurs résultats, par rapport à la seule utilisation du misoprostol.

Selon le Registre communautaire des médicaments de l'Union européenne, la mifepristone est décrite comme « un stéroïde synthétique ayant une action antiprogés-tative résultant de la concurrence qu'il exerce avec la progestérone au niveau des récepteurs de la progestérone. (...) Pendant la grossesse, elle sensibilise le myomètre à l'action de la prostaglandine, qui induit des contractions. »¹⁰⁹. Le nom commercial de la mifepristone est la Mifegyne et elle est disponible en comprimés de 200 mg.

Le misoprostol (nom commercial : Cytotec) est quant à lui un analogue synthétique de la prostaglandine, initialement destiné à traiter les ulcères gastriques, et actuellement également utilisé pour traiter les avortements spontanés incomplets, déclencher le travail ou comme prévention ou traitement des hémorragies post-partum. Son efficacité en tant qu'agent de préparation du col de l'utérus a été identifiée dans les années 1990 (Ngai *et al.*, 1995) et s'est avérée plus efficace que l'utilisation de l'ocytocine précédemment recommandée. L'association de la Mifegyne et du Cytotec est actuellement le protocole recommandé pour provoquer l'avortement, car elle montre une meilleure efficacité que les solutions alternatives, bien que l'utilisation du misoprostol seul soit une solution acceptable, mais moins efficace (Organisation mondiale de la santé, 2022) et qu'elle soit essentiellement utilisée dans les pays où la mifepristone n'est pas disponible.

5.1.2.1 Premier trimestre

En ce qui concerne l'avortement médicamenteux pratiqué au cours du premier trimestre, la plupart des directives nationales et internationales recommandent l'utilisation de 200 mg de mifepristone par voie orale, suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg de misoprostol, administré par voie vaginale, sublinguale ou buccale (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022 ; ESHRE Capri Workshop Group, 2017 ; National Institute for Health Care Excellence, 2019 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2022). D'autres intervalles pour le misoprostol (inférieurs à 24h ou supérieurs à 48h) peuvent également être envisagés (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Si l'expulsion du fœtus n'intervient pas dans un délai de 4 heures, il convient d'administrer 400 µgrammes supplémentaires de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Aucune limite inférieure n'est imposée à la durée de la grossesse aux fins de l'avortement médicamenteux (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Cela signifie qu'il n'est pas nécessaire de visualiser la grossesse à l'échographie avant de débiter la mifepristone (en l'absence de signes ou de facteurs de risque de grossesse extra-utérine) ; le taux d'hCG déterminé au moment de la prise de la mifepristone, devrait chuter de > 80 % 1 semaine plus tard (5-7 j). Si tel n'est pas le cas, il convient alors d'exclure une grossesse extra-utérine ou une grossesse en cours.

En Belgique, la majorité des avortements médicamenteux pratiqués au cours du premier trimestre sont pris en charge par les centres d'avortement extra-hospitaliers. Le protocole commun dans les centres consiste à proposer un avortement médicamenteux par prise de mifepristone jusqu'à 7 semaines post-conception (9 SA), bien que des variations et des limitations locales jusqu'à 5 semaines post-conception (7 SA) puissent être observées.

¹⁰⁹ Notre traduction
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007061427908/anx_27908_en.pdf.

En France, la Haute Autorité de Santé autorise l'avortement médicamenteux avec prise de mifépristone/misoprostol jusqu'à 7 semaines post-conception (9 SA)¹¹⁰. Les Pays-Bas recommandent la même limite supérieure pour le recours à l'avortement médicamenteux en ambulatoire¹¹¹. Au Royaume-Uni (à l'exception de l'Écosse), la pratique courante consiste à administrer la combinaison mifépristone/misoprostol pour l'avortement médicamenteux jusqu'à 7 semaines et 6 jours post-conception (9+6 SA) en ambulatoire.

Avortement médicamenteux autogéré ou à domicile

Faciliter les avortements entièrement ou partiellement autogérés représentent une possibilité d'amélioration de l'accès à l'avortement. Le Comité scientifique entend par avortement complètement autogéré un avortement dans lequel la femme gère elle-même toutes les étapes de la procédure médicamenteuse (par exemple à domicile) sans devoir se rendre physiquement auprès d'un professionnel de la santé ou d'une institution. L'avortement partiellement autogéré signifie que seules certaines étapes de la procédure médicamenteuse se déroulent sans la présence physique de la femme dans un établissement de santé (par exemple : la première pilule est prise à domicile, la phase d'expulsion se déroule dans un centre d'avortement ou l'inverse). Les membres du Comité scientifique soulignent que la prise du premier médicament (mifépristone) à domicile ne présente pas de risques particuliers, bien que la phase d'expulsion nécessite un contexte médical ou au moins une surveillance médicale, surtout dans les grossesses plus avancées (en raison des risques de saignements plus importants, de douleur et de confrontation avec un fœtus plus gros).

Les directives internationales recommandent alors de disposer d'un accès aisé à des services de guidance et/ou d'avis médicaux à distance et de limiter ces pratiques entièrement autogérées aux avortements du premier trimestre (à 10 semaines post-conception (12 SA) (World Health Organization, 2022). Plusieurs études¹¹² ont mis en évidence le caractère sûr et efficace d'un avortement entièrement autogéré avec avis médical à distance jusqu'à 10 semaines post-conception (12 SA) (Conti et Cahill, 2019).

¹¹⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mi-se-a-jour

¹¹¹ <https://www.thuisarts.nl/abortus/ik-ben-ongewenst-zwanger>

¹¹² Avant la crise du coronavirus, l'Angleterre et le Pays de Galles préconisaient une visite en personne avec une échographie, le comprimé de mifépristone était administré à la clinique et la patiente recevait les comprimés de misoprostol à prendre à son domicile 24 à 48 heures plus tard. Pendant la crise COVID, de nouvelles directives établies en urgence ont favorisé les consultations par téléphone ou par appel vidéo ; une échographie n'était requise que si elle était indiquée (date des dernières règles inconnue, signes ou facteurs de risque de grossesse extra-utérine, situation médicale complexe ou souhait de la patiente). La mifépristone pouvait être prise à domicile jusqu'à 7 semaines et 6 jours post-conception (9+6 semaines d'aménorrhée) en association avec la prise de misoprostol. Les médicaments étaient alors livrés au domicile de la patiente. Les patientes devaient vérifier ensuite l'effectivité de l'interruption de la grossesse en utilisant un test de grossesse à faible sensibilité (détectant des hCG à > 1000) 2 à 3 semaines après l'avortement. Au total, 52 142 avortements médicamenteux ont été pratiqués pendant la période d'étude, soit 22 158 dans la cohorte traditionnelle et 29 984 dans la cohorte télémédecine-hybride. Parmi ceux qui ont été pratiqués dans la cohorte télémédecine-hybride, 18 435 (61 %) ont été accompagnés par télémédecine et 11 549 (39 %) en personne. Un service téléphonique accessible 24 h/24 était disponible en cas de problème. Les résultats démontrent que, avec la télémédecine, l'accès était meilleur (40 % des avortements ont été pratiqués à 4 semaines post-conception ou moins (6 semaines d'aménorrhée) contre 25 % dans la cohorte traditionnelle). Le modèle télémédecine-hybride a été jugé sûr, efficace et acceptable pour les patientes. En raison de ces bons résultats, cette méthode de travail a été officiellement mise en œuvre et conservée après la crise COVID en Angleterre et au Pays de Galles (Aiken *et al.*, 2021a).

Le manque d'infrastructures médicales ou des circonstances de crise telles que la pandémie de COVID offrent des exemples de situations dans lesquelles l'utilisation élargie de l'avortement médicamenteux à domicile a été développée. Par exemple, l'Écosse respecte les directives de l'OMS et du RCOG en proposant des interventions d'avortement et propose l'avortement médicamenteux à domicile jusqu'à 9 semaines et 6 jours post-conception (11+6 SA) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022 ; Organisation mondiale de la santé, 2022). En Belgique, les avortements médicamenteux à domicile ont été pratiqués dans la même limite pendant la pandémie de COVID.

Ces expériences indiquent qu'un accès plus large à l'avortement pourrait être garanti via des procédures d'avortement à domicile et partiellement autogérées. Toutefois, la possibilité de recourir à un avortement médicamenteux dans un établissement médical doit toujours être proposée. En effet, l'état médical, social ou psychologique de certaines patientes peut nécessiter une présence et une assistance supplémentaires, notamment durant la phase d'expulsion.

Le Comité scientifique observe que, bien que les avortements à domicile jusqu'à 9 semaines et 6 jours post-conception (11+6 SA) soient apparus en tant que moyen de pallier une situation de crise de santé publique, l'autogestion de l'avortement par les patientes au-delà de 7 (voire 8) semaines de grossesse PC (9-10 SA) n'est pas nécessairement considérée comme une bonne pratique médicale, en raison de la taille du fœtus et de l'intensité des contractions.

5.1.2.2 Second trimestre

En ce qui concerne les avortements après 10 semaines post-conception (12 semaines d'aménorrhée) avec la méthode médicamenteuse, la plupart des directives nationales et internationales recommandent l'utilisation de 200 mg de mifépristone par voie orale, suivie 36 à 48 heures plus tard d'une hospitalisation et de doses répétées de 400 µg de misoprostol administrées par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les 3 heures jusqu'à l'accouchement (ESHRE Capri Workshop Group, 2017 ; National Institute for Health Care Excellence, 2019 ; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 ; Best practice in abortion care 2022 RCOG, Organisation mondiale de la santé, 2022).

Le RCOG et l'ESHRE Capri Workshop Group recommandent de pratiquer le fœticide¹¹³ pour un avortement après 19 semaines et 6 jours de grossesse post-conception (21 semaines + 6 jours d'aménorrhée) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists,

¹¹³ Le fœticide est réalisé via une injection intra-cardiaque de chlorure de potassium (KCl) ou une injection de digoxine. Patricia Lohr, l'experte britannique entendue par le Comité, recommande l'injection de chlorure de potassium, qui est plus efficace que l'injection de digoxine. Elle recommande d'injecter par voie trans-abdominale, sous guidage échographique, dans le ventricule cardiaque ou le thorax du fœtus (Lohr, 2008). La digoxine peut être administrée par injection intra-amniotique ou par injection intra-fœtale, cette dernière étant considérée comme plus efficace et/ou plus rapide (Lerma et Blumenthal, 2020). Si le cordon ombilical peut être atteint, du curare (Esmeron) est d'abord injecté pour arrêter les mouvements et est suivi d'une injection d'un anesthésique opioïde (Fentanyl), puis de lidocaïne (Xylocaïne) pour stopper le rythme cardiaque. S'il est impossible d'atteindre le cordon ombilical, le curare et le fentanyl sont d'abord injectés (injection intramusculaire) dans le fœtus, suivis d'une injection intra-cardiaque de chlorure de potassium (KCl).

2011) ou durant la période périvable (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). La VVOG conseille de proposer le fœticide à partir de 20 semaines post-conception (22 SA), bien que certains hôpitaux aient pour politique de le pratiquer un peu plus tôt ou plus tard (les protocoles hospitaliers allant de 16 à 22 semaines post-conception, ou de 18 à 24 semaines d'aménorrhée) (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2020). L'objectif est d'éviter tout signe de vie à l'accouchement.

5.1.2.3 Sédation et gestion de la douleur pour la femme enceinte

L'OMS accorde une grande importance à la gestion de la douleur de la patiente en cas d'avortement médicamenteux, avec une attention particulière pour les âges gestationnels supérieurs à 12 semaines (14 SA). Le type de médication couramment employé inclut des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tandis que des protocoles supplémentaires peuvent inclure des antiémétiques et une anesthésie locorégionale (Organisation mondiale de la santé, 2022). Le RCOG et l'ESHRE Capri Workshop Group recommandent également des options de gestion de la douleur s'ajoutant aux AINS, surtout au cours du deuxième trimestre : des opioïdes (ESHRE Capri Workshop Group, 2017) ou une analgésie narcotique (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

5.1.3 Avortement chirurgical

En ce qui concerne l'avortement chirurgical, les techniques varient considérablement entre le premier et le deuxième trimestre. L'avortement chirurgical pratiqué au cours du premier trimestre est généralement réalisé par aspiration, tandis que l'avortement chirurgical par dilatation et évacuation (D&E) est recommandé au cours du deuxième trimestre. La D&E consiste en l'évacuation instrumentale du contenu de l'utérus par le col de l'utérus dilaté. Par convention, D&E désigne le terme utilisé pour tout avortement chirurgical pratiqué au cours du deuxième trimestre, bien qu'une méthode spécifique d'aspiration ait été rapportée comme pouvant être réalisée jusqu'à 14 semaines post-conception (16 SA) à l'aide de canules plus grandes et par un praticien spécialisé (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022).

5.1.3.1 Premier trimestre

En tant que méthode chirurgicale, l'aspiration est recommandée au premier trimestre en raison de sa sûreté et de son efficacité (ESHRE Capri Workshop Group, 2017; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2022). La préparation du col de l'utérus avant l'avortement chirurgical est recommandée pour toutes les patientes, car elle réduit le risque d'avortement incomplet et facilite la dilatation (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Avant la 10^e semaine de grossesse post-conception (12 SA), la préparation du col de l'utérus est recommandée comme suit :

- mifepristone 200 mg par voie orale, 24-48 heures avant l'intervention, ou
- misoprostol 400 microgrammes par voie sublinguale, 1-2 heures avant l'intervention, ou
- misoprostol 400 microgrammes par voie vaginale ou buccale, 2 à 3 heures avant l'intervention

Pendant l'aspiration, l'utérus doit être vidé en utilisant uniquement une canule d'aspiration (et des forceps si nécessaire). L'intervention ne doit pas être systématiquement complétée par une curette métallique tranchante (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

5.1.3.2 Second trimestre

La D&E est désormais considérée comme une technique sûre et rapide d'avortement chirurgical au cours du deuxième trimestre (Lohr, 2008). La méthode D&E implique une première étape de dilatation du col de l'utérus, suivie de l'extraction du fœtus et du placenta (Lerma and Blumenthal, 2020).

La préparation/dilatation du col de l'utérus est réalisée à l'aide de dilateurs osmotiques ou de médicaments tels que la mifepristone et le misoprostol ou de la combinaison de dilateurs osmotiques et de mifepristone ou de misoprostol ou des deux (mifepristone et misoprostol) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019; Organisation mondiale de la santé, 2022).

Une dilatation supplémentaire du col de l'utérus est obtenue avec des dilateurs (par exemple des bougies de Hegar ou Hawkin Ambler. L'extraction du fœtus a lieu ensuite.

Après le clampage du cordon ombilical, l'extraction du fœtus et du placenta est réalisée à l'aide de forceps allongés solides. Généralement, le fœtus est désarticulé par un instrument avant d'être extrait. L'intervention est clôturée par une dernière aspiration, afin d'éliminer le sang ou les tissus restants (Raïna Brethouwer hearing; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; Lerma & Blumenthal, 2020). Une échographie de contrôle après l'intervention est généralement recommandée (audition de Raïna Brethouwer)

5.1.3.3 Sédation, anesthésie et traitement de la douleur de la femme enceinte

L'OMS, ainsi que le RCOG, recommandent un recours facultatif à l'anesthésie générale pour l'avortement chirurgical, surtout avant 12 semaines post-conception (14 d'aménorrhée). Pour ces grossesses de moins de 12 semaines, l'anesthésie est associée à des taux plus élevés de complications (hémorragies et perforations, notamment) et à un séjour hospitalier plus long que pour des interventions sans anesthésie générale. En effet, d'autres formes de sédation, décrites ci-après, peuvent être très satisfaisantes, voire davantage, en termes de gestion de la douleur pour la femme, de prévention des complications pour le praticien et aussi dans la mesure où l'avor-

tement pratiqué au cours du premier trimestre ne nécessite pas de bloc opératoire, alors que l'anesthésie générale doit nécessairement être pratiquée dans un bloc opératoire.

La prise en charge de la douleur de la patiente est recommandée, sous la forme d'un traitement antidouleur à base d'AINS, d'un bloc paracervical avec un anesthésique local et, si possible et si la femme le souhaite, d'une sédation consciente lors de l'intervention. De plus, pour ce qui concerne les avortements chirurgicaux pratiqués au cours du deuxième trimestre, la gestion de la douleur est également nécessaire pendant la préparation du col avec des dilateurs osmotiques : AINS, bloc paracervical ainsi qu'une sédation lors d'une D&E. L'utilisation d'un gel intravaginal peut également être envisagée (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022 ; ESHRE Capri Workshop Group, 2017 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2022).

5.1.4 Usages actuels selon le contexte

En Belgique, l'avortement à la demande est actuellement limité aux grossesses de moins de 12 semaines post-conception (14 SA). Dans la pratique, les principales méthodes - que ce soit dans les centres d'avortement ou dans les hôpitaux - sont l'avortement médicamenteux ou l'avortement chirurgical par aspiration principalement, ou la D&E dans certains cas. En effet, en vertu des changements légaux de 2018, si la demande d'avortement est introduite moins de 6 jours avant l'échéance du délai de 12 semaines, la période d'attente obligatoire de six jours peut désormais dépasser le délai de 12 semaines, ce qui autorise la pratique de l'avortement pour des grossesses de plus de 12 semaines post-conception et nécessitant donc une D&E (voir chapitre 3., Analyse de la législation relative à l'avortement pour davantage d'explications).

En Belgique, l'avortement médicamenteux pratiqué au cours du premier trimestre est pour le moment pratiqué dans les centres d'avortement extra-hospitaliers jusqu'à une durée de grossesse inférieure à 7 semaines post-conception (9 semaines d'aménorrhée)¹¹⁴. Cette pratique pourrait potentiellement être étendue à des âges gestationnels plus avancés, toujours sous supervision médicale, lors de la phase d'expulsion. L'avortement chirurgical par aspiration est généralement conseillé jusqu'à 12 semaines post-conception (14 semaines d'aménorrhée) (Organisation mondiale de la santé, 2022)¹¹⁵. La méthode est généralement définie entre le praticien et la patiente, en fonction des indications médicales, de l'âge de la grossesse, des préférences de la patiente et de l'équipement médical disponible.

¹¹⁴ <https://abortus.be/hoer-veroort-een-abortus/de-medicamenteuze-behandeling/>. Les protocoles hospitaliers diffèrent légèrement en matière de régimes médicamenteux utilisés et de durées gestationnelles correspondantes.

¹¹⁵ L'OMS souligne que l'adéquation des méthodes à différentes durées gestationnelles dépend de la formation et de l'accès aux instruments : « Par exemple, la plupart des prestataires formés peuvent procéder en toute sécurité à l'aspiration jusqu'à 12 semaines de grossesse, tandis que d'autres, jouissant d'une expérience suffisante et d'un accès à des canules de taille appropriée, peuvent utiliser cette procédure en toute sécurité pour interrompre des grossesses de moins de 15 semaines » (Organisation mondiale de la santé, 2012).

La situation est différente dans le cas d'un avortement pour raison médicale. Avant la 12e semaine de grossesse post-conception, une grossesse affectée par une anomalie fœtale ou un problème de santé de la femme enceinte peut être interrompue par voie chirurgicale ou médicamenteuse (tout comme pour les grossesses sans indication médicale). L'aspiration avant 12 semaines post-conception peut être réalisée en milieu hospitalier (sous anesthésie générale ou locale), mais également dans des cliniques spécialisées dans l'avortement et des centres d'avortement (sous anesthésie locale).

En Belgique, les grossesses de plus de 12 semaines PC et interrompues pour des raisons médicales, le sont dans des hôpitaux, en utilisant le protocole médicamenteux en deux étapes faisant usage de la mifépristone et du misoprostol. À un âge gestationnel avancé, la mort du fœtus (également appelée « fœticide ») est provoquée avant la procédure médicamenteuse afin d'empêcher la survie néonatale après expulsion. En effet, les régimes combinés de mifépristone et de misoprostol ou de misoprostol seul n'engendrent pas en soi la mort d'un fœtus viable (Organisation mondiale de la santé, 2012). Le fœticide est pratiqué via une brève intervention invasive guidée par ultrasons sous anesthésie locale et au cours de laquelle un agent provoquant l'arrêt cardiaque du fœtus est administré par la veine ombilicale et/ou le cœur du fœtus. La D&E chirurgicale n'est actuellement pas couramment utilisée en Belgique pour interrompre une grossesse avancée dans le cas d'une affection de santé de la femme enceinte ou du fœtus. Parmi les explications possibles, citons : la nécessité éventuelle d'une autopsie ou d'une imagerie post-mortem (IRM, CT, ...), qui nécessite un fœtus intact ; le souhait éventuel de la femme/du couple de voir un fœtus intact après l'expulsion ; le manque de connaissances professionnelles pour effectuer une D&E ; un risque potentiel de complications pouvant compromettre la fertilité future (Scholten *et al.*, 2013)¹¹⁶ ; ainsi qu'une préférence générale des professionnels de la santé impliqués pour l'avortement médicamenteux en raison d'une implication moins active dans la procédure par rapport à la D&E¹¹⁷. Le chapitre 5.3. traite des implications juridiques et pratiques des procédures d'avortement pour motif médical, et notamment des conséquences respectives de l'avortement médical lié à la santé de la femme enceinte ou à la santé du fœtus.

5.1.5 Complications

Il est difficile d'obtenir des données comparatives approfondies sur les complications relatives à chacune des deux méthodes : « Les complications à la suite d'un avortement chirurgical ou médicamenteux sont peu fréquentes, mais les données nationales sur les taux de complications ne sont pas systématiquement recueillies, même dans les pays disposant de registres solides. » (ESHRE Capri Workshop Group, 2017).

¹¹⁶ L'étude compare les femmes qui ont déjà subi un avortement à celles qui n'en ont pas subi. Les risques globaux de l'avortement chirurgical ont été considérés comme faibles dans l'étude. De plus, l'étude n'a pas recueilli de données exactes sur la technique utilisée, ce qui ne permet pas d'évaluer si les risques observés sont similaires ou distincts pour les méthodes d'avortement chirurgicales par rapport aux méthodes médicales.

¹¹⁷ Raisons mentionnées dans l'étude à paraître de F. De Meyer *et al.*, qui a interrogé 23 gynécologues d'hôpitaux flamands participant à la prise de décision sur l'interruption de grossesse après 12 semaines. Voir également (Harries et Constant, 2020).

Le relevé des complications ne semble pas permettre de favoriser l'une ou l'autre méthode, mais constitue plutôt un indicateur pour de possibles améliorations du protocole et des points d'attention pendant la procédure et le suivi. Les risques de complications et leur probabilité augmentent avec l'âge gestationnel auquel l'avortement est pratiqué (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Toutefois, l'avortement médicamenteux comme chirurgical présente toujours des taux de morbidité et de mortalité inférieurs à ceux d'une grossesse menée à terme suivie d'un accouchement (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). En ce qui concerne l'avortement pratiqué au cours du deuxième trimestre, les directives du NICE et du RCOG recommandent de proposer le choix de la méthode à la patiente, n'ayant observé aucune différence significative liée aux deux techniques en termes de complications (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; National Institute for Health Care Excellence, 2019). Cette affirmation repose sur une évaluation des complications suivantes : hémorragie sévère, avortement incomplet, lésion utérine, infection.

Dans une étude comparative, le taux de mortalité lié à l'avortement, quel que soit le stade gestationnel, a été établi à 0,7 pour 100 000 interventions aux États-Unis entre 2000 et 2009 (Raymond *et al.*, 2014). Ce taux a ensuite été comparé au taux de mortalité de la chirurgie plastique pratiquée par des établissements accrédités en Floride (0,8 pour 100 000 procédures) ou dans tout le pays (1,7 pour 100 000 procédures) à sur une période de temps similaire. L'étude conclut à l'acceptabilité des risques liés à l'avortement comparé aux interventions ambulatoires. À titre de comparaison, le taux de mortalité maternelle à la naissance en Belgique est estimé à 4,1 pour 100.000 naissances vivantes en 2017 (Organisation mondiale de la santé, 2019), bien que les données du Belgian Analysis system for Maternal Mortality (BAMM) fournissent dans leurs résultats préliminaire des taux beaucoup plus élevés¹¹⁸.

5.1.5.1 Avortement médicamenteux

L'avortement incomplet est la complication la plus fréquemment rencontrée dans le cas d'avortements médicamenteux. En dépit d'une administration correcte des produits pharmaceutiques, la rétention de produits de conception peut être observée. Une intervention chirurgicale est alors nécessaire (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 ; ESHRE Capri Workshop Group, 2017). On estime que 2 à 5 % des grossesses interrompues par l'association de mifépristone-misoprostol nécessitent une intervention chirurgicale supplémentaire pour retirer les produits de la conception retenus (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Le RCOG indique que, pour les grossesses jusqu'à 12 semaines post-conception (14 SA), l'avortement médicamenteux est plus susceptible de déboucher sur un avortement incomplet que l'avortement chirurgical par aspiration (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Toutefois, en ce qui concerne les grossesses à un stade précoce, l'avortement médicamenteux fournit de meilleurs résultats que l'avortement chirurgical en termes de risques d'avortement incomplet. Une étude portant sur 4132 cas d'avortement médicamenteux à moins de 7 semaines de gestation post-conception (9

¹¹⁸ <https://www.b-oss.be/bamm>

SA) présente un taux de 1,6 % d'avortement incomplet et de 0,3 % de grossesse poursuivie (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Le RCOG recommande de se fier aux signes cliniques plutôt qu'aux images échographiques, potentiellement trompeuses, pour identifier une suspicion d'avortement incomplet (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Les symptômes d'alerte sont les saignements vaginaux et les douleurs abdominales de la patiente. Les protocoles de réduction des risques comprennent l'absence d'utilisation d'échographies (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019), ainsi qu'un intervalle d'au moins 24 heures entre la prise de mifépristone et de misoprostol (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Le motif justifiant l'absence de recours à l'échographie réside dans le fait que les images échographiques hétérogènes et difficiles à interpréter, peuvent induire un diagnostic erroné de résidu placentaire et, dès lors, une intervention inutile. C'est une visite de contrôle après 2 à 3 semaines qui est conseillée, afin de s'assurer d'une évacuation complète de l'utérus. Le RCOG recommande également une prophylaxie antibiotique systématique, même en l'absence de suspicion d'infection, avant l'extraction chirurgicale des produits de la conception retenus (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Hémorragie : Le RCOG évoque que « moins de 0,2 % des interventions sont compliquées par une hémorragie de plus de 500 ml et la proportion nécessitant une transfusion est inférieure à ce chiffre. Le risque est plus faible pour les avortements précoces (0,88 sur 1000 à moins de 11 semaines post-conception) que pour les avortements tardifs (4,0 sur 1000 à plus de 18 semaines post-conception). » (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Bien que des saignements puissent survenir avec n'importe quelle méthode d'avortement, ils semblent légèrement plus fréquents avec l'avortement médicamenteux, sans que cet écart soit significatif (*Ibidem*). Il est probable que ces chiffres soient sous-estimés, en raison de la sous-déclaration probable des cas d'hémorragie les moins graves.

Une infection après un avortement médicamenteux est extrêmement rare si les avortements ont été réalisés dans des conditions sûres, comme tel est le cas pour la majorité des procédures en Europe occidentale. Bien que difficile à évaluer, on estime que le risque est inférieur à 1 % (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Le dépistage systématique des IST est recommandé (évaluation du risque). Cette mesure préventive est en effet ce qui garantit actuellement de faibles taux d'infection.

Rupture utérine : Des données contradictoires sont observées pour ce qui concerne l'avortement médicamenteux pratiqué au cours du deuxième trimestre et la rupture utérine chez les patientes ayant un utérus cicatriciel (par exemple après avoir subi une césarienne). Le risque n'est pas nul, mais jugé acceptable, nécessitant une attention accrue pour les patientes ayant déjà subi une césarienne (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

5.1.5.2 Avortement chirurgical

Hémorragie : Bien qu'elle puisse résulter de diverses causes (lésion interne du col de l'utérus ou de l'utérus, avortement incomplet, absence de contraction de l'utérus), l'hémorragie est la complication la plus fréquente après un avortement chirurgical pratiqué au cours du deuxième trimestre (Lohr, 2008). Les recommandations du RCOG font référence à une étude qui estime à 0,9 % la proportion de femmes souffrant d'une hémorragie grave après une D&E (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Infection : Le dépistage des IST (évaluation du risque), ainsi que l'administration d'antibiotiques à titre préventif sont recommandés avant la procédure d'avortement chirurgical (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Une technique complémentaire « sans contact » (« no touch ») est généralement recommandée pour que les instruments n'entrent jamais en contact avec des surfaces non stériles avant de toucher l'utérus.

La lacération du col de l'utérus et la perforation utérine sont observées, d'après le RCOG, dans 1 avortement chirurgical sur 100, bien que les avortements précoces et les praticiens expérimentés réduisent considérablement ce risque (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). ESHRE Capri Workshop Group rapporte une incidence plus faible de 0,2 à 0,4 % de perforations utérines pour les avortements chirurgicaux pratiqués au cours du deuxième trimestre (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Plusieurs stratégies de réduction des risques sont disponibles. La préparation du col, s'ajoutant aux dilateurs, réduit le risque de lacération du col et de perforation de l'utérus (Lerma and Blumenthal, 2020). Lohr (2008) insiste sur la détermination précise de l'âge gestationnel (au moyen d'une échographie), pour éviter sa sous-estimation et par conséquent une trop faible dilatation, qui constitue une cause fréquente de perforation.

Poursuite de la grossesse malgré l'avortement : Le RCOG rapporte un taux de poursuite de la grossesse de 2,3 pour 1000 avortements chirurgicaux réalisés par aspiration. Cette situation a été observée jusqu'à 10 semaines post-conception (taux calculé sur la base d'une étude portant sur 33 090 cas) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Une autre étude, également rapportée par le RCOG, estime à 0,5 % les grossesses persistantes après les procédures d'avortement utilisant la technique d'aspiration (*Ibidem*). Plusieurs facteurs augmentant le risque de poursuite de la grossesse sont énumérés : aucune grossesse antérieure de la patiente, procédures d'avortement précoces (à 4 semaines post-conception ou plus tôt), praticien moins expérimenté ou anomalies utérines chez la patiente.

Conséquences à long terme : Le risque de complication d'une D&E comme étant plus susceptible d'être associée à de sévères effets indésirables pour les grossesses ultérieures (faiblesse cervicale, fausse couche ou naissance prématurée) reste aujourd'hui un sujet de controverse, et la littérature n'est pas unanime à cet égard. Ainsi, une étude réalisée par Scholten et al. relève une association positive entre

le fait d'avoir subi un avortement chirurgical et des problèmes lors de grossesses ultérieures (accouchement prématuré, incompétence cervicale, problèmes d'implantation/rétention du placenta et hémorragie post-partum), bien que les risques absolus soient considérés comme minimes (Scholten *et al.*, 2013). L'étude de Kalish et al., évaluant les résultats de la grossesse d'une cohorte de femmes ayant subi une D&E entre 1996 et 2000, conclut que l'avortement pratiqué au cours du deuxième trimestre par D&E n'est pas un facteur de risque de naissance prématurée ou de fausse couche pour des grossesses ultérieures (Kalish *et al.*, 2002). Le RCOG établit quant à lui une corrélation entre le nombre d'avortements antérieurs et le risque de naissance prématurée pour les grossesses ultérieures, bien que d'autres facteurs, tels que le statut socio-économique, puissent aussi jouer un rôle (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Plus récemment, les techniques de D&E pré-opératoire avec préparation du col à l'aide de dilateurs osmotiques et de médicaments ont également permis de réduire les risques de traumatismes du col de l'utérus et d'améliorer les issues de grossesses ultérieures (Lohr, 2008; Lohr *et al.*, 2008).

5.2 La pratique de l'avortement à la demande

Les observations et recommandations énoncées dans cette partie du texte sont principalement issues des travaux du groupe de travail 1, chargé d'évaluer le fonctionnement actuel et les améliorations de la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les centres d'avortement et dans les hôpitaux. Ainsi, si les autres groupes ne sont pas mentionnés, cela ne reflète en aucun cas une objection de leur part. Sauf mention contraire, les positions ont été approuvées et validées par le Comité scientifique, ce qui rend le présent texte représentatif des orientations prises par ce dernier.

5.2.1 Bref historique de la formalisation du champ professionnel de l'avortement en Belgique

Quelques repères historiques sont nécessaires pour comprendre la structure actuelle de la pratique de l'avortement en tant que champ professionnel, social et médical. Comme décrit plus exhaustivement dans le chapitre 2 (**Contexte historique et sociétal de la question de l'avortement**), la pratique de l'avortement est bien antérieure à la première loi réglementant l'avortement adoptée en 1990 et on observe, à partir des années 1970 et dans le sillage des événements de mai 1968 et du mouvement féministe des années 1970, des formes de résistance vis-à-vis de l'interdiction légale de l'avortement. En Belgique, la résistance prend la forme, non seulement d'un activisme et de manifestations pro-avortement, mais aussi de l'action de médecins et des bénévoles qui pratiquent des avortements dans de bonnes conditions médicales, pour un coût faible ou nul, ce qui contraste avec de nombreux pays où l'avortement illégal était coûteux et souvent dangereux.

Entre ces mobilisations des années 1970 et la loi du 3 avril 1990, diverses formes d'organisation du champ de l'avortement font leur apparition dans le paysage belge. Dans les hôpitaux, on trouve des médecins engagés en faveur du droit à l'avortement, tant dans la partie francophone que dans la partie néerlandophone du pays tels que le Dr Willy Peers, le professeur Pierre-Olivier Hubinont (ULB) et le professeur Jean-Jacques Amy (VUB). Du côté francophone, plusieurs hôpitaux sont engagés dans la pratique de l'avortement. Du côté néerlandophone, l'AZ-VUB est le seul à le faire à partir de 1977.

Dans les centres extra-hospitaliers, deux stratégies distinctes émergent, qui conduisent à la structuration actuelle des centres d'avortement des deux côtés de la frontière linguistique. Du côté néerlandophone, la CCNAC (Centrale Coordinatie van Nederlandstalige Abortus Centra) est créée en 1980 ; le KAC (Kollectief Anti Conceptie) de Gand et le CEVO¹¹⁹ de Bruxelles pratiquent des avortements dans des « abortuscentra » avec le soutien de STIMEZO¹²⁰ aux Pays-Bas et sur la base du même modèle organisationnel que cette organisation : un réseau de médecins généralistes,

¹¹⁹ "Centrum voor Verantwoord Ouderschap" : Centre pour une parentalité responsable.

¹²⁰ "Stichting Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking" : Fondation pour une interruption de grossesse médicale-ment responsable.

de gynécologues et de centres de planning familial flamands (CGSO : Centra voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding) leur adresse les femmes sollicitant l'avortement. L'influence du modèle néerlandais de STIMEZO et la peur de la répression conduisent à développer un modèle de cliniques spécialisées dans l'avortement, connectées à un réseau de soignants, mais qui demeurent sécurisées et isolées pendant les décennies où les interventions d'avortement sont illégales. Du côté francophone, à partir de 1975, certains centres de planning familial prennent la décision de pratiquer des avortements à Bruxelles. Ils se regroupent en 1979 et créent le GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement). Dans le même esprit de rébellion que les médecins susmentionnés pratiquant l'avortement au grand jour malgré l'interdiction, ces centres de planning familial suivent la stratégie consistant à inclure la prise en charge de l'avortement dans leurs autres missions de prévention, de soins reproductifs et de conseil en général.

Ce parcours historique explique le contraste existant en termes d'organisation du champ et ce qui a amené la communauté flamande à opter pour un modèle de spécialisation et de centralisation des soins liés à l'avortement, tandis que la communauté française a intégré ces soins dans un vaste réseau de centres de planning familial. Ainsi, il existe actuellement 33 centres extra-hospitaliers pratiquant des avortements du côté francophone (dont 1 est relié à un hôpital) et 7 centres du côté néerlandophone (dont 1 est relié à un hôpital).

Depuis 2002-2003, les centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement ont la possibilité de signer une convention avec l'INAMI qui permet le remboursement des soins liés à l'avortement. La convention INAMI concerne 32 centres francophones et 5 centres flamands.

5.2.2 Interruption de grossesse à la demande en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Région flamande

5.2.2.1 Étapes du processus dans les centres d'avortement

Premier contact

La toute première étape de l'obtention d'un avortement consiste à contacter un centre extra-hospitalier pratiquant l'avortement. Les femmes confrontées à une grossesse non désirée peuvent contacter ces centres par téléphone ou par courrier électronique, ou se rendre sur place (selon les centres). Ce premier contact peut être spontané ou alors procédant d'une orientation de la femme enceinte par un professionnel de la santé, ce qui permet d'organiser un premier rendez-vous.

Consultation psycho-sociale

Au cours de cette consultation, différents thèmes peuvent être abordés en détail : un aperçu du contexte personnel et social, du désir d'enfant, du statut du couple, des éventuelles difficultés personnelles et des possibilités d'aide et d'assistance, etc. Les différentes options concernant la grossesse (interruption ou non) et les options en cas de poursuite de la grossesse sont abordées, ainsi que la question de la contraception (en demandant ce qui a conduit à une grossesse non désirée, l'usage

de contraception, les besoins futurs en fonction de la situation personnelle, etc.). Les méthodes d'avortement sont présentées en détail, ainsi que les procédures afférentes, les coûts, les conditions de réalisation. En accord avec la femme, l'intervention est planifiée, après une période de réflexion de six jours minimum.

Presque tous les centres de planning familial pratiquant des avortements et les cliniques d'avortement ont une convention INAMI. Cette convention n'est destinée qu'aux centres pratiquant des avortements en milieu extra-hospitalier (ce qui explique que les centres qui pratiquent les avortements en milieu hospitalier n'aient pas de convention). Cette convention INAMI stipule la nécessité d'avoir une convention avec au moins un hôpital, comme le montre l'extrait ci-dessous :

Art. 9. Le Centre a conclu à tout moment avec le service de gynécologie d'au moins un établissement hospitalier de son choix une convention de collaboration avec un protocole écrit où le contenu et la forme de la collaboration sont concrètement élaborés sur le plan de l'organisation.

Dans son ensemble la collaboration se rapporte au minimum :

- aux modalités pour la prise en charge par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire qui présente des complications au cours ou tout de suite après l'interruption de la grossesse dans le Centre, qui ne peuvent être traitées sur place ;
- aux modalités pour l'accueil par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire pour laquelle le Centre soupçonne que la poursuite de sa grossesse mettra en péril grave la santé de la bénéficiaire ou que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité, qui est reconnue comme incurable au moment du diagnostic éventuel ;
- aux modalités pour l'accueil par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire qui souhaite une interruption de grossesse sous anesthésie totale ou chez laquelle une interruption de la grossesse ne peut être effectuée que sous la supervision d'un médecin spécialiste en anesthésiologie ;
- aux modalités pour l'accueil par le Centre de chaque bénéficiaire lui étant adressée par l'établissement hospitalier qui estime qu'elle a besoin de davantage d'accueil psycho-social et de guidance que l'établissement hospitalier ne peut lui donner.

La collaboration peut aussi se rapporter à la formation continue commune du personnel et à l'échange d'expériences en matière d'interruption de la grossesse et d'information en matière de contraception, ainsi qu'en matière de prévention de maladies sexuellement transmissibles.

Avant la conclusion de cette convention de rééducation, la convention de collaboration ou l'ensemble de ces conventions de collaboration est confronté par le Collège des médecins-directeurs aux critères mentionnés à l'alinéa 2 de cet article et il est constaté que la convention de collaboration ou l'ensemble de ces conventions de collaboration y satisfait.

Consultation médicale

Le premier rendez-vous comprend un examen médical, incluant une anamnèse, un examen gynécologique, une échographie ainsi que d'éventuels examens complémentaires sur décision de l'équipe médicale (IST, groupe sanguin par exemple).

Selon l'organisation du centre, l'avortement, la discussion sur la contraception future et la consultation de suivi seront effectués par la même équipe pour toute la procédure (binôme médecin/travailleur psycho-social), soit avec l'équipe disponible au moment du rendez-vous, afin de ne pas retarder inutilement les étapes de la procédure.

L'intervention d'avortement

Après la période de réflexion, la patiente est accueillie pour un deuxième rendez-vous au cours duquel l'intervention d'avortement est exécutée après avoir signé un formulaire de consentement, comme l'exige la loi. Deux méthodes sont alors disponibles. L'avortement médicamenteux est actuellement un protocole généralement proposé à la patiente si la grossesse ne dépasse pas les 7 semaines post-conception (9 SA). Il consiste en une première phase avec la prise de mifepristone et est suivi, après un délai de 24 à 48h, d'une seconde phase avec la prise de misoprostol (prostaglandine) au centre pratiquant l'avortement. L'avortement chirurgical par aspiration est pratiqué dans les centres d'avortement extra-hospitaliers sous anesthésie locale. Après la préparation du col de l'utérus au moyen de misoprostol ou de mifepristone, le praticien procède à une aspiration à l'aide d'un appareil aspirateur. L'opération, d'une durée d'environ 15 minutes, est suivie d'un temps de repos sous surveillance médicale. Pour certains centres liés à un hôpital, l'acte chirurgical est réalisé dans l'hôpital annexe (comme dans le cas de Labyrinth avec ZNA Antwerpen, ou de City planning avec l'Hôpital Saint-Pierre).

Le choix de l'avortement médicamenteux ou chirurgical est donc déterminé par des aspects médicaux, tels que l'âge gestationnel, mais aussi par la préférence de la patiente ainsi que par d'autres déterminants (aspects psychologiques, considérations socio-économiques telles que le congé professionnel nécessaire...).

C'est par le biais de la convention INAMI que les centres pratiquant des avortements peuvent obtenir de la Mifegyne (mifepristone) auprès de la pharmacie de l'hôpital partenaire et peuvent orienter les patientes en cas de complications médicales suite à une intervention d'avortement. Dans certains cas, le principal hôpital partenaire avec lequel est établie la convention n'accepte pas de pratiquer des avortements. Ainsi, lorsqu'une anesthésie générale est nécessaire, ou si les patientes ont de graves problèmes de santé qui nécessitent de pratiquer l'avortement à l'hôpital, certains centres doivent passer un accord avec un deuxième hôpital qui accepte de prendre en charge ces interventions d'avortement.

Suivi

Un rendez-vous de suivi peut être prévu après l'intervention d'avortement. Ce suivi est proposé si la femme en émet le souhait, afin de vérifier son état médical, son état psychologique si nécessaire et de discuter de la contraception mise en place au moment de l'avortement. Il convient de noter que la majorité des femmes ne se présentent pas à ce rendez-vous de suivi. Des rendez-vous supplémentaires peuvent également être organisés si la patiente en ressent le besoin. Depuis la crise de la COVID, des consultations de suivi sont également proposées sous la forme d'une consultation vidéo ou téléphonique. Cette possibilité doit être maintenue.

5.2.2.2 Similitudes et différences entre les régions

Les centres de planning familial francophones proposent non seulement des soins relatifs à l'avortement, mais aussi autour de la santé sexuelle et reproductive (comme le dépistage et le traitement des IST) et, plus largement, de la vie affective, relationnelle et sexuelle. Ils sont également chargés de fournir des informations et du matériel éducatif concernant la santé, la sexualité, les droits reproductifs, la contraception et le planning familial global, des conseils juridiques, etc. Cela se fait par le biais de séances de conseil, de documentation et d'animations pédagogiques.

Ces centres sont structurés en plusieurs fédérations qui suivent plus ou moins la structure belge par piliers. Parmi ces centres, 33 pratiquent des avortements :

- Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF)
 - 42 centres au total
 - 22 pratiquant des avortements
- Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF FPS)
 - 19 centres au total
 - 9 pratiquant des avortements
- Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC)
 - 17 centres et un bureau secondaire
 - Aucun d'entre eux ne pratique d'avortements¹²¹
- Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF)
 - 26 centres au total
 - 2 pratiquant des avortements
- Groupe d'Action des Centres Extra hospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA). Ce groupe est formé par les centres de la FLCPF et de la FCPPF pratiquant des avortements.

En Région flamande, les cliniques d'avortement sont spécialisées dans les soins liés à l'avortement et l'accompagnement psycho-social de grossesses non planifiées/non désirées ainsi que la contraception post-avortement, tandis que les missions éducatives en matière de santé sexuelle relèvent d'un organisme distinct, Sensoa.

- Plusieurs cliniques d'avortement ont fusionné afin de former le réseau LUNA, comprenant des établissements à Anvers, Gand, Hasselt et Ostende.
- VUB-Dilemma est lié à la VUB à Bruxelles et travaille en collaboration avec LUNA.
- Le centre Labyrinth à Borgerhout fait partie de l'hôpital ZNA Sint-Erasmus (les avortements sont pratiqués à l'hôpital sous anesthésie générale ; le centre n'a pas de convention avec l'INAMI).
- L'Abortuscentrum Durmelaan est situé à Lokeren (le centre n'a pas de convention avec l'INAMI).

¹²¹ Certains de ces centres ont demandé une convention INAMI afin de pouvoir pratiquer des avortements, mais celle-ci a été refusée en raison du nombre existant de centres dans la région francophone.

Le dernier rapport de la Commission Nationale d'Évaluation (*Partie 2 : Rapports annuels des établissements de santé - page 58*) indique que les centres d'IVG extra-hospitaliers francophones et néerlandophones ont réalisé respectivement 8358 (75,5 % des IVG) dans les établissements de santé francophones et 7732 (98 % des IVG) dans les établissements de santé néerlandophones en 2019. Le tableau suivant indique le pourcentage d'interventions d'avortement en fonction du type d'établissement qui a pratiqué l'intervention, avec une répartition nationale par province et pour l'année 2019.

Figure 3 Répartition des procédures d'avortement en Belgique, selon le type d'établissement et la province de résidence

Province de résidence	Hôpital		Centre d'avortement	
2019				
Flandre occidentale	21	1,81%	1138	98,19%
Flandre orientale	121	6,55%	1725	93,45%
Anvers	40	1,36%	2897	98,64%
Limbourg	4	0,43%	928	99,57%
Brabant flamand	124	11,31%	972	88,69%
Bruxelles	886	24,78%	2689	75,22%
Brabant wallon	135	19,97%	541	80,03%
Hainaut	1178	45,26%	1426	54,74%
Namur	175	23,06%	584	76,94%
Liège	603	31,90%	1287	68,10%
Luxembourg	18	4,12%	419	95,88%
À l'étranger ¹²²	17	14,53%	99	85,47%
TOTAL	3322		14705	

Source : (Commission Nationale d'Évaluation, 2021)

¹²² Les patientes résidant hors de Belgique ne représentent qu'une petite fraction du nombre national. Pourtant, il est intéressant de noter qu'elles semblent se tourner en majorité vers les centres d'avortement.

Cette répartition indique un autre type de contraste entre les régions, la grande majorité des avortements en Flandre étant pratiqués dans des cliniques d'avortement, alors que les régions bruxelloise et wallonne sont davantage soumises à des variations locales avec une partie importante des avortements pratiqués dans des hôpitaux. Avant que l'avortement ne soit légalement autorisé, les centres d'avortement étaient les seuls à fournir des services d'avortement en Flandre et cette situation s'est manifestement maintenue. Le réseau LUNA en Flandre est en effet connu par les patientes en tant que principal prestataire d'avortement. En revanche, dans les provinces wallonnes, principalement dans le Hainaut ou à Liège, une proportion importante de femmes s'adresse à leur praticien habituel et/ou à l'hôpital local pour des interventions d'avortement, dans la continuité de leur suivi gynécologique habituel. De plus, le réseau de centres de planning familial proposant des avortements est d'une densité inégale selon les provinces. C'est également le cas des hôpitaux et des praticiens disposés à pratiquer des avortements : dans la province du Luxembourg, il est notable que très peu de praticiens pratiquent l'avortement, ce qui explique que la majorité des avortements ont lieu dans des centres d'avortement (et, plus précisément, dans le seul centre d'avortement de la province).

5.2.2.3 Étapes du processus dans les hôpitaux

Le Comité scientifique a choisi de ne pas examiner en détail le processus dans les hôpitaux, puisqu'il n'existe pas de protocole standardisé similaire au parcours de soins que l'on trouve dans les centres d'avortement. Les praticiens de l'avortement dans les hôpitaux respectent les mêmes exigences légales (consentement éclairé, période de réflexion, information, qualité des soins, etc.) que les centres d'avortement. Cependant, en raison d'accords différents (ou inexistant) avec l'INAMI en termes de facturation et en raison de l'organisation interne, les trajectoires de soin peuvent varier : certains hôpitaux organisent une consultation avec un psychologue et/ou un assistant social, alors que dans d'autres, le gynécologue est le praticien en charge de toutes les consultations. Les options en termes de techniques d'avortement (médicamenteux ou chirurgical) et de sédation ou d'anesthésie peuvent également varier d'un praticien à l'autre.

Le Comité tient à souligner que, par conséquent, les patientes ne peuvent pas savoir à l'avance à quoi s'attendre en termes de trajectoire de soins et de protocoles (sans parler de la possibilité d'objection de conscience des praticiens concernant l'avortement). Tous les hôpitaux ne pratiquent en effet pas l'avortement tandis que certains hôpitaux pratiquent l'avortement de longue date, déjà à l'époque où il était illégal, et continuent à aider les patientes qui viennent les consulter pour une grossesse non désirée. Dans certaines structures, les patientes doivent d'abord prendre rendez-vous avec un gynécologue, qui les oriente ensuite vers un travailleur psycho-social lors d'un autre rendez-vous. D'autres hôpitaux ont organisé un parcours de soins plus intégré, semblable à celui des centres de planning familial ou des centres d'avortement (en un seul rendez-vous). Certains hôpitaux travaillent en collaboration avec un centre d'avortement en raison de leur expertise en matière de traitement des grossesses non planifiées ou non désirées.

La fusion des hôpitaux a elle aussi entraîné des changements importants en matière d'avortement. Certains hôpitaux ne pratiquaient pas d'avortements avant cette fusion et n'ont commencé à le faire que depuis ; tandis que d'autres hôpitaux ont cessé de proposer les soins liés à l'avortement depuis lors.

Même si l'interruption de grossesse devrait être considérée comme faisant partie des soins médicaux standard, de nombreux hôpitaux ne pratiquent toujours pas d'avortements à la demande et n'acceptent de prendre en charge que des avortements pour raison médicale. Bien qu'il puisse y avoir des raisons historiques à cela et qu'une expertise adéquate soit disponible dans les centres d'avortement spécialisés, la séparation des soins d'avortement des autres soins médicaux peut être perçue comme une attitude stigmatisante.

Les membres du groupe de travail 1 font état d'un manque évident de connaissances chez certains gynécologues concernant la loi sur l'avortement : certains pensent que l'avortement n'est autorisé que jusqu'à 12 semaines après les dernières règles ; d'autres ne connaissent pas la révision légale de 2018 rendant possible le raccourcissement de la période d'attente de 6 jours pour des raisons médicales ; d'autres encore ne savent pas que s'ils ont recours à l'objection de conscience, la loi les oblige à orienter les patientes vers un établissement ou un praticien pratiquant l'avortement.

Outre le rôle évident des hôpitaux face aux patientes présentant des situations médicales particulières qui nécessitent les techniques et l'expertise plus importantes de l'hôpital, un certain nombre de patientes s'adresse aux hôpitaux parce qu'ils sont les seuls établissements où les interventions d'avortement peuvent être effectuées sous anesthésie générale. Ce fait bien connu explique que les praticiens et les centres d'avortement orientent immédiatement vers les hôpitaux les patientes qui préfèrent (ou nécessitent) cette méthode de sédation, à moins que les patientes conscientes de ce fait ne fassent de l'hôpital leur premier choix précisément pour cette raison. En conséquence, la plupart des avortements pratiqués à l'hôpital le sont sous anesthésie générale, bien que ce ne soit pas systématique. La transparence des pratiques et des protocoles serait un atout pour que les femmes puissent faire un choix éclairé et choisir leur propre trajectoire de soins.

5.2.3 Qualité des soins dans le processus d'avortement

La première étape consiste à rencontrer la femme enceinte qui demande un avortement et à avoir un entretien individualisé au cours duquel sa volonté et ses besoins sont évalués en fonction de son histoire personnelle et médicale. L'entretien psycho-social est suivi d'un examen médical qui permettra d'évaluer l'âge de la grossesse, les éventuelles conditions médicales et la ou les méthodes d'avortement à envisager ; parfois, certains tests additionnels seront effectués (détection des IST, groupe sanguin). Ce processus en deux étapes est considéré par le Comité scientifique comme un atout pour la qualité de la prise en charge de l'avortement et nous recommandons de conserver cette répartition de l'expertise entre un suivi psycho-social et l'aspect médical de la procédure.

Deux aspects principaux doivent guider le processus d'avortement et la relation avec la femme enceinte : l'individualisation des soins et une relation de confiance. Les professionnels et experts du groupe de travail et du Comité scientifique considèrent que ces aspects sont au cœur de la mission des prestataires de services d'avortement de première ligne. Cependant, dans la situation actuelle, cela signifie parfois que certains éléments des exigences légales se trouvent en conflit direct avec des critères de soins médicaux de qualité, ce qui rend impossible leur mise en œuvre dans tous les cas. Les informations obligatoires telles qu'elles sont standardisées dans la loi actuelle sont un exemple d'exigence en conflit avec la notion de bonne pratique : la mention obligatoire d'information inadaptées à la situation individuelle de la femme enceinte conduit à plus de stigmatisation et de confusion que l'option de personnaliser le contenu de l'entretien, comme cela sera développé plus loin.

Le fait de traiter avec l'intimité des patientes, de leurs antécédents médicaux, à la vie sentimentale et/ou sexuelle de la patiente en passant par leur état potentiel de vulnérabilité exige que la patiente ressente une confiance dans les prestataires de soins et qu'elle puisse communiquer ces informations personnelles et médicales en toute honnêteté.

5.2.3.1 Exigences légales liées à l'avortement : informations obligatoires

Les conditions permettant l'instauration d'un tel climat de confiance et d'honnêteté reposent sur une approche individualisée pour évaluer les besoins et la situation de la femme enceinte. Si nécessaire, les causes qui ont conduit à la grossesse (qu'elle ait été initialement planifiée ou non) sont explorées ainsi que les éventuels problèmes personnels ou médicaux que la femme est prête à partager.

Une telle approche individualisée contribue à éviter une image préconçue et stéréotypée des femmes qui demandent un avortement. Elle permet également une adaptation sur mesure à la situation personnelle réelle de la patiente et favorise une décision autonome concernant l'avortement et le processus d'avortement. Les membres du groupe de travail ainsi que le Comité scientifique estiment qu'une approche individualisée n'est pas compatible avec une liste d'informations obligatoires. Ils préconisent une approche fondée sur les bonnes pratiques, qui consiste à disposer d'une liste de sujets susceptibles d'être abordés, mais en adaptant ceux qui sont abordés, leur contenu et la manière dont ils sont dispensés à la situation spécifique de la patiente.

Contraception

Conformément aux exigences légales, la contraception est toujours abordée, tant en ce qui concerne l'utilisation antérieure d'une contraception qu'en ce qui concerne le choix de la contraception pour la période suivant l'intervention d'avortement. Si la grossesse est due à un échec de contraception ou si la patiente n'est pas satisfaite de son mode de contraception actuel, ces discussions sont une occasion de trouver une option plus adaptée avec les spécialistes. Le Comité scientifique considère que la contraception fait partie intégrante de la prévention des grossesses non désirées

et doit rester un point de discussion incontournable dans le contexte de l'intervention d'avortement.

Aide financière pour la parentalité

Selon les dispositions légales actuelles, l'existence d'une aide financière de soutien à la parentalité (allocations familiales par exemple) doit être systématiquement mentionnée lors de l'entretien psycho-social. Les travailleurs de terrain précisent que ces aspects ne sont cependant abordés que lorsque les questions financières semblent être un facteur pesant dans la décision d'avorter ou de garder la grossesse, ce qui n'arrive pas dans tous les cas. Il est alors discuté à la fois de la manière dont les questions financières peuvent affecter la décision dans les circonstances immédiates et de la question de savoir si une aide financière pourrait changer la perspective d'un enfant potentiel dans le futur. Cependant, les membres du Comité insistent sur le fait que les raisons menant à la demande d'avortement sont généralement multifactorielles, et que les problèmes financiers sont rarement la seule raison. Les problèmes financiers ne sont généralement qu'un élément révélateur d'une situation de précarité globale, que la personne demandant l'avortement ne trouve pas compatible avec le fait d'élever un enfant. Par conséquent, bien que l'aide financière à la parentalité soit une option bienvenue, nous sommes également très conscients que ce n'est pas une solution suffisante pour de nombreux avortements perçus comme liés à des raisons financières.

Adoption

Les professionnels et les experts du groupe de travail 1 expriment unanimement que, dans la situation actuelle, les possibilités en matière d'adoption ne sont presque jamais mentionnées à la patiente. Ils considèrent qu'il est particulièrement préjudiciable ne serait-ce que de mentionner l'option de mener à terme une grossesse non désirée à une personne qui cherche explicitement à mettre fin à cette grossesse, ou à une personne qui hésite entre interrompre la grossesse ou élever l'enfant. Compte tenu du tabou qui entoure l'avortement, les patientes ont déjà du mal à trouver des environnements où leur demande d'avortement est comprise et respectée sans être jugée. L'adoption n'est mentionnée que dans des cas spécifiques qui se produisent très rarement : si la patiente évoque spontanément l'adoption ou si l'âge gestationnel a dépassé le délai légal pour un avortement (en Belgique ou dans d'autres pays) et que la patiente ne veut pas, ou n'a pas la capacité, d'avoir et d'élever un enfant. L'avortement se conçoit comme une solution potentielle pour celles qui ne souhaitent pas poursuivre une grossesse, tandis que l'adoption est une solution potentielle pour celles qui ne souhaitent pas garder et élever l'enfant né au terme d'une grossesse.

Ariane Van den Berghe, « adoptie ambtenaar » pour la Communauté flamande, a explicitement déclaré à la Chambre des représentants lors de l'audition de 2018 (Doc. Parl. Chambre 2018, doc. n° 54 3216/003), qu'il n'existe qu'une relation très faible entre le choix de l'avortement et le choix de confier un enfant aux services d'adoption. Le seul lien entre les deux options est qu'elles offrent une solution potentielle à

une grossesse non désirée. Il n'existe pas de parcours type pour une décision d'adoption, ni en termes de profils socio-démographiques des femmes, ni en termes d'âge gestationnel auquel la décision est prise (elle peut être décidée très tôt dans la grossesse ou à un stade ultérieur, être une décision très rapide et ferme ou une décision progressive, qui nécessite un accompagnement à long terme par des services d'adoption spécialisés). Une telle décision est considérée comme très difficile et, parmi les femmes enceintes qui ont exprimé le souhait de confier l'enfant à naître aux services d'adoption, seul un tiers fera finalement ce choix. L'adoption doit être considérée comme un processus de décision spécifique, qui nécessite des conseils et un suivi de la part d'équipes spécialisées, et ne doit en aucun cas être présentée comme une simple alternative à l'avortement. L'histoire des femmes des années 60, 70 ou 80 qui ont dû recourir à l'adoption par manque d'options ou en raison de pressions extérieures (sociales ou morales) est une histoire violente selon l'experte.

Le fait que l'adoption soit une voie décisionnelle spécifique, éloignée de l'avortement, est confirmé par la Turnaway Study, une étude longitudinale menée aux États-Unis qui compare les résultats à long terme d'une cohorte ayant obtenu un avortement et d'une autre cohorte s'étant vu refuser un avortement¹²³. Parmi les femmes qui se sont vu refuser l'option de l'avortement, seule une petite partie (9 %) a opté pour l'adoption (Sisson *et al.*, 2017). Selon les auteurs, cela montre que l'adoption n'est envisagée qu'en dernier recours, lorsque les deux autres options privilégiées, à savoir l'avortement puis la parentalité, ne sont plus accessibles pour des raisons juridiques ou pratiques. Ainsi, pour les femmes qui vivent une grossesse non planifiée ou non désirée, confier l'enfant à l'adoption semble ne pas être une option parmi d'autres, mais l'option qui reste lorsque les autres possibilités ont été écartées.

Les experts de terrain du groupe de travail 1 rejoignent l'opinion et l'expérience d'Ariane Van den Berghe ainsi que le chapitre de l'étude Turnaway sur l'adoption : même à l'heure actuelle, être forcée ou poussée à mener une grossesse non désirée et à confier l'enfant à l'adoption constitue une expérience traumatisante. De même, présenter systématiquement l'adoption comme une alternative à l'avortement n'est pas seulement simpliste, c'est aussi méconnaître la variété des expériences d'une grossesse non désirée et l'état émotionnel, voire traumatique, qu'elle peut induire. Pour ces raisons, et afin d'assurer un conseil qualitatif et respectueux, la grande majorité des travailleurs psycho-sociaux et des praticiens de l'avortement font le choix éthique de ne pas mentionner l'adoption, sauf dans des cas spécifiques, lorsqu'elle est pertinente ou mentionnée par la femme enceinte elle-même.

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

⁸⁰ ansirh.org/turnaway

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».

À 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.

5.2.3.2 Exigences légales avant l'avortement : délai d'attente

Actuellement, une période d'attente obligatoire de six jours doit être respectée entre le premier rendez-vous et l'intervention d'avortement. Depuis le changement légal de 2018, il existe toutefois une possibilité de raccourcir ce délai pour des raisons médicales urgentes. Pour les patientes qui se présentent dans les centres d'avortement en étant proche de la limite légale de l'âge gestationnel de 12 semaines post-conception (14 SA), la période de réflexion de six jours est maintenue, mais n'est pas prise en compte au moment de l'intervention elle-même, ce qui conduit à l'avortement légal de grossesses jusqu'à 12 semaines et 6 jours post-conception. D'autre part, certaines patientes ont besoin ou demandent un délai supplémentaire après la période de six jours pour prendre une décision. Dans ce cas, des rendez-vous et des entretiens supplémentaires peuvent être planifiés avec l'équipe psycho-sociale.

Les membres des groupes de travail tiennent à souligner que la période d'attente obligatoire n'est qu'une partie de la période d'attente totale et que, la plupart du temps, elle ne chevauche pas la période pendant laquelle les patientes délibèrent activement sur le fait d'avorter ou non. La plupart des patientes entament en effet le processus de réflexion avant de contacter et de se rendre dans un centre d'avortement. Pour les patientes qui ont pris leur décision finale avant de s'adresser à une clinique d'avortement, la période de réflexion obligatoire supplémentaire représente une charge sans présenter de réel intérêt. Cependant, toutes les patientes ne sont pas immédiatement certaines de leur décision et l'équipe psycho-sociale est disponible pour autant de consultations que nécessaire, avec autant de délai que nécessaire. Les patientes qui n'ont pas pris leur décision finale opteraient dès lors pour une période de réflexion, qu'elle soit obligatoire ou non. Par conséquent, pour ces personnes également, le caractère obligatoire de la période de réflexion n'apporte aucun avantage. Pour les patientes exprimant un haut niveau de certitude, en revanche, la période de réflexion obligatoire n'est pas seulement superflue, elle est également considérée comme potentiellement nuisible (Visser *et al.*, 2005; Joyce *et al.*, 2009). Elle maintient en effet la patiente dans un état de dépendance vis-à-vis de l'autorité médicale, obligée de différer le service médical requis, ce qui va à l'encontre de l'autonomie de la patiente. En outre, cette période de réflexion oblige la femme enceinte à vivre et à ressentir les symptômes d'une grossesse explicitement non désirée et la maintient dans un état d'insécurité émotionnelle (Vandamme, 2017).

La littérature grise (Jookken and Sermeus, 2002) et scientifique (Visser *et al.*, 2005; Victorian Law Reform Commission, 2008; Joyce *et al.*, 2009), ainsi que les enquêtes

auprès des femmes et des experts de terrain en 2018 (Doc. Parl. Chambre 2018, doc. n° 54 3216/003) convergent en faveur de la suppression d'une période de réflexion obligatoire. Cette suppression ne ferait donc que supprimer l'aspect obligatoire, et permettrait une période de réflexion sur mesure, en accord entre l'équipe psycho-sociale et médicale et la patiente, afin de correspondre au besoin réel de cette dernière et à son propre processus de décision.

On peut également faire valoir que la période de réflexion augmente inutilement l'âge gestationnel, et donc la difficulté et les risques associés à l'intervention d'avortement. Pour les grossesses plus avancées (à partir de +/- 10 semaines post-conception), bien qu'elles restent dans le cadre du terme légal de l'avortement à la demande, le protocole d'avortement se complique avec chaque jour supplémentaire.

La période de réflexion obligatoire de six jours prive également un nombre considérable de patientes du choix de recourir à un avortement médicamenteux (en Belgique, il est généralement proposé jusqu'à 7 semaines post-conception (9 SA)).

Des questions pratiques se posent également quant au mode de calcul de la période de réflexion et à son application par les différents acteurs du secteur. Tout d'abord, la méthode de calcul peut aussi être légèrement différente d'un centre à l'autre (la période de 6 jours peut commencer le jour du 1er rendez-vous ou bien le jour suivant). Les points de vue divergent également quant au moment où la période de réflexion commence à courir : certains considèrent qu'elle commence à partir du premier rendez-vous avec un médecin (généraliste ou gynécologue) qui oriente la patiente, ou de la première échographie à l'hôpital, tandis que d'autres tiennent compte de la nécessité d'une unité de lieu et calculent la période à partir du premier rendez-vous dans le centre d'avortement qui pratiquera l'intervention. Les patientes envoyées par un médecin dans un centre d'avortement peuvent donc avoir une période de réflexion beaucoup plus longue que 6 jours depuis leur première demande d'avortement. Le chapitre 3 (Analyse de la législation relative à l'avortement) souligne les ambiguïtés juridiques qui peuvent expliquer ces différentes interprétations.

Ces différences dans le calcul du début de la période d'attente de 6 jours sont également différentes d'une mutualité à l'autre, ce qui a des conséquences financières pour les centres d'avortement. En outre, il convient de noter que, bien qu'il s'agisse d'une disposition légale, il existe des restrictions appliquées indûment par certains organismes mutualistes. Certaines mutualités semblent ignorer la nouvelle loi de 2018 concernant la période de réflexion obligatoire et la possibilité de la raccourcir. La majorité des cliniques et centres d'avortement se sont par exemple heurtés à des refus de remboursement de la part de certaines mutualités lorsque la période de réflexion est raccourcie pour des raisons médicales urgentes (ce qui est autorisé par les nouvelles dispositions depuis la loi de 2018). Cette situation a pour conséquence que les centres d'avortement consacrent plus de temps et d'argent au travail administratif et à des négociations de ce type. La convention INAMI doit également être adaptée à la nouvelle loi de 2018 (les discussions sont en cours). Les membres du

groupe de travail tiennent à souligner que la gestion administrative des mutualités, les conventions INAMI et le remboursement ne s'alignent pas toujours assez rapidement sur les changements légaux. En cas de nouvelle adaptation légale des dispositions relatives à l'avortement, il serait crucial de veiller à ce que les processus administratifs soient mis à jour en conséquence et dans les plus brefs délais.

Il convient de noter que les hôpitaux pratiquant l'avortement ne rencontrent pas de problèmes similaires, car, pour eux, il n'existe pas de code INAMI spécial pour l'avortement (ils utilisent dans la facturation principalement le code « curetage » également utilisé pour les fausses couches).

Compte tenu de ces arguments et de ces expériences, les membres du groupe de travail et le Comité scientifique recommandent à l'unanimité la suppression de la période d'attente obligatoire de six jours dans les textes légaux. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille supprimer toute forme de période de réflexion : un délai d'attente doit être laissé à l'appréciation des professionnels et de la patiente, en fonction des *guidelines* de bonnes pratiques. Le groupe de travail 1 recommande une série de bonnes pratiques et adaptations dans le cadre de la période de réflexion définies comme suit :

- La première consultation psycho-sociale et l'avortement peuvent (mais ne doivent pas) avoir lieu le même jour, afin que les femmes aient le temps de « digérer » les informations fournies lors de la première consultation. La première consultation peut être une consultation à distance (voir la section 5.2.4.4. **Gestion à distance des avortements**), mais elle doit porter sur les éléments décrits ci-dessous.
- Un premier rendez-vous psycho-social et médical doit avoir lieu à la demande de la patiente. Pour les structures qui proposent des avortements, la possibilité d'offrir également des conseils de la part de professionnels psychologiques et sociaux spécialement formés dans le domaine de l'avortement constitue un critère de qualité.
- À l'occasion de cette consultation, les professionnels décident avec la patiente de la période de réflexion avant l'intervention d'avortement. Des consultations psycho-sociales supplémentaires peuvent être prévues si nécessaire et la période peut être prolongée.
- Il est également recommandé que ce qui est considéré comme la première consultation soit la toute première consultation avec un prestataire de soins où la patiente demande un avortement, quel que soit l'endroit où elle a eu lieu : dans un hôpital, dans un centre d'avortement ou lors d'une consultation médicale (médecin généraliste, gynécologue, psychiatre...).

Les membres du groupe de travail ainsi que le Comité scientifique recommandent unanimement le maintien de deux consultations séparées dans le temps, afin de garantir la meilleure qualité de soins possible. Ils sont également d'accord à l'unanimité sur la suppression de la période d'attente obligatoire actuelle de six jours.

Ils proposent deux options qui pourraient remplacer avantageusement la période d'attente existante.

- L'option 1) consiste à supprimer entièrement le délai légal de la législation et à s'appuyer plutôt sur des recommandations de bonnes pratiques.

Cette option va de pair avec l'insistance sur le fait que la procédure d'avortement ne devrait pas avoir lieu le même jour calendrier que la première consultation, toujours conformément aux bonnes pratiques.

Argument : Cette option est conforme aux recommandations internationales sur les soins liés à l'avortement. Une autre raison de ne pas inscrire de délai légal dans la loi réside dans la prise en compte des circonstances exceptionnelles dans lesquelles les femmes en situation précaire et/ou urgente ayant une demande d'avortement très claire, bien informée et bien réfléchie pourraient être aidées plus efficacement.

- L'option 2) consiste à conserver un délai légal, de manière à ce que la procédure d'avortement n'ait pas lieu le même jour calendrier que la demande d'avortement.

Argument : L'objectif de cette disposition est de prévenir les abus potentiels et une approche commerciale de l'avortement qui pousserait à une intervention d'avortement plus rapide sans un conseil psycho-social approprié.

Le groupe de travail et le Comité scientifique recommandent de supprimer le délai d'attente de 6 jours et

soit de supprimer toute référence à un délai obligatoire en s'appuyant sur les bonnes pratiques sur le consentement éclairé

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 tandis que les membres du groupe de travail n'expriment pas de préférence marquée pour une option ou une autre.

5.2.3.3 Motifs de l'avortement

Les patientes qui demandent un avortement sont généralement confrontées à une grossesse non désirée. Il convient néanmoins d'établir une certaine distinction entre les grossesses non prévues et non désirées (David, 2011; Vandamme, 2017). Les grossesses non prévues sont généralement causées par des rapports sexuels associés à une absence de contraception (que ce soit par indisponibilité ou omission, pression pour ne pas l'utiliser ou manque de connaissances à ce sujet), à la mauvaise utilisation de la contraception ou au mauvais fonctionnement de la méthode contraceptive utilisée. Il convient de noter que 60 % des personnes demandant un avortement en Belgique utilisaient un moyen de contraception (Commission Nationale d'Évaluation, 2021). Une grossesse non prévue amène à poser des choix : poursuivre la grossesse, ce qui la transforme en une grossesse désirée ; ou alors, l'assimiler à une grossesse non désirée, ce qui peut conduire à un avortement. D'un autre côté, une grossesse initialement prévue et voulue peut changer de nature (en raison d'un changement dans la situation du couple, dans la relation, dans les circonstances pratiques, etc.) et devenir non désirée. Dans les cas extrêmes de coercition reproductive, la grossesse peut être planifiée, mais non désirée par la personne enceinte. Ces différentes trajectoires entre l'intention et la volonté peuvent également se mêler à des attitudes d'ambivalence et à d'ambiguïté au cours du processus de décision, ce qui rend le conseil d'autant plus important pour garantir une décision autonome. Le Comité scientifique tient à souligner que, si la loi n'impose plus fournir un motif à la demande d'avortement, le rendez-vous psycho-social apparaît comme une étape nécessaire pour assurer une prise en charge qualitative de l'avortement, notamment au regard des situations complexes qui peuvent être rencontrées.

Dans la société occidentale moderne, la parentalité n'est plus considérée comme un destin par défaut, mais plutôt comme un choix conscient. C'est au regard d'une notion de bonne parentalité et de qualité de vie de l'enfant à naître que la plupart des parents préfèrent décider quand et dans quelles conditions poursuivre une grossesse, d'où le recours à l'avortement si ces bonnes conditions ne sont pas réunies (Vandamme, 2017). Néanmoins, certains groupes socio-démographiques, en particulier ceux confrontés à un faible niveau d'éducation, sont plus exposés aux risques de grossesses imprévues, tandis que d'autres groupes ont tendance à garder ces grossesses non planifiées et parfois non désirées pour des raisons culturelles ou religieuses (Vandamme, 2017). Les trajectoires de ces groupes à risque spécifiques rappellent la nécessité d'un travail continu de sensibilisation et d'information concernant la disponibilité et les options en matière de contraception, de grossesse et d'avortement.

Le rapport de la Commission d'Évaluation Nationale donne un aperçu intéressant des raisons qui poussent les femmes à demander un avortement (Commission Nationale d'Évaluation, 2021). Même si la notion de « situation de détresse » a été supprimée de la loi sur l'avortement de 2018, les praticiens de l'avortement ont toujours la possibilité de remplir un formulaire portant sur les motifs d'avortement de leurs patientes. Il convient de noter qu'un certain biais de la part des patientes ne peut être exclu :

les attentes morales et sociales entourant l'avortement peuvent peser dans les motifs fournis par les patientes, bien que la mention du motif soit désormais facultative. En outre, la mention d'une seule raison tend à simplifier un processus de décision qui, le plus souvent, repose sur un faisceau de raisons plutôt que sur un seul aspect.

Depuis la suppression de la notion de « situation de détresse », la majorité des femmes demandant un avortement motivent leur demande par l'absence d'intention d'avoir un enfant. Parmi les 22 519 avortements répertoriés par la Commission en 2019, 27,42% étaient répertoriés comme motivés par l'absence de souhait d'enfant (dans l'absolu ou, car la famille est complète)¹²⁴, 14,21% par des problèmes relationnels, 13,23% par le statut socio-démographique de la femme enceinte (âge, situation professionnelle, personnelle, etc.), 9,37% par une situation d'instabilité matérielle, 3,6% motivés par des causes médicales (santé maternelle ou fœtale), 0,19% par un viol ou un inceste à l'origine de la grossesse et 31,96% par des raisons autres¹²⁵ (Commission Nationale d'Évaluation, 2021). Les motifs personnels, socio-économiques, relationnels et culturels sont donc susceptibles de s'entremêler une fois décortiquées les nombreuses explications sous-jacentes. La décision est également prise dans une perspective temporelle bidimensionnelle : elle est ancrée dans le moment où la grossesse est identifiée, mais tient également compte d'une projection dans l'avenir de l'enfant potentiel (Vandamme, 2017).

5.2.4 Agencité de la patiente tout au long du processus

5.2.4.1 Soins centrés sur la patiente : décisions éclairées et autonomie

Comme mentionné plus haut, les équipes psycho-sociales et médicales travaillant dans les centres et cliniques d'avortement considèrent que le suivi individualisé de la patiente et le soutien de son processus de décision personnel constituent leur mission essentielle. Placer la patiente au centre du parcours de soins nécessite d'individualiser et de personnaliser la consultation en fonction de ses besoins en termes de temps, de disponibilité, d'information et de bien-être émotionnel. Il convient de prêter attention à l'aspect de la prestation de soins holistiques, en mettant l'accent sur le bien-être physique, psychologique, social, voire religieux ou spirituel de l'individu. Les recommandations ci-dessus concernant l'information et la période de réflexion vont dans ce sens.

Dans son travail de doctorat, Joke Vandamme (2017) a analysé de manière approfondie le processus de décision d'un grand nombre de femmes ayant sollicité le réseau LUNA (Hasselt, Gand, Anvers, Ostende et Bruxelles (VUB)) concernant leur grossesse (un échantillon de 971 femmes a été analysé à ce sujet). Ce travail apporte

¹²⁴ Malgré certaines craintes que le NIPT et l'identification précoce du sexe du fœtus puissent conduire à des décisions d'avortement motivées par la sélection du sexe, les experts de terrain du groupe de travail 1 affirment qu'il s'agit d'une situation extrêmement rare dans la pratique quotidienne.

¹²⁵ Cette motivation de situation est passée d'un taux de 3.35% en 2018 à un taux de 31.96% en 2019 en raison de la suppression de l'obligation de témoigner d'un état de détresse et donc de motiver l'avortement. La mention des autres motifs s'en trouve érodée, certains dans une plus forte mesure (pas de souhait d'enfant, famille complète, jeune âge ou statut étudiant), qui semble témoigner d'un moins grand besoin de se justifier dans certains cas.

un éclairage sur le processus de décision, mais aussi sur les critères qualitatifs du conseil, permettant une décision éclairée et le bien-être de la patiente à court et long terme.

L'un des premiers paramètres à reconnaître est qu'une grossesse non désirée ou non planifiée provoque un stress transitif. Or, ce stress ne disparaît que lorsqu'une solution est trouvée et qu'une décision autonome est prise grâce à des informations adéquates et indépendantes. Le rôle du conseil, pendant la ou les consultations psycho-sociales, est triple. Tout d'abord, il s'agit d'un moment et d'un espace où la femme enceinte peut recevoir diverses informations concernant l'intervention d'avortement et ses aspects pratiques. Deuxièmement, grâce aux informations reçues et à la discussion, la séance sert à confirmer le choix qui se dessinait déjà. Troisièmement, et grâce à ces deux autres étapes, la séance de conseil contribue à soulager le stress causé par la grossesse non désirée.

L'étude souligne la corrélation entre un état de stress (voire de détresse) et une ambivalence potentielle, rendant le processus de décision plus difficile. Dans ce cas, les séances de conseil peuvent être multipliées et espacées en fonction des besoins de la femme enceinte. Cependant, dans l'étude, seule une fraction très réduite de l'échantillon a fait preuve d'une telle ambivalence¹²⁶, la grande majorité des patientes affichant des niveaux élevés de certitude quant à leur décision d'interrompre la grossesse. La permanence de la décision est cohérente avec les résultats d'une étude précédente, soulignant la certitude des patientes à travers le processus de conseil, même avec une période de réflexion obligatoire (Goenee *et al.*, 2014). Les patientes présentant des niveaux élevés de doute affichaient également des niveaux de stress plus élevés, ce qui démontre que l'état intermédiaire (avant la décision et l'action) est à l'origine de la détresse potentielle. Par conséquent, la décision d'interrompre ou de poursuivre la grossesse apparaît comme une solution qui permet de mettre un terme à la période où le stress est le plus élevé.

En mettant l'accent sur le bien-être de la patiente, il convient donc de considérer d'une part les besoins des patientes en situation d'ambivalence avec des séances de conseil adaptées, qui sont déjà disponibles et proposées. D'autre part, une attention à ce bien-être requiert également de prendre en compte les besoins des patientes ayant un haut niveau de certitude, en ne les forçant pas à retarder l'avortement, ce qui prolonge inutilement un état de stress.

Un autre point souligné par l'étude est la nécessité d'une décision autonome. Bien que tout individu dans toute société soit soumis à diverses influences culturelles ou sociales, dans le contexte actuel de grossesse non désirée, certaines influences extérieures proches peuvent peser négativement sur la capacité de la femme à prendre une décision autonome.

L'un des facteurs est le rôle du partenaire : bien qu'un partenaire soutenant puisse être un atout dans le processus, son rôle dans la décision doit rester secondaire. Si la patiente a le sentiment que la décision ne lui appartient pas, elle restera insatisfaite de l'issue de la décision prise. À cet égard, les membres du groupe de travail notent que les équipes psycho-sociales des cliniques d'avortement et des centres de planning familial sont bien conscientes de ces enjeux et exigent souvent de proposer au moins un moment de consultation avec la femme seule. Des résultats similaires sont mentionnés dans l'étude de Vandamme (2017) concernant l'influence de la famille sur le processus.

Un autre facteur concernant l'autonomie de la patiente concerne les considérations morales sur l'avortement et la stigmatisation qui peut entourer l'intervention. Vandamme (2017) et d'autres auteurs démontrent, respectivement par une exploration approfondie de la littérature scientifique (Hanschmidt *et al.*, 2016) et des études longitudinales (Rocca *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2020) que les préjugés et la stigmatisation liés à l'avortement renforcent le stress vécu par les femmes ayant une grossesse non désirée, bien qu'ils n'aient aucun effet sur le taux d'avortement au niveau national. Les femmes exposées à des considérations sur le poids moral potentiel de l'avortement sont plus susceptibles de voir leur santé mentale mise en danger par une grossesse non désirée. Les auteurs notent que la pénalisation de l'avortement doit être considérée comme une forme de stigmatisation qui a un impact négatif sur le bien-être des femmes confrontées à une grossesse non désirée (Hanschmidt *et al.*, 2016).

Il semble également important de souligner que le contexte culturel et les croyances religieuses ne doivent pas être considérés comme des facteurs de vulnérabilité dans la prise de décision. Tout individu dispose d'un ensemble de conceptions sociales et culturelles qui forment une vision du monde, susceptible d'influencer ses choix et ses décisions. Les décisions relatives à l'interruption de grossesse peuvent s'appuyer plus spécifiquement sur des conceptions éthiques concernant l'autonomie et la responsabilité, qui sont susceptibles d'être alimentées par des croyances philosophiques, religieuses et/ou des préceptes religieux¹²⁷. Bien que les centres d'avortement n'aient pas vocation à offrir des conseils religieux, la prise en compte du rôle de ces paramètres dans le processus de décision de la patiente favorise une décision éclairée et autonome.

Exemple : Plusieurs membres du groupe de travail ont évoqué des cas récurrents de patientes en conflit moral entre leur intention concernant l'issue d'une grossesse et les préceptes religieux auxquels elles adhèrent. Il a été observé que des collaborations occasionnelles avec des représentants reli-

¹²⁶ L'ambivalence est exprimée par plus de deux occurrences de pensées dialectiques sur la poursuite de la grossesse.

¹²⁷ À titre d'exemple, la position la plus courante dans l'Islam est de considérer l'acquisition de l'âme par le fœtus au bout de 120 jours de gestation et donc d'admettre les interruptions de grossesse jusqu'à ce terme, tandis qu'une lecture catholique considère que la vie humaine commence dès la conception et ne doit pas être interrompue.

gieux capables de fournir un conseil pastoral peuvent offrir de bons résultats en soutenant le processus de prise de décision et parfois atténuer les conflits moraux potentiels.

5.2.4.2 Méthodes d'avortement, gestion de la douleur et sédation : choix et déterminants

La loi sur les droits des patients stipule que le patient doit être informé des différentes options d'une intervention et doit pouvoir, le cas échéant, faire un choix éclairé parmi ces options. Dans le cas des interventions d'avortement, cela devrait se traduire par la possibilité d'avoir un choix en termes de procédures et de possibilités de sédation, mais ce n'est pas toujours le cas dans la pratique. En outre, la patiente peut être influencée par des informations partielles données par l'institution et les professionnels auxquels elle s'adresse.

En effet, le choix de l'anesthésie et de la technique d'avortement ne dépend le plus souvent pas du choix de la patiente, mais du type d'établissement auquel elle s'adresse. Ainsi, dans un hôpital, les avortements chirurgicaux sont le plus souvent réalisés sous anesthésie générale ou sous sédation. Cependant, le protocole local de l'hôpital conditionne souvent la technique d'avortement, et même lorsque les deux techniques peuvent être envisagées, la patiente ne peut pas toujours choisir entre l'avortement médicamenteux ou chirurgical. Les centres d'avortement, quant à eux, ne peuvent procéder qu'à une anesthésie locale. Certaines femmes se plaignent de l'expérience douloureuse que constitue l'avortement chirurgical (sous simple anesthésie locale). Dans des pays comme les Pays-Bas ou l'Angleterre, cependant, les centres d'avortement sont autorisés à proposer certaines formes de sédation légère (mais pas d'anesthésie), à condition que des professionnels formés soient disponibles.

En ce qui concerne l'avortement médicamenteux ou chirurgical, les centres d'avortement ont pour principe d'offrir le choix à la patiente (pour autant que l'âge de la grossesse permette un avortement médicamenteux). La plupart des centres d'avortement proposent des avortements médicamenteux pour les grossesses jusqu'à 7 semaines post-conception (9 SA). En outre, la politique en matière d'avortement médicamenteux peut varier d'un centre à l'autre. Les membres du groupe de travail 1 ont reçu des témoignages de centres ne pratiquant l'interruption de grossesse par médicaments que jusqu'à 5 semaines post-conception (7 SA), ce qui réduit la fenêtre de disponibilité de cette technique pour les femmes. D'autres pays connaissent des dispositions plus étendues : l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse est autorisée jusqu'à 7 semaines post-conception (9 SA) en France ou 7 semaines + 6 jours Royaume-Uni. L'établissement/l'adaptation de recommandations ou *guidelines* professionnelles alignant les pratiques seraient bienvenues.

Le premier rendez-vous dans une structure spécifique (qu'il s'agisse d'un hôpital ou d'un centre d'avortement) ne devrait en aucun cas déterminer le type de technique d'avortement ni le type de sédation. Les membres du groupe ont observé certaines bonnes pratiques actuellement mises en place dans plusieurs institutions qui devraient être généralisées :

- La patiente doit être informée des possibilités existantes en matière de techniques d'avortement adaptées à l'âge gestationnel et à son état de santé, indépendamment de la disponibilité de ces techniques dans l'établissement de santé.
- La patiente doit être informée des possibilités existantes en matière d'anesthésie, de sédation et de prise en charge de la douleur adaptées à la technique d'avortement, indépendamment de la disponibilité de ces techniques dans l'établissement de santé.
- Si l'option de choix de la patiente n'est pas disponible dans l'établissement, elle doit pouvoir être orientée vers un prestataire (centre d'avortement, médecin ou hôpital) capable de lui fournir la méthode d'avortement et de sédation de son choix.
- En cas de transfert de la patiente, les données médicales et administratives de la première consultation doivent être transférées au nouveau prestataire de services d'avortement (lorsqu'elles sont disponibles) afin que la première consultation puisse être considérée comme la première demande d'avortement.
- La patiente devrait également avoir le choix d'avorter par voie médicamenteuse dans un centre d'avortement extra-hospitalier ou à domicile.

À la lumière des discussions du groupe de travail en faveur des possibilités de sédation, le Comité scientifique recommande de faciliter les possibilités de sédation légère dans ces centres, à condition que des critères structurels et de disponibilité de personnel qualifié soient respectés. Ces critères de certification pourraient inclure la réalisation d'un nombre minimum d'interventions 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 soignant qualifié chargé exclusivement de la sédation, etc.

5.2.4.3 Collaboration entre les hôpitaux et les centres d'avortement

Une bonne collaboration entre les centres et les hôpitaux est cruciale pour permettre aux patientes de faire un choix éclairé.

Les centres d'avortement extra-hospitaliers qui ont une convention INAMI doivent avoir une convention signée avec au moins un hôpital auquel ils peuvent référer des patientes qui présenteraient des complications, des patientes présentant un profil à risque médical et nécessitant une surveillance spécialisée, et pour pratiquer des avortements sous sédation/anesthésie générale.

Dans certaines régions, on observe un important manque de disponibilité d'hôpitaux pratiquant des avortements. La réticence à pratiquer l'avortement a pour conséquence que certains centres d'avortement doivent renvoyer les patientes présentant des complications vers des hôpitaux qui ont choisi de ne pas pratiquer l'avortement pour des raisons philosophiques. Il en résulte une mauvaise compréhension et un mauvais suivi de la patiente. Les patientes de ces régions présentant un profil médical à risque ou celles qui souhaitent un avortement sous sédation/anesthésie générale doivent parfois faire de longues distances afin d'obtenir un avortement dans un hôpital.

Après avoir consulté chaque centre d'avortement, nous avons constaté que, dans certains cas, l'hôpital partenaire permettant une bonne collaboration est celui qui offre à la fois l'accès pharmaceutique à la mifépristone (Mifegyne), le suivi des complications et l'avortement sous anesthésie générale/sédation ; alors que dans d'autres, le manque d'hôpitaux locaux pratiquant des avortements au niveau local oblige les centres d'avortement à avoir une liste de contacts multiples et des partenariats distincts pour ces trois fonctions. Dans certains cas, il n'y a qu'un seul hôpital pour l'accès pharmaceutique à la mifépristone (Mifegyne) (qui peut parfois se trouver à des dizaines de kilomètres), et des hôpitaux de référence locaux qui ne s'occupent que des urgences gynécologiques.

Selon l'Arrêté royal déterminant les conditions pour la prescription et pour la délivrance des médicaments contenant de la mifépristone, du misoprostol ou du géméprost, les centres d'avortement extra-hospitaliers doivent se procurer la Mifegyne pour l'avortement médicamenteux dans une pharmacie hospitalière. En effet, la délivrance de Mifegyne ne peut être effectuée que par le pharmacien de l'hôpital sur présentation d'une ordonnance. Étant donné que certaines pharmacies hospitalières interprètent le texte du décret royal de manière très stricte, l'achat de Mifegyne par les centres d'avortement est régulièrement confronté des obstacles administratifs inutiles, qui réduisent la disponibilité de la substance.

Une modification mineure du texte de l'arrêté royal pourrait résoudre ce problème administratif. Le groupe de travail suggère que l'arrêté royal établisse un certain nombre de boîtes de Mifegyne qui peuvent être vendues en lot aux centres d'avortement extra-hospitaliers (par exemple les centres d'avortement avec une convention INAMI) avec la possibilité de remettre les ordonnances plus tard.

Le groupe de travail et le Comité scientifique recommandent de faciliter l'accès à la mifépristone (Mifegyne) et au misoprostol (Cytotec), par exemple en autorisant la possibilité d'obtenir un certain stock de ces substances. Ces molécules sont devenues essentielles dans les avortements médicamenteux, ainsi que dans le traitement des fausses couches, de la mort fœtale in utero, des hémorragies post-partum et du déclenchement du travail, entre autres. **Un accès facilité devrait inclure une simplification des procédures de distribution, d'enregistrement et de contrôle, tant dans les centres hospitaliers qu'extra-hospitaliers.**

5.2.4.4 Gestion à distance des avortements

En mars 2020, le pays tout entier a été confronté à une pandémie sans précédent, entraînant un confinement et d'autres mesures de restriction qui ont mis à mal l'ensemble des prestations de soins de santé. Le système de santé a été contraint d'adapter la prestation des soins aux circonstances du moment. Cela a également mis les centres d'avortement au défi d'organiser leur offre de soins de manière à pouvoir garantir une continuité. La question principale étant alors : « quelles parties de la prestation pourraient être réalisées à distance sans compromettre la qualité et la sécurité des soins ? », le groupe de travail reconnaît que des critères qualitatifs peuvent être tirés de cette expérience pour une mise en œuvre pérenne de la prise en charge des avortements à distance.

Au moins deux aspects de la prise en charge peuvent faire l'objet d'une gestion à distance : la consultation psycho-sociale et la deuxième phase d'une interruption de grossesse médicamenteuse.

Possibilité de consultation psycho-sociale à distance (« téléconseil »)

Lors de la crise sanitaire, lorsque les bénéficiaires des cliniques d'avortement appelaient pour prendre rendez-vous, la possibilité de consultation à distance était évoquée. La manière de garantir la même qualité de soins avec une consultation à distance qu'avec une consultation en personne a alors été soigneusement évaluée. Certaines circonstances exigent clairement une consultation en face à face, par exemple en cas de doute sur la durée de la grossesse, de circonstances relationnelles rendant difficile la prise de décision ou en cas de problème de langue ou de communication. L'expérience a cependant montré que les consultations à distance peuvent avoir un niveau de qualité élevé, qu'elles peuvent répondre aux besoins des patientes et fournir des soins « sur mesure ».

Deuxième phase d'une IVG médicamenteuse

Concernant les modifications relatives au protocole de la deuxième phase d'un avortement médicamenteux, nous avons pu faire appel au protocole désormais régulier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse. En effet, jusqu'en mars 2020, la Belgique fait office d'exception en obligeant la deuxième phase d'une interruption médicale de grossesse à se dérouler (en raison du règlement de la convention INAMI) dans le centre d'avortement et non au domicile de la patiente.

La possibilité de réaliser la deuxième phase de l'avortement médicamenteux à domicile, avec le soutien téléphonique de l'équipe du centre d'avortement, était ainsi discutée avec les personnes éligibles et optant pour une interruption de grossesse médicamenteuse. Si la patiente souhaitait effectuer cette phase au centre d'avortement, cette option demeurait bien sûr possible. Un constat frappant est que cette dernière option a été extrêmement peu utilisée : les patientes ont en effet déclaré se sentir plus à l'aise dans leur propre environnement domestique.

Les services d'avortement à l'étranger ont été confrontés à des défis similaires (Aiken et al., 2021a, 2021b). En Grande-Bretagne, le type de protocole utilisé en Belgique lors de la pandémie de COVID constitue le protocole standard (c'est-à-dire le déroulement de la deuxième phase dans l'environnement de la cliente à domicile)¹²⁸. Dans l'étude d'Aiken et al., ce protocole constitue la cohorte de contrôle, qui est comparée avec un protocole où toutes les étapes sont effectuées par télé-médecine. L'étude conclut qu'un modèle d'avortement médicamenteux complètement en télé-médecine sans test et sans échographie est efficace, sûr, acceptable et améliore l'accès aux soins.

Fort de l'expérience de la COVID, le groupe de travail affirme que certains aspects de la gestion de l'avortement à distance pourraient être proposés de manière optionnelle, afin d'améliorer et de faciliter l'accès à l'avortement médicamenteux et de lever les obstacles pour les femmes ayant peu de flexibilité en termes de temps et de déplacement. Une telle procédure nécessite quelques précautions :

- Évaluer si le profil de la patiente est adapté à une consultation psycho-sociale à distance, notamment en tenant compte des obstacles et des conflits possibles (barrière de la langue, malentendus, tensions dans le couple, estimation erronée de l'âge de la grossesse, discuter de questions privées par téléphone peut être plus facile ou plus difficile, certaines personnes sont plus rassurées par une rencontre en personne...). Il convient de noter que le prélèvement et l'échographie doivent toujours être effectués dans un centre médical.
- La possibilité d'un entretien de bonne qualité devrait être une condition nécessaire : il faut s'assurer que la première consultation psycho-sociale effectuée à distance est aussi longue et couvre autant de sujets qu'elle l'aurait fait en face à face.
- Évaluer si la patiente est apte à subir la deuxième phase d'une intervention médicamenteuse d'interruption de grossesse, notamment avec un accès téléphonique aisé et un accès facile et rapide à un hôpital ou au centre en cas de complication.

Les développements récents soulignés par le groupe de travail ont prouvé la pertinence de développer des possibilités de gérer l'avortement à distance, pour certaines étapes spécifiques de la procédure.

Le Comité scientifique recommande de permettre que la première consultation initiant une procédure d'avortement, qui consiste en une consultation psycho-sociale, **puisse avoir lieu à distance**, dans la mesure où la même qualité de soins que pour une consultation en personne est garantie.

Dans le cas d'une IVG médicamenteuse, le Comité scientifique recommande que la deuxième phase de la procédure puisse éventuellement être entreprise au domicile de la patiente, dans la mesure où la patiente a la possibilité d'être suivie par téléphone pendant le processus et a un accès aisé à un hôpital à proximité en cas de complication.

5.2.5 Consultation psycho-sociale non suivie d'un avortement

La plupart des femmes qui demandent une consultation concernant l'avortement ont déjà décidé d'y recourir. Une minorité de femmes, cependant, viennent à cette consultation parce qu'elles ont besoin d'aide pour prendre une décision (en cas d'ambivalence, de questionnements moraux). Bien que la majorité des patientes demandant un avortement confirment leur décision initiale d'avoir recours à l'intervention (Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017), une petite partie semble ne pas procéder à l'avortement. Selon les chiffres fournis par LUNA lors de l'audition de 2018 à la Chambre des représentants (*Doc. Parl. Chambre 2018, n° 54 3216/003, 5-6, 26*), sur 100 femmes qui se sont présentées à la première consultation, 83 ont poursuivi la démarche d'interruption de grossesse ; 5 ont poursuivi la grossesse ; 3 ont fait une fausse couche pendant la période de réflexion ; 3 ont été dirigées vers une clinique d'avortement à l'étranger et 2 n'étaient en fait pas enceintes¹²⁹. Ces chiffres, selon LUNA, sont stables au fil des ans. Ils sont également cohérents avec les données d'autres pays tels que les Pays-Bas (Goenee *et al.*, 2014).

En Belgique, il n'y a pas de suivi global des femmes qui ont été soumises à ce type de processus décisionnel. Il existe cependant des conséquences négatives établies si la grossesse est poursuivie malgré le fait qu'elle ne soit pas désirée. Cela peut se produire notamment si l'âge gestationnel est supérieur à la limite légale pour une interruption de grossesse sur le sol belge. L'option la plus courante est alors d'opter pour un avortement dans un pays étranger, autorisant l'avortement à des âges gestationnels plus avancés, comme les Pays-Bas (jusqu'à 22 semaines post-conception (24 SA)). Dans certains cas (impossibilité de voyager ou de financer un avortement à l'étranger, ou âge gestationnel trop avancé), la grossesse non désirée est malgré tout menée à terme.

¹²⁸ Dans la plupart des plannings familiaux pratiquant des avortements (et liés au GACEHPA), le choix suivant a été fait pendant la pandémie (également inspiré de ce qui s'est passé au Royaume-Uni et dans d'autres pays) : la consultation psycho-sociale et médicale pré-avortement a été maintenue en face à face et les patientes se sont vu offrir la possibilité de réaliser l'ensemble de l'avortement médicamenteux à domicile (prise de mifépristone ainsi que phase d'expulsion) avec un raccourcissement de la période de réflexion afin que le plus grand nombre possible de patientes puissent opter pour l'avortement médicamenteux. Le jour de la phase d'expulsion a été choisi de manière à ce que l'équipe puisse proposer un soutien téléphonique et que la patiente puisse se rendre au centre si nécessaire. Cette solution s'est avérée satisfaisante dans la plupart des cas et a permis d'augmenter de manière significative la proportion d'avortements médicamenteux.

¹²⁹ Il reste 4 % de l'échantillon pour lequel il n'y a pas d'information de suivi.

La littérature scientifique alerte sur la santé mentale et les conséquences sociales de ces grossesses non désirées, pour les mères, les familles et les enfants (David, 2011; Biggs *et al.*, 2017). La poursuite d'une grossesse non désirée, bien qu'un avortement ait été demandé, est corrélée à des niveaux d'anxiété plus élevés, à une faible estime de soi et à une faible satisfaction et, après la naissance, à des risques élevés de dépression (Harris *et al.*, 2014; Foster *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2020). L'étude Turnaway a en effet examiné de manière approfondie les effets de se voir refuser le droit d'avorter sur les femmes qui font face à une grossesse non désirée. Ce refus est associé à des niveaux d'anxiété et de stress plus élevés (Harris *et al.*, 2014; Foster *et al.*, 2015). Il semble que les femmes ayant déjà des antécédents d'anxiété et de dépression soient plus susceptibles de demander un avortement proche de la limite légale en termes d'âge gestationnel (Foster *et al.*, 2015). Les femmes présentant ces profils risquent en outre de souffrir davantage de problèmes de santé mentale si elles se voient refuser une demande d'avortement (Foster *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2017). Selon la même étude à grande échelle, les femmes qui se sont vu refuser l'avortement ont choisi, dans leur grande majorité, de donner naissance à l'enfant et de l'élever. On observe alors que, de manière générale, elles sont davantage confrontées à des taux de pauvreté élevés et à une santé plus mauvaise dans les cinq années suivantes (Miller *et al.*, 2020).

Une étude longitudinale des enfants nés à l'issue d'une grossesse non désirée indique qu'ils sont plus exposés à un développement psycho-social insatisfaisant et à une souffrance mentale. Bien que des formes de résilience soient aussi observées chez les personnes nées dans de tels contextes, les risques de nécessiter un traitement psychiatrique sont néanmoins importants (David, 2011).

5.2.6 Accès à l'avortement

L'étude de Vandamme (2017) met en évidence les principaux facteurs d'insatisfaction concernant le processus d'avortement. Ces facteurs devraient également alerter sur la situation actuelle de l'offre d'avortement en Belgique, la qualité du service et la manière d'améliorer les conditions d'avortement pour les femmes confrontées à une grossesse non désirée. Les facteurs d'insatisfaction sont les suivants :

- Obstacles en termes d'accès : la période d'attente obligatoire, mais aussi le délai pour obtenir un rendez-vous, et le fait d'être renvoyé d'un praticien de santé à un autre sont des formes d'obstacles qui compliquent l'accès à l'avortement et retardent l'intervention. La nécessité de se déplacer plusieurs fois, parfois pendant plusieurs heures (bus, train, métro...), en prenant à chaque fois un congé professionnel, complique l'accès à l'avortement, surtout pour les personnes vivant dans des régions plus reculées de Belgique. Certaines des dispositions légales actuelles régissant les avortements (délai d'attente, autres formes de délai non nécessaires) sont donc considérées comme des obstacles indirects à l'avortement.

- Des informations inappropriées ou incomplètes ou des conseils inadaptés constituent un deuxième facteur d'insatisfaction. L'étude souligne également que les niveaux actuels de satisfaction sont très élevés en ce qui concerne la qualité du conseil dans les centres d'avortement ainsi que la qualité des informations reçues. Cependant, ces bons résultats sont permis par la formation et le professionnalisme des équipes plus que par les dispositions légales.
- Interactions avec le personnel en charge de l'intervention d'avortement : le mécontentement est exprimé lorsque les membres du personnel expriment des attitudes froides ou des jugements à l'égard de la patiente qui a recours à l'avortement. De telles attitudes sont peu probables dans les centres d'avortement, dont les membres de l'équipe sont spécialement formés et ont choisi de travailler dans un établissement pratiquant l'avortement. Cela peut toutefois se produire dans les hôpitaux, où certains membres de l'équipe médicale, ou même de l'équipe de soutien, peuvent ne pas être favorables à la pratique de l'avortement et ressentir le besoin d'exprimer leur point de vue. Ces situations devraient mettre en évidence la nécessité d'une formation de sensibilisation pour les professionnels médicaux, paramédicaux et psycho-sociaux impliqués dans les soins liés à l'avortement.
- Les complications médicales, bien qu'elles soient globalement rares, sont un facteur évident d'insatisfaction. Les protocoles d'avortement sont déjà conçus pour prévenir les complications. La disponibilité des hôpitaux et des praticiens aux urgences gynécologiques des hôpitaux est un autre facteur important dans la prise en charge des complications de l'avortement.

Le recours à d'autres pratiques d'avortement que celles proposées par les structures médicalisées en Belgique doit aussi alerter quant aux possibilités d'accès pour certains profils de femmes. Women On Web est une organisation qui promeut la santé reproductive des femmes en fournissant des informations éducatives et en permettant l'accès aux médicaments abortifs. Elle joue un rôle particulièrement important dans l'accès à un avortement sûr dans les pays où l'avortement est illégal ou alors légal, mais difficile d'accès. En Belgique, en 2021, lors de la pandémie de COVID, 160 patientes ont demandé des consultations en ligne avec Women On Web. Les raisons de leurs demandes (spécifiques à cette organisation) étaient les suivantes : garder l'avortement privé, être plus à l'aise à la maison, le besoin de garder l'avortement secret pour le partenaire/la famille, une relation avec un partenaire violent, préférer prendre en charge elles-mêmes leur avortement, des difficultés d'accès à l'avortement à cause de la garde des enfants, d'engagements professionnels/ scolaires ; le coût de l'intervention (pas de mutualité), et enfin la distance à parcourir. Certaines ne savaient pas que l'avortement était légal et que des pilules abortives étaient disponibles en Belgique. Ces situations sont des indicateurs d'un accès à l'information et à l'avortement qui n'est pas toujours évident pour des profils vulnérables.

5.2.6.1 Personnes précaires et vulnérables

Le fait de se trouver dans une situation de vulnérabilité, telle que peuvent le représenter la pauvreté, la violence domestique ou des problèmes de santé mentale antérieurs, augmente non seulement la probabilité de faire face à une grossesse non désirée, mais aussi d'expérimenter de la détresse face à une telle grossesse (Vandamme, 2017). Des obstacles administratifs, sociaux ou financiers doivent ainsi être affrontés en plus du stress le plus souvent généré par une grossesse non désirée.

Bien que les grossesses non désirées et les demandes d'avortement soient représentées dans toutes les catégories sociales de femmes, certains facteurs sont susceptibles d'accroître le risque de grossesses non planifiées et de rencontrer des obstacles d'accès à l'avortement. Les membres du groupe de travail ont identifié plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale et financière qui devraient être pris en compte pour faciliter l'accès à l'avortement de groupes spécifiques :

- Femmes en situation irrégulière (sans-papiers notamment)
- Femmes victimes de violence intrafamiliale
- Femmes en situation de sans-abrisme
- Les femmes dont les revenus financiers sont absents ou très faibles
- Femmes sans mutualité (en raison de la précarité financière ou de l'impossibilité d'effectuer des démarches administratives)
- Femmes ne parlant pas l'une des langues nationales et ayant besoin d'un traducteur
- Femmes mineures

Ces facteurs peuvent empêcher d'obtenir un avortement pour une grossesse non désirée de plusieurs façons. Tout d'abord, de nombreuses femmes vulnérables expriment une méfiance à l'égard des services sociaux et médicaux, le plus souvent sous la forme de la crainte qu'une situation illégale puisse être signalée aux autorités. Les patientes sans-papiers sont ainsi particulièrement méfiantes envers les services de santé tels que les centres d'avortement : des cas existent où des femmes dans ces situations ont été dénoncées au CPAS ou à la police. Une méfiance est aussi exprimée quant aux conditions d'accès aux services d'avortement : le fait d'être sans-papiers et/ou sans-abri empêche de recevoir l'aide du CPAS. Pour les patientes présentant une situation de détresse multifactorielle, l'avortement est la demande la plus urgente. Cependant, dans les centres de planning familial, les équipes essaient également d'orienter la patiente vers d'autres services sociaux et de lui apporter de l'aide et de possibles solutions (procédure de divorce, aide à la violence domestique, soutien financier, soutien administratif pour une demande d'asile ou de papiers, etc.). Les patientes les plus vulnérables (femmes sans papiers, femmes sans domicile fixe...) sont également les plus exposées aux violences sexuelles, qui peuvent conduire à des grossesses non désirées, comme le montre la littérature scientifique (Casillas et al., 2015; Tinglöf et al., 2015). En outre, les patientes qui ne parlent pas une langue nationale sont confrontées à des coûts supplémentaires pour bénéficier de services de traduction. La variété, la complexité et le degré d'exposition à ces situations

dépendent aussi de la situation géographique, avec une prévalence accrue dans les grandes villes, tandis que les zones rurales sont davantage confrontées aux difficultés de transport et à l'isolement social.

5.2.6.2 Accès financier

L'accès financier est une réalité qui connaît plusieurs facettes, concernant aussi bien les patientes que les centres d'avortement. Du côté des patientes, il faut noter que le système belge de couverture de santé universelle permet aux centres d'avortement de pratiquer l'avortement dans un environnement de bonne qualité et médicalisé avec un coût réduit pour la patiente (moins de 5 €). Pour les protocoles d'avortement dans les hôpitaux, la patiente est facturée directement par l'hôpital et remboursée au taux fixé par l'organisme mutualiste. Les coûts peuvent donc varier d'un hôpital à l'autre. Il convient également de noter que la vulnérabilité socio-économique est susceptible d'être associée à un statut administratif irrégulier et à l'absence de mutualité, ce qui rend la contraception inabordable, ainsi que l'avortement pour les femmes concernées.

Pour les patientes sans-abri et/ou sans papiers, cependant, la situation est beaucoup plus complexe. Celles qui sont en cours de demande d'asile peuvent s'adresser à la structure où elles sont enregistrées (Fedasil ou la Croix-Rouge). Si elles ne sont pas inscrites dans un tel processus, elles peuvent s'adresser à une structure CPAS ou demander une AMU (Aide Médicale Urgente) - avec le risque d'être dénoncées aux autorités et, éventuellement, expulsées du territoire. Au cours des audiences préparatoires à ce rapport, des partages d'expérience ont mis en relief l'exemple de réfugiées ne trouvant pas le moyen d'obtenir de l'aide pour accéder à l'avortement pendant leur premier trimestre. Elles se retrouvent donc dans une situation encore plus précaire lorsque la seule option est de se rendre à l'étranger (ce qui leur est légalement interdit) pour obtenir un avortement à un coût qu'elles ne peuvent pas se permettre (plus de 1000€ en général). En ce qui concerne la procédure de demande d'AMU, le processus est trop lent et assorti de trop de conditions. Ce système pose des problèmes d'efficacité pour des situations d'urgence telles que les demandes d'avortement, qu'il est pourtant censé prendre en charge.

Un rapport établi en 2022 par l'ONG Médecins du Monde (Fligitter et al., 2022) décrit la façon dont les démarches administratives et les conditions d'accès à l'AMU peuvent représenter en pratique une barrière importante voire un obstacle à l'avortement. Ce statut permet au CPAS de prendre en charge les soins médicaux des personnes qui ne sont pas en séjour légal ou exclues de l'aide sociale. Si un médecin établit le besoin pour une personne de soins urgents, une demande de statut AMU peut être envoyée au CPAS local. Ce dernier peut alors entamer

une enquête sociale qui est susceptible d'aboutir à un statut d'AMU dans la mesure où une série de conditions sont remplies. Le rapport souligne plusieurs aspects qui rendent le dispositif actuel de l'AMU inefficace pour les demandes d'avortement.

1. Conditions d'accès :

De nombreux CPAS exigent des conditions plus restrictives que les dispositions légales (par exemple, en fournissant une adresse de résidence, en exigeant un certain délai de résidence sur le sol belge, en enquêtant de manière exhaustive sur le parcours migratoire pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autre fournisseur d'assurance maladie déjà actif - qui sont toutes superflues par rapport aux conditions actuelles). L'ONG recommande une **simplification du processus**, conformément aux dispositions légales actuelles.

2. Reconnaissance de l'avortement en tant que soin médical urgent et délai d'obtention

Les délais pour obtenir une réponse et le statut potentiel d'AMU sont trop longs : la loi prévoit une réponse 38 jours maximum après la demande initiale. En outre, étant donné que les soins d'avortement ne sont pas considérés comme des soins urgents, après l'obtention du statut, la patiente doit encore obtenir une consultation avec un médecin généraliste désigné par le CPAS qui donnera l'autorisation pour l'avortement. Il existe alors un temps d'attente supplémentaire pour la confirmation, qui peut durer entre 1 et 30 jours. L'avortement doit ensuite avoir lieu uniquement dans un centre d'avortement ayant une convention avec le CPAS. Cela signifie qu'une femme enceinte est susceptible d'attendre de quelques semaines jusqu'à 11 semaines supplémentaires avant de pouvoir obtenir un avortement avec le statut AMU. À ce stade du parcours, il y a de très fortes chances pour que l'âge gestationnel soit alors au-delà des 12 semaines du délai légal. L'ONG recommande de modifier la classification de **l'avortement en soin urgent**, afin de pouvoir supprimer la deuxième étape (consultation d'un généraliste après l'obtention du statut). En outre, l'intervention d'avortement pourrait dès lors être obtenue avant la confirmation du statut d'AMU, financée par le CPAS, qui peut ensuite être remboursée par le fonds AMU lorsque le statut est accordé.

3. Obstacles posés par les professionnels de première ligne

Certains travailleurs du CPAS, lorsqu'ils sont confrontés à des femmes qui demandent un statut AMU pour un avortement, font des commentaires désobligeants sur la décision d'avorter. Cela a conduit plusieurs

demandeuses à abandonner le processus d'obtention de leur statut d'AMU. L'ONG recommande d'offrir une **formation de sensibilisation aux questions d'avortement** aux travailleurs sociaux de première ligne.

Les centres d'avortement sont donc une ressource permettant de prendre en charge les patientes en situation précaire ayant des difficultés à payer l'avortement, notamment les patientes sans mutualité ou les **patientes mineures encore couvertes par la mutualité de leurs parents**. L'une des options pour les centres de planning familial est de les aider à régulariser la situation, ce qui entraîne un retard supplémentaire et un surcroît de travail pour l'équipe sociale. Une autre possibilité, dans les cas les plus difficiles, est que les centres prennent en charge une partie ou la totalité des frais d'avortement à la place de la patiente, grâce à un budget dédié. Cela entraîne évidemment une charge financière élevée pour les structures qui ont souvent mis en place un budget à cet effet dans leur comptabilité, le plus souvent créé grâce à des dons ou des économies. Il faut également ajouter que les centres situés dans des zones géographiques plus exposées à la précarité ont un ratio plus important de patientes financièrement vulnérables et, donc, plus de difficultés financières. Les centres d'avortement ne sont donc pas égaux en termes de financement selon leur localisation et les profils socio-démographiques de leurs patientes. La proportion de patientes vulnérables et de patientes bénéficiaires de l'AMU est beaucoup plus élevée dans certaines localités ou presque inexistante dans d'autres.

Sur la base de ces données et des observations faites sur le terrain, le groupe de travail 1 ainsi que le comité scientifique recommandent :

- **une aide financière rendant l'interruption de grossesse abordable, quel que soit le statut de la patiente**
- **Un accès simplifié à l'AMU, et la reconnaissance de l'avortement comme soin urgent afin de réduire le délai entre la demande et la réponse.**

Un membre du groupe de travail 1 recommande le financement des centres d'avortement non pas par acte médical, mais avec un budget fixe, pour stabiliser le financement des structures et permettre des démarches pour les patientes vulnérables. Ceci s'explique par le fait que certains centres d'avortement sont confrontés à de nombreuses patientes sans mutualité et sans AMU. Ce cas de figure amène ces centres à rencontrer des problèmes financiers puisque les patientes vulnérables sont dans l'impossibilité de payer des factures médicales qui ne sont pas couvertes par la mutualité. Un budget pour les besoins spéciaux de ce type pourrait être créé, mais ces réalités ne sont pas également partagées par les institutions qui fournissent des soins relatifs à l'avortement. Un budget fixe serait en revanche dangereux financièrement pour la plupart des centres/cliniques qui trouvent que le système actuel INAMI est globalement efficace.

5.2.6.3 Confidentialité

Dans un contexte d'informatisation croissante, la difficulté à conserver une confidentialité quant à l'acte d'avortement pour les patientes qui le souhaitent constitue un possible obstacle à l'accès à cette intervention. Plusieurs informations médicales relatives à l'avortement sont en effet partagées dans le dossier médical de la patiente, ce qui rend difficile le maintien de la confidentialité de l'avortement.

À titre d'exemple, les experts de terrain du groupe de travail rapportent être régulièrement confrontés à de jeunes femmes de moins de 18 ans qui choisissent de payer intégralement les frais d'avortement, sans être remboursées par la caisse de mutualité. Comme elles dépendent de la mutualité de leurs parents, le remboursement apparaîtrait en effet sur le relevé familial de mutuelle, rompant ainsi la confidentialité que certaines jeunes femmes veulent garder sur leur interruption de grossesse. Un problème similaire se pose pour les femmes qui subissent des violences conjugales de la part de leur partenaire : certaines femmes pourraient être mises en danger si le remboursement de l'avortement apparaissait sur le décompte de la mutualité. Leur seule option à ce jour est de payer le coût de l'avortement sans intervention de la mutualité.

Les dossiers médicaux numérisés regroupent certaines de ces informations confidentielles (la prescription de médicaments, comme la Mifegyne, peut être trouvée dans le dossier, ainsi que les prises de sang déterminant la grossesse ou l'éventuelle pose de LARC (contraception réversible de longue durée) - stérilet par exemple - au moment de l'avortement). Ces informations sont parfois divulguées au médecin généraliste ou à d'autres praticiens qui n'ont pas de lien avec l'avortement. De plus, de nombreux hôpitaux transfèrent automatiquement au médecin généraliste toute information concernant les consultations et les traitements reçus dans leur structure, sans le consentement explicite de la patiente à ce sujet. Tania Moerenhout et ses collègues ont étudié certaines des conséquences de la numérisation et de la centralisation des données médicales (Moerenhout et al., 2020). Bien que la recherche mette en évidence l'impact positif de ces évolutions sur la qualité générale des soins, les auteurs soulignent les risques d'affaiblissement de la relation de confiance entre la patiente et le prestataire de soins et les violations potentielles de la confidentialité, en particulier dans le cas de patientes dont des membres de la famille ou des proches appartiennent au corps médical et peuvent donc accéder facilement à leur dossier. L'autonomie des patientes est également en jeu notamment lorsqu'elles perdent le contrôle du type d'informations qui sont partagées. Les auteurs mentionnent également que le dossier et la manière dont les informations sont partagées constituent un risque supplémentaire de biais de confirmation qui pourrait nuire à la qualité des soins.

Les potentielles ruptures de la confidentialité ont été identifiées par le groupe de travail comme suit :

- Dossier médical numérisé :
 - Informations telles que : résultats des analyses de sang hCG pour la grossesse, résultat d'une échographie
 - Accessible au médecin généraliste ou à un autre médecin (qui peut être un parent)

On peut noter qu'une solution trouvée par les centres d'avortement en Flandre est d'imprimer un rapport après l'avortement, de le remettre à la patiente qui peut alors choisir avec qui le partager.

- Fichier pharmaceutique partagé
 - Informations telles que : prescription de Mifegyne
 - Le dossier est disponible pour les pharmaciens et les médecins généralistes
- Relevé mensuel des remboursements (de certaines mutualités), envoyé au titulaire du compte
 - Des informations telles que le code de remboursement de l'avortement peuvent être mentionnées¹³⁰
 - Ce relevé peut être lu par un conjoint ou un proche (par exemple, un parent).
- Les hôpitaux peuvent envoyer un rapport des visites au généraliste, y compris pour les avortements. L'envoi se fait souvent de manière automatique, sans demander le consentement de la patiente.

Cependant, des solutions potentielles ont été identifiées, que ce soit dans d'autres domaines médicaux ou avec des états précédents du protocole d'échange d'informations. Autrefois, la confidentialité par les organismes mutualistes était assurée par un « pseudo-code » de l'INAMI qui ne pouvait pas être tracé. Actuellement, une disposition similaire existe pour la procréation assistée : le détail du protocole suivi n'est pas mentionné dans le dossier. Les mêmes questions et enjeux se posent également pour les traitements contre le VIH.

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 de mutuelle, dossier médical général numérisé, dossier hospitalier et informations transmises au généraliste).

¹³⁰ Les membres du groupe de travail 1 notent qu'une disposition antérieure, impliquant un « pseudo-code », évitait que le code INAMI pour l'avortement n'apparaisse partout. Selon les représentants de l'INAMI rencontrés en audition, cette disposition ne pourrait plus être maintenue avec la numérisation générale.

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

À cet égard, nous recommandons que certains points soient pris en considération en ce qui concerne l'avortement et tous les examens médicaux, résultats de tests et données liés à l'avortement. Cette discussion pourrait également englober d'autres domaines et protocoles médicaux :

- Nous recommandons que la patiente ait un droit de regard pour valider au cas par cas quel professionnel de santé peut accéder aux informations qui figurent dans son dossier, qu'il s'agisse du dossier de mutualité, du dossier médical général numérisé, du dossier hospitalier et des informations envoyées au médecin généraliste.
- Nous recommandons que certains résultats d'analyses, prescriptions de médicaments ou de prélèvements ne soient visibles et accessibles que par le médecin prescripteur (ex. résultats du test sanguin hCG).

Dans l'hypothèse où des solutions satisfaisantes en termes de garanties de confidentialité du dossier ne seraient pas obtenues, le Comité scientifique suggère que, nonobstant la loi « qualité », les dossiers relatifs à l'acte d'avortement et aux soins qui y sont liés ne soient conservés que dans un dossier stocké localement (version papier ou numérique), à partager avec les professionnels de santé si nécessaire.

¹³¹ Depuis la suppression de la situation de détresse, un certain nombre de formulaires d'enregistrement utilisés par les cliniques d'avortement permettent de ne pas déclarer la raison dans la catégorie G. 99 : « autre » et de mentionner « aucune obligation d'enregistrement ». En 2019, environ 1/3 des enregistrements d'IVG se situaient dans cette catégorie.

¹³² En plus de la catégorie A, la catégorie G « Autre, à préciser » est également utilisée pour enregistrer certaines interruptions de grossesse dont les raisons peuvent potentiellement avoir une composante médicale. Par exemple, en 2018-2019, les situations suivantes ont été mentionnées dans la catégorie 'Autre' : Dépression post-partum / Maladie grave et/ou génétique / Chirurgie récente / Problèmes psychologiques / Dépression / Burnout / Grossesse gémellaire ou multiple / Cytomégalovirus / Grossesse non évolutive / Toxicomanie. Ces éléments ne sont pas représentés dans la figure 4.

5.3 La pratique de l'avortement pour raison médicale

5.3.1 Nombre d'interruptions de grossesse pratiquées pour des raisons médicales

Données de la Commission Nationale d'Évaluation relative à l'interruption de grossesse

Selon la Commission Nationale d'Évaluation relative à l'interruption de grossesse, sur l'ensemble des interruptions de grossesse déclarées, une moyenne d'environ 4 % des interventions ont eu lieu pour des raisons médicales (au cours de la période 2010-2019). Avant 2018, dans les rapports de la Commission Nationale d'Évaluation, ces raisons médicales étaient présentées comme des « situations de détresse » et classées dans la catégorie A : « santé physique et mentale de la femme enceinte et de l'enfant à naître ». Bien que le critère de « situation de détresse » ait été supprimé en 2018, les raisons des interruptions de grossesse sont toujours collectées par la Commission Nationale d'Évaluation et permettent d'identifier le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées pour des raisons médicales¹³¹. Cette catégorisation s'appuie sur les raisons mentionnées par la femme enceinte et recueillies par le prestataire des services d'avortement. Les raisons médicales recueillies dans la catégorie A peuvent inclure un large éventail de problèmes de santé physique et mentale concernant la femme enceinte et/ou le fœtus¹³².

Figure 4 Nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales, par an

Année	Nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales (« catégorie A »)	Pourcentage sur le nombre total d'interruptions de grossesse
2010	1158	3,99%
2011	1182	4,01%
2012	1137	4,02%
2013	1213	4,22%
2014	1183	4,42%
2015	1158	4,21%
2016	1034	4,05%
2017	1062	4,47%
2018	962	3,91%
2019	813	3,60%

Source : rapports bisannuels de la Commission Nationale d'Évaluation depuis 2012.

Les chiffres ci-dessus représentent les avortements pour raisons médicales, quelle que soit la durée de la grossesse. Les interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines post-conception ne représentent qu'une faible part dans les chiffres repris dans la catégorie A par la Commission Nationale d'Évaluation. La loi soumet les demandes d'avortement au-delà de 12 semaines post-conception à des règles plus strictes que les demandes d'avortement faites avant ce délai : il faut pour cela qu'il y ait une affection d'une particulière gravité et incurable affectant l'enfant à naître, ou que la poursuite de la grossesse constitue une menace grave pour la santé de la femme enceinte. Sur la période 2010-2019, la moyenne annuelle des interruptions de grossesse pour raisons médicales déclarées au-delà de 12 semaines était de 93. Selon ces données de la Commission Nationale d'Évaluation, les avortements pratiqués au-delà de 12 semaines pour des raisons médicales ne représentent qu'environ 8 % de toutes les interruptions de grossesse pour lesquelles une raison médicale mentale ou physique chez la femme ou une affection grave chez le fœtus a constitué la principale raison de la demande d'avortement (catégorie A).

Figure 5 Nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales au-delà de 12 semaines post-conception, par année

Année	Nombre déclaré d'interruptions de grossesse +12 semaines PC
2010	125
2011	109
2012	84
2013	108
2014	97
2015	45
2016	95
2017	107
2018	69
2019	77

Source : Commission Nationale d'Évaluation, rapport 2018-2019

Sur la moyenne totale des avortements pratiqués chaque année (quelle qu'en soit la raison), les interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines pour des raisons médicales graves ne représentent que 0,3 %. Cependant, un problème avéré de sous-déclaration des interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines dilue très probablement ce pourcentage. Il convient de rappeler que les données présentées par la Commission Nationale d'Évaluation dépendent de l'exactitude de la déclaration par les prestataires de l'interruption de grossesse. Aucune correction n'est appliquée pour les interruptions de grossesse présumées non déclarées.

Données manquantes et causes potentielles de sous-déclaration

Depuis plusieurs années, la Commission Nationale d'Évaluation a mis en évidence une lacune dans les données concernant les interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines post-conception. En utilisant le registre EUROCAT, qui collecte le nombre d'anomalies détectées au stade fœtal, à la naissance et jusqu'à l'âge d'un an, le Comité scientifique propose une estimation du nombre réel d'interruptions de grossesse pour anomalies fœtales¹³³. Le registre EUROCAT cartographie les interruptions de grossesse pour anomalies fœtales pour 10.000 naissances. En y intégrant les statistiques belges sur les naissances, il est possible d'estimer le nombre annuel d'interruptions de grossesse pour anomalies fœtales¹³⁴. Cette estimation ne tient pas compte des interruptions de grossesse pratiquées pour des raisons de santé affectant la personne enceinte, pour lesquelles il peut également y avoir sous-déclaration.

Figure 6 Estimation du nombre d'interruptions de grossesse pour raison médicale, par an (extrapolé à partir des données de la Commission Nationale d'Évaluation et d'EUROCAT).

Année	Nombre de naissances	Interruptions pour anomalie fœtale +12 sem. (Commission Nationale d'Évaluation)	Interruptions pour anomalie fœtale (prévalence pour 10.000 naissances) EUROCAT	Estimation du nombre des interruptions de grossesse pour anomalie fœtale
2012	126.993	79	36,53	464
2013	124.862	103	36,1	450
2014	124.415	94	37,75	469
2015	121.713	35	42,25	514
2016	121.161	93	40,74	493
2017	119.109	107	54,89	654

Source : Commission Nationale d'Évaluation, rapport 2021

¹³³ Tableau de la Commission nationale d'évaluation : voir le rapport bisannuel 2018-2019, p. 118 version néerlandaise ; données EUROCAT disponibles à l'adresse : https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en.

¹³⁴ Les statistiques belges sur les naissances sont disponibles à l'adresse suivante : <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid#figures>.

Sur la base des données EUROCAT, la Commission Nationale d'Évaluation estime que le nombre d'interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse figurant dans ses rapports ne représente que 7 à 23 % du nombre réel estimé des interruptions de grossesse. Bien que cette projection soit considérée comme globalement exacte, il faut mentionner qu'EUROCAT enregistre toutes les interruptions de grossesse pour anomalie fœtale, quel que soit l'âge gestationnel auquel l'interruption a eu lieu. Par conséquent, une partie de ces interruptions de grossesse répertoriées par EUROCAT peuvent avoir eu lieu avant la 12e semaine post-conception, ce qui peut expliquer, en partie, l'écart constaté. En outre, le registre EUROCAT ne fait pas état des interruptions de grossesse pour des raisons de santé maternelle. Bien que cette catégorie ne représente qu'un petit nombre par rapport au nombre total d'interruptions de grossesse pour raisons médicales, les différents champs d'enregistrement d'EUROCAT et de la Commission Nationale d'Évaluation compliquent la comparaison. D'autres points de prudence liés à l'application des données enregistrées par EUROCAT dans le contexte belge seront discutés plus loin dans cette section.

Selon la Commission Nationale d'Évaluation, les explications de la sous-déclaration résident dans la charge de travail des hôpitaux qui réduit la disponibilité pour faire les déclarations, dans les différentes interprétations par les médecins de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à l'interruption médicale de grossesse, ou enfin, dans le souhait de garder cette pratique confidentielle. Ces données concordent avec celles d'une étude ayant cartographié les causes possibles des faibles taux de déclaration, d'après des entretiens menés avec des gynécologues hospitaliers belges impliqués dans l'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines¹³⁵. Les causes potentielles mentionnées par les gynécologues sont les suivantes :

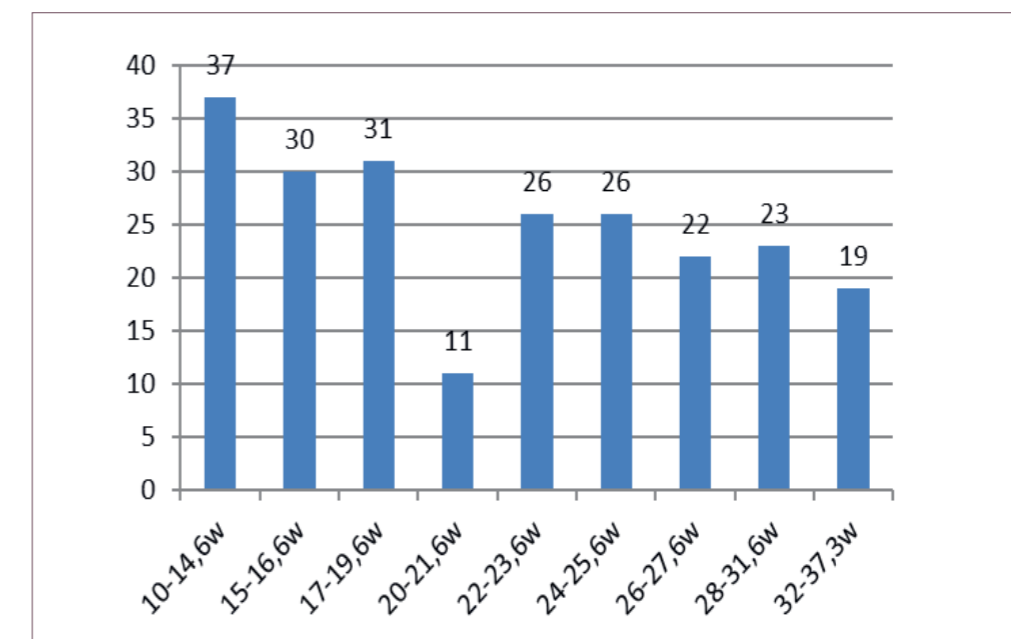
- Charge de travail administrative - pas de répartition interne des tâches.
- Confusion avec de multiples autres obligations d'enregistrement (p. ex. EUROCAT / SPE/CEPIP / déclarations légales de naissance vivante et de mortinaissance / ...).
- Impression que compléter le registre interne à l'hôpital suffit.
- Peur du contrôle externe.
- Absence de répercussion en cas de non-déclaration.
- Faible confiance dans le travail/rôle de la Commission Nationale d'Évaluation.
- La sous-déclaration des interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines qui peuvent encore être effectuée par méthode chirurgicale.
- Méconnaissance de l'obligation de rapporter les données à la Commission Nationale d'Évaluation.

Sur ce point, le Comité scientifique recommande de sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance scientifique d'un enregistrement précis des interruptions médicales de grossesse pratiquées.

¹³⁵ Communication personnelle basée sur une étude non publiée de F. De Meyer et. al. qui a interrogé 23 obstétriciens actifs dans des hôpitaux flamands impliqués dans la prise de décision sur l'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines.

En outre, la Commission Nationale d'Évaluation ne rapporte pas le nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales par âge gestationnel spécifique¹³⁶. En effet, le formulaire d'enregistrement rempli par les prestataires de services d'avortement ne fait la distinction qu'entre les interruptions de grossesse avant et au-delà de 12 semaines de grossesse. Un aperçu des interruptions de grossesse par semaine de grossesse et par affection constituerait une ressource utile à des fins scientifiques. Selon les professionnels de la santé impliqués dans le diagnostic prénatal, les interruptions de grossesse peuvent être pratiquées à différents âges gestationnels en raison d'une progressivité du degré de certitude du diagnostic ainsi que du pronostic d'une anomalie fœtale. Parfois, le niveau de certitude n'est atteint que dans les derniers stades de la grossesse, au-delà du stade de viabilité du fœtus. À titre d'exemple, le tableau suivant présente les données d'un hôpital belge de référence (sur 5 ans, 2014-2018), qui montrent que les interruptions de grossesse pour raisons médicales graves interviennent à différents stades gestationnels.

Figure 7 Nombre d'interruptions de grossesse dans un hôpital de référence, par âge gestationnel (2014-2018).



¹³⁶ Toutefois, dans le dernier rapport biennal de la Commission nationale d'évaluation (2023), le nombre d'interruptions de grossesse par semaine de gestation est inclus pour la première fois.

Est absente également de l'enregistrement par la Commission Nationale d'Évaluation une répartition par nationalité des femmes enceintes demandant une interruption de grossesse pour raisons médicales. Pour diverses raisons, parmi lesquelles une législation plus stricte dans leurs pays respectifs, certaines ressortissantes étrangères sont susceptibles de demander une interruption de grossesse en Belgique après l'observation d'une anomalie dans le diagnostic prénatal. La situation des femmes néerlandaises demandant en Belgique une interruption de grossesse après 24 semaines d'aménorrhée pour des raisons médicales semble être une forme d'accueil médical raisonnable, étant donné que l'accès est plus restreint aux Pays-Bas au-delà de cette limite (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2015). L'évaluation néerlandaise du règlement relatif à l'interruption de grossesse tardive confirme cette dynamique (ZonMw, 2022). Selon cette évaluation, l'UZA, l'UZGent et l'UZLeuven offrent ensemble des services d'interruption de grossesse à environ 10 femmes néerlandaises par an après 24 semaines de grossesse. Le Comité scientifique ne dispose pas actuellement de données précises pour confirmer ce nombre, ni de données provenant d'autres hôpitaux que les trois mentionnés. Selon un expert impliqué dans l'évaluation néerlandaise citée plus haut, les patientes néerlandaises qui se déplacent n'ont pas de profil spécifique, bien qu'il s'agisse souvent de femmes/couples qui sont explicites et proactifs dans leur requête et leur recherche d'informations¹³⁷.

5.3.2 Affections pour lesquelles une interruption de grossesse est pratiquée au-delà de 12 semaines de grossesse

Comme mentionné, les grossesses sont interrompues dans le cadre de plusieurs affections médicales. Pour ce qui est de l'interruption de grossesse avant 12 semaines post-conception (catégorie A), il n'y a pas d'obligation spécifique de préciser la raison médicale exacte dans le formulaire d'enregistrement de la Commission Nationale d'Évaluation. En revanche, pour les interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse, le formulaire d'enregistrement exige de stipuler l'affection qui touche le fœtus ou la personne enceinte. Les paragraphes qui suivent examinent les données de la Commission Nationale d'Évaluation concernant les affections qui ont conduit à une interruption de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse.

Entre 2010-2019, 92 % en moyenne des interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse déclarées à la Commission Nationale d'Évaluation correspondent à des interruptions pour des affections liées au fœtus. Les interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines pour des affections liées à la santé de la femme enceinte sont exceptionnelles et ne représentent que 8 %. Ces pourcentages doivent être nuancés d'après les estimations faites ci-dessus de sous-déclaration des interruptions de grossesse pour anomalie fœtale : le manque de données sur le niveau de (sous-) déclaration des interruptions de grossesse pour des raisons de santé maternelle peut laisser entendre un phénomène similaire pour ce cas de figure.

¹³⁵ Communication personnelle avec un employé de Pro Facto, qui a contribué à l'évaluation néerlandaise de la loi.

5.3.2.1 Affections liées à la femme enceinte

Bien que rares, certaines grossesses sont donc interrompues en raison d'un risque sérieux pour la santé de la femme enceinte. Ces interruptions de grossesse sont principalement pratiquées en raison de menaces pour la santé physique de la personne enceinte. Elles peuvent être liées à la grossesse elle-même ou liées à des affections soit préexistantes soit d'apparition récente. Les rapports de la Commission Nationale d'Évaluation font état d'affections physiques ayant entraîné l'interruption de la grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse, notamment le syndrome HELLP (Haemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets), l'hypertension gravidique, une (pré)éclampsie, la présence d'une cicatrice de césarienne avec un risque d'hémorragie maternelle grave, des saignements utérins abondants, une anémie, une affection cardiaque, un cancer du sein, un cancer du col de l'utérus, un syndrome de Hodgkin, un hernie discale, des affections neurologiques graves, un carcinome thyroïdien et enfin un syndrome néphrotique. En outre, la Commission Nationale d'Évaluation a signalé des cas d'affections mentales antérieures, telles qu'une sensibilité à la pression psychologique, un équilibre psychologique délicat ou une instabilité mentale, la consommation d'héroïne, le risque de suicide ou encore un trouble bipolaire, comme raisons d'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse. D'après l'expérience des membres du groupe de travail 2, ces demandes semblent en augmentation, bien qu'elles représentent encore une petite minorité des demandes d'interruption de grossesse pour raisons médicales. En pratique, ces demandes font l'objet d'une évaluation multidisciplinaire approfondie.

5.3.2.2 Affections liées au fœtus

Les rapports de la Commission Nationale d'Évaluation énumèrent les anomalies fœtales pour lesquelles une interruption de grossesse a été pratiquée au-delà de 12 semaines de grossesse. Ils répartissent les affections fœtales en trois grandes catégories : les affections chromosomiques, les anomalies et déformations et les affections tératogènes. Les affections comprennent à la fois les affections létales et les affections non létales considérées substantiellement graves¹³⁸.

¹³⁸ Les membres du groupe de travail 2 notent qu'il existe différentes interprétations sur le moment où une affection doit être considérée comme létale / non létale. Voir, par exemple (Wilkinson *et al.*, 2014).

Figure 8 Affections fœtales pour lesquelles une interruption de grossesse a été pratiquée (2018-2019).

Aperçu des affections fœtales comme motifs d'interruption de grossesse 2018-2019		
Affections chromosomiques	Anomalies et malformations	Affections tératogènes ¹³⁹
<ul style="list-style-type: none"> • Délétion sur le chromosome 22 / délétion 16p11.2 / délétion 22q11 • Hygroma colli (kystique) • Maladie chromosomique / anomalie du caryotype • Microdélétion du chromosome 18 • Microduplication • Mutation chromosomique • Syndrome de Turner • Syndrome de Wolf-Hirschhorn • Triploïdie (69 xxy) • Trisomie 13 (syndrome de Patau) • Trisomie 18 (syndrome d'Edwards) • Trisomie 21 (syndrome de Down) • Trisomie 22 	<p>2.2.1. Cœur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrocardie • Hypoplasie • Malformation/anomalie cardiaque létale • Tétralogie de Fallot <p>2.2.2. Poumons</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrésie pulmonaire • Hypoplasie pulmonaire • Pneumothorax <p>2.2.3. Squelette</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dysplasie thanatophore • Pseudoachondroplasie • Syndrome de régression caudale • Phocomélie <p>2.2.4. Reins et glandes surrénales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agénésie rénale bilatérale • Hyperplasie congénitale des surrénales • Dysplasie rénale multikystique bilatérale <p>2.2.5. Foie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperplasie <p>2.2.6. Système nerveux central</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anencéphalie • Anomalie de la colonne vertébrale • Spina bifida <p>2.2.7. Crâne et cerveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acrânie • Agénésie du corps calleux • Holoprosencéphali 	<ul style="list-style-type: none"> • Affections dues à la prise d'isotrétinoïne (précédemment Roaccutane®) • Cytomégalovirus • Toxoplasmose

¹³⁹ Les professionnels de la santé impliqués dans le groupe de travail 2 ont déclaré qu'ils ne voient pas de justification scientifique et logique à traiter les causes tératogènes en les distinguant des autres catégories. Ces catégories peuvent nécessiter une révision.

<ul style="list-style-type: none"> • Hydrocéphalie • Malformation cérébrale majeure • Malformations d'Arnold Chiari • Ventriculomégalie <p>2.2.8. Malformations ou pathologies diverses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de vessie • Trouble / défaut de la paroi abdominale / masse dans la paroi abdominale • Anhydramnios dû à la rupture des membranes • Drépanocytose • Malformation de la paroi abdominale • Anhydramnios • Ascite • Fausse couche spontanée / mort in utero • Hernie diaphragmatique • Hydrops • Rupture prématurée des membranes (RPM) avant le début du travail • Retard de croissance intra-utérin (RCIU) • Syndrome polymalformatif

Source : Commission Nationale d'Évaluation, 2021

Les rapports de la Commission Nationale d'Évaluation ne révèlent rien sur le taux de prévalence des différents types d'anomalies, ni sur le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par type d'anomalie. Selon les données recueillies en interne, la majorité des interruptions de grossesse sont pratiquées en raison d'affections chromosomiques, cardiaques, du système nerveux central et de la colonne vertébrale. Ce schéma concorde avec les données d'autres juridictions européennes où les interruptions de grossesse peuvent être pratiquées pour des raisons médicales graves. Par exemple, en Angleterre et au Pays de Galles, les données suivantes montrent pour quelles catégories d'affections des interruptions de grossesse ont été pratiquées en 2020¹⁴⁰ :

¹⁴⁰ Interruption de grossesse en vertu du motif E, qui exige qu'il y ait un « risque substantiel que si l'enfant naissait, il souffrirait d'anomalies physiques ou mentales telles qu'il serait gravement handicapé ». Statistiques sur l'avortement 2020, tableaux de données, onglet 9a : avortements pratiqués pour le motif E, résidents d'Angleterre et du Pays de Galles, 2020, disponible sur <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2020>.

- Malformations congénitales du système nerveux : 21 % (les plus fréquentes : autres malformations du cerveau, anencéphalie, spina bifida)
- Autres malformations congénitales : 34 % (les plus fréquentes : malformations du système cardiovasculaire, malformations du système musculo-squelettique)
- Anomalies chromosomiques : 27 % (les plus courantes : syndrome de Down, syndrome d'Edwards, autres syndromes)
- Autres affections : 18 % (les plus fréquentes : fœtus affecté par des facteurs maternels, hygroma kystique (lymphangiome), hydrops non liés à la maladie hémolytique).

Le registre EUROCAT offre un meilleur aperçu de la prévalence et des taux d'interruption de grossesse pour anomalies fœtales dans les provinces belges du Hainaut et d'Anvers, ainsi que dans d'autres régions européennes. Aucune divergence importante en matière d'interruption de grossesse n'a été détectée entre les provinces belges et les autres régions européennes, bien que des écarts régionaux mineurs existent. Selon une analyse récente des données EUROCAT effectuée par la province d'Anvers, le taux d'interruption de grossesse de la ville d'Anvers pour anomalies fœtales (1989-2016) est de 27 pour 10.000 naissances ; dans le Hainaut, il est de 41 pour 10.000 naissances tandis que la moyenne européenne est de 42 pour 10.000 naissances (tableau 2 dans Nelen *et al.*, 2022). On ignore si le taux inférieur observé à Anvers est dû à une sous-déclaration ou s'il représente une différence réelle.

L'interprétation des données EUROCAT doit se faire avec précaution et en tenant compte de la manière dont les données ont été recueillies et présentées. Tout d'abord, les taux d'interruption de grossesse rapportés par EUROCAT ne précisent pas l'âge gestationnel, ce qui signifie qu'ils incluent les interruptions de grossesse pratiquées aussi bien avant qu'après la limite légale belge de 12 semaines post-conception. Ensuite, les diagnostics d'anomalies tant prénatales que postnatales¹⁴¹ sont inclus dans les taux de prévalence, ce qui signifie que les taux d'interruption de grossesse doivent être nuancés lorsqu'ils sont comparés aux taux de prévalence. Enfin, toutes les anomalies sont rapportées, qu'elles apparaissent de manière isolée ou conjointement avec d'autres anomalies. Cela signifie qu'il est rapporté plus d'anomalies fœtales que de grossesses. Entre 2010 et 2019, 256 anomalies fœtales pour 10.000 naissances ont été diagnostiquées sur la base des données des régions d'Anvers et du Hainaut. Le taux d'interruption de grossesse pour anomalies fœtales était de 39 pour 10 000 naissances¹⁴². Or, le type d'anomalie fœtale détectée est un déterminant important du taux d'interruption de grossesse, comme le montrent les variations observées dans les données EUROCAT. Les troubles génétiques diagnostiqués sont associés à un taux d'interruption de grossesse de 43 % par rapport au taux de prévalence totale. Environ 50 % des diagnostics de trisomie 21 ont abouti à une décision d'interruption de grossesse. Pour les diagnostics de trisomie 18 et de syndrome de Turner, le taux d'interruption est d'environ 80 %. Les anomalies du système nerveux sont associées

à un taux d'interruption de 35 % dans les données EUROCAT. Comparativement aux taux de prévalence totale, les malformations cardiaques congénitales représentent quant à elles un taux d'interruption de 8,4 %. Comme mentionné, ces taux d'interruption de grossesse par taux de prévalence des anomalies fœtales doivent être corrigés, car les diagnostics jusqu'à un an après la naissance sont inclus dans le taux de prévalence (ce qui exclut par nature une décision d'interruption de grossesse).

5.3.3 Diagnostic (prénatal) et qualité des soins

Le diagnostic prénatal peut être réalisé à différents stades de la grossesse et fait appel à plusieurs techniques de diagnostic. Les tests prénataux peuvent comprendre des analyses de sang, des analyses par imagerie médicale, des analyses chromosomiques et d'autres tests génétiques destinés à évaluer la santé de la femme enceinte ainsi que celle du fœtus. Le test prénatal non invasif (TPNI) est généralement proposé à la 10e semaine de grossesse post-conception (12 SA), et les résultats peuvent être disponibles dans les 5 à 10 jours suivants. Ce test de dépistage génétique peut donc fournir des informations fiables sur la composition de l'ADN du fœtus, et prédire un risque accru d'importantes déviations chromosomiques, notamment la trisomie 21, la trisomie 18, la trisomie 13 déjà à un stade relativement précoce de la grossesse. Un résultat de test présentant une anomalie est toujours suivi d'une procédure invasive pour confirmer le diagnostic (amniocentèse ou prélèvement de villosités choriales). D'autres procédures telles que des échographies répétées et une IRM fœtale sont régulièrement utilisées pour obtenir un diagnostic ou le clarifier et déterminer le pronostic d'une anomalie fœtale.

En Flandre, le corps médical a formulé des recommandations de bonnes pratiques qui peuvent renforcer la qualité de soin des professionnels de la santé avant une interruption de grossesse à un stade ultérieur (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG), 2020). Bien que des différences locales puissent se présenter sans que cela pose problème, ces recommandations constituent une base solide pour la prise en charge des femmes/couples affectés par une grossesse difficile. Entre autres, ces recommandations soulignent l'importance du respect de la demande d'interruption de grossesse, du renvoi vers un autre centre lorsque la demande n'est pas conforme à la décision multidisciplinaire de l'équipe, de la promotion d'une prise de décision éclairée et d'un accompagnement non directif, de la discussion des options thérapeutiques alternatives (y compris les différentes méthodes d'interruption de grossesse et les soins de confort postnatals), ainsi que de l'alignement des soins de suivi avec les souhaits de la patiente. Ces recommandations préconisent, de plus, une discussion au sein du personnel multidisciplinaire et la dispensation d'informations supplémentaires et objectives par un ou plusieurs professionnels de la santé spécialisés dans la ou les affections spécifiques, concernant le suivi, les possibilités et les limites thérapeutiques, et le pronostic. En présence d'une affection grave, la

¹⁴¹ Diagnostic jusqu'à 1 an après la naissance.

¹⁴² En considérant le taux de natalité moyen annuel entre 2010 et 2019 pour la Belgique, basé sur les données STATBEL, le Comité scientifique arrive à estimer un nombre moyen de 483 interruptions de grossesse pour anomalie fœtale par an.

femme/le couple se voit proposer l'option d'une interruption de grossesse, en plus d'autres options potentielles telles que l'évaluation néonatale et éventuellement un soutien palliatif (VVOG, 2020).

Une autre pierre angulaire d'une prise en charge de qualité dans ces situations concerne l'assistance psychologique et administrative, surtout si la femme/le couple souhaite bénéficier d'un tel soutien (VVOG, 2020). Les gestionnaires de cas, les assistants sociaux et/ou les psychologues fournissent généralement ce type de soutien. Dans certains hôpitaux, les gynécologues et les sage-femmes assument également ce rôle. Le renvoi vers des spécialistes externes est parfois nécessaire. Un soutien administratif est également jugé pertinent pour informer la patiente, le cas échéant, sur de potentielles aides et allocations après la grossesse/la naissance (par exemple, le congé de maternité), les actes d'état civil obligatoires et facultatifs, les possibilités d'organiser un enterrement ou une crémation, etc.

5.3.4 Accompagnement et processus décisionnel de l'interruption médicale de grossesse

5.3.4.1 Processus décisionnel et d'adaptation de la patiente - du couple

Des résultats d'échographie ou de TPNI/DPNI défavorables ou un problème de santé maternelle induisent chez la patiente un processus décisionnel complexe et différents mécanismes d'adaptation. Les difficultés émotionnelles vécues sont liées au fait que ces grossesses étaient généralement attendues et/ou bienvenues, et que les examens ont confirmé l'existence du fœtus.

Différentes études ont exploré le processus décisionnel des femmes/couples confrontés à une grossesse difficile. Les études montrent que c'est avant tout la gravité de l'affection et la manière dont elle pourrait affecter la qualité de vie qui jouent un rôle crucial dans les décisions parentales d'interruption de grossesse (Pryde *et al.*, 1993; Evans *et al.*, 1996; Shaffer *et al.*, 2006; Dreux *et al.*, 2008). La recherche opère souvent une distinction entre les raisons liées à l'impact de l'anomalie fœtale sur l'enfant, sur la femme, sur le partenaire et sur les autres enfants (Korenromp, 2006). Une raison parentale importante de la décision d'interruption de grossesse est celle d'éviter la souffrance, la stigmatisation et le sentiment de non-appartenance de l'enfant (McCoyd, 2007 ; Järholm, 2017). De plus, le fardeau émotionnel, physique et financier que représentent les soins pour les parents/familles constitue une raison supplémentaire (McCoyd, 2007 ; Järholm, 2017). Le bien-être des autres (futurs) frères et sœurs est lui aussi souvent pris en compte dans les décisions parentales relatives à l'interruption de grossesse (McCoyd, 2007; Järholm *et al.*, 2014). D'autres facteurs qui ne sont pas directement liés à l'anomalie ou son impact peuvent également entrer en jeu. Un de ces facteurs d'influence réside dans le contexte religieux, ethnique et culturel de la femme, qui peut avoir un impact sur la décision d'effectuer un test de diagnostic prénatal et d'interrompre ou de poursuivre une grossesse (Gitsels-van der Wal *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2016; Ahmed *et al.*, 2017; Haidar *et al.*, 2018). En outre, la durée de la grossesse, l'âge de la femme enceinte, l'opinion du partenaire, la présence d'autres enfants dans la famille, etc. sont tout autant suscep-

tibles de jouer un rôle dans la décision finale de la femme/du couple. Un fort désir d'enfant et une ambivalence générale à l'égard de l'interruption de grossesse ont été associés à une tendance à poursuivre la grossesse (Decruyenaere *et al.*, 2007).

Dans ses recommandations, le VVOG observe une tendance croissante des couples à demander un trajet palliatif plutôt qu'une intervention active mettant fin à la grossesse (VVOG, 2020). En particulier lorsqu'on s'attend à ce que la durée de survie postnatale soit limitée, l'option de ne pas provoquer activement la mort du fœtus, mais d'anticiper son décès après la naissance peut être envisagée. Ces décisions complexes sont souvent prises au cas par cas, en tenant compte des caractéristiques spécifiques du fœtus, de la femme et des préférences des parents.

Les décisions d'interruption de grossesse tardive peuvent entraîner une détresse importante et des émotions contradictoires (Andersson *et al.*, 2014 ; Hodgson et McClaren, 2018). Par exemple, le chagrin suivant une interruption de grossesse peut aller de pair avec le soulagement d'avoir évité la souffrance à long terme d'un enfant gravement handicapé. La recherche et les professionnels de la santé impliqués dans le groupe de travail 2 soulignent l'importance d'un processus décisionnel parental conscient et éclairé concernant l'interruption de grossesse, permettant d'améliorer l'adaptation pendant et après le processus. Dans ce processus, la clé réside dans réassurance émotionnelle de la patiente ainsi que dans le maintien de sa capacité d'action. De plus, mettre en place un cadre temporel et spatial permettant à la patiente/au couple de recueillir des informations, s'adapter et chercher du soutien auprès de personnes de confiance et de professionnels est également considéré comme bénéfique (Roegiers, 2019). Les ressources en termes d'adaptation, notamment l'état de santé mentale antérieur et le soutien social, sont considérées comme contribuant à réduire le risque de réactions de deuil chroniques (Lasker et Toedter, 1991).

Au long de leur soutien à la prise de décision autonome des femmes, les professionnels de la santé peuvent également être amenés à déterminer si la patiente subit une quelconque pression extérieure pour poursuivre ou interrompre sa grossesse. L'obtention du consentement éclairé de la patiente doit aller de pair avec une vigilance au contexte et aux besoins de chaque individu, ce qui nécessite des relations de confiance avec les patientes (Woodcock, 2011). Un climat de confiance et de coopération au sein de l'équipe médicale elle-même est également recommandé, afin que les informations données à la patiente/au couple soient cohérentes et complémentaires plutôt que contradictoires. De plus, les professionnels de la santé du groupe de travail 2 ont souligné le point suivant : la majorité des grossesses touchées par un problème de santé fœtale ou maternelle résultent d'un projet ou d'une intention d'avoir un enfant de la part du couple. Ceci explique que ces décisions d'interruption de grossesse soient souvent discutées entre et avec les deux partenaires. Les professionnels de la santé impliqués soutiennent l'idée qu'il est de bonne pratique, dans la mesure du possible, d'impliquer le partenaire dans le processus d'accompagnement, même si la décision finale et prioritaire en matière d'interruption ou de poursuite de la grossesse doit revenir à la personne enceinte (situation actuellement protégée par

la législation sur l'avortement) en raison de l'impact de ces décisions sur son intégrité corporelle et son autonomie .

Le processus qui consiste à dispenser ce type d'accompagnement délicat tant sur le plan de l'information que du soutien peut exiger des professionnels qu'ils adoptent une approche interdisciplinaire rigoureuse (Dekkers *et al.*, 2019). Cela peut inclure une formation spécifique pour les équipes périnatales, dont des modules sont déjà organisés à certains endroits en Belgique (Hodgson et McClaren, 2018)¹⁴³.

5.3.4.2 Processus décisionnel et adaptation des professionnels de la santé

Plusieurs études montrent que l'acceptation par les professionnels de la santé concernés de l'interruption de grossesse pour raisons médicales, y compris lorsqu'elle est pratiquée à des stades tardifs, est considérée comme élevée en Belgique (Dombrecht *et al.*, 2020; Roets *et al.*, 2021). La VVOG recommande un accompagnement non directif et le respect d'un processus décisionnel autonome et éclairé des patientes confrontées à ce type de soins médicaux (VVOG, 2020). Comme mentionné, une pratique médicale diligente recommande une évaluation et un processus décisionnel collectifs par deux membres du personnel médical, ou plus, de préférence dans un cadre multidisciplinaire. Bien que ce ne soit pas une obligation légale, certains hôpitaux belges ont un protocole de demande d'avis (non contraignant) au comité d'éthique de l'hôpital à propos de l'acceptabilité des demandes d'interruption tardive de grossesse. Les comités d'éthique sont parfois également sollicités de manière ad hoc pour donner un avis lorsque des opinions contradictoires sont exprimées lors de réunions de l'équipe multidisciplinaire. Les professionnels de la santé impliqués dans le groupe de travail 2 relèvent que la communication transparente de ces processus décisionnels institutionnels à la patiente/au couple représente un aspect important des bonnes pratiques médicales. Ils soulignent également que la patiente doit avoir la possibilité d'être entendue par un médecin spécialiste ainsi que par l'équipe multidisciplinaire et ses membres.

Les professionnels de la santé peuvent rencontrer des difficultés pour évaluer l'acceptabilité éthique, médicale, personnelle et juridique de l'interruption de grossesse dans certains cas. Ces difficultés sont d'autant plus présentes, d'après les professionnels de la santé, dans des situations où il est difficile de se mettre d'accord sur un diagnostic et/ou un pronostic précis. En outre, certaines études suggèrent qu'un âge gestationnel avancé et une proximité avec le stade de viabilité peuvent compliquer l'acceptation personnelle ou l'implication professionnelle des professionnels de la santé dans l'interruption médicale de grossesse (Crowe *et al.*, 2018). Des recherches menées en France, qui connaît une législation similaire à celle de la Belgique pour l'interruption de grossesse des 2^e et 3^e trimestres, estiment qu'environ 94 % de l'ensemble de ces interruptions de grossesse sont décidées suite à des anomalies qui sont clairement létales ou qui entraîneraient des handicaps physiques et/ou mentaux

importants (Dommergues *et al.*, 2010). Les 6 % de cas restants sont considérés comme « sujets à caution », ce qui signifie que, bien que l'interruption de grossesse ait finalement été autorisée à la suite d'une discussion multidisciplinaire, au moins un des trois critères (probabilité, gravité, caractère incurable) pourrait être contesté (Dommergues *et al.*, 2010). Ce groupe de cas sujets à caution peut comprendre, entre autres, (1) les affections pour lesquelles la probabilité de handicap sévère de l'individu n'est pas connue avec précision (par exemple, l'agénésie du corps calleux), (2) les affections d'apparition tardive (par exemple, la maladie de Huntington), (3) les affections potentiellement curables survenant dans des familles ayant des antécédents d'échec thérapeutique (par exemple, la drépanocytose) et (4) les affections pour lesquelles il n'existe pas de consensus professionnel sur la sévérité du handicap (par exemple, l'achondroplasie, une anomalie au niveau d'un seul membre) (Dommergues *et al.*, 2010).

L'évaluation multifactorielle et la consultation des disciplines pertinentes sont encouragées pour naviguer dans ces domaines médicaux d'incertitude, d'autant plus que la loi laisse une marge d'appréciation à la profession médicale pour évaluer l'acceptabilité de l'interruption de grossesse.

5.3.5 Soins de suivi et soutien administratif après une interruption de grossesse

En l'absence de problèmes médicaux, obstétricaux et psychologiques, la plupart des patientes quittent l'hôpital le lendemain de l'interruption médicale de grossesse, après avoir reçu des informations sur l'inhibition éventuelle de la lactation, la contraception et les aides sociales disponibles. Cependant, l'interaction avec les patientes ne s'arrête généralement pas à la sortie de l'hôpital. Une autopsie des restes du fœtus est recommandée après l'expulsion, à moins que le diagnostic soit clair ou qu'une « virtopsie » utilisant l'imagerie ou l'analyse génétique ait été réalisée. Un contrôle post-partum est aussi prévu avec le gynécologue référent. La patiente ou le couple est invité(e) à examiner les résultats lorsque les résultats définitifs des examens complémentaires sont connus, souvent environ 5 à 6 semaines après l'expulsion. Le cas échéant, cette discussion porte sur le risque de récurrence, les conseils génétiques et les examens ou interventions nécessaires pour une grossesse ultérieure (VVOG, 2020).

Lorsque la patiente/le couple pourrait bénéficier d'un soutien psychologique ou d'une aide au deuil après une interruption de grossesse, un soutien (interne ou par référence à un autre praticien) doit être proposé. Les recherches estiment qu'environ 45 % de ces patientes connaissent un stress post-traumatique dans les 4 mois suivant l'interruption médicale de grossesse désirée, et jusqu'à 20 % connaissent des conséquences psychologiques négatives jusqu'à un an après l'interruption de grossesse désirée, malgré le fait que peu d'entre elles regrettent leur décision (Korenromp *et al.*, 2009). Faire face à l'interruption de grossesse pour anomalie fœtale est un processus de longue haleine, dans lequel le manque de suivi peut avoir des implications importantes dans la capacité des femmes à accepter la situation sur le long

¹⁴³ Voir, par exemple, le Certificat interuniversitaire Uclouvain /ULB, Prise en charge périnatale transdisciplinaire, 2021, <https://www.ulb.be/fr/programme/fc-667> et <https://uclouvain.be/fr/etudier/iufc/actualites/nouveau-certificat-interuniversitaire-en-prise-en-charge-perinatale-transdisciplinaire.html>.

terme (Lafarge *et al.*, 2017). Les professionnels de la santé belges impliqués dans le groupe de travail 2 indiquent la nécessité de développer des ressources financières et de personnel pour améliorer le soutien psychologique à long terme de ce groupe particulier de patientes et de leurs partenaires.

5.3.6 La loi sur l'interruption de grossesse pour raisons médicales graves au-delà de 12 semaines : aperçu de la pratique

5.3.6.1 La position de l'interruption de grossesse pour des conditions médicales graves dans la loi

Les membres du groupe de travail 2 sont d'avis que, dans la loi IVG, l'interruption de grossesse pour raisons médicales graves est traitée comme une sous-section de l'interruption de grossesse à la demande, alors qu'eux la perçoivent comme une question contextuellement distincte. Dans l'ensemble, ils seraient en faveur d'une réglementation plus formellement distincte de l'interruption de grossesse pour raisons médicales graves. Le Comité scientifique recommande que l'interruption de grossesse pour raisons médicales graves fasse l'objet d'un article séparé dans la loi IVG, qui traiterait des conditions légales de son exercice indépendamment de l'âge gestationnel.

5.3.6.2 Raisons médicales au-delà de 12 semaines

Compte tenu des incertitudes qui entachent fréquemment le diagnostic clinique et le pronostic prénatal, les membres du groupe de travail ont fait part de leurs préoccupations quant à l'exigence de « certitude » dans la loi concernant le diagnostic prénatal. Les recherches menées en Belgique sur l'attitude des professionnels de la santé à l'égard de l'interruption tardive¹⁴⁴ de la grossesse montrent que, même dans le cas d'une polymalformation dont le diagnostic n'est pas clair et le pronostic imprévisible, 85,6 % des professionnels envisageraient quand même une interruption tardive de la grossesse (Roets *et al.*, 2021). Les membres du groupe sont en faveur d'un niveau élevé de conviction requis concernant le diagnostic/pronostic, mais font valoir qu'atteindre une forme de certitude n'est pas toujours possible. Le Comité scientifique, en accord avec le groupe de travail et la réglementation de pays voisins, suggère de remplacer la « certitude » que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic par la notion de risque. Plusieurs options sont jugées adéquates à cet effet, notamment « risque très élevé » / « risque substantiel » / « risque significatif » / « probabilité élevée ».

En ce qui concerne l'avortement pour des affections liées à la santé de la femme enceinte, le commentaire parlementaire suggère qu'une menace grave pour la santé maternelle inclut à la fois les problèmes de santé physique et mentale, mais pas les situations de détresse sociale (Nys, 2017). Malgré ces clarifications au Parlement, le Comité scientifique a observé un désaccord auprès des professionnels de la santé belges sur la question de savoir si les problèmes de santé mentale maternelle graves

¹⁴⁴ Post-viabilité.

peuvent être considérés dans le cadre de la loi pour permettre une interruption de grossesse au-delà de 12 semaines post-conception. Certains professionnels de la santé concernés semblent ne considérer que les affections somatiques, tandis que d'autres incluent les affections mentales graves dans les raisons d'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines post-conception. L'âge gestationnel et la viabilité du fœtus semblent également jouer un rôle dans l'acceptation de ces demandes dans la pratique. En outre, bien que cela soit rare, on relève des incertitudes quant à l'assimilation d'un contexte de problèmes psycho-sociaux ou socio-économiques au concept de « santé sociale » (par exemple, la grande pauvreté, l'inceste, l'absence de domicile fixe, la toxicomanie grave, le viol, etc.) qui pourrait alors concerner des demandes d'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines post-conception. Bien que l'interprétation parlementaire suggère que l'interruption de grossesse peut également avoir lieu au-delà de 12 semaines post-conception lorsque la poursuite de la grossesse représente une menace grave pour la santé mentale de la femme, le Comité scientifique, en accord avec le groupe de travail 2, recommande que le législateur confirme cette position dans la loi. Un exemple de formulation pourrait être : « 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. ». Le groupe de travail et le Comité scientifique soulignent que ce sont les problèmes graves de santé mentale qui sont considérés ici, et qu'un second médecin spécialisé devrait être impliqué dans la décision au vu de la recommandation 8. Certains professionnels de la santé impliqués dans le groupe de travail 2 ont suggéré d'inclure également les problèmes de santé psycho-sociale en tant qu'indication médicale pour l'avortement au-delà de 12 semaines post-conception. Dans le même temps, il est reconnu qu'une telle inclusion explicite pourrait s'avérer superflue si le délai d'interruption de grossesse sur demande était prolongé, puisqu'une telle politique permettrait également à un grand nombre de ces patientes d'avoir accès à l'interruption de grossesse.

Bien qu'une certaine incertitude juridique subsiste, il existe un large consensus au sein du Comité scientifique sur le fait de ne pas considérer comme possible ou souhaitable de produire une liste de ce qui devrait (ne devrait pas) relever des raisons de santé maternelle et fœtale. Le Comité scientifique considère qu'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 interprété 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. Ces questions nécessitent une évaluation au cas par cas et une prise de décision complexe à la lumière des dernières connaissances scientifiques, ainsi qu'un dialogue professionnel multidisciplinaire entre professionnels de la santé. Certains membres du Comité scientifique recommandent de stimuler les initiatives au sein de la profession médicale qui permettent l'échange d'approches, de cas et de protocoles entre les différents prestataires de l'interruption de grossesse. Étant donné que ces initiatives prennent beaucoup de temps, une rémunération devrait être prévue.

5.3.6.3 Deuxième avis

Comme décrit dans la section 5.3.4., une consultation d'équipe ou un débat multidisciplinaire plus large précède souvent l'interruption de grossesse pour raisons médicales. Pour les diagnostics/pronostics fœtaux plus complexes ou pour l'interruption de grossesse à un âge gestationnel avancé, la demande d'un avis non contraignant à un comité d'éthique multidisciplinaire est incluse dans le protocole de certains hôpitaux.

Les membres du groupe de travail 2 donnent la préférence à un débat multidisciplinaire prenant place avant la pratique d'une interruption de grossesse pour raisons médicales¹⁴⁵. Ils considèrent ce débat multidisciplinaire comme étant consultatif plutôt que décisif pour le(s) médecin(s) responsable(s), mais en garantissant un avis amplement documenté de l'équipe. De plus, ils sont aussi en faveur que la loi précise la présence dans l'équipe pluridisciplinaire d'au moins un autre médecin, spécialiste dans le domaine de la principale affection concernée. Conformément à cette position, le Comité scientifique recommande de maintenir l'implication d'un deuxième médecin comme le prévoit actuellement la loi, en précisant que ce dernier doit être spécialisé dans la principale pathologie de la femme ou du fœtus. Le Comité scientifique recommande également de formaliser les bonnes pratiques existant sur le terrain et d'instaurer une concertation pluridisciplinaire consultative avant de procéder à une interruption de grossesse pour des raisons médicales graves, sans pour autant confier la décision finale à l'équipe pluridisciplinaire. Cette décision doit rester entre les mains des deux médecins et de la femme ou du couple. La consultation de l'équipe multidisciplinaire ne devrait pas être une obligation en cas d'urgence médicale.

Enfin, les membres du groupe de travail 2 ont observé que l'article 2, 5°, loi IVG, suggère un processus de décision partagée entre deux médecins, mais n'évoque pas le rôle et la capacité de décision de la patiente dans ce processus, même s'ils sont largement admis dans la pratique. La loi semble limiter ce rôle à la demande d'interruption de grossesse. Certains membres ont contesté cette formulation, car elle pourrait exprimer une forme paternaliste de soins de santé qui n'est plus la réalité d'aujourd'hui. Comme alternative, le Comité scientifique suggère de reconnaître dans la loi que la femme doit être entendue et avoir la possibilité d'exprimer ses préoccupations et ses souhaits concernant la poursuite ou l'interruption de sa grossesse. Un exemple de cette reconnaissance de la patiente peut être trouvé dans la loi française : « *Dans les cas prévus aux I et II, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe.* » (Article L. 2213-1 du code de la santé publique). Cependant, d'autres formulations sont également envisageables.

¹⁴⁵ Cette recommandation peut nécessiter une exception pour les cas médicaux urgents (par exemple, une affection mettant en péril la vie de la femme enceinte).

5.3.6.4 Absence de limite maximale

L'interruption tardive de grossesse est une pratique clinique acceptée et courante en Belgique (Roets et al., 2021). Étant donné que ces interruptions tardives de grossesse impliquent souvent un fœticide, le groupe de travail 2 et la VVOG recommandent d'une part que cet acte soit effectué par des professionnels de la santé particulièrement expérimentés dans un cadre hospitalier et d'autre part qu'il soit considéré comme nécessaire pour éviter une naissance vivante et la souffrance consécutive d'un fœtus gravement atteint (VVOG, 2020) (voir également les chapitres 3 et 5.1.). Les compétences clinico-techniques et l'expérience dans l'exercice du fœticide sont considérées comme cruciales afin de prévenir les risques potentiels pour la santé de la patiente (Coke *et al.*, 2004). Étant donné la réalité de la pratique médicale, la possibilité de réaliser un fœticide et la potentialité de découverte tardive d'anomalies graves chez le fœtus, les professionnels de la santé concernés sont favorables à une conception de l'interruption de grossesse qui ne soit pas limitée à la viabilité ou à un âge gestationnel spécifique dans ces cas¹⁴⁶. Le Comité scientifique recommande de sauvegarder et de maintenir la possibilité légale d'interrompre une grossesse indépendamment de l'âge gestationnel pour ces raisons médicales graves dans les conditions actuellement prévues par la loi IVG, en tenant compte d'un certain nombre de modifications proposées dans le présent rapport.

5.3.6.5 Délai de six jours

Une étude belge a interrogé, au moyen d'entretiens, 23 obstétriciens d'hôpitaux flamands au sujet du délai obligatoire de 6 jours dans le cadre d'une interruption de grossesse pour raisons médicales¹⁴⁷. Les obstétriciens de cette étude se sont montrés favorables à une période d'attente dans ce contexte, mais n'étaient pas d'accord sur la nécessité d'un critère strict de six jours. Une perception partagée par les obstétriciens enquêtés était qu'un délai d'attente offre aux patientes une marge pour se préparer sur le plan émotionnel, logistique et administratif avant l'expulsion effective. D'autres publications mentionnent également que, dans le cas d'affections qui touchent le fœtus, disposer de temps apparaît bénéfique dans le processus de prise de décision, de préparation et de recherche de soutien (Roegiers, 2019). En outre, les obstétriciens qui ont participé à l'étude estimaient qu'un moment de pause empêchait les patientes de prendre des décisions qu'elles pourraient regretter par la suite. Des avantages ont été relevés également pour les obstétriciens et l'équipe médicale, qui peuvent ainsi mieux s'organiser et se préparer, mais se voient aussi mieux protégés de l'obligation d'agir « immédiatement », ce qui pourrait perturber le flux de travail.

Malgré des attitudes globalement positives à l'égard d'un délai d'attente, certains obstétriciens ont aussi reconnu les effets négatifs d'une application stricte de l'exigence légale. Ils ont mentionné les difficultés émotionnelles que le cadre temporel

¹⁴⁶ La loi française est plus explicite à cet égard, indiquant qu'un avortement médical peut avoir lieu « quel que soit l'âge gestationnel » : voir l'article L. 2213-1 du Code de la Santé Publique français.

¹⁴⁷ Communication personnelle basée sur une étude non publiée de F. De Meyer et al. qui a interrogé 23 obstétriciens actifs dans des hôpitaux flamands impliqués dans la prise de décision sur l'interruption de grossesse au-delà de 12 semaines.

pouvait poser aux patientes lorsque le diagnostic médical et la demande d'interruption de grossesse qui y est associée sont considérés comme évidents. En outre, les obstétriciens admettent que le délai obligatoire est souvent appliqué de manière flexible dans la pratique, où alors apparaît comme simplement redondant. Ceci est lié à un désaccord sur le moment où le délai de 6 jours commence à courir, étant donné que la loi stipule simplement qu'il débute « après la première consultation ». Les obstétriciens ont mentionné différents points de départ possibles pour ce délai d'attente, notamment : la première indication (incertaine) d'une anomalie, la confirmation définitive d'un diagnostic, la suggestion de la patiente que l'interruption de grossesse serait une option, la demande explicite de la patiente d'interrompre la grossesse, la discussion de l'obstétricien sur le fait que l'interruption de grossesse constitue une option, la première consultation avec un professionnel de la santé, la première consultation avec un professionnel de la santé spécialisé, etc. Un certain doute existe également quant à savoir si c'est l'administration de médicaments ou le jour de l'admission à l'hôpital pour l'expulsion qui met fin au délai d'attente. Enfin, de nombreux obstétriciens ont reconnu que le processus de diagnostic prénatal, les rendez-vous de suivi et l'accompagnement prennent généralement plus de six jours, ce qui rend le délai obligatoire souvent superflu dans la pratique. De fait, une étude suédoise révèle que l'intervalle moyen entre la suspicion d'une anomalie fœtale et la décision de la femme est de 5 jours avant la 18^e semaine de gestation, de 7 jours après la 18^e semaine de gestation et de 13 jours après la 21^e semaine de gestation (Edling *et al.*, 2021). Ce délai est plus long si on compte les jours jusqu'au jour de l'interruption effective de la grossesse.

L'étude portant sur les attitudes des professionnels en Flandre face à l'avortement médical n'a pas étudié directement l'appréciation par les patientes du délai obligatoire dans ce contexte. Étant donné que peu de pays ont un délai de réflexion obligatoire pour l'interruption de grossesse pour raisons médicales, à la connaissance du Comité scientifique, la recherche qualitative sur les attitudes des patientes dans ce contexte spécifique fait donc défaut. Dans la mesure où cela procure des bénéfices similaires à ceux énumérés ci-dessus, les professionnels de la santé supposent toutefois que la plupart des patientes ne voient pas d'inconvénient, voire apprécient, de disposer de 6 jours entre la première consultation et l'interruption effective de la grossesse. Par ailleurs, le fait d'apprécier le délai d'attente et de traitement n'implique pas, en soi, qu'il devrait être obligatoire. Certains professionnels de la santé ont également décrit des situations dans lesquelles ils sont confrontés à des patientes qui se sentent angoissées par une attente supplémentaire et qui ne souhaitent pas rester enceintes plus longtemps après un diagnostic prénatal relevant des anomalies.

Bien que le délai obligatoire ne soit pas considéré comme un obstacle majeur dans le contexte de l'avortement pour raisons médicales et qu'il soit associé à des bénéfices potentiels, les membres du groupe soulignent qu'il n'existe pas de durée « standard » de maturation de la prise de décision. Le consentement éclairé et la stabilisation émotionnelle sont considérés comme étant les critères de la plus grande valeur. Le Comité est d'avis qu'un délai d'attente fixe et obligatoire n'est pas indispensable pour

sauvegarder ces principes, et que l'accent devrait plutôt être mis sur la qualité du diagnostic prénatal et la stabilisation de la patiente par le médecin/l'équipe médicale. En accord avec les positions des groupes de travail 1, 2 et 4, le Comité scientifique recommande de supprimer de la loi le délai d'attente obligatoire de six jours.

5.3.6.6 Informations obligatoires

Les professionnels de la santé impliqués dans les interruptions de grossesse ont fait remarquer que certaines obligations en matière d'information ne sont pas recommandées dans le cadre d'une interruption de grossesse pour raisons médicales (par exemple, les informations sur l'adoption ou les « possibilités d'accueil » après le diagnostic d'anomalies particulièrement graves ou mortelles). De plus, les professionnels de la santé concernés ne semblent pas toujours conscients des obligations légales en matière d'information contenues dans la loi IVG, et proposent plutôt des informations au cas par cas, adaptées à la patiente et au contexte. Cette approche découle de leur obligation légale et déontologique de fournir d'amples informations aux patients et de recueillir leur consentement éclairé avant toute intervention médicale, y compris l'interruption de grossesse. Certains membres du groupe de travail 2 ont souhaité souligner que l'information sur l'adoption ou les aides postnatales n'est pas, par définition, entièrement inappropriée dans le contexte d'avortements pour raisons médicales. Par exemple, en cas de problèmes graves de santé mentale chez la femme enceinte, ou pour certains fœtus viables atteints d'une affection médicale, l'adoption peut être discutée avec la patiente. Cette possibilité de discuter de l'adoption ou de l'assistance avec la femme/le couple en cas de poursuite de la grossesse peut donc être précieuse. Toutefois, le groupe de travail et les membres du Comité scientifique insistent sur le fait qu'il ne devrait jamais être obligatoire d'en discuter avec chaque patiente qui demande une interruption de grossesse, car cela pourrait n'avoir aucune influence voire se révéler inapproprié dans de nombreux cas. Selon le groupe de travail et le Comité scientifique, cette section de la loi pourrait être plus conforme à la pratique médicale réelle.

Les professionnels de la santé impliqués mentionnent qu'ils considèrent les informations suivantes comme la norme minimale dans la pratique : les informations sur la gravité du diagnostic/pronostic selon l'état des connaissances scientifiques et médicales, et les informations sur les thérapies alternatives disponibles (par exemple, les options de thérapie et de chirurgie fœtales, le parcours de soins postnataux, le trajet de soins palliatifs postnataux ...). L'information sur les risques médicaux immédiats et futurs associés à l'interruption de grossesse a été jugée importante par les professionnels de la santé (obligatoire en vertu de l'article 2, 2^o, a, loi IVG), mais il en allait de même de l'information sur les risques médicaux immédiats et futurs d'une [poursuite] de la grossesse en cas de présence de ces risques médicaux. Ils ont aussi souligné l'importance d'une évaluation qualitative et d'une documentation minutieuse de l'affection par autopsie, imagerie, génétique, etc., de préférence par le biais d'une collaboration interdisciplinaire entre spécialistes. Les patientes doivent également avoir la possibilité de demander un deuxième avis ailleurs. Le groupe de travail 2 souligne que la plupart de ces informations cruciales sont actuellement

intégrées dans les informations obligatoires que doit donner le médecin, qui sont reprises dans la loi sur les droits du patient. Le groupe de travail 2 considère que cette loi pourrait déjà offrir des garanties juridiques dans le contexte des services d'information et du consentement éclairé, du moins si elle devait s'appliquer aux services d'interruption de grossesse. En accord avec les positions adoptées par les groupes de travail 1, 2 et 4, le Comité scientifique recommande de supprimer l'obligation d'informer chaque patiente sur l'adoption et sur les différentes « options d'accueil » de l'enfant à naître. Il recommande également de supprimer l'obligation d'informer les femmes 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 ». Il recommande plutôt de dispenser des informations au cas par cas, en fonction du contexte spécifique de la demande d'interruption de grossesse et en se référant aux obligations légales d'information inscrites dans la loi sur les droits du patient.

5.3.6.7 Lieu de l'avortement et type de prestataire

Conformément à la loi IVG, l'interruption de grossesse doit être pratiquée dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information (article 2, 1°, b), loi IGV). Plusieurs membres du groupe de travail 2 expriment l'importance de normes de qualité élevées et précisent que certaines interruptions de grossesse sont mieux suivies et/ou réalisées dans des hôpitaux disposant d'une large expertise en matière de diagnostic prénatal et d'interruption (tardive) de grossesse. La nécessité d'une expertise spécifique et de soins de haute qualité a été particulièrement exprimée en ce qui concerne les aspects suivants :

- Diagnostic et pronostic prénataux (y compris l'analyse génétique le cas échéant), en particulier pour les anomalies plus complexes + examen post-mortem éventuel.
- Réalisation d'un fœticide en cas d'interruption tardive de la grossesse.
- Assistance psycho-sociale et accompagnement de la femme/du couple.

Bien que certains membres du groupe de travail estiment que la référence de la loi aux « bonnes conditions médicales » est suffisante, d'autres expriment la nécessité de préciser les exigences de qualité pour l'interruption de grossesse pour raisons médicales, en particulier lorsqu'elle est pratiquée à un âge gestationnel plus avancé, notamment à un stade post-viabilité.

En ce qui concerne l'exigence légale selon laquelle c'est un médecin qui doit pratiquer l'interruption de grossesse, la profession médicale souligne que la procédure d'interruption de grossesse médicamenteuse proprement dite peut également être « pratiquée » par d'autres professions sous la supervision d'un médecin. Certains autres aspects de la prise en charge de l'interruption de grossesse peuvent également être réalisés par différentes personnes et dans différents lieux. À cet égard, le Comité scientifique souhaite attirer l'attention sur les recommandations sur les soins liés à

l'avortement de l'OMS qui énumère les différentes options et modèles existants en matière de prestation de services d'avortement, y compris à un âge gestationnel de plus de 12 semaines (Organisation mondiale de la santé, 2022).

5.3.6.8 Droit de refus de concourir à l'avortement et obligation de renvoi

Compte tenu des dimensions éthiques et des incertitudes médicales souvent liées aux interruptions de grossesse pour raisons médicales / à un âge gestationnel avancé, les professionnels de la santé entendus ont exprimé leur soutien au droit de refus de concourir à la pratique de l'avortement. Ils soutiennent également l'obligation, en cas de refus, de référer la patiente à un autre praticien par égard pour le bien-être de celle-ci.

5.3.6.9 Déclaration et enregistrement

Le Code civil impose l'enregistrement par l'officier de l'état civil d'un enfant décédé après une grossesse de cent quatre-vingts jours à dater de la conception (voir art. 58 Code civil). Depuis une modification légale du Code civil survenue en 2018, cela peut également se faire à la demande des parents après une grossesse de 140 à 179 jours (art. 58, § 2, Code civil). L'acte d'enfant né sans vie ne produit pas d'effets juridiques sauf si la loi le prévoit expressément (art. 58, § 3, Code civil). En plus des dispositions contenues dans le Code civil, certaines lois garantissent également des droits aux parents après une mortinaissance.

Les professionnels de la santé impliqués dans le groupe de travail 2 ont mentionné certains problèmes pratiques et des différences d'interprétation dans les hôpitaux en ce qui concerne ces réglementations.

Premièrement, différentes procédures et préférences ont été exprimées en ce qui concerne la déclaration des enfants nés vivants, mais sans capacité de survie à long terme et dont le décès arrive rapidement, tant dans le contexte de l'interruption volontaire de grossesse que dans celui de la naissance spontanée. Certains enregistrent la naissance comme une mortinaissance (modèle III D), tandis que d'autres l'enregistrent d'abord comme une naissance vivante (modèle I) et ensuite comme une mortinaissance (modèle III D). Officiellement, la déclaration d'un enfant né vivant en droit civil belge ne peut se faire que lorsque l'enfant est considéré comme né viable¹⁴⁸. Par conséquent, un vide juridique a été perçu pour les enfants qui sont nés vivants, mais qui ne sont pas pour autant considérés comme viables. Certains membres du groupe de travail 2 ont recommandé, entre autres, un onglet spécifique dans la plateforme E-birth dans lequel il peut être spécifié si l'enregistrement a lieu dans le contexte d'une interruption volontaire de grossesse.

Deuxièmement, malgré la possibilité de déclarer volontairement un enfant mort-né à partir de 140 jours de grossesse (ce qui équivaut à 20 semaines de grossesse post-conception ou à 22 SA), un certain nombre de lois n'attachent des consé-

¹⁴⁸ Voir aussi les articles 3.13, 4.4 et 4.137 du Code civil et l'article 331bis de l'ancien Code civil.

quences juridiques à la naissance de l'enfant sans vie qu'après 180 jours de grossesse post-conception (ce qui équivaut à 25 semaines + 5 jours post-conception ou à 27 + 5 SA) (par exemple, le repos de maternité¹⁴⁹ et le congé de maternité¹⁵⁰). Certains membres du groupe de travail 2 ont exprimé le souhait que ces conséquences juridiques soient automatiquement accordées à partir de 140 jours de grossesse, une limite qui serait plus conforme à la compréhension actuelle du moment à partir duquel la mort fœtale peut être qualifiée de mortinatalité et non plus de fausse couche (voir aussi : arrêté royal du 17/06/1999 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès et la définition de la mortinatalité qui y figure : « On entend par mortinaissance toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 g (ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 cm du vortex au talon) est atteinte »). Cependant, d'autres membres du groupe de travail n'ont pas trouvé cela approprié, car certaines femmes/certains couples ne souhaitent pas toujours avoir automatiquement ce niveau de reconnaissance après une interruption de grossesse.

Troisièmement, la coexistence de plusieurs obligations d'enregistrement/déclaration pour les professionnels de la santé dans le cadre de l'interruption de grossesse semble être source de confusion et d'incohérences. Il s'agit des obligations suivantes : la déclaration aux autorités civiles sur la base des règles du Code civil (via le modèle III) ; l'enregistrement des causes de décès aux fins statistiques de Statbel sur la base du seuil mentionné dans l'arrêté royal du 17/06/1999 (via le modèle III D) ; la collecte de données par EUROCAT (European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies) ; et enfin l'enregistrement des interruptions de grossesse pour la Commission Nationale d'Évaluation de l'interruption de grossesse (via les formulaires d'enregistrement de la Commission Nationale d'Évaluation¹⁵¹).

En raison de ces questions, le Comité scientifique recommande au législateur d'évaluer, d'harmoniser et de simplifier les différentes obligations d'enregistrement imposées aux prestataires de soins de santé dans le contexte de l'interruption de grossesse. Pour éviter toute ambiguïté dans le calcul de l'âge gestationnel, le Comité recommande également que la législation sur l'interruption de grossesse et la législation connexe mentionnent l'âge gestationnel à la fois en semaines post-conception et en semaines d'aménorrhée.

¹⁴⁹ Article 114, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

¹⁵⁰ Article 39, alinéa 2, de la loi sur le travail du 16 mars 1971.

¹⁵¹ Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse : https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/laatste_reg_formulier_-_2022.pdf;
Document pour le rapport annuel de l'établissement : <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/ivg-jaarlijks-verslag>;
Document pour le rapport annuel du service d'information : <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/ivg-jaarlijks-verslag-0>.

6. Demandes d'avortement au-delà de 12 semaines post-conception

6.1 État des lieux de la question des demandes d'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse

Les points qui suivent explorent les multiples enjeux liés aux demandes d'avortement pour des grossesses au-delà du délai de 12 semaines post-conception. Les prochains paragraphes offrent un aperçu de la situation en Belgique et tentent d'objectiver le statut des demandes d'avortement au-delà du délai légal de 12 semaines post-conception. Ils sont suivis d'une analyse, basée sur la littérature scientifique internationale, des facteurs favorisant des demandes et interventions d'avortement au cours du deuxième trimestre de grossesse.

Le groupe de travail 3, et à sa suite le Comité scientifique, ont examiné attentivement la question sensible de la limite actuelle de 12 semaines pour l'avortement à la demande de la femme, ainsi que d'une potentielle extension de cette limite. C'est sur cette base que les sections 6.2 (Options en termes de dispositions légales dans le cadre d'une extension (...)) et 6.3 (Options pour la détermination d'une extension de la limite d'âge gestationnel) proposent une série de développements pour les demandes d'avortement au-delà de 12 semaines de grossesse dans le contexte belge.

La plupart de ces travaux ont été réalisés dans le cadre du groupe de travail 3. Sauf mention contraire, les positions ont été approuvées et validées par le Comité scientifique, ce qui rend ce travail représentatif des orientations prises par ce dernier.

6.1.1 Situation actuelle en Belgique : quelques chiffres

L'avortement à la demande est autorisé en Belgique jusqu'à 12 semaines de grossesse post-conception. Au-delà de ce stade, l'avortement n'est autorisé que pour des raisons médicales, lorsque la grossesse présente un risque pour la femme enceinte ou pour le fœtus (voir chapitre 5.3.).

En ce qui concerne les interruptions de grossesse à la demande, seule une petite fraction des femmes qui demandent un avortement en Belgique présentent une grossesse au-delà de la limite des 12 semaines. Le réseau de cliniques d'avortement LUNA¹⁵² estime que la proportion de ces demandes représente un chiffre stable d'environ 3%¹⁵³ de toutes les demandes d'avortement rencontrées dans leurs cliniques.

¹⁵² Les données transmises au Comité scientifique par LUNA sont cohérentes avec les données établies entre 2013 et 2016 et recueillies par Van de Velde *et al.* (2019), également estimées à 3 %.

¹⁵³ L'estimation de 3 % est relativement conforme aux chiffres aux niveaux nationaux, établissant une moyenne de 2,2 % des patientes qui demandent un avortement au-delà du délai de 12 semaines (sur la base d'une moyenne de 18524 avortements par an en Belgique au cours des 5 dernières années rapportées (2015-2019) (données Commission nationale d'évaluation) et d'une moyenne de 409 résidents belges ayant eu une procédure d'avortement aux Pays-Bas au cours de la période 2017-2021).

Selon LUNA, ces patientes sont redirigées notamment vers les Pays-Bas pour un avortement du deuxième trimestre dans des établissements spécialisés. Dans une étude de Van de Velde *et al.* (2019) portant sur un vaste échantillon (32 835) de clientes du réseau de cliniques d'avortement LUNA, 60% des femmes qui se sont présentées au-delà de la limite des 12 semaines ont été orientées vers un autre pays (les Pays-Bas principalement) pour y obtenir un avortement. Environ 17% ont renoncé à l'option de l'avortement et ont mené leur grossesse à terme pour élever l'enfant, tandis que 3% ont été orientées vers des services d'adoption. Pour 20% des femmes se présentant au-delà de 12 semaines, l'information sur la décision finale est manquante.

Les chiffres rapportés au cours des cinq dernières années enregistrées (2017 à 2021) dans le rapport annuel néerlandais montrent une moyenne de 409 femmes venant de Belgique vers les Pays-Bas pour un avortement ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022). La Commission Nationale d'Évaluation belge fonde ses estimations sur le même ensemble de données. Dans le présent rapport, le Comité scientifique utilise la moyenne des avortements pratiqués aux Pays-Bas chez les femmes belges lors des cinq dernières années (2017-2021) comme manière d'estimer la demande actuelle d'avortement du deuxième trimestre chez les patientes belges. Ce chiffre ne reflète cependant pas le nombre de demandes d'avortement au-delà de 12 semaines qui seraient effectivement rencontrées si cette option était légale et disponible en Belgique sans qu'il soit nécessaire de se rendre à l'étranger. Une perspective plus large sur une période de 10 ans (période 2010-2020)¹⁵⁴ montre que le nombre de patientes belges demandant un avortement aux Pays-Bas se situe entre environ 800 (803 exactement) et 330 patientes. Le Comité scientifique cette fourchette représentative du nombre actuel de demandes d'avortement aux Pays-Bas et note une diminution progressive de ces chiffres au fil du temps. On ne peut exclure un impact des blocages COVID sur le nombre d'avortements et de voyages à l'étranger au cours des deux dernières années. Le Comité scientifique reconnaît que les chiffres néerlandais concernant les femmes belges ne font pas de distinction en termes d'âge gestationnel au moment de l'avortement. En se basant sur les pratiques belges et néerlandaises en matière d'avortement, ainsi que sur la large disponibilité de l'avortement avant 12 semaines de grossesse en Belgique, on peut supposer que les chiffres d'avortements obtenus par des femmes belges aux Pays-Bas représentent uniquement ou presque uniquement les patientes qui se présentent au-delà de la limite de 12 semaines aux Pays-Bas. Le Comité scientifique considère donc que ces données sont représentatives des demandes d'avortement au-delà de la limite légale utilisée en Belgique.

¹⁵⁴ En raison de la faillite d'une clinique d'avortement néerlandaise en 2010, les données de 2010 ont dû être partiellement extrapolées. Par conséquent, ce sont les données de 2009 qui sont utilisées ici et dans le rapport néerlandais.

Figure 9 Nombre de procédures d'avortement aux Pays-Bas pour les femmes originaires de Belgique (par an)

Nombre de procédures d'avortement aux Pays-Bas entre 2017 et 2021						
Année	2017	2018	2019	2020	2021	Moyenne (2017-2021)
Patientes belges	472	444	428	330	371	409

Source : ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022)

Parmi les patientes se présentant au-delà de la limite légale de 12 semaines, les données internes de LUNA pour l'année 2018 indiquent une répartition de l'âge gestationnel telle que détaillée dans le tableau ci-dessous. Il convient de noter que la première ligne du tableau représente les femmes à un âge gestationnel de 11 semaines + 1 jour post-conception. Avant la réforme de la loi de 2018, leur demande d'une intervention d'avortement était considérée comme "tardive" en raison du délai d'attente obligatoire de 6 jours.

Figure 10 Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA en raison d'un dépassement de la limite d'âge gestationnel

Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA (exprimé en semaines post-conception)			
Année 2018			
11 semaines + 1 jour	16%	16 semaines	13%
12 semaines	21%	17 semaines	5%
13 semaines	10%	18 semaines	4%
14 semaines	10%	19 semaines	4%
15 semaines	7%	20 or > 20 semaines	10%

Les données issues des rapports annuels néerlandais sur le nombre de procédures d'avortement ("Jaarrapportage 2018 Wet afbreking zwangerschap," 2019 ; "Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022) donnent une vue d'ensemble de la répartition des procédures d'avortement par âge gestationnel aux Pays-Bas, où la loi autorise l'avortement jusqu'à 22 semaines post-conception (24 SA). Elles indiquent une régularité dans la part de procédures d'avortement précoce, représentant environ 85% des interruptions de grossesse survenant au cours du premier trimestre. Elles montrent une proportion d'avortements au cours du deuxième trimestre plus importante que ce à quoi on pourrait s'attendre sur la base

des données belges disponibles. Le Comité scientifique estime que cette importante proportion d'avortement du deuxième trimestre peut être largement attribuée au nombre élevé de patientes étrangères (belges et autres) qui se rendent aux Pays-Bas pour une intervention au-delà de 12 semaines, dans la mesure où les avortements dans des délais de ce type ne sont pas légalement autorisés dans leurs pays d'origine.

Figure 11 Nombre d'avortements par âge gestationnel aux Pays-Bas, patientes locales et étrangères incluses.

Nombre d'avortements par âge gestationnel aux Pays-Bas (exprimé en semaines post-conception)				
	Année 2018		Année 2021	
	Total	%	Total	%
2 semaines	996	3,21%	2.041	6,57%
3 semaines	4.936	15,92%	7.362	23,71%
4 semaines	6.532	21,07%	7.643	24,62%
5 semaines	4.532	14,62%	3.233	10,41%
6 semaines	3.599	11,61%	766	8,91%
7 semaines	2.195	7,08%	1443	4,65%
8 semaines	1.164	3,75%	719	2,32%
9 semaines	919	2,96%	609	1,96%
10 semaines	673	2,17%	439	1,41%
11 semaines	529	1,71%	530	1,71%
12 semaines	604	1,95%	590	1,90%
13 semaines	602	1,94%	560	1,80%
14 semaines	634	2,05%	593	1,91%
15 semaines	567	1,83%	500	1,61%
16 semaines	548	1,77%	365	1,18%
17 semaines	510	1,65%	397	1,28%
18 semaines	486	1,57%	386	1,24%
19 semaines	482	1,55%	446	1,44%
20 semaines	314	1,01%	229	0,74%
21 semaines	166	0,54%	156	0,50%
N/A	14	0,05%	42	0,14%
TOTAL	31.002	100,00%	31.049	100%

Source : ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022)

En nous concentrant uniquement sur le total des avortements pratiqués au cours du deuxième trimestre qui ont lieu aux Pays-Bas, nous pouvons établir qu'environ $\frac{3}{4}$ de ces procédures ont lieu avant 18 semaines de grossesse post-conception (20 SA), et $\frac{1}{4}$ à 18 semaines et plus.

Figure 12 Nombre de procédures d'avortement au cours du deuxième trimestre par âge gestationnel aux Pays-Bas¹⁵⁵

Nombre de procédures d'avortement au cours du deuxième trimestre par âge gestationnel aux Pays-Bas (exprimé en semaines post-conception)						
	Année 2018			Année 2021		
	Total	%		Total	%	
11 semaines	529	10,03%	75,70%	530	11,53%	76,91%
12 semaines	604	11,45%		590	12,84%	
13 semaines	602	11,41%		560	12,18%	
14 semaines	634	12,02%		593	12,90%	
15 semaines	567	10,75%		500	10,88%	
16 semaines	548	10,39%		365	7,94%	
17 semaines	510	9,67%		397	8,64%	
18 semaines	486	9,21%	24,30%	386	8,40%	23,09%
19 semaines	482	9,14%		446	9,70%	
20 semaines	314	5,95%		229	4,98%	
TOTAL	5.276	100%		4.596	100%	

Source : ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022)

Le Comité scientifique a également reçu des données de la Bloemenhovekliniek de Heemstede, une clinique néerlandaise spécialisée dans l'avortement du deuxième trimestre, avec ventilation sur un an du nombre de femmes belges ayant obtenu dans cette clinique une intervention pour un avortement. Ces données montrent une répartition légèrement différente, mais il faut souligner que Bloemenhovekliniek est l'une des deux seules cliniques du pays¹⁵⁶ à proposer des procédures d'avortement jusqu'à 20 semaines et 2 jours post-conception, ce qui explique la surreprésentation des femmes entre 18 et 20 semaines de grossesse. Avec un total de 100 patientes venant de Belgique sur l'année 2021 (pour un total annuel de 371 patientes

¹⁵⁵ Pour permettre la comparaison avec les données LUNA mentionnées précédemment, sont reprises dans ce tableau toutes les interruptions de grossesse à partir de 11 semaines PC. En effet, en 2018, les femmes belges souhaitant avorter devaient se réorienter vers les Pays-Bas pour les âges gestationnels supérieurs à 11 semaines et 1 jour.

¹⁵⁶ En revanche, 5 cliniques néerlandaises proposent des procédures d'avortement jusqu'à 18 semaines post-conception, 8 jusqu'à 13 semaines, 1 jusqu'à 12 semaines et 2 jusqu'à 9 semaines. (source : <https://sense.info/en/pregnant/pregnant-what-now/abortion-clinics>)

qui ont obtenu en 2021 un avortement aux Pays-Bas), ces données laissent à penser que la Bloemenhovekliniek prend en charge une part importante des avortements demandés à l'étranger par les femmes belges, ce pour quoi il convient de les mentionner.

Figure 13 Nombre de procédures d'avortement pratiquées par âge gestationnel à la Bloemenhovekliniek sur des patientes venant de Belgique

Nombre de procédures d'avortement pratiquées par âge gestationnel à la Bloemenhovekliniek sur des patientes venant de Belgique (Exprimé en semaines post-conception)		
Année 2021		
11 semaines	1	54%
12 semaines	3	
13 semaines	11	
14 semaines	15	
15 semaines	10	
16 semaines	8	
17 semaines	6	
18 semaines	15	46%
19 semaines	22	
20 semaines	9	
TOTAL	100 patientes	100%

Comme l'a suggéré le Dr Raina Brethouwer au cours de son audition auprès du Comité scientifique, la baisse des procédures d'avortement qui est constatée au cours des semaines 16 et 17 post-conception (18 et 19 SA) pourrait s'expliquer par un coût financier plus élevé de la procédure à partir de 16 semaines, qui entraînerait une accélération des demandes des patientes au cours des semaines 14 et 15. Le nombre plus élevé autour de 18-19 semaines PC s'explique par l'incitation à obtenir l'interruption de grossesse avant le délai de 20 semaines post-conception (22 SA), car au-delà de ce délai, il devient pratiquement impossible d'obtenir l'intervention. Bien que des procédures d'avortement plus précoces soient toujours préférables, le Comité scientifique considère la planification de l'intervention (et donc l'âge gestationnel au moment de la procédure) ne devrait pas être influencée par des contraintes ou des incitations financières.

6.1.2 Causes possibles des demandes d'avortement au-delà du délai de 12 semaines de gestation

6.1.2.1 Profils des femmes demandant un avortement au-delà du délai de 12 semaines de gestation

Se basant sur les données provenant des centres LUNA entre 2013 et 2016, l'étude de Van de Velde et al. fournit un aperçu intéressant des facteurs socio-démographiques qui augmentent la probabilité de demande d'avortement au-delà de la limite légale en Flandre (Van de Velde *et al.*, 2019). Les principaux facteurs identifiés sont : un niveau d'éducation ne dépassant pas l'enseignement secondaire supérieur ; être au chômage ; et un âge inférieur à 18 ans ou entre 18 et 19 ans. Sur la base de ces facteurs, les auteurs soulignent l'importance de prendre en compte la vulnérabilité socio-économique des patientes qui avortent, principalement à des stades de grossesse plus avancés. Ces facteurs ont plus de poids encore dans les grossesses plus avancées dans le deuxième trimestre, pour lesquelles la vulnérabilité socio-économique est davantage marquée.

Ces constats rencontrent ceux établis dans les rapports de l'OMS, qui mentionnent que les femmes les plus vulnérables sont aussi celles qui risquent le plus d'être affectées négativement par une limitation stricte de l'âge gestationnel en matière d'accès à l'avortement (c'est-à-dire les femmes souffrant de troubles cognitifs, les jeunes femmes et les mineures, les femmes qui ont plus de difficultés à accéder aux services médicaux et aux centres d'avortement, les femmes dont la situation financière est précaire ou qui ont un faible niveau d'éducation)¹⁵⁷.

Van de Velde et al. soulignent plusieurs différences entre les avortements demandés pour des grossesses ayant juste dépassé la limite légale (établie à 11 semaines + 2 à 6 jours post-conception au moment de l'étude) et pour des grossesses au-delà du délai de 12 semaines de grossesse. Pour ces dernières, les facteurs de risque sont en effet légèrement différents, avec une surreprésentation des femmes jeunes, nullipares et non belges. Bien que les patientes belges soient plus représentées dans l'échantillon, les femmes migrantes non belges semblent plus à risque de ne pas pouvoir accéder aux soins de santé et à l'avortement en raison de leur accès plus limité aux informations concernant le système de santé, mais aussi en raison de barrières telles que la langue, la peur de discriminations de la part des prestataires de soins et la crainte de risquer leur statut légal en accédant au système de santé (pour les femmes sans papiers ou les demandeuses d'asile, par exemple).

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus en analysant les profils des femmes qui demandent un avortement au cours du deuxième trimestre dans d'autres pays. Ainsi, aux Pays-Bas, le jeune âge de la patiente apparaît également comme un facteur de risque, 26 % des avortements du second trimestre étant pratiqués sur des patientes âgées de 15 à 19 ans et 19% sur des patientes âgées de 20 à 24 ans (Loeber et Wijzen, 2008). Le jeune âge est en effet un facteur récurrent de demande d'interruption

¹⁵⁷ <https://srhr.org/abortioncare/chapter-2/recommendations-relating-to-regulation-of-abortion-2-2/law-policy-recommendation-3-gestational-age-limits-2-2-3/>

tardive de grossesse comme le montrent plusieurs études en Europe (Lee et Ingham, 2010 ; Mentula *et al.*, 2010 ; Cameron *et al.*, 2016 ; Purcell *et al.*, 2017) ou aux États-Unis (Finer *et al.*, 2006 ; Kiley *et al.*, 2010). L'étude néerlandaise note également une surreprésentation (72 %) des étrangères ne résidant pas aux Pays-Bas parmi les patientes demandant un avortement au cours du deuxième trimestre (Loeber et Wijzen, 2008).

Dans le contexte des États-Unis, certains auteurs pointent la vulnérabilité financière de la patiente et le manque d'accès (pratique et financier) aux structures d'avortement comme principaux facteurs à l'origine des demandes d'avortement plus tardives. Le fait de ne pas disposer des fonds nécessaires pour financer l'avortement incite les patientes à retarder la procédure, car les coûts de l'intervention augmentent avec l'âge gestationnel (Kiley *et al.*, 2010). Dans les pays européens, où des structures d'avortement sont plus disponibles et financièrement abordables, le nombre de demandes d'avortement au cours du deuxième trimestre semble stable, comme c'est le cas aux Pays-Bas (Loeber et Wijzen, 2008) et en Finlande (Mentula *et al.*, 2010). Une explication potentielle du maintien dans le temps de recours aux avortements du deuxième trimestre réside dans les profils vulnérables des patientes, en termes de contraception, de santé ou de statut conjugal, conduisant à une identification ou une interruption tardive de la grossesse.

Une publication récente du Centre d'Action Laïque fournit une série de témoignages de femmes ayant vécu une grossesse non désirée découverte au-delà du délai de 12 semaines de gestation et ayant donc demandé un avortement au-delà du délai légal belge (Lausberg *et al.*, 2022). La publication insiste sur la variété des profils des femmes confrontées à ces grossesses non désirées, montrant que - même s'il existe des facteurs prédictifs - cette situation peut arriver à n'importe qui, quel que soit le niveau d'éducation ou la situation économique.

6.1.2.2 Explication des demandes d'avortement plus tardif

Après avoir identifié les profils des personnes demandant un avortement du deuxième trimestre et les facteurs de risque associés, il semble important d'étudier également le contexte de ces demandes et la manière dont il permet d'expliquer une demande d'avortement plus tardive¹⁵⁸.

Retard dans la reconnaissance des symptômes de la grossesse

De manière évidente, avant même qu'une femme puisse évaluer si elle souhaite poursuivre ou interrompre sa grossesse, elle doit d'abord se rendre compte qu'elle est enceinte. Or, cette première étape peut s'avérer difficile, surtout si la grossesse n'est pas prévue et si la patiente a des difficultés à reconnaître les symptômes de grossesse. Ces retards dans la reconnaissance de la grossesse sont une cause importante des demandes d'avortement plus tardives, comme l'indiquent plusieurs études. Les paragraphes qui suivent détaillent les causes possibles de la non-identification d'une grossesse.

¹⁵⁸ Une recherche doctorale par Anna Wallays est en cours concernant l'étude de ces trajectoires dans le contexte belge (sous la supervision de la professeure Sarah Van de Velde à l'Université d'Anvers).

a. Jeune âge et absence d'expérience de grossesse précédente

Dans certaines études, la reconnaissance tardive de la grossesse est corrélée au jeune âge des femmes et à l'absence d'expérience antérieure de grossesse (Finer *et al.*, 2006; Van de Velde *et al.*, 2019). Le fait de ne pas s'attendre à la grossesse, de ne pas connaître le type de symptômes à observer en cas de grossesse ni comment ceux-ci se manifestent peut par conséquent empêcher d'identifier la grossesse. Les symptômes habituels concernent non seulement l'aménorrhée (l'absence de menstruations) - qui peut être trompeuse, comme cela sera développé ci-après - mais aussi des nausées, vomissements ou encore une poitrine douloureuse.

b. Irrégularité du cycle menstruel : causes hormonales, aménorrhée induite par les contraceptifs, la toxicomanie ou les troubles alimentaires.

Un cycle menstruel irrégulier est un autre facteur entraînant des difficultés à reconnaître la grossesse : les patientes habituées à des cycles irréguliers ont tendance à ne pas être alertées par l'absence de menstruations (Ingham *et al.*, 2008 ; Lee et Ingham, 2010 ; Purcell *et al.*, 2017 ; Van de Velde *et al.*, 2019).

Certaines femmes ont des cycles irréguliers ou des aménorrhées liés à leur profil hormonal (jeunes femmes, femmes souffrant du syndrome des ovaires polykystiques, etc.). Par ailleurs, l'utilisation de certains types de contraceptifs (injectables ou oraux) peut supprimer les menstruations et dès lors compliquer l'identification d'une grossesse. Il faut néanmoins mentionner que, même dans le cas où les contraceptifs peuvent masquer les symptômes de grossesse et entraîner une reconnaissance ultérieure de la grossesse (et donc un avortement plus tardif), les contraceptifs restent un outil stratégique majeur pour la prévention des grossesses non désirées.

D'autres causes d'aménorrhée, comme la toxicomanie ou les troubles alimentaires, peuvent non seulement entraîner une découverte tardive de la grossesse, mais aussi être associées à une vulnérabilité accrue dans la recherche et l'obtention de soins de santé. La toxicomanie tend en effet à générer des problèmes de santé, et, de plus, se trouve corrélée à un moindre recours aux soins, à des conditions de vie de mauvaise qualité, parmi lesquelles les troubles alimentaires sont fréquents (Simmat-Durand, 2002). Les troubles hormonaux et l'aménorrhée sont fréquents dans ces conditions et peuvent ainsi entraîner une découverte plus tardive de grossesse. Le retard dans la reconnaissance de la grossesse chez les toxicomanes est donc une cause connue de demandes d'avortement plus tardives. Ces contextes amènent donc fréquemment les grossesses à dépasser l'âge gestationnel maximal légal et à ce que l'avortement soit refusé à la patiente (Simmat-Durand, 2002 ; Rutman *et al.*, 2022). Les grossesses dans un contexte de toxicomanie peuvent mettre en danger la femme autant que le fœtus/l'enfant à naître, à la fois comme conséquence directe de la toxicomanie, et à la fois en raison des conditions de vie instables de la patiente pendant et après la naissance. Certains témoignages indiquent également que, en cas de refus d'accès à l'avortement, certaines femmes ont recours à une augmentation de leur consommation et à une négligence volontaire en santé, dans l'espoir que cela interrompe

“spontanément” la grossesse. La toxicomanie implique en outre souvent la prise de plusieurs substances, ce qui augmente la difficulté d'identifier les risques spécifiques à chacune d'elles (Simmat-Durand, 2002).

Les troubles du comportement alimentaire, notamment dans le cas de l'anorexie mentale, sont une autre cause possible de détection tardive de la grossesse. Bien que les patientes anorexiques ne soient fréquemment plus menstruées, une fécondation et une grossesse peuvent tout de même survenir et, en l'absence des signes d'un cycle menstruel, rester non détectées (Bonne *et al.*, 1996 ; Bulik *et al.*, 2010). L'aménorrhée amène en effet certaines femmes anorexiques à penser (erronément) qu'elles sont protégées d'une grossesse non désirée (Bulik *et al.*, 2010). Des études de cas soulignent également que d'autres symptômes de la grossesse (nausées, vomissements, faiblesse, lassitude) sont très similaires aux sensations corporelles provoquées par l'anorexie et ne sont donc pas considérés comme alertant d'une grossesse pour les femmes concernées (Bonne *et al.*, 1996).

c. Déni de grossesse

Le déni de grossesse est une situation spécifique de découverte tardive de la grossesse – cependant, dans ce cas, la découverte tardive ou la non-découverte de la grossesse doit être attribuée à des causes psychologiques. Le déni de grossesse est défini comme l'incapacité psychique pour la patiente d'identifier et de reconnaître la grossesse et ses symptômes¹⁵⁹ (Brezinka *et al.*, 1994 ; Chaulet *et al.*, 2013 ; Delong *et al.*, 2022). Il résulte de cet état psychologique plusieurs expressions somatiques caractéristiques des dénis de grossesse : absence de variation de poids notable, maintien des menstruations, mouvements fœtaux minimes (et absence de perception de ceux-ci), absence de nausées (Brezinka *et al.*, 1994 ; Chaulet *et al.*, 2013). Comme dans les causes d'identification tardive de la grossesse identifiées précédemment, le fait d'être habituée à des menstruations irrégulières ou l'utilisation de contraceptifs hormonaux induisant des saignements mensuels contribuent aussi à favoriser un déni de grossesse prolongé (Brezinka *et al.*, 1994). L'un des aspects les plus notables du déni de grossesse est l'absence de distension visible de la paroi abdominale, qui est généralement perceptible après le premier trimestre d'une grossesse normale. Cette absence de distension est attribuée à une contraction permanente du muscle grand droit de l'abdomen et à une position modifiée de l'utérus en cas de déni de grossesse (Grobet *et al.*, 2020).

La littérature scientifique établit une distinction entre le déni partiel et le déni total de grossesse. Le déni total est rencontré lorsque la grossesse n'est reconnue que pendant le travail ou l'accouchement, alors que le déni partiel caractérise une grossesse reconnue avant le travail (Chaulet *et al.*, 2013 ; Grobet *et al.*, 2020). Il n'existe cependant pas de consensus dans la littérature sur l'âge gestationnel à partir duquel une grossesse non identifiée doit être considérée comme un déni de grossesse.

¹⁵⁹ Le déni de grossesse doit être distingué de la dissimulation de grossesse, qui désigne une grossesse consciemment identifiée par la patiente, mais dissimulée aux proches en raison d'une relation conflictuelle avec l'état de grossesse et le fœtus (Chaulet *et al.*, 2013 ; Delong *et al.*, 2022).

Plusieurs études indiquent une prévalence d'environ 2 à 3 cas de déni de grossesse pour 1000 naissances (Wessel *et al.*, 2007 ; Chaulet *et al.*, 2013). Loin d'être une affection rare, il est à espérer que le déni de grossesse et la prise en charge des patientes concernées puissent se baser sur la meilleure compréhension de cette affection qui se développe peu à peu dans la recherche contemporaine.

Des cas de néonaticides attribués à un déni total de grossesse ont amené une attention médiatique sur cette question, mais sans être représentatifs des issues diverses des dénis de grossesse. Une étude de Chaulet *et al.* à Angers (France) portant sur 75 patientes confrontées à un déni de grossesse indique que, bien que la plupart de ces grossesses se soient produites sans intention préalable de conception, seules 16 (23 %) patientes ont demandé un avortement¹⁶⁰ (Chaulet *et al.*, 2013). Les principales complications qui pèsent sur les dénis de grossesse vis-à-vis du fœtus sont liées à l'absence d'un mode de vie adapté de la femme enceinte (risques liés aux loisirs ou à l'activité professionnelle, à la consommation d'alcool ou de drogues) (Brezinka *et al.*, 1994). Une possible prématurité (plusieurs stades) et un possible retard de croissance fœtale sont les principales complications pour le fœtus, d'après deux études (Brezinka *et al.*, 1994 ; Chaulet *et al.*, 2013). Dans ces deux mêmes études, un taux de mort fœtale de respectivement 8 et 14 % est retrouvé, mais sans que soit établie de causalité avec le déni de grossesse (*Ibidem*).

En ce qui concerne les femmes enceintes, les risques liés au déni de grossesse concernent davantage leur bien-être psychologique, nécessitant une aide professionnelle afin de reconnaître et de traiter leur état de grossesse ainsi que l'existence du fœtus ou du nourrisson. Bien que les profils des patientes en déni de grossesse soient très divers, loin des stéréotypes de faible intelligence ou faible éducation ou encore d'isolement social (Wessel *et al.*, 2007) plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. Wessel *et al.* (2007) indiquent qu'un très jeune âge ou un âge reproductif relativement tardif sont des facteurs de risque, de même qu'une relation instable et une situation sociale délicate. Les auteurs insistent cependant sur le fait que ces facteurs de risque larges sont loin d'être suffisants pour identifier les patientes. Ils soulignent également que les femmes qui ont commis des néonaticides dans ce contexte n'avaient pas non plus de profils spécifiques, si ce n'est des schémas communs d'impuissance, de pauvreté ou d'aliénation, mais causés par des contextes socio-démographiques variés (*Ibidem*). D'autres études soulignent qu'un historique préexistant d'identification tardive de la grossesse et/ou de déni de grossesse lors de grossesses précédentes prédispose les patientes à un nouveau déni de grossesse (Chaulet *et al.*, 2013 ; Delong *et al.*, 2022). En l'absence de classification médicale (pas d'entrée dans le DSM ni la CIM¹⁶¹), ces antécédents devraient être des indicateurs pour les soignants afin d'explorer davantage les symptômes de la grossesse chez ces patientes à risque (*Ibidem*).

¹⁶⁰ L'option de l'avortement n'étant pas forcément envisageable légalement, selon l'âge de la grossesse, l'option de confier l'enfant une fois né aux services d'adoption est alors proposée.

¹⁶¹ "Diagnostic and Statistical Manual" et "Classification Internationale des Maladies" : il s'agit de manuels et systèmes d'identification et de classement des maladies une fois qu'elles ont été diagnostiquées.

Retard dans la prise de décision

Une fois la grossesse identifiée ou suspectée du fait des symptômes de grossesse, deux autres paramètres sont susceptibles de ralentir le processus de décision, pouvant conduire à demander un avortement au cours du deuxième trimestre. La première cause de ces retards peut se situer au niveau du délai avant d'effectuer d'un test de grossesse et la seconde dans le fait de devoir faire un choix concernant la poursuite ou l'interruption de la grossesse (Foster, 2015 ; Ingham *et al.*, 2008 ; Lee et Ingham, 2010 ; Cameron *et al.*, 2016 ; Gerds *et al.*, 2016 ; Purcell *et al.*, 2017).

a. Ambivalence et liminalité

Plusieurs auteurs évoquent comme facteur une position d'ambivalence vis-à-vis de la grossesse, entre un désir personnel (ou son absence) d'avoir un enfant et des éléments externes, tels que les conditions de vie, la stabilité financière et la nature de la relation avec le partenaire (Ingham *et al.*, 2008 ; Lee et Ingham, 2010). Ce dernier point concernant la relation, généralement classé comme cause principale dans la littérature scientifique, englobe en réalité des situations diverses, allant d'une relation instable à un désaccord sur la grossesse et son issue en passant par une possible séparation avec le partenaire ou encore par une situation de violence conjugale.

Le prisme anthropologique offre un éclairage utile pour comprendre les trajectoires qui semblent échapper au récit traditionnel de la découverte de la grossesse, censée commencer par une absence de règles, suivie d'un test de grossesse et d'un rendez-vous médical (que l'intention soit de poursuivre ou non la grossesse). Selon Purcell *et al.* (2017), de tels récits ne sont pas représentatifs de l'expérience vécue par de nombreuses femmes, pour lesquelles les symptômes de grossesse et le statut de femme enceinte restent très ambigus. Ne pas correspondre à ce schéma narratif typique apparaît comme une forme d'échec de la gestion de la fertilité - alors même que de nombreuses raisons peuvent justifier un retard dans la découverte de la grossesse et un report de la prise de décision. Les auteurs ont recours pour expliquer cette instabilité au concept de liminalité de la grossesse, représenté par la période pendant laquelle la grossesse n'est pas encore pleinement reconnue : avant d'établir la grossesse avec certitude ou avant de prendre une décision ferme, les femmes se considèrent comme n'étant ni enceintes, ni non enceintes.

Les premiers signes visibles de la grossesse et les conséquences sociales liées au fait de reconnaître celle-ci sont généralement les éléments déclencheurs d'un processus de prise de décision et d'action. Or, l'absence de signes de grossesse "de bon sens" (aménorrhée, "petit ventre", etc.) sont fréquents chez les femmes qui découvrent leur grossesse à des stades tardifs. Découvrir que l'on est enceinte dans ces circonstances tardives amène souvent de la confusion et du désarroi, mais aussi la crainte d'être jugée pour n'avoir pas su identifier la grossesse, ce qui peut conduire à garder la grossesse secrète.

Malgré l'urgence, la prise de décision et la mise en œuvre de celle-ci sont rendues plus complexes précisément en raison du stade avancé de la grossesse. Les premières

sensations de mouvement fœtal créent un sentiment de responsabilité envers le fœtus : même les femmes qui ont pris une décision ferme d'avorter s'inquiètent de n'avoir pas suivi les précautions d'usage. Ce sentiment de responsabilité et l'absence de pratiques d'autorégulation autour de la grossesse (en termes d'alimentation, de consommation d'alcool, etc.) peuvent être déterminants dans la décision d'interrompre la grossesse, puisqu'elle n'a pas été entamée avec toute la prudence requise.

b. Peur de la procédure d'avortement

La peur de la procédure d'avortement influence elle aussi le une prise de décision tardive (Kiley *et al.*, 2010; Van de Velde *et al.*, 2019). Cette peur peut être renforcée par les conséquences d'une procédure d'avortement du deuxième trimestre, non seulement quant à l'intervention elle-même, mais aussi quant au jugement social d'une interruption à cette étape de la grossesse. Par conséquent, la décision dans le cas de ces grossesses déjà avancées peut s'en trouver d'autant plus retardée (Kiley *et al.*, 2010). Par ailleurs, le fait d'avoir déjà subi un avortement est démontré comme étant associé à moins de craintes concernant l'intervention, ce qui peut réduire le recours tardif à l'avortement (Van de Velde *et al.*, 2019). À partir de ce constat, il semble nécessaire d'insister sur la nécessité de fournir des informations accessibles et objectives sur l'avortement et ses techniques, ainsi que de développer de larges campagnes d'information, comme le recommande le Comité scientifique.

En ce qui concerne l'expérience concrète d'une procédure d'avortement au cours du deuxième trimestre, le manque d'information sur l'intervention est aussi constaté dans l'étude de Purcell (Purcell *et al.*, 2017). Plusieurs femmes évoquent leur surprise en réalisant la proximité entre l'avortement médicamenteux tardif et le travail d'accouchement, notamment par l'usage d'une même terminologie (par exemple : "devoir pousser")¹⁶². Les femmes dont l'avortement du deuxième trimestre est réalisé par méthode chirurgicale et sous anesthésie générale évoquent une plus grande satisfaction, avec une moindre impression d'avoir subi un accouchement. Il est aussi considéré par certaines femmes qu'un environnement médical est de nature rassurante et permet aussi de concevoir la procédure d'avortement comme une intervention normale et médicale, à traiter par des professionnels de la santé (Purcell *et al.*, 2017). Ces perspectives anthropologiques et visions subjectives des femmes offrent un complément à l'analyse des facteurs de risque et des raisons expliquant les demandes d'avortement tardives. Elles contribuent en effet à la compréhension de la grossesse comme une expérience intime et incarnée, expérience qui se trouve aussi attachée à une série d'attentes et représentations sociales, notamment en termes de responsabilité féminine, ou de schémas narratifs typiques d'un déroulement de grossesse, que celle-ci soit planifiée ou non.

¹⁶² Certaines femmes connaissent même des variations hormonales similaires à celles de l'accouchement et certaines allaitent. Les femmes nullipares décrivent l'expérience comme un choc, tandis que les femmes ayant des enfants sont troublées par la similitude avec leur expérience d'allaitement précédente.

Retard dû à un accès réduit aux professionnels de la santé et/ou aux centres d'avortement

Les coûts des soins de santé et la difficulté financière à obtenir une assurance maladie ou mutuelle dans des pays tels que les États-Unis ont déjà été mentionnés en tant que facteurs retardant autant l'accès à l'avortement que la prise de décision (Foster, 2015). Cependant, même dans les pays offrant des soins de santé publics et abordables, le manque de structures peut entraîner des retards et des coûts supplémentaires qui influencent la décision des femmes enceintes (Ingham *et al.*, 2008 ; Cameron *et al.*, 2016 ; Gerds *et al.*, 2016 ; Shaw et Norman, 2020).

Les difficultés d'accès aux professionnels de la santé sont en effet mentionnées comme des obstacles potentiels, et ce, pour plusieurs raisons. Elles se composent de trois paramètres principaux : le manque de structures d'avortement (ou de structures permettant l'avortement du 2e trimestre) dans certaines zones, rurales notamment (Ingham *et al.*, 2008, 2008 ; Loeber et Wijzen, 2008 ; Van de Velde *et al.*, 2019 ; Shaw et Norman, 2020) ; le manque de prestataires de services d'avortement valablement formés (Foster, 2015 ; Gerds *et al.*, 2016) ; la difficulté de contact avec les professionnels de la santé (par exemple : certaines femmes ne veulent pas s'adresser à leur médecin traitant par crainte de jugement ou de problèmes de confidentialité) (Ingham *et al.*, 2008 ; Lee et Ingham, 2010 ; Gerds *et al.*, 2016). Ces trois obstacles potentiels ont été confirmés, à des degrés divers, dans le contexte des établissements pratiquant l'avortement au cours du premier trimestre en Belgique, comme développé dans la section **5.2 : La pratique de l'avortement à la demande**. Ces constats confirment la position du Comité scientifique et ses recommandations de travailler à une meilleure disponibilité et un renforcement de la formation des prestataires d'avortement (par la formation, l'incitation et l'implication potentielle de divers professionnels de santé, au-delà des médecins). La question de l'accès, pratique comme financier, est également être un critère important à considérer pour des structures proposant des procédures d'avortement au cours du deuxième trimestre, dans l'hypothèse où l'âge gestationnel maximal pour l'avortement devait être étendu.

6.1.3 Les motifs d'avortement au cours du deuxième trimestre

L'analyse des raisons qui poussent les femmes enceintes plus de 12 semaines post-conception (14 SA) à avorter montre une convergence avec les raisons à l'origine des demandes d'avortement antérieures. Il semble que la différence entre les demandes d'avortements au cours des premier et deuxième trimestres réside principalement dans les conditions entourant la découverte de la grossesse, l'accès à l'avortement et le processus de prise de décision, mais pas dans les motifs de l'avortement à proprement parler.

L'échantillon étudié par Loeber et Wijzen (2008) pour les Pays-Bas en 2006 énumère les motifs suivants : relation avec le partenaire (pour 40 % des patientes locales et 23 % des patientes étrangères) ; trop tôt pour avoir des enfants (35 % des patientes locales et 42 % des patientes étrangères) ; famille complète (11 % des patientes locales et 10 % des patientes étrangères).

Par contraste, les motifs mentionnés dans les rapports de la Commission Nationale d'Évaluation (Commission Nationale d'Évaluation, 2021) sont principalement les suivants : absence de désir d'enfant pour le moment (17,91 %) ; situation relationnelle (14,21 %) ; famille complète (9,51 %) ; situation précaire (8,73 %). Comme indiqué précédemment, il convient de noter que les motifs d'avortement liés à la relation avec le partenaire sont susceptibles d'englober des situations très différentes entre elles. Le rapport de la Commission Nationale d'Évaluation (2021) établit en effet une distinction entre : une situation de relation récemment rompue, un partenaire ne souhaitant pas devenir parent, une relation nouvelle ou instable, une relation extraconjugale, des problèmes juridiques liés à un divorce, ou encore des problèmes de couple et des problèmes relationnels avec la famille et les proches. Ces deux dernières situations peuvent éventuellement (mais pas nécessairement) être liées à la violence psychologique et/ou physique subie dans le contexte domestique ou familial plus large.

La corrélation entre la violence domestique et l'ambivalence envers la grossesse et/ou une demande d'avortement tardive est développée ci-après, en établissant une continuité entre les éléments factuels expliquant les demandes d'avortement tardives et les motivations personnelles liées à la situation relationnelle.

Un contexte préexistant de violence et d'abus de la part du partenaire a des effets multiples sur une grossesse. Tout d'abord, il est courant qu'un climat de violence et de coercition amène des difficultés pour la victime à gérer sa fertilité, ce qui conduit par conséquent plus souvent à des grossesses non désirées (Pallitto *et al.*, 2013). L'arrivée d'une grossesse en elle-même est identifiée comme un possible élément déclencheur de ces schémas violents : un contexte préexistant de violence conjugale constitue un facteur de risque majeur d'augmentation de la violence du partenaire pendant la grossesse, tandis que la grossesse peut également être un élément déclencheur d'un schéma de violence de la part du partenaire, là où il était absent auparavant (Glander *et al.*, 1998 ; James *et al.*, 2013 ; Pallitto *et al.*, 2013). Bien que la grossesse soit considérée comme un état de vulnérabilité, cette corrélation entre grossesse et augmentation ou (ré)apparition de la violence du partenaire est expliquée au niveau psycho-social comme représentant une perte de contrôle du partenaire abusif sur sa partenaire enceinte et l'autonomie corporelle de cette dernière (Bacchus *et al.*, 2006). Notons également que, même si certaines études indiquent une augmentation de la violence conjugale pendant la grossesse, d'autres soulignent une diminution de la violence conjugale préexistante dans ce même contexte (Burch et Gallup, 2004 ; Jasinski, 2004), ce qui indique que la découverte de la grossesse peut provoquer des changements variés dans les schémas de domination et les comportements des partenaires.

Ces situations ont un impact important sur les possibilités d'avortement pour la partenaire enceinte. Tout d'abord, les situations de violence conjugale et d'abus entraînent fréquemment une absence de choix en matière de contraception, de la coercition sexuelle ou un manque d'autonomie en termes de soins et de suivi en santé, ce qui

doit être pris en compte chez les patientes victimes de violence conjugale. De telles situations conduisent non seulement à un plus grand nombre de grossesses non planifiées et non désirées, mais aussi à une moindre possibilité de recourir aux soins de santé et aux soins prénatals (Jasinski, 2004), y compris la possibilité de recourir à l'avortement en cas de grossesse non désirée. Dans ce contexte, il est peu surprenant d'avoir affaire à des identifications plus tardives de la grossesse et des demandes d'avortement plus tardives. Le changement de comportement du partenaire violent lors de la découverte de la grossesse (qu'il s'exprime par une augmentation ou une diminution des actes violents), conduisant à une dynamique de couple inhabituelle, peut également rendre plus difficile pour la femme enceinte d'arrêter un choix quant à l'issue de la grossesse. Un "motif personnel" en apparence lié au statut du couple peut ainsi cacher une situation complexe entraînant des retards légitimes dans la prise de décision.

6.1.4 Voyager à l'étranger comme alternative aux restrictions légales

Dans les pays où l'avortement du deuxième trimestre est légal, le taux d'avortement au cours de ce deuxième trimestre reste relativement faible et stable. Il varie entre 5 et 10 % de l'ensemble des procédures d'avortement pratiquées au niveau national entre la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni, le Canada et les USA (Ingham *et al.*, 2008 ; Mentula *et al.*, 2010 ; Shaw et Norman, 2020).

En Europe, la plupart des pays autorisent les procédures d'avortement jusqu'au premier trimestre de la grossesse. La principale raison pour laquelle les femmes voyagent afin d'obtenir un avortement à l'étranger est la restriction légale, dans leurs pays respectifs, d'accès à l'avortement au-delà du premier trimestre (Berer, 2008). Au Royaume-Uni, en 2014, 5521 avortements ont été demandés par des non-résidentes pour de telles raisons, principalement par des Irlandaises, des Italiennes et des Françaises (Gerds *et al.*, 2016). Aux Pays-Bas, en 2021, 2960 avortements ont été demandés par des non-résidentes ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022). Ces chiffres semblent stables au cours des dernières années, mais ils ont considérablement diminué au cours des dernières décennies.

Figure 14 Avortements aux Pays-Bas, par pays de résidence et par année

Pays de résidence des patientes	1980	1990	2000	2015	2020	2021
Pays-Bas	19.700	18.384	27.205	26.916	28.532	28.089
Autres pays	36.700	11.858	6.130	3.887	2.832	2.960
TOTAL	56.400	30.242	33.335	30.803	31.364	31.049

Ces données permettent de tirer deux grandes conclusions. Premièrement, une certaine proportion de femmes a toujours trouvé et trouvera toujours des moyens alternatifs pour obtenir une intervention d'avortement lorsqu'elles sont confrontées à une grossesse non désirée, notamment en se déplaçant pour obtenir l'intervention dans une autre juridiction. Deuxièmement, ces déplacements ont diminué de manière manifeste au fil du temps, en même temps qu'a augmenté le nombre de pays qui ont réglementé et facilité l'accès aux interruptions de grossesse.

Il semble que, outre le temps et le coût financier que représente pour les femmes demandant un avortement le fait de les orienter vers des cliniques à l'étranger, il s'agit surtout d'un déplacement du problème et de sa délocalisation dans un pays voisin. La majorité des avortements vont de toute façon avoir lieu, mais plus tardivement et à un coût plus élevé, pour la patiente voire pour le système de santé (Pennings, 2002 ; Van de Velde *et al.*, 2019). Les coûts et les obstacles supplémentaires rencontrés pour obtenir un avortement à l'étranger au-delà du premier trimestre de grossesse semblent en contradiction avec la recommandation de l'OMS de non-discrimination entre les patients concernant les services de santé sexuelle et reproductive¹⁶³.

¹⁶³ <https://srhr.org/abortioncare/chapter-2/recommendations-relating-to-regulation-of-abortion-2-2/law-policy-recommendation-3-gestational-age-limits-2-2-3/>

6.2. Options en termes de dispositions légales dans le cas d'une extension de la limite de l'âge gestationnel pour l'avortement

Au vu de l'ensemble des informations détaillées dans les chapitres précédents (pratique réelle des avortements au cours du premier trimestre dans les centres d'avortement et les hôpitaux et état des lieux des demandes d'avortement au-delà de la limite des 12 semaines), le groupe de travail 3 et le Comité scientifique proposent une réflexion sur la possibilité d'étendre l'âge gestationnel légal de l'avortement en Belgique.

Cette proposition repose principalement sur la nécessité de reconnaître la situation actuelle d'inégalité d'accès pour les femmes en Belgique à l'avortement au-delà du délai de 12 semaines post-conception chez les femmes vivant en Belgique. Les sections précédentes ont en effet souligné la possibilité d'obtenir un avortement aux Pays-Bas en tant que pays voisin, les contraintes financières, administratives et temporelles, ainsi que la charge psychologique que cela représente pour les femmes, sans même parler des difficultés administratives à quitter le pays pour certaines personnes (femmes sans papiers notamment). Or, les restrictions légales de l'âge gestationnel pour l'obtention d'un avortement ne semblent pas influencer le taux de grossesses non désirées au-delà de 12 semaines post-conception) et n'ont qu'une influence limitée sur la décision de recourir à une procédure d'avortement après le délai légal. La Belgique présente en outre des résultats particulièrement bons en matière de prévention et de couverture contraceptive. Il est désormais communément admis que ces bonnes pratiques de prévention doivent aller de pair avec une prise en charge qualitative de l'avortement. C'est en effet cette stratégie globale qui permet à la Belgique d'avoir un taux d'avortement faible - mais difficilement réductible - de 8,8 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans pour l'année 2019 (Commission Nationale d'Évaluation, 2021), alors que le taux moyen en Europe occidentale est estimé à 18 pour 1000 (Sedgh *et al.*, 2016). En ce qui concerne les demandes d'avortement au cours du deuxième trimestre, les sections ci-dessus ont souligné les facteurs de risque et les causes des demandes plus tardives. Il est alors apparu que les avortements associés à des vulnérabilités spécifiques ainsi mises en lumière, sur le plan social, psychologique ou médical, ne peuvent être éludés uniquement par des soins de qualité et un travail de prévention.

Le Comité scientifique a aussi pris en considération le contexte général de progrès scientifiques et techniques, qui permettent aux interventions d'avortement du deuxième trimestre de devenir de plus en plus sûres. Les niveaux d'expertise et d'expérience qui se sont développés à l'échelle internationale en matière de soins liés à l'avortement du deuxième trimestre remettent en question la validité d'une série de précautions quant à l'âge gestationnel limite pour l'avortement.

Outre les préoccupations relatives aux droits des femmes et à l'équité d'accès à l'avortement, le Comité scientifique a été sensible à la question du développement graduel du fœtus et du stade de développement selon l'âge gestationnel au moment de l'in-

tervention d'avortement, mais aussi à la question de la sûreté de l'intervention. Ces préoccupations concernent à la fois les intérêts du fœtus et les aspects techniques relatifs à l'intervention et aux complications potentielles, qui sont décrits dans les chapitres 4.1. et 5.1. consacrés aux principes éthiques et aux techniques d'avortement.

Les propositions faites ici de diverses options potentielles pour étendre l'âge gestationnel maximal pour l'avortement reposent donc sur un équilibre entre ces principes. Trois principales options gestationnelles ont été sélectionnées par le Comité scientifique en termes de dispositions légales entourant une éventuelle extension de l'âge gestationnel et sont présentées ci-dessous avec leurs arguments respectifs.

Autoriser l'avortement au-delà du premier trimestre de grossesse nécessite en effet une série d'adaptations légales, mais aussi organisationnelles. La discussion porte notamment sur la manière dont pourraient s'appliquer, dans le contexte de cette extension, les dispositions actuelles relatives aux procédures d'avortement à la demande du premier trimestre en termes d'organisation, d'informations obligatoires et de dispositifs médicaux pour la pratique des interventions d'avortement.

6.2.1 Extension du délai dans le cadre légal actuel de l'interruption volontaire de grossesse

Dans ce scénario, le délai pour l'avortement volontaire est prolongé, tout en conservant le cadre légal actuel sur l'avortement. D'autres adaptations contextuelles du cadre peuvent aussi être requises, selon les autres recommandations et suggestions décrites dans ce rapport.

Dispositions

La majorité des dispositions légales actuelles seraient conservées. L'avortement à la demande serait autorisé au-delà du délai de 12 semaines post-conception (14 SA) jusqu'à la limite d'âge gestationnel nouvellement proposée, sans exiger légalement quelconque justification en termes de motifs.

La loi relative à l'interruption de grossesse et, dans l'hypothèse d'une reconnaissance de l'avortement comme soin de santé (voir chapitre 3.4.1.), la loi actuelle relative aux droits du patient exigent déjà de fournir des informations spécifiques concernant l'intervention : informations sur la nature, l'urgence, la durée, les contre-indications, les effets secondaires et les risques inhérents à la procédure et considérés comme pertinents pour la patiente, les soins de suivi, les alternatives possibles et les implications financières de l'interruption de grossesse, ainsi que des informations sur les risques médicaux actuels ou futurs encourus du fait de l'interruption de grossesse. À l'instar des informations actuellement fournies lors d'une consultation préliminaire permettant de recueillir le consentement éclairé de la patiente, les informations préalables à un avortement deuxième trimestre devraient inclure de même, et en vertu de la loi, des explications sur la procédure et les risques potentiels de l'intervention. La nécessité d'émettre un consentement et de signer un formulaire

serait elle aussi conservée, ainsi que les conditions découlant des lois applicables en matière de santé, notamment en ce qui concerne la qualité des soins de santé.

Le respect de l'exigence légale qui impose de pratiquer l'avortement dans un "environnement médical sûr" (art. 2, 1°, b loi IVG) nécessiterait, dans l'hypothèse d'une extension, la mise en place d'infrastructures médicales distinctes de celles actuellement disponibles pour les avortements du premier trimestre. Ce point sera développé de manière plus exhaustive ultérieurement.

D'autres dispositions seraient également maintenues, notamment la première consultation psycho-sociale et l'évaluation médicale, ainsi que le deuxième rendez-vous au cours duquel la procédure d'avortement est effectuée.

Arguments

Ce scénario implique une mise à jour qui semble minimale de la loi existante.

L'objectif sur le plan philosophique est d'élargir les possibilités d'accès à l'avortement pour les femmes en Belgique, en insistant sur l'autonomie des femmes et la possibilité d'opter pour l'avortement à la demande à des stades de grossesse plus avancés que ce qui est possible actuellement.

6.2.2 Extension du cadre légal actuel de l'interruption volontaire de grossesse avec des dispositions spécifiques

Dans ce scénario, le contexte des avortements à la demande du deuxième trimestre est considéré comme distinct du contexte des avortements à la demande antérieurs à ce seuil – ce qui nécessiterait donc des dispositions spécifiques. Le raisonnement sous-jacent est que les risques médicaux et sociaux associés aux avortements à la demande du deuxième trimestre sont potentiellement plus élevés que ceux des avortements plus précoces et nécessitent une approche plus approfondie.

En ce qui concerne l'âge gestationnel déterminant le seuil pour établir les dispositions spécifiques, le Comité scientifique envisage deux options. La première consiste à fixer un seuil à 12 semaines de gestation post-conception (14 SA) pour les dispositions spécifiques – ce qui correspond à l'âge gestationnel actuellement défini comme la limite légale pour l'avortement.

Une autre option consiste à fixer le seuil des dispositions spécifiques à 14/15 semaines de gestation post-conception (16/17 SA). Cette deuxième proposition est motivée par le fait que la procédure d'avortement jusqu'à 14/15 semaines de gestation post-conception est similaire à la procédure déjà en vigueur au cours du premier trimestre. Il convient de noter que, dans ce dernier cas, même si les dispositions spécifiques ne devaient s'appliquer qu'à partir de 14/15 semaines PC (16/17 SA), il est recommandé que les établissements extra-hospitaliers existants, spécialisés dans les avortements du premier trimestre continuent à pratiquer des avortements jusqu'à un maximum de 12 semaines PC (14 SA).

Dispositions

Les dispositions spécifiques proposées comprennent un parcours de soins en deux étapes avec des prestataires de soins spécialisés dans le domaine de l'avortement, comme c'est également le cas actuellement. Cependant, la première étape, qui consiste en une consultation psycho-sociale, devrait obligatoirement se faire auprès d'un psychologue et d'un travailleur social, tous deux spécialisés dans la prise en charge de l'avortement et les contextes de vulnérabilité afférents. La consultation psycho-sociale devrait se concentrer sur les spécificités de l'avortement du deuxième trimestre et permettre de disposer du temps et de l'espace nécessaires à une prise de décision consciente et éclairée. L'établissement du consentement éclairé resterait garanti par la loi IVG et la loi relative aux droits du patient, ainsi que par sa formalisation dans la signature d'un formulaire de consentement.

La deuxième étape consisterait en l'intervention d'avortement proprement dite et devrait respecter les principes de soins sûrs et de qualité requis dans le cadre d'un avortement pratiqué du deuxième trimestre.

Arguments

Ce scénario met l'accent sur la distinction entre les avortements au cours des premier et deuxième trimestres, tant en termes pratiques qu'éthiques.

Une attention au plan philosophique est placée sur les préoccupations de santé publique, visant à garantir les meilleures conditions pour les interruptions de grossesse au cours du deuxième trimestre et offrant une trajectoire de soins bien définie. À ces égards, ce sont la garantie d'un accompagnement interdisciplinaire de qualité et un haut niveau d'expertise médico-sociale qui constituent les principaux objectifs.

6.2.3 Extension du cadre légal actuel relatif aux avortements médicaux

Dans ce scénario, les avortements pratiqués au-delà du délai de 12 semaines post-conception (14 SA) relèveraient de l'avortement pour indication médicale. Cela impliquerait d'élargir la définition actuelle de l'avortement en cas de péril grave pour la santé de la femme enceinte, pour y inclure également les "avortements pour des motifs (psycho-)sociaux". Dans cette perspective, il est considéré que les demandes d'avortement au-delà de 12 semaines post-conception (14 SA) relèvent de circonstances exceptionnelles et sont associées à des risques plus élevés de précarité mentale, sociale ou matérielle de la patiente.

Dispositions

Les dispositions et protocoles actuels relatifs à l'interruption de grossesse pour motif médical pourraient s'appliquer. Toutefois, une modification de la loi IVG serait appropriée pour préciser que les demandes (psycho-)sociales dans cette hypothèse pourraient également donner lieu à un avortement pour raisons médicales (danger pour la santé de la femme enceinte).

Arguments

Les techniques, les équipes et les infrastructures pour l'avortement médical sont déjà disponibles et pourraient en théorie intervenir dans ces cas spécifiques.

Les changements légaux seraient minimes, mais ils auraient un impact pratique important.

Contre-arguments

- La loi actuelle ne prévoit pas de limite maximale pour l'avortement médical et, par conséquent, rien n'empêcherait de pratiquer un avortement « psycho-social » sans limite d'âge gestationnel. Il serait alors possible d'introduire des restrictions spécifiques en termes d'âge gestationnel pour l'interruption de grossesse motivée par des causes psycho-sociales. Toutefois, l'objectif de simplification légale ne serait pas atteint si une distinction des motifs devait réapparaître et générer une différence de limite en termes d'âges gestationnels. En outre, un tel système présenterait de grandes similitudes avec la première et la deuxième option discutées ici, et pourrait donner lieu à une discussion sur ce qui distingue un avortement "à la demande" d'un avortement "psycho-social" (voir "risque de pathologisation des demandes d'avortement" ci-dessous).
- Cette disposition présenterait un risque de confusion entre les indications psychiatriques maternelles pour l'interruption de grossesse et l'interruption de grossesse pour raisons psycho-sociales.
- Cette disposition présenterait un risque de pathologisation des demandes d'avortement pour des raisons psycho-sociales au-delà du délai de 12 semaines de gestation post-conception (14 SA) (similaire à la notion de "situation de détresse" qui a été supprimée en 2018).
- La loi actuelle sur les avortements pour raisons médicales requiert la collaboration d'un deuxième médecin. Le législateur devra examiner si cette disposition de double approbation est justifiée pour les demandes d'avortement pour motif psycho-social au-delà du délai de 12 semaines.
- Une potentielle réticence pourrait être exprimée par les obstétriciens pratiquant actuellement des interruptions médicales de grossesse à prendre en charge des avortements pour des motifs psycho-médicaux. On pourrait craindre les mêmes réticences avec les deux autres scénarios légaux (extension du délai légal avec ou sans ajout de dispositions spécifiques pour les avortements à la demande au cours du deuxième trimestre). Toutefois, le maintien d'une distinction légale entre l'avortement médical et l'avortement à la demande pourrait être pertinent afin de tracer une ligne de démarcation claire entre les deux actes médicaux, de sorte que les praticiens puissent se positionner et pratiquer l'un, l'autre ou les deux, conformément à leur possibilité d'objection de conscience.

6.2.4 Conclusions relatives aux dispositions légales

Le groupe de travail 3 et le Comité scientifique s'accordent à dire que les options consistant à étendre le délai gestationnel maximal dans le cadre légal actuel de l'avortement à la demande ou à étendre le délai en ajoutant au cadre légal des dispositions spécifiques sont les deux options préférables. **Dans les deux cas, une condition essentielle réside dans la mise en place de structures dédiées à l'avortement à la demande au cours du deuxième trimestre, avec un ensemble de professionnels formés dans les domaines administratif, psycho-social et médical.**

Le Comité scientifique soutient l'option d'une extension de l'âge gestationnel maximal dans le cadre légal actuel de la loi. Ce scénario apparaît comme la manière la plus simple et la plus fluide de mettre en œuvre une extension. Les dispositions existantes en matière de consultation psycho-sociale restent pertinentes pour les procédures d'avortement au cours du deuxième trimestre.

Le groupe de travail soutient aussi l'option d'une extension de l'âge gestationnel maximal avec des dispositions spécifiques consistant principalement en une définition plus précise des principes de la trajectoire de soins et de l'accompagnement psycho-social qu'il implique. Si les implications pratiques sont très similaires à celles de la première option, ce scénario met l'accent sur les exigences particulières des d'avortement du deuxième trimestre et du suivi de l'intervention et de la patiente, en particulier au-delà de 14 ou 15 semaines post-conception.

Tant le groupe de travail que le Comité scientifique, sur la base des travaux et des discussions du groupe de travail n° 3, déconseillent de suivre l'option consistant à assimiler l'avortement pour raisons psycho-sociales au-delà de 12 semaines à l'avortement pour raison médicale. Cette option présente plus d'obstacles et de risques afférents que de solutions, notamment en assimilant l'interruption volontaire d'une grossesse non désirée à l'interruption pour raison médicale d'une grossesse généralement désirée. Le Comité scientifique est d'avis que si ces deux situations doivent rester encadrées et protégées légalement, elles doivent aussi rester distinctes.

6.3 Options pour la détermination d'une extension de la limite d'âge gestationnel

Avant toute chose, il semble nécessaire d'évaluer de manière chiffrée la situation des demandes d'avortement au-delà du délai de 12 semaines post-conception en Belgique. Cette évaluation permettra ensuite de quantifier la proportion de femmes qui pourraient être prises en charge dans le système de santé belge pour des soins relatifs à l'avortement selon l'âge de la grossesse, ce qui permettrait par conséquent d'objectiver les objectifs de réduction de l'inégalité d'accès mentionnée précédemment.

Les chiffres rapportés par la Commission Nationale d'Évaluation pour les cinq dernières années enregistrées (2017 à 2021) à partir des rapports annuels néerlandais permettent d'établir une moyenne de 409 femmes par an qui sont redirigées vers des cliniques d'avortement aux Pays-Bas parce qu'elles ont dépassé l'âge gestationnel maximal autorisé pour les procédures d'avortement en Belgique (voir précédemment : Figure 9, section 6.1.1. : Situation actuelle en Belgique) (Commission Nationale d'Évaluation, 2021 ; "Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap," 2022). Ce chiffre fait en revanche abstraction des femmes qui ont opté pour d'autres solutions faute de choix (le plus vraisemblablement : garder la grossesse), mais auraient pu s'orienter vers un avortement si cette possibilité était disponible en Belgique, à un coût raisonnable.

Dans le cas de la Grande-Bretagne, les statistiques annuelles sur l'avortement indiquent un nombre faible, mais stable de femmes belges ayant obtenu un avortement dans le pays au cours des trois dernières années enregistrées : 4 en 2019, 4 en 2020 et 5 en 2021¹⁶⁴. Les chiffres néerlandais des procédures d'avortement pour les femmes belges semblent plus représentatifs et ont donc été privilégiés pour estimer les implications d'éventuelles modifications légales.

La répartition par âge gestationnel des patientes qui se sont présentées au-delà de la limite légale dans les cliniques LUNA donne un aperçu, quoique partiel, des demandes d'avortement du deuxième trimestre en Belgique. Il faut en effet considérer que ces chiffres ne représentent que les demandes émises dans les centres d'avortement LUNA, donc uniquement pour la région flamande. En outre, il est vraisemblable qu'un nombre de femmes présentant des grossesses indésirées ne se sont pas présentées dans ces centres (et ont opté pour une autre solution, telle que : conserver la grossesse ou s'adresser directement à un centre d'avortement néerlandais).

¹⁶⁴ <https://www.gov.uk/government/collections/abortion-statistics-for-england-and-wales>

Figure 15 Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA en raison d'un dépassement de la limite de l'âge gestationnel autorisé

Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA par âge gestationnel (exprimé en semaines post-conception)	
Année 2018	
11 semaines + 1 jour	16%
12 semaines	21%
13 semaines	10%
14 semaines	10%
15 semaines	7%
16 semaines	13%
17 semaines	5%
18 semaines	4%
19 semaines	4%
20 or > 20 semaines	10%
TOTAL	100%

Comme mentionné précédemment, il faut considérer que la première ligne du tableau des patientes redirigées à l'étranger pour obtenir un avortement, soit les 16 % constitués par les avortements précédemment refusés en Belgique au regard du nombre total de demandes d'avortement au cours du deuxième trimestre, est actuellement couverte par la législation nationale.

Un autre aperçu de l'ampleur d'une potentielle demande peut être obtenu depuis les chiffres émis annuellement par les Pays-Bas concernant les avortements, également au-delà de 11 semaines post-conception. Ces données indiquent une répartition plus régulière selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement. Il faut néanmoins considérer que s'y trouvent incluses non seulement les patientes néerlandaises, mais aussi un nombre significatif de patientes étrangères venues obtenir un avortement du deuxième trimestre (pour une estimation de ces données : voir figure 14, point 6.1.4.).

Figure 16 Moyenne 2018-2021 du nombre d'avortements par âge gestationnel aux Pays-Bas, y compris les patients locaux et étrangers.

Nombre d'avortements du 2e trimestre aux Pays-Bas par âge gestationnel						
	Année 2018		Année 2021		Moyenne 2018 - 2021	
	Total	%	Total	%	Total	%
11 semaines	529	10,03%	530	11,53%	529,5	10,73%
12 semaines	604	11,45%	590	12,84%	597	12,09%
13 semaines	602	11,41%	560	12,18%	581	11,77%
14 semaines	634	12,02%	593	12,90%	613,5	12,43%
15 semaines	567	10,75%	500	10,88%	533,5	10,81%
16 semaines	548	10,39%	365	7,94%	456,5	9,25%
17 semaines	510	9,67%	397	8,64%	453,5	9,19%
18 semaines	486	9,21%	386	8,40%	436	8,83%
19 semaines	482	9,14%	446	9,70%	464	9,40%
20 semaines	314	5,95%	229	4,98%	271,5	5,50%
TOTAL	5276	100%	4596	100%	4936	100%

En combinant la moyenne annuelle de patientes belges ayant eu recours à un avortement aux Pays-Bas avec ces deux séries de statistiques, nous pouvons produire une extrapolation approximative des demandes potentielles d'avortements du deuxième trimestre par des femmes belges. Cette méthode d'estimation présente des failles notables dont le Comité scientifique est conscient : les cohortes sur lesquelles portent les données respectives sont à chaque fois distinctes (une moyenne sur cinq ans des femmes belges par âge gestationnel ayant eu recours à un avortement aux Pays-Bas (supposément au deuxième trimestre) formant l'effectif global 'N' ; une ventilation des femmes s'étant adressées au réseau LUNA avec une grossesse non désirée du deuxième trimestre, par âge gestationnel ; une ventilation de toutes les patientes, y inclus les non-belges, ayant obtenu un avortement du deuxième trimestre aux Pays-Bas). Ces estimations du Comité scientifique ne peuvent donc servir que d'indication approximative, en tant que support à une approche de réduction quantitative des inégalités, mais ne peut en aucun cas refléter une projection fiable et concrète des besoins réels en termes d'avortement du deuxième trimestre en Belgique.

Au sujet de la discussion suivante concernant l'établissement d'un âge gestationnel maximal, nous nous sommes en effet basés sur une approche quantitative et éthique, visant à réduire l'inégalité d'accès, tout en considérant aussi les dimensions éthiques relatives au fœtus et les dimensions techniques relatives aux risques.

6.3.1 Pas de limite d'âge gestationnel pour l'avortement à la demande

Dans le cadre des auditions de praticiens et de représentants de l'avortement, certains se sont exprimés en faveur de l'absence de limite de l'âge gestationnel. Les quelques rares exemples internationaux d'absence de limites d'âge gestationnel (le Canada étant le cas le plus notable)¹⁶⁵ semblent indiquer que, en l'absence d'un cadre légal défini à plus large échelle, ce sont les gouvernements locaux, les institutions médicales ou encore les praticiens qui tendent à fixer leurs propres limites éthiques ou pratiques (Shaw et Norman, 2020).

Arguments et contre-arguments

- Déterminer une limite spécifique implique nécessairement un choix et un arbitrage entre différents types d'arguments, de priorités et de positions morales. L'option d'une absence de limitation en termes d'âge gestationnel pour l'avortement peut apparaître comme une conséquence de l'impossibilité de définir une limite de temps relative à l'âge de la grossesse supérieure aux autres, et comme une manière de considérer le moment de la naissance comme le jalon le plus objectif.
- Les limitations de l'âge gestationnel maximal liées aux stades de développement du fœtus, telles que la viabilité, sont artificielles et susceptibles d'évoluer dans le temps. En l'absence de limite d'âge gestationnel, le cadre légal est mieux protégé contre ces évolutions des savoirs et défis médico-techniques.
- L'absence de limite en matière d'âge gestationnel peut contribuer à supprimer la stigmatisation liée à l'avortement. La levée de la stigmatisation morale ainsi qu'une stratégie de prévention sont les principaux facteurs contribuant à l'obtention d'avortements plus précoces (Fathalla, 2020 ; Shaw & Norman, 2020).
- Cependant, un tel changement fondamental d'orientation légale pourrait générer plus de résistance que de soutien.
- L'absence de limitation légale de l'âge gestationnel maximal pour l'avortement ouvre le risque pour les praticiens de se substituer à la loi et d'établir leur propre limite, ce qui pourrait conduire à des limites plus strictes dans la pratique.
- Il pourrait résulter de cette absence un manque de clarté dans les dispositions pratiques en termes d'organisation et d'infrastructures (sur le type de formation à fournir, la qualification des professionnels pour chaque âge gestationnel spécifique au moment de l'intervention...).

- L'absence de toute limitation de l'âge gestationnel pourrait être considérée comme évacuant toute mise en balance entre les arguments de valeur accordée au fœtus et d'autonomie des femmes (arguments qui se trouvent par exemple actuellement au cœur du raisonnement de la Cour européenne des droits humains).
- Cette absence pourrait affaiblir le statut exceptionnel des interruptions de grossesse pour des raisons médicales graves, qui sont considérées par les praticiens comme étant contextuellement différentes des interruptions de grossesse à la demande.
- L'absence de toute limite de l'âge gestationnel pour l'avortement créerait un contraste avec d'autres pays voisins tels que la France (dont l'âge gestationnel limite actuel pour l'avortement est de 14 semaines post-conception) ou l'Allemagne (dont l'âge gestationnel limite actuel pour l'avortement est de 12 semaines post-conception) ou encore les Pays-Bas (où le dont l'âge gestationnel limite actuel pour l'avortement est de 22 semaines post-conception). Une modification de la loi belge supprimant toute limite d'âge gestationnel maximal pourrait générer un afflux de patientes étrangères.

6.3.2 Limite d'âge gestationnel à 22 semaines post-conception (24 SA)

Il s'agit de la limite légale actuelle aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. Les législations respectives de ces deux pays et la limite d'âge gestationnel qu'elles mentionnent sont dictées par la notion de viabilité (Ingham *et al.*, 2008 ; Eades, 2019). Or, plusieurs sources scientifiques convergent pour considérer que la viabilité comme critère est un seuil mouvant et instable (Robertson, 2011; Han *et al.*, 2018) (voir aussi chapitre 4.1.4. : principe de viabilité fœtale). Toutefois, aucun changement fondamental n'est attendu en ce qui concerne la capacité de survie inhérente des enfants prématurés. Pour ces raisons, le comité scientifique considère qu'il est plus utile d'inclure un nombre de semaines comme limite dans la législation de l'avortement (qui pourrait être basée sur la définition actuelle de la viabilité la plus acceptée par la science), plutôt que de mentionner la viabilité directement dans la législation sur l'avortement.

Une extension de la limite de l'âge gestationnel de 22 semaines post-conception (24 SA) permettrait à la quasi-totalité des femmes demandant actuellement un avortement après le délai légal actuel d'obtenir une intervention en Belgique, ce qui représente 100% de l'effectif N de 409 femmes par an. Il n'est cependant pas possible d'exclure qu'un nombre marginal de femmes puissent encore demander un avortement après 22 semaines post-conception.

¹⁶⁵ Parmi les autres juridictions qui n'ont pas fixé de limite d'âge gestationnel pour l'avortement, on trouve aussi le Territoire de la capitale australienne et six États américains, dont le Vermont, le Colorado et le New Jersey.

Le rapport d'évaluation de la loi néerlandaise (ZonMw, 2020) conseille de conserver le délai de 22 semaines post-conception (24 SA)¹⁶⁶ dans la loi néerlandaise, mais de distinguer la notion de viabilité dans le contexte des soins d'avortement, où elle est établie comme une limite de temps - de la viabilité dans le contexte des soins néonataux, où elle constitue une potentialité réelle de traitement et de survie.

Les évaluations réalisées dans les perspectives légales et médicales de ces deux pays (Pays-Bas et Grande-Bretagne) offrent des perspectives encourageantes en faveur de cette limite d'âge gestationnel (Grande-Bretagne : Parlement : Chambre des Communes : Science and Technology Committee, 2007 ; ZonMw, 2020).

Arguments et contre-arguments

- Cette option permet de répondre à des objectifs en matière d'éthique et de santé publique :
 - Elle met fin à la situation inégalitaire actuelle : les avortements au cours du deuxième trimestre sont effectivement disponibles pour les femmes belges, mais seulement si elles ont les moyens suffisants pour des procédures d'avortement à l'étranger. Une extension jusqu'à 22 semaines post-conception (24 SA) donnerait la possibilité d'avorter à toutes les femmes qui doivent actuellement se déplacer pour y avoir accès.
 - Elle s'aligne non seulement sur un pays voisin, mais aussi sur les lois les plus favorables d'Europe en matière d'accès à l'avortement sur la base de l'âge gestationnel.
- Ce scénario peut être considéré comme un alignement sur la loi néerlandaise à des fins pragmatiques :
 - Les données néerlandaises disponibles permettent d'avoir déjà un aperçu d'ensemble des demandes actuelles d'avortement au cours du deuxième trimestre et de leur répartition en fonction de l'âge gestationnel, ce qui permet d'anticiper les besoins et les chiffres.
 - Les retours de l'expérience néerlandaise sont globalement positifs, en ce qui concerne la qualité des soins, la satisfaction des patientes, l'efficacité des techniques et les faibles taux de complication.
- L'argument qui consiste à permettre l'avortement en Belgique à un plus grand nombre de femmes est sans fin : il y a toujours une proportion de femmes qui se retrouvera hors de la limite légale, quelle qu'elle soit.
- Une limitation à 22 semaines PC permettrait l'alignement sur la loi néerlandaise, néanmoins les cliniques d'avortement néerlandaises ne proposent en réalité des avortements que jusqu'à 20 semaines PC (22 SA). Entre 20 et

22 semaines PC, certains avortements peuvent encore être pratiqués par des hôpitaux néerlandais (favorables) utilisant la méthode médicamenteuse, mais cet accès est considéré comme restreint et incertain. Par conséquent, une limite de 22 semaines post-conception en Belgique ne serait pas entièrement alignée sur la pratique aux Pays-Bas.

- Le seuil de 22 semaines (24 SA) s'aligne sur la notion de viabilité telle qu'elle est majoritairement interprétée en Belgique : il y a un risque qu'elle se déplace dans le temps et fragilise ainsi la loi.
- Un membre du groupe de travail craint que ce changement ne suscite plus de résistance que de soutien.
- S'aligner sur la loi néerlandaise, qui est plus libérale en termes d'âge gestationnel, créerait un contraste avec d'autres pays voisins. Une modification de la loi belge à ce niveau pourrait générer un afflux de patientes étrangères. Cet afflux sera probablement présent aussi (à des degrés plus ou moins importants) que l'on opte pour l'absence de limite, une limite à 20 ou à 18 semaines PC.

6.3.3 Limite d'âge gestationnel à 20 semaines post-conception (22 SA)

La limite de 20 semaines n'est pas un seuil courant dans les législations relatives à l'avortement. Néanmoins, il convient de rappeler qu'en dépit de la possibilité légale d'avorter jusqu'à 22 semaines PC (24 SA) aux Pays-Bas, il est rare que des avortements soient réalisés à ce stade dans la pratique. (Les cliniques d'avortement ne pratiquent l'avortement que pour les grossesses de moins de 20 semaines et 2 jours post-conception (22+2 jours SA), tandis que les hôpitaux pratiquent rarement des avortements à la demande, et encore plus rarement à des stades aussi avancés de la grossesse.)

Sur la base des données de LUNA concernant les femmes se présentant dans les cliniques d'avortement après la limite légale des 12 semaines post-conception, combinées au nombre annuel de procédures d'avortement réalisées aux Pays-Bas à la demande de résidentes belges, on peut considérer que 90 % des demandes d'avortement au-delà de la limite légale actuelle d'âge gestationnel seraient couvertes par une telle extension. À partir de l'effectif N de 409 femmes, ceci représenterait une moyenne de 368 femmes par an. Sur la base des données néerlandaises d'avortement du second trimestre, il s'agirait de 94,5% des demandes, soit 387 femmes.

Arguments et contre-arguments

Les arguments et contre-arguments en faveur d'une limite d'âge gestationnel de 20 semaines post-conception (22 SA) sont, pour la plupart, similaires à ceux exprimés pour une limite établie à 22 semaines post-conception (24 SA). Certains aspects doivent toutefois être soulignés ici :

¹⁶⁶ Dans la pratique, cependant, les cliniques d'avortement ne pratiquent pas d'avortement pour les grossesses de plus de 20 semaines et 2 jours post-conception. Les patientes ont alors la possibilité de demander un avortement dans les hôpitaux, bien qu'il soit difficile de trouver des praticiens pour ces étapes ultérieures de l'avortement.

- Cette option permettrait une extension significative de l'âge gestationnel maximal tout en gardant une distance temporelle avec le seuil de viabilité (communément établi à 22 semaines post-conception en Belgique). La notion de zone "tampon" apparaît notamment rassurante pour les gynécologues-obstétriciens consultés et permet d'éviter de confronter la pratique de l'avortement à la demande et les soins néonataux en cas de grande prématurité.
- Une limite d'âge gestationnel à 20 semaines post-conception (22 SA)¹⁶⁷ correspondrait au seuil établi en Belgique pour avoir la possibilité de déclarer un enfant mort-né. C'est également la limite inférieure applicable à l'enregistrement des causes de décès à des fins statistiques de Statbel selon le seuil de l'arrêté royal du 17/06/1999.
- Cette option peut apparaître comme une voie médiane dans la prise en charge de la grande majorité des demandes d'avortement (90 % - 94,5%) et dans le cadre d'une maturité du fœtus moindre que dans l'option de 22 semaines.
- La mention de la notion de viabilité comporte toutefois un risque, en raison de la possibilité d'un déplacement du seuil qui déstabiliserait la base sur laquelle repose la loi.
- S'aligner sur la loi néerlandaise, qui est plus libérale en termes d'âge gestationnel, créerait un contraste avec d'autres pays voisins. Une modification de la loi belge à ce niveau pourrait générer un afflux de patientes étrangères.

6.3.4 Limite d'âge gestationnel à 18 semaines post-conception (20 SA)

La Nouvelle-Zélande est un exemple de réglementation de l'avortement à la demande, dans lequel l'avortement à la demande est autorisé jusqu'à la limite gestationnelle de 18 semaines post-conception (20 SA), et ensuite autorisé au-delà que si plusieurs conditions sont réunies (New Zealand and Law Commission, 2018). Le Comité scientifique note que, en Europe, deux pays, la Suède et la Norvège, ont opté pour une limite d'âge gestationnel de 18 semaines – 18 semaines étant ici exprimées à partir des dernières règles (16 semaines post-conception) (Stenvoll, 2002 ; Boland, 2010). En Suède, les demandes d'avortement au-delà de 18 semaines (SA), doivent être adressées au Conseil national de la santé et du bien-être et motivées par le vague déterminant de "raisons spéciales" – auquel cas l'avortement peut être autorisé jusqu'à la viabilité (établie à 22 semaines) (Askola, 2018).

En Belgique, une extension de l'âge gestationnel limite de 18 semaines de grossesse post-conception (20 SA) permettrait, sur la base des données issues de LUNA à une moyenne de 82 % des femmes demandant actuellement un avortement au-delà du délai légal en Belgique d'obtenir la procédure dans le pays. À partir de la population N de 409 femmes, ceci représenterait une moyenne de 335 femmes par an. Sur la base des données néerlandaises, les avortements prenant place avant 18 semaines représenteraient 76,27% de la population N, soit 312 femmes.

¹⁶⁷ Plus précisément, les conditions sont de 20 semaines post-conception et un poids de 500 grammes (Goemaes *et al.*, 2022)

Les débats parlementaires ces dernières années relatifs à l'interruption volontaire de grossesse mentionnaient une limite d'âge gestationnel de 18 semaines post-conception. À l'époque, plusieurs acteurs de terrain, tels que les centres d'avortement, étaient en accord avec cette option, se déclarant satisfaits d'une telle augmentation substantielle de la limite, considérée comme un compromis acceptable entre différentes options. La déception à l'égard de la décision finale de conserver la limite de 12 semaines a depuis été exprimée à plusieurs reprises. Elle a également été exprimée lors des auditions menées par le Comité scientifique, où les centres d'avortement se sont tous montrés en faveur d'une extension de l'âge gestationnel limite jusqu'à au moins 18 semaines, voire plus.

Arguments et contre-arguments

- Cette proposition d'extension relativement modérée est moins susceptible de rencontrer une vive opposition. Au Parlement comme dans la société civile, la limite de 18 semaines de gestation bénéficiait déjà d'un certain soutien en 2018.
- En ce qui concerne le développement du fœtus, cette limite permet d'établir une zone tampon plus importante encore pour éviter de rencontrer ou chevaucher la période de viabilité et de maturation neurologique du système de perception de la douleur.
- S'aligner sur la loi néerlandaise, qui est plus libérale en termes d'âge gestationnel, créerait un contraste avec d'autres pays voisins. Une modification de la loi belge à ce niveau pourrait générer un afflux de patientes étrangères.
- Une limite de 18 semaines PC ne mettrait pas totalement fin aux déplacements à l'étranger des femmes belges pour avorter. Un certain nombre (74 à 97 selon les estimations) de femmes belges présentant une grossesse au-delà de 18 semaines post-conception devront encore se rendre aux Pays-Bas chaque année si elles souhaitent avorter.

6.3.5 Conclusions concernant la détermination d'une limite d'âge gestationnel maximale

Il existe un consensus au sein du groupe de travail 3 ainsi que du Comité scientifique sur le fait que la limite d'âge gestationnel pour l'avortement volontaire devrait être étendue, et que cette extension devrait atteindre un minimum de 18 semaines post-conception. Le groupe de travail souligne sa position ferme en faveur d'une extension, soutenue principalement par des arguments d'équité sociale.

La majorité des membres du groupe de travail n°3, à l'exception d'un seul, sont en faveur d'une extension de l'âge gestationnel maximal pour l'avortement à 22 semaines post-conception (24 SA). Un membre soutient l'option de 18 semaines post-conception (20 SA). Le seuil de 20 semaines post-conception (22 SA) peut être considéré comme une position médiane.

Au sein du Comité scientifique, une partie des membres est favorable à une extension jusqu'à une limite de 18 semaines post-conception (20 SA) tandis qu'une autre partie était favorable à une limite jusqu'à 20 semaines post-conception (22 SA).

Le soutien à une extension de la limite de l'âge gestationnel à au moins 18 semaines post-conception repose sur divers arbitrages, entre d'une part le souhait d'un accueil nettement plus important de femmes belges à l'intérieur du pays, d'autre part des considérations sur la viabilité du fœtus et son activité sensorielle et enfin sur les aspects techniques requis pour les procédures d'avortement plus tardives. En effet, d'un point de vue médical et technique, à des âges gestationnels plus avancés, chaque semaine de développement fœtal supplémentaire entraîne une augmentation significative du poids et de la taille, ce qui a un impact sur l'intervention d'avortement elle-même.

Le Comité scientifique est conscient que le choix d'un seuil particulier est toujours le résultat d'un équilibre délicat entre divers intérêts et valeurs, et que toute limitation proposée peut faire l'objet de critiques et être perçue comme arbitraire.

6.4 Infrastructures et organisation pratique

6.4.1 Type d'établissement

Le Comité scientifique déconseille de procéder à des avortements du deuxième trimestre dans les services d'obstétrique/gynécologie existants des hôpitaux. Bien que cela puisse apparaître comme une manière simple de mettre en œuvre rapidement ces services, cette option présenterait plusieurs obstacles organisationnels majeurs. En effet, les services ayant une expérience de l'avortement au cours du deuxième trimestre se consacrent actuellement aux interruptions de grossesse pour raisons médicales. Il est probable que ces services ne seraient pas tous disposés à étendre la prise en charge à l'avortement à la demande, ce dernier étant davantage sujet à l'objection de conscience. En outre, les approches respectives des avortements à la demande et des soins obstétricaux pré- ou postnatals semblent trop différentes pour être prises en charge par les mêmes équipes médicales et dans un même bloc opératoire/salle d'accouchement.

Une solution adéquate consisterait en la création de nouveaux services dans les hôpitaux, dédiés spécifiquement à l'avortement à la demande du deuxième trimestre. Cela permettrait d'offrir de bonnes conditions en matière de qualité des soins liés à l'avortement du deuxième trimestre, tandis qu'en cas de complication, un accès facile à des soins spécialisés et urgents au sein de l'hôpital serait assuré. En dépit de ces atouts qualitatifs, la mise en place de nouveaux services dans les infrastructures existantes serait plus lente et plus coûteuse. Elle entraînerait également le besoin potentiel de faire appel à des membres du personnel hospitalier général, non sensibilisés aux soins liés à l'avortement et aux circonstances psycho-sociales les entourant.

Dans tous les cas, ces deux premières options nécessiteraient de disposer d'un bloc opératoire pour les avortements, car il ne semble pas adéquat de procéder aux avortements à la demande dans les salles d'accouchement.

L'option la plus souhaitable, de l'avis unanime du Comité scientifique et du groupe de travail en charge, est de mettre en place des structures adjacentes aux hôpitaux. Ces établissements seraient directement reliés à un hôpital, mais resteraient autonomes en termes d'occupation des lieux et d'équipements médicaux. Cette configuration présente comme atout majeur la possibilité de créer de nouvelles équipes pluridisciplinaires pour assurer une consultation psycho-sociale de qualité et une prise en charge spécialisée de l'avortement du deuxième trimestre. Les centres dédiés seraient également plus accueillants pour les patientes, en termes de confidentialité et de sensibilisation du personnel, une approche dont l'efficacité a été prouvée, notamment, dans l'exemple des Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS). Bien que le modèle des CPVS ne soit pas comparable en termes d'exigences médicales, leurs procédures en matière de confidentialité, d'approche holistique et d'interdisciplinarité pourraient contribuer à l'élaboration de l'organisation des centres d'avortement du deuxième trimestre liés aux hôpitaux. Une connexion

directe avec l'hôpital adjacent garantirait un accès facile à des soins spécialisés urgents en cas de complications. Cependant, les coûts et le temps de mise en œuvre pourraient être légèrement plus importants que pour d'autres options exploitant les unités existantes.

La mise en place d'unités d'avortement du deuxième trimestre dans les établissements extra-hospitaliers existants est une option qui n'est pas soutenue pour des raisons évidentes de sûreté et d'exigences médicales qui impliqueraient également des coûts plus élevés.

6.4.2 Nombre de patientes

En fonction des données issues des rapports néerlandais annuels, au cours des cinq dernières années enregistrées, le Comité scientifique estime qu'une moyenne de 409 femmes belges par an pourraient bénéficier de la possibilité d'obtenir un avortement au cours du deuxième trimestre en Belgique (voir Figure 9, chapitre 6.1.1). Le Comité scientifique n'exclut pas que ce nombre puisse augmenter en cas de légalisation de l'avortement du deuxième trimestre en Belgique, étant donné que l'interdiction au niveau national et la nécessité de déplacement à l'étranger (y compris les coûts y afférents) peuvent dissuader certaines femmes de se présenter pour obtenir des informations dans un centre belge et/ou de se rendre à l'étranger pour y subir un avortement. Il s'agit là d'une simple hypothèse, car il n'existe aucune donnée sur ce groupe "invisible".

Dans le scénario d'une extension de la limite d'âge gestationnel pour l'avortement en Belgique, il est en outre probable que le pays absorberait une fraction des patientes des pays voisins ayant une limite d'âge gestationnel plus stricte et qui optent actuellement pour un avortement aux Pays-Bas (et, dans une moindre proportion, en Grande-Bretagne).

Les données du ministère de la Santé néerlandais permettent d'établir le nombre de patientes étrangères ayant obtenu un avortement dans le système de santé néerlandais¹⁶⁸. Le tableau ci-dessous reprend les chiffres pour les cinq dernières années enregistrées et pour les pays ayant une frontière commune avec la Belgique.

Figure 17 Nombre de procédures d'avortement aux Pays-Bas (par pays d'origine, par an)

Procédures d'avortement réalisées aux Pays-Bas pour les patientes étrangères					
Année	2017	2018	2019	2020	2021
Belgique/Luxembourg	472	444	428	330	371
Allemagne	1.219	1.237	1.247	1.125	1.011
France	967	810	744	590	501

¹⁶⁸ <https://www.igj.nl/over-ons/publicaties/rapporten/2021/12/09/definities-en-cijfers-bij-jaarrapportage-2020-wafz>

Il est fort probable qu'une proportion importante des patientes françaises¹⁶⁹ qui demandent actuellement une procédure d'avortement aux Pays-Bas préféreraient s'adresser à des praticiens en Belgique, en raison de facteurs de proximité géographique et linguistique. Dans le cas de l'Allemagne¹⁷⁰, il est plus difficile de déterminer si les patientes continueront à préférer se rendre aux Pays-Bas (ou dans d'autres pays) ou si un nombre important de patientes allemandes viendront en Belgique. Bien qu'une estimation précise du nombre attendu de patientes étrangères soit impossible et puisse évoluer dans le temps, cet afflux supplémentaire de patientes doit être pris en compte à des fins d'organisation pratique.

6.4.3 Répartition

Cette section développe les considérations relatives au nombre de structures et à leur répartition régionale en Belgique. L'option la plus pertinente semble consister en l'implantation d'un petit nombre d'infrastructures réparties sur le territoire. Une couverture territoriale et linguistique équilibrée doit être assurée pour des raisons d'accessibilité, tandis qu'une fréquentation quantitative suffisante est nécessaire pour que les structures puissent maintenir leur niveau d'expérience, comme cela s'est avéré utile dans d'autres pays. Un nombre initial de trois structures devrait couvrir ces critères et permettre une concentration suffisante des compétences et des coûts. Une évaluation régulière de la répartition et des moyens consacrés aux centres devrait également être envisagée.

Le groupe de travail et le Comité scientifique sont unanimement favorables à la création de trois centres, selon une répartition régionale, comme point de départ de l'offre d'avortement au cours du deuxième trimestre. Ce petit nombre de centres, assurant une couverture régionale, géographique et linguistique est considéré comme un atout pour concentrer les compétences et les connaissances.

6.4.4 Services médicaux à fournir

Une littérature scientifique abondante documentant les techniques d'avortement au cours du deuxième trimestre, ainsi que des témoignages de praticiens expérimentés, soulignent les atouts respectifs des méthodes chirurgicales et médicamenteuses d'avortement au cours du deuxième trimestre (voir section 5.1 **Techniques d'avortement, pour une discussion plus approfondie sur les techniques d'avortement disponibles**). Les recommandations internationales et la littérature scientifique soulignent la sûreté des deux méthodes et l'importance de donner aux femmes qui demandent une intervention d'avortement la possibilité de choisir.

¹⁶⁹ En France, l'avortement est actuellement disponible jusqu'à 14 semaines de gestation post-conception (16 SA).

¹⁷⁰ En Allemagne, la limite de l'âge gestationnel est actuellement fixée à 12 semaines post-conception (14 SA).

En conséquence, tous les membres du groupe de travail 3, à l'exception d'un seul, ont soutenu la nécessité pour les établissements pratiquant l'avortement au cours du deuxième trimestre d'offrir la possibilité d'un avortement chirurgical et médicamenteux. Un membre a émis de fortes objections contre le recours à l'avortement chirurgical après 14 semaines de gestation (16 SA). Le membre soulève la préoccupation sociétale actuelle de lutter contre les violences médicales et les violences gynécologiques en particulier, qui est, selon le membre, incohérente avec une technique chirurgicale qui consiste à découper en morceaux un fœtus de plus de 200-400g. Selon le membre, ceci est d'autant plus vrai qu'il existe une autre technique, plus douce, pour répondre à ces demandes tardives d'avortement. Le membre du groupe de travail doute également que les praticiens en Belgique soient enclins à utiliser la méthode chirurgicale, et préfèrent plutôt la méthode médicamenteuse pour l'avortement. Cet avis individuel indique que seule l'IVG médicamenteuse devrait être pratiquée tant pour la prévention des complications que pour des raisons éthiques, symboliques et d'acceptation sociétale.

Le Comité scientifique a conclu que le choix de la méthode ne devrait en aucun cas être réglementé par des dispositions légales, mais plutôt être laissé à l'appréciation des praticiens disposés à fournir ces services, en fonction des derniers développements en médecine et à l'appréciation de la patiente après qu'elle aura été dûment informée.

Outre la gestion des procédures d'avortement et des consultations psycho-sociales, les établissements pratiquant des avortements au cours deuxième trimestre doivent être en mesure de fournir des services médicaux conformes aux exigences de ces procédures : notamment la possibilité d'une nuitée (qui peut être nécessaire pour la préparation du col de l'utérus en cas d'avortement médicamenteux), la possibilité de plusieurs options pour la gestion de la douleur (anesthésie générale, anesthésie locorégionale, sédation) ainsi que la gestion des complications et des urgences. Les services disponibles dépendront également de la relation et de la possibilité de collaboration avec les hôpitaux.

En plus des médecins chargés de la procédure d'avortement, la mise à disposition de représentants d'une série de professions médicales et paramédicales serait nécessaires dans les établissements pratiquant l'avortement au cours du deuxième trimestre. La sélection de ces profils professionnels est liée au type de soutien et de service médical que devraient proposer ces établissements spécifiques, ceci en termes possibles exigences légales, mais aussi de possibilités de sédation et d'anesthésie. La liste pourrait inclure des gynécologues, des médecins généralistes, des anesthésistes, des infirmières, des sage-femmes, des psychologues, des travailleurs sociaux et une équipe de soutien (administration, etc.).

Le groupe souhaite souligner la nécessité de limiter les obstacles financiers à l'accès à l'avortement au cours du deuxième trimestre, qui devrait être abordable de la même manière que l'avortement au cours du premier trimestre. L'équité et l'égalité en matière d'accès aux soins en matière d'avortement étant au centre de la recommandation du Comité scientifique d'étendre la limite de l'âge gestationnel, il convient également de veiller à rendre l'avortement au cours du deuxième trimestre financièrement accessible, sans éventuelle discrimination entre les patientes.

7. Autres sujets à prendre en considération

7.1. Prévention

7.1.1 Contraception

Le comité scientifique souligne l'importance des mesures préventives, en particulier de la contraception, pour éviter les grossesses non désirées et les avortements. Les membres du groupe de travail 1 recommandent de conserver l'approche d'une discussion sur la contraception telle qu'elle se déroule actuellement. Le taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) en Belgique est estimé à 59 %¹⁷¹, ce qui se situe dans la moyenne de l'Europe occidentale. En ce qui concerne l'accès général à la contraception et aux droits reproductifs, la Belgique obtient un score nettement meilleur et se classe dans les premiers rangs en Europe¹⁷², selon le Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs. Cette situation est principalement attribuée au remboursement de la contraception jusqu'à l'âge de 25 ans et au travail d'éducation sexuelle, de prévention et d'accès à l'avortement et à la contraception, assuré notamment par le vaste réseau des centres de planning familial, des centres d'avortement et des organismes de prévention.

Les LARC, comme les DIU (dispositifs intra-utérins) hormonaux ou les implants ont un coût par cycle menstruel particulièrement faible au regard de la durée d'utilisation, et présentent l'avantage majeur d'une efficacité contraceptive non dépendante de l'utilisatrice (pas d'oubli, pas d'interférence avec les problèmes digestifs, pas d'arrêt impulsif, pas de mauvaise utilisation par méconnaissance des bonnes règles d'utilisation). Malgré ces atouts, les coûts d'entrée (environ 150 €) peuvent représenter une barrière d'accès pour de nombreuses patientes de plus de 25 ans et celles qui ne peuvent pas bénéficier de la réglementation spéciale pour les personnes ayant un statut BIM/VIPO. Nous pensons que ce problème restera important étant donné le nombre croissant de personnes vivant dans la pauvreté en Belgique.

La littérature médicale conseille clairement une insertion de DIU, s'il est demandé par la patiente, immédiatement après une interruption de grossesse, car il est prouvé qu'il prévient efficacement les futures grossesses non désirées. Le groupe de travail 1 et le Comité scientifique déplorent que le coût d'un DIU hormonal empêche l'accès de certaines patientes à cette possibilité. La généralisation de la proposition

de pose d'un DIU juste après une interruption de grossesse plutôt que d'avoir un second rendez-vous uniquement dans cet objectif permettrait de gagner du temps et de réduire les coûts (tant pour la patiente que pour les professionnels de santé), mais aussi de garantir l'utilisation d'une contraception immédiatement après l'interruption de grossesse.

Une stratégie globale, liant l'offre de pose de DIU après une intervention d'avortement à l'extension du remboursement de tout contraceptif également pour les femmes de plus de 25 ans, est donc susceptible d'améliorer la couverture contraceptive belge ainsi que de réduire le nombre d'avortements.

Les membres du groupe de travail, ainsi que le comité scientifique, recommandent l'extension du remboursement de la contraception après 25 ans. Ils recommandent de lier cette stratégie à un accès accru aux LARC¹⁷³. Cela permettrait de s'aligner sur les recommandations du Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs et de soutenir également la résolution du 8 juillet 2022 (doc n° 7-81/7) du Sénat visant à la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, de l'information et de l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle.

7.1.1.1 Taux d'avortement

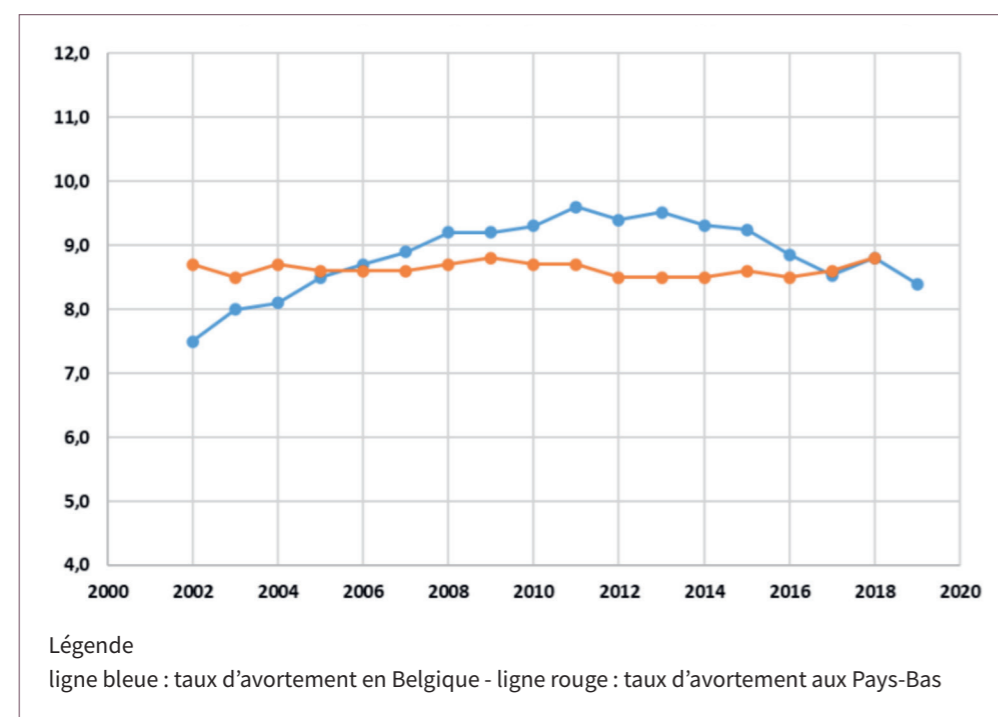
Le taux d'avortement belge se classe également assez bien parmi les pays d'Europe occidentale, avec un taux national d'avortement de 8,8 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans pour l'année 2019 (Commission Nationale d'Évaluation, 2021), alors que le taux d'Europe occidentale est estimé à 18 pour 1000 (Sedgh *et al.*, 2016). Une comparaison du taux d'avortement belge avec celui des Pays-Bas montre une similitude continue des taux respectifs :

¹⁷¹ Source : Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs <https://www.epfweb.org/node/704>

¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ Contraception réversible à action prolongée, comme le DIU.

Figure 18 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique et aux Pays-Bas (2002-2019)



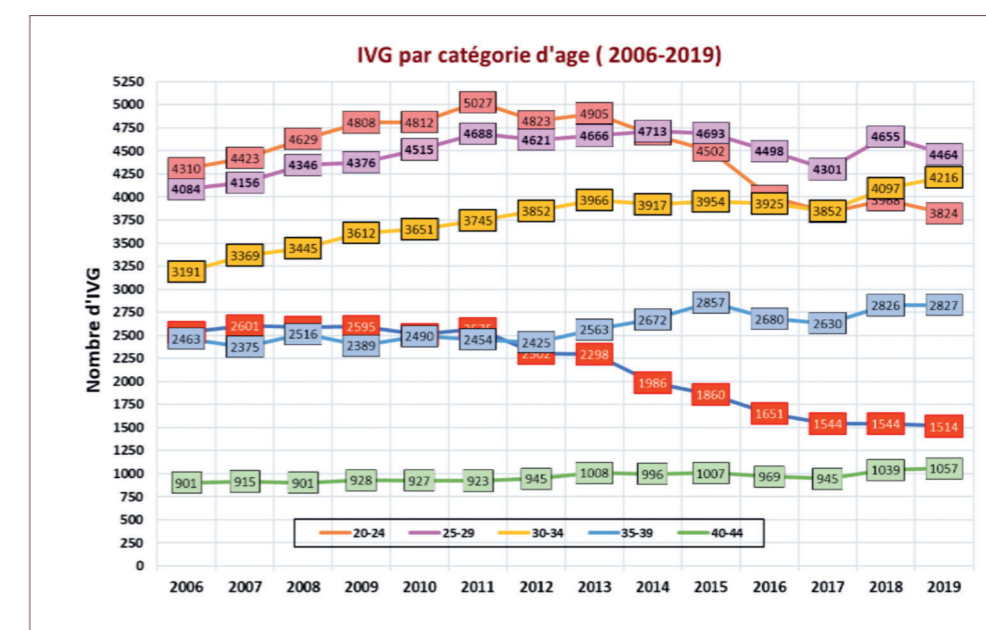
Source : (Commission Nationale d'Évaluation, 2021)

7.1.1.2 Âge des femmes ayant recours à l'avortement

Les données recueillies par la Commission Nationale d'Évaluation sur les âges respectifs des femmes ayant recours à une interruption de grossesse indiquent une diminution du nombre de jeunes femmes demandant un avortement, en particulier chez catégories d'âge les plus jeunes depuis l'introduction du remboursement des contraceptifs (2004) pour les moins de 21 ans. Bien qu'il y ait trop peu de preuves scientifiques pour établir un lien de causalité entre le remboursement des contraceptifs et la diminution des taux d'avortement, cet effet est plausible. Les effets de l'extension du remboursement des contraceptifs jusqu'à 25 ans ne peuvent en effet pas encore être évalués, car la mesure n'est entrée en vigueur qu'en 2021.

Figure 19 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique par catégorie d'âge (2006-2019) : tableau

IVG par catégorie d'âge (2006-2019)														
catégorie d'âge	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19	2531	2601	2588	2595	2506	2575	2302	2298	1986	1860	1651	1544	1544	1514
20-24	4310	4423	4629	4808	4812	5027	4823	4905	4675	4502	4011	3836	3968	3824
25-29	4084	4156	4346	4376	4515	4688	4621	4666	4713	4693	4498	4301	4655	4464
30-34	3191	3369	3445	3612	3651	3745	3852	3966	3917	3954	3925	3852	4097	4216
35-39	2463	2375	2516	2389	2490	2454	2425	2563	2672	2798	2672	2857	2680	2827
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1008	996	1007	969	945	1039	1057
	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108	18129	17902

Figure 20 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique par catégorie d'âge (2006-2019) : graphique¹⁷⁴

Source : (Commission Nationale d'Évaluation, 2021)

La même source indique que l'âge moyen des femmes ayant recours à l'avortement reste stable, à 28 ans, alors que la majorité des femmes se situe dans la tranche d'âge des 25-35 ans. Pour les deux dernières années enregistrées (2018 et 2019), cette tranche d'âge représente plus de 69 % des femmes ayant eu recours à l'avortement, alors que la tranche d'âge des 15-19 ans représente moins de 9 % des femmes ayant eu recours à l'avortement (Commission Nationale d'Évaluation, 2021).

7.1.1.3 Âge gestationnel au moment de l'avortement

La plupart des acteurs professionnels remarquent qu'au fil du temps, les femmes demandant un avortement se présentent à des stades nettement plus précoces de la grossesse. Cette tendance peut s'expliquer par l'efficacité accrue des tests de grossesse, capables de détecter une grossesse quelques jours après le rapport sexuel qui a conduit à la grossesse. Les politiques de prévention et la grande accessibilité des centres d'avortement jouent probablement aussi un rôle dans la demande plus précoce de soutien professionnel concernant les grossesses non désirées.

¹⁷⁴ Un élément manque dans la légende du graphique : les lignes rouge et bleu représentent les femmes de 15 à 19 ans.

Les données chiffrées recueillies par le réseau LUNA donnent un aperçu de l'âge gestationnel auquel les femmes ont obtenu un avortement dans le réseau flamand de cliniques d'avortement. Sur la base de l'expérience de terrain, nous considérons que la conclusion de ces données peut être extrapolée aux centres d'avortement francophones.

Figure 21 Âge de la grossesse (en semaines post-conception) au moment de l'intervention d'avortement (LUNA + VUB-Dilemma)

Âge de la grossesse au moment de l'avortement (réseau LUNA et VUB-Dilemma) (exprimé en semaines post-conception)			
Année 2010			
Semaine de grossesse	Avortements	Pourcentage du total	
2	4	0,07%	42,69%
3	165	2,70%	
4	865	14,15%	
5	1575	25,77%	
6	1387	22,70%	49,30%
7	833	13,63%	
8	481	7,87%	
9	312	5,11%	
10	223	3,65%	8,00%
11	153	2,50%	
12	113	1,85%	
TOTAL	6111	100%	

Année 2019			
Semaine de grossesse	Avortements	Pourcentage du total	
2	28	0,39%	49,40%
3	411	5,78%	
4	1423	20,00%	
5	1653	23,23%	
6	1523	21,41%	44,15%
7	825	11,60%	
8	513	7,21%	
9	280	3,94%	
10	185	2,60%	6,45%
11	149	2,09%	
12	125	1,76%	
TOTAL	7115	100%	

Année 2021			
Semaine de grossesse	Avortements	Pourcentage du total	
2	39	0,59%	53,61%
3	451	6,78%	
4	1394	20,96%	
5	1681	25,28%	
6	1306	19,64%	40,69%
7	795	11,95%	
8	396	5,95%	
9	209	3,14%	
10	184	2,77%	5,70%
11	142	2,14%	
12	53	0,80%	
TOTAL	6650	100%	

L'évolution vers des interruptions de grossesse plus précoces par rapport à l'âge gestationnel est palpable à la lecture de ces tableaux. Entre 2010 et 2019, on observe notamment une diminution de 2,3 % des avortements au cours des semaines 10 à 12 de la grossesse (post-conception) et une augmentation de près de 11 % des avortements au cours des semaines 2 à 5 de la grossesse (post-conception). Cependant, en se concentrant sur l'âge de la grossesse au moment de la procédure d'avortement, ces données ne permettent pas de relever un autre aspect, à savoir que l'âge de la grossesse au moment du premier rendez-vous est nettement plus précoce, comme en témoignent unanimement les professionnels du secteur rencontrés. Pour nuancer ces chiffres, il faut non seulement tenir compte du délai d'attente de 6 jours, mais aussi du fait que les avortements aux premiers stades de la grossesse n'étaient pas considérés comme possibles jusqu'à récemment et qu'il était demandé aux patientes deux semaines d'attente avant de procéder à l'avortement. Pourtant, pour répondre à ce besoin croissant, les centres d'avortement ont développé ces dernières années des protocoles d'interruption de grossesse à des stades très précoces appelés VEMA (pour *Very Early Medical Abortion* ou avortements médicamenteux très précoces).

7.1.2 Gestion et diffusion de l'information

La loi de 2018 réglementant l'avortement supprime toute sanction concernant la publicité sur l'avortement. Cependant, les professionnels du domaine et les membres du groupe de travail soulignent que le manque d'informations centralisées et exhaustives constitue encore un obstacle à l'accès aux soins d'avortement. L'intervention d'Ariane Van den Berghe (*Doc. Parl. Chambre 2018, doc. n° 54 3216/003*), ainsi que d'autres témoignages (Lausberg *et al.*, 2022) indiquent que, bien que les personnes issues de milieux socio-économiques vulnérables soient plus susceptibles d'être en difficulté pour trouver des informations adéquates concernant la santé sexuelle et reproductive, la contraception et les soins liés à l'avortement, ces difficultés peuvent également être présentes chez des femmes plus privilégiées. Cette observation démontre une certaine méconnaissance en matière d'éducation sexuelle et plus particulièrement concernant les possibilités d'obtention de soins contraceptifs et abortifs dans de bonnes conditions. Les informations partielles et éparpillées telles qu'elles existent actuellement, mais aussi la rétention d'informations de la part de certains praticiens, entraînent des demandes d'avortement plus tardives et des interventions pratiquées sur des grossesses plus avancées que nécessaire (Commission Nationale d'Évaluation, 2021; Lausberg *et al.*, 2022).

Sur la base de ces considérations, le groupe de travail et le Comité scientifique recommandent d'organiser les informations relatives à l'avortement comme suit :

- **En ligne**

Actuellement, il est possible de trouver des informations utiles en ligne, notamment sur le portail fédéral Belgium.be, mais l'architecture du site peut être trompeuse. Les informations relatives à l'avortement et à la contraception se trouvent dans la

rubrique « famille », puis « enfants », alors que les questions de santé reproductive ne devraient pas être liées à la famille et pourraient être enregistrées dans la rubrique « santé » existante.

- Le groupe recommande de créer un site web spécifique, moderne et évolutif, au niveau de l'État fédéral, centralisant toutes les informations objectives et concrètes sur l'avortement et les structures disponibles pratiquant des avortements (notamment les centres de planning familial extra-hospitaliers et les centres d'avortement, pratiquant l'avortement avec une convention INAMI).
- Ce site web doit être référencé de manière optimisée sur les moteurs de recherche de manière à apparaître en tête des résultats de la recherche.
- Les sites officiels du ministère de la Santé, de l'INAMI, des hôpitaux, des centres d'avortement et des compagnies de mutualité doivent renvoyer à ce site principal. L'objectif est de garantir une information neutre et complète afin d'orienter les femmes vers des prestataires agréés et d'éviter les erreurs d'orientation et les pertes de temps pour les femmes qui cherchent des informations sur les soins liés à l'avortement.

- **Dans les centres d'avortement :** (voir le point 5.1.3.)

- Une bonne pratique consisterait à avoir à disposition toute une série d'informations détaillées (soutien financier, adoption, violence domestique...) et à ne délivrer que celles dont la patiente a besoin.

- **Dans les hôpitaux :** L'un des problèmes actuels réside dans l'impossibilité d'identifier les gynécologues qui pratiquent ou non l'avortement. Les membres du groupe de travail 1 observent régulièrement que certaines patientes doivent patienter plusieurs semaines avant d'obtenir un rendez-vous avec leur gynécologue habituel pour demander un avortement, pour finalement découvrir que ce médecin ne pratique pas l'avortement. De ce type de scénario résultent des pertes de temps et des avortements pratiqués à un stade de la grossesse plus avancé que nécessaire.

- Cela pourrait être évité si les sites web des hôpitaux avaient l'obligation de renvoyer au site web gouvernemental susmentionné qui centralise les informations sur l'avortement et les prestataires de services d'avortement.

- **Diffuser des informations** sur l'avortement et la contraception, avec une attention particulière pour les groupes les plus vulnérables. Pour ce faire, il semble nécessaire de 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 ainsi que les possibilités de pratiquer et obtenir l'avortement.

7.2 Financement de l'avortement

7.2.1 Formes de financement

En élargissant la perspective, nous pouvons observer que les pays européens proposent plusieurs scénarios de financement des soins liés à l'avortement (Grossman *et al.*, 2016). Le premier scénario est celui du financement intégral : dans cette option, les interventions d'avortement et les soins qui les entourent sont intégralement financés par le gouvernement. Cela peut se faire par le biais de deux systèmes. Dans le premier cas, les soins liés à l'avortement sont gratuits, à condition qu'ils soient pratiqués dans des établissements publics (ou des établissements agréés par le gouvernement). Le système national de santé finance alors directement les établissements et leurs employés. Ce système est actuellement en application en Angleterre ou au Portugal (Audition de Patricia Lohr, Oliveira da Silva, 2009). Il convient de noter qu'un tel système de financement public peut coexister avec des établissements privés qui sont libres de facturer le montant de leur choix aux patients. Un deuxième système consiste à couvrir les coûts des soins liés à l'avortement par des programmes nationaux d'assurance maladie. Selon les pays, il existe deux options principales : soit les systèmes de soins de santé universels (comme en France ou en Islande), où la couverture des soins de santé est intégralement financée par l'impôt, soit l'assurance maladie nationale obligatoire, généralement avec des primes peu élevées et des systèmes participatifs, comme dans le cas de la Belgique ou des Pays-Bas. La patiente est alors remboursée (presque) intégralement des frais d'avortement par l'opérateur d'assurance. En outre, une couverture publique pour les personnes à faibles revenus est souvent observée (comme le statut AMU décrit ci-dessus ou le statut BIM/VIPO/« verhoogde tegemoetkoming »).

Le deuxième scénario est celui du financement partiel : cette option se traduit soit par un financement partiel des établissements publics fournissant des soins relatifs à l'avortement afin de réduire les coûts finaux pour la patiente soit par un financement partiel par l'assurance maladie (ceci, encore une fois, n'exclut pas l'existence de structures privées présentant des coûts plus élevés pour la patiente). Ce dernier point est observé dans les pays où l'assurance maladie nationale obligatoire ne couvre qu'une partie des coûts d'une intervention d'avortement (par exemple en Finlande, au Monténégro, en Suède...). Certains pays font le choix d'une assurance maladie privée obligatoire, avec des primes onéreuses, se rapprochant ainsi d'un système privatisé (la Suisse en est le principal exemple). Il existe dans ce cas toutefois une petite intervention de l'État, qui est plus importante pour les personnes à faible revenu.

Le financement sélectif est une troisième forme principale de financement. Dans le cas d'un financement sélectif, l'avortement n'est couvert que dans des circonstances spécifiques : avortement médical (République tchèque, Lettonie, Macédoine), ou certains profils socio-démographiques des patientes (Albanie, Allemagne, Bulgarie), ou une conception issue de circonstances criminelles, comme le viol (Allemagne).

Le financement sélectif peut également être combiné à un financement partiel pour les autres cas d'avortement. Enfin, le scénario d'absence de financement exprime généralement une position morale fortement opposée à l'avortement. Dans les deux seuls pays européens qui ne financent pas du tout l'avortement (Bosnie-Herzégovine et Serbie), on observe qu'en revanche les soins et services de maternité sont entièrement couverts, ce qui semble indiquer une stratégie nataliste.

La littérature scientifique souligne que le financement intégral de l'avortement, tout comme la légalisation de sa pratique, est une décision allant dans le sens d'une gestion de l'avortement en tant que dispositif de santé publique, considérant que rendre l'avortement sûr, disponible et abordable est d'intérêt commun pour le bien-être général (Hoedemaekers and Oortwijn, 2003; Kaposy, 2009).

7.2.2 Financement de l'avortement en Belgique

7.2.2.1 Structures d'avortement extra-hospitalières :

Les centres de planning familial et les centres d'avortement qui ont une convention INAMI :

Pour le premier rendez-vous avec le ou les intervenants psycho-sociaux et avec le médecin, l'intervention de la mutualité est établie à 213 € (en 2022). Pour la réalisation de l'avortement et pour le rendez-vous de suivi, l'intervention est établie à 316,20 € (en 2022). Ces coûts couvrent les actes techniques, mais aussi les fournitures médicales, les loyers immobiliers, les salaires, etc. La patiente, quant à elle, paie moins de 5 € à condition d'être inscrite auprès d'une caisse mutualiste belge. Si la patiente n'a pas de mutualité, elle doit financer entièrement le coût de l'avortement elle-même ; le montant qu'elle devra payer dépend de la structure où a lieu l'intervention et de la situation personnelle de la patiente.

Structures extra-hospitalières sans convention INAMI

Les établissements extra-hospitaliers qui pratiquent des avortements sans convention INAMI obtiennent une intervention financière pour les frais suivants : la consultation médicale, l'acte de « curetage »¹⁷⁵ et l'échographie (si le médecin est un gynécologue). Le reste doit être payé par la patiente.

7.2.2.2 Hôpitaux :

Les hôpitaux ne sont pas spécifiquement financés pour la partie psycho-sociale des soins liés à l'avortement. Les hôpitaux organisent généralement cette prise en charge avec l'équipe psycho-sociale générale travaillant dans l'hôpital. Pour l'avortement chirurgical, un curetage, une échographie et une hospitalisation de jour sont remboursés ainsi que l'anesthésiste en cas d'anesthésie générale. Pour l'avortement médicamenteux, seules une consultation médicale et une échographie sont remboursées. Le coût financier, pour la société et pour la patiente, des avortements

¹⁷⁵ Qui consiste en un « curetage » par aspiration, et non un curetage instrumental.

à l'hôpital est donc plus élevé. Il est néanmoins difficile de fournir un coût moyen de la prise en charge d'un avortement à l'hôpital, en raison de la diversité des facteurs influençant la facturation : conventionnement ou non du médecin avec la mutuelle, type d'acte médical reporté sur la facture, etc.

7.2.2.3 Accès financier à l'avortement

Deux options ont été retenues par le groupe de travail 1 qui a traité ces questions et le Comité scientifique pour améliorer l'accès financier à l'avortement :

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.

7.3 Ressources humaines

7.3.1 Prestataires de soin pour l'avortement du premier trimestre

7.3.1.1 Manque de professionnels disponibles et formés à la pratique de l'avortement

Une approche centrée sur la patiente nécessite que les professionnels (assistants sociaux, psychologues, médecins) soient bien formés, en nombre suffisant et puissent adapter la prise en charge et le contenu de la discussion à la patiente. Or, le Comité scientifique constate l'actuel manque de personnel (infirmières et médecins) pratiquant l'avortement dans les centres d'avortement et les hôpitaux. Cette situation peut être attribuée à plusieurs facteurs. Les centres d'avortement notent également une difficulté à renouveler les praticiens qualifiés pour l'avortement en cas de rotation du personnel. Ceci semble mettre en lumière un fossé générationnel témoignant du peu d'attrait pour la formation à l'avortement pour les nouveaux médecins.

Plus généralement, les membres du groupe de travail observent des cas où certains gynécologues-obstétriciens, ou parfois des services entiers de gynécologie-obstétrique ou même des hôpitaux, ont décidé de ne pas pratiquer l'avortement, que ce soit pour des raisons philosophiques (objection de conscience) ou pour des raisons pratiques. Dans certaines régions, cela aboutit à la création de « déserts abortifs », obligeant les patientes à se déplacer loin de leur domicile pour de simples interventions d'avortement.

Cette situation entraîne non seulement des barrières géographiques à l'accès aux soins en matière d'avortement, mais aussi des retards importants. En effet, les délais pour obtenir un rendez-vous dans un centre d'avortement peuvent varier de quelques jours à plusieurs semaines, en raison du manque de praticiens (cette situation est particulièrement tangible pendant les périodes de vacances).

Outre ce manque de personnel, dans les hôpitaux où sont pratiqués les avortements, et même lorsque les gynécologues-obstétriciens sont formés et sensibilisés à la question des droits reproductifs liés à l'avortement, il est régulièrement rapporté que d'autres membres de l'équipe (infirmières, anesthésistes, équipes administratives ou de soutien) peuvent ne pas partager cette approche et adresser ouvertement à la patiente des remarques réprobatrices sur l'avortement.

7.3.1.2 Responsabilité en matière de santé publique

Un manque de praticiens disponibles pour la pratique de l'avortement génère des délais dans le processus d'avortement, ce qui pose des questions à la fois éthiques et de santé publique. La législation sur l'avortement est notamment fondée sur une approche gradualiste, selon laquelle la valeur morale attribuée à la vie fœtale augmente avec la durée de la grossesse - ce qui a conduit à établir un âge gestationnel maximal pour l'interruption de grossesse à la demande (voir section 4.2.3. Logique de la valeur graduelle de la vie fœtale). D'un point de vue médical, il est aussi préférable d'opérer des avortements, si possible, à des stades plus précoces de

la grossesse, pour la raison principale que les risques de complications sont alors moindres. En outre, une grossesse plus précoce permet plus de choix dans les techniques d'avortement (médicamenteux ou chirurgical) et dans un plus grand nombre de structures.

Des délais dans l'obtention de l'avortement - qu'il s'agisse du délai obligatoire ou d'un délai dû à un manque de praticiens - peuvent avoir un impact négatif sur la santé et la liberté de choix de la patiente. Assurer une formation qualitative à un nombre suffisant de praticiens peut donc être considéré comme une responsabilité politique orientée vers une politique de santé publique.

Compte tenu de cette situation générale, nous recommandons **qu'un socle commun de connaissances sur l'avortement soit obligatoire pour tout médecin** en faculté de médecine (et pas seulement pour les gynécologues). Cette recommandation s'aligne sur la déclaration de politique gouvernementale 2019 de la Fédération Wallonie-Bruxelles et son intention d'« inclure les techniques d'avortement, la sensibilisation et la formation au travail dans les centres de planning familial dans le programme d'enseignement de la Faculté de médecine. »¹⁷⁶. Ces connaissances de base doivent porter sur l'histoire et les implications sociales de l'avortement, les considérations juridiques, psycho-sociales et de santé publique et les données générales sur l'avortement en Belgique. Une formation spécifique à la pratique de l'avortement et aux différentes méthodes d'intervention est déjà disponible notamment auprès de la Fédération Laïque de Planning Familial et du GACEHPA ou dans le département de médecine de certaines universités.

Une évaluation des besoins en termes de formation et de renouvellement générationnel du personnel qualifié doit être associée aux questions relatives à l'accès social et géographique à l'avortement, notamment dans les régions en Belgique présentant une très faible concentration d'hôpitaux pratiquant des avortements. Les exemples issus d'autres pays en termes de possibles solutions face au manque de praticiens de l'avortement pourraient être étudiés plus avant (à titre d'exemple, les sage-femmes en France sont formées pour pratiquer des techniques d'avortement).

En conclusion et dans l'objectif d'améliorer l'accès et les délais d'obtention d'un avortement, le groupe de travail 1 et le Comité scientifique recommandent 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.

7.3.2 Prestataires de soin pour l'avortement du deuxième trimestre

Bien que les gynécologues/obstétriciens en Belgique n'aient actuellement pas la possibilité de se former spécifiquement aux techniques plus exigeantes des avortements chirurgicaux au cours du deuxième trimestre, ils ont néanmoins acquis l'expérience de la technique de dilatation et évacuation (D&E) pour le deuxième trimestre. La plupart des gynécologues/obstétriciens belges ont également une expérience de l'avortement médicamenteux au cours du deuxième trimestre de la grossesse, en raison de la possibilité actuelle de pratiquer des avortements pour raisons médicales à des stades ultérieurs de la grossesse.

Cependant, la formation aux spécificités techniques des avortements chirurgicaux du deuxième trimestre n'est actuellement pas disponible dans le pays. Le Comité scientifique a discuté de la possibilité pour les médecins généralistes de pratiquer des avortements au cours du deuxième trimestre : si certains membres du Comité scientifique ont exprimé une réticence, d'autres ont souligné que cette possibilité existe dans d'autres pays (Grande-Bretagne et Pays-Bas notamment). Il est à noter que les Pays-Bas ont mis en place une certification pour les praticiens pratiquant des avortements au cours du deuxième trimestre, qui repose sur des conditions d'expérience et de pratique quantitative et qualitative. Certains médecins généralistes, qui ont reçu une formation aux Pays-Bas pour pratiquer des avortements du deuxième trimestre, sont déjà présents en Belgique.

Le Comité conseille que les établissements pratiquant des avortements au cours du deuxième trimestre, dans le cas où ils sont mis en place, engagent des praticiens ayant une expertise et une expérience préexistantes en matière d'avortements du deuxième trimestre. Ceci permettrait une mise en œuvre plus rapide de ces services. Enfin, des moyens pour la formation des praticiens belges devraient être développés, que ce soit dans le pays ou en facilitant la formation à l'étranger.

¹⁷⁶ IVG en Belgique: un an après la nouvelle loi, toujours le même combat, Guide Social [Internet] 2019; Available from: <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/ivg-en-belgique-un-an-apres-la-nouvelle-loi-toujours-le-meme-combat>.

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. 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. 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

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.

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.

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. Etablissements pratiquant l'avortement et leurs missions respectives

Centres d'avortement du premier trimestre

Maintenir les centres d'avortement extra-hospitaliers 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 extra-hospitaliers, 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 psycho-social (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'Evaluation, et, le cas échéant, adaptées.

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 psycho-sociale 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 régleme 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. Enregistrement, collecte de données et rôle de la Commission Nationale d'Évaluation 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 fœtal/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 fœtale 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. 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. 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).

9. Références

Index des tableaux et schémas

41	Figure 1 Roumanie : Avortements, naissances et décès entre 1955 et 19794	217	Figure 13 Nombre de procédures d'avortement pratiquées par âge gestationnel à la Bloemenhovekliniek sur des patientes venant de Belgique
131	Figure 2 Effets sur la mortalité de l'introduction en Roumanie en novembre 1966 d'une loi anti-avortement (ligne rouge), et de la légalisation de l'avortement en décembre 1989 (ligne bleue)	227	Figure 14 Avortements aux Pays-Bas, par pays de résidence et par année
158	Figure 3 Répartition des procédures d'avortement en Belgique, selon le type d'établissement et la province de résidence	236	Figure 15 Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA en raison d'un dépassement de la limite de l'âge gestationnel autorisé
187	Figure 4 Nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales, par an	237	Figure 16 Moyenne 2018-2021 du nombre d'avortements par âge gestationnel aux Pays-Bas , y compris les patients locaux et étrangers.
188	Figure 5 Nombre d'interruptions de grossesse pour raisons médicales au-delà de 12 semaines post-conception, par année	246	Figure 17 Nombre de procédures d'avortement aux Pays-Bas (par pays d'origine, par an)
189	Figure 6 Estimation du nombre d'interruptions de grossesse pour raison médicale, par an (extrapolé à partir des données de la Commission Nationale d'Évaluation et d'EUROCAT).	252	Figure 18 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique et aux Pays-Bas (2002-2019)
191	Figure 7 Nombre d'interruptions de grossesse dans un hôpital de référence, par âge gestationnel (2014-2018).	252	Figure 19 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique par catégorie d'âge (2006-2019) : tableau
194	Figure 8 Affections fœtales pour lesquelles une interruption de grossesse a été pratiquée (2018-2019).	253	Figure 20 Nombre d'interventions d'avortement en Belgique par catégorie d'âge (2006-2019) : graphique
214	Figure 9 Nombre de procédures d'avortement aux Pays-Bas pour les femmes originaires de Belgique (par an)	254	Figure 21 Âge de la grossesse (en semaines post-conception) au moment de l'intervention d'avortement (LUNA + VUB-Dilemma)
214	Figure 10 Patientes redirigées depuis les cliniques LUNA en raison d'un dépassement de la limite d'âge gestationnel		
215	Figure 11 Nombre d'avortements par âge gestationnel aux Pays-Bas, patientes locales et étrangères incluses.		
216	Figure 12 Nombre de procédures d'avortement au cours du deuxième trimestre par âge gestationnel aux Pays-Bas		

Bibliographie

- Ahmed S, Jafri H, Rashid Y, Mason G, Ehsan Y, Ahmed M. Attitudes towards non-invasive prenatal diagnosis among obstetricians in Pakistan, a developing, Islamic country. *Prenatal Diagnosis* 2017;**37**:289–295.
- Aiken A, Lohr P, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2021;**128**:1464–1474.
- Aiken A, Starling JE, Gomperts R, Scott JG, Aiken CE. Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis. *BMJ Sex Reprod Health* 2021;**47**:238–245.
- Althaus FA, Henshaw SK. The Effects of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers. *Family Planning Perspectives* 1994;**26**:228–233. [Wiley, Guttmacher Institute].
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of Antenatal Corticosteroids at 22 Weeks of Gestation—Practice Advisory. 2022; Available from: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/09/use-of-antenatal-corticosteroids-at-22-weeks-of-gestation>.
- Andersson I-M, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy. *PLOS ONE* 2014;**9**:e115957. Public Library of Science.
- Askola H. Dropping the ball or holding the line? Challenges to abortion laws in the Nordic countries. *Women's Studies International Forum* 2018;**66**:25–32.
- Assis MP, Erdman JN. Abortion rights beyond the medico-legal paradigm. *Global Public Health* 2021;**1**–16. Taylor & Francis.
- Attané I, Barbieri M. La démographie de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. *Population (French Edition)* 2009;**64**:7–154. Institut National d'Etudes Démographiques.
- Avanza M. Enterrer les « enfants non-nés ». Restes des IVG et pratiques militantes pro-life en Italie. 2022; Bruxelles, Belgique.
- Avanza M. Plea for an Emic Approach Towards 'Ugly Movements': Lessons from the Divisions within the Italian Pro-Life Movement. *Politics and Governance* 2018;**6**:112–125.
- Azerot M, Etchemendigaray C, Rousseau A, Brûlé A. Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. *La Revue Sage-Femme* 2015;**14**:94–99.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. *Violence Against Women* 2006;**12**:588–604. SAGE Publications Inc.
- Beck R. Self-Conscious Dicta: The Origins of Roe v. Wade's Trimester Framework. *Am J Legal Hist* 2011;**51**:505–530.
- Beernaert M-A, Bosly HD, Clesse C-E, Delannay A, De la Serna I, Sauvage T de, De Valkeneer C, Jurz F, Lugentz F, Magnien P, et al. *Les infractions. : Volume 2. Les infractions contre les personnes*. 2020; Bruxelles : Larcier.
- Belgian Advisory Committee on Bioethics. *Opinion no. 18 of 16 September 2002 on research on human embryos in vitro* [Internet]. 2002;58 Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opinion_18_web_0.pdf.
- Bell EF, Zumbach DK. The tiniest babies: a registry of survivors with birth weight less than 400 grams. *Pediatrics* 2011;**127**:58–61.
- Belliemi CV. Analgesia for fetal pain during prenatal surgery: 10 years of progress. *Pediatric Research* 2021;**89**:1612–1618. Nature Publishing Group.
- Benson Gold R. *The Implications of Defining When a Woman Is Pregnant* [Internet]. 2005; Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gr080207.pdf.
- Berer M. A Critical Appraisal of Laws on Second Trimester Abortion. *Reproductive Health Matters* 2008;**16**:3–13. Taylor & Francis.
- Berer M. Abortion Law and Policy Around the World: in Search of Decriminalization. *Health Hum Rights* 2017;**19**:13–27.
- Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Organ* 2009;**87**:58–63.
- Biggs MA, Brown K, Foster DG. Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. In Rice WS, editor. *PLoS ONE* 2020;**15**:e0226417.

- Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 2017;**74**:169–178.
- Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, Karki A, Sharma J, Abbas DF, Dragoman M, et al. Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13–18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception* 2019; **100**:451–456.
- BMA. Decriminalisation of Abortion: a discussion paper from the BMA. 2017; Available from: <https://www.bma.org.uk/media/1142/bma-paper-on-the-decriminalisation-of-abortion-february-2017.pdf>.
- Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reproductive Health Matters* 2010;**18**:67–89.
- Bonne OB, Rubinoff B, Berry EM. Delayed detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: Two case reports. *International Journal of Eating Disorders* 1996;**20**:423–425.
- Brethouwer R. Hoorzitting Beahuis & Bloemenhovekliniek (Nederland). 2022;
- Brezinka C, Biebl W, Kinzl J, Huter O. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1994;**15**:1–8. Taylor & Francis.
- Brotcorne C, Calomne G. RAPPORT DE LA PREMIÈRE LECTURE. 2017;144.
- Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned Pregnancy in Anorexia Nervosa. *Obstet Gynecol* 2010;**116**:1136–1140.
- Burch RL, Gallup GG. Pregnancy as a Stimulus for Domestic Violence. *Journal of Family Violence* 2004;**19**:243–247.
- Cameron ST, Riddell J, Brown A, Thomson A, Melville C, Flett G, Caird L, Laird G. Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: national audit 2013-2014. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;**21**:183–188. Taylor & Francis Ltd.
- Carnegie A, Roth R. From the Grassroots to the Oireachtas. *Health Hum Rights* 2019;**21**:109–120.
- Casier I. Rechtszekerheid van de arts bij heelkundige ingrepen en euthanasie: Een kwestie van wettelijke voorschriften. *Huisarts nu* 2014;**43**:126–131.
- Casillas A, Bodenmann P, Epiney M, Gétaz L, Irion O, Gaspoz J-M, Wolff H. The Border of Reproductive Control: Undocumented Immigration as a Risk Factor for Unintended Pregnancy in Switzerland. *J Immigrant Minority Health* 2015;**17**:527–534.
- Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, Fanello S. Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2013;**171**:705–709.
- Chung GS, Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists' beliefs about when pregnancy begins. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2012;**206**:132.e1-132.e7.
- Claro M. Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie. *Cahiers du Genre* 2016;**60**:15–37. L'Harmattan: Paris.
- Cohain JS, Buxbaum RE, Mankuta D. Spontaneous first trimester miscarriage rates per woman among parous women with 1 or more pregnancies of 24 weeks or more. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;**17**:437.
- Coke GA, Baschat AA, Mighty HE, Malinow AM. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2004;**13**:287–290.
- Colette M, De Hert P. Waarom individualisering abortus ons niet (helemaal) bekoort. *Juristenkrant* 2018;**20**..
- Colette-Basecqz N, Blaise N. Avortement. In Beernaert M-A, Bosly H, editors. *Les infractions 2011*; Larcier: Bruxelles.
- Comité Consultatif National d'Éthique. *Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse*. [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ccne-ethique.fr/node/386?taxo=0>.
- Commission Nationale d'Évaluation/Nationale Evaluatiecommissie. *Rapport à l'Attention Du Parlement 2018 – 2019/Verslag ten behoeve van het Parlement 2018-2019*. 2021; Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse - Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking: Bruxelles, Belgique.
- Commission Nationale d'Évaluation/Nationale Evaluatiecommissie. *Rapport à l'Attention Du Parlement 2016 – 2017/Verslag ten behoeve van het Parlement 2016-2017*. 2021; Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse - Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking: Bruxelles, Belgique.

- Conti J, Cahill EP. Self-managed abortion. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 2019;**31**:435–440.
- Cook RJ, Dickens BM. Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform. *Hum Rts Q* 2003;**25**:1–59.
- Costa CM. The King versus Aleck Bourne. *Medical Journal of Australia* 2009;**191**:230–231.
- Crowe L, Graham RH, Robson SC, Rankin J. A survey of health professionals' views on acceptable gestational age and termination of pregnancy for fetal anomaly. *European Journal of Medical Genetics* 2018;**61**:493–498.
- David HP, Wright NH. Abortion Legislation: The Romanian Experience. *Studies in Family Planning* 1971;**2**:205–210. [Population Council, Wiley].
- David HP. Born Unwanted: Mental Health Costs and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry* 2011;**81**:184–192.
- De Brouwere V. The Comparative Study of Maternal Mortality over Time: The Role of the Professionalisation of Childbirth. *Social History of Medicine* 2007;**20**:541–562.
- De Clerck J. Le problème de l'avortement. *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1974;**645**:1–28. CRISP: Bruxelles.
- De Keyser K, De Meuter S. Juridische aspecten van de Wet Zwangerschapsafbreking. In Scheys M, editor. *Abortus* 1993; VUBPress: Brussel.
- De Meyer F, De Mulder C. Een nieuw tijdperk voor abortus? Een analyse van het voorstel ter versoepeling van de Belgische abortuswet. *Family & Law* [Internet] 2021; Available from: <https://www.bjutijdschriften.nl/doi/10.5553/FenR/000053>.
- De Meyer F. Abortion law reform in Europe: The 2018 Belgian and Irish Acts on termination of pregnancy. *Medical Law International* 2020;**20**:3–30. SAGE Publications Ltd.
- De Meyer F. Comprehensive Decriminalisation of Abortion: An Analysis of Concept, Arguments and Regulatory Frameworks. *Journal of Law and Medicine* 2021;**4**:1127–1141.
- De Meyer F. Late Termination of Pregnancy in Belgium: Exploring Its Legality and Scope. *European Journal of Health Law* 2020;**27**:9–34.
- De Nauw A. *Inleiding tot het bijzonder strafrecht*. 2010; Wolters Kluwer: Mechelen.
- De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler A, Gerdtts C. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2021;**128**:838–845.
- Decruyenaere M, Evers-Kiebooms G, Boogaerts A, Philippe K, Demyttenaere K, Dom R, Vandenberghe W, Fryns J-P. The complexity of reproductive decision-making in asymptomatic carriers of the Huntington mutation. *Eur J Hum Genet* 2007;**15**:453–462. Nature Publishing Group.
- Dekkers FHW, Go ATJI, Stapersma L, Eggink AJ, Utens EMWJ. Termination of pregnancy for fetal anomalies: Parents' preferences for psychosocial care. *Prenatal Diagnosis* 2019;**39**:575–587.
- Delannay A. Les homicides et lésions corporelles volontaires. *Les infractions* 2010; Larcier: Brussel.
- DeLong H, Eutrope J, Thierry A, Sutter-Dallay A-L, Vulliez L, Gubler V, Saad Saint-Gilles S, Tessier E, Le Foll J, Viaux S, et al. Pregnancy denial: a complex symptom with life context as a trigger? A prospective case-control study*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2022;**129**:485–492.
- Denis M, Rokeghem S van. *Le féminisme est dans la rue: Belgique 1970-1975*. 1992; Politique & Histoire : Diffusion, CRISP: Bruxelles.
- Di Stefano L, Mills C, Watkins A, Wilkinson D. Ectogestation ethics: The implications of artificially extending gestation for viability, newborn resuscitation and abortion. *Bioethics* 2020;**34**:371–384.
- Dierickx A. *Toestemming en strafrecht: een strafrechtsdogmatische analyse van de toestemming en de strafrechtelijke bescherming van lijf en leven*. 2006; Intersentia: Antwerp.
- Dijk P van, Hoof F van, Rijn A van, Zwaak L, editors. Right to Life. *Theory and practice of the European Convention on Human Rights* 2018; p. 353–380. Intersentia: Cambridge ; Antwerp ; Portland.
- Dombrecht L, Deliens L, Chambaere K, Baes S, Cools F, Goossens L, Naulaers G, Roets E, Piette V, Cohen J, et al. Neonatologists and neonatal nurses have positive attitudes towards perinatal end-of-life decisions, a nationwide survey. *Acta Paediatrica* 2020;**109**:494–504.
- Domellöf M, Jonsson B. The Swedish Approach to Management of Extreme Prematurity at the Borderline of Viability: A Historical and Ethical Perspective. *Pediatrics* 2018;**142**:S533–S538.

- Dommergues M, Mandelbrot L, Mahieu-Caputo D, Boudjema N, Durand-Zaleski I, Foetale and the IG-C de médecine. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? *Prenatal Diagnosis* 2010;**30**:531–539.
- Donnay F, Bregentzer A, Leemans P, Verougstraete A, Vekemans M. Safe Abortions in an Illegal Context: Perceptions from Service Providers in Belgium. *Studies in Family Planning* 1993;**24**:150–162. [Population Council, Wiley].
- Dreux S, Olivier C, Dupont J-M, Leporrier N, Group S, Oury J-F, Muller F. Maternal serum screening in cases of mosaic and translocation Down syndrome. *Prenatal Diagnosis* 2008;**28**:699–703.
- Dugas C, Slane VH. Miscarriage. *StatPearls* [Internet] 2022; StatPearls Publishing: Treasure Island (FL) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>.
- Dupâquier J. Problèmes démographiques de la France napoléonienne. *Annales historiques de la Révolution française* 1970;9–29.
- Eades L. Social realities, biological realities: The 24-week foetus in contemporary English abortion activism. *Women's Studies International Forum* 2019;**74**:20–26.
- Ecker JL, Kaimal A, Mercer BM, Blackwell SC, deRegnier RAO, Farrell RM, Grobman WA, Resnik JL, Sciscione AC. Periviable Birth. *Obstetric Care Consensus - American College of Obstetricians and Gynecologists* [Internet] 2017;130:.
- Edling A, Lindström L, Bergman E. Second trimester induced abortions due to fetal anomalies—a population-based study of diagnoses, examinations and clinical management. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2021;**100**:2202–2208.
- Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception* 2022;**109**:8–18.
- Erdman JN, Cook RJ. Decriminalization of abortion – A human rights imperative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;**62**:11–24.
- Erdman JN. Procedural abortion rights: Ireland and the European Court of Human Rights. *Reproductive Health Matters* 2014;**22**:22–30.
- Erdman JN. Theorizing Time in Abortion Law and Human Rights. *Health Hum Rights* 2017;**19**:29–40.
- ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. *Human Reproduction* 2017;**32**:1160–1169.
- Evans MI, Sobiecki MA, Krivchenia EL, Duquette DA, Drugan A, Hume Jr. RF, Johnson MP. Parental decisions to terminate/continue following abnormal cytogenetic prenatal diagnosis: “What” is still more important than “when.” *American Journal of Medical Genetics* 1996;**61**:353–355.
- Falsaperla R, Collotta AD, Spatuzza M, Familiari M, Vitaliti G, Ruggieri M. Evidences of emerging pain consciousness during prenatal development: a narrative review. *Neurol Sci* 2022;**43**:3523–3532.
- Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;**63**:2–12.
- Fearn NE. Decriminalization. In Arrigo BA, editor. *Encyclopedia of Criminal Justice Ethics* 2014; p. 246–248. SAGE Publications, Inc: Los Angeles.
- Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception* 2006;**74**:334–344.
- Fligitter P, Glorie C, Melsens S. *Note d'intention : accès à l'interruption volontaire de grossesse et à l'aide médicale urgente pour les femmes sans accès aux soins en Belgique*. 2022;22. Médecins du Monde Belgique: Bruxelles.
- Foster DG, Gould H, Taylor J, Weitz TA. Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspect Sex Reprod Health* 2012;**44**:117–124.
- Foster DG, Steinberg JR, Roberts SCM, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychological Medicine* 2015;**45**:2073–2082. Cambridge University Press.
- Garré P. The New Abortion Law in Belgium Leads to a Virtually Full Right to the Termination of Pregnancy in the First 12 Weeks. *International Journal of Philosophy* 2021;**9**:246. Science Publishing Group.
- Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.g.l. L. Emergency contraception—mechanisms of action. *Contraception* 2013;**87**:300–308.
- Genicot G. *Droit médical et biomédical*. 2010; Larcier: Brussel.
- Gerds C, DeZordo S, Mishtal J, Barr-Walker J, Lohr PA. Experiences of women who travel to England for abortions: an exploratory pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;**21**:401–407. Taylor & Francis Ltd.

- Gijbels J, Vanderpelen-Diagre C. Statut du fœtus: un désaccord séculaire. *Espace de libertés* 2020;50–53.
- Gitsels-van der Wal JT, Manniën J, Ghaly MM, Verhoeven PS, Hutton EK, Reinders HS. The role of religion in decision-making on antenatal screening of congenital anomalies: A qualitative study amongst Muslim Turkish origin immigrants. *Midwifery* 2014;30:297–302.
- Glander S, Moore M, Michielutte R, Parsons L. The Prevalence of Domestic Violence Among Women Seeking Abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1998;91:1002–1006.
- Goemaes R, Fomenko E, Laubach M, De Coen K, Roelens K, Bogaerts A. *Perinatale gezondheid in Vlaanderen. Jaar 2021*. 2022; Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie: Brussel.
- Goenee MS, Donker GA, Picavet C, Wijzen C. Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice* 2014;31:7.
- Greasley K. Abortion and regret. *Journal of Medical Ethics* 2012;38:705–711. Institute of Medical Ethics.
- Greasley K. Selective Abortion: Sex and Disability. 2017 ; disponible sur <https://academic.oup.com/book/25999/chapter/193858366>.
- Great Britain: Parliament: House of Commons: *Science and Technology Committee. Scientific developments relating to the Abortion Act 1967: twelfth report of session 2006-07, Vol. 1: Report, together with formal minutes* [Internet]. 2007; The Stationery Office Available from: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsctech/1045/1045i.pdf>.
- Grobet M, Capelle X, Willems T, Triffaux JM, Gaspard U, Kridelka F. «Je ne suis pas enceinte !» A propos du déni de grossesse.... *Rev Med Liege* 2020;75:484–488. Liege : Hopital De Baviere.
- Grossman D, Grindlay K, Burns B. Public funding for abortion where broadly legal. *Contraception* 2016;94:453–460.
- Gubin E, Jacques C, editors. *Encyclopédie d'histoire des femmes: Belgique, XIXe-XXe siècles*. 2018; Racine: Bruxelles.
- Guilbaud L, Maurice P, Dhombres F, Maisonneuve É, Rigouzzo A, Darras A-M, Jouannic J-M. [Feticide procedures in second and third trimesters terminations of pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2020;48:687–692.

- Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population* 2018;73:225–322.
- Guillaumin C. *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature*. 2016; Éditions iXe: Donnemarie-Dontilly.
- Hachez I. Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux une irréversibilité relative. 2008 ; Bruylant.
- Haidar H, Vanstone M, Laberge A-M, Bibeau G, Ghulmiyyah L, Ravitsky V. Cross-cultural perspectives on decision making regarding noninvasive prenatal testing: A comparative study of Lebanon and Quebec. *AJOB Empirical Bioethics* 2018;9:99–111. Taylor & Francis.
- Han L, Rodriguez MI, Caughey AB. Blurred Lines: Disentangling the Concept of Fetal Viability from Abortion Law. *Womens Health Issues* 2018;28:287–288. Elsevier.
- Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel- Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016;48:169–177.
- Harries J, Constant D. Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;62:79–89.
- Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Womens Health* 2014;14:76.
- Hennette-Vauchez S, Roman D, Slama S. Pourquoi et comment constitutionnaliser le droit à l'avortement. *La Revue des droits humains Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux* [Internet] 2022; Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF) Available from: <http://journals.openedition.org/revdh/14979>.
- Henshaw SK. Induced Abortion—A World Review. In Landy U, Ratnam SS, editors. *Prevention and Treatment of Contraceptive Failure (In Honor of Christopher Tietze)* [Internet] 1986;, p. 17–20. New York, NY Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4684-5248-8>.
- Héritier F. *Masculin/féminin*. 1996; O. Jacob: Paris.
- Hodgson J, McClaren BJ. Parental experiences after prenatal diagnosis of fetal abnormality. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2018;23:150–154.

- Hoedemaekers R, Oortwijn W. Problematic Notions in Dutch Health Care Package Decisions. *Health Care Analysis* 2003;**11**:287–294.
- Hoet P. Sluit een tuchtrechtelijke vervolging een navolgende strafrechtelijke vervolging uit? *RABG* 2015;**2015**:44–53. Larcier.
- Holten L, Goeij E de, Kleiverda G. Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters* 2021;**29**:162–179. Taylor & Francis.
- House of Commons Select Committee on *Science and Technology*. *Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967*. 2007;
- Hughes J. *Perfectly Legal, but Still Bad: Lessons for Sex Work from the Decriminalization of Abortion* [Internet]. 2017; Rochester, NY Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3044546>.
- Huygens A. Late zwangerschapsafbreking en aansprakelijkheid voor ongewenst bestaan. *TGZ* 2011;**3**:212–229. Wolters Kluwer.
- Ingham R, Lee E, Clements SJ, Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters* 2008;**16**:18–29.
- Jaarrapportage 2018 Wet afbreking zwangerschap 2019;45. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.: Utrecht.
- Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap 2022;22. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims* 2013;**28**:359–380. Springer Publishing Company: New York, United States.
- Janiak E, Kawachi I, Goldberg A, Gottlieb B. Abortion barriers and perceptions of gestational age among women seeking abortion care in the latter half of the second trimester. *Contraception* 2014;**89**:322–327.
- Järholm S, Broberg M, Thurin-Kjellberg A. The choice of Pre-implantation Genetic Diagnosis (PGD), a qualitative study among men and women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014;**32**:57–69. Routledge.
- Järholm S. “It is better to have tried, no matter what”: Psychological perspectives on pre-implantation genetic diagnosis (PGD). 2017; Göteborgs universitet: Gothenburg Available from: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51960>.
- Jarvis GE. Early embryo mortality in natural human reproduction: What the data say. *F1000Res* 2017;**5**:2765.
- Jasinski JL. Pregnancy and Domestic Violence: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse* 2004;**5**:47–64. SAGE Publications.
- Johnson BR, Keogh L, Norman WV. What Would Be the Likely Impact of Decriminalisation on the Incidence, Timing, Provision, and Safety of Abortion. In Sheldon S, Wellings K, editors. *Decriminalising abortion in the UK: what would it mean?* 2020; p. 112–114.
- Jooken K, Sermeus G. Enquete over abortus. Vrouwen willen wachttijd uit de wet. *Test Gezondheid* [Internet] 2002; Available from: <https://vlirtenant.sharepoint.com/sites/WG1ZWAIVG2/Gedeelde%20documenten/General/Literature/Test%20Gezondheid%202002%20Vrouwen%20willen%20wachttijd%20uit%20de%20wet.pdf>.
- Joyce TJ, Henshaw SK, Dennis A, Finer LB, Blanchard K. The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review. *Guttmacher Institute* 2009;24.
- Kalish RB, Chasen ST, Rosenzweig LB, Rashbaum WK, Chervenak FA. Impact of midtrimester dilation and evacuation on subsequent pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;**187**:882–885.
- Kaposy C. The public funding of abortion in Canada: going beyond the concept of medical necessity. *Med Health Care and Philos* 2009;**12**:301–311.
- Karasek D, Roberts SCM, Weitz TA. Abortion Patients' Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona's Two-visit 24-hour Mandatory Waiting Period Law. *Women's Health Issues* 2016;**26**:60–66.
- Kavanagh A, Wielding S, Cochrane R, Sim J, Johnstone A, Cameron S. 'Abortion' or 'termination of pregnancy'? Views from abortion care providers in Scotland, UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2018;**44**:122–127.
- Keogh J, Sinn J, Hollebhone K, Bajuk B, Fischer W, Lui K, Committee the CWO. Delivery in the 'grey zone': Collaborative approach to extremely preterm birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;**47**:273–278.
- Keogh LA, Newton D, Bayly C, McNamee K, Hardiman A, Webster A, Bismark M. Intended and unintended consequences of abortion law reform: perspectives of abortion experts in Victoria, Australia. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017;**43**:18–24. British Medical Journal Publishing Group.

- Kiley JW, Yee LM, Niemi CM, Feinglass JM, Simon MA. Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception* 2010b;81:446–451.
- Korenromp M. Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies. 2006; University Utrecht: Utrecht.
- Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, Bout J van den, Mulder EJH, Visser GHA. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;201:160.e1-160.e7.
- Kuhar R, Paternotte D, editors. *Anti-gender campaigns in Europe: mobilizing against equality*. 2017; Rowman & Littlefield International, Ltd: London ; New York.
- Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping* 2017;30:536–550. Routledge.
- Lagercrantz H. The emergence of consciousness: Science and ethics. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014;19:300–305.
- Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991;61:510–522.
- Lausberg S, Bolssens J, Gardiol D. 12 semaines, et après? *Témoignages sur les demandes d'IVG hors du délai légal en Belgique*. 2022;81. Centre d'Action Laïque: Bruxelles.
- Lee E, Ingham R. Why do women present late for induced abortion? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010;24:479–489.
- Leleu Y-H, Langenaken E. Quel statut pour l'embryon et le fœtus dans le champ juridique belge? *Journal des Tribunaux* 2002; Maison Ferdinand Larcier S.A, Bruxelles, Belgium.
- Lerma K, Blumenthal PD. Current and potential methods for second trimester abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;63:24–36.
- Linders A. Abortion as a Social Problem: The Construction of Opposite Solutions in Sweden and the United States Comparing Social Issues. *Soc Probs* 1998;45:488–509.
- Lindo JM, Pineda-Torres M. New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion. *Journal of Health Economics* 2021;80:102533.
- Loeber O, Wijzen C. Factors Influencing the Percentage of Second Trimester Abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters* 2008;16:30–36. Taylor & Francis.
- Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD006714.
- Lohr PA. Surgical Abortion in the Second Trimester. *Reproductive Health Matters* 2008;16:151–161.
- Londras F de, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health* 2022;22:1232.
- Lupfer M, Silber BG. How patients view mandatory waiting periods for abortion. *Fam Plann Perspect* 1981;13:75–79.
- Marques-Pereira B, Raes F. *Les droits reproductifs comme droits humains: une perspective internationale* [Internet]. *Corps de femmes* [Internet] 2002;19–38. De Boeck Supérieur. Available from: <http://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-page-19.htm>.
- Marques-Pereira B. *L'avortement dans l'Union européenne: acteurs, enjeux et discours*. 2021; CRISP: Bruxelles.
- Marques-Pereira B. L'interruption volontaire de grossesse : de l'interdit pénal à la parenté responsable. *Corps de femmes* [Internet] 2002; p. 159–173. De Boeck Supérieur: Louvain-la-Neuve. Available from: <https://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-p-159.htm>.
- Marques-Pereira B. *L'avortement dans l'Union européenne : acteurs, enjeux et discours*. [Internet]. 2021 ; Bruxelles : CRISP disponible sur <http://lib.ugent.be/catalog/rug01:002961710>.
- Marta I. Critique des conditions donnant accès à l'interruption de grossesse par rapport à la question de la temporalité. 2020;
- Mathieu N-C. *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe*. 2013; Éd. iXe: Donnamarie-Dontilly.
- McCoyd JLM. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007;28:37–48. Taylor & Francis.

- Medoff M. The Impact of State Abortion Policy on the Price of an Abortion. *Behav Soc Iss* 2015;24:56–67.
- Meganck B. Opzettelijk doden en opzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel. In X, editor. *Postal memorialis Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten* 2013; Wolters Kluwer: Mechelen.
- Melani P. En avoir ou pas (des enfants). Les Russes face à la planification familiale. *Informations sociales* 2005;124:90–97. Caisse nationale d’allocations familiales: Paris.
- Mentula MJ, Niinimäki M, Suhonen S, Hemminki E, Gissler M, Heikinheimo O. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010;203:107.e1-107.e7.
- Mesnil M. Variations autour de la constitutionnalisation du droit à l’IVG. *La Semaine Juridique* 2022 ;48.
- Miller S, Wherry LR, Foster DG. What Happens after an Abortion Denial? A Review of Results from the Turnaway Study. *AEA Papers and Proceedings* 2020;110:226–230.
- Minkenbergh M. The policy impact of church–state relations: family policy and abortion in Britain, France, and Germany. *West European Politics* 2003;26:195–217.
- Mishtal J. Reproductive Governance in the New Europe: Competing Visions of Morality, Sovereignty and Supranational Policy. *Anthropological Journal of European Cultures* 2014;23:59–76. Berghahn Books, Inc.: New York, United States.
- Moerenhout T, Fischer GS, Saelaert M, Sutter AD, Provoost V, Devisch I. Primary Care Physicians’ Perspectives on the Ethical Impact of the Electronic Medical Record. *J Am Board Fam Med* 2020;33:106–117. American Board of Family Medicine.
- Moreau C, Shankar M, Glasier A, Cameron S, Gemzell-Danielsson K. Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ Sex Reprod Health* 2021;47:e14–e14. British Medical Journal Publishing Group.
- Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women’s choice. *Contraception* 2011;84:224–229.
- Muresan C. L’évolution démographique en Roumanie : tendances passées (1948-1994) et perspectives d’avenir (1995-2030). *Population* 1996;51:813–844. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS.
- Myers CK. Cooling Off or Burdened? The Effects of Mandatory Waiting Periods on Abortions and Births. *SSRN Electronic Journal* [Internet] 2021; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3865459>.
- National Institute for Health Care Excellence. *Abortion care. NICE guideline* [Internet]. 2019;72. NICE: Manchester Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>.
- Nelen V, Thys G, Coene M, Hermans A, Jacobs V, Den Hond E, Jacquemyn Y, Mulder T, Ende J van den. *Registratie van aangeboren afwijkinge. EUROCAT Prpvincie Antwerpen. Rapport 1989 – 2016* [Internet]. 2022;54. Provinciaal Instituut voor Hygiëne - Antwerpen ; EUROCAT: Antwerpen Available from: https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dlm/pih/Eurocat%20rapport%202020_finaal_tg.pdf.
- New Zealand, Law Commission. *Alternative approaches to abortion law: ministerial briefing paper*. [Internet]. 2018; Available from: <https://lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/Law%20Commission%20-%20ALR%20Ministerial%20Briefing%20Paper%20-%20FINAL.pdf>.
- Ngai SW, Tang OS, Lao T, Ho PC, Ma HK. Pregnancy: Oral misoprostol versus placebo for cervical dilatation before vacuum aspiration in first trimester pregnancy. *Human Reproduction* 1995;10:1220–1222.
- Nys H. De wet zwangerschapsafbreking: een terugblik en evaluatie vanuit juridisch perspectief. In Bodifee G, Schotsmans P, Nys H, editors. *Abortus na de wet* 1995; Davidsfonds: Leuven.
- Nys H. *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. 2016; Kluwer: Mechelen.
- Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2009;14:245–248. Taylor & Francis.
- Opgenhaffen T. *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. 2020; Intersentia.
- Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013;120:3–9.
- Pavard B. Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l’avortement et de la contraception : Pratique des avortements (1973-1979). *Clio Femmes, genre, histoire* 2009;79–96.
- Pennings G. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics* 2002;28:337–341. Institute of Medical Ethics.

Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. 'Accessibility and Availability of Abortion in six European countries. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* 2005;**10**:51–58.

Piret J. Avortement. *RPDB* 1964;Complément I: Bruylant: Brussel.

Ploem MC, Krol E, Asscher ECA, Floor T, Woestenburg NOM, Vathorst S van de, Gevers JKM, Winter HB. *Evaluatie: Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen*. 2022;199. ZonMw: Den Haag.

Ploem MC, Krol E, Floor T, Legemaate J, Gevers JKM, Winter HB. *Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. 2020; ZonMw: Den Haag.

Pryde PG, Drugan A, Johnson MP, Isada NB, Evans MI. Prenatal Diagnosis: Choices Women Make About Pursuing Testing and Acting on Abnormal Results. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1993;**36**:496.

Purcell C, Brown A, Melville C, McDaid LM. Women's embodied experiences of second trimester medical abortion. *Feminism & Psychology* 2017;**27**:163–185. SAGE Publications Ltd.

Rahman A, Katzive L. Central and Eastern Europe: Recent Trends in Abortion Law Legal and Ethical Aspects of Abortion. *Medicine and Law* 1999;**18**:373–388.

Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception* 2017;**95**:269–278.

Raymond EG, Grimes DA. The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2012;**119**:215–219.

Raymond EG, Grossman D, Weaver MA, Toti S, Winikoff B. Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception* 2014;**90**:476–479.

Regeling van de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2015, kenmerk 885614-145412-PG, houdende instelling van een commissie voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen 2015; Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037570/2018-08-01>.

Requejo MT. The New Regulation of Abortion in Spain. *Eur J Health L* 2011;**18**:397–412.

Rhoden NK. Trimesters and Technology: Revamping Roe v. Wade. *The Yale Law Journal* 1986;**95**:639–697. The Yale Law Journal Company, Inc.

Rigaux M, Trousse P-E. *Les crimes et les délits du code pénal*. 1968; Bruylant: Brussel.

Roberts SCM, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016;**48**:179–187.

Robertson J. Abortion and Technology: Sonograms, Fetal Pain, Viability, and Early Prenatal Diagnosis. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law* 2011a;**14**:327-390.

Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, Gould H, Neuhaus J, Foster DG. Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. *PLOS ONE* 2015;**10**:e0128832. Public Library of Science.

Rocca CH, Samari G, Foster DG, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine* 2020;**248**:112704.

Roegiers L. Prendre le temps. *Périnatalité* 2019;**11**:63–65. Lavoisier: Cachan.

Roets E, Dierickx S, Deliëns L, Chambaere K, Dombrecht L, Roelens K, Beernaert K. Healthcare professionals' attitudes towards termination of pregnancy at viable stage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2021;**100**:74–83.

Rowlands S, Thomas K. Mandatory Waiting Periods Before Abortion and Sterilization: Theory and Practice. *Int J Womens Health* 2020;**12**:577–586.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal Awareness Evidence Review. 2022; Available from: <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Best practice in abortion care*. 2022;23. Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. 2011;145. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: London.

RTBF. Comment le coronavirus affecte les avortements. 2020; Available from: <https://www.rtbef.be/article/comment-le-coronavirus-affecte-les-avortements-10468457>.

Ruault L. Emotions and embodiment as feminist practice in the free abortion movement in France (1972–1984). *European Journal of Women's Studies* 2021;**28**:320–336. SAGE Publications Ltd.

- Rubin G. *Surveiller et jouir: anthropologie politique du sexe*. In Mesli R, editor. 2010; Epel: Paris.
- Rutman D, Callahan M, Lundquist A, Jackson S, Field B. Intoxicants et grossesse: la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci. 2022;
- Salomons T v., Iannetti GD. Fetal pain and its relevance to abortion policy. *Nature Neuroscience* 2022;**25**:1396–1398. Nature Publishing Group.
- Scholten BL, Page-Christiaens GCML, Franx A, Hukkelhoven CWPM, Koster MPH. The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2013;**3**:e002803. British Medical Journal Publishing Group.
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdt C, Tunçalp Ö, Johnson BR, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet* 2016;**388**:258–267.
- Shaffer BL, Caughey AB, Norton ME. Variation in the decision to terminate pregnancy in the setting of fetal aneuploidy. *Prenatal Diagnosis* 2006;**26**:667–671.
- Shah IH, Åhman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters* 2012;**20**:169–173. Taylor & Francis.
- Shaw D, Norman WV. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;**62**:49–62.
- Sheldon S, Davis G, O'Neill J, Parker C. The Abortion Act (1967): a biography. *Legal stud* 2019;**39**:18–35.
- Sheldon S, Wellings K. *Decriminalising abortion in the UK: what would it mean?* 2020; Policy Press: Bristol.
- Sheldon S. Abortion law reform in Victoria: lessons for the UK. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2017;**43**:25–25.
- Sheldon S. The Decriminalisation of Abortion: An Argument for Modernisation. *Oxford Journal of Legal Studies* 2016 ;**36**:334–365.
- Siegel R. Sex Equality Arguments for Reproductive Rights: Their Critical Basis and Evolving Constitutional Expression. *Faculty Scholarship Series* [Internet] 2007 ; disponible sur <https://openyls.law.yale.edu/handle/20.500.13051/330>.
- Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société* 2002;**26**:105–126. Médecine & Hygiène: Genève.
- Sisson G, Ralph L, Gould H, Foster DG. Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion. *Women's Health Issues* 2017;**27**:136–144.
- Smith A. Beyond Pro-Choice versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice. *NWSA Journal* 2005;**17**:119–140. The Johns Hopkins University Press.
- Smith SK, Sousa MS, Essink-Bot M-L, Halliday J, Peate M, Fransen M. Socioeconomic Differences in Informed Decisions About Down Syndrome Screening: A Systematic Review and Research Agenda. *Journal of Health Communication* 2016;**21**:868–907. Taylor & Francis.
- Society For Maternal-Fetal Medicine, Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists, U.S. Association For The Study Of Pain, 27 Scientific And Medical Experts. Amicus brief in support of respondents in Dobbs v. Jackson Women's Health Organization. 2021;
- Soudais B. L'avortement "criminel" en Seine inférieure de 1830 à 1940: moeurs, sexualité et biopolitique à travers les archives judiciaires. 2016; Université de Rouen.
- Stenvoll D. Norwegian politics of abortion: Perspectives, arguments, and values. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2002;**4**:287–304.
- Sung SI, Ahn SY, Yoo HS, Chang YS, Park WS. The Youngest Survivor with Gestational Age of 215/7 Weeks. *J Korean Med Sci* [Internet] 2017;**33**.
- Swennen F. De Meerderjarige Beschermde Personen (Deel II). *RWE* 2013;**77**:602–624. Intersentia.
- Swennen F. Juridische grondslagen voor de strafrechtelijke immuniteit van de geneesheer, i.h.b. de vereiste van het therapeutisch oogmerk. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 1997;**3**–21.
- Tabet P. *La grande arnaque: sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. 2004; L'Harmattan: Paris Budapest Rorino.
- Tack S, Balthazar T. Wettelijk kader voor instellingsbeleid inzake medische beslissingen aan het levenseinde. *Palliatieve zorg en euthanasie in België : evaluatie van de praktijk en de wetten* [Internet] 2011; , p. 61–90. Academic and Scientific Publishers (ASP) Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-1121982>.

- Tack S. *Het ethische beleid in zorginstellingen: rechtspositie van de beheerder, de arts, de patiënt en de overheid bij medische beslissingen rond het levenseinde*. 2013; Intersentia: Antwerpen.
- Thill B. Fetal Pain in the First Trimester. *Linacre Q* 2022;**89**:73–100. SAGE Publications Inc.
- Thomson JJ. A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1971;**1**:8.
- Tinglöp S, Högberg U, Lundell IW, Svanberg AS. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015;**6**:50–53.
- Van Assche K. Geoorloofdheid van en informatieplicht over late zwangerschap-safbreking. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 2017;**2**:114–121.
- Van de Velde S, Van Eekert N, Van Assche K, Sommerland N, Wouters E. Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2019;**51**:175–183.
- Van Look M. Abortus provocatus. Juridische status questionis en perspectieven. *TPR* 1974;
- Vandamme J. The decision to have an abortion in Flanders : a contextual approach. 2017; Ghent University Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8520620>.
- Vansweevelt T, De Meyer F, Van Assche K. De Abortuswet 2018: over symbolische verbeteringen en openstaande knelpunten. *TGZ* 2018;**2018**:220–233. Wolters Kluwer.
- Vansweevelt T. Abortus. In Vansweevelt T, Dewallens F, editors. *Handboek Gezondheidsrecht Volume II* 2022; Intersentia: Antwerpen.
- Velaers J. De Grondwet: Het federale België, het grondgebied, de grondrechten (artikel 1-32). *De Grondwet - Een artikelsgewijze commentaar Deel I - Het federale België, het grondgebied, de grondrechten* [Internet] 2019;; p. 53–652. die Keure / la Charte: Brugge Available from: <https://www.jurisquare.be/en/book/9789048635276/de-grondwet-het-federale-belgie-het-grondgebied-de-grondrechten-artikel-1-32/>.
- Veys MN. Abortus bij minderjarige en wilsonbekwame patiënten. De rol van de Wet Patiëntenrechten en de noodtoestand. 2007;**3**..
- Victorian Law Reform Commission, editor. *Law of abortion: final report 15*. 2008; Victorian Law Reform Commission: Melbourne, Vic.
- Villers S. *L'avortement et la justice, une répression illusoire ? : Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)* [Internet]. *L'avortement et la justice, une répression illusoire ? : Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)* [Internet] 2013; Presses universitaires de Louvain: Louvain-la-Neuve Available from: <http://books.openedition.org/pucl/769>.
- Visser MRM, Janssen AJGM, Enschede M, Willems AFMN, Braake ThAM te, Harmsen K, Smets EMA, Haes JCJM de, Gevers JKM. *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. 2005;**318**. ZonMw: Den Haag.
- Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Aanbeveling "Late zwangerschapsafbreking voor ernstige medische condities"*. 2020;**14**. VVOG: Sint-Niklaas.
- Warren MA. On the moral and legal status of abortion. *Monist* 1973;**57**:43–61.
- Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy—characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007;**86**:542–546.
- WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;**56**:247–253.
- Wicks E. A, B, C v Ireland: Abortion Law under the European Convention on Human Rights. *Human Rights Law Review* 2011;**11**:556–566. Oxford Academic.
- Wilkinson D, Crespigny L de, Xafis V. Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2014;**19**:306–311.
- Woodcock S. Abortion Counselling and the Informed Consent Dilemma. *Bioethics* 2011;**25**:495–504.
- World Health Organization. *Abortion care guideline* [Internet]. 2022; World Health Organization: Geneva Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361935>.
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. *Reproductive Health Matters* 2012;**20**:205–207.
- Zampas C, Gher JM. Abortion as a Human Right—International and Regional Standards. *Human Rights Law Review* 2008;**8**:249–294. Oxford Academic.

Liste des annexes

Voir document d'annexes séparé

- Annexe I : liste de questions adressées par les représentants de la majorité Vivaldi au Comité scientifique
- Annexe II : Composition du Comité scientifique et des groupes de travail
- Annexe III : Comptes-rendus des auditions d'experts et de représentants du terrain
- Annexe IV : Rapports finaux des groupes de travail
- Annexe V : « Les valeurs d'autonomie, d'égalité et de justice reproductive », par Guy Lebeer et Florence Caeymaex