

Réunion commune de la
commission de la Justice et de la
commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 18 AVRIL 2023

Matin

Gemeenschappelijke vergadering
van de commissie voor Justitie en
de commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 18 APRIL 2023

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.11 uur en voorjopezeten door mevrouw Kristien Van Vaerenbergh en de heer Thierry Warmoes.

La réunion publique de la commission est ouverte à 10 h 11 et présidée par Mme Kristien Van Vaerenbergh et M. Thierry Warmoes.

[01] Le rapport d'experts du comité scientifique multidisciplinaire chargé d'évaluer la législation en matière d'avortement: audition de M. Yvon Englert (ULB), coprésident, Mme Kristien Roelens (UGent), coprésidente, Mme Anne Verougstraete (VUB), MM. Patrick Emonts (ULg), Martin Hiele (KULeuven) et Luc Roegiers (UCL), membres, et Mme Aurelie Aromatario, collaboratrice scientifique, du comité scientifique multidisciplinaire

[01] Het expertenverslag van het multidisciplinair wetenschappelijk comité voor de evaluatie van de abortuswetgeving: hoorzitting met de heer Yvon Englert (ULB), covoorzitter, mevrouw roen Roelens (UGent), covoorzitster, mevrouw Anne Verougstraete (VUB), de heren Patrick Emonts (ULg), Martin Hiele (KULeuven) en Luc Roegiers (UCL), leden, en mevrouw Aurelie Aromatario, wetenschappelijk medewerkster, van het multidisciplinair wetenschappelijk comité

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: Zoals aangekondigd, bespreken wij vandaag het expertenverslag van het interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking. Er zijn vandaag heel wat sprekers uitgenodigd voor de hoorzitting: de heer Yvon Englert van de ULB en mevrouw Kristien Roelens van de UGent, allebei covoorzitters, mevrouw Anne Verougstraete van de VUB, de heren Patrick Emonts van de ULg, Martin Hiele van de KUL en Luc Roegiers van de UCL en mevrouw Aurélie Aromatario, wetenschappelijk medewerkster.

Wij zullen van de vergadering een beknopt en een integraal verslag opmaken.

Ik zal eerst het woord geven aan de sprekers en nadien is er uiteraard mogelijkheid tot debat. Wij zullen werken in de volgorde van de grootte van de fracties, met een spreker per fractie. Wij moeten de vergadering vandaag beëindigen om 14 uur. De experts zullen eerst gedurende een veertigtal minuten het woord nemen.

Ik zal de vergadering voorzitten samen met collega Warmoes, voorzitter van de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen.

Thierry Warmoes, président: Je suis heureux, en tant que président de la commission de la Santé, de pouvoir coprésider cette séance. Comme vous le savez, la question de l'avortement et de l'interruption de grossesse est à cheval entre la Justice et la Santé. Il a été convenu en début de législature que le travail législatif à ce sujet se ferait en commission de la Justice, mais je suis heureux d'accueillir ici de nombreux membres de la commission de la Santé également. D'ailleurs, demain, nous assisterons à la présentation du dixième rapport de la Commission nationale d'évaluation relative à l'interruption de grossesse, ce qui montre une fois de plus que nous sommes à cheval entre les deux commissions.

Je saisis cette occasion pour remercier tous les experts, présents ou non, pour le travail de fond qu'ils ont effectué. Ils ont mis énormément d'énergie dans ce travail émanant de toutes les universités du pays, qui s'accompagne de recommandations. En tant que président de la commission de la Santé, j'estime que c'est à nous à reprendre le travail sur la base de ce rapport, qui ne peut aboutir au fond d'un tiroir.

01.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, j'entends qu'on a accordé un temps de parole de 40 minutes aux experts, que je remercie pour leur présence. On sait très bien que 40 minutes n'est pas un temps de parole très réaliste. Je serais particulièrement mal à l'aise si on venait à interrompre nos experts. Aujourd'hui, les orateurs prioritaires, c'est eux, et il faut les entendre. Sommes-nous d'accord de les laisser intervenir le temps qu'ils souhaitent et que nous fassions ensuite le point entre nous, afin de voir le temps qu'il reste et de distribuer le temps de parole de manière équitable entre les différents partis?

Si un parti s'exprime pendant une heure sans laisser aux autres le temps de prendre la parole, je suppose que vous serez le garant du timing?

Thierry Warmoes, président: J'ai oublié de dire que je vais devoir assister à une autre réunion. Je resterai environ une heure et Mme Van Vaerenbergh se chargera ensuite de la répartition du temps de parole. Il est bien entendu que les experts ont tout le temps qu'ils estiment nécessaire. Ils ont dit qu'ils interviendraient pendant environ 40 minutes, mais nous n'allons pas raccourcir ce temps de parole.

Pour ce genre d'audition, j'insiste sur le fait que nous sommes là pour écouter les experts et poser des questions. Des débats d'ordre législatif sur ce sujet, nous en aurons encore certainement. J'appelle tout le monde à être relativement succinct pour que toutes les questions puissent être posées et qu'il reste du temps aux experts pour y répondre. Je sais qu'on a parfois envie de s'exprimer sur le fond, mais il faut être relativement court. Je laisserai cette tâche à ma collègue, mais vous savez qu'il n'est pas dans nos habitudes d'accorder un temps de parole limité.

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: We kunnen starten met onze hoorzitting. Ik geef graag het woord aan mevrouw Roelens.

01.02 Kristien Roelens: Geachte parlementsleden, goedemorgen allemaal. Allereerst wil ik onze dank uitdrukken om ons uit te nodigen om ons rapport voor te stellen en om hier zo talrijk en geïnteresseerd aanwezig te zijn.

In oktober 2021 hebben de fractieleiders van de vivaldimeerderheid op federaal niveau aan de VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) en de Waalse tegenhanger CRef (Conseil des recteurs) verzocht dat de verschillende Belgische universiteiten een expert ter beschikking zouden stellen om te zetelen in een onafhankelijk multidisciplinair comité. Op die manier is het comité samengesteld. De rectoren hebben per universiteit een persoon afgevaardigd om in het wetenschappelijk comité te zetelen. Vandaag zijn zes van de zeven leden van het wetenschappelijk comité aanwezig. Zij werden al voorgesteld. Ik wou nog even vermelden dat Yves Jacquemyn zich laat verontschuldigen omdat hij in het buitenland zit.

De fractieleiders van de vivaldimeerderheid hebben 60 vragen opgesteld en zij hebben aan het wetenschappelijk comité gevraagd om daar een zo wetenschappelijk mogelijk antwoord op te formuleren.

Wij hebben vier werkgroepen samengesteld, bestaande uit 35 leden, waarvan 20 vrouwen en 15 mannen en waarvan 17 artsen, 4 juristen, 6 psychologen en 8 experts uit de filosofische en sociale wetenschappen. Elke expert heeft gesproken ten persoonlijke titel en elke expert heeft de confidentialiteit gewaarborgd.

De eerste werkgroep heeft zich gebogen over de huidige werking en de mogelijke verbetering in centra en ziekenhuizen van abortusgevallen in het eerste trimester om psychosociale redenen. De tweede werkgroep heeft gewerkt rond de zwangerschapsafbreking om medische redenen. De derde werkgroep heeft de zwangerschapsafbreking na 12 weken omwille van psychosociale redenen behandeld. De

vierde werkgroep heeft zich beziggehouden met vragen rond ethiek en recht.

Eind december zijn de leden van het wetenschappelijk comité een hele dag samengekomen om dat te bespreken en zijn zij tot een consensus gekomen in een samenvatting en aanbevelingen. Dat document is hier schriftelijk te verkrijgen.

Nadien werd het volledige rapport afgewerkt. Uiteindelijk hebben we op 10 maart 2023 de belangrijkste aanbevelingen aan de fractieleiders van de Vivaldi-partijen voorgelegd. Ondertussen zijn we enkele weken verder en kunnen we u toelichting geven over onze werkzaamheden.

01.03 Yvon Englert: Merci beaucoup à vous tous d'être là. La première chose que nous voudrions partager avec vous est une interprétation de la demande qui nous a été faite par le monde politique de faire ce travail aujourd'hui et maintenant. Vous savez que la volonté de revoir la loi de 1990 n'est pas nouvelle. La question est posée depuis au moins trois législatures. Une dynamique parlementaire ambitieuse s'était dessinée en 2018 et, ensuite, on peut dire qu'elle a conduit à une réforme *a minima* jugée par beaucoup décevante. Mais un certain nombre d'avancées ont été introduites dans la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse en 2018. C'est à partir de celle-ci, puisque c'est la loi actuellement en vigueur, que les experts ont travaillé.

Les raisons de la volonté de nous demander ce travail et de réfléchir à une réforme sont à chercher probablement dans un temps plus long, non seulement dans l'expérience accumulée dans le domaine de l'interruption volontaire de grossesse depuis trente ans qui justifie en soi une évolution et 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 à la suite des avancées du mouvement féministe. L'environnement technique et médical a également profondément évolué, que ce soit par l'apport de nouvelles connaissances sur le développement fœtal, l'apport de la génétique et de l'imagerie, la place prise par les interruptions de grossesse par voie médicamenteuse qui n'existait pas en 1990, le développement des réseaux sociaux et la plus grande disponibilité des informations mais aussi de la désinformation sur la sexualité, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, ou encore par l'informatisation croissante permettant notamment la consultation à distance – un phénomène qui s'est très largement développé pendant la crise du Covid-19 – et conduisant aussi à la circulation légale ou illégale des médicaments en ligne. La demande du monde politique a été comprise dans cette perspective du temps long plutôt que comme un élément d'un moment ponctuel de notre vie commune.

Cela ne veut pas dire que le dilemme éthique sur l'interruption volontaire de grossesse ait changé. Il y a toujours une question d'équilibre entre la question de la protection du fœtus et du droit des femmes à disposer de leur corps, voire l'équilibre entre les règles juridiques, morales et sociales collectives et la protection de la vie privée.

Dans le rapport, nous faisons donc largement référence à un avis du Comité consultatif de bioéthique (avis n°18) dans lequel les questions éthiques sur le statut des différents stades de notre reproduction est très largement débattu sous tous ses angles.

Si l'avortement clandestin est dangereux et qu'il a disparu chez nous, il ne faut pas oublier que, de manière générale, ce n'est pas le cas dans le monde et qu'aujourd'hui la question de l'avortement clandestin – *unsafe abortion*, comme le dit l'Organisation mondiale de la Santé – est une question pendante, et que les femmes paient encore un prix très lourd aux politiques répressives dans ce domaine. C'est la raison pour laquelle une de nos premières recommandations concerne la prévention de la grossesse non désirée. Les experts souhaitent faire quelques considérations à cet égard, même si on pourrait considérer que cet aspect se situe à la bordure de leur mission.

La Belgique peut se prévaloir d'un taux d'interruptions de grossesse particulièrement bas, avec 8 à 9 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes en âge de reproduction, ce qui correspond à la moitié de la moyenne de l'Union européenne (18 pour 1 000) et largement moins que dans le reste du monde où on compte entre 30 et 40 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes.

On peut considérer que l'accès aisé à la contraception est un élément important dans ce domaine. Cela ne veut pas dire qu'il faut baisser la garde. Nous rompons d'emblée dans ce rapport une lance en faveur

de l'approfondissement de toutes les questions qui touchent à l'information, l'accessibilité et la facilité d'accès, y compris financière, aux moyens contraceptifs dont les contraceptions à longue durée d'action qui posent souvent un problème d'investissement initial, même si leur coût par cycle de protection est particulièrement bas.

Un point nous a frappés dans le rapport de la Commission d'évaluation: au cours des dernières décennies, on a assisté à une inversion dans l'âge des femmes demandant une interruption de grossesse, puisqu'en dix ans les demandes ont diminué chez les femmes les plus jeunes. En effet, c'est la tranche de 25 à 40 ans qui représente désormais le principal groupe requérant une interruption de grossesse. C'est la raison pour laquelle nous avons pensé qu'il était plausible de lier cette observation à la gratuité des moyens contraceptifs pour les femmes jusqu'à 25 ans. Nous en recommandons donc l'extension à l'ensemble des femmes en âge de reproduction.

01.04 Anne Verougstraete: Ik zal het hebben over de wettelijke wachttijd van zes dagen. De meeste vrouwen die naar abortuscentra stappen, hebben al zeer goed nagedacht voor ze de afspraak maken. Voor hen is een bijkomende wachttijd van zes dagen nutteloos en betuttelend. Een kleine groep vrouwen twijfelt en heeft soms verschillende gesprekken nodig om tot een goede beslissing te komen. Voor die vrouwen is een wachttijd van zes dagen dikwijls onvoldoende. Laat de vrouwen dus samen met de hulpverleners beslissen wat voor hen een goede wachttijd is.

Een ander probleem bij de wettelijke wachttijd is het begin ervan. Wanneer begint die eigenlijk te lopen? Sommige vrouwen gaan eerst naar de huisarts, hebben daar een gesprek en worden dan verwezen naar een gynaecoloog die dat niet wil doen. Vervolgens wordt die vrouw verwezen naar een abortuscentrum. Ondertussen zijn ze al een paar weken bezig. Daarna volgt er dan opnieuw een wachttijd van zes dagen. Waar zijn we dan mee bezig? Zo worden die vrouwen, die een zwangerschap niet wensen, verplicht om weken langer zwanger te blijven. Op moreel, ethisch, psychologisch en medisch vlak is dat geen goed idee.

Er zijn ook vrouwen die door de wettelijke wachttijd geen medicamenteuze abortus meer mogen hebben, omdat ze door die wachttijd te ver zijn. Daarom stelt het wetenschappelijk comité voor om elke verwijzing naar de verplichte wachttijd te schrappen of om alleen een verplichting in te voeren om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op dezelfde kalenderdag als de eerste raadpleging en ook om de mogelijkheid te bieden om de eerste raadpleging online te doen. Een aantal vrouwen moet zich immers met bus, tram, trein en metro naar de centra verplaatsen en online kunnen eveneens goede gesprekken gevoerd worden. Dat is ook gebleken tijdens de coronapandemie.

De derde aanbeveling is het schrappen van de wettelijke verplichting om te informeren over adoptie. Kwalitatieve hulpverlening vereist een vertrouwensrelatie en respect. Vrouwen vinden het zeer choquerend als wij hen moeten spreken over adoptie. Adoptie is eigenlijk geen alternatief voor abortus. Het alternatief voor abortus is zwanger blijven en een kind krijgen. Dat is dus een traumatische verplichting.

Schaf ook de verplichting af om het te hebben over de opvangmogelijkheden, de rechten, bijstand en voordelen bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen. Dit is ook geen goed idee. Als vrouwen zwangerschapsafbreking overwegen om financiële redenen, zullen wij dat natuurlijk duidelijk bespreken. Laat de hulpverleners echter, samen met de vrouw, bepalen waar zij nood aan heeft.

Laat wel in de wet de verplichting om te informeren over anticonceptie en om samen met de vrouw te bekijken wat een goede anticonceptie voor de toekomst is.

Behoud in de wet ook de plicht om te informeren over hulp die vrouwen kunnen zoeken bij psychische en sociale problemen.

Aanbeveling nr. 4 gaat over minderjarigen. Gelukkig komen de meeste minderjarigen samen met hun ouders, maar voor een kleine groep minderjarigen is dat niet mogelijk. Voor hen is het belangrijk dat er uitdrukkelijk in de wet staat dat zij autonoom kunnen kiezen voor zwangerschapsafbreking, indien ze tot een redelijk oordeel over hun belangen in staat zijn. Dat staat ook in de gezondheidswet en werd bekrachtigd door de orde. Dat is een goede manier van werken en gaat samen met de *good practice*

guideline dat jongeren moeten aangemoedigd worden om er een volwassen vertrouwenspersoon bij te betrekken. De centra moeten ook de continuïteit van de opvolging waarborgen voor die jongeren.

Het probleem rijst meestal niet in de abortuscentra, maar wel bij anesthesisten in ziekenhuizen, die de toelating eisen van de ouders voor een algemene narcose bij abortus bij jongeren. Daarom vragen wij om expliciet in de wet in te schrijven dat jongeren autonoom mogen beslissen indien nodig.

Aanbeveling nr. 25 betreft de confidentialiteit. Met de digitalisering van de gezondheidszorg komt de confidentialiteit steeds meer in gevaar.

Vroeger konden de centra garanderen dat een abortus confidentieel bleef. Nu wordt dat steeds moeilijker, want alles staat online. Sommige brieven belanden bij de huisarts. Het zwangerschapshormoon hCG kan door iedereen op eHealth worden teruggevonden. Daarom is het heel belangrijk om systemen te vinden waardoor de confidentialiteit wordt gewaarborgd.

Sommige vrouwen hebben hun vader, oom of een ander familielid als huisarts. Dat kan weleens leiden tot grote problemen. Er zijn trouwens vrouwen – jongeren en vrouwen die te maken hebben met geweld – die verkiezen om de abortus zelf te betalen, omdat een aantal ziekenfondsen regelmatig aan hun leden laat weten wat zij aan hen hebben terugbetaald, met de pseudocodes van de abortus erbij. Zo is het klaar en duidelijk, want als men die code intikt op internet, ziet men dat het om de terugbetaling van een abortus gaat. Dat is een groot probleem dat moet worden aangepakt.

01.05 Yvon Englert: Au sujet de la recommandation n°1, nous avons recommandé d'inscrire clairement l'interruption volontaire de grossesse dans le cadre de la loi sur les soins de santé. Cela peut paraître surprenant pour beaucoup, mais ce n'est pas le cas, en réalité. Vous vous rappelez qu'historiquement, il s'agit d'une loi pénale qui a connu la dépénalisation partielle en 1990. Lors de la révision de 2018, elle a été sortie du Code pénal. Néanmoins, elle n'a pas été inscrite dans le cadre des lois santé, ce qui a des conséquences négatives. En effet, cela signifie qu'à la fois, toutes les protections du patient qui existent dans le cadre des lois santé ne s'appliquent pas formellement, et que les critères concernant les prestataires, qui sont largement encadrés dans les lois sur les soins de santé, ne s'appliquent pas. La recommandation unanime des experts est de clairement inscrire cette loi dans le cadre des lois sur les soins de santé.

Nous précisons dans le rapport que cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir des dispositions spécifiques, y compris d'ailleurs des dispositions de sanctions si les critères ne sont pas suivis, si le législateur le souhaite. Mais les lois sur les droits des patients, sur les compétences des professionnels, sur leur reconnaissance et sur leur façon de travailler s'appliqueraient automatiquement à partir du moment où on s'inscrirait dans cette loi. On est donc, au-delà de la symbolique, dans une action qui aurait des conséquences concrètes.

La deuxième mesure que je voudrais évoquer avec vous est la recommandation n°14, sur la formation et la disponibilité des praticiens. La commission a pas mal planché sur la question de la pénurie, ou du risque de pénurie, de praticiens pour l'interruption volontaire de grossesse. Nous ne sommes pas aujourd'hui en Belgique dans la situation que l'on connaît en France ou en Italie, où l'accès est véritablement empêché dans la pratique par l'absence de disponibilité des praticiens. Néanmoins, nous faisons toute une série de recommandations, depuis une intégration plus claire dans les exigences de la formation des médecins jusqu'à une inscription d'incitants financiers à partir du moment où des formations complémentaires seraient suivies. On connaît cela dans d'autres domaines, comme l'accréditation ou les formations spécialisées pour le personnel infirmier.

Enfin, et Kristien Roelens y reviendra lorsqu'on parlera des recommandations sur l'extension au-delà des 12 semaines, il faut porter une attention particulière à la formation des praticiens qui seraient en charge de ces interruptions.

La troisième mesure que je voudrais évoquer avec vous, la mesure n° 16, est destinée à définir ces qualifications nécessaires pour pratiquer les interruptions en fonction des âges de grossesse – ce n'est pas la même chose d'interrompre à 8 ou 10 semaines ou d'interrompre à 17 ou 18 – et à réfléchir à l'intégration d'un certain nombre de fonctions qui sont aujourd'hui uniquement légales lorsqu'elles sont pratiquées par des médecins vers d'autres professionnels de la santé. Je pense en priorité aux sages-femmes et aux infirmières, qui pourraient prendre plus de place dans un certain nombre de domaines

et donc diminuer la pénurie des médecins dans le cadre de l'interruption de grossesse.

01.06 **Martin Hiele:** Mevrouw de voorzitter, mijnheer de voorzitter, ik zal jullie eerst iets over aanbeveling 9 meegeven, namelijk de strafsancties.

Er was een grote consensus binnen de wetenschappelijke groep dat het bestraffen van een vrouw die een abortus krijgt buiten de termijn of de regelgeving, zou moeten worden afgeschaft. Wanneer sancties moeten worden genomen, moeten die gericht zijn tegen de uitvoerder die zich niet aan de regels houdt en niet tegen de vrouw, die altijd in een zwakke positie zit. Het heeft natuurlijk ook te maken met het bekijken van de zaak als een onderdeel van de gezondheidszorg. Wanneer men een bepaalde medische handeling vraagt, kan men niet worden gestraft wanneer men ze krijgt, ook wanneer blijkt dat die handeling niet terecht zou zijn.

Er is zeker begrip voor binnen het wetenschappelijk comité dat er wel strafsancties kunnen zijn voor zorgverleners die zich niet aan de regels houden. Er wordt zelfs voor gepleit daarvoor specifieke strafsancties te bepalen, ze in de abortuswet zelf op te nemen en ze te differentiëren naar gelang van de ernst van de afwijking. Bijvoorbeeld, een ontbrekende handtekening is niet hetzelfde als flagrant de termijnen overschrijden.

U zou natuurlijk kunnen opwerpen dat er geen sancties dienen te worden opgenomen in de abortuswet, omdat er de algemene sancties zijn van slagen en verwondingen. Het was echter de idee van de wetenschappelijke groep dat algemene sancties minder geschikt zijn. Denk ook aan de discussie die er is geweest over de euthanasiewet, waarbij er ook commentaar is op het feit dat er geen specifieke sancties zijn naar gelang van de ernst van de fouten die worden gemaakt.

Een tweede punt dat ik met jullie zou willen bekijken, is het advies over de structuur en de terminologie van de wet.

Een grote aanbeveling is om alles wat te maken heeft met medische indicaties, zoals ernstige afwijkingen bij de foetus of bedreigingen van de gezondheid van de moeder, in een apart artikel op te nemen. Nu is dat enigszins doorweven doorheen de hele wet, hoewel het over iets helemaal anders gaat. Waar het in abortus meestal gaat over de afbreking van een ongewenste zwangerschap, gaat het hier vaak over de afbreking van een gewenste zwangerschap. Dat is toch een heel andere symboliek, die wellicht technisch kan worden opgelost.

Misschien moet ook eens gedacht worden aan het volgende. Er zijn nogal wat of een aantal inconsistenties in de gebruikte terminologie. Er waren mensen, vooral in de werkgroepen, die van mening zijn dat ook aan een genderneutrale formulering moet worden gedacht. Ook worden de termen 'abortus' en 'zwangerschapsafbreking' nu enigszins door elkaar gebruikt en wordt precies gedaan alsof ze een andere betekenis hebben. Er wordt voor gepleit om dat als synoniemen te beschouwen en dat ook duidelijk te maken in de tekst.

Een andere aanbeveling in verband met de terminologie is om duidelijk te specificeren wat bedoeld wordt met de duur van de zwangerschap. Er zijn eigenlijk twee manieren om de duur van de zwangerschap weer te geven. De klassieke manier is het aantal weken na de eerste dag van de laatste maandstonden of zoveel weken amenorroe. Tien weken amenorroe is bijvoorbeeld acht weken na de conceptie. Best is wellicht allebei de termen te gebruiken, maar telkens te specificeren zoveel weken amenorroe of zoveel weken na conceptie. Dat is belangrijk omdat er in andere landen andere formuleringen worden gebruikt. Sommige landen gebruiken in hun terminologie zoveel weken amenorroe en andere zoveel weken na conceptie.

Een andere aanbeveling heeft te maken met de discussie die is gerezen naar aanleiding van de Amerikaanse situatie: moet er worden nagedacht over het opnemen van abortus in de Grondwet? De wetenschappelijke commissie heeft hierover geen echt standpunt ingenomen, maar wel bedenkingen geformuleerd. Een grondwettelijke verankering zou wellicht moeilijk zijn, omdat er een tweederdemeerderheid voor nodig is en omdat dat op voorhand aangekondigd moet worden. Dat weet u echter beter dan ik. Het is ook een wat valse veiligheid om dat in de Grondwet te zetten, want een Grondwet zal nooit heel specifieke details geven. De wetenschappelijke commissie zag wel artikels in de Grondwet waar dat ter sprake zou kunnen komen. Sommigen vinden dat het eigenlijk nu al in de Grondwet staat, namelijk in artikel 22, waar het zou kunnen horen onder het recht op privéleven. Artikel

23 biedt ook mogelijkheden voor het recht op beslissingen over reproductie of over seksueel leven. De commissie vond dat echter niet een heel belangrijk aspect waarover ze zich moest uitspreken.

Het laatste punt waar ik iets over wil zeggen, is de gegevensverzameling, de registratie, de werking van de Nationale Evaluatiecommissie. Het wetenschappelijk comité vindt het heel belangrijk dat het verder zou kunnen werken, zelfs beter zou kunnen werken en bijkomende mogelijkheden en bijkomende informatie krijgt. Er is al gewezen op de positieve veranderingen van de wet van 2018, maar ik wil ook op een negatieve verandering wijzen: het is nu niet meer verplicht om de reden voor een zwangerschapsafbreking aan te geven.

Sommige abortuscentra interpreteren de wet – het feit dat de noodsituatie verdwenen is – alleszins zo dat zij niet meer moeten declareren om welke reden een abortus wordt gevraagd. Als wij een wetenschappelijk onderzoek willen doen of wij willen weten wat er in ons land gebeurt, dan is het toch belangrijk om te weten waarom vrouwen een abortus vragen. Die informatie moet opnieuw beschikbaar worden gemaakt.

Het wetenschappelijk comité vindt het ook belangrijk dat die gegevens worden geanalyseerd en dat er iets mee gebeurt, zodat het geen dode rapporten zijn. Er moeten dus ook middelen zijn om de gegevens te verzamelen en te analyseren.

Er is een andere aanbeveling die te maken heeft met advies geven. Het wetenschappelijk comité zou ook adviezen kunnen geven over *best practices*. Dat kan gaan over de laattijdige afbreking of over de medische afbreking. Elk centrum heeft nu een eigen policy over de aanpak van een vraag naar een zwangerschapsafbreking om medische redenen. Het zou nuttig zijn dat daar overlegstructuren rond bestaan, zodat de centra tot *best practices* hieromtrent kunnen komen.

Dat waren de belangrijkste punten die ik u wou vertellen.

01.07 Luc Roegiers: Bonjour, j'ai été très heureux de travailler pendant un an avec mes collègues pour traiter des questions pourtant assez complexes, dans un climat de grande confiance et, surtout, de grande rigueur scientifique. Je vais vous parler de l'avortement pour raison médicale, qui a connu le plus d'évolutions depuis les années 1980 - époque du balbutiement et des débuts du diagnostic anténatal, pour lequel des précisions sont nécessaires consécutivement à l'expérience et aux connaissances scientifiques qui se sont accumulées.

Tout d'abord, notre législation distingue à raison l'interruption pour raison médicale de l'interruption simplement volontaire. C'est un choix, qui n'est pas celui de tous les pays. Pour nous, c'est important. Il faudrait aller plus loin dans la formulation de cette distinction, comme vient de le préciser mon collègue Martin Hiele: il ne faudrait plus que ce soit un simple alinéa de la loi IVG, mais un article indépendant, pour plus de clarté juridique.

Ensuite, au cours des années 1980, la pratique n'était pas encore vraiment multidisciplinaire. C'est pourquoi on requérait l'intervention d'un deuxième médecin, sans plus de précision, dans le processus de décision. Notre comité scientifique recommande de mentionner que celui-ci soit spécialisé dans l'affection principale de la femme ou du fœtus pour une meilleure évaluation. Notre comité recommande aussi d'instaurer une concertation multidisciplinaire consultative, et non décisionnelle, avant l'interruption. Ce processus interdisciplinaire de qualité existe déjà sur le terrain. En pratique, des *staffs* réunissent des obstétriciens, des échographistes, des pédiatres spécialisés, des généticiens, des chirurgiens et des psys. Cela devrait donc être inscrit dans la loi et soutenu, par exemple en l'incluant dans les concertations multidisciplinaires financées par l'INAMI - ce qui ne coûterait pas très cher, puisqu'on estime que le nombre d'interruptions médicales tardives est environ de 500 par an. Au passage, je vous indique que ce chiffre n'est pas facile à obtenir. Par conséquent, il faudrait aussi soutenir l'évaluation des interruptions médicales de grossesse.

En ce qui concerne les affections fœtales, dans les années 1980, comme je le disais, elles étaient diagnostiquées sommairement. Aujourd'hui, les équipes sont beaucoup plus pointues et, en même temps, plus conscientes de la différence entre une pathologie indiscutable - par exemple, une infection fœtale au cytomégalovirus ou bien une délétion chromosomique - et ses conséquences sur le plan des affections touchant le fœtus et, par la suite, du caractère éventuellement létal ou du handicap à pronostiquer. On mesure actuellement un certain risque d'exprimer des anomalies et leur gravité.

Ce n'est donc pas une affaire de tout ou rien. Or les conditions actuelles de la loi stipulent "lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité". Il faudrait modifier cette formulation et la remplacer par la notion de risque "très élevé, significatif, substantiel, probabilité élevée", c'est-à-dire des termes que l'on retrouve dans les législations des pays voisins.

Par ailleurs, chaque situation est singulière par le type d'affection, les acteurs concernés (parents et intervenants médicaux), contexte qui est à chaque fois différent. Notre comité scientifique recommande donc d'éviter de dresser une liste des affections sévères pouvant donner lieu à une interruption légale de grossesse car son établissement pourrait être interprété comme étant celle d'affections indésirables dans notre société, et par là, pourrait participer à un risque de dérive eugénique d'État. Il faut veiller donc à individualiser chaque processus.

Pour ce qui concerne les affections des femmes enceintes, aussi nommées périls graves, menaçant la santé de la mère, devraient y être ajoutées plus spécifiquement les affections mentales graves parce que cela n'est pas clair pour tous les praticiens en Belgique.

Nous recommandons donc d'inclure dans les possibilités d'avortement médical les maladies mentales graves telles que les psycho-traumatismes en cas de viol ou d'inceste, les troubles sévères de la personnalité qu'une grossesse viendrait déséquilibrer ou un risque autodestructif de la personne ou de la grossesse (par, entre autres, une prise massive de toxiques) ou suicidaire; ces risques devant être étayés par un psychiatre qui serait, dans ce cas-là, le deuxième médecin consulté.

Enfin, dans les années 1980, un certain paternalisme ambiant lors de la première écriture de la loi, occultait le fait que la femme est partenaire central de la décision. Notre comité scientifique recommande de reconnaître explicitement le rôle de la femme enceinte. Elle doit pouvoir exprimer ses préoccupations et ses souhaits avec son ou sa partenaire, restant elle-même centrale dans le processus de décision avec les médecins.

Elle doit être soutenue et accompagnée ainsi que le couple. C'est souvent une affaire de couple en interruption médicale de grossesse avec des deuils complexes et invalidants. Rappelons que, selon une étude, dans 45 % des cas d'interruption médicale tardive, il y a des stress post-traumatiques quatre mois après l'intervention, même si très peu de femmes regrettent leur décision.

Il faudra aussi clarifier les obligations légales et les droits existants dans le cadre d'une interruption tardive de grossesse, c'est-à-dire la souplesse pour la déclaration à l'état civil d'un enfant né sans vie, ce qui tient à cœur de nombreux parents, ainsi que l'accès libre au repos et congé de maternité pour les femmes qui le souhaitent dès avant les 180 jours. Je vous remercie.

01.08 Patrick Emonts: Madame et monsieur les présidents, je voudrais de mon côté remercier d'abord les membres du Parlement d'avoir décidé de rouvrir au débat cette question et de le faire de manière très scientifique et de la manière la plus objective possible. Je remercie l'ensemble des membres qui ont participé à ces commissions parce qu'en tant que professeur d'obstétrique, j'ai été séduit par le respect qu'on a eu de la femme, de ses positions et de la bienveillance entre les différentes personnes malgré parfois des positions un petit peu divergentes.

Je vais vous parler de quatre recommandations que le comité scientifique souhaitait également apporter.

La première est la pratique de l'avortement à distance et de l'avortement autogéré. J'ai vu dans le suivi des grossesses, ces dernières années, une évolution extraordinaire de la médecine ambulatoire avec la possibilité d'utiliser, même pour des grossesses à risque, des capteurs qui permettent d'avoir les monitorings, l'hypertension, la glycémie et autres. Cela signifie que la médecine a complètement changé. Je pense que ne pas adapter la pratique de l'avortement à cette nouvelle poussée, à cette grande évolution, est quelque chose qui serait vraiment dommage. On est dans un monde digital. Il faut qu'on puisse avoir une série d'activités liées à la demande d'interruption volontaire de grossesse qui puisse être faite à distance.

On pense particulièrement à la première consultation qui permet de gagner du temps, au soutien

psychosocial à distance, à condition que la qualité soit la même que l'entretien en présentiel, voire même à une étape de cette interruption volontaire de grossesse lorsqu'elle est médicamenteuse. Ainsi, on peut tout à fait concevoir que la deuxième phase de cette interruption se fasse à domicile aux seules conditions qu'il y ait, premièrement, un contact permanent possible avec le centre d'avortement et, deuxièmement, que cela reste le choix de la patiente de pouvoir continuer à venir de la même manière dans des structures spécialisées si elle le souhaite. Pour cela, il va falloir l'autoriser dans la loi, changer les conventions INAMI au niveau du financement des centres et changer l'arrêté royal qui régit la distribution et l'utilisation des médicaments.

Ceci me fait rebondir sur la recommandation n° 18 relative à la distribution et l'accès à certains médicaments nécessaires au niveau de l'avortement. À la lecture de la presse internationale, vous aurez vu qu'aux États-Unis les ultraconservateurs essaient de bloquer cet accès à ces médicaments. C'est une manière tout à fait déguisée d'interdire l'avortement. Quant à nous, nous avons malheureusement dans la législation un accès difficile à ces médicaments. Il faudrait assouplir cet accès. Je parle de la mifépristone (Mifegyne) et du misoprostol (Cytotec), d'autant plus que ces médicaments sont utilisés. Dans les services d'obstétrique, je les utilise aussi pour de toutes autres raisons, telles que le traitement des fausses couches, des morts fœtales *in utero*, des inductions du travail, des hémorragies *post-partum*. Cela n'a plus de sens d'avoir une telle rigueur tant en milieu hospitalier que dans les centres extrahospitaliers, d'avoir un accès si difficile à ces médicaments. L'avantage aussi, c'est qu'on gagnerait du temps car, comme vous le savez, la pierre d'achoppement, cela va être le temps et où on s'arrête. Cette recommandation est donc vraiment importante mais cela nécessite de modifier un arrêté royal vieux de vingt-trois ans, l'arrêté du 7 mai 2000.

La recommandation suivante concerne aussi un problème très épineux dans notre société. On le voit tous les jours. C'est le plan financier. C'est l'accès à l'avortement sur le plan financier. Il faut garantir un accès égalitaire et abordable à tous les soins liés à l'avortement pour toute femme enceinte résidant en Belgique. Il y a quand même beaucoup de gens précarisés qui n'ont pas des statuts, qui ne se retrouvent pas avec des mutuelles et qui sont dans d'extrêmes difficultés. C'est quelque chose qu'il faut absolument intégrer.

À cet égard, le Comité scientifique a réfléchi à deux possibilités d'y arriver. D'une part, comme cela a été fait au Portugal, on pourrait rendre l'IVG gratuite purement et simplement. Le financement se ferait alors entre l'autorité publique et les centres sans intervention ni de la patiente ni des mutuelles. Ainsi, le problème de confidentialité serait parfait, étant donné que les parents ne reçoivent pas subitement une souche INAMI de remboursement leur disant qu'ils peuvent se faire rembourser l'avortement de leur fille. C'est quand même quelque chose de facile.

D'autre part, l'autre système serait de garder le système de financement actuel, mais d'en faciliter l'accès via l'Aide Médicale Urgente (AMU) en reconnaissant l'IVG comme un soin urgent.

L'avantage, c'est la rapidité avec laquelle on pourrait intervenir sans attendre l'accord des CPAS respectifs.

Je voudrais ajouter un deuxième élément concernant le coût. Si on décide de modifier la durée durant laquelle l'avortement peut être pratiqué, il faut que le coût soit le même quel que soit l'âge auquel cette grossesse est interrompue.

Enfin, je voudrais revenir sur la dernière recommandation (recommandation n° 24) car on en parle énormément. Nous sommes à une époque où la communication est primordiale. Je suis sûr que, quand vous arrivez en période électorale, vous allez voir sur les blogs si votre popularité est en hausse ou en baisse, si ce que vous avez dit la veille a eu un impact, et le nombre de personnes qui se sont connectées. Toutes nos patientes sont aussi connectées en permanence. J'ai fait un très beau travail en santé publique. On pouvait se rendre compte que même des gens ayant très peu de moyens avaient un accès à l'internet. Il faut donc absolument créer un site web au niveau fédéral qui aura la primeur.

Aux États-Unis où j'ai travaillé, raison pour laquelle j'y fait souvent référence, quand on tape "avortement" ou "IVG", tous les sites qui apparaissent ont trait à la préservation de la grossesse. Les gens viennent sonner à votre porte en proposant leur aide, en proposant d'offrir des vêtements, de l'alimentation. Mais une fois que les délais sont dépassés, ces gens ne se manifestent plus.

Ces sites doivent être accessibles facilement même pour les gens précarisés afin qu'ils puissent disposer de toutes les informations légales, et de toutes les informations en termes de pratiques et de centres accessibles. J'irai même plus loin en disant que les autres sites fédéraux, que ce soit celui de l'INAMI ou des soins de santé, devront avoir une connexion avec ce site fédéral central. Cela permettra de créer des liens particulièrement intéressants et, surtout, d'éviter les errances qui font perdre du temps, qui donnent accès à des informations fausses.

En tant qu'obstétricien, je peux vous assurer que suivre une grossesse non désirée, ce n'est pas du tout évident. J'ai d'ailleurs connu quelques cas de suicides consécutifs, simplement parce que les personnes concernées n'avaient pas reçu l'information pertinente. Il faut verrouiller les choses et mettre en place un site neutre, efficace et performant. Il faut aussi, bien entendu, utiliser des outils modernes de communication. Les jeunes utilisent leur QR Code. Ils vont tout de suite sur leur smartphone pour voir. La contraception doit être présente tout comme l'avortement avec une attention particulière pour les personnes les plus vulnérables.

Protégeons nos femmes, c'est ce que nous voulons tous en Belgique! J'ai dit.

01.09 Kristien Roelens: In werkgroep 3 en in het wetenschappelijk comité hebben wij ons gebogen over de belangrijke vraag over de eventuele uitbreiding van de wet, namelijk zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen na twaalf weken zwangerschap.

In de eerste plaats wil ik de vraag beantwoorden hoe vaak dat voorkomt, hoeveel vrouwen een zwangerschapsafbreking vragen na twaalf weken. Wij weten dat niet perfect, maar wij denken dat het in België over ongeveer 300 tot 800 vrouwen per jaar gaat. Dat komt ongeveer neer op 3 % van het totaal van de vrouwen die een zwangerschapsafbreking vragen.

Er zijn studies die het profiel van die vrouwen bekeken hebben. Wij kunnen daaruit concluderen dat het iedereen kan overkomen. Iedereen kan een niet-gewenste zwangerschap hebben die pas laattijdig gediagnosticeerd wordt. Anticonceptie is niet perfect. Sommige mensen hebben bijvoorbeeld bij pilinname nog maandelijks een soort bloeding, zodanig dat zij niet voelen of beseffen dat ze zwanger zijn.

Het is echter zeker zo dat een ongeplande, ongewenste zwangerschap na twaalf weken veel vaker voorkomt bij kwetsbare groepen. Wij hebben het dan over illegalen, druggebruiksters, mensen met psychische of medische problemen.

Hier komen wij bij belangrijke argumenten. Wij willen abortus veilig en betaalbaar aanbieden voor iedereen, ook voor kwetsbare groepen. Mensen die de mogelijkheid hebben om abortus te hebben in Nederland, zijn mensen met financiële middelen. Men moet om te beginnen al op de hoogte zijn dat dat mogelijk is in Nederland. Men moet ook vervoer hebben. Bovendien moet men toch 500 à 1.000 euro betalen om die ingreep te kunnen verkrijgen. Voor echt kwetsbare mensen is dat vaak niet mogelijk. Een belangrijk argument voor ons was dat wij vinden dat iedereen een gelijke toegang tot laattijdige abortus moet krijgen, ook kwetsbare groepen.

Een ander belangrijk argument dat wij in onze discussie hebben meegenomen, is de ontwikkeling van de foetus. Zoals jullie weten, is de foetus steeds meer ontwikkeld naarmate de zwangerschapsduur toeneemt. Wij hebben lang nagedacht over de morele waarde van de foetus. Wij hebben ook gediscussieerd over de medische gevolgen van een zwangerschapsafbreking in een latere zwangerschapsduur. In het algemeen is het zo dat een zwangerschapsafbreking later in de zwangerschap gecompliceerder wordt.

In werkgroep 3 zijn we dan gekomen tot de aanbeveling dat de zwangerschapsduur voor vrijwillige zwangerschapsafbreking moet worden verlengd. De vraag was dan tot hoeveel weken. Velen vonden dat 22 weken post conceptie een goede oplossing was. Een aantal experts vond dat 20 weken post conceptie een betere oplossing was, rekening houdend met de ontwikkeling van de foetus. Een lid van werkgroep 3 vond dat een zwangerschapsduur van 18 weken post conceptie niet mocht worden overschreden.

Nadien hebben we eind december in het wetenschappelijk comité nog uitvoerig gediscussieerd over wat nu definitief in het rapport moest komen. Uiteindelijk zijn we gekomen tot de aanbeveling dat de

zwangerschapsduur voor vrijwillige zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen tot 18 à 20 weken post conceptie zou moeten worden verlengd. Dat is aanbeveling 10, die natuurlijk een aantal juridische en organisatorische consequenties heeft.

We hebben nagedacht over wat dat zou kunnen betekenen op juridisch vlak. Het zou kunnen dat in de huidige wetgeving alleen de zwangerschapsduur aangepast wordt. Men zou van 12 weken naar 18 à 20 weken post conceptie kunnen gaan en de verdere bepaling in de wetgeving op dezelfde manier van toepassing laten blijven.

Een andere mogelijkheid is dat er specifieke bepalingen zouden komen voor een zwangerschapsafbreking in het tweede semester om psychosociale redenen. Die specifieke bepalingen zouden dan een intenser zorgtraject inhouden met bijvoorbeeld een verplicht consult bij een psycholoog of maatschappelijk werker.

Het wetenschappelijk comité denkt dat de eerste optie de betere is, maar vindt de tweede optie ook verdedigbaar.

Ik zal het nu hebben over de organisatie van de abortuszorg. We adviseren als wetenschappelijk comité zeer duidelijk om de abortussen in het eerste trimester om psychosociale redenen in de huidige abortuscentra laten doorgaan zoals nu het geval is, gezien de hoge kwaliteit van zorg die daar geboden wordt. We beseffen dat de perifere abortuscentra buiten de ziekenhuizen niet kunnen instaan voor de abortussen in het tweede trimester. Een abortus in het tweede trimester is immers gecompliceerd en vereist andere technieken.

Er zijn een aantal technieken die kunnen worden toegepast voor een abortus in het tweede trimester. Er is ten eerste de medicamenteuze abortus. Dat is een techniek die we heel goed kennen van de abortussen om medische redenen. Hierbij wordt medicatie gegeven waardoor een soort minibevalling volgt.

Een andere techniek is wat we dilatatie en evacuatie noemen. Dat is een techniek die op dit moment in België niet vaak wordt gebruikt, maar die internationaal als een goede techniek wordt beschreven. In Nederland en Engeland wordt die techniek zelfs zeer vaak gebruikt. Het wetenschappelijk comité beveelt aan om de twee technieken ter beschikking te stellen in de centra die abortus in het tweede trimester zouden uitvoeren om psychosociale redenen.

Hoe moeten die centra dan georganiseerd worden? Waar moeten die geplaatst worden? Volgens ons moeten dat aparte afdelingen zijn in een ziekenhuis, dus niet de klassieke kraam- of verlosafdelingen. Een andere mogelijkheid is een soort centrum dicht bij het ziekenhuis, met een zeer goede verbinding met het ziekenhuis, in geval van complicatie bijvoorbeeld. Het model van de zorgcentra die dicht bij de ziekenhuizen zitten, zou eventueel ook kunnen dienen als model voor de nieuwe faciliteiten. Bovendien moet er een multidisciplinair team aanwezig zijn, moet de confidentialiteit ook gewaarborgd worden en moet er ook voldoende competentie zijn van de zorgverleners. Daarvoor zal in België een specifieke training georganiseerd moeten worden of zullen we mensen moeten uitnodigen uit het buitenland of zullen we onze mensen naar het buitenland sturen om dat niveau van competentie te verwerven.

Dan zou ik nog onze conclusie willen formuleren. Al eeuwenlang worden vrouwen geconfronteerd met de gevolgen van ongewenste zwangerschappen, veelal alleen en met gevaar voor hun gezondheid of hun eigen leven, en dat in een voornamelijk door mannen bestuurde wereld. Die realiteit evolueerde wereldwijd, in Europa en in België vanaf het einde van de negentiende eeuw, onder invloed van de feministische bewegingen. De affaire-Peers betekende een keerpunt voor ons en maakte de weg vrij voor toegang tot veilige zwangerschapsafbreking. Dat werd bekrachtigd door de wet-Lallemand-Michielsens van 1990. In die wet werden echter beperkingen en procedures ingevoerd, waarvan sommige werden opgeheven tijdens de herziening van 2018. Veel van die beperkingen en procedures stemmen echter niet langer overeen met de opvattingen in de huidige samenleving, noch met de plaats die vrouwen innemen, noch met de wetenschappelijke vooruitgang, de medische praktijk en de ervaring die gedurende meer dan drie decennia werd opgedaan.

Om die redenen beveelt het rapport aan om de wet te herzien op een manier die meer ruimte laat voor de autonomie van de vrouw, een aanbeveling die wij aan u voorleggen. De besluitvorming komt uiteraard aan u toe.

De voorstellen die in het rapport zijn opgenomen, moeten geen angst opwekken voor een banalisering van abortus in onze samenleving, vooral om de reden die Simone Veil voor het Frans parlement aanhaalde tijdens de debatten over de wet van 1975. De quote staat in het schriftelijk rapport, ik herhaal enkel het einde. Het komt neer op het feit dat geen enkele vrouw voor haar plezier een abortus laat uitvoeren.

"Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes."

Ten slotte wil ik u allemaal bedanken voor het vertrouwen dat ons werd geschonken om dit werk uit te voeren. Ook willen we iedereen danken die heeft meegewerkt aan de hoorzittingen en de werkgroepen. Grote dank gaat ook uit naar de VLIR voor de administratieve steun alsook aan mevrouw Fien De Meyer en mevrouw Aurélie Aromatario, onze uitstekende wetenschappelijke medewerkers.

We danken ten slotte u allen voor uw aandacht en zijn bereid te antwoorden op eventuele vragen.

Thierry Warmoes, voorzitter: Ik dank u, mevrouw Roelens, en uw collega's. Ik hoop dat ik mag spreken in naam van alle leden om u te bedanken voor het vele werk en de duidelijke boodschappen. We geven nu het woord aan de leden in volgorde van de omvang van de fracties. Eén lid per fractie kan het woord nemen. We hebben tijd tot 14.00 uur. Ik benadruk nogmaals dat dit een hoorzitting is. Daarin zit het woord horen. Het is dus vooral de bedoeling om meer informatie te verkrijgen en gericht vragen te stellen. Die kunnen gepaard gaan met een aantal beschouwingen, maar liefst geen al te lange. Het is niet de bedoeling om nu al met elkaar in debat te gaan, dat volgt vermoedelijk nog. Ik geef het woord aan mevrouw Van Peel.

01.10 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik dank de experts voor de uiteenzetting.

Mevrouw Roelens, ik sluit me aan bij uw slotwoorden: geen enkele vrouw doet uit plezier abortus. Geen enkel lid heeft dat in deze commissie ooit beweerd. Ik wil dat nog eens duidelijk stellen, want een groot probleem bij inhoudelijke en kritische vragen in een belangrijk ethisch debat – het woord debat is belangrijk, want dat was tot nog toe niet mogelijk – is dat men elke keer in een hoekje wordt geduwd alsof men er niet staat voor vrouwen die een abortus ondergaan en men tegen vrouwenrechten is. Ik begrijp uw zin en heb er voor alle duidelijkheid geen probleem mee dat die in het rapport staat. Ik kan het echter niet laten om daarop te reageren, terughdenkend aan de toon van het debat in een vorige fase.

Daarnaast wil ik jullie danken. Wat jullie eigenlijk vandaag hebben gedaan... Het is enigszins spijtig dat het uiteindelijk achter gesloten deuren moest gebeuren en niet vanuit een vraag van het Parlement, wat echt onmogelijk was toen men het debat er vorige keer dogmatisch probeerde door te duwen. Het is echter goed dat u is gevraagd om een expertenrapport op te stellen en dat dat er vandaag is.

Wel is het belangrijk om daar een duidelijke waarde aan te geven. Voor mij persoonlijk is in elk debat en zeker in een ethisch debat zo'n advies uit wetenschappelijke hoek – een aanbeveling zoals u het zelf ook noemde – een beginpunt en geen conclusie. Bij mijn aankomst zag ik de journalisten al staan. Zij kunnen niet wachten om ieders mening te horen. Heel wat collega's trappen daar in en vinden het nodig om voorafgaand aan het debat hun mening te verkondigen, ook over ethische kwesties. Ik heb dat niet gedaan, hoewel de druk op mijn telefoon even hoog is. Ik stel dat alleen vast en ik betreur het, want zo'n debat verdient meer sérieux dan wat we tot nu toe gezien hebben. Het zou vooral ook heel de bevolking erbij moeten betrekken.

Goed, vandaag staat het grote debat nog niet op de agenda en ik ga dus niet de fout maken om een ellenlange uiteenzetting te houden of het standpunt en de positionering van de N-VA uiteen te zetten. Ik ga wel degelijk vragen stellen. Ik wil tegelijk wel heel duidelijk stellen dat ik blij ben met het werk, maar dat het nu pas begint. Ik hoop ten eerste dat er nu een grondig en duidelijk maatschappelijk debat mogelijk zal zijn en roep de collega's op om dat te voeren zonder de mensen die een kritische vraag stellen meteen in een conservatief, mannelijk hokje te duwen, alsof wij antivrouw zouden zijn, zoals vorige keer gebeurde.

Wat ik nog meer wil vermijden en wat ik een zekere collega al zag doen, is een tapijtenmarkt organiseren. De tapijtenmarkt over de termijnen kennen we nog van de vorige keer. Het onvoorstelbare juridische broddelwerk dat daar toen uit voortkwam, heeft ondanks de meerderheid die er toen zelfs voor te vinden was gelukkig geen doorgang gevonden.

Het verbinden van andere dossiers aan toegevingen van bepaalde partijen in zo'n belangrijke discussie als de abortusdiscussie kennen we ook van de vorige keer. Blijkbaar zijn daar geen lessen van geleerd. Blijkbaar willen sommigen toegevingen doen inzake de uitbreiding van euthanasiemogelijkheden bij dementie, als cd&v een beetje toegeeft inzake de abortuswetgeving. Waar zijn we in godsnaam mee bezig? Het gaat hier om wetgeving over de belangrijkste kernzaken van de mens. Ik wil daarom vragen om dergelijke stommiteiten in de pers vanaf nu niet meer te uiten en om het debat deze keer in alle sereniteit te voeren.

Geachte experts, uw rapport vormt een basis voor een discussie. Ik wil u nog enkele concrete vragen voorleggen. Mijn mening over de grond van de zaak zal ik op het geëigend moment formuleren.

Ik zal beginnen met wat op de voorgrond komt. Het is niet eens het belangrijkste, want ik vind dat er een paar heel goede aanbevelingen staan in uw rapport die mij zelfs hier en daar doen nadenken, maar wat altijd op de voorgrond komt, is de termijn. Daar gaat ook mijn eerste vraag over. Het is natuurlijk ook geen onbelangrijk debat.

Jullie conclusie omtrent de termijn heeft zeker een waarde als aanbeveling, maar toch kan ik mij nog altijd niet helemaal ontdoen van het gevoel of de interpretatie die ik ook de vorige keer had, namelijk dat het hoe dan ook toch een beetje nattevingerwerk blijft. U beargumenteert waarom u nu uitkomt bij een termijn van achttien weken. Als eerste argument lees ik dat jullie het gevoel hadden dat er daarover al min of meer een consensus bestaat in de Kamer. Voor mij is dat geen wetenschappelijk argument. Ik weet overigens niet of die consensus er echt was geweest, mocht ieder in ethische vrijheid kunnen stemmen op dat moment. Dat argument kan, wat mij betreft, dus al worden genegeerd.

Het volgend argument dat jullie aanhalen, werd ook in de vorige discussie het vaakst aangehaald en begrijp ik wel. Het is het argument van de ongeveer 400 vrouwen waarvan wordt vermoed dat zij naar Nederland gaan omdat zij de geldende termijn in België overschreden hebben. Het woord "vermoed" gebruik ik niet zomaar, want al van in het begin, en zelfs bij de discussie in de vorige legislatuur, toen de regelgeving voor een stuk werd versoepeld – dat heb ik toen gesteund, voor alle duidelijkheid – hebben wij gevraagd naar een duidelijk wetenschappelijk onderzoek over wie die vrouwen precies zijn, aan welke termijn zij juist zitten als zij in Nederland komen en wat hun reden is. In jullie verslag geven jullie namelijk nog andere redenen voor een deel van die vrouwen. In een groot deel van de gevallen is de termijn overschreden, maar voor een deel van de vrouwen kan de reden evengoed de anonimiteit zijn, die men in Nederland verwacht. Dat kan een reden zijn.

Een andere reden kan zijn dat men gewoon vlakbij de grens woont en meer vertrouwen heeft in de abortuscentra in Nederland. Of men wil liever niet gezien worden omdat men een gewelddadige partner heeft. Er zijn echt wel verschillende redenen mogelijk die tot vandaag niet onderzocht zijn, waardoor het nattevingerwerk blijft om een antwoord te krijgen op de vraag hoeveel vrouwen we nu helpen.

Ik kom nu bij een tweede aspect aan die groep van 400 vrouwen. In het vorige debat werd ik al uitgescholden als een soort vrouwenhater toen ik daarover een vraag stelde. Ik hoop dat we hier tot de consensus kunnen komen dat het eigenlijke doel van het hele verhaal zou moeten zijn dat we zo weinig mogelijk vrouwen die moeilijke stap naar een abortus zien zetten. U hebt het in uw verslag ook over preventie. Dat had voor mij wat uitgebreider gemogen, maar het staat er toch in. Zeker als we het hebben over het soort abortus dat nodig is in een latere termijn van de zwangerschap hoop ik dat we mogen zeggen dat daar niet te licht over te gaan is en dat dat een enorme impact heeft op de vrouw. Ik hoop dat dat niet meteen al als vrouwonvriendelijk wordt gezien. Het lijkt mij eigenlijk zelfs vrouwvriendelijk om dat te zeggen.

Voor die 400 vrouwen waarover we het hebben en waarvan we nog steeds niet goed weten wie ze zijn, hoe lang ze zwanger zijn en hoeveel er geholpen zullen worden met een wetwijziging, moet het eerste opzet zijn hoe we ervoor kunnen zorgen dat hun aantal vermindert, dat de toegankelijkheid van abortus dermate goed is dat vrouwen er op tijd geraken. Hoe zorgen we ervoor dat vrouwen minder ongewenst

zwanger geraken, hoe zorgen we ervoor dat vrouwen onder druk van familie en omgeving niet in situaties terechtkomen waarin ze niet de mogelijkheid hebben om tijdig in een abortuscentrum terecht te kunnen?

Over geen van die vragen heeft het rapport vandaag enige duidelijkheid verschaft. Nochtans vind ik ze uiterst belangrijk, voor we als zogenaamde oplossing gewoon de termijn verlengen, waarbij we dan kunnen stellen dat we daarmee misschien 100, 200 of 300 vrouwen hebben geholpen, maar een week later opnieuw moeten discussiëren, omdat er mogelijk nog 100 vrouwen overblijven en we de termijn opnieuw moeten verlengen. Wat mij betreft, is dat de essentie van de discussie over de termijn. Die discussie wordt nog niet gevoerd, maar ik hoop dat dit het begin van het debat is en dat er nog momenten zullen zijn om daar verder op in te gaan.

Ik kom tot mijn vraag aan jullie over de termijn. Jullie beschrijven in het rapport heel duidelijk de verschillende mogelijke methodes om abortus uit te voeren, afhankelijk van de zwangerschapsduur. Dat is één van de belangrijke dingen die in het publieke debat zichtbaar moeten worden. Het heeft geen zin de dingen altijd deels te verzwijgen. U deed het daarnet ook weer, mevrouw. U hebt de derde mogelijkheid, waarvan u zei dat die vooruitgeschoven wordt na twaalf weken, niet echt beschreven. Ik wil u vragen om dat wel te doen. Ik vind immers dat wij echt wel moeten weten waarover wij het hier hebben. Ook de bevolking moet weten waarover wij het hebben.

Men mag niet vergeten dat de huidige wetgeving voor een groot deel gestoeld is op het principe dat men tot 12 weken – of eigenlijk 13 weken, want dat is hoe lang het volgens de huidige wetgeving kan – kan overgaan tot een curettage, wat een gigantisch minder invasieve ingreep is dan de ingrepen na die termijn.

De termijn die men vandaag hanteert, is eigenlijk de enige niet-nattevingertermijn. Men kan er voor of tegen zijn, maar het is geen nattevingertermijn. Het is een termijn die, als enige, compleet wetenschappelijk onderbouwd is, want dat is het moment waarop men overgaat tot een heel andere ingreep, zeker voor de foetus, en ook een heel andere ingreep voor de vrouw.

Eigenlijk zou ons doel moeten zijn om te vermijden dat een vrouw dat ooit moet meemaken. Dat zal natuurlijk nooit lukken. Ik heb veel doelen in de politiek, maar men haalt nooit alles. Dat moet echter wel ons doel zijn. Het gaat dus niet over: wij lossen het op, wij halen het uit de cijfers of wij trekken de termijn op, dan moeten wij ons daar niet meer slecht over voelen. Nee, zo simpel wil ik het echt niet stellen, want het gaat hier over een heel andere ingreep.

Dames en heren experts, ik vraag u dus om die methode toch eens heel juist te beschrijven. Ik denk dat dat nodig is, dat wij ons daar niet voor mogen verstoppen.

Wat ik nog belangrijker vind, zijn de mogelijke ingrepen in de tweede termijn van de zwangerschap. Dat is een wetenschappelijke vraag. Ik wil u specifiek vragen of u het dan letterlijk hebt over de grens van 12 of 13 weken, en niet 14 weken bijvoorbeeld. Dat is mijn vraag. Tot wanneer is een curettage mogelijk? Dat moment is niet exact, dat begrijp ik, maar ik kan mij wel voorstellen dat er een moment is waar men zich wetenschappelijk op richt. Dat dat niet op de dag exact is, kan ik begrijpen. Toch vraag ik om daar specifiek over te zijn, omdat ik dat nog altijd een belangrijk punt vind. Ik zie u dat niet ontkennen in uw verslag, voor alle duidelijkheid, maar ik wil het toch duidelijk stellen.

We kunnen echt wel poneren dat er een grotere psychologische impact is voor de vrouw naargelang de ingreep ingrijpender wordt. Ik vraag het u nog eens vlakaf, omdat ik hoop dat daar voldoende bewustzijn over is, zowel in de commissie als in het verdere debat. Ik herinner mij namelijk dat in het vorige debat over abortus, toen ik stelde dat psychologische hulp voor vrouwen gigantisch belangrijk is, zeker als we het zouden uitbreiden, ik werd uitgejouwd omdat ik daarmee vrouwen stigmatiseerde alsof abortus iets ergs was. U kan sommige van mijn vragen raar vinden, maar wie hier lang genoeg zit, weet dat men sommige vragen nog eens duidelijk moet stellen.

In uw rapport hebt u het over bepaalde waarnemingen van pijn bij de foetus. Wanneer kan die dat nu eigenlijk ervaren en wanneer niet? Er blijft blijkbaar discussie over bestaan. Klopt het dat daar op dit ogenblik in de wetenschap geen volledige eensgezindheid over is?

Dan kom ik tot de 409 vrouwen. Ik heb het al even aangehaald, maar stel nu een specifieke vraag. Men

houdt niet bij wat de zwangerschapsduur van die vrouwen was, waardoor we niet kunnen weten of de duur de enige reden was waarom zij de grens overstaken. Op basis waarvan gaat men ervan uit dat zij dit enkel en alleen doen omdat ze in België de wettelijke termijn hebben overschreden? Zijn er ook andere redenen denkbaar, zoals angst om een kennis tegen te komen of niet willen dat de abortus in het medisch dossier terecht komt? Terecht was dat een van de aanbevelingen die we moeten bekijken. Is het niet belangrijk dat we die groep verder onderzoeken en we, wat er ook met de wetgeving gebeurt, vooral op preventie moeten inzetten omdat we het er toch eens over zouden moeten zijn dat het beter niet zo ver komt?

Ik heb nog een vierde vraag. Wanneer een vrouw aan een medische aandoening lijdt, kan abortus nu ook nog na twaalf weken, iets wat wij altijd hebben gesteund. Interessant is dat uit uw rapport blijkt dat die mogelijkheid ook wordt toegepast voor vrouwen met ernstige psychische problemen of een drugverslaving. Ik begrijp dat. Het gaat dan vaak over heel schrijnende situaties, die worden aangehaald om te motiveren dat in zo'n geval een kind beter niet geboren wordt en dat de abortustermijn moet worden uitgebreid. U weet het misschien of niet, in andere discussies heb ik al vaker die kant van het verhaal verdedigd. Het gaat daar inderdaad over een heel kwetsbare groep en het is voor het kind sowieso beter dat het op een bepaalde aparte manier kan worden opgevolgd.

Los daarvan, lees ik dat eigenlijk goed in uw rapport? Als het vandaag al kan met de huidige wetgeving, waarom moeten we de abortustermijn daarvoor dan uitbreiden? Wat is, op basis van die gevallen, de noodzaak daarvoor? Ik vind het goed dat die uitzonderlijke gevallen vandaag tot een uitbreiding leiden. Wat is dus de nood daar? Waarom wordt de nood van het uitbreiden van de wettelijke termijn aan die cases gekoppeld?

Vervolgens wordt er aanbevolen om de huidige strafsancities te schrappen. Daar volg ik u niet helemaal. Ik zie ook niet goed waarom dat steeds naar voren wordt geschoven. Ik begrijp niet goed waarom men een wet zou maken zonder enige strafbepaling, dus zonder enige waarde. Dat was ook het voorstel dat vorige keer voorlag. Als men een wet maakt met duidelijke richtlijnen en duidelijke kaders, is het ook normaal dat die worden gehandhaafd. Als die wet wordt overtreden, moeten er gevolgen zijn. Ik volg dat niet helemaal. Hebt u ook onderzocht hoe de wetgeving op dat vlak in andere landen is?

Ik heb dezelfde vraag in verband met de aanbeveling om abortus te erkennen als een handeling van gezondheidszorg. Hebt u onderzocht hoe dat in andere landen geregeld is? Ook daar blijf ik een beetje terughoudend. Ik heb de uitbreiding vorige keer gesteund, en met overtuiging, om het deel van de wettelijke abortus uit het strafrecht te halen. Dat was op zich eerder een symbolische actie, waardoor niet zoveel veranderd is op het veld. Ik steunde het wel, omdat ik het ermee eens ben. Bij de nood om dat als een geheel in de gezondheidszorg onder te brengen, zie ik echter enkele risico's. Hebt u ook naar andere landen gekeken?

Ik weet dat mijn volgende vraag niet mag worden gesteld, maar ik blijf ervoor ijveren dat wij alles mogen aanraken, al is het maar om tot een besluit te komen waarin alles is besproken. Er zijn twee zaken die in het rapport niet echt worden aangehaald of in ieder geval niet worden gevolgd.

Een eerste punt is de kans op geslachtsselectie na een bepaalde periode. Voor de duidelijkheid, ik zeg absoluut niet dat dat gigantisch vaak gebeurt, maar wij weten wel dat het gebeurt. Er zijn daarover onlangs trouwens nog krantenartikels verschenen. Dat is een trend die wij meer en meer zien: het krijgen van een baby zoals we die wensen. Dat kan ook een argument voor abortus zijn. Dat is het niet voor de grote meerderheid, maar aangezien wij ons hier ook fixeren op de kleine groep vrouwen die boven de termijn gaan, moeten wij evengoed inzoomen op dat soort zaken. Wat is daarover het standpunt van het expertencomité?

Ik heb ook nog een vraag die voortvloeit uit een vaststelling die blijkt uit de jaarverslagen van de abortuscentra, jaar na jaar. Er is ooit een jaar geweest waarin men het aantal terugkerende abortussen had opgenomen van vrouwen die voor een tweede, derde, vierde, vijfde of zesde keer een abortus hadden ondergaan. Dat waren redelijk schokkende cijfers. Daarom vind ik het wel belangrijk dat u de aanbeveling behoudt dat er rond anticonceptie wordt gewerkt wanneer een vrouw binnenkomt. Het valt mij op dat men, nadat daar wat commotie rond was, dat soort gegevens niet meer meegeeft. Ik vind dat nochtans ook een deel van het debat. Wat is uw standpunt daarover?

Ik heb daarmee de vragen gesteld die ik in eerste instantie wilde stellen. Het kan zijn dat er nog meer

vragen komen, maar mogelijk duurt de commissievergadering daar niet lang genoeg voor. Ik zal eindigen zoals ik ben begonnen. Laat dit het begin van een debat zijn. Ik hoop dan ook niet om straks alle standpunten in het rond te horen vliegen. De facto kunnen die standpunten er immers eigenlijk nog niet zijn, als men naar elkaar zou luisteren.

01.11 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Je serai plus courte pour permettre à ma collègue Eva Platteau de faire elle aussi une courte intervention.

Je remercie le comité interuniversitaire en charge de l'étude et toutes leurs équipes.

L'accord de majorité annonçait qu'un comité scientifique multidisciplinaire indépendant serait désigné pour mener une étude et une évaluation sur la pratique de la législation actuelle en Belgique. C'est chose faite après des mois de travail.

En tant qu'écologistes, nous ne sommes pas déçus, loin s'en faut. Nous reconnaissons l'excellence du rapport, sa clarté et la lisibilité de ses informations ainsi que la solidité de ses conclusions et recommandations. Il est rare d'avoir accès à des informations scientifiques aussi facilement appropriables, étant des parlementaires non-experts en la matière.

Ce qui est aussi remarquable sans être une surprise est que le processus semble avoir été mené dans la confiance et la sérénité - vous l'avez souligné aujourd'hui - et que les recommandations sont portées à l'unanimité. Nous n'étions pas sûrs de trouver cela dans le rapport et vous nous l'offrez aujourd'hui, ce que nous saluons.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est la transparence du rapport sur ce qui a fait débat ainsi que sur les différentes options qui ont été mises sur la table. C'est finalement la position finale que vous avez choisi d'orchestrer entre vous. Pour un débat démocratique qui sera celui mené à la Chambre, cette transparence est importante.

Ce rapport est si clair que nous n'avons que peu de questions, en tant qu'écologistes. Nous partagerons dès lors quelques réactions à la lecture de ce rapport.

Tout d'abord, l'IVG est d'emblée considérée comme un enjeu de santé publique et c'est votre première recommandation, il est important de le rappeler. C'est un point sur lequel nous nous positionnerons au cours des débats qui nous attendent. Il est question de la santé des femmes. Il est important que ce positionnement nous soit commun à tous dès le commencement des débats.

Ensuite, vous mettez l'accent sur la prévention. Pour nous, écologistes, il est important de rappeler qu'il est souhaitable que l'on ait recours à l'IVG le moins possible. Vous rappelez dans votre intervention que la Belgique est plutôt un bon élève en cette matière car il s'y fait assez peu d'IVG (8,8/1000 femmes). C'est plutôt un bon score.

Nous devons bien sûr essayer de faire encore mieux, et vous avez plusieurs recommandations qui vont dans ce sens-là, qui sont intéressantes et pour lesquelles les textes existent déjà: la gratuité étendue pour la contraception et faciliter l'accès à la contraception d'urgence. Les textes, portés par des écologistes, des partenaires de la majorité ou de l'opposition, sont là. Nous pourrions donc avancer rapidement sur ces recommandations.

Un troisième élément central de vos recommandations est d'élargir les conditions d'accès à l'avortement, la dépénalisation pour les femmes, et partielle pour les médecins. En effet, si nous voulons avancer sur la prévention, il faut être conscient que l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sera toujours nécessaire pour des femmes. À ce titre, votre rapport est très clair et étayé. Il fait directement écho au rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui recommande de supprimer tous les obstacles politiques à l'avortement sécurisé, tels que la criminalisation, la période d'attente obligatoire, l'obligation d'obtenir l'autorisation de tiers et les limites quant au moment de la grossesse où l'avortement peut être pratiqué.

Votre rapport rentre directement en ligne avec ces recommandations de l'OMS: vous proposez un délai de 18 semaines - qui est le délai minimum que les experts ont mis sur la table -, une disparition de l'obligation du délai de réflexion, l'autonomie du choix des mineures d'âge, la décriminalisation de l'IVG

pour les femmes, par exemple. Vous basez vos recommandations sur la confiance faite aux femmes et aux équipes de soins, et je trouve que c'est un message essentiel.

La confiance faite aux femmes est symbolisée par la suppression du délai de réflexion, le respect accru pour le choix des mineures d'âge, ne plus obliger les femmes à recevoir des informations non sollicitées, etc. Et pour la confiance faite aux médecins, il s'agit de leur laisser le choix des pratiques qui seront proposées aux patientes.

Le docteur Emonts, notamment, a fort insisté sur la protection des plus fragiles. Il est tellement important pour les politiques que nous sommes de toujours avoir en tête comment protéger les plus fragiles d'entre nous. Plusieurs de vos recommandations, notamment sur la gratuité de l'IVG et l'augmentation du nombre de semaines, vont dans ce sens-là, et je pense que cela devra être très présent quand nous commencerons le débat politique.

Je terminerai en donnant notre avis d'écologistes sur le rôle de ce rapport dans le débat politique.

Comme cela a été dit, on n'est pas aujourd'hui au cœur du débat politique, on reçoit vos recommandations. Mais il est important de rappeler que, face au recul des droits des femmes dans plusieurs pays européens et, plus largement, dans plusieurs pays occidentaux tels que les États-Unis, un rapport de ce type est pertinent bien au-delà du débat intrabelge. Toutefois, au niveau du débat intrabelge, l'accord de majorité appelait à ce que ce rapport soit la base d'un travail politique.

Ce rapport avait pour but de dépassionner le débat en l'objectivant, et nous pensons qu'il peut et qu'il doit jouer ce rôle. Et il joue déjà ce rôle: on a entendu plusieurs familles politiques ouvrir le débat et dire qu'elles étaient prêtes à faire bouger les lignes. Nous allons entamer ce débat. Notre position, en tant qu'écologistes, est bien évidemment claire depuis très longtemps: nous avons un texte qui a été proposé à la Chambre, nous avons été partenaires du débat qui a eu lieu avant l'avènement de la Vivaldi pour essayer d'ouvrir les conditions d'accès. La position des écologistes est donc claire.

Ce rapport vient en soutien de notre position et la renforce. Il est donc assez clair que les écologistes écoutent la science et soutiennent l'ensemble des 25 recommandations proposées aujourd'hui comme étant la base d'un débat politique. Nous n'accueillons pas ce rapport comme une *shopping list* et estimons qu'il s'agit d'un rapport cohérent, au service des droits des femmes et de leur santé.

Pour conclure, je pense que nous avons aujourd'hui, grâce à votre travail, l'occasion d'avancer ensemble sur la base de la science, et que nous devons nous efforcer d'être à la hauteur du travail qui a été effectué par les scientifiques. Vous avez terminé votre intervention en disant qu'il fallait écouter les femmes et écouter la science. En tant que législateur, nous sommes capables, sur cette base-là, d'avancer ensemble, et nous nous réjouissons de le faire dans les semaines à venir.

01.12 Patrick Prévot (PS): Tout d'abord, je vous remercie toutes et tous, au nom du Parti socialiste, pour le travail remarquable qui a été effectué. Cela fait de nombreuses années que nous souhaitons avancer dans cette législation et, aujourd'hui, nous sommes bien évidemment ravis de ce rapport qui apporte une véritable caution scientifique au débat - nous en avons besoin. Nous en avons besoin pour dépassionner le débat et ramener une expertise, votre expertise, et je vous en remercie.

Ce rapport est remarquable pour ce qui est de la méthode que vous avez élaborée, qui permet de sortir des poncifs, des dogmes et qui ne s'en tient qu'à la science. Je ne suis moi-même pas un scientifique et je ne suis d'ailleurs pas qualifié pour remettre aujourd'hui en cause la rigueur et le travail scientifique qui a été le vôtre.

Ce travail est également remarquable par votre volonté de réunir votre expertise autour de la recherche d'un consensus et, surtout – on le sent, même dans les écrits –, par le respect qui en a été le fil conducteur. Enfin, il est remarquable par l'étendue de votre recherche. Vous aviez la liberté académique d'aller où bon vous semblait et vous l'avez fait puisque vous êtes partis du remboursement de l'IVG pour aller à la formation des médecins, en passant par la disponibilité des médicaments, la problématique des médicaments d'anesthésie des mineurs, l'état de la législation internationale, le patriarcat, et j'en passe. Vous n'avez mis aucun tabou ni limite.

D'ores et déjà, je tiens à vous dire que votre travail a pesé, et j'espère qu'il pèsera encore, dans les débats parlementaires. Par ce travail remarquable vous avez déjà eu une influence. Des partis qui ne bougeaient pas d'un iota leur position depuis des années se sont déjà spontanément déclarés favorables à une évolution. Pour cela, vous avez déjà pleinement réussi votre mission. J'espère que cette caution académique nous permettra d'aller au-delà et de pouvoir avoir une véritable avancée en faveur du droit des femmes. En effet, et ce sera le dernier élément pour lequel je vous remercierai dans mon introduction, vous avez toutes et tous mis la femme et ses libertés au centre de vos interventions. C'était essentiel.

Les remerciements ayant été adressés, je vais passer directement aux questions point par point en fonction de celles qui me paraissent les plus importantes.

Par rapport à la reconnaissance de l'avortement comme soin de santé qui est une donnée très importante de votre rapport, puisque toute une série de recommandations peuvent trouver écho dans l'intégration de l'avortement dans le champ et la législation des soins de santé, vous écrivez qu'un seul membre du groupe n'a pas soutenu cette recommandation. Des arguments concrets ont-ils été avancés dans le cadre de cette opposition? Pourquoi le comité a-t-il estimé devoir maintenir cette recommandation?

Outre la protection liée aux droits du patient, le rapport met également en avant le fait qu'intégrer l'avortement dans les soins de santé permettrait d'établir des critères de qualification et de compétences pour les prestataires concernés. Qu'en est-il actuellement? Si l'intégration ne devait pas se faire, la mise en place de tels critères devrait-elle être envisagée par ailleurs?

Dans le cadre de l'information aux patientes, l'intérêt d'une inscription dans le champ des soins de santé apparaît aussi clairement, puisque les bonnes pratiques médicales, la déontologie et les lois relatives à la santé garantissent justement des devoirs en matière d'information aux patients. C'est une manière de garantir le consentement éclairé de la patiente, qui est important. L'intégration dans la loi de santé est-elle selon vous un gage de meilleure information?

Le délai d'attente est aujourd'hui de six jours. Vous avez envisagé deux pistes à ce propos: la suppression pure et simple du délai ou l'instauration de l'obligation de ne pas effectuer l'interruption le même jour calendrier que la première consultation. La recommandation visant la suppression du délai d'attente de six jours pour pratiquer l'interruption volontaire de grossesse a été formulée sur la base d'études et de recherches mettant en avant les conséquences négatives de cette attente pour toute une série de femmes, qui ressentent cela comme une perte de contrôle, un sentiment de détresse. D'autres études démontrent en parallèle un grand degré de certitude chez la grande majorité des femmes qui demandent un avortement, et cela même avant la première consultation. L'Organisation mondiale de la Santé déclare que le délai d'attente obligatoire peut avoir pour effet de retarder certains soins et de dévaloriser les femmes dans leurs compétences décisionnelles. Qu'en est-il de ce délai d'attente au niveau international?

Concernant le consentement et la représentation des mineures d'âge, vous estimez nécessaire d'autoriser explicitement le personnel soignant à pratiquer un avortement à la suite de la demande d'une mineure capable de jugement. Confirmez-vous que la majorité des praticiens partagent ce point de vue? Vous indiquez que certains anesthésistes semblent réticents, comment l'expliquez-vous? Comment envisagez-vous cette autorisation explicite? Cela pourrait se faire dans le cadre de la législation sur le droit des patients. Nous avons d'ailleurs récemment adopté une résolution pour moderniser cette législation. Envisagez-vous d'autres options dans ce cadre précis?

J'en viens aux sanctions pénales. Le comité recommande de décriminaliser explicitement l'obtention par une femme enceinte d'une IVG. Au Parti Socialiste, nous avons toujours considéré qu'il n'était pas justifié de sanctionner les femmes qui cherchent à obtenir un avortement, dès lors que l'accès à un avortement sécurisé est un droit humain élémentaire. Dans le rapport, vous évoquez le consensus sur les droits humains qui s'oriente vers la dépénalisation. Pouvez-vous nous éclairer sur ce fameux consensus? Sur quelles bases le comité a-t-il pu constater qu'il s'agissait d'un consensus à ce niveau? Par ailleurs, il s'agit d'une sanction qui ne trouve aucune application devant les cours et tribunaux, et qui resterait donc purement théorique. Là aussi, le comité peut-il nous le confirmer?

Un autre point très important est central dans la législation à moderniser. J'ai entendu certaines

collègues spécialistes des techniques d'IVG. Ce sont des méthodes en perpétuelle évolution. Confirmez-vous qu'un seul membre du groupe de travail estimait que la limite des 18 semaines ne devait pas être dépassée? Tous les autres membres estimaient-ils que la limite devait être supérieure? Le comité a-t-il dès lors décidé de formuler un consensus autour des 18 semaines, eu égard à l'opposition d'un des membres?

Quels sont les arguments pour lesquels le comité scientifique n'a pas soutenu une prolongation à 20 semaines? Peut-on connaître le nombre de membres qui ont avancé ces arguments? On parle souvent des questions de viabilité fœtale et de la perception même de la douleur. Dans le rapport, on peut lire que la perception de la douleur, même si la science est en perpétuelle évolution, se développerait plutôt entre 22 et 26 semaines. Le chiffre qui revient le plus souvent est 22 semaines, compte tenu du faible taux de survie avant cet âge. Une marge de sécurité a donc été prise par le comité. Cette marge est importante par rapport au délai que vous recommandez. Confirmez-vous cela?

Vous évoquez également la nécessité de distinguer la viabilité *in abstracto* et *in concreto*. Pourriez-vous, là aussi, nous réexpliquer ce concept?

Un argument souvent avancé pour ne pas défendre l'extension du délai de l'IVG est le risque qu'un avortement soit demandé en raison du sexe de l'enfant. Nous en avons encore entendu parler, il y a quelques mois, dans l'enceinte du Parlement. Au vu de l'existence aujourd'hui du test prénatal non invasif (NIPT), qui peut être demandé dès 9 ou 10 semaines de grossesse, soit bien avant le délai actuellement prévu de 12 semaines, n'estimez-vous pas, en tant que scientifique, que cet argument ne vaut plus et que, dès lors, il est complètement sans objet et éculé?

Toujours dans ce même paragraphe, préconisez-vous un encadrement spécial de la pratique à partir d'un certain délai? On parle du fameux délai des 14 ou 15 semaines. Là aussi, pourriez-vous nous expliciter cela?

Vous avez également abordé la formation et la disponibilité des praticiens de santé. Très concrètement, comment expliquer la pénurie actuelle de praticiens pratiquant l'avortement? Quels sont, selon vous, les freins actuels au sein de la profession et quels seraient les principaux incitants à mettre en place, selon vous et les professionnels de la santé?

Pourriez-vous définir les qualifications nécessaires pour pratiquer des avortements en toute sécurité? Dans le rapport, il est question de pouvoir identifier des activités pour lesquelles on peut envisager d'associer aux médecins des professionnels de la santé pour la prestation de services. Il peut par exemple s'agir de sages-femmes ou d'infirmières, en particulier pour les avortements médicamenteux du premier trimestre. Cette recommandation a-t-elle fait l'objet de discussions avec les praticiens de l'avortement, en particulier avec les médecins?

Je saisis cette occasion, en tant que législateur, car nous avons actuellement une proposition de loi afin de permettre à des professionnels autres que les médecins de distribuer la pilule du lendemain dans les centres de planning familial. Nous avons déjà dû faire face à la réticence de certains médecins. Estimez-vous que cela doit continuer à être défendu dans la lignée de la recommandation formulée?

Proposer des services d'avortement à distance aux patientes qui le souhaitent. Là aussi, à la suite du travail mené, quels sont les éléments positifs pouvant être mis en avant pour les femmes concernées, d'une part dans le cadre des entretiens à distance, d'autre part dans le cadre du suivi à distance pour les avortements médicamenteux? Enfin, selon vous, quels sont les éléments devant faire l'objet de l'attention des professionnels concernés lorsqu'ils proposent un tel suivi?

Quant à la facilitation de l'accès à la mifepristone et au misoprostol, là aussi, vous demandez une facilitation de l'accès à ces deux produits pour les centres extrahospitaliers. Quels sont les écueils actuellement rencontrés par les centres dans cet accès et les conséquences éventuelles pour les patientes? Comment concrètement faciliter cet accès selon vous?

Enfin, en ce qui concerne la collecte de données et les missions de la Commission nationale d'évaluation relative à l'interruption de grossesse, comment expliquez-vous les manquements actuels à l'enregistrement des données pertinentes dans le chef des praticiens de l'avortement dans notre pays? Quelles sont les principales données faisant encore défaut dans notre pays selon vous? Enfin, quelles

mesures concrètes devraient-elles être prises pour les inciter, les aider à enregistrer de manière précise les données relatives aux avortements?

01.13 **Marijke Dillen** (VB): Mevrouw de voorzitter, ik dank de verschillende sprekers voor hun uiteenzetting.

Het zal u niet verwonderen dat ik het rapport en de daarin geformuleerde aanbevelingen met veel interesse heb gelezen. Ik zal mij focussen op wat voor ons de belangrijkste aanbevelingen zijn: ten eerste, de uitbreiding van de termijn voor vrijwillige zwangerschapsafbreking zonder medische indicatie van 12 naar minstens 18 weken, ten tweede, de aanvaarding van mentale problemen als medische redenen, waarbij we rekening moeten houden met het gegeven dat in de huidige wetgeving helemaal geen termijn staat voor abortus om medische redenen en, ten derde, de wijziging van het element "zekerheid in verband met de ernstige medische aandoening" naar "grote waarschijnlijkheid".

Het zal u niet verwonderen dat die drie aanbevelingen voor onze fractie absoluut onaanvaardbaar zijn. Ten eerste, wat de uitbreiding van de termijn van 12 naar 18 weken betreft, heb ik uw argumentatie met aandacht gelezen, maar die kan mij niet overtuigen. Het is trouwens ook niet echt duidelijk op welke criteria u zich hier baseert. Een van de criteria zou zijn dat er een consensus zou bestaan bij de meerderheid of minstens bij de indieners, maar zoals collega Van Peel ook heeft gezegd, is dat natuurlijk geen wetenschappelijk argument.

We mogen toch niet vergeten dat het vanaf het tweede trimester van de zwangerschap om een veel zwaardere en bijzonder ingrijpende handeling gaat. Vindt u dat dan niet belangrijk? Er zijn verschillende methodes om in een latere termijn een abortus uit te voeren. U hebt daarvan een klein overzicht gegeven, maar een zaak staat vast: ze zijn allemaal even onmenselijk. Zowel voor de vrouw als voor de foetus is dat een heel ingrijpende ingreep. Het gaat hier niet over een eenvoudige curettage. Ofwel is het een minibeving, waarna men de baby laat sterven, ofwel is het een echte operatie, waarbij de foetus met instrumenten in stukken wordt gesneden en wordt verwijderd.

Om die redenen besliste meer dan 85 % van de Europese landen om de abortusperiode te beperken tot drie maanden zwangerschap en dat wordt hier, collega's, dames en heren sprekers, allemaal zomaar naast zich neergelegd.

Ik herhaal dat voor de vrouw zelf het fysieke en psychologische effect veel groter is. De zwangerschap is immers al veel verder gevorderd. Dat laat diepe sporen na. Ook de gezondheidsrisico's zijn veel groter.

Specialisten waarschuwen ook voor toekomstige ernstige risico's voor de vruchtbaarheid en voor de mogelijkheid om opnieuw zwanger te kunnen worden, alsook voor het verloop van toekomstige zwangerschappen. Ook de kans op een latere vroeggeboorte is heel reëel. Al die argumenten werden ons hier door specialisten aangereikt naar aanleiding van de bespreking van de wetsvoorstellen. Daarvan vind ik weinig of niets terug in het voorliggende rapport.

Eigenlijk vindt u het normaal dat de juridische notie van abortus, zoals wij ze vandaag kennen, ter discussie wordt gesteld en dat abortus wordt gebanaliseerd tot een gewone medische handeling en een gewone medische ingreep.

Collega's, dat is abortus absoluut niet. Abortus heeft geen medisch doel, met uitzondering van eventuele medische indicaties, waarop ik straks terugkom. Abortus is op zich geen medische handeling die de vrouw moet kunnen afdwingen. Abortus is niet hetzelfde als de verwijdering van een appendix of de plaatsing van een nieuwe knie. Collega's, het gaat hier over leven en dood.

Ik durf hier te verwijzen naar iets wat ik ook niet in het rapport heb teruggevonden, namelijk de petitie van de zorgverleners, die aan de commissie werd overhandigd. Er staat uitdrukkelijk in dat zij diep vanbinnen voelen dat abortus absoluut geen triviale daad is. Zij stellen dan ook de vraag op welke basis het medisch personeel moet weigeren een abortus uit te voeren of eraan deel te nemen, wanneer zelfs de wetgever geen ethisch verschil kent tussen abortus en een banale operatie om een appendix te verwijderen.

Ik vind hierop spijtig genoeg geen antwoord terug in uw rapport en de aanbevelingen. Collega's, ik kan in ieder geval wel vaststellen dat er bij veel gynaecologen op het terrein weinig enthousiasme bestaat over dit voorstel tot uitbreiding wanneer ze beseffen welke methodes ze zullen moeten toepassen. Er is ook geen maatschappelijk draagvlak voor die uitbreiding en ook daarover staat er weinig of niets in dat rapport.

Nogmaals, het voorliggende voorstel in de aanbeveling over de uitbreiding van de termijn gaat regelrecht in tegen de bekommernis van gezondheidswerkers, wier roeping het is om levens te redden op basis van de eeuwenoude eed van Hippocrates. Bij hen blijft een zeer grote bezorgdheid leven. Het zal u niet verwonderen dat de Vlaams Belangfractie zich zal blijven verzetten tegen de uitbreiding van de abortustermijn. Wij baseren ons hiervoor op het fundamentele principe dat men geen mens mag doden, ook geen ongeborn kind.

Ik kreeg ook geen antwoord op de vraag vanaf welk moment een foetus wetenschappelijk gezien als mens wordt aanzien. Ik ben geen wetenschapper, ik ben slechts een simpele jurist, maar voor mij is dat vanaf de eerste dag van de conceptie. Wetenschappelijk gezien wordt de grens blijkbaar vastgelegd op twaalf weken, omdat de foetus vanaf het tweede trimester systemen ontwikkelt waardoor die wel pijn en stress kan ervaren.

In het rapport staat dat er een wetenschappelijke consensus bestaat over het feit dat de foetus geen pijn zou ervaren. Ik stel die beweerde wetenschappelijke consensus in vraag, want in de wetenschappelijke literatuur zijn er steeds meer aanwijzingen dat pijnbeleving al voorkomt vanaf het tweede trimester. Men stelt in die literatuur dan ook terecht dat pijnbeleving niet alleen mag worden geassocieerd met huilen of bepaalde gelaatsuitdrukkingen. Er zijn immers andere systemen waarmee pijn en stressbeleving tot uitdrukking komen. Bij foetussen bijvoorbeeld kunnen er vanaf het tweede trimester al hormonale of hemodynamische responsen worden waargenomen. Daar wordt geen aandacht aan besteed.

Een ander argument bij de levensvatbaarheid is dat de grens vandaag wetenschappelijk gezien op 24 weken ligt. We mogen evenwel niet uit het oog verliezen dat er de laatste jaren zeer grote wetenschappelijke vooruitgang is geboekt. Ik ga ervan uit dat de medische ontwikkelingen in de toekomst nog groter zullen worden. Ik denk bijvoorbeeld aan het vergaand wetenschappelijk onderzoek naar de ontwikkeling van een kunstbaarmoeder, die in de toekomst de grens van de levensvatbaarheid kan verschuiven. Met die wetenschappelijke evolutie voor ogen is het perfect mogelijk dat binnen afzienbare tijd de grens van de levensvatbaarheid nog zal verlagen en misschien maar 18 weken zal bedragen. Wanneer dat realiteit wordt, zal dat medisch gezien grote gevolgen hebben. Zult u deze commissie dan voorstellen om die wet of althans de voorliggende voorstellen terug te schroeven? Ik ben niet naïef en geloof dat niet.

Nog een andere bedenking bij dit punt is dat dit voorstel voortkomt uit een ideologie die het ongeborn kind elk recht op leven ontzegt. Ik wil heel duidelijk de aandacht vestigen op artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Deze visie druist daar rechtstreeks tegen in. De bescherming van het recht van ieder persoon op leven heeft de hoogste waarde in de hiërarchie van de rechten van de mens. Dat is een vast standpunt van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Waarom zou dat dan niet gelden voor het ongeborn leven dat zich op de grens van levensvatbaarheid bevindt? Ik vind geen antwoord op die vraag in de aanbevelingen in dit rapport.

Een tweede punt betreft de mentale problemen. In de huidige wetgeving staat er geen termijn op een abortus om medische redenen. Dat staat vandaag voor alle duidelijkheid ook niet ter discussie. Wanneer echter ook mentale problemen opgenomen worden als zogenaamd medische redenen, dan zet u, dames en heren experts, de deur wagenwijd open om abortus tot de laatste dag mogelijk te maken. Wat zijn immers mentale problemen? Zoals uit de aanbevelingen blijkt, gaat het niet enkel om een ernstige psychiatrische aandoening, maar kan en mag dit begrip zo ruim worden geïnterpreteerd dat zowat alles onder die noemer kan vallen. Het gaat bijvoorbeeld over armoede. Ik beseef heel goed dat het voor een zwangere vrouw niet vanzelfsprekend is om een kind op te voeden in armoede, maar weegt dat genoeg op de mentale gezondheid en is het voldoende ernstig om een abortus te rechtvaardigen?

Verder gaat het bijvoorbeeld om de drang naar een perfect kind. Als uit de onderzoeken blijkt dat een vrouw zwanger is van een kind dat niet beantwoordt aan wat zij als de absolute perfectie beschouwt,

kan dat worden gecatalogeerd onder mentale problemen die een reden vormen voor een abortus?

Wat met bijvoorbeeld een verkeerd geslacht? We weten allemaal dat na twaalf weken het geslacht gekend is, maar is een geslachtselectieve abortus verantwoord? Ik heb al drie zonen en ben nu weer zwanger van een zoon, dat past me mentaal niet, want ik had nu liever een dochter, dus plegen we maar abortus. Zo'n verhaal is voor ons werkelijk onaanvaardbaar, maar zoals het hier in uw aanbevelingen voorligt, zou dat onder de mentale problemen kunnen vallen die aanleiding geven tot abortus. Dat komt neer op genderdiscriminatie in zijn vroegste vorm. Ik wijs nogmaals op een rapport van het Europees Parlement, dat uitdrukkelijk bepaalt dat genderselectieve praktijken, waartoe genderselectieve abortus behoort, een schending vormen van de mensenrechten. Dat zou alleen verhinderd kunnen worden als het verboden zou worden om het geslacht kenbaar te maken. Dan vervalt dit argument natuurlijk, maar daarover zwijgt het rapport in alle talen en ik geloof niet dat daar veel animo voor is.

Wat met het dilemma als een moeder met mentale problemen de dag voor een geplande abortus op bijvoorbeeld 34 weken bevalt en dus geen gebruik meer kan maken van het argument van de mentale problematiek als reden voor een abortus?

Als dat kind geboren wordt en de moeder in haar wanhoop beslist om het kind te doden, dan is zij strafbaar en moet die moeder voor het hof van assisen terechtstaan voor kindermoord. Als echter op datzelfde levensvatbaar kind een abortus wordt uitgevoerd volgens de nieuwe aanbevelingen, dan is dat juridisch gezien helemaal geen probleem. U moet toch toegeven dat daar duidelijk iets wringt. Het resultaat is dat het in de praktijk mogelijk wordt om het leven van een perfect gezond levensvatbaar kind te beëindigen zonder een acute dreiging voor de gezondheid van het kind of van de moeder, op basis van de huidige aanbevelingen. Dat gaat voor ons werkelijk te ver.

In een derde punt wil ik het begrip "grote waarschijnlijkheid" aansnijden. Ook daarover heb ik heel veel vragen, want ik vind absoluut geen antwoord terug in de aanbevelingen. Wat houdt dat begrip in? Wie gaat dat bepalen? Daarover bestaat heel veel onduidelijkheid. Het argument dat geneeskunde altijd gebaseerd is op kansen, is hier niet van toepassing. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen een aandoening en de weerslag daarvan op het ongebooren kind. Bijvoorbeeld, stel dat bij hersenschade pas op 28 weken de weerslag ervan vastgesteld kan worden, dan is het begrijpelijk om tot dan af te wachten om de zwangerschap eventueel af te breken, in plaats van alle zwangerschappen op basis van een kans vroeger af te breken.

Hoe wordt die kans op een ernstige aandoening omschreven? Hoe groot moet die kans zijn, 40 %, 50 %, 75 %, 90 %? Ook daar vinden we geen antwoord op terug.

Wat als er tijdens de bevalling iets misloopt? Als voorbeeld vernoem ik een ernstig zuurstoftekort, iets wat in de praktijk helaas nog altijd voorkomt, waardoor het kind zwaar mentaal gehandicapt wordt. Kan dan nog tijdens de bevalling een abortus worden uitgevoerd? Dat zijn allemaal zeer onduidelijke elementen, waarover in uw rapport niets teruggevonden kan worden. In elk geval laat die vaagheid elke interpretatie toe, en opnieuw de mogelijkheid een abortus uit te voeren tot de laatste dag van de zwangerschap.

Verschillende andere argumenten die het pleidooi tot een termijnverlenging trachten te ondersteunen, zijn geen gegronde argumenten. Ik vernoem het argument dat er sprake kan zijn van discriminatie en dat het gelijkheidsbeginsel wordt geschonden. Als voorbeeld wordt altijd aangehaald dat gegoede vrouwen kunnen uitwijken naar Nederland, terwijl minder gegoede vrouwen die mogelijkheid niet zouden hebben. Dat is volgens mij evenwel een oneigenlijk gebruik van het gelijkheidsbeginsel

Op jaarbasis zouden er ongeveer 500 vrouwen van ons land naar Nederland uitwijken om een abortus te laten doen. Die doelgroep is nooit onderzocht. Wie zijn de vrouwen die naar Nederland gaan? Wat is hun profiel? Hoe ver in hun zwangerschap waren ze? Gaat het om sociaal zwakkeren? Waarom hebben die mensen zo lang gewacht? Gaat het misschien om vrouwen die om privéredenen naar Nederland uitwijken om een abortus te laten uitvoeren, misschien uit schrik om in ons land herkend te worden? Dat is allemaal niet onderzocht. Dat zou toch ook wel wenselijk zijn, indien dat als argument wordt gebruikt.

Het probleem is niet dat vrouwen in ons land geen afbreking later in de zwangerschap kunnen doen,

maar wel dat Nederland in de praktijk het buitenbeentje van Europa is. Ook daarvoor is geen aandacht in dit rapport. Van de 193 landen in de wereld laten 6 landen abortus zonder medische redenen na 20 weken toe of zelfs zonder termijn.

Moeten we ons dan gaan vergelijken met Nederland, waar er een buitengewoon vergaande abortusregeling bestaat? Het antwoord van onze fractie is heel duidelijk neen. Wat hier vandaag als aanbeveling op tafel ligt, is absoluut niet in overeenstemming met wat de meerderheid van de landen in de realiteit toepast.

Als we een eerlijke vergelijking willen maken, moeten we ons vergelijken met de andere landen in Europa en de wereld. Uit die vergelijking blijkt dat de gemiddelde termijn voor zwangerschapsafbreking varieert tussen de tien en de twaalf weken. Dat wordt dus zowel Europees als mondiaal als voldoende en als een redelijke termijn beschouwd.

Ik heb ook zeer ernstige bedenkingen bij de afschaffing van de bedenktijd. Vandaag bedraagt de bedenktijd zes dagen. In de voorstellen die hier ter discussie liggen, wordt dat herleidt tot 48 uur. In uw aanbevelingen lees ik dat u die bedenktijd zelfs wenst af te schaffen. Er is met andere woorden geen mogelijkheid meer om te informeren over alternatieven of hulp.

Collega's, dames en heren, de kans is echter reëel dat de vrouw die zich tot een abortus wendt, dat doet in een vlaag van paniek en misschien op het punt staat een overhaaste beslissing te nemen. De bedenktijd herleiden tot 48 uur of zelfs helemaal afschaffen, is volgens ons een absoluut verkeerd signaal. Er is geen enkel ander land dat de termijn tot 48 uur wil verkorten, laat staan afschaffen. Zelfs het op dit vlak zo progressieve Nederland heeft nog altijd een bedenktijd van vijf dagen.

Het is dan ook onbegrijpelijk dat de verplichting om te informeren over alternatieven of mogelijke hulp wegvalt en volledig afwezig blijft in dit debat. Het is evenwel heel belangrijk dat de vrouw grondig wordt ingelicht over de ingreep en de alternatieven om te voorkomen dat ze spijt krijgt. Dat kan met een aanbod, bijvoorbeeld, van alle professionele, psychologische, familiale, relationele, sociale hulpmiddelen. Het is heel belangrijk dat er een multidisciplinair team aanwezig is om alles in het juiste perspectief te plaatsen, zowel familiaal als professioneel.

De afschaffing van de bedenktijd is werkelijk onaanvaardbaar: de huidige bedenktijd moet behouden blijven om zo de arts ervan te overtuigen dat het de vaste en vrije wil is van de vrouw in kwestie. Ook de aandacht voor alternatieven ontbreekt: ik vind hier weinig of niets over terug. Ik ben ervan overtuigd dat een deel van de vrouwen – u hoort mij niet zeggen: allemaal – zal afzien van het voornemen om tot abortus over te gaan, eens zij terdege zijn geïnformeerd over het bestaan van de hulpverlening en mogelijke alternatieven. Ik durf hier een gezaghebbende stem te citeren. U zult de dokter in kwestie kennen zeker kennen. Het gaat om dokter Chantraine, die stelt: "Na zes dagen bedenktijd heeft een reeks patiënten die een abortus wenste, hun kind uiteindelijk behouden, en een andere reeks heeft de moed gehad om hun kind ter adoptie te plaatsen in plaats van het te laten aborteren."

Ik maak even een typerende vergelijking. Voor een onlinebestelling van een paar sneakers heeft de consument veertien dagen de tijd om dat te annuleren. Voor abortus in het voorstel 48 uur, hier zelfs niets meer. Is het ongeboren leven voor u allen dan minder waard dan de aanschaf van een paar sneakers?

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: Mevrouw Dillen, het is niet dat ik u niet vrij wil laten spreken, want het is een belangrijk debat, maar wij zijn jammer genoeg aan tijdslimieten gebonden. De bedoeling is dat er vragen worden gesteld, het debat volgt later.

01.14 **Marijke Dillen** (VB): Ik heb bij alle punten mijn vragen gesteld, mevrouw de voorzitter. Ik hoop daar een antwoord op te krijgen.

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: Ik zou graag onze experts ook nog laten antwoorden.

01.15 **Marijke Dillen** (VB): Mevrouw de voorzitter, het is een belangrijk debat.

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: Dat besef ik.

01.16 **Marijke Dillen** (VB): Iedereen moet aan bod komen, maar de rest van de meerderheid spreekt met eenzelfde stem. Mijn mond mag niet worden gesnoerd, omdat wij een van de weinige fracties zijn, die zeer kritisch is. Het zal niet meer zo lang duren, maar ik wens mijn betoog af te ronden.

Men wil de vrijwillige zwangerschapsafbreking depenaliseren. Men houdt daarvoor een pleidooi, maar waarom besteedt men voor de depenalisering geen aandacht aan wat in de voorstellen wel aanwezig is? Ik betreur dat. Er is wel in een kleine uitzondering op de depenalisering voorzien, met name als iemand, bijvoorbeeld de echtgenoot, de partner of een familielid een vrouw dwingt tot een abortus. Een en ander blijft ongestraft, maar voor wie een vrouw zou verhinderen om een abortus uit te voeren, zijn er in de voorstellen gevangenisstraffen tot 1 jaar en een geldboete van 4.000 euro ingeschreven. Dat is toch absoluut niet logisch. Waarom besteedt u daar geen aandacht aan?

Ik besluit, mevrouw de voorzitter. Met een combinatie van de drie aanbevelingen komt men de facto eigenlijk tot een situatie waarin een zwangerschap op ieder ogenblik kan worden afgebroken. Zelfs de verlenging van de termijn tot 18 weken wordt hiermee uitgehold. Met andere woorden, zelfs het leven van een perfect gezond, levensvatbaar kind kan worden beëindigd, zonder dat er een acute dreiging is voor het leven.

Ik eindig met een bedenking bij de opmerking waarmee mevrouw Van Peel begonnen is, namelijk dat zij zich verwonderde over de ruime aandacht van de media en het feit dat verschillende collega's al uitgebreid hun mening hebben geuit. Dat is absoluut niet merkwaardig. Dat heeft alles te maken met de enorme bocht die een coalitiepartner in de regering gisteren genomen heeft en die nu in weerwil van vroegere stoere verklaringen, nu bereid is om wel te sleutelen aan de abortuswetgeving. Ik zal daar nu niet uitvoerig over uitweiden. Ik zal dat wel doen bij de bespreking ten gronde.

01.17 **Daniel Bacquelaire** (MR): Mesdames et messieurs les experts, nous sommes sensibles à la qualité de vos analyses et de votre rapport. Je pense pouvoir m'exprimer au nom de l'ensemble de mon groupe pour souligner cette qualité. J'émettrai toutefois une réserve à cette représentativité puisque vous savez qu'il y a une tradition dans le groupe libéral francophone depuis de nombreuses années qui consiste à respecter les convictions personnelles de chacun de ses membres et de faire en sorte que dans l'ensemble des problèmes éthiques – euthanasie, avortement, recherche sur embryons – , chaque membre puisse s'exprimer librement, en dehors de toute discipline de parti. C'est une position qui peut être considérée comme antidogmatique qui permet à chacun de s'exprimer librement.

Cela n'empêche évidemment pas la recherche d'un consensus. C'est dans cet esprit-là que la majorité Vivaldi a sollicité vos connaissances et votre capacité de présenter aujourd'hui ce rapport. Mais, bien entendu, la recherche du consensus reste souhaitable et c'est d'ailleurs un des objectifs de la majorité Vivaldi de pouvoir rechercher ce consensus.

L'une d'entre vous a évoqué Simone Veil.

Nous ne pouvons pas aborder ce débat sans avoir en filigrane le combat qui a été mené en Belgique par Roger Lallemand et Lucienne Herman-Michielsens, par Simone Veil en France et par d'autres ailleurs. Nous pensons plus à ces trois personnalités qui ont bravé un climat extrêmement complexe et difficile à l'époque, beaucoup plus encore qu'aujourd'hui. Je voulais mentionner cet élément parce qu'il nous donne à la fois une certaine référence par rapport à ce débat et nous replace dans un contexte émotionnel qui n'est jamais absent autour de ce sujet.

Je ne vais pas poser les mêmes questions pour ne pas être répétitif. Je pense que les questions sur la viabilité du fœtus, sur la sensibilité à la douleur sont des questions importantes et légitimes. Comme vous le dites vous-mêmes, le dilemme éthique reste permanent entre la protection du fœtus et le droit de la femme à disposer de son corps. C'est un débat qui n'est jamais abouti et qui est en permanence un sujet de réflexion. Prétendre le contraire serait plutôt s'orienter vers une attitude dogmatique, justement celle que je réprovoque en la matière. Il était nécessaire de vous entendre aujourd'hui, même si on a déjà pu vous lire, avant d'arrêter une position qui pourrait être considérée comme définitive ou fermée.

Pour ma part, je suis partisan d'une analyse libre exaministe au sens propre du terme sur la question, en dehors des arguments d'autorité.

Cela me pousse à aborder le problème du délai de réflexion puisque l'on peut aborder ce dernier à la lumière du principe d'autorité ou à la lumière du principe d'auto-détermination de la femme. C'est évidemment la deuxième option que je retiens. En effet, dans le domaine de l'avortement comme dans celui de l'euthanasie, d'ailleurs, la pression morale, l'argument d'autorité doivent être écartés. On doit plutôt accepter la relation de confiance comme le *princeps*. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le déplacement de la loi sur l'avortement dans le secteur de la santé publique est fondamental. En effet, il permet de raisonner en fonction de la relation de confiance entre la femme et les personnes auxquelles elle s'adresse. Cela permet de raisonner à la lumière du colloque singulier cette relation de confiance. Cela permet de raisonner à la lumière du droit des patients, ce qui est évidemment fondamental et qui s'écarte, à nouveau, de l'argument et du principe d'autorité. Cela permet aussi de raisonner à la lumière de la nécessité de la confidentialité qui régit l'ensemble des relations en matière de santé publique ou, en tout cas, qui devrait le faire et continuer à le faire.

J'émetts une petite réserve par rapport à cela, parce que je pense qu'effectivement, le principe de confidentialité est fortement émoussé aujourd'hui et qu'il y a probablement un risque que nous devons analyser par rapport à ce principe de confidentialité. Cela concerne évidemment l'ensemble des femmes, mais en particulier les mineures. Je pense que vous y faites référence, très justement.

Le fait de travailler dans le domaine de la santé publique, d'élaborer une loi de santé, permet aussi de différencier les sanctions à l'égard de la femme, qui ne sont pas acceptables à mes yeux aujourd'hui, et les sanctions éventuelles à l'égard du praticien. Effectivement, la sanction à l'égard du praticien existe dans tout le domaine de la santé. Il n'y a donc pas de raison qu'il y ait ici un principe d'exception, puisque si nous nous plaçons dans le domaine de la santé, nous devons évidemment en accepter les règles et la façon de fonctionner.

Je pense que cela justifie la différenciation en matière de sanctions entre la femme d'un côté et le praticien de l'autre. Nous ne sommes pas dans le même ordre des choses, au sens pascalien du terme. Il est donc logique qu'il y ait une différence.

Je voulais aussi aborder le domaine de la protection de la vie privée, qui est à mon avis une des règles fondamentales qui doivent nous préoccuper dans cette matière.

En effet, la protection de la vie privée implique, à mes yeux, le droit à l'autodétermination. On ne peut pas à la fois défendre la protection de la vie privée et limiter l'autodétermination, de telle sorte qu'on enferme cette notion dans des règles qui font plus référence à la morale ou, de nouveau, à l'argument d'autorité. Je pense que la garantie de la protection de la vie privée rejoint le droit des femmes à disposer de leur corps et cela constitue un ensemble qui doit nous guider en cette matière.

Je considère aussi que l'avancée que vous proposez en supprimant la différenciation entre la sphère physique et la sphère mentale en matière d'interruption de grossesse pour des raisons médicales est importante. C'est un dossier que nous abordons régulièrement en matière de santé mentale. Nous nous rendons compte aujourd'hui qu'il y a tout un champ de réflexion à mener en cette matière, faisant en sorte de casser les barrières entre l'affection physique et les affections mentales, alors que la santé doit s'interpréter et être considérée dans une globalité. Je pense donc qu'il y a là aussi une progression importante.

Je voudrais également insister sur un élément sémantique.

La sémantique est toujours essentielle dans la plupart de nos débats, en particulier lorsque ceux-ci abordent les questions éthiques. Quand on parle de supprimer le délai de réflexion, il me semble que l'on recourt à une formule qui est dommageable, car il ne s'agit pas de supprimer quelque chose. Au contraire, dans la relation de confiance et dans le colloque singulier, on est tout le temps plongé dans la réflexion. Ce que l'on supprime, c'est l'imposition d'un délai arbitraire, en quelque sorte. Par conséquent, il importe de ne plus recourir à cette expression de "supprimer le délai de réflexion", mais plutôt d'autoriser ce délai de réflexion de la femme, qui est en droit de déterminer si elle souhaite réfléchir plus longtemps et postposer sa décision. Nous ne nous situons donc pas dans la perspective de la suppression d'un tel délai, car la réflexion ne s'impose jamais, mais se pratique personnellement.

De même, et vous l'avez bien souligné, il convient d'éviter de parler d'"interruption volontaire de grossesse" pour des raisons médicales. En effet, très souvent, elle n'est pas volontaire, mais est subie

et constitue un drame personnel et familial auquel nous devons rester particulièrement attentifs. De nouveau, la sémantique nous semble à cet égard extrêmement importante et doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

Avant de conclure, je dirai un mot sur la formation qui me semble importante. Nous avons aussi ce débat dans le domaine de l'euthanasie et en particulier dans celui de l'éthique.

Il y a pénurie de médecins pratiquant l'euthanasie. C'est une énorme difficulté à laquelle nous devons rester attentifs. Il faut aussi, pour qu'une liberté, en l'occurrence la liberté de disposer de son corps, soit effective que la personne puisse s'adresser à un personnel soignant formé et apte à répondre à cette liberté pour ne pas rester dans une liberté formelle qui serait irréaliste. C'est aussi un élément auquel nous devons veiller.

Je ne reprendrai pas les questions posées par mes collègues même si nombre d'entre elles étaient pertinentes. Nous serons particulièrement attentifs aux éléments de réponses que vous nous donnerez à cet égard.

Je terminerai en disant combien nous avons aujourd'hui une très grande chance de pouvoir réceptionner le fruit de vos longues réflexions, qui ont été approfondies et qui ont mûri. Elles nous placent d'ailleurs dans une situation inédite.

Elles nous placent dans la situation de pouvoir rechercher, de manière éclairée - c'est le terme - un consensus dans cette matière délicate. Pour cela, je voulais encore vous remercier pour le travail fourni et surtout pour votre engagement, que nous considérons avec beaucoup de reconnaissance.

01.18 **Els Van Hoof** (cd&v): Ik dank het expertcomité, niet alleen voor zijn toelichting vandaag, maar ook voor het zeer uitvoerige werk, dat een ware literatuurstudie kan worden genoemd van 250 pagina's met bijlagen die ook interessante inzichten bieden, die ik doorwrocht heb. Die inzichten hadden we ook nodig om te kunnen bepalen hoe we abortuspraktijken in de toekomst moeten organiseren.

Voor ons is zwangerschapsafbreking niet zo maar een medisch gegeven, ze wordt ook gekenmerkt door een ethisch aspect en door de ontwikkelingen in de wetenschap wordt het ethische vraagstuk bovendien complexer. Zo is er vooruitgang op het vlak van levensvatbaarheid. Vandaag worden baby's van amper 22 weken oud geboren en men evolueert zelfs naar protocollen waarbij een baby al op 21 weken levensvatbaar is. Dat stelt ons voor uitdagingen. Vandaar dat wij een multidisciplinair onderzoek gevraagd hebben, wat ook al in het regeerakkoord was ingeschreven.

We wilden om het complexe dossier beter te begrijpen, niet alleen kunnen oordelen vanuit ethische argumenten, maar het toch enigszins geobjectiveerd zien en ik moet toegeven dat er in het rapport en de uiteenzettingen van de experts wel degelijk goede objectieve argumenten over onderhavig fundamentele dossier te vinden zijn.

U geeft aan dat het hier aanbevelingen zijn en dat het nu aan de politiek is om daarmee aan de slag te gaan. Het siert u dat u dat zo formuleert. Collega's, we copy-pasten nooit wetenschappelijke onderzoeken in het Parlement, maar we kijken er ook met een eigen kompas naar, op basis van de eigen inzichten en praktijk in de diverse partijen.

Het is dus een eerste element waarmee we aan de slag gaan. We zullen het rapport niet verticaal klasseren, integendeel, we zullen er rekening mee houden. We proberen te evolueren naar een consensus over een nieuwe wetgeving. Er staan verschillende aanbevelingen in waarmee we zeker meteen akkoord kunnen gaan, zoals die over de langwerkende anticonceptie, de kwalificatie van abortus als spoedeisende zorg, het behoud van de strafsancities voor de arts, het versterken van de confidentialiteit voor de vrouw en de uitwerking van een wettelijke regeling rond de toestemming van minderjarigen.

In het abortusdebat zijn er voor ons drie aspecten zeer belangrijk, ten eerste preventie en anticonceptie, ten tweede het verlenen van goede zorg, zowel tijdens de abortusprocedure als erna, en ten derde, de noodzaak om rekening te houden met de kwetsbaarheid van de vrouw en de foetus.

Ten eerste moeten er zoveel mogelijk ongewenste zwangerschappen worden voorkomen. Iedere

abortus is er één te veel. U stelt ook zeer duidelijk in het rapport dat de beste abortus diegene is die niet uitgevoerd moet worden. Niemand doet dat voor zijn plezier. Het is voor onze partij dan ook van fundamenteel belang dat anticonceptiemiddelen makkelijker toegankelijk worden gemaakt. We doen het al vrij goed, zeker voor de jonge vrouwen, jonger dan 25 jaar. Onze wetgeving heeft die middelen beter toegankelijk gemaakt. Als cd&v hebben wij overigens de verhoogde tegemoetkoming hiervoor doorgevoerd. We moeten nu evenwel nog een stap verder gaan. Het rapport is meteen de aangewezen aanleiding om ook de langdurige contraceptie gratis en toegankelijk te maken. De opstap en financiële drempel moeten nog flink naar omlaag. Langdurige contraceptie kost 150 euro, tegenover 500 euro voor een abortus. De keuze is dan snel gemaakt.

Niettegenstaande u een aantal aanbevelingen hebt meegegeven, wil ik graag nog enkele vragen naar voren schuiven. In hoeverre is langdurige contraceptie vandaag al een praktijk die ook wordt toegepast na een abortus in abortuscentra en in ziekenhuizen?

Langdurige contraceptie blijkt ook een manier om de herhaalde abortussen te voorkomen. Volgens mij, en daarin geruggesteund door een aantal collega's, is de praktijk van herhaalde abortussen, die toch wel leeft in bepaalde culturen, te weinig aan bod gekomen in het rapport. We moeten dat trachten te vermijden. Bestaan daar in andere landen *good practices* rond, waarop wij ons kunnen baseren?

Langdurige contraceptie blijft voor ons een *conditio sine qua non*, ook in het abortusdebat. De cijfers tonen het trouwens duidelijk aan: we kunnen liefst 2.5 miljoen vrouwen vooruithelpen. In het abortusdebat gaat het vandaag over 16.000 tot 17.000 vrouwen, en over 300 tot 800 vrouwen die over de vooropgestelde termijn gaan. Alles moet in het juiste kader worden bekeken en langdurige contraceptie lijkt ons alvast een erg belangrijk gegeven in het debat.

Ten tweede moet er aandacht zijn voor zorg zowel tijdens de abortusprocedure als erna. Het is heel erg belangrijk dat we, zoals u ook hebt aangehaald in het deel over de informatieverplichtingen, de psychosociale zorg absoluut behouden. Ter zake moeten we vrouwen vooruithelpen. Nog een ander belangrijk aspect dat u hebt aangehaald, is dat we daarin ook moeten voorzien na de medische abortus. U hebt in het rapport ook duidelijk gesteld dat vrouwen dikwijls geen spijt hebben van de abortus zelf, maar wel van de ervaring daarna. Met abortus omgaan blijkt een moeilijkheid. U hebt dus terecht aanbevolen om die zorg beter te organiseren.

Het is immers niet geruststellend dat er in ziekenhuizen geen gestandaardiseerde protocollen bestaan. Abortuscentra hebben wel zorgtrajecten met consultaties met een psycholoog of een maatschappelijk werker. In ziekenhuizen wordt dat soms ook aangeboden, maar soms ook niet of staat een gynaecoloog daarvoor in. We moeten die hulpverlening uniformiseren. Zowel in geval een termijn van twaalf weken van toepassing is, als in het geval van een mogelijke uitbreiding moet veel meer worden ingezet op dat zorgtraject voor de vrouwen. Ook moet de controle daarop worden toegelaten. Dat een en ander vandaag niet uniform gebeurt, heeft immers een reden, namelijk dat er te weinig toezicht op wordt gehouden. Indien we meer verantwoordelijkheid willen geven aan abortuscentra, moet controle worden toegelaten. Dat is in het belang van de vrouw en een uniforme toepassing komt de procedure in haar geheel ten goede.

Het rapport stelt ook een gebrek aan voldoende opgeleid personeel vast. Ik maak mij daar zorgen over. Ik zie immers weinig gegevens daarover. Gebeurt het vandaag dat meisjes of vrouwen die zich komen aanmelden, worden weggestuurd, omdat er geen ruimte of tijd is door gebrek aan personeel? Hoe zit dat vandaag? Als we een uitbreiding van de termijn overwegen, zoals u voorstelt, moeten we zeker zijn dat vrouwen en meisjes goed worden opgevangen en dat er voldoende opgeleid personeel aanwezig is om de abortuspraktijk toe te laten.

U stelt in uw aanbeveling voor om de kwalificaties te verlagen voor het personeel dat moet omgaan met ongewenste zwangerschappen. Zeker als men de termijn uitbreidt, moet er goed opgeleid personeel worden ingezet. De impact is immers ingrijpender; de methodes invasiever. Daarom vind ik het van belang dat we daarop durven in te zetten. Als er vandaag al onvoldoende gekwalificeerd personeel ter beschikking is, hoe zullen we dan snel in voldoende opgeleid personeel kunnen voorzien?

In het evaluatierapport van de Nationale Evaluatiecommissie, dat morgen aan de orde is, lees ik dat abortuspraktijken voor de betrokken zorgverleners een zekere psychologische en emotionele belasting inhouden, zeker als men de handeling herhaaldelijk moet uitvoeren. Een eventuele uitbreiding van de

termijn zal mijns inziens eens des te grotere impact hebben, omdat een dergelijke abortus veel ingrijpender is, niet alleen voor de vrouw, maar ook voor degene die het moet uitvoeren. Men kan vlotjes beslissen om de termijn uit te breiden, maar ondertussen niet in voldoende zorg voorzien. Hoe zullen wij ervoor zorgen dat vrouwen die na 12 weken of later een abortus ondergaan, in ziekenhuizen en abortuscentra degelijk door gekwalificeerd personeel worden opgevangen?

Zorg is heel belangrijk, maar ook oog voor die kwetsbare vrouwen. Dat is een tweede aspect naast de zorg. Er wordt verwezen naar de psychologische en psychiatrische problemen en het feit dat dit vandaag niet specifiek is opgenomen in de wetgeving als het gaat om een medische reden. We zien wel dat dit vandaag in de praktijk wordt toegepast. Bij welke psychische en psychiatrische aandoeningen wordt abortus dan toegepast? Bestaan hiervoor richtlijnen en good practices? Voor ons is dat heel belangrijk. Wij willen dit niet uitsluiten, maar voor ons gaat het absoluut niet over een burn-out, wel over EPA-patiënten, mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, vrouwen die zelfmoordneigingen hebben. Ik zou van u willen horen onder welke noemer u die psychiatrische problemen ziet.

Een derde belangrijk aspect is de kwetsbaarheid. Die is van belang om rekening mee te houden, zowel ten aanzien van de vrouw als van de foetus, als we de termijn effectief zouden uitbreiden. Ik vind het natuurlijk heel respectvol, ook in het rapport, dat u niet alleen rekening houdt met ethische principes en het afwegen van het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de beschermwaardigheid van de foetus, maar dat u ook medisch objectieve criteria hanteert om te bepalen welke termijn we zouden toepassen. Door verscheidene collega's werd de pijnperceptie al aangehaald. Eerlijk gezegd ben ik door het rapport niet helemaal overtuigd geraakt. Er is geen consensus. Ik nodig de collega's uit om de aanbevelingen te lezen. Er werd ter zake gesproken met het VK, dat een uitgebreide wetgeving heeft.

Die zegt heel duidelijk: *this is ultimately an unknowable discussion*. Er is dus geen eensgezindheid op dat vlak. We hebben ook bevestiging gevonden in het *Journal of Pediatric Research*, een artikel van American and European Pediatrics. Daarin wordt heel duidelijk gesteld dat er pijnperceptie mogelijk is vanaf vijftien weken. Ik heb dat niet in uw rapport gelezen. U hebt wel eerlijk aangegeven, op pagina 126, dat er over dat onderwerp geen eensgezindheid is, noch vanuit juridisch, noch vanuit ethisch, noch vanuit medisch oogpunt. Wij moeten dit in wetgeving omzetten, maar u hebt ook gezegd dat de wetenschap kan evolueren. Ook de toegang tot abortus kan veranderen.

Kortom, pijnperceptie is een belangrijk gegeven. Ik wil u dus de vraag stellen waarom u die vijftien weken dan niet aanhaalt, terwijl die in *La Libre Belgique* wel worden aangehaald door een expert die deelgenomen heeft aan uw expertencomité? Dat dit niet expliciet werd aangehaald, noopt ons tot de nodige voorzichtigheid.

Naast pijnperceptie is ook de methodiek die wordt gebruikt belangrijk. Ik heb op verschillende plaatsen gelezen dat veertien weken het maximale is tot waar zuigcurettage nog mogelijk is. Ik ben geen medicus, maar u had het over een grotere canule die dan moet worden gebruikt. Zuigcurettage kan dus gebruikt worden, dat heb ik goed begrepen, maar zelfs op twaalf weken is het soms niet mogelijk om zuigcurettage te gebruiken. Het is wel belangrijk dat we weten dat het kan tot veertien weken.

In het rapport werden drie pistes aangehaald. Mevrouw Roelens heeft ernaar verwezen. Boven veertien en vijftien weken zijn specifieke bepalingen mogelijk. De tweede piste werd aangehaald op pagina 34. Daar erkent u dat er na veertien of vijftien weken een soort cesuur is, omdat daarna een andere methode kan en moet worden toegepast. Ik zou dat toch herhaald willen zien, omdat u dat immers expliciet hebt gesteld in uw rapport. Het is belangrijk erop te wijzen dat Frankrijk in 2022 zijn wetgeving heeft gewijzigd naar veertien weken op basis van de abortusprocedures die moeten worden toegepast. Frankrijk, een groot en belangrijk land, is dus tot dezelfde inzichten gekomen als onze partij op basis van dit rapport.

Dat neemt niet weg dat vrouwen naar Nederland trekken voor een abortus. We hebben natuurlijk oog voor de kwetsbaarheid van die vrouwen. Sommige meisjes en vrouwen hebben financieel de mogelijkheid om in Nederland een abortus te laten uitvoeren, maar andere niet. We moeten dus werken aan de financiële toegang tot abortus, zoals ik al heb vermeld. Dat betekent echter niet dat we volledig moeten afstemmen op het Nederlandse voorbeeld. Ik ben ervan overtuigd dat, als Nederland zijn wetgeving wijzigt naar 26 of 28 weken, er nog vrouwen naar daar zullen trekken voor een abortus. Dat is gewoon een realiteit. U stelt zelf in het rapport dat ons wettelijk systeem niet gebaseerd mag worden

op een ander land. Er is geen enkele staat verantwoordelijk voor wat een andere staat toelaat of verbiedt. Dat is een belangrijk principe, ook al hebben wij oog voor het feit dat er vrouwen naar Nederland gaan. We moeten dat deels opvangen met wetgeving die daar meer aan tegemoetkomt, maar daarom moeten we niet de ultieme keuze maken. Met veertien weken zou er een objectieve basis kunnen zijn om een grote groep op te vangen.

Vervolgens snijd ik een punt aan dat me nauw aan het hart ligt. Het gaat met name om minderjarigen en abortus. Vandaag wordt abortus bij minderjarigen al toegestaan, ook al brengen ze geen vertrouwenspersoon of ouder mee. U wil dat expliciet in de wetgeving inschrijven. Ik kan daar inkomen, wat er is veel schuld en schaamte. Ook het ontgoochelen van hun ouders speelt heel sterk mee bij jongeren. Dat is hun referentiekader. Ik denk dat, als we dat niet zouden toelaten, zij misschien tot andere wanhoopsdaden gedreven zouden kunnen worden, wat we niet willen.

Nederland vraagt bij minderjarigen tussen twaalf en vijftien jaar wel toestemming aan de ouders, maar de stem van de jongere is doorslaggevend. U vraagt dat we daar iets aan doen, maar we weten niet in welke richting u denkt. Als een jongere bijvoorbeeld afwezig blijft op school en het CLB geeft dat door, zoals dat moet, dan wordt dat ook aan de ouders gemeld. Hoe gaan we daar dan mee om? U gaf zelf het voorbeeld van de ziekenfondsen, waar een code aan de ouders wordt doorgegeven. Kunt u ter zake wat meer oriëntatie geven? Op dat vlak is Nederland dan misschien wel een beter voorbeeld omdat het hier niet heel concreet is.

Tot slot, zoals ik de experts ook hoorde zeggen, biedt de Grondwet geen veiligheid. In de Verenigde Staten hebben we gezien hoe het grondwettelijk hof daar een eigen interpretatie heeft gegeven aan wat daar in de Grondwet staat. Welke garantie is als iets in de Grondwet staat? Men kan een recht inschrijven zonder te voorzien in de bepalingen die het concreet maken, zoals in Polen gebeurt. Abortus is daar toegelaten bij medische aandoeningen, maar ze hebben daar nagelaten om de voorzieningen financiële middelen te verstrekken om dat recht in de praktijk om te zetten. Ik ben dus blij met uw aanbeveling ter zake: het is op dit moment niet nodig, het gaat om symboliek terwijl onduidelijk is wat het in de praktijk zou betekenen. Dan zegt onze partij dat we beter kunnen gaan voor voorzieningen, voor de opvang van kwetsbare vrouwen, voor goede zorg. Daarvoor willen wij garant staan, ook bij ongewenste zwangerschappen en het afbreken daarvan. Dank u nogmaals voor uw uitvoerige studie, die wij met veel aandacht hebben gelezen, en uw uiteenzetting.

01.19 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Madame la présidente, à mon tour, je voulais remercier l'ensemble des experts pour le travail qui a été fait. C'est vrai que ce n'est pas la première fois que nous discutons de ce thème. Je suis députée depuis 2019, mais avant cela j'étais médecin généraliste – je le suis encore aujourd'hui – et depuis que nous avons commencé à parler de ce thème, je ne peux que penser, toujours, à cette dame que j'ai un jour vue en consultation il y a une dizaine d'années.

Elle avait 40 ans et je lui ai diagnostiqué une grossesse. Elle me dit: "Non, ce n'est pas possible. J'ai une fille de 18 ans, j'ai 40 ans, non, je ne veux pas!" Elle se rend donc au planning familial, dont je reçois un coup de fil me disant: "La dame est enceinte de 17 semaines, il n'y a pas de solution, il faut qu'elle se rende aux Pays-Bas". Elle est donc allée aux Pays-Bas, elle a rassemblé l'argent.

Mais je me dois toujours de penser à elle et à toutes ces autres femmes – entre 300 et 800 en Belgique – qui vivent cette situation, souvent, dans la solitude la plus totale. Il y a parfois un médecin qui est au courant ou des gens du planning familial qui font ce qu'ils peuvent. Et donc (...) pour lire et pour approfondir ce débat.

Des auditions ont déjà eu lieu en 2018, comme vous l'avez dit, réunissant une quarantaine d'experts. Il en a résulté de très longs rapports. Ensuite, des débats s'en sont suivis – certains disent qu'il n'y en a pas eu – mais je pense qu'il y a eu, comme aujourd'hui, des débats très longs et très approfondis ainsi qu'en 2019-2020.

Il y a eu débat, mais surtout il y avait – et il y a aujourd'hui – une majorité parlementaire. Et nous savons ce qui s'est passé: il y a eu un marchandage pour la formation du gouvernement. Le dossier a été mis au frigo, mais pas complètement – et pour cela, je vous donne un point. C'est vrai, le rapport a été fait et je remercie l'ensemble des collègues qui l'ont demandé.

Bien entendu, je remercie également les experts pour le rapport. Car aujourd'hui nous avons non

seulement une majorité parlementaire qui est toujours là pour modifier la loi, mais nous avons également, je dirais, une unanimité scientifique, un avis étayé, un avis complet, un avis très large et très étendu – aussi avec toutes les annexes.

Et, je crois que c'est important de le dire, (... *hors micro*) tous les courants philosophiques qui sont aussi présents dans le milieu universitaire et académique, qui fait un choix clair, en faveur du droit des femmes, le droit à disposer de leur corps et en faveur de l'accessibilité aux soins auxquels elles sont en droit de bénéficier.

De vraag aan u is wat we met dat rapport zullen doen, collega's. We hebben het intussen allemaal gelezen. Er is al heel veel over gezegd vandaag. Ik stel mijn vraag in die zin niet alleen aan de experts, maar ook aan de collega's. Wat zal er met dat rapport gebeuren? Gaan we ermee aan de slag of zal het ergens in een schuif belanden en stof vergaren? Blijft de hypocrisie zich voortzetten waarbij jaarlijks honderden vrouwen uit België naar Nederland trekken om abortus te plegen?

Het standpunt van de PVDA is duidelijk. De enige weg om uit de parlementaire impasse te komen, is een alternatieve meerderheid te vormen en het wetsvoorstel dat op tafel lag eventueel aan te passen. Naar aanleiding van het uitgebreide wetenschappelijke advies zijn er eventueel een aantal aanpassingen nodig. Eigenlijk kan over dat wetsvoorstel gestemd worden en is er een meerderheid. Sommige partijen kunnen daarnaast niet meer overtuigd worden om van mening te veranderen, al sta ik natuurlijk wel open voor discussie.

Zoals altijd, is het belangrijk om een aantal vragen opnieuw te stellen. Het gaat soms om vragen die telkens opnieuw terugkomen, maar ik zal ze toch stellen.

De eerste vraag werd ook al door mevrouw Van Hoof gesteld. U zegt heel duidelijk in het rapport dat de pijngrens van de foetus – daar bestaat discussie over – de basis moet vormen om aan sedatie te doen. Voor u is de pijngrens het belangrijkste argument. U zegt echter ook dat de foetus, met de 18 weken waar hier voor gekozen wordt, ver van die pijngrens zit.

Ik zou willen dat u dat nog eens opnieuw uitlegt. Mevrouw Van Hoof heeft vandaag herhaald, zoals gisteren ook in *Terzake*, dat er vanaf 15 weken pijn bij een foetus zou zijn. Het is belangrijk om nog eens in detail uit te leggen hoe het neurologische systeem zich ontwikkelt, zodat daarover duidelijkheid bestaat.

Ik denk dat veel mensen gisteren naar *Terzake* hebben gekeken. Mevrouw Van Hoof zei daar dat er in het rapport drie pistes over de termijn naar voren worden geschoven, waaronder de piste van 14-15 weken, waar mevrouw Van Hoof de grens legt. Die piste heb ik echter niet in het rapport gevonden. De drie pistes in het rapport zijn 18 weken, 20 weken of 22 weken. Iedereen kan zich vinden in 18 weken. Dat was ook het besluit van de groep waarmee wij aan het wetsvoorstel hebben gewerkt. Kunt u zich daarover uitspreken?

Er wordt veel nadruk gelegd op het feit dat er vanaf 14-15 weken, om de zwangerschapsonderbreking te doen, een andere techniek noodzakelijk is. Vroeger is dat met een zuigcuretage mogelijk. Artsen kunnen natuurlijk een opleiding krijgen voor die andere technieken. Het zijn wetenschappers en die technieken zijn goed gekend. De vraag rijst evenwel of daarbij ook meer complicaties mogelijk zijn. Kunt u dat verduidelijken?

Wat ik had begrepen, is dat er op zich niet meer complicaties zijn voor de vrouw, ondanks het feit dat het een complexere handeling is. Het lijkt mij belangrijk dat u zich daarover uitspreekt.

U stelde ook voor om in de wet een onderscheid te maken tussen het uitvoeren van een abortus voor of na vijftien weken, omdat de techniek anders is. Daarover vroeg ik mij af of het niet beter is om in de wet de algemene termijn te vermelden en de precieze bepalingen in uitvoeringsbesluiten op te nemen? Het lijkt me moeilijk om in de wet al die details op te nemen. De wetenschap evolueert ook. Over het algemeen ontdekken vrouwen hun zwangerschap almaar vroeger, zodat ze dan op een vrij simpele manier met een pil abortus kunnen plegen. Die wachttijd van zes dagen vormt in die zin een probleem, omdat sommigen dan de termijn overschrijden waarbinnen ze die pil kunnen gebruiken. Daarover wilde ik u ook horen.

Verder hebt u – ik dacht dat het mijnheer Hiele was – zich uitgesproken voor strafsancties voor hulpverleners die de abortuswet overtreden. Er is evenwel een tekort aan mensen die abortus willen uitvoeren. De huidige strafsancties voor zowel de vrouwen die abortus plegen, als voor de uitvoerders, houden ook de taboesfeer rond abortus in stand, zoals het debat van vandaag weer deels bewijst.

De vraag is dan natuurlijk of de vandaag voorziene sancties voor iemand die de wet overtreedt niet voldoende zijn om ook een arts te sanctioneren die eventueel de wet zou overtreden. Ik denk dan aan het disciplinair recht, de Orde der artsen, alsook aan het strafrecht, naargelang van wat er gebeurt. Ik ben geen juriste, misschien kan mevrouw Rohonyi kan daar beter op ingaan. Dat zijn de vragen die ik nog heb. Alvast bedankt voor uw werk.

01.20 Katja Gabriëls (Open Vld): Collega's, het abortusdossier staat al jaren op de agenda. Het is een thema dat duidelijk niemand onberoerd laat en dat de gemoederen dikwijls nogal verhit. Het raakt velen ook persoonlijk, elk met zijn eigen ervaring.

Het is een thema waaromtrent mijn partij in het verleden telkens het voortouw heeft genomen. De heer Bacquellaine verwees daarnet al naar de liberale pioniers, zoals Lucienne Herman-Michielsens, een naam die vandaag nog eens mag worden vernoemd. Mijn fractie zal zich blijven inzetten voor de ethische thema's, met volle overtuiging en zonder oogkleppen of taboes, niet alleen door nieuwe wetgeving goed te keuren, maar ook door bestaande wetgeving constant te evalueren en onder de loep te nemen. Dat is onze taak als Parlementslid en het is trouwens ook onze plicht als Parlementslid om onze visie, ons standpunt en onze mening daarover te geven, zelfs al ligt dat bijzonder gevoelig.

Onze fractie had via mijn collega Carina Van Cauter in een vorige legislatuur al een initiatief genomen, dat hier al ter sprake is gekomen, om abortus duidelijk als een recht te kwalificeren en om het taboe dat er nog altijd rond hangt meer te doorbreken en het stigma op te heffen dat vaak nog kleeft aan de vrouwen die een beroep doen op die mogelijkheid. Er werden toen enkele wijzigingen doorgevoerd, maar we hebben toen ook aangegeven dat we graag nog een stap verder willen gaan. We hebben toen al gezegd dat we niet zouden nalaten om in een volgende legislatuur een poging te ondernemen om stappen vooruit te zetten. We hebben toen dan ook een nieuw voorstel ingediend en daarover voor de vorming van een nieuwe regering uitgebreid gedebatteerd. Nu zijn we een legislatuur verder en ik verwijs duidelijk naar de tekst van het regeerakkoord, zoals collega's van de vivaldimeerderheid al hebben gedaan, waarin het onafhankelijk, multidisciplinair en wetenschappelijk comité vooropstaat. Ook voor ons was dat belangrijk. Dat is nu gebeurd. Het comité heeft zeer degelijk en onderbouwd werk geleverd. Ik wil iedereen die betrokken is geweest bij de totstandkoming van het advies dat vandaag voorligt, vanuit onze Open Vld-fractie bedanken voor het uitgebreide werk en voor de duidelijke toelichting.

Collega's, het abortusthema verdient inderdaad bij uitstek de nodige sereniteit en respect voor elkaar en voor ieders mening. Voor ons is het belangrijkste daarin het respect voor de vrouwen die vandaag al de keuze maken om, dikwijls in zeer moeilijke omstandigheden, toch nog na twaalf weken tot abortus over te gaan, want daar gaat het vandaag toch duidelijk ook om. Wij wilden een wetgevend kader creëren voor die vijfhonderd vrouwen, zo staat in het in ons wetgevend initiatief. Ik hoor vandaag dat het aantal tussen driehonderd en achthonderd te situeren is. Elk jaar moeten dus enkele honderden vrouwen naar het buitenland trekken om daar een abortus te kunnen laten uitvoeren. Wij hebben – hier in het Parlement moeten de dingen soms eens duidelijk gesteld worden – geen wetsvoorstel ingediend omdat wij per se liberaler dan liberaal zouden willen zijn, maar gewoon omdat het voldoet en tegemoetkomt aan een ernstige maatschappelijke realiteit en een probleem dat tegenwoordig wel degelijk bestaat. In het leven loopt niet steeds alles volgens een ideaal scenario.

In ons wetsvoorstel stonden inderdaad ook de optrekking van de termijn waarbinnen abortus mogelijk is naar 18 weken en de inkorting van de wachttermijn tot 48 uur, waar sommigen nu voor een afschaffing pleiten. Wij kunnen dan ook niet anders dan tevreden zijn, omdat het in belangrijke mate overeenstemt met het werk van vandaag. Het gaat er ons absoluut niet om ons gelijk te halen, maar om het feit dat dit objectieve rapport aantoont dat ons wetsvoorstel beantwoordt aan een reële vraag, die roept om een menselijke en waardige oplossing.

Uiteraard moet er daarnaast ook worden ingezet op het voorkomen van ongewenste zwangerschappen, op preventie, op informatie. Alle andere aanbevelingen in het rapport zijn even

belangrijk. Wij steunen ook initiatieven hiertoe.

Alleen met preventie en gratis toegang tot anticonceptie zullen wij er echter nooit komen. Dat wordt hier ook erkend. Het werd ook met cijfers aangeduid, naar gemiddelden van abortussen in ons land. Die zijn niet bijzonder hoog, maar het gaat natuurlijk niet altijd om een financieel probleem, er liggen veel verschillende redenen aan de basis van ongewenste zwangerschappen. Dat is nu eenmaal een feit.

Ook met meer aandacht voor anticonceptie, die er steeds moet zijn, blijft het een feit dat duizenden vrouwen in ons land ongewenst zwanger worden en dat een op de vijf, toch een belangrijk cijfer, ooit met een abortus te maken heeft of ermee geconfronteerd wordt. Ondanks vele preventiemaatregelen zullen wij dat nooit kunnen uitsluiten. Het is voor ons belangrijk om het debat volledig te voeren.

We steunen ook preventiemaatregelen, die in het verleden inderdaad al werden genomen, maar voor ons moeten die samengaan met andere wetgevende initiatieven betreffende de termijn en de wachttijd. Verder kijken we ook met belangstelling uit naar wat gezegd zal worden in het Parlement en de groep. Wij gaan aan de slag, ook met aanbeveling nr. 9, zoals duidelijk uitgelegd door de heer Hiele.

De strafmaat vergt zeker een nader debat in het Parlement, met name hoe we dat precies willen aanpakken.

Ook wat mevrouw Verougstraete uiteenzette over het probleem van de vertrouwelijkheid, heeft mijn bijzondere aandacht genoten. Het is belangrijk verder te praten over en in te zetten op de garantie van vertrouwelijkheid in die erg kritische situaties. Ook de juiste info via de websites is belangrijk. In de huidige tijden van fake news kunnen we niet anders dan inzetten op heel duidelijke, concrete en correcte informatie, zodat iedereen duidelijk wordt ingelicht.

Wij strijden voor een recht op abortus, maar vooral voor het zelfbeschikkingsrecht voor elke vrouw om binnen grenzen die worden afgebakend door de wetenschap en door de wetgever, te kiezen voor een gespecialiseerd centrum, met de nodige medische en psychologische begeleiding. Het gaat immers, zoals het woord aangeeft, om gezondheidszorg en om het zorg dragen voor onze mensen.

Sommige zaken moeten duidelijk worden gesteld. Ik merkte het daarnet al op, maar wil toch nog eens benadrukken dat – het is misschien vreemd om het zo te zeggen – ook wij voor het leven zijn, hoewel dat hier soms anders wordt geïnterpreteerd. Wij zijn voor een kwaliteitsvol en menselijk leven. Mevrouw Dillen, hier wordt niks gebanaliseerd, niet door ons en ook niet door de experts. Met cijfers is duidelijk aangetoond dat legaliseren in het verleden niet heeft geleid tot meer abortussen. Het tegendeel is waar. Dat is een feit.

De studie ligt er nu. Wij zijn niet verrast, maar wij zijn duidelijk. Wij gaan op zoek naar een consensus. We begrijpen dat abortus een ethisch thema is, waarover iedereen een mening heeft en mag hebben. Zoals aangegeven, respecteren we dat ook. Ik wil echter nogmaals benadrukken dat abortus een ingrijpende beslissing is en dat geen enkele vrouw daar licht over gaat. Voor ons moet er steeds een veilige mogelijkheid zijn voor de betrokken koppels. Het gaat immers niet altijd over vrouwen alleen; het gaat dikwijls ook over koppels die ongewenst zwanger zijn en weloverwogen voor abortus kiezen.

Open Vld blijft vandaag nog altijd voorstander van het verlengen van de termijn naar 18 weken, zoals het ook in ons voorstel stond, omdat de honderden vrouwen die toch de grens over trekken voor een abortus die niet wordt terugbetaald, maar die toch een zeer zware beslissing nemen, extra psychologisch belast worden door het uitwijken naar een ander land. Het idee dat men de grens over moet, geeft het gevoel dat men iets illegaals doet.

Door de termijn op te trekken naar 18 weken, zoals vanmorgen ook door u werd gesteld, helpt men zo'n 80 % van de vrouwen. Voor de Open Vld is dat een belangrijk gegeven: gewoon hulp bieden aan vrouwen die nu al jaren met een concreet probleem geconfronteerd worden. Men zegt dan dat het om kwetsbare vrouwen gaat. Niet elke vrouw heeft trouwens zo snel door dat ze zwanger is. De deadline van 12 weken komt dikwijls heel snel dichtbij. Het gaat over kwetsbare vrouwen, maar zoals gezegd, kan het iedereen overkomen. Er zijn profielen die kwetsbaarder zijn, maar het blijft een breed maatschappelijk gegeven.

De aanpassing en de uitbreiding van de wet beantwoorden volgens de Open Vld aan een concrete

nood op het terrein waar al jaren door abortuscentra, medici en experts op gewezen werd. Het is een misvatting dat een langere termijn tot uitstel van een abortus zou leiden. In Nederland is bewezen dat bijna 93 % van de abortussen plaatsvindt voor 12 weken. Dat is ook goed en geniet uiteraard altijd de voorkeur, ook voor de Open Vld.

Mevrouw Verougstraete legde de wachttijd van zes dagen uit, die de meeste vrouwen toch als overbodig ervaren. Zij hebben immers al grondig nagedacht. Zij bellen niet onmiddellijk naar een abortuscentrum. Ze zijn er meestal al weken mee bezig voor ze zo'n stap zetten. Dat denkproces start niet op het moment dat ze in een consultatie zitten. Dat is een zware mentale periode. In ons voorstel hadden we de wachttijd ingekort tot twee dagen. Uiteraard staan wij hier ook open voor debat.

Collega's, we zijn op zoek naar een consensus. Er zijn inderdaad nog andere ethische thema's die onze fractie belangrijk vindt, maar vandaag gaat het over abortus, over het recht van vrouwen. Als iedereen constructief is, kunnen we stappen vooruit zetten. Laten we respect blijven hebben voor elkaars keuze. Wij hebben respect voor degenen die een andere oplossing kiezen bij een ongewenste zwangerschap, maar ik hoop ook op respect voor degenen die toch beslissen om tot die moeilijke beslissing voor abortus over te gaan, uiteraard hoe vroeger in de zwangerschap hoe beter, maar de realiteit is wat ze is. Ik denk dat we hier in het Parlement met die realiteit moeten kunnen omgaan.

Tot slot wil ik de mensen op het terrein bedanken, want los van alle politieke discussies die telkens weer opleven, staan zij elke dag in de realiteit. Ik ben vooral blij dat we zo'n goede abortuscentra hebben die sterk werk leveren en sterk bekommerd zijn over het lot van die vrouwen, niet alleen kwetsbare vrouwen, want het kan iedereen overkomen. Elke vrouw die een dergelijke beslissing moet maken, is in mijn ogen kwetsbaar en vooral dankbaar voor die goede omkadering in ons land.

Laten we dus samenwerken en aan de slag gaan met dat zeer objectieve rapport, geleverd door de experts. Wij willen belangrijke stappen vooruit zetten en op zeer korte termijn aan de slag gaan met alle aanbevelingen die vandaag worden voorgesteld, en niet alleen met de twee die er telkens worden uitgepikt.

Nogmaals mijn oprechte dank aan alle personen vooraan. Voor ons moet dit expertenrapport zeer ernstig worden genomen.

01.21 Karin Jiroflée (Vooruit): Ik wil vanuit mijn fractie het comité ook van harte danken om die niet eenvoudige, grote en zware taak op zich te nemen. Wij zijn daar bijzonder blij mee. Er zijn een aantal aanbevelingen uitgekomen, waarmee wij aan de slag kunnen en moeten. Ik wil op een aantal aanbevelingen ingaan, waarna ik nog een aantal vragen wil formuleren.

Wij staan bijzonder positief tegenover de aanbeveling om abortus in te schrijven in de gezondheidszorgwetten. Vooruit strijdt voor een betere bescherming van de gezondheid en de rechten van vrouwen in een moeilijke situatie. Het is belangrijk dat vrouwen weten dat ze, als ze in die moeilijke kwetsbare situatie terechtkomen, op onze gezondheidszorg kunnen rekenen.

Om diezelfde reden zijn wij blij dat uit het rapport zonneklaar de gedegenheid blijkt van ons voorstel van achttien weken en het inkorten van de wachttijd of van de bedenktijd, zoals dat heet, hoewel ik er niet van hou dat zo te noemen, omdat ik overtuigd ben dat vrouwen sowieso altijd denken. Dat stond in ons oorspronkelijk voorstel. Wij zijn dus echt blij dat we dat terugvinden in een wetenschappelijk rapport.

Ik blijf erbij en wil bij dit punt even aanhalen dat die termijn van achttien weken noodzakelijk is. U hebt het over driehonderd tot achthonderd vrouwen. Ik neem voor de gemakkelijkerheid altijd een gemiddelde van een vijfhonderdtal vrouwen. Dat aantal sturen wij ieder jaar naar het buitenland, om daar zonder hulp en tegen een hoge prijs een abortus te laten uitvoeren, omdat dat hier niet kan. Ik herhaal wat ik al zo vaak heb aangegeven. Het is een maatschappij onwaardig dat wij dat doen. Alleen al daarom moeten wij actie ondernemen.

Ik ga nu even in op de wachttijd, waar ik het net al over had. Ik zie dat uw voorstel zelfs een stapje verder gaat dan het onze. U stelt voor om de wachttijd gewoon helemaal te laten vallen. In de praktijk duurt het altijd langer dan 24 uur, omdat een abortus zelden zal worden uitgevoerd bij een eerste

consultatie, weet ik vanop het terrein. Het compromis dat door uw werkgroep naar voren werd geschoven, meer bepaald om de abortus nooit uit te voeren op dezelfde dag als wanneer de consultatie heeft plaatsgevonden, vind ik een goede en praktische manier van werken. Ik wil daarbij echter benadrukken dat sommige mensen die in paniek in een abortuscentrum aankomen – dat gebeurt immers ook, hoor ik van de mensen op het terrein – misschien wel meer tijd nodig hebben en dat moet ook kunnen. Het is een goede zaak dat men daar helemaal vrij in blijft.

Ten vierde zijn wij er ons bijzonder goed van bewust dat de ingreep vanaf 14 weken veel zwaarder is, maar ik voeg daaraan toe dat geen enkele vrouw – ik heb dat vandaag nog gehoord – een abortus zal laten uitvoeren voor haar plezier. Vrouwen hebben daar vaak veel en lang over nagedacht en over gepraat en hebben soms toch besloten om het in een latere fase te laten doen. Niemand doet dat zomaar. Dat is een teken dat zij dat echt nodig vinden en ik vind dat wij daar in de hele discussie over abortus wat meer respect voor mogen hebben. Wij vinden dat wij daar respect voor moeten opbrengen.

Mijn vijfde punt ligt in het verlengde van het vorige. Wij hadden ook al gezegd dat er andere technieken moeten worden gebruikt en dat dat ook in andere instellingen moet gebeuren. Wij vinden het zeer goed dat dat in het rapport grondig wordt uitgelegd. Ik wil dat aanhalen omdat ik in het verleden wel eens heb gevoeld dat sommigen vinden dat wij dit zomaar peanuts vinden en het maar normaal vinden om die termijn op te trekken. Dat is niet normaal, dat is een moeilijke beslissing. We moeten echter respect hebben voor vrouwen die de moed hebben om te zeggen dat dit niet kan voor hen en dat ze die abortus moeten hebben. Zij moeten de nodige gespecialiseerde goede hulp krijgen. Daar wil Vooruit nog eens heel sterk de nadruk op leggen.

Het is een maatschappij onwaardig als men mensen in een kwetsbare situatie moet wegsturen om elders, in het buitenland dan, een zwaardere ingreep te ondergaan en zij daar meestal nog behoorlijk wat geld voor moeten neertellen. Ik wil dat doortrekken naar de voorstellen die een oplossing zien in adoptie. Adoptie is geen alternatief voor abortus. Wie men ook spreekt op het terrein, die zal dat beamen. Mensen die blijven beweren dat dat een alternatief is, wil ik dan toch even de vraag stellen of het dan zo menselijk is om een vrouw die tegen haar zin zwanger is, negen maanden lang zwanger te laten blijven om dan het kind af te geven. Dat u daar een klare aanbeveling over hebt gemaakt, waarderen we dus ten zeerste.

Een laatste punt dat ik wil aanhalen, gaat over de wetenschappelijke evaluatiecommissie die ieder jaar, of om de twee jaar, een rapport opstelt. Mevrouw Verougstraete heeft even aangehaald dat we de nodige instrumenten moeten verschaffen om meer in detail en nog wetenschappelijker dan nu te kunnen werken. Het is belangrijk om iedere keer een grondige analyse te krijgen over wie het gaat en in welke omstandigheden vrouwen een abortus krijgen. We moeten dat kunnen opvolgen, dat is bijzonder belangrijk.

Ik had nog twee vragen, komende van partijgenoten die meer beslagen zijn in wetgeving, recht en justitie. Als u voorstelt om abortus als een onderdeel van gezondheidszorg te zien – een belangrijk punt waarmee ik ben begonnen – hoe kunnen we dat dan als wetgever het best verduidelijken? Nemen we abortus op in andere wetgeving met betrekking tot gezondheidszorg? Gaat het dan over patiëntenrechten? Over de wet op de gezondheidsberoepen? Gaat men dat daarin integreren? Welke weg zou u de wetgever aanraden?

Mijn tweede vraag gaat over de weigering tot medewerking en de verplichting tot doorverwijzing. Een schending van de doorverwijsplicht wordt momenteel niet bestraft. Is het volgens u aangewezen om een bestraffing in te voeren? Daarover kregen we graag een mening. Het weigeringsrecht is individueel en kan niet door een instelling of zorginstantie worden ingeroepen om een institutioneel weigeringsbeleid ten aanzien van abortus te rechtvaardigen.

In het rapport staat dat er toch nog een debat is over de vraag in hoeverre instellingen een afwijzend beleid kunnen voeren of strengere regels dan de wet kunnen handhaven. Moeten wij daar nog iets aan doen? Is daar nog verduidelijking door de wetgever nodig? Op welke manier?

Tot slot wil ik jullie nogmaals bedanken en mijn groot respect uitspreken voor de mensen die dit werk dagelijks uitvoeren in de abortuscentra, in samenspraak met hun patiënten.

01.22 Catherine Fonck (Les Engagés): Mesdames et messieurs, un tout grand merci pour ce rapport scientifique qui est un rapport scientifique important. Même si, aujourd'hui, il est exprimé en quarante minutes, il faut évidemment rappeler que c'est un travail de douze ou quinze mois si je ne m'abuse. Je vous remercie mais je voudrais aussi en profiter pour remercier l'ensemble des 35 experts – même s'ils ne sont pas présents aujourd'hui – qui ont participé dans un ou plusieurs (...).

J'étais et je reste favorable – parce que c'est aussi le message que vous faites passer aujourd'hui – à ce qu'il y ait une évolution de la législation, notamment sur la suppression de toute sanction pour les femmes. C'est évidemment au médecin d'assurer la responsabilité du respect de la loi. Le fait de faire évoluer également la diminution du délai de réflexion. Et j'ai trouvé particulièrement important que vous insistiez dans votre rapport – parce qu'il y a ce que vous avez présenté, il y a la synthèse et les recommandations mais j'ai pris le temps de lire la brique entière, y compris les annexes – sur le message qui doit se traduire dans des actes politiques de tout faire pour éviter des grossesses non souhaitées. C'est la première liberté de la femme. C'est évidemment à ce moment-là et il y a encore des freins importants.

Regardons le rapport IVG des années 2020-2021 qui sera présenté demain ici à la Chambre: pour 44 % des IVG, il n'y avait pas d'utilisation de contraceptif; pour 30 % supplémentaires, c'était une utilisation irrégulière et inadéquate. On voit qu'en la matière, du côté politique, il y a clairement encore des améliorations qui doivent être apportées avec l'extension de la gratuité – vous en avez parlé – du stérilet mais aussi de l'implant hormonal, qu'on utilise tellement peu en Belgique alors que c'est vrai que c'est une voie aussi à suivre. Par rapport à cela, je pense que notre devoir est aussi de pouvoir faire avancer des lignes qui n'ont pas pu avancer sur toute une série de choses depuis ces dernières années.

Vous avez aussi rappelé l'importance – et je crois que le dire et le redire n'est vraiment pas négligeable, au vu des débats qui interviennent dans d'autres pays, y compris aux États-Unis – de maintenir l'interruption de grossesse pour raison médicale à tout moment de la grossesse. C'est répondre à des situations parfois extrêmement graves, que ce soit pour la femme ou pour le fœtus.

Je voudrais maintenant profiter de votre présence pour aborder une série de questions, en commençant par le point qui me semble le plus délicat, à savoir celui de l'extension du délai pour les interruptions volontaires de grossesse sans raison médicale - pour les différencier des interruptions médicales de grossesse; ou on peut les appeler "pour des raisons psychosociales", comme vous l'avez fait.

C'est vrai que c'est le point le plus délicat – vous l'avez vous-même dit, monsieur Englert – puisqu'il s'agit toujours d'une question d'équilibre entre le droit de la femme de disposer de son corps et la protection au fœtus. Le fœtus *in utero* est un être vivant. Ce n'est pas un bout de caoutchouc. Et plus on avance dans les semaines, plus les questions se posent sur le plan éthique. On le sait.

À cet égard, vous avez fait référence à l'avis de bioéthique n° 18, lequel date de 2002. Depuis lors, 21 ans se sont donc écoulés. En 21 ans, les connaissances scientifiques en gynécologie obstétrique ont explosé. Sur le volet de la prise en compte du fœtus, une question, parmi d'autres, a grandement évolué sur le plan scientifique: c'est la connaissance du développement neurosensoriel du fœtus.

Quand on regarde l'évolution des publications scientifiques à ce sujet, manifestement, la perception de la douleur, on le sait aujourd'hui, est beaucoup plus précoce durant la grossesse que ce que l'on en savait, il y a 20 ans, au moment où cet avis de bioéthique a été réalisé. Sur ces aspects d'équilibre entre la femme et la protection du fœtus, j'ai une série de questions.

Ne faut-il pas, sur le plan politique mais aussi sur le plan médical, tout faire pour que les IVG, hormis toute la protection en amont (contraception, pilule du lendemain et son accessibilité), interviennent le plus tôt possible? Comment faire ou éviter de ne pas faire des choses qui amèneraient les femmes à décider plus tard? En effet, plus on avance dans la grossesse, plus le geste et l'interruption sont lourds et potentiellement à risque. C'est une évidence sur le plan scientifique. Je ne parle pas des IVG entre six et huit semaines mais bien des IVG du deuxième trimestre. Par rapport à cela, avez-vous des recommandations? Concernant l'ouverture de l'extension de 12 à 18 semaines, c'est vrai que l'on dispose de l'expérience d'autres pays, singulièrement européens, qui approuvent un délai plus important.

On me dit toujours que cela ne change rien car les IVG ne sont pas décalées dans le temps.

On sait que, pour un certain nombre de femmes, elles sont décidées. Elles ont d'abord un diagnostic précoce de grossesse, six voire huit semaines. Elles sont en capacité de décider rapidement. Pour un certain nombre de femmes, le diagnostic de grossesse peut être tardif, dans un déni de grossesse, dans des situations de précarité, etc. Vous connaissez cela mille fois mieux que moi.

Mais comment s'assurer, à tout le moins quand le diagnostic est posé au moment adéquat, c'est-à-dire bien avant le délai actuel permis d'IVG, que ces femmes pratiquent leur IVG le plus vite possible? Si tout le monde ici, je l'espère, a conscience qu'un geste tardif, notamment une IVG du deuxième trimestre, est plus à risque et est un geste plus compliqué, une intervention plus lourde tant sur le plan technique qu'en regard de la femme, autant je ne suis pas sûre que toutes les femmes aient connaissance du fait qu'une IVG réalisée à 14, 15, 16 ou 17 semaines n'est pas identique à une IVG pratiquée à 9 ou 10 semaines. Comment, sur le plan politique, scientifique et médical, peut-on vraiment tout faire, d'abord dans l'intérêt de la femme, pour favoriser une IVG la plus précoce possible quand on doit en faire une?

Par ailleurs, dans le rapport de la Commission nationale d'évaluation relative à l'interruption de grossesse de 2020 et 2021, on constate que des IVG ont été pratiquées en raison du sexe non désiré du fœtus. Il est ici question de six IVG en 2020 et de trois IVG en 2021.

Le test prénatal non invasif (NIPT) est réalisé à 12 semaines; il n'est pas prévu pour déterminer le sexe, mais pour identifier une éventuelle malformation congénitale et chromosomique. Cependant, il permet de connaître le sexe avec certitude. (*Interruption*)

Ce test peut effectivement être réalisé avant, mais il arrive parfois qu'il le soit à 12 semaines, si je ne me trompe pas. Le test est effectué, mais son résultat n'est pas nécessairement annoncé.

En cas d'extension à 18 semaines, faut-il prévoir des balises? Même si on part du principe que la réalisation d'une IVG en raison du sexe non désiré du fœtus relève du choix de la femme, il n'en reste pas moins que, si l'on considère la question éthique sur la protection du fœtus, cette question n'est pas négligeable. Faut-il prévoir des balises pour éviter des IVG pour le motif du sexe non désiré du fœtus? Certains pays ont eu des réflexions en la matière. En Belgique, on n'entend pas grand-chose à ce sujet. Pour ma part, je pense qu'il est légitime de peser les choses à ce niveau. Je voudrais donc vous entendre sur ce point.

Vous avez, à juste titre, plaidé pour des centres spécialisés. Je me souviens d'en avoir déjà parlé lors des débats précédents sur l'extension de l'IVG à 18 semaines. Cela figure d'ailleurs dans une recommandation que vous proposez pour des centres spécialisés pour les interruptions de grossesse hors médicales, donc pour les IVG du deuxième trimestre. C'est fondamental. En effet, ce geste est totalement différent. À ce sujet, je voudrais vous entendre. Considérez-vous que ces centres spécialisés devraient aujourd'hui être instaurés et mis en place dans les hôpitaux qui ont déjà l'expertise et les équipes pour des interruptions médicales de grossesse du deuxième ou du troisième trimestre? Ou, au contraire, n'est-il pas important d'avoir des centres spécialisés? Ceux-ci devraient être en petit nombre si l'on veut avoir une expertise solide, mais devraient être bien différenciés des centres hospitaliers qui pratiquent aujourd'hui les interruptions médicales de grossesse, et situés en dehors de ceux-ci. Je pense qu'on est dans un tout autre cadre, d'abord et avant tout pour la femme. Comment voyez-vous les choses? Avez-vous déjà réfléchi à cela? Hormis ce que j'ai lu – vous proposez de faire trois centres –, ne faut-il pas bien différencier l'histoire, la réalité et le vécu de ces femmes, par rapport à la situation des interruptions médicales de grossesse, y compris dans la création de ces centres spécialisés?

Je voudrais aussi vous interroger sur les techniques d'interruption volontaire de grossesse du deuxième trimestre. Il existe la technique médicale, avec accouchement, ou la technique chirurgicale, avec dilatation et évacuation, qui implique un démembrement du fœtus. Je viens d'évoquer la sensibilité du fœtus, dont des études montrent qu'elle intervient de manière beaucoup plus précoce au niveau de la sensibilité à la douleur et du développement neurosensoriel. À partir du moment où on procède à une extension de 12 à 18 semaines, n'y a-t-il pas des recommandations pour anesthésier le fœtus ou opérer une injection intracardiaque afin de créer un arrêt cardiaque chez ce dernier avant de procéder au démembrement, prenant ainsi en compte sa sensibilité à la douleur?

Je voudrais également aborder l'accessibilité financière à l'IVG. Vous avez proposé la gratuité ou le modèle de l'aide médicale urgente. Ne serait-il pas important de combiner, au minimum, si l'IVG gratuite n'est pas choisie par le gouvernement, l'aide médicale urgente avec la gratuité pour les mineures? Dans le cas contraire, nous nous retrouverions avec une difficulté pour les mineures.

Sur le plan de la confidentialité, par définition, le mineur a parfois informé ses parents, même s'il ne le fait pas toujours. Ne faudrait-il pas, dès lors, faire évoluer la législation pour prévoir au minimum cette gratuité au bénéfice des mineurs? Toujours à propos de l'accessibilité, n'estimez-vous pas que la gratuité de l'IVG permettrait à certaines femmes de recourir à une IVG, au lieu d'attendre? Cela ne constitue-t-il pas un frein ou, pour le dire autrement, une manière d'éviter certaines IVG tardives?

Enfin, vous avez évoqué la consultation à distance. J'entends bien que les nouvelles technologies doivent aussi pouvoir être utilisées sur le plan médical en général, mais il faut rester attentifs à la qualité des consultations et de l'examen clinique. J'aimerais vous interroger au sujet de certaines situations particulières de demandes d'IVG qui ne dépendent pas du libre choix de la femme ou de la jeune fille, mais d'un choix imposé par les proches: la famille, le conjoint, etc. Lors d'une consultation à distance, comment s'assurer de la réelle volonté et du choix de la femme de recourir à la demande d'une IVG, et dès lors, de l'absence de contrainte exercée par les proches. C'est toujours compliqué puisqu'on sait que, dans une telle consultation, une troisième personne, pas toujours visible, empêche parfois le patient, en l'occurrence la femme, de former librement un choix. Par conséquent, j'aurais aimé vous entendre vous exprimer au sujet de ce risque, puisque vous avez évoqué la consultation à distance. Un tout grand merci pour le travail accompli!

01.23 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Mesdames et messieurs les experts, membres universitaires dont on attendait avec grande impatience les travaux, je vous remercie. Un an de travail! Merci pour tout ce travail et votre disponibilité ainsi que pour votre clarté sur ce que vous attendez des députés pour cette législation qui est devenue complètement désuète par rapport aux réalités des femmes confrontées à des grossesses non désirées.

Merci aussi d'avoir ramené de la raison dans ce débat. Vous l'avez entendu, la raison n'est pas toujours retenue par certains de mes collègues qui préfèrent rester dans des stéréotypes et des discours culpabilisants à l'égard des femmes qui, soi-disant, préféreraient attendre pour avorter, qui paniqueraient et auraient donc besoin d'un délai de réflexion pour savoir ce qu'elles devraient faire de leur corps. Je trouve que ces propos sont insupportables. Je suis désolée pour cette parenthèse mais je ne pouvais pas laisser passer cela!

Je ferai une petite mise au point au sujet de la légitimité du droit à l'avortement: on a l'impression que le débat est en train de se refaire alors qu'il est censé avoir été clôturé il y a plus de 33 ans! Je ne le supporte pas! Il faut arrêter de mettre en balance la viabilité et le droit accordé au fœtus et ceux de la femme qui est là aujourd'hui et qui a des projets, ainsi que des difficultés auxquelles nous devons répondre.

Je voulais absolument faire une mise au point à ce sujet.

On le sait, l'accord de gouvernement a mis au frigo le texte porté par mes collègues socialistes, en demandant au gouvernement de procéder en deux étapes pour pouvoir enfin aller de l'avant avec cette législation désuète relative à l'avortement. La première étape était de votre ressort, à savoir faire en sorte que vous puissiez nous fournir un rapport étayé sur la loi relative à l'IVG. Toutefois, force est de constater - même si nous n'en doutons pas - que ce rapport va, à quelques nuances près, exactement dans le sens du texte de mes collègues socialistes, porté et soutenu par sept autres partis progressistes. Je m'en réjouis bien évidemment pour ce qui concerne l'assouplissement des conditions, mais aussi la dépénalisation de l'avortement.

La question est à présent de savoir ce que nous allons faire durant la deuxième étape consacrée par cet accord de gouvernement, et qui exige un accord à ce sujet au sein du Parlement. Dès lors, vous avez fait votre job; il nous appartient à présent de faire le travail et cet accord doit singulièrement intervenir au sein de la Vivaldi. L'accord de gouvernement dispose très clairement qu'à défaut de consensus sur cette question au sein de la Vivaldi, il n'y aura pas de vote sur le texte.

Dès lors, la question centrale à laquelle nous tentons de répondre aujourd'hui et pour laquelle nous avons absolument besoin de vos compléments d'information est de savoir quel est, en fin de compte, le socle minimal sur lequel vous voulez nous voir légiférer. Sur quels éléments devons-nous nous mettre d'accord pour répondre à la réalité des femmes aujourd'hui?

J'en viens directement à mes questions parce que je n'ai pas envie de m'écouter parler. J'ai envie de vous entendre, vous, sur ce qui est important à entendre, et premièrement en ce qui concerne la prévention. C'est un élément très important. Le plus fondamental dans ce dossier est d'éviter et de limiter au maximum les grossesses non désirées. Votre recommandation forte intervient dans ce cadre. Elle propose d'élargir le remboursement des moyens contraceptifs à toutes les femmes en âge de procréer. C'est assez conséquent, mais on peut le comprendre. C'est effectivement un enjeu fondamental. Mais ne convient-il pas de l'accompagner d'une meilleure information des femmes et des filles sur l'efficacité et l'adéquation de moyens contraceptifs utilisés? Je m'en explique.

L'OMS a fait le travail de mettre en avant les moyens contraceptifs et leur efficacité selon qu'ils sont utilisés de manière régulière ou de manière incorrecte. Il en ressort que trois grossesses sur 1 000 sont survenues alors qu'une pilule était prise de manière régulière et correcte, et qu'une grossesse sur 1 000 survient malgré la pose d'implants. Cela est corroboré d'ailleurs par les constats posés par la commission d'évaluation qui va nous présenter son rapport demain. Celle-ci nous dit que la moitié des femmes confrontées à une grossesse non désirée était en fait sous contraception. Cela montre bien que les grossesses non désirées résultent aussi du fait que la méthode contraceptive choisie était soit inefficace, soit mal utilisée, sans compter tous les cas de sabotage contraceptif. Tout cela montre bien que la contraception n'est pas la panacée pour éviter les grossesses non désirées.

Il faut donc pouvoir apporter des réponses pragmatiques aux grossesses non désirées qui surviendraient malgré tout et aussi légiférer sur les conditions et les sanctions. C'est vraiment fondamental. M. Englert a été très clair sur le fait qu'il était vraiment temps de considérer l'avortement comme un acte de soin qui doit être inscrit comme tel dans les lois relatives aux soins de santé.

Cependant, votre rapport indique que des sanctions particulières doivent pouvoir être prévues, sans qu'elles figurent dans des lois pénales très générales comme c'est le cas aujourd'hui. Quelles seraient-elles? Nous savons que les sanctions actuellement en vigueur sont totalement inadéquates, puisqu'on parle d'amendes ou de peines d'emprisonnement. Plaidez-vous également pour une gradation des sanctions? Autrement dit, ne convient-il pas de prévoir qu'en cas de non-respect de telles conditions légales, telle ou telle peine s'appliquerait? Quelle en serait l'échelle? Et puis, quelles lois vise-t-on? S'agit-il de la loi sur les droits du patient ou d'autres législations relatives aux soins de santé?

Je voulais également revenir sur des propos émis par M. Hiele. Vous avez établi un parallélisme avec la loi relative à l'euthanasie pour ce qui concerne les sanctions pénales. Néanmoins, je me demande pourquoi, pour ces deux actes de santé publique que sont l'avortement et l'euthanasie, rester dans cette logique de sanctions pénales spécifiques, alors que ce ne n'est pas le cas d'autres actes de santé publique.

Cette question est-elle justifiée par des raisons purement scientifiques ou revêt-elle encore aujourd'hui un caractère idéologique et éthique? Ainsi, le maintien de sanctions spécifiques pour ces actes résulte-t-il également d'un compromis? Nous nous disons peut-être qu'à défaut, cette évolution législative ne serait pas acceptée.

Concernant le délai, noyau dur de ce rapport, je suis là aussi satisfaite de voir que la science valide le texte que nous avons porté ensemble, à huit partis, en rapport avec l'IVG. On entend toutefois déjà, avant même que vous n'ayez présenté votre rapport, des partis plaider en faveur d'un délai de 14 semaines. Comment vous positionnez-vous par rapport à cela? Plaidez-vous en faveur d'un délai de 18 semaines et non pas en faveur d'un délai inférieur, et pourquoi?

Ce délai de 18 semaines ne permet-il pas de répondre à l'ensemble des situations des femmes qui sont confrontées à des grossesses non désirées et qui doivent avorter au-delà de 12 semaines? Autrement dit, retenir un délai inférieur à 18 semaines ne reviendrait-il pas à abandonner les autres femmes et à les laisser sur le carreau comme elles le sont malheureusement déjà aujourd'hui? Rappelons que ces IVG réalisées pendant le deuxième trimestre de la grossesse s'expliquent par des raisons extrêmement diverses.

J'entends certains collègues s'interroger. La plateforme Abortion Right a d'ailleurs fait un travail de recensement de témoignages pour évoquer toutes les raisons pour lesquelles certaines femmes doivent, à un moment donné, avorter au-delà de 12 semaines, non pas parce qu'elles ont envie d'attendre, mais parce que les situations qui leur sont propres font en sorte qu'elles n'ont pas d'autre choix que de recourir à l'IVG au-delà de 12 semaines. Une saine lecture pour certains.

Ces IVG peuvent concerner toutes les femmes, en particulier les femmes les plus vulnérables. Ma question est donc de savoir si, comme l'a dit M. Englert il y a quelques jours, le gouvernement a aujourd'hui l'obligation de suivre l'ensemble des recommandations que vous avez émises. Ou bien des ajustements doivent-ils encore aujourd'hui pouvoir être opérés? J'entends notamment le cd&v parler de "ligne rouge", justifiant cela par le fait que: "Avant, le fœtus peut encore être retiré par curetage par aspiration, après quoi, il s'agit d'un accouchement, où le fœtus est en fait coupé en morceaux." Le confirmez-vous, ou l'infirmez-vous? D'autant plus que l'un des arguments avancés pour aller jusqu'à un délai de 18 semaines est – et vous l'avez dit – de tenir compte du stade de développement du fœtus. Lorsqu'on lit cet argument, on pourrait comprendre que le délai de 18 semaines ne permettrait pas de tenir compte du stade de développement du fœtus. J'aurais donc vraiment besoin d'une clarification par rapport à cela. Sans doute, aussi, pour couper court à certains fantasmes.

D'ailleurs, je me souviens également des auditions qui ont été réalisées en commission sous la précédente législature. Là aussi, un gros travail scientifique avait été réalisé. Certains experts nous expliquaient que les services de réanimation de certains services d'hôpitaux ne procédaient pas à la réanimation de fœtus avant 20 à 22 semaines. Ne s'agirait-il pas, ici, de voir ce seuil de viabilité du fœtus comme le critère qui doit, *in fine*, pouvoir être retenu?

Enfin, avez-vous étudié l'impact de l'organisation d'un avortement qui doit être réalisé à l'étranger, faute de législation pragmatique en Belgique en la matière, sur la grossesse, sur le stress vécu par la femme qui est obligée de trouver une solution pour pouvoir avorter, et donc sur la manière dont l'avortement se déroulera, mais aussi sur l'écoulement du temps? En effet, organiser un avortement à l'étranger prend forcément du temps. Il faut mobiliser l'entourage. Il faut obtenir des informations. Il faut trouver une place. Il faut récolter les fonds nécessaires. Est-ce que permettre une IVG en Belgique à 18 semaines ne permettrait pas, le cas échéant, de faire réaliser une IVG plus tôt que si elle devait l'être à l'étranger? Ce faisant, l'avortement pourrait avoir lieu plus tôt et serait donc moins éprouvant pour la femme qui doit y recourir.

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: Collega's, een aantal experts heeft zijn agenda kunnen herschikken, zodat er nog tijd is voor het beantwoorden van de vragen. We kunnen doorgaan tot 15.00 uur.

01.24 Luc Roegiers: Je vous remercie tous pour ces questions nombreuses, dont la plupart trouvent réponse dans ce rapport de même que les 60 questions parlementaires initiales sur lesquelles sont basés nos travaux. Cela nous permet de situer la hiérarchie de vos préoccupations. Je pense que les soucis seront très pertinents et nous les partagerons.

Dans ce domaine-là, nous devons rester extrêmement modestes. Concernant les interruptions médicales de grossesse et même de façon générale, pour toutes les interruptions de grossesse, je crains que nous n'ayons que le choix de faire confiance aux femmes et aux équipes médicales. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne ces questions de santé mentale dont on a parlé.

À cet égard, nous devons encourager les praticiens à les prendre en considération en Belgique. Dans mes activités professionnelles, psychiatre de liaison avec services de gynécologie et d'obstétrique, j'entre en contact avec des collègues d'autres pays où on est beaucoup plus précis et on se sent plus protégé par le cadre légal qui stipule plus explicitement les problèmes mentaux.

J'ai été confronté à des situations véritablement dramatiques. Faire continuer une grossesse à des femmes qui se trouvent dans des situations extrêmes (gros troubles de la personnalité, dépendances en décompensation) c'est leur faire violence. Mais aussi c'est faire violence à l'enfant potentiel que deviendrait le fœtus.

On a beaucoup parlé aujourd'hui du tort causé à un "fœtus" en le privant de la potentialité de vivre sa

vie.

Mais je pense qu'il faut le mettre en balance. La question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas la femme contre le fœtus. C'est aussi la question de promouvoir le bien-être d'une famille et parfois de respecter l'enfant qui en serait issu.

Je pense qu'Yvon Englert pourra développer beaucoup mieux cette question que moi, parce qu'il y a beaucoup travaillé, mais je voudrais aborder pour conclure la question principale qui a été évoquée ce matin, à savoir la douleur fœtale. Je suis un peu étonné de voir cette question émerger, alors qu'elle est très ancienne. Parfois cela me choque: c'est comme si, parce qu'un enfant est victime d'une anomalie *in utero*, on ne se souciait pas de cette question de douleur. Mais on s'en soucie maintenant parce qu'on parle d'extension du délai pour l'IVG. Mais c'est un problème que les équipes connaissent depuis très longtemps, depuis 1990 et même avant puisque les IVG se pratiquaient, même en obstétrique, pour des gros problèmes de malformation qu'on pouvait détecter à l'époque.

Au fil du temps, les techniques se sont affinées, bien entendu, ainsi que les connaissances dont parlait Yvon Englert – à quel moment y a-t-il câblage entre l'étage sous-cortical et l'étage cortical. Ce n'est pas rien! Si on a défini, depuis la fin des années 1950, la fin de vie en la liant à la fin de l'activité corticale, dans l'autre sens le début de cette activité corticale peut permettre de définir quelque chose de l'ordre de la reconnaissance humaine et de la possibilité par la pensée réflexive de véritablement percevoir quelque chose.

Mais il faut rester modeste. C'est ce que font les équipes d'obstétrique, aujourd'hui. À partir de 20-21 semaines d'aménorrhée, à savoir plutôt vers la mi-grossesse, on peut cathétériser, c'est-à-dire injecter, dans le cordon, un opiacé (le fentanyl) pour être certain que le bébé n'éprouve rien. Je pense que mes collègues gynécologues obstétriciens pourront vous le confirmer. On ne doit donc pas s'interroger quant à l'existence de la douleur. Bien entendu, ce n'est pas à 15 semaines, au stade où on en est encore à ce qu'on appelle la nociception du réflexe spinal qu'on doit s'en soucier. Mais à partir de la mi-grossesse, on entre dans une période grise pour laquelle la question de la douleur doit être prise en considération.

01.25 Yvon Englert: Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, je vais compléter la réponse relative à la douleur que j'ai essayé d'examiner à la lumière des données les plus récentes.

Je voudrais, tout d'abord, faire une toute petite remarque d'ordre général à propos d'un certain nombre de choses qui ont été dites.

Madame Rohonyi, j'espère ne pas avoir dit au gouvernement ce qu'il devait faire. Telle n'est pas ma vision du rôle de l'expert. Notre vision est de vous remettre le maximum d'outils pour vous permettre de prendre des décisions éclairées. Nous n'avons pas de légitimité quantitative. La légitimité citoyenne vous appartient. Il faut bien faire la part des choses entre ce que peut être l'apport de l'expert et la responsabilité politique des décisions qu'il vous revient de prendre.

D'ailleurs, dans nos travaux, nous nous sommes très strictement tenus à une pratique que nous avons développée au niveau du Comité de bioéthique et qui a montré, je pense, depuis plus de vingt ans, son intérêt. Il n'y a pas de majorité ou de minorité dans un groupe d'experts puisque nous n'avons pas de légitimité quantitative. Dans nos recommandations, vous trouvez donc trois types de recommandation: celles qui sont faites à l'unanimité – on vous dit que tout le monde s'est retrouvé derrière une recommandation – ou bien vous trouvez deux ou trois options, ce qui veut dire que les choix ont été répartis, ou bien, lorsqu'il n'y a qu'une seule personne qui a défendu une position, on dit qu'il y a eu une position individuelle. Point à la ligne.

Je pense que c'est très important de se maintenir sur cette position si on ne veut pas une dérive à la française où, en fin de compte, les membres experts disent une vérité qui est souvent plus que contestable mais qui arrange, d'une certaine façon, parce qu'on leur délègue une responsabilité qui n'est pas la leur et dont, parfois, trop facilement, les experts aiment à s'emparer.

Je ne crois pas que la France, dans ce domaine, soit aujourd'hui encore une bonne référence éthique, pour avoir beaucoup travaillé – parfois encore beaucoup travaillé – avec eux, je peux dire que je pense que nous sommes vraiment un cran plus loin, même si c'est un grand pays.

En ce qui concerne la douleur, la littérature est quand même assez claire. Parmi les articles les plus récents, ce qu'on appelle des articles de *review*, c'est-à-dire qui reprennent l'ensemble des données de la littérature jusqu'aux données les plus récentes ou qui sont les résultats de conférences de consensus, nous avons la chance d'avoir deux articles extrêmement récents et qui sont d'ailleurs cités dans le rapport. L'un figure dans *Nature Reviews Neurology* de novembre 2022 et l'autre est une conférence de consensus du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, regroupant douze ou quinze experts des plus grandes universités anglaises, sur la question de la perception de la douleur par le fœtus. Le *Royal College* est encore plus tardif.

Mais ce que nous avons retenu dans le rapport, c'est une acquisition progressive de cette capacité de perception à partir de 22 semaines et jusque 26 semaines. Alors, vous trouverez évidemment toujours – et il me semble qu'avec la crise covid, le monde a découvert ce que peuvent être les controverses scientifiques – des articles qui vous diront autre chose. On a cité un article – je vois bien lequel – qui amène la perception, la nociception, c'est-à-dire le réflexe du nerf périphérique. Cela ne veut pas dire qu'il y ait un cortex qui soit capable d'enregistrer quoi que ce soit à 15 semaines. Si l'on veut, on peut même trouver des articles bien plus précoces que cela.

Mais, quand on regarde le consensus de la littérature faite par des experts, je pense qu'on peut aujourd'hui considérer que 22 à 26 semaines est la fourchette qui est reconnue. J'ai d'ailleurs interrogé des spécialistes de nos universités sur le développement du cerveau fœtal pour avoir une discussion en face à face sur ces données. Cela peut évoluer. C'est en plus une notion qui a une dimension presque philosophique. Qu'est-ce en effet que la perception d'un fœtus qui n'a aucune expérience antérieure de la douleur? On peut amener beaucoup de choses. Et notre collègue hollandaise interrogée à ce sujet s'est d'ailleurs exprimée concernant les interruptions tardives.

C'est à partir de 20 ou 21 semaines, disait-elle, je ne me rappelle plus exactement, qu'on commence l'interruption par la section du cordon et même plus tôt de façon à arrêter les fonctions fœtales et qu'il n'y ait pas de débats sur la question de la douleur parce que l'autre dimension, c'est de dire que ni la question de la douleur ni la question de la viabilité - je laisserai Kristien Roelens répondre à la question de la viabilité qu'elle connaît très bien comme obstétricienne en charge à l'Université de Gand de grands prématurés - ne sont des critères qui nous donnent une réponse éthique à la question qui nous est posée sur l'équilibre entre l'autonomie de la femme et la viabilité ou la perception de la douleur du fœtus. Une grossesse désirée et une grossesse non désirée ont un statut qui n'a rien à voir l'un avec l'autre. C'est d'ailleurs pour cela que nous recommandons de mettre toute la question de l'interruption médicale dans un paragraphe distinct. On ne parle pas de la même chose. On ne parle pas d'une expérience comparable. Les conséquences sur la façon de rencontrer ce type de demande ne peuvent pas être comparées. La question de la douleur peut être réglée par des antidouleurs. Sur la question de la viabilité, je laisserai Kristien Roelens y répondre à partir de son expérience clinique la plus récente.

01.26 **Kristien Roelens:** Ik zal nog twee zaken verduidelijken: ten eerste over de technieken, en ten tweede over de grens van de leefbaarheid.

Voort de technieken zijn er in het eerste trimester van de zwangerschap twee mogelijkheden. Men kan medicatie geven. Dat gebeurt altijd op dezelfde manier, door het voorbereiden van de baarmoederhals, het gevoeliger maken van de baarmoeder voor andere hormonen door middel van Mifepriston of Mifegyne, met daarna tabletten Cytotec of Misoprostol, die gegeven worden om een expulsie, een uitdrijving van de zwangerschap te bekomen. Dat zijn twee producten die doorheen de hele zwangerschap kunnen worden gebruikt. Naarmate de zwangerschap vordert, moet men minder van die producten geven omdat de baarmoeder gevoeliger wordt. De medicamenteuze abortus is dus een vast gegeven.

De techniek die in België vaak voor een eerstetrimesterabortus wordt gebruikt, is een vacuümcuretage. Die heeft plaats nadat de baarmoederhals voldoende is opengemaakt. Dat hangt af van de zwangerschapsduur. Men moet bijvoorbeeld tien millimeter openmaken voor een zwangerschapsduur van ongeveer tien weken. Bij twaalf weken moet men meer openmaken of het kan er niet door. Dan gaat men de baarmoeder leegzuigen, maar op dat moment maak je die foetus ook kapot. Sorry dat ik dat zo uitleg. Dat is onvermijdelijk. Dat is nu eenmaal de techniek, een goede techniek die met weinig complicaties gepaard gaat, maar men maakt ook de foetus kapot.

Die curettage is niet altijd zo eenvoudig. Als iemand bijvoorbeeld verschillende keizersneden heeft gehad, kan een zuigcurettage of vacuümaspiratie moeilijker zijn. Het kan ook moeilijker zijn bij een baarmoeder die helemaal naar achteren is gekanteld. Het is meestal ook gemakkelijker bij iemand die al eens is bevallen. Er spelen dus meerdere factoren.

Dat kan meestal tot twaalf weken post conceptie worden gedaan, maar ook niet altijd. Soms sturen centra al op elf weken door naar het ziekenhuis, omdat het niet lukt of omdat het te moeizaam gaat.

Na twaalf weken post conceptie past men meestal D+E toe. Dat is het dilateren van de baarmoederhals. Men gaat dus nog meer dilateren omdat, wat eruit moet, nog groter is. Daarna gaat men evacueren, dus de foetus eruit halen. Wat vaak gebeurt, is dat de navelstreng uitzakt en dat men die kan vastknippen zodat de foetus dood is en zeker niets meer voelt. Nadien gaat men inderdaad de foetus in stukken eruit halen.

Dat is meestal na twaalf weken post conceptie. Soms is op vijftien of zestien weken nog een vacuümaspiratie mogelijk, dus enkel het leegzuigen, maar het hangt er een beetje van af. Heel vaak wordt een combinatie gemaakt van een dilatatie plus evacuatie met een curettage onder echozicht, om goed te zien dat die baarmoeder leeg is en dat alles mee is. Dat is die fameuze techniek.

Welke zijn de mogelijke complicaties? In elk geval weten wij dat een doorgaande zwangerschap en een bevalling een veel hoger risico inhoudt op mortaliteit, sterfte van de moeder, maar ook op ernstige morbiditeit, complicaties bij de zwangerschap en de bevalling, sowieso.

Nu ga ik dieper in op de mogelijke complicaties in het tweede trimester. Als we een medicamenteuze abortus vergelijken met een chirurgische abortus, dan is er bij een medicamenteuze abortus meer risico op een onvolledige uitdrijving en kan er dus nog een stuk placenta blijven zitten of kan er nog een bloeding volgen. Daardoor moet bij een medicamenteuze abortus toch nog een soort van curettage gebeuren om de rest van de placenta eruit te halen. Bij een chirurgische abortus moet inderdaad de baarmoederhals opengemaakt worden. Complicaties kunnen optreden als de baarmoederhals niet goed voorbereid is. Er bestaan producten om die soepeler te maken, zodat die veel gemakkelijker opengaat, veel minder scheurt, enzovoort.

Ook kunnen er complicaties optreden als een onervaren persoon de abortus uitvoert. Ook hier geldt dat artsen die het gewend zijn om dat te doen, veel lagere complicatierisico's hebben. Bestaat er een risico van vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap? Inderdaad, er bestaat geen consensus over, maar volgens een aantal artikels is er een wat verhoogd risico op vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap na een chirurgische abortus in het tweede trimester. Dat is evenwel zeer sterk remedieerbaar door de baarmoederhals goed voor te bereiden en door die abortus te laten uitvoeren door iemand die daarin bekwaam is. Alle artikels of studies wijzen bovendien niet in dezelfde richting. Dat is wat ik wilde zeggen over de complicaties op korte en lange termijn.

Wat willen vrouwen nu zelf? Bij een medicamenteuze abortus in het tweede trimester moeten vrouwen een soort minibevalling ondergaan. We kunnen ook niet voorspellen hoe snel dat zal gaan. Dat kan gemakkelijk 24 uur duren. Dat kan zelfs langer zijn. Dat betekent dat vrouwen die hele periode moeten worden gehospitaliseerd, goed geobserveerd moeten worden enzovoort. Bij een chirurgische abortus wordt de vrouw gesedeerd en de foetus dus ook. De ingreep duurt misschien een halfuur en de vrouw kan normaal gezien dezelfde dag naar huis. In de praktijk zien we in landen waar abortus in het tweede trimester omwille van niet-medische redenen is toegestaan, dat heel veel vrouwen de chirurgische methode verkiezen boven de medicamenteuze. Daarom, en ook omdat de internationale richtlijnen dat zeggen, bevelen wij in ons rapport aan om de twee technieken ter beschikking te stellen. Wij beschrijven die technieken als niet zo gemakkelijk, moeilijker naarmate de zwangerschapsduur toeneemt, maar zeker goede medische technieken met een aanvaardbaar, laag complicatierisico.

Over de grens van de levensvatbaarheid zal ik spreken vanuit een context van een gewenste zwangerschap. Bij een gewenste zwangerschap met een dreigende vroeggeboorte – een situatie die in het ziekenhuis vaak voorkomt – spreken we over drie zones. Vóór 24 weken wordt op dit moment in België normaal gezien geen intensieve zorg gestart voor de foetus. Tussen 24 en 26 weken wordt intensieve zorg gestart voor de foetus als de betrokkenen dat wensen. Na 26 weken wordt er sowieso of bijna altijd wel intensieve zorg toegediend voor de foetus. Dat is de huidige situatie.

Tussen 24 en 26 weken doet een aantal baby's het op korte en lange termijn goed, maar een zeer groot aantal baby's sterft, kampt met ernstige kortetermijncomplicaties of ontwikkelt ernstige langetermijncomplicaties. Vandaar dat er op dit moment in België nog de consensus bestaat om de mensen de keuze te laten tussen 24 en 26 weken. 26 weken is nog altijd een periode waarin de kortere en de langetermijntkomsten voor de baby's niet schitterend zijn. Het is niet zo dat ineens alle problemen zijn opgelost vanaf 26 weken.

Die grens is nu naar onderen aan het opschuiven. In bepaalde Scandinavische landen en in een aantal topziekenhuizen in Amerika worden eventueel al op 20 weken post conceptie of 22 weken amenorroe, of eventueel 21 weken post conceptie of 23 weken amenorroe, intensieve zorg gestart voor de baby.

Op dit moment bekijkt een werkgroep van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, in samenspraak met de Waalse vereniging, of we onze huidige richtlijnen in België ook niet moeten aanpassen en de grens van de leefbaarheid niet mee naar onderen moeten verschuiven.

Dat zijn de gesprekken die we voeren met de mensen die te maken hebben met een gewenste zwangerschap en de ongewenste situatie van een vroeggeboorte. Dat is natuurlijk iets helemaal anders dan een ongewenste zwangerschap. Misschien wil mijn collega van Luik, die met dezelfde zaken te maken heeft, daaraan nog iets toevoegen?

01.27 Patrick Emonts: Monsieur le président, madame la présidente, je suis tout à fait d'accord sur ce qui vient d'être dit. J'ai toutefois deux petites remarques à faire.

D'abord, sur la notion d'anesthésie. Luc Roegiers a déjà précisé que dans les interruptions médicales de grossesse, et on s'en rapprochera, il est tout à fait possible d'anesthésier l'enfant. Nous le faisons couramment. Nous ne faisons jamais une IMG, même à 20 ou 22 semaines de gestation, sans anesthésie.

Je veux absolument revenir – parce que c'est un point qui a été abordé par plusieurs d'entre vous – sur la notion du choix du sexe. C'est vraiment obsolète. Je sais, madame Fonck, que les délais pour avoir la réponse peuvent parfois être plus longs. Mais il faut savoir que maintenant, nous avons très tôt le choix du sexe. Nous sommes déjà confrontés, avec la loi actuelle, à des gens qui choisissent l'IVG pour un problème de sexe.

Avec la loi du patient et la loi sur la qualité des soins, les gens doivent être informés, ce que nous faisons. Nous ne pouvons pas postposer notre réponse. Les délais exacts pour avoir les résultats, c'est qu'il faut huit jours pour avoir le résultat fiable sur le sexe de l'enfant. Cela veut dire qu'actuellement, à 10 semaines, le couple connaît le sexe de l'enfant.

Le fait de postposer le délai pour la question du choix du sexe n'a pas de sens. Nous sommes déjà confrontés à ce problème-là. Honnêtement, dans la pratique de tous les jours, sauf des cas rares, peu de gens demandent l'IVG pour un problème de sexe.

Je suis tout à fait d'accord que pour les mineures, associer gratuité et AMU est une bonne idée. Effectivement, nous n'avons pas vu ce cas de figure.

La gratuité va-t-elle amener moins d'IVG tardives? Je ne sais pas répondre, parce que généralement, les personnes qui sont confrontées à une IVG tardive... Je trouvais très juste cette réponse que vous avez donnée tout à l'heure, du côté DÉFI: il y aura toujours des personnes qui vont découvrir tardivement une grossesse.

Il y a effectivement des dénis de grossesse, qui peuvent mettre les personnes dans des conditions extrêmement compliquées. Je ne pense pas que l'argent soit vraiment la cause du fait que les personnes tardent. Le fait qu'elles aient peur de parler de leur grossesse, sûrement. Surtout, vous savez, il y a des adoptions, il y a des familles recomposées; on a peur de s'exprimer, on a peur d'en parler. Ce sont des choses qui peuvent éventuellement aller un peu plus loin.

Pour aller vraiment dans le sens de ma collègue, nous sommes exactement dans le même cas de figure. C'est pour cela que je voulais insister là-dessus. Je sais bien qu'un juriste n'est évidemment pas

médecin ni spécialiste; mais il y a quand même une limite inférieure qu'on ne dépassera jamais. Et cela, c'est normal dans la construction d'un fœtus. Il y a une limite inférieure. En semaines d'aménorrhée, c'est 22 semaines, parce que les poumons ne sont pas fabriqués. À part faire un enfant entièrement en dehors du corps de la mère, il n'est pas possible d'avoir un enfant que l'on puisse prendre en charge avant cette limite, pour nous, de 22 semaines.

En-dessous, on ne trouve aucun enfant ayant survécu, même dans les groupes... Vous savez que le terme des grossesses varie selon la race et le sexe. En tout cas, il existe une limite inférieure. On n'arrivera pas à un moment où ce sont des enfants qu'on pourra prendre en charge, parce qu'il est impossible qu'ils soient viables. Il faut le savoir aussi. C'est quelque chose d'important.

Reste le stress à propos de la grossesse. Vous parlez de la douleur, et je le comprends bien au vu des images que l'on peut montrer. Quand j'étais étudiant en médecine, j'avais été effrayé parce qu'on m'avait montré un avortement chez une dame qui était arrivée à cinq semaines. On montrait, preuves visuelles à l'appui, que l'enfant voyait arriver la canule d'aspiration qui se collait dans le fond de l'utérus, de sorte qu'il était parfaitement conscient que c'était sa fin de vie. C'était évidemment tout à fait usurpé. Mais je vous en parle pour vous dire qu'il faut rester dans des critères scientifiques, même si émotionnellement et sur le plan éthique, c'est particulier.

Tout le monde l'a dit, mais c'est vraiment important, remettons la femme en détresse au centre de la réflexion. C'est ce que je vous demande de faire lorsque vous réfléchirez à la manière de légiférer.

01.28 Anne Verougstraete: Ik zal het hebben over de verplichte wettelijke wachttijd, en de vragen daarover beantwoorden.

Het is niet omdat de wachttijd niet in de wet staat dat er geen wachttijd is. Bij een vrouw die in paniek in een abortuscentrum komt, zullen wij natuurlijk nooit onmiddellijk een abortus uitvoeren.

Men moet een beetje vertrouwen hebben in de equipes die psychosociale hulpverlening geven aan vrouwen. De vrouwen geven zelf ook aan dat zij twijfelen, dat zij niet weten wat ze moeten beslissen in de moeilijke situatie waarin ze zitten. Het is natuurlijk de corebusiness van de centra dat op te volgen en te begeleiden.

Op dit moment beslist 5 % van de vrouwen in de centra zwanger te blijven na het eerste gesprek. Dat komt natuurlijk door dat gesprek. Soms zijn er verschillende gesprekken nodig voor er een beslissing komt: ofwel zwanger blijven, ofwel de zwangerschap afbreken. Ook als de wachttijd niet meer in de wet staat, zullen wij niet onmiddellijk een abortus uitvoeren. Daar gaan gesprekken aan vooraf. Daar wordt over nagedacht, samen met de vrouw.

Ik wil even verduidelijken dat de wachttijd ondertussen afgeschaft is in Nederland en in Frankrijk, omdat de mensen daar door de jarenlange ervaring die werd opgedaan met de abortuswet, vonden dat een wettelijke wachttijd eigenlijk niet past in de verschillende situaties. Die wachttijd is te kort voor de ene, en te lang voor de andere. Laten we dus werken op maat van elke vrouw.

Ik kom nu tot de consultaties op afstand. Voor sommige vrouwen die opgesloten zitten of in een gewelddadige relatie zitten, is een consultatie op afstand veel veiliger dan zich verschillende keren te moeten verplaatsen naar een abortuscentrum, omdat ze zo gecontroleerd worden. Engelse studies tijdens de coronacrisis tonen aan dat dat voor sommige vrouwen een veiligere situatie schept, waardoor ze veel opener kunnen zijn en niet moeten uitleggen waarom ze naar buiten gaan. Er zijn landen waar men vraagt om een visuele consultatie. Men vraagt dus de vrouw te kunnen zien tijdens die consultatie op afstand. Zo belet men dat er mensen rond die persoon zitten die op haar inspelen. Consultatie op afstand is soms veiliger voor zeer kwetsbare vrouwen.

Onze wachttijd van zes dagen is een van de langste op wereldniveau. In de meeste landen is het twee of drie dagen. In twee landen, in Italië bijvoorbeeld, is het zeven dagen. Wij hebben dus een lange wettelijke wachttijd.

01.29 Martin Hiele : Ik zal ook proberen een paar kleine vragen te beantwoorden.

Er werd gevraagd waarom de anesthesisten problemen hebben met minderjarigen. Ik ben geen

anesthesist, maar ik denk dat het ermee te maken heeft dat het voor een anesthesist nogal courant is dat de ouders toelating geven voor een operatie. In de meeste gevallen zijn daar niet veel problemen mee, maar voor bepaalde gevoelige operaties, terwijl de zorgverlener zelf... Zeker kinderartsen weten goed dat kinderen – dat geldt ook voor andere medische interventies – vanaf het moment dat zij bekwaam zijn om beslissingen te nemen, ook een rol kunnen en moeten spelen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid.

Er werd ook gevraagd naar de registratie van gegevens, wat de juiste indicaties zijn voor een medische abortus en wat het aandeel van psychiatrische indicaties is. Er is een probleem met de gegevens. In de introductie heb ik gezegd dat we moeten inzetten op meer betrouwbare gegevens, want vooral voor de medische abortussen is er een onderrapportering. Dat heeft te maken met het feit dat die in een andere setting gebeuren. Die gebeuren niet in abortusklinieken, maar op, vaak grote, diensten verloskunde, die dat niet als een prioriteit zien. Er zijn heel wat andere registraties en dat wordt als een te grote administratieve belasting of dubbel werk gezien. Het is dus zeker een aandachtspunt om daarover extra gegevens te verkrijgen.

Tot slot wil ik graag nog iets zeggen over de straf en de plaats in de gezondheidswet. Als niet-jurist voel ik mij zeer beschroomd om hierover in deze vergadering, waar veel juristen aanwezig zijn, veel te zeggen. Er werd gevraagd of men dan wel in straffen moet voorzien en of de algemene strafwet niet in potentiële sancties voorziet. Als men de lange tekst leest, zal men zien dat er een aantal argumenten wordt opgesomd waarom dat eigenlijk toch niet goed lukt. Er is ook verwezen naar het disciplinair recht en de Orde der artsen die zou kunnen optreden, maar die voegt zich meestal naar het recht. Als de orde dat niet doet of wat strenger is dan de wet, dan wordt ze door advocaten op haar nummer gezet. Ik geef een voorbeeld. De orde heeft een of twee jaar geleden gezegd dat er voor euthanasie bij psychiatrisch lijden toch extra veiligheidsmaatregelen zouden moeten zijn, maar daarop heeft een aantal vooraanstaande juristen en advocaten gezegd dat de orde zich in de plaats van de wetgever stelt. De orde is dus heel erg op haar hoede om sanctionerend op te treden als dat niet wettelijk is voorzien.

De vraag of patiënten gestraft moeten worden, is gesteld. We hebben gezegd dat er een consensus was en dat dat niet aan de orde was. Van de 300 tot 800 vrouwen die naar Nederland gaan, is er nog geen een vervolgd. Dat zou ook niet kunnen volgens het Europese recht. De mensen die nu naar Nederland gaan, worden niet vervolgd. Als ze dan in België een abortus zouden krijgen buiten de regels, lijkt het wat eigenaardig dat ze dan wel vervolgd zouden worden. Een zorgverlener die zich buiten de regels zou begeven, is natuurlijk iets anders. De specifieke wet laat andere en meer gediversifieerde mogelijkheden toe. Of dat een gevangenisstraf of een geldboete is, daar durf ik mij niet over uit te spreken. U kunt daar meer zinvolle zaken over zeggen dan ik.

01.30 Aurélie Aromatario: Je vais essayer aussi d'apporter une série de précisions. Il a notamment été fait état des femmes qui se rendent aux Pays-Bas et du fait que l'on avait peu d'informations à leur sujet. Martin Hiele vient d'en parler. Effectivement, c'est une zone grise. On a des chiffres assez précis concernant ces femmes parce que les Pays-Bas font des statistiques à cet égard. Mais depuis la Belgique, ce sont des personnes qui passent sous les radars, parce qu'elles n'ont pas de solution en Belgique. Néanmoins, il existe des études faites depuis la Belgique, notamment une étude faite par un groupe mené par Sarah Van de Velde, qui a étudié un groupe de femmes qui se sont adressées au réseau de centres d'avortement Luna et qui étaient hors délai, au-delà de douze semaines post-conception. Cette étude a permis d'étudier une série de facteurs de risques. Cela ne dresse pas un profil type mais cela permet de mettre en lumière une série de facteurs de risques qui sont principalement un jeune âge, un manque d'information sur l'avortement, le fait d'avoir un faible niveau d'éducation et le fait d'être nullipare.

Les facteurs de risques étant étudiés, il reste la question de connaître les causes qui vont mener à une identification tardive de la grossesse. On l'étudie de manière assez exhaustive dans le rapport. Il y a notamment des difficultés d'identification dues à des profils hormonaux spécifiques, et des difficultés à poser une décision pour des raisons éthiques mais aussi parfois par manque d'accès à des services. Je ne vais pas trop y revenir.

Il n'est pas impossible que les personnes qui se rendent aux Pays-Bas pour un avortement le font pour d'autres raisons qu'une grossesse qui aurait dépassé l'âge gestationnel. C'est quelque chose qu'on ne peut pas totalement exclure mais cela semble assez peu probable, dans la mesure où un avortement

aux Pays-Bas pour une femme belge coûte entre 1 000 et 2 000 euros. L'argument de la proximité géographique tient assez peu puisqu'un avortement hors mutuelle en Belgique coûte de l'ordre de 500 euros. Il y a peu d'intérêt à ce niveau-là. De même, au niveau de la possibilité d'anonymat que pourraient offrir les Pays-Bas, la cause semble relativement peu probable dans la mesure où l'option qui est choisie dans ce cas-là généralement est de ne pas recourir à la mutuelle et de payer l'intégralité des frais qui sont, comme je le disais, d'environ 500 euros. C'est pour cela que nous avons supposé que la grande partie de ces 409 femmes, en moyenne, par an, qui se rendent au Pays-Bas, y allaient probablement pour des raisons d'âge gestationnel.

Concernant la question du délai d'attente déjà évoquée par mes collègues, on a déjà indiqué les difficultés que cela pouvait représenter. Je voudrais aussi situer ceci dans le contexte international. Il est connu que la Belgique est un des pays européens avec le plus haut délai d'attente avant de pratiquer l'avortement. La tendance internationale serait plutôt une diminution. Les Pays-Bas ont décidé de complètement supprimer le délai d'attente et la France a récemment décidé de le réduire à deux jours. Il est plutôt convenu que ce délai d'attente – on l'a déjà assez longuement dit – est plutôt vu comme un attermoiement assez inutile puisque la réflexion se fait en amont. C'est surtout quelque chose qui va maintenir une grossesse non désirée et un état de vulnérabilité chez les femmes. En cela, c'est très largement déconseillé par la littérature.

J'en viens plus largement à l'approche des femmes vis-à-vis non seulement de ce délai d'attente qui les met dans une forme d'insécurité émotionnelle mais aussi à leur perception par rapport aux méthodes d'avortement. L'aspect technique des méthodes a été très bien expliqué, mieux que je ne pourrais le faire. Par contre, ce qu'on a vu dans la littérature scientifique en général, c'est que le choix de la méthode doit évidemment être déterminé par des critères médicaux et scientifiques mais qu'un élément important de l'accompagnement sécurisant des femmes et de leur satisfaction dans ce processus d'avortement, c'est de leur fournir toutes les informations nécessaires et de leur donner une forme de choix quand c'est médicalement possible. C'est un critère très important.

En pratique, on voit des personnes qui vont plutôt s'orienter vers un choix de méthode chirurgicale ou médicamenteuse selon leur propre approche. Les critères les plus importants ne sont pas tellement ceux d'une méthode plutôt qu'une autre mais de la qualité d'information qui est donnée en amont et d'un accompagnement qui permet ce choix éclairé et qui ne soit pas jugeant. Il se trouve qu'au regard de ces critères de satisfaction et d'accompagnement, la Belgique, pour le moment, concernant l'avortement au premier trimestre, est plutôt bien classée. Le type d'accompagnement proposé est de bonne qualité. Il conviendrait de poursuivre cela si l'avortement venait à être étendu au second semestre. C'est aussi cette qualité d'accompagnement et cette certitude qui s'inscrivent dans la réflexion qui permet de montrer non seulement que quand le choix et l'accompagnement sont dignes et respectueux, il y a une satisfaction élevée mais qu'il y a aussi très peu de regrets face au choix d'avortement. On estime à 99 % le taux de femmes qui restent sûres que leur décision était la meilleure à prendre.

Je voulais aussi revenir sur la prévention. Un large consensus existe évidemment sur son importance et sur la nécessité de réduire le nombre de grossesses non désirées, mais aussi de reculer l'âge gestationnel auquel l'avortement sera pratiqué. Nous avons déjà insisté sur la nécessité de proposer un choix dans les méthodes contraceptives, car elles ne fonctionnent pas chez tout le monde. Même si les LARC offrent des atouts non négligeables, ce n'est pas forcément la meilleure solution pour tout le monde. La prévention va aussi de pair avec une information de qualité sur la contraception, ainsi que sur la santé sexuelle en général, mais aussi sur l'avortement. À cet égard, c'est peut-être là qu'un déficit pourrait être comblé en Belgique. Je veux parler de sa situation légale. En effet, certaines femmes n'en sont pas du tout au courant. Je pense à la manière d'obtenir un avortement, dans quels lieux, dans quelles conditions, etc. L'âge gestationnel auquel un avortement est disponible est parfois aussi méconnu.

Une fois communiqués et largement connus, ces éléments permettent aussi d'atténuer une situation de jugement et de stigmatisation, pour montrer que l'avortement est de l'ordre des soins et de la santé publique et qu'il peut constituer une solution à une situation de grossesse non désirée. Tout cela participe de cette idée d'avoir des avortements le plus tôt possible et dans de bonnes conditions. L'un des possibles témoignages d'un déficit d'informations qui semble patent aujourd'hui est que, l'année dernière, 160 femmes ont recouru aux services d'une association nommée *Women on Web*, qui propose des pilules abortives par correspondance. Ces personnes se trouvaient en Belgique et

pouvaient tout à fait recourir aux soins d'avortement tels qu'ils existent, mais qui - probablement, pour des raisons de confidentialité et de méconnaissance de la situation - ont décidé de ne pas recourir aux services des centres d'avortement et des hôpitaux, qui proposent pourtant de bons soins de santé. Cela me permet d'insister sur cette question de l'information et des possibilités de sites web, de campagnes de communication, etc.

Bien entendu, la question de l'accessibilité est également essentielle au regard de la possibilité de se rendre dans des centres et des lieux où l'on peut obtenir un avortement. La question des prix a déjà été abordée. Celle du délai de réflexion participe aussi de celle de l'accessibilité. Les études internationales montrent que, généralement, des délais imposés légalement ou résultant de freins géographiques ou financiers ou en raison d'un manque de prestataires vont inévitablement pousser à des avortements plus tardifs, augmenter les coûts financiers, aussi bien que psychologiques, de l'avortement.

Enfin, un dernier point que je voulais aborder, c'est la question de l'IVG comme soin de santé en termes de législation. Ce n'est pas mon domaine de spécialité mais je vais essayer de vous résumer ce qu'on y a dit dans le rapport, en espérant être la plus juste possible.

La recommandation qui est faite est d'inscrire l'IVG dans le droit général lié aux soins de santé. C'est la procédure qui semble être la plus recommandée. Cela permettrait d'inscrire l'IVG plus largement dans les droits relatifs à la santé qui existent déjà, à savoir la loi relative aux droits des patients, la loi relative à la qualité des soins de santé et la loi relative aux professions de santé, notamment à la qualification des professionnels de santé.

Ces lois-là prévoient déjà elles-mêmes une série de dispositifs de sanction. Pour la question de la possible dépénalisation, cela ne signifie pas que toute sanction disparaîtrait pour autant.

Dans ces dispositifs de sanction, il y a évidemment le fait de pratiquer des soins sans avoir les qualificatifs nécessaires qui pourraient être couverts par cela.

Il est possible aussi d'envisager au niveau disciplinaire, au niveau de l'Ordre médical, des sanctions spécifiques à cet égard qui peuvent avoir un poids au niveau de la discipline elle-même.

Il y a aussi la possibilité, au niveau des lois des soins de santé, de pénaliser les coups et blessures. Dans le cas où un soin de santé n'est pas effectué conformément, cela peut être qualifié de coups et blessures. Et, dans le cadre de l'avortement, il pourrait s'agir de coups et blessures avec ou sans le consentement de la femme qui aurait demandé l'avortement. C'est un peu l'arsenal qui est disponible.

Après, nous proposons aussi d'envisager des sanctions qui pourraient être spécifiques à l'avortement dans la loi ou qui pourraient rester de cet ordre général que je viens de mentionner. Des sanctions spécifiques liées à l'avortement devraient dès lors s'interroger sur ce qu'on souhaite protéger en particulier. Veut-on protéger le processus que vivent les femmes qui demandent un avortement? Veut-on protéger la grossesse et le fœtus? Veut-on protéger aussi les conditions dans lesquelles l'avortement se déroule et des actes spécifiques hors la loi pour contrer la situation actuelle qui fait que, dès qu'une des conditions de la loi dans la législation actuelle de l'avortement n'est pas respectée, l'ensemble de l'acte est d'office pénalisé.

Enfin, sur la question de la comparaison internationale, la structure juridique va beaucoup varier d'un pays à l'autre mais les pays qui ne connaissent pas de pénalisation de l'avortement à l'heure actuelle montrent qu'on ne constate pas non plus d'augmentation des taux d'avortements ou de recours abusif à l'avortement. Il n'y a pas de corrélations établies en ce sens.

01.31 Yvon Englert: Je voulais reprendre une des questions de Mme Fonck sur nos recommandations. Nous faisons une série de recommandations au niveau de la prévention – on les a suffisamment éclairées – mais aussi un certain nombre de recommandations qui favorisent l'interruption la plus précoce possible lorsque l'interruption est souhaitée et que la grossesse n'a malheureusement pas été prévenue. Dans les 25 recommandations du rapport, un bon nombre va dans ce sens. Une des plus évidentes à laquelle on ne pense pas est la diminution du délai de réflexion obligatoire puisqu'il ajoute déjà six jours à l'âge de grossesse de manière systématique, alors que la comparaison entre les pays qui n'ont pas de délai d'attente et ceux qui en ont un montre que le taux d'interruption n'est pas

différent. Cela n'a aucun effet dissuasif mais cela a comme effet de retarder.

Je voudrais revenir sur le fait que nous n'avons évidemment pas recommandé de supprimer le délai de réflexion mais de supprimer le délai de réflexion obligatoire, c'est-à-dire de le personnaliser. Parfois, il sera totalement inutile, parfois ce sera peut-être plusieurs semaines qui seront nécessaires pour clarifier une situation complexe. Nous devons être clairs sur le fait que l'idée n'est pas qu'il n'y ait plus de délai mais que ce délai soit inscrit dans ce qui est la bonne pratique d'un praticien de soins de santé, c'est-à-dire donner au patient le temps nécessaire à ce qu'il ait le sentiment d'avoir l'information complète nécessaire au consentement libre et éclairé qui se trouve dans la loi sur les droits du patient.

Pour les mineures, je voudrais dire que, en réalité, c'est une clarification que l'on demande avec l'inscription de l'interruption de grossesse dans la loi sur les soins de santé. Le mineur capable de discernement est déjà reconnu comme pouvant prendre des décisions autonomes dans la loi sur les droits du patient; il y a un avis de l'Ordre en ce sens mais on sent bien, particulièrement dans les hôpitaux, que les anesthésistes souvent n'ont pas l'habitude et qu'ils ont besoin d'être rassurés sur le fait qu'ils sont effectivement en droit de pouvoir prendre en charge un mineur capable de discernement. On n'a donc pas dit qu'il ne fallait pas essayer que les mineures soient liées à leurs familles. C'est quand même la situation la plus souhaitable et la plus habituelle.

Mme Merckx a posé une question qui me paraissait importante sur les 18, 20 ou 22 semaines. Quelle est la logique de cette variation? Je pense que, en fait, on a répondu de manière implicite en montrant que plus vous avancez dans l'âge, plus la situation du développement du fœtus, la question de la viabilité, la question de la perception de la douleur peuvent devenir plus interpellantes au plan éthique et au plan émotionnel et moins il reste de demandes. Vous devez trouver une espèce d'équilibre qui se situe dans cette fourchette-là de manière assez claire. Le travail qui a été fait dans les quatre groupes de travail a été ensuite repris par le comité scientifique puisque c'est ce dernier qui assume la responsabilité du rapport global. Les groupes de travail n'ont chacun travaillé que sur une partie du rapport global et donc on ne peut leur faire assumer une partie du travail qui n'a pas été le leur. Le comité scientifique a considéré que la tension éthique et émotionnelle était inutilement renforcée par le maintien de l'option de 22 semaines tout en respectant les recommandations des groupes de travail. On a d'ailleurs été partout dans le rapport très attentif à être transparent par rapport aux recommandations des groupes de travail même si le comité scientifique, parfois, comme ici, a pris une décision différente et considéré que la fourchette de 18 à 20 semaines était probablement le meilleur équilibre que l'on pouvait trouver entre rencontrer ce qu'est la réalité du terrain aujourd'hui, à savoir des femmes qui vont essentiellement en Hollande ou qui ne trouvent pas de solution, et la protection du fœtus dans les stades tardifs de la grossesse. C'est cette explication que montre au fond la fourchette entre 18, 20 et 22 semaines.

Si on descend en dessous de 18 semaines, le nombre de femmes – je crois que c'est Mme Rohonyi qui posait la question – que vous allez laisser sur le carreau va également augmenter. À 14 semaines, c'est au moins deux tiers des femmes qui sont hors délai et qui ne trouveront pas de réponse. On pense que plus la grossesse est avancée, moins les femmes prennent des contacts en Belgique puisqu'elles savent qu'elles sont hors délai. Les données de LUNA sur l'âge des femmes belges sous-estiment très probablement le nombre de grossesses plus avancées parce que ces grossesses ont moins de probabilités d'être enregistrées, là où une femme qui est juste hors délai et qui se présente dans un centre se retrouvera dans les données.

Voilà les différentes questions que j'avais notées et auxquelles je pouvais facilement apporter une réponse. Concernant enfin le débat sur la personne, c'est un débat qui est très largement évoqué dans l'avis du Comité de bioéthique n° 18. Il s'agit d'une question philosophique fondamentale qui, elle, n'a pas été influencée par l'évolution des connaissances. Je pense qu'on peut vous encourager à trouver là les différentes positions. C'est évidemment un débat éthique insurmontable entre les diverses prises de position que les uns et les autres peuvent avoir par rapport à cette question existentielle de notre espèce. L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme fait bien référence à la personne au sens juridique. Dans notre droit, il s'agit d'un enfant né vivant et viable. Je parle sous le contrôle des juristes mais c'est comme cela que nous l'avons compris dans le groupe 4 où nous avons à nouveau abordé cette question avec un bon panel de juristes.

Kristien Van Vaerenbergh, voorzitter: We moeten spijtig genoeg onze vergadering afronden. Ik dank alle sprekers voor de presentatie van het rapport en het beantwoorden van de vragen. Mochten

er vragen onbeantwoord gebleven zijn, dan mogen er altijd schriftelijke aanvullingen nagestuurd worden. Wij zullen die dan op het extranet publiceren.

Dit debat is nog niet beëindigd, het is pas begonnen en zal in een volgende commissievergadering worden voortgezet.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 14.59 uur.

La réunion publique de commission est levée à 14 h 59.