

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

28 avril 2020

**RAPPORTS BISANNUELS
DE LA COMMISSION NATIONALE
D'ÉVALUATION DE LA LOI
DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE
À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

Auditions

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES
PAR
MME **Karin JIROFLÉE**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposés introductifs	3
II. Questions et observations des membres.....	12
III. Réponses	37

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

28 april 2020

**TWEEJAARLIJKE RAPPORTEN
VAN DE NATIONALE COMMISSIE
VOOR DE EVALUATIE
VAN DE WET VAN 3 APRIL
1990 BETREFFENDE DE
ZWANGERSCHAPSAFBREKING**

Hoorzittingen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Karin JIROFLÉE**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzettingen	3
II. Vragen en opmerkingen van de leden	12
III. Antwoorden	37

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**
Président/Voorzitter: Thierry Warmoes

A. — Titulaires / Vaste leden:

N-VA	Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Yoleen Van Camp
Ecolo-Groen	Séverine de Laveleye, Barbara Creemers, Laurence Hennuy
PS	Patrick Prévot, Hervé Rigot, Eliane Tillieux
VB	Steven Creyelman, Dominiek Sneepe
MR	Magali Dock, Caroline Taquin
CD&V	
PVDA-PTB	Thierry Warmoes
Open Vld	Robby De Caluwé
sp.a	Karin Jiroflée

B. — Suppléants / Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Tomas Roggeman, Darya Safai, Valerie Van Peel
Simon Moutquin, Sarah Schlitz, Jessika Soors, Evita Willaert
Jean-Marc Delizée, Marc Goblet, Sophie Thémont, Laurence Zanchetta
Nathalie Dewulf, Kurt Ravyts, Hans Verreyt
Michel De Maegd, Isabelle Galant, Benoît Piedboeuf
Nawal Farih, Els Van Hoof
Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Tania De Jonge, Goedeke Liekens
Jan Bertels, Kris Verduyck

C. — Membre sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigd lid:

cdH	Catherine Fonck
-----	-----------------

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numerering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurd papier)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné les rapports bisannuels 2012-2013, 2014-2015 et 2016-2017 de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, au cours de sa réunion du 11 février 2020.¹

I. — EXPOSÉS INTRODUCTIFS

A. Introduction générale

M. Mario Van Essche, co-président de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, rappelle l'obligation légale de la commission d'évaluation de fournir un rapport bisannuel au Parlement. Etant donné que la commission n'était plus composée valablement depuis quelques années, elle n'a pas été en mesure de fournir les trois derniers rapports bisannuels dans les délais impartis.

A l'heure actuelle, la commission a rattrapé son retard et les rapports mentionnés ci-avant ont été envoyés au président de la Chambre. Bien que les rapports soient séparés, la commission a rédigé une seule analyse basée sur les trois rapports. Le fait que trois rapports soient présentés simultanément permet à la commission de faire une analyse plus approfondie sur une période plus longue.

Depuis sa nouvelle composition le 19 décembre 2018, la commission s'est réunie de manière intensive principalement en vue de rédiger des recommandations qui sont reprises dans un document séparé.

À la suite de l'adoption de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives (*Moniteur belge*, 29 janvier 2019), le formulaire d'enregistrement a été adapté. Les trois rapports présentés actuellement sont toutefois encore basés sur l'ancien formulaire d'enregistrement.

M. Van Essche fait état de rumeurs selon lesquelles la commission d'évaluation serait, de manière unilatérale, favorable au droit à l'avortement. Il estime que le droit à l'avortement reflète l'évolution de la société et repose sur une large assise sociétale. Il va de soi que parmi les

¹ Ces rapports sont consultables via le lien suivant: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/interruption-volontaire-de-grossesse>.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft tijdens haar vergadering van 11 februari 2020 de tweejaarlijkse rapporten 2012-2013, 2014-2015 en 2016-2017 besproken van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking.¹

I. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

A. Algemene inleiding

De heer Mario Van Essche, covoorzitter van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, herinnert eraan dat de Evaluatiecommissie wettelijk verplicht is het Parlement een tweejaarlijks rapport te bezorgen. Aangezien de Commissie sinds enkele jaren niet langer op geldige wijze was samengesteld, was zij niet bij machte de jongste drie rapporten binnen de gestelde termijn te verstrekken.

Momenteel heeft de Commissie haar achterstand ingehaald en werden de bovenvermelde rapporten toegestuurd aan de Kamervoorzitter. Hoewel de rapporten los van elkaar staan, heeft de Commissie op grond van de drie rapporten een enkele analyse geredigeerd. Het feit dat er drie rapporten tegelijkertijd worden gepresenteerd, stelt de Commissie in staat een diepgaandere analyse over een langere tijdspanne te verrichten.

Sinds de Commissie op 19 december 2018 een nieuwe samenstelling kreeg, is zij intensief bijeengekomen, voornamelijk dan om aanbevelingen op te stellen die in een afzonderlijk document zijn opgenomen.

Ingevolge de aanneming van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen (*Belgisch Staatsblad* van 29 januari 2019), werd het registratieformulier aangepast. De drie thans voorgestelde rapporten berusten echter nog op het oude registratieformulier.

De heer Van Essche maakt gewag van geruchten dat de Evaluatiecommissie eenzijdig gewonnen zou zijn voor het recht op abortus. Volgens hem weerspiegelt het recht op abortus de evolutie van de samenleving en berust het op een breed maatschappelijk draagvlak.

¹ Deze rapporten zijn raadpleegbaar via volgende link: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/vrijwillige-zwangerschapsonderbreking>.

spécialistes de la matière, d'aucuns défendent le droit à l'interruption de grossesse.

Cela ne signifie pas pour autant que la commission d'évaluation soit favorable à l'avortement, bien au contraire. L'objectif de la commission est de formuler des recommandations au Parlement en vue de réduire le nombre d'interruptions de grossesse. C'est dans cet esprit que les rapports ont été rédigés.

M. Van Essche rappelle que les rapports présentés aujourd'hui font l'objet d'un large consensus au sein de la commission d'évaluation. Toutefois, au nom de la liberté d'expression qu'elle défend, la commission, bien qu'elle n'y soit pas tenue, a inséré intégralement dans son rapport le point de vue minoritaire d'un membre suppléant, à savoir le Docteur Chantal Kortmann.

D'aucuns se sont interrogés sur les moyens dont dispose la commission d'évaluation pour remplir sa mission. La commission est composée d'un nombre impressionnant d'experts disposant de l'expertise nécessaire, à savoir des assistants, des médecins, des juristes, etc. qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour mener à bien leur mission, délaissant souvent leur pratique professionnelle pour un jeton de présence de 18 euros. Toutefois, il serait utile que la commission puisse s'adjoindre les services d'un épidémiologiste et d'un sociologue, en particulier pour la rédaction du formulaire d'enregistrement.

Mme Sylvie Lausberg, co-présidente de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, précise que les rapports transmis à la commission de la Santé couvrent six années. Le dernier rapport est plus complet car il fait la synthèse des chiffres de 2012 à 2017.

B. Document d'enregistrement

Mme Lausberg détaille successivement les modifications qui ont été apportées au formulaire d'enregistrement en fonction des données reçues par la commission d'évaluation.

Elle rappelle préalablement que chaque institution hospitalière qui pratique une interruption de grossesse doit remplir un document d'enregistrement qui est envoyé à la commission d'évaluation. Les documents sont traités par le secrétariat. Les chiffres récoltés sont répertoriés dans des tableaux et sont analysés par la commission afin de remplir ses deux principales missions, à savoir, publier les statistiques et formuler des recommandations

Het spreekt voor zich dat sommige van de specialisten in deze materie het recht op zwangerschapsafbreking verdedigen.

Dat betekent daarom echter nog niet dat de Evaluatiecommissie voor abortus gewonnen is, wel integendeel. De Commissie heeft tot doel om, ten behoeve van het Parlement, aanbevelingen te formuleren die ertoe strekken het aantal zwangerschapsafbrekingen terug te dringen. De rapporten werden in die geest geredigeerd.

De heer Van Essche herinnert eraan dat in de Evaluatiecommissie een ruime eensgezindheid bestaat omtrent de vandaag gepresenteerde rapporten. In naam van de vrijheid van meningsuiting, die zij verdedigt, heeft de Commissie echter – hoewel zij daartoe niet verplicht is – in haar rapport integraal het minderheidsstandpunt opgenomen van een plaatsvervangend lid, dr. Chantal Kortmann.

Sommigen hebben zich afgevraagd over welke middelen de Evaluatiecommissie beschikt om haar taak te vervullen. De Commissie bestaat uit een indrukwekkend aantal deskundigen met de nodige expertise, namelijk assistenten, artsen, juristen enzovoort. Zij hebben geen moeite gespaard om hun taak te volbrengen, vaak ten koste van hun beroepspraktijk en voor een presentiegeld van 18 euro. Niettemin ware het nuttig, mocht de Commissie een beroep kunnen doen op een epidemioloog en een socioloog, inzonderheid voor de redactie van het registratieformulier.

Mevrouw Sylvie Lausberg, covoorzitter van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, preciseert dat de aan de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen toegezonden rapporten zes jaar bestrijken. Het jongste rapport is vollediger omdat het een synthese bevat van de cijfers van 2012 tot en met 2017.

B. Registratiedocument

Mevrouw Lausberg geeft achtereenvolgens in detail aan welke wijzigingen in het registratieformulier werden aangebracht op grond van de door de Evaluatiecommissie ontvangen gegevens.

Allereerst herinnert zij eraan dat elke ziekenhuisinstelling die zwangerschapsafbrekingen verricht, een registratiedocument moet invullen dat naar de Evaluatiecommissie wordt gestuurd. De documenten worden behandeld door het secretariaat. De verzamelde cijfers worden verwerkt in tabellen en door de Evaluatiecommissie geanalyseerd om uitvoering te geven aan haar twee kerntaken, namelijk het publiceren van statistieken en het formuleren

afin de réduire le nombre d'IVG en Belgique et d'améliorer l'accueil et la prise en charge des femmes qui demandent une interruption de grossesse.

Mme Lausberg fournit ensuite des précisions sur le nouveau formulaire d'enregistrement qui a été rédigé à la suite de la loi du 15 octobre 2018 et qui sera utilisé à partir du 1^{er} janvier 2020. Cette loi a modifié les conditions dans lesquelles une interruption de grossesse peut être pratiquée en Belgique.

Le recto du document est rempli par le médecin alors que le verso est rempli conjointement par le médecin et par la femme. Le document est signé par le médecin.

1. *Le recto du formulaire*

1.d) Parmi les éléments requis, la commission a ajouté le nombre de semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire l'âge de la grossesse au moment de l'interruption. Les centres extrahospitaliers recueillent eux-mêmes ces données.

1.c) Le deuxième item concerne la situation de la femme. Dans les différents statuts, ont été ajoutés celui de femme célibataire et de cohabitante légale. Les items suivants ont été ajoutés: situation de vie de fait, femme vivant seule, femme vivant en couple ou autre. Ces situations de couple sont importantes pour mieux comprendre les motivations pour une interruption de grossesse.

2.d) 2. Un item a été ajouté concernant le nombre d'enfants dont la femme prend soin afin de tenir compte des familles recomposées et des enfants du conjoint.

2.e) En ce qui concerne le domicile, tout le panel de réponses possibles a été modifié pour ne plus limiter les données à une seule province. Ainsi, le code postal a été rajouté afin de déterminer si, dans certaines régions, les femmes sont davantage sous pression par rapport à une grossesse non désirée. Il est également demandé aux femmes si elles ont un domicile à l'étranger. En effet, de nombreuses étudiantes proviennent de pays limitrophes et il importe de savoir si elles ont recours à l'IVG en Belgique. Ces données sont importantes car, dans les courbes d'âge, on constate que les femmes en fin de parcours universitaires, sont plus susceptibles de recourir à l'IVG que les plus jeunes. La moyenne d'âge pour une IVG en Belgique se situe entre 25 et 35 ans.

van aanbevelingen teneinde het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in België te verminderen en de opvang en begeleiding te verbeteren van de vrouwen die om een vrijwillige zwangerschapsafbreking verzoeken.

Vervolgens geeft mevrouw Lausberg toelichting bij het nieuwe registratieformulier dat ingevolge de wet van 15 oktober 2018 werd opgesteld en dat zal worden gebruikt vanaf 1 januari 2020. Voormelde wet heeft de voorwaarden gewijzigd waarop een zwangerschap in België mag worden afgebroken.

De voorzijde van het document wordt ingevuld door de arts; de achterzijde door zowel de arts als de vrouw. Het document wordt ondertekend door de arts.

1. *Voorzijde van het formulier*

1.d) Aan de verplicht te vermelden gegevens heeft de Evaluatiecommissie het aantal weken vanaf de eisprong toegevoegd, dat wil zeggen de duur van de zwangerschap op het ogenblik van de afbreking. De centra buiten de ziekenhuizen verzamelen die gegevens zelf.

1.c) Het tweede punt heeft betrekking op de situatie van de vrouw. Aan de verschillende statussen werden die van de alleenstaande moeder en die van wettelijk samenwonende partner toegevoegd. Voorts werden de volgende elementen toegevoegd: feitelijke levenssituatie, alleenstaande vrouw, met een partner samenwonende vrouw of andere. Die partnersituaties zijn belangrijk om een beter inzicht te krijgen in de redenen voor een zwangerschapsafbreking.

2.d) 2. Er werd een element toegevoegd aangaande het aantal kinderen waar de vrouw voor zorgt, teneinde rekening te houden met de nieuw samengestelde gezinnen en met de kinderen van de partner.

2.e) Wat de woonplaats betreft, werd de reeks mogelijke antwoorden gewijzigd zodat de gegevens niet langer beperkt zijn tot eenzelfde provincie. Zo werd de postcode opnieuw toegevoegd om uit te maken of vrouwen in bepaalde regio's meer onder druk staan wanneer er sprake is van een ongewenste zwangerschap. Voorts wordt de vrouwen gevraagd of zij een woonplaats in het buitenland hebben. Veel studentes komen immers uit naburige landen en het is belangrijk te weten of zij in België een zwangerschap doen afbreken. Die gegevens zijn belangrijk omdat uit de leeftijdscuurves blijkt dat vrouwen die bijna klaar zijn met hun universitaire opleiding, sneller overgaan tot vrijwillige zwangerschapsafbreking dan de jongere leeftijdsgroep. De gemiddelde leeftijd waarop een zwangerschap in België wordt afgebroken, ligt tussen 25 en 35 jaar.

Le formulaire renseigne également le pays de naissance de la femme ainsi que sa nationalité, si elle sans domicile fixe ou sans autorisation de séjour.

3. Les raisons “observées” par le praticien ont été ajoutées aux raisons invoquées afin de prendre en compte d’éventuelles violences, tues par les femmes mais constatées par le praticien.

3.b) Le formulaire demande si l’interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai de 14 semaines d’aménorrhée. Étant donné que ces interventions sont illégales en centre extrahospitaliers, cette question s’adresse aux hôpitaux et non aux centres extrahospitaliers.

4. Le point 4 du questionnaire concerne la méthode contraceptive utilisée par la femme.

Il ressort du rapport que la moitié des femmes qui recourent à une IVG n’ont pas utilisé de moyen de contraception, ou ont utilisé un moyen de contraception non fiable.

La début de la grossesse est une période ambivalente, il est important que les femmes puissent comprendre, au travers des réponses possibles, comment elles en sont arrivées à être enceintes et à devoir envisager une IVG. C’est également le moment pour le praticien d’entendre où se situe la femme dans son parcours de décision. Les centres ont, en effet, la mission d’accueillir les femmes sans les diriger vers une décision précise mais en les accompagnant dans leur décision.

Dans ce point 4, ont été ajoutées les nouvelles méthodes de contraception qui n’existaient pas dans le formulaire de 2005.

Il en va de même pour les méthodes appliquées pour l’IVG (point 5.b) auxquelles ont été ajoutées les méthodes médicamenteuses. Dans le point 5.b) ont été ajoutés des items qui correspondent mieux à la terminologie employée par les anesthésistes.

Au point 5.6) ont été ajoutées les complications médicales immédiates étant donné que les centres extrahospitaliers reçoivent parfois des femmes pour un contrôle après une IVG et sont à même de dire s’il y a eu des complications immédiatement après l’intervention.

Het formulier vermeldt voorts het geboorteland van de vrouw, alsmede haar nationaliteit, ingeval zij geen vaste woonplaats of geldige verblijfstitel heeft.

3. Aan de aangevoerde redenen werden de door de arts “waargenomen” redenen toegevoegd om rekening te houden met eventueel geweld waar de vrouw zelf niet van rept, maar dat door de arts wordt vastgesteld.

3.b) In het formulier wordt gevraagd of de zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd na de termijn van 14 weken vanaf de eisprong. Aangezien die ingrepen onwettig zijn in centra buiten de ziekenhuizen, is deze vraag bedoeld voor de ziekenhuizen en niet voor de centra buiten de ziekenhuizen.

4. Punt 4 van de vragenlijst heeft betrekking op de anticonceptiemethode die de vrouw heeft toegepast.

Uit het rapport blijkt dat de helft van de vrouwen die hun zwangerschap doen afbreken, niet betrouwbare of geen voorbehoedsmiddelen hebben gebruikt.

De aanvang van de zwangerschap is een dubbelzinnige periode; het is belangrijk dat de vrouwen, via de mogelijke antwoorden, tot inzicht kunnen komen hoe zij ertoe zijn gekomen om zwanger te worden en een vrijwillige zwangerschapsafbreking te overwegen. Op basis daarvan kan de arts tevens achterhalen in welke fase van de besluitvorming de vrouw zich bevindt. Het is immers de taak van de centra de vrouwen op te vangen en hen in hun besluitvorming te begeleiden, dus niet hen naar deze of gene keuze te oriënteren.

In punt 4 werden de anticonceptiva toegevoegd die ten tijde van het formulier uit 2005 nog niet bestonden.

Hetzelfde geldt voor de methodes die voor de vrijwillige zwangerschapsafbreking worden toegepast (punt 5.b); hieraan werden de medicamenteuze methodes toegevoegd. In punt 5.b) werden elementen toegevoegd die beter overeenstemmen met het woordgebruik dat de anesthesisten hanteren.

In punt 5.6) werden de onmiddellijke medische verwickelingen toegevoegd, aangezien de centra buiten de ziekenhuizen soms vrouwen ontvangen voor een post-abortuscontrole en kunnen aangeven of er zich onmiddellijk na de ingreep verwickelingen hebben voorgedaan.

Au point 7, il est demandé si la femme est d'accord pour l'envoi d'un rapport à son médecin traitant. Cette précaution vise à éviter que l'entourage de la femme soit au courant de l'intervention sans son accord.

2. Le verso du formulaire

Mme Lausberg rappelle qu'avant l'adoption de la loi du 15 octobre 2018, les femmes devaient se trouver dans un état de détresse attesté par le médecin pour pouvoir recourir à une IVG. La loi du 15 octobre 2018 a supprimé cette notion d'état de détresse. Toutefois, la commission d'évaluation a jugé qu'il fallait maintenir dans le formulaire les raisons pour lesquelles les femmes décident de recourir à l'avortement. Ces données sont importantes tant pour la commission d'évaluation que pour le législateur.

Dans la rubrique "Raisons dues à la santé physique ou mentale de la mère ou de l'enfant à naître" ont été ajoutés les points 03 (membre de la famille sérieusement malade) et 04 (crainte pour la santé du fœtus). Certaines femmes ne se sentent pas capables d'assumer une grossesse alors qu'elles doivent déjà s'occuper d'un proche malade. D'autres femmes ressentent une angoisse, rationnelle ou non, concernant la santé du fœtus et peuvent être rassurées.

Dans la rubrique "raisons personnelles", figurent de nouvelles possibilités de réponse, à savoir: la femme est isolée, la femme n'a pas de souhait d'enfant, la grossesse n'est pas souhaitée et la femme souhaite ne jamais avoir d'enfant.

Parmi les raisons financières et matérielles, ont été ajoutées les possibilités de réponses suivantes: la crainte de perdre son emploi, le plan de carrière et les problèmes de logement.

Mme Lausberg fait référence à une étude de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes qui démontre qu'une femme sur quatre est discriminée au travail en cas de grossesse.

Dans la rubrique "Raisons familiales ou professionnelles" ont été ajoutés les items "relations hors couple" ou "interdit culturel".

Dans la rubrique "Raisons liées aux contraintes ou à la violence" ont été ajoutés les points "violence du partenaire, contrainte familiale ou coercition à la maternité". Bien qu'aucune étude en Belgique ne démontre un lien entre la violence du partenaire et l'IVG, on sait pourtant

In punt 7 wordt gevraagd of de vrouw erin toestemt dat een verslag wordt overgezonden naar haar behandelende arts. Deze voorzorgsmaatregel moet voorkomen dat de omgeving van de vrouw weet krijgt van de ingreep, tegen haar wens in.

2. De ommezijde van het formulier

Mevrouw Lausberg wijst erop dat tot de wet van 15 oktober 2018 werd aangenomen, een vrouw een vrijwillige zwangerschapsafbreking alleen kon doen uitvoeren indien door de arts werd aangetoond dat ze zich in een noodsituatie bevond. Die bepaling over een noodsituatie werd opgeheven bij de wet van 15 oktober 2018. Niettemin heeft de Evaluatiecommissie geoordeeld dat het formulier nog altijd moet vermelden waarom een vrouw beslist om een zwangerschapsafbreking te doen uitvoeren. Die gegevens zijn belangrijk voor zowel de Evaluatiecommissie als de wetgever.

In de rubriek "Redenen die te maken hebben met de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het ongeboren kind" werden de punten 03 (ernstige gezondheidsproblemen van een familielid) en 04 (vrees voor de gezondheid van de foetus) toegevoegd. Sommige vrouwen vrezen een zwangerschap niet aan te kunnen, omdat ze tegelijk de zorg voor een zieke naaste op zich moeten nemen. Andere vrouwen hebben een al dan niet rationele angst omtrent de gezondheid van de foetus en kunnen worden gerustgesteld.

In de rubriek "persoonlijke redenen" werden nieuwe antwoordmogelijkheden opgenomen: de vrouw is alleenstaand, de vrouw heeft geen kindwens, de zwangerschap is niet gewenst en de vrouw wil nooit kinderen.

De financiële en materiële redenen werden uitgebreid met de volgende antwoordmogelijkheden: de vrees om haar baan te verliezen, het carrièreplan en de huisvestingsproblemen.

Mevrouw Lausberg verwijst naar een onderzoek van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen waaruit blijkt dat één op vier vrouwen op de werkvloer wordt gediscrimineerd wanneer ze zwanger is.

In de rubriek "Relationele of familiale problemen" werden de items "relatie buiten het koppel" of "cultureel onaanvaardbaar" toegevoegd.

In de rubriek "Redenen omwille van geweldpleging of dwang" werden de punten "partnergeweld, druk van de familie en gedwongen moederschap toegevoegd". Hoewel geen enkel Belgisch onderzoek het verband aantoonde tussen geweld door de partner en vrijwillige

que généralement dans les pays occidentaux, il y a une prévalence de l'augmentation ou du déclenchement des violences à l'égard des femmes au moment ou en cours de grossesse.

Mme Lausberg fait également référence à un phénomène méconnu en Belgique mais bien connu et objectivé au Canada et aux États-Unis appelé le sabotage contraceptif ou la coercition à la maternité. Cela signifie que le partenaire fait croire à la femme qu'elle est protégée alors qu'il retire son préservatif ou jette la plaquette de pilule pour que la femme soit enceinte. Il est important de tenir compte de cet élément pour les analyses futures.

La commission d'évaluation estime qu'il serait intéressant d'avoir des études sur ces phénomènes de société car ils ont un impact sur la vie des femmes.

Dans la rubrique "raisons liées à des convictions idéologiques ou philosophiques", ont été ajoutés l'écologie, la surpopulation ou les raisons religieuses.

B. Analyse des chiffres

Mme Lausberg fournit ensuite des précisions sur la base d'un tableau synthétique des chiffres contenus dans les rapports.

Le premier tableau montre la corrélation entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances entre 1998 et 2017. En Europe, le taux d'IVG correspond au ratio entre le nombre d'IVG et le nombre de femmes qui sont en âge de procréer (entre 15 et 44 ans).

Les chiffres corrigés ne tiennent pas compte des femmes venant de l'étranger mais bien des femmes belges qui vont à l'étranger pour une IVG (pour autant qu'elles soient connues).

La nette augmentation constatée entre 1998 et 2001 s'explique principalement par le fait que les centres extrahospitaliers remplissent les formulaires de manière plus rigoureuse et plus systématique.

Ainsi, la commission a répertorié 18 595 IVG en 2008 pour une population de 2 100 772 femmes. Les chiffres sont stables jusqu'en 2014-2015. Ensuite, le nombre d'IVG diminue, principalement chez les jeunes femmes: une des raisons possibles de cette diminution serait la campagne menée auprès des gynécologues en faveur

zwangerschapsafbreking, is geweten dat in de westerse landen doorgaans een toename of het begin van geweld tegen vrouwen wordt vastgesteld bij of tijdens de zwangerschap.

Mevrouw Lausberg verwijst ook naar de zogenaamde contraceptieve sabotage of gedwongen moederschap, een verschijnsel waarover in België weinig geweten is. In Canada en in de Verenigde Staten is dat verschijnsel gekend en geobjectiveerd. Het houdt in dat de partner de vrouw doet geloven dat ze beschermd is, terwijl hij zijn voorbehoedmiddel heeft verwijderd of de pilstrip weggooit opdat zijn vrouw zwanger wordt. Voor de toekomstige analyses is het belangrijk dat met dit aspect rekening wordt gehouden.

Volgens de Evaluatiecommissie zou het interessant zijn te beschikken over studies over dergelijke maatschappelijke verschijnselen omdat ze een weerslag hebben op het leven van de vrouwen.

In de rubriek "redenen omwille van ideologische of filosofische overtuigingen" werden ecologie, overbevolking en religieuze redenen toegevoegd.

B. Analyse van de cijfers

Mevrouw Lausberg geeft vervolgens preciseringen aan de hand van een samenvattende tabel met de cijfers uit de rapporten.

De eerste tabel toont de correlatie tussen het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen en het aantal geboortes tussen 1998 en 2017. In Europa stemt het percentage vrijwillige zwangerschapsafbrekingen overeen met de ratio tussen het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen en het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (tussen 15 en 44 jaar).

De gecorrigeerde cijfers houden geen rekening met de vrouwen die uit het buitenland komen, maar wel met de Belgische vrouwen die naar het buitenland gaan om een vrijwillige zwangerschapsafbreking te doen uitvoeren (voor zover die vrouwen bekend zijn).

De forse toename tussen 1998 en 2001 kan hoofdzakelijk worden verklaard door het feit dat de centra buiten het ziekenhuis de formulieren nauwkeuriger en stelselmatiger invullen.

Zo heeft de Commissie in 2008 18 595 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen vastgesteld op een bevolking van 2 100 772 vrouwen. De cijfers zijn tot 2014-2015 stabiel gebleven. Daarna stellen we een daling van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen vast, hoofdzakelijk bij de jonge vrouwen. Het zou een gevolg kunnen zijn

d'un mini stérilet pour les femmes nullipares alors que jusque-là, ce dispositif intra-utérin n'était placé que chez les femmes ayant déjà eu des enfants.

Ces stérilets sont efficaces pendant 5 ans et on constate leur efficacité dans les chiffres.

Le tableau avec les ratios indique qu'en 2017, le ratio IVG pour 100 naissances est de 15,1 et le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans est de 8,5, comme aux Pays-Bas. La Belgique et les Pays-Bas ont un taux d'IVG le plus bas au monde (8,5) contre une moyenne européenne de 27.

En Europe occidentale, dans les pays où une loi permet l'IVG et où la contraception est accessible, le ratio est de 12. Dans plusieurs pays d'Europe où l'IVG est interdite ou rarement accessible, comme en Hongrie ou en Pologne, le taux d'IVG monte à 43.

Des études plus précises permettraient certainement de démontrer que lorsque la loi permet l'IVG, il y a moins d'IVG.

En Belgique, on constate que ce sont les femmes âgées de 25 à 34 ans qui ont le plus recours à l'IVG alors que le nombre d'IVG diminue pour les femmes de 20 à 24 ans (grâce au stérilet).

Le nombre d'IVG chez les femmes de 25 à 29 ans, de 35 à 39 ans et de 40 à 44 ans, reste stable. La légère augmentation constatée chez les femmes de 30 à 34 ans retient l'attention. Cela signifie que les femmes de cet âge doivent continuer à être informées. On constate enfin une réelle baisse chez les femmes de 15 à 19 ans.

Ces chiffres démontrent que dans les pays européens où l'IVG est autorisée (sauf en Italie où les médecins invoquent leur objection de conscience), le nombre d'IVG diminue.

van een bij de gynaecologen gevoerde campagne voor het plaatsen van een minispiraaltje bij vrouwen die nog nooit kinderen hebben gebaard, terwijl een dergelijk intra-uterien middel tot dan toe alleen bij vrouwen die al kinderen hadden gebaard, werd geplaatst.

Die spiraaltjes zijn vijf jaar lang doeltreffend en dat weerspiegelt zich in de cijfers.

De tabel met de verhoudingen toont aan dat in 2017 de ratio inzake vrijwillige zwangerschapsafbrekingen voor 100 geboortes 15,1 bedroeg. Het abortuscijfer voor 1 000 vrouwen tussen 15 en 44 jaar bedroeg 8,5, net als in Nederland. België en Nederland hebben een van de laagste cijfers inzake vrijwillige zwangerschapsafbrekingen ter wereld (8,5), tegenover een Europees gemiddelde van 27.

In de West-Europese landen waar vrijwillige zwangerschapsafbreking wettelijk toegestaan is en waar anticonceptiva toegankelijk zijn, bedraagt de ratio 12. In Europese landen waar vrijwillige zwangerschapsafbreking verboden of zelden toegankelijk is, zoals Hongarije of Polen, loopt het abortuscijfer op tot 43.

Nauwkeuriger onderzoek zou ongetwijfeld kunnen aantonen dat het percentage vrijwillige zwangerschapsafbrekingen lager is wanneer die ingreep wettelijk toegestaan is.

Vastgesteld wordt dat de meeste vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in België worden uitgevoerd bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 25 tot 34 jaar, terwijl het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in dalende lijn gaat bij de vrouwen van 20 tot 24 jaar (dankzij het spiraaltje).

Het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen van 25 tot 29 jaar, van 35 tot 39 jaar en van 40 tot 44 jaar blijft stabiel. Het valt op dat het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen van 30 tot 34 jaar licht is toegenomen. Zulks wijst erop dat de voorlichting van de vrouwen in die leeftijdscategorie moet worden voortgezet. Tot slot wordt een reële daling bij vrouwen van 15 tot 19 jaar vastgesteld.

Uit deze cijfers blijkt dat het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen daalt in de Europese landen waar vrijwillige zwangerschapsafbrekingen toegestaan zijn (behalve in Italië, waar de artsen gewetensbezwaren invoeren).

C. Le mémorandum

M. Mario Van Essche présente ensuite les recommandations “phares” de la commission d’évaluation contenues dans le mémorandum (v. p. 26):

1. *Recommandations concernant la contraception*

1. Accroître l’accessibilité à la contraception, en ce compris la contraception d’urgence et de longue durée ainsi que l’information sur son utilisation, par des campagnes régulières d’informations émanant des services publics à destination du grand public.

2. Autoriser la délivrance sans ordonnance de la contraception d’urgence par le personnel paramédical et les sages-femmes.

3. Renforcer l’accessibilité à la contraception pour le public jeune par la délivrance de la pilule d’urgence dans les centres de planning familial et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médicosociaux qui collaborent avec les services de promotion de la santé et prévoir la mise en place de distributeurs gratuits de préservatifs dans les écoles.

4. Promouvoir l’information et les animations sur la vie sexuelle, relationnelle et affective à l’école, mais aussi via des sites internet de référence (par exemple, www.zanzu.be) afin de développer chez les jeunes un sens critique, entre autres sur les séries qui banalisent les grossesses d’adolescentes.

5. Diligenter une étude afin de recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l’usage correct d’un contraceptif, information non reprise jusqu’ici dans les statistiques.

6. Prévoir un système clair de remboursement ou de prise en charge directe par la sécurité sociale pour garantir un reste à charge zéro pour la patiente.

7. Assurer le remboursement total par l’INAMI de tous les contraceptifs et contraceptifs d’urgence, ainsi que l’achat et le placement pour les contraceptifs de longue durée et non plus par les mutuelles afin d’éviter les différences de prise en charge.

8. Accorder aux femmes les plus démunies une prise en charge directe par l’INAMI (suppression du ticket modérateur) pour le coût de la consultation et de la méthode contraceptive, prioritairement de la contraception de longue durée.

C. Het memorandum

De heer Mario Van Essche geeft toelichting bij de door de Evaluatiecommissie geformuleerde prioritaire aanbevelingen van het memorandum (zie blz. 24):

1. *Aanbevelingen inzake anticonceptie*

1. Verbetering van de toegankelijkheid van anticonceptie, met inbegrip van nood- en langdurige anticonceptie, en van de informatie over het gebruik ervan, door middel van regelmatige voorlichtingscampagnes van openbare diensten voor het grote publiek.

2. Het verstrekken van noodanticonceptie zonder voorschrift door paramedisch personeel en vroedvrouwen toelaten.

3. De toegang tot anticonceptiemiddelen voor jongeren bevorderen door de morning-afterpil te verstrekken in de centra voor gezinsplanning (hierna “CGP”) en in scholen, via de Centra voor Leerlingenbegeleiding (hierna “CLB”), die samenwerken met de diensten voor gezondheidspromotie en gratis condoomautomaten plaatsen in scholen.

4. Informatie en activiteiten over het seksuele, relationele en emotionele leven promoten op school maar ook via referentiewebsites (bijvoorbeeld www.zanzu.be), om de kritische zin van jongeren te ontwikkelen, bijvoorbeeld met betrekking tot series die tienerzwangerschappen bagatelliseren;

5. Een studie uitvoeren om gegevens in te zamelen over vrouwen die zwanger worden ondanks correct gebruik van een anticonceptiemiddel, aangezien deze informatie niet in de statistieken is opgenomen.

6. Een duidelijk systeem van terugbetaling of rechtstreekse betaling door de sociale zekerheid invoeren, zodat de patiënt geen kosten hoeft te maken.

7. Ervoor zorgen dat het RIZIV instaat voor de volledige terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen, evenals voor de aankoop en plaatsing van langdurige anticonceptiemiddelen, en niet de mutualiteiten, om verschillen in dekking te voorkomen.

8. Ervoor zorgen dat het RIZIV voor de meest hulpbehoevende vrouwen de kosten van de consultatie en het anticonceptiemiddel en eerst en vooral langdurige anticonceptie rechtstreeks vergoedt (geen remgeld).

2. *Recommandations relatives à l'IVG*

9. Développer, sous l'égide du gouvernement, un site internet officiel spécifique et régulièrement actualisé sur le droit à l'IVG regroupant les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une IVG, ...).

10. Prévoir des campagnes officielles et régulières d'information à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur l'IVG en utilisant plusieurs moyens de diffusion (presse, affichage, transports en commun, radio, télévision, internet, nouveaux médias, réseaux sociaux...).

11. Améliorer l'accueil et la prise en charge des IVG dans les institutions hospitalières et y prévoir un code de nomenclature spécifique pour les IVG. Actuellement, pour obtenir un financement de l'INAMI les codes "curetage" sont utilisés pour les IVG chirurgicales, et "consultation et échographie" pour les IVG médicamenteuses. Or ces dernières nécessitent une surveillance de près d'une demi-journée par l'équipe médicale et paramédicale.

12. Prévoir le financement pour un psychologue/assistant social dans les services hospitaliers afin de mener les entretiens psychologiques pré-IVG qui constituent une obligation légale.

13. Organiser un module de formation à l'IVG dans les différentes facultés de médecine.

14. Reconnaître la spécificité des médecins généralistes pratiquant l'IVG en centre extrahospitalier.

15. Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception post-IVG des femmes ne disposant pas de couverture sociale.

16. Permettre, via une simplification administrative, un accès aux soins médicaux d'urgence pour les personnes ne bénéficiant pas de droit de séjour.

Mme Sylvie Lausberg se réfère au chapitre du rapport consacré aux IVG parmi les publics vulnérables (p. 21). Il est important que le législateur sache que l'IVG n'est pas uniquement liée à la situation de couple ou à la situation personnelle mais aussi à d'autres facteurs

2. *Aanbevelingen inzake de vrijwillige zwangerschapsafbreking*

9. Een officiële, specifieke en regelmatig bijgewerkte website ontwikkelen waarop alle nuttige informatie te vinden is, om vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap te helpen een geïnformeerde keuze te maken (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van beschikbare plaatsen voor een gesprek of om een vrijwillige zwangerschapsafbreking uit te voeren, enzovoort).

10. Voorzien in regelmatige voorlichtingscampagnes voor het grote publiek over ongeplande of ongewenste zwangerschappen en vrijwillige zwangerschapsafbreking en hiervoor gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen (pers, affiches, openbaar vervoer, radio, tv, internet, nieuwe media, sociale netwerken enzovoort).

11. De opvang en de aanpak inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking in ziekenhuisinstellingen verbeteren en een specifieke nomenclatuurcode voor vrijwillige zwangerschapsafbreking opstellen. Momenteel worden de codes "curetage" gebruikt voor chirurgische abortussen en "consultatie en echografie" voor medicijnafbrekingen om financiering van het RIZIV te verkrijgen. Deze laatste vereisen echter bijna een halve dag toezicht door het medisch en paramedisch team.

12. Een psycholoog/maatschappelijk werker in de ziekenhuizen financieren voor het voeren van de psychologische gesprekken vóór een vrijwillige zwangerschapsafbreking, die wettelijk verplicht zijn.

13. Een opleiding inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking organiseren in de verschillende geneeskundefaciliteiten.

14. De eigenheid van huisartsen die vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uitvoeren in centra buiten ziekenhuizen erkennen.

15. De medische kosten voor zwangerschapsafbreking en de anticonceptie na een vrijwillige zwangerschapsafbreking voor vrouwen die niet onder de sociale zekerheid vallen ten laste nemen.

16. door administratieve vereenvoudiging, toegang tot medische noodhulp voor personen zonder verblijfsrecht toelaten.

Mevrouw Sylvie Lausberg verwijst naar het deel van het rapport dat ingaat op de vrijwillige zwangerschapsafbreking bij de meest kwetsbare doelgroep (blz. 19). Het is belangrijk dat de wetgever zich ervan bewust is dat de vrijwillige zwangerschapsafbreking niet louter

extérieurs comme la migration, l'absence d'autorisation de séjour, les violences, la toxicomanie, ...Il faut tenir compte de ce public vulnérable.

Enfin, M. Mario Van Essche rappelle que la commission d'évaluation a rempli sa mission légale mais qu'elle ne tient pas à prendre part à la polémique que le sujet suscite.

II. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

Mme Valerie Van Peel (N-VA) salue le travail réalisé par la commission nationale d'évaluation des interruptions volontaires de grossesse. Elle se réjouit que la commission ait pu reprendre ses travaux après plusieurs années d'arrêt et qu'il y ait enfin à nouveau un rapport d'évaluation. Elle salue également la série de recommandations que la commission a rédigées à l'attention du parlement et dont la portée est très large. Elle estime que le parlement ferait bien de s'en saisir et d'en discuter.

L'intervenante souligne qu'elle n'est pas opposée à la législation sur l'interruption volontaire de grossesse. Cette législation permet que le nombre d'avortements ne soit pas plus élevé en Belgique que dans des pays qui ne disposent pas d'un encadrement légal de l'IVG. Toutefois, Mme Van Peel considère que l'objectif doit rester de prévenir et d'éviter autant que possible le recours à l'IVG. Pour de nombreuses femmes, les conséquences d'une IVG continuent à peser, encore longtemps après. C'est d'ailleurs un tabou qu'il conviendrait de lever.

L'oratrice rappelle qu'une modification de la législation a été adoptée en 2018. Le délai de réflexion qui était auparavant compris dans les 12 semaines ne l'est plus, ce qui en pratique revient à un allongement du délai d'environ 6 jours. Cette adaptation modifie la manière dont les IVG sont comptabilisées. Il serait dès lors intéressant que la commission revienne prochainement avec les nouveaux chiffres suite à la prise en compte de ces adaptations de la législation, afin de voir comment la situation évolue et s'il est encore bien nécessaire d'adapter une nouvelle fois cette législation.

Mme Van Peel déplore qu'au lieu d'attendre l'évaluation du nouveau dispositif, certains groupes politiques aient déposé une proposition de loi qui, si elle était

terug te voeren is op de situatie van het paar of op de persoonlijke situatie, maar ook op andere externe factoren, zoals migratie, geen verblijfsvergunning, geweld, drugsverslaving enzovoort. Met dit kwetsbare publiek moet rekening worden gehouden.

Tot slot herinnert de heer *Mario Van Essche* eraan dat de Evaluatiecommissie weliswaar haar wettelijke taak heeft vervuld, maar dat zij geen deel wil hebben in de controverse die deze kwestie teweegbrengt.

II. — VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) is ingenomen met het werk dat de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking heeft verricht. Zij is verheugd dat de Commissie haar werkzaamheden na meerdere jaren van stilstand heeft kunnen hervatten en dat er eindelijk een nieuw evaluatierapport voorligt. Tevens is zij tevreden over de aanbevelingen die de Commissie ten behoeve van het Parlement heeft geformuleerd en die een heel ruime draagwijdte hebben. Volgens haar kan het Parlement zich daarin maar beter verdiepen en deze aanbevelingen bespreken.

De spreekster beklemtoont dat zij niet tegen de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking gekant is. Dankzij die wetgeving is het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in ons land niet hoger dan in de landen die niet beschikken over een wettelijk kader ter zake. Niettemin meent mevrouw Van Peel dat het de bedoeling moet blijven vrijwillige zwangerschapsafbrekingen zoveel mogelijk te voorkomen en te vermijden. Veel vrouwen worstelen nog jaren na de ingreep met de gevolgen ervan. Het betreft trouwens een taboe dat zou moeten worden opgeheven.

De spreekster wijst erop dat in 2018 een wetswijziging werd aangenomen. De bedenktijd maakte vroeger deel uit van de twaalf weken; thans is dat niet meer het geval, waardoor die termijn in de praktijk met ongeveer zes dagen wordt verlengd. Deze aanpassing wijzigt de wijze waarop de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in de statistieken worden opgenomen. Het ware dan ook interessant dat de Commissie binnenkort de nieuwe cijfers inzake de inaanmerkingneming van deze wetswijzigingen zou voorleggen, om na te gaan hoe de situatie evolueert, alsook of het nog wel nodig is de wetgeving ter zake andermaal te wijzigen.

Mevrouw Van Peel betreurt dat bepaalde politieke fracties niet hebben gewacht op de evaluatie van de nieuwe regeling alvorens een nieuw wetsvoorstel in te

adoptée, priverait de sens la prochaine évaluation qui sera faite. Par ailleurs, l'intervenante fait remarquer que cette proposition de loi contient des éléments qui vont précisément à l'encontre des recommandations émises par la commission. Ainsi, alors que ces recommandations mettent en priorité l'accent sur la contraception, la proposition de loi en discussion propose de supprimer l'obligation actuelle de donner de l'information sur la contraception dans le cadre d'une IVG. De la même manière, la diminution du délai de réflexion, lequel permet de mettre en place un accompagnement social et psychologique, va également à l'encontre de l'esprit des recommandations de la commission.

L'oratrice comprend et respecte le fait que la commission ne souhaite pas s'exprimer sur la proposition de loi actuellement en discussion. C'est pourquoi, elle ne demande pas son avis sur l'extension du délai de 12 à 18 semaines.

En revanche, les représentants de la commission pourraient-ils donner leur avis quant à une éventuelle extension des missions confiées à la commission, afin que cette dernière puisse examiner certaines questions qui ne sont actuellement pas étudiées? Il s'agit, par exemple, du nombre d'IVG subies par femme; des raisons pour lesquelles certaines grossesses pourtant souhaitées aboutissent malgré tout à un avortement; ou encore des raisons précises pour lesquelles 470 femmes se rendent aux Pays-Bas pour avorter.

Mme Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) remercie les orateurs pour la présentation synthétique des différents rapports qui permettent de clarifier la situation actuelle. Elle salue l'amélioration du document d'enregistrement des interruptions volontaires de grossesse, dans un sens moins patriarcal et qui correspond mieux à la situation actuelle des femmes. Y a-t-il d'autres critères à prendre en compte à l'avenir?

Sur le plan des recommandations, sur quel sujet particulier devrait porter les campagnes de prévention? Ne faudrait-il pas mettre l'accent sur la contraception masculine, dans un contexte où la charge mentale et économique de la contraception est essentiellement portée par les femmes? Ne faudrait-il pas aussi assurer une diffusion de l'information par le biais de médias, tels que les réseaux sociaux, qui sont plus utilisés par les jeunes que les sites web classiques?

dienen. Mocht dit worden aangenomen, dat zou zulks de volgende geplande evaluatie zinloos maken. Voorts merkt de spreker op dat dit wetsvoorstel elementen bevat die net ingaan tegen de aanbevelingen van de Commissie. Zo wordt aanbevolen bij voorrang op de anticonceptiva te focussen, terwijl het wetsvoorstel voorstelt de in het kader van een vrijwillige zwangerschapsafbreking bestaande voorlichtingsplicht op te heffen. Ook de inkorting van de bedenkttermijn – die het mogelijk maakt voor een sociale en psychologische begeleiding te zorgen – gaat in tegen de strekking van de aanbevelingen van de Commissie.

De spreker begrijpt en respecteert dat de Commissie geen uitspraak wil doen over het thans ter bespreking voorliggende wetsvoorstel. Daarom vraagt zij niet naar het advies van de Commissie over de verlenging van de termijn van twaalf tot achttien weken.

De spreker vraagt of de vertegenwoordigers van de Commissie daarentegen hun mening kunnen geven over een eventuele uitbreiding van de aan die Commissie toevertrouwde taken, waarbij die instantie zich zou gaan buigen over bepaalde thans niet bestudeerde vraagstukken (zoals het aantal zwangerschapsafbrekingen per vrouw, de redenen waarom sommige nochtans gewenste zwangerschappen toch worden afgebroken of de exacte redenen waarom jaarlijks zowat 470 vrouwen naar Nederland trekken om hun zwangerschap te doen afbreken).

Mevrouw Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) dankt de sprekers voor de samenvattende voorstelling van de diverse rapporten, die de huidige situatie verduidelijken. Zij is verheugd dat het registratiedocument voor vrijwillige zwangerschapsafbreking is verbeterd, zodat het minder patriarchaal overkomt en beter beantwoordt aan de huidige situatie van de vrouwen. Moet in de toekomst met nog andere criteria rekening worden gehouden?

Wat de aanbevelingen betreft, vraagt de spreker welk thema bij de preventiecampagnes in het bijzonder aan bod zou moeten komen. Moet het accent niet op anticonceptie door mannen worden gelegd, aangezien de mentale en economische lasten van anticonceptie vooral door de vrouwen worden gedragen? Zou bovendien de informatie ook niet via andere mediakanalen (zoals de sociale media) moeten worden verspreid, aangezien de jongeren die meer gebruiken dan de klassieke websites?

Concernant la catégorie d'âge 25-35 ans, pour laquelle il existe une pression de la société d'avoir des enfants et au sein de laquelle le nombre d'IVG est et reste élevé, que pourrait-on mettre en place spécifiquement, au-delà de la gratuité de la contraception?

La commission a-t-elle des recommandations à formuler en matière de recherche de nouveaux contraceptifs, plus particulièrement, concernant la contraception masculine?

Le fait qu'une femme soit amenée à avorter dépend de nombreux facteurs, notamment psycho-sociaux. Quelles améliorations, en matière de droits sociaux, pourraient être apportées afin de réduire le recours à l'IVG?

La commission dispose-t-elle de statistiques concernant les femmes qui avortent à l'étranger?

La commission a-t-elle connaissance de fausses informations sur l'IVG diffusées de manière individuelle ou organisée par des groupes religieux ou autres?

La commission a-t-elle enfin des informations sur l'accessibilité des gynécologues? Quel est le temps moyen d'attente pour obtenir un premier rendez-vous pour une nouvelle patiente?

Mme Eliane Tillieux (PS) remercie les co-présidents de la commission pour le travail important qui a été réalisé. Les rapports étaient attendus depuis longtemps et sont présentés alors que l'avis du Conseil d'État concernant la proposition de loi visant à dépénaliser l'IVG est encore attendu.

Pour le groupe PS, ces rapports confortent l'idée:

— qu'il faut dépénaliser totalement l'IVG en supprimant les sanctions tant pour les femmes que pour les médecins;

— qu'il faut allonger le délai pour pouvoir recourir à une IVG à 18 semaines et cela pour apporter une réponse à ces femmes qui sont obligées de se rendre aux Pays-Bas pour avorter;

De leeftijdscategorie van 25 tot 35 jaar krijgt te maken met maatschappelijke druk om kinderen te krijgen en vormt een groep waarbinnen het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen hoog is en hoog blijft. Wat kan specifiek voor die categorie worden gedaan, naast gratis anticonceptie verstrekken?

Kan de Commissie aanbevelingen doen inzake onderzoek naar nieuwe voorbehoedsmiddelen, en meer bepaald naar anticonceptiva voor mannen?

Wanneer een vrouw een zwangerschapsafbreking laat uitvoeren, spelen tal van factoren mee, onder meer psychosociale aspecten. Welke verbeteringen inzake sociale rechten kunnen worden aangebracht om minder tot zwangerschapsafbreking over te gaan?

Beschikt de Commissie over statistieken betreffende de vrouwen die in het buitenland hun zwangerschap doen afbreken?

Heeft de Commissie kennis van foute informatie inzake zwangerschapsafbreking die wordt verspreid door individuele personen dan wel op georganiseerde wijze, door religieuze groeperingen en dergelijke?

Beschikt de Commissie tot slot over informatie aangaande de toegankelijkheid tot de gynaecologen? Wat is de gemiddelde wachttijd voor een eerste afspraak met een nieuwe patiënte?

Mevrouw Eliane Tillieux (PS) dankt de co-voorzitters van de Commissie voor het omvangrijke geleverde werk. De rapporten werden sinds geruime tijd verwacht en werden nu voorgesteld, terwijl het nog wachten is op het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel dat ertoe strekt vrijwillige zwangerschapsafbreking niet langer strafbaar te stellen.

Volgens de PS-fractie bevestigen die rapporten de volgende aspecten:

— de strafbaarstelling van vrijwillige zwangerschapsafbreking moet volledig worden afgeschaft, door de opheffing van de straffen voor de vrouwen én voor de artsen;

— de termijn om een vrijwillige zwangerschapsafbreking te mogen toepassen moet worden verlengd tot 18 weken zwangerschap, teneinde een oplossing te bieden aan de vrouwen die zich verplicht zien naar Nederland te trekken om er een zwangerschapsafbreking te doen uitvoeren;

— qu'il faut réduire le délai entre le premier rendez-vous chez le médecin et la réalisation de l'IVG;

— qu'il faut arrêter de rappeler à la femme qui décide d'avorter et qui le fait en toutes connaissances de cause que des solutions alternatives existent comme l'adoption ou l'assistance;

— qu'il faut interdire les clauses de conscience collective au sein des hôpitaux.

Le dernier rapport de la Commission d'évaluation datait de 2012. En effet, ses membres étaient arrivés au terme de leur mandat en 2013 et n'avaient pas pu être remplacés faute de candidatures suffisantes. Le Parlement a dès lors modifié la législation pour élargir les conditions de nomination. Une nouvelle commission a donc pu être mise sur pied fin 2018, moment où elle a pu reprendre ses travaux.

Trois rapports sont donc présentés: 2012-2013, 2014-2015 et 2016-2017.

Des améliorations/modifications devraient-elles encore être apportées à la législation relative à la commission d'évaluation notamment quant à sa composition ou les modifications apportées en 2018 ont-elles pleinement répondu au problème? Certains centres pratiquant l'IVG ont évoqué la nécessité de réformer la commission d'évaluation en une commission scientifique indépendante pour que des données scientifiquement fondées soient disponibles. Comment rendre les collectes de données et analyses plus "scientifiques"?

L'oratrice salue les améliorations apportées au document d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Il permettra par exemple de faire état du sabotage contraception ou de la coercition à la maternité et, dès lors, d'aborder le contexte et les difficultés de vie de ces femmes.

De manière globale, on peut dire que le taux d'avortement en Belgique reste très bas, notamment en comparaison avec d'autres pays et sont, d'après le rapport, constants d'année en année. On peut même constater une diminution du nombre d'IVG entre 2012 (19 155) et 2017 (17 257), et cela dans presque chacune des tranches d'âge mentionnées dans le rapport.

Comment expliquer cela? Est-ce dû à l'amélioration de l'accessibilité à la contraception et aux mesures prises

— er moet minder tijd verlopen tussen het eerste doktersconsult en de uitvoering van de vrijwillige zwangerschapsafbreking;

— de vrouwen die beslissen een zwangerschapsafbreking te doen uitvoeren en die een dergelijke ingreep welingelicht ondergaan, moeten echt niet langer worden gewezen op alternatieve oplossingen (zoals adoptie of bijstand);

— de collectieve gewetensclausules binnen de ziekenhuizen moeten worden verboden.

Het vorige rapport van de Evaluatiecommissie dateerde van 2012. Het mandaat van de commissieleden was immers in 2013 afgelopen en wegens onvoldoende kandidaturen konden de leden niet worden vervangen. Het Parlement heeft de wetgeving derhalve aangepast, teneinde de benoemingsvoorwaarden te verruimen. Aldus kon einde 2018 een nieuwe Commissie op de been worden gebracht, die vanaf dan haar werkzaamheden heeft hervat.

Er worden dan ook drie rapporten voorgesteld: 2012-2013, 2014-2015 en 2016-2017.

Zouden nog verbeteringen of wijzigingen aan de wetgeving betreffende de Evaluatiecommissie moeten worden aangebracht, inzonderheid met betrekking tot de samenstelling ervan, of hebben de in 2018 doorgevoerde wijzigingen het probleem volledig opgelost? Sommige abortuscentra hebben aangegeven dat de Evaluatiecommissie zou moeten worden omgevormd tot een onafhankelijke wetenschappelijke commissie, om te kunnen beschikken over wetenschappelijk gefundeerde gegevens. Hoe kunnen de gegevensinzameling en de analyses "wetenschappelijker" worden gemaakt?

De spreekster verheugt zich over de verbeteringen aan het registratiedocument voor zwangerschapsafbrekingen; zo wordt het bijvoorbeeld mogelijk melding te maken van anticonceptiesabotage of van gedwongen moederschap, waardoor ook de levensomstandigheden en -moeilijkheden van de betrokken vrouwen aan bod kunnen komen.

Algemeen kan men stellen dat de cijfers omtrent zwangerschapsafbreking in België heel laag blijven, vooral in vergelijking met andere landen, en dat ze – volgens het rapport – van jaar tot jaar constant blijven. Er zijn zelfs minder vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in 2017 (17 257) dan in 2012 (19 155), voor bijna elke in het rapport opgenomen leeftijdsgroep.

Hoe valt dat te verklaren? Komt dat door de verbeterde toegang tot anticonceptie en door de maatregelen die

dans ce cadre? Comment expliquer que cette diminution ne soit pas constatée pour les femmes entre 35-39 ans où on constate plutôt une augmentation des IVG?

L'analyse des rapports rédigés par les centres côté francophone font état d'une augmentation du nombre de femmes ayant décelé la grossesse avant 6 semaines et qui se traduit par une augmentation du nombre de demandes d'interruptions médicamenteuses.

Des centres soulignent cependant un nombre accru de demandes d'interruptions de grossesse à 12 semaines et au-delà. Pour l'expliquer, ces centres mettent en évidence "le nombre important de grossesse découvertes tardivement par des femmes souffrant de troubles psychiques; soulignent une ambivalence accrue qui multiplie les entretiens psychologiques pré-interruptions et pointent les délais trop longs entre l'obtention et le rendez-vous avec le médecin (il n'est pas rare de devoir attendre 10 jours) et entre l'entretien médical et l'interruption de grossesse (délai légal de 6 jours)".

Le rapport statistique précise d'ailleurs que, selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les cliniques spécialisées frontalières des Pays-Bas ont pratiqué 527 IVG en 2016 et 472 IVG en 2017 sur des femmes provenant de Belgique.

Ces femmes se rendent en effet aux Pays-Bas parce que le délai pour recourir à une IVG est plus long, à savoir 22 semaines. La proposition de loi déposée par le groupe PS (DOC 55 0158/001) vise justement à apporter une réponse à ces femmes en allongeant le délai légal dans notre pays. La commission estime-t-elle cet allongement nécessaire?

Certains centres belges semblent également nourrir des craintes suite à la fermeture des centres CASA aux Pays-Bas en 2017. Qu'en est-il de la collaboration entre les centres belges et néerlandais?

Alors qu'au Pays-Bas, le délai pour une IVG est de 22 semaines, le taux d'avortement y est sensiblement égal à celui de la Belgique: au 1^{er} janvier 2018, il était de 8,5 % en Belgique et de 8,6 % aux Pays-Bas. On voit dès lors bien qu'augmenter le délai n'entraîne pas une augmentation du nombre d'avortements. Au contraire, il a déjà été souligné que dans les pays où le délai est plus long, les femmes avortent finalement plus tôt parce que le sujet est moins tabou, moins stigmatisé.

ter zake werden genomen? Waarom is die vermindering er niet bij de vrouwen van 35 tot 39 jaar, waar er veeleer sprake is van méér vrijwillige zwangerschapsafbrekingen?

De analyse van de rapporten die door de abortuscentra in Franstalig België werden opgesteld, tonen aan dat meer vrouwen vóór hun zesde week zwangerschap ontdekken dat ze zwanger zijn, wat zich uit in meer aanvragen tot zwangerschapsafbreking via geneesmiddelen.

Bepaalde centra wijzen echter op het toegenomen aantal verzoeken om een zwangerschap van 12 weken en langer te doen afbreken. Als verklaring daarvoor halen die centra de vele laat ontdekte zwangerschappen bij vrouwen met psychische stoornissen aan; voorts wijzen ze op meer ambivalentie waardoor er diverse psychologische gesprekken voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking plaatsvinden en op de te lange termijnen tussen het verkrijgen van de afspraak en het effectieve consult met de arts (10 dagen wachten is niet ongevoel) en tussen het medisch gesprek en de zwangerschapsafbreking (wettelijke termijn: 6 dagen).

Volgens de in het statistisch rapport opgenomen gegevens van de Inspectie voor Gezondheidszorg hebben de gespecialiseerde ziekenhuizen net over de grens in Nederland bij vrouwen uit België 527 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in 2016, en 472 in 2017.

Die vrouwen doen de ingreep in Nederland uitvoeren omdat de uiterste termijn om een vrijwillige zwangerschapsafbreking te mogen uitvoeren in dat land langer is: die ingreep is er toegestaan tot 22 weken zwangerschap. Het door de PS-fractie ingediende wetsvoorstel (DOC 55 0158/001) beoogt net die vrouwen een oplossing te bieden, door in België de wettelijk bepaalde termijn te verlengen. Acht de Commissie die verlenging noodzakelijk?

Sommige Belgische abortuscentra lijken zich ook zorgen te maken na de sluiting van de CASA-centra in Nederland in 2017. Hoe staat het met de samenwerking tussen de Belgische en de Nederlandse centra?

In Nederland mag vrijwillige zwangerschapsafbreking worden uitgevoerd tot 22 weken zwangerschap, maar opvallend genoeg zijn de zwangerschapsafbrekingscijfers vrijwel dezelfde als in België: 8,5 % in België en 8,6 % in Nederland (cijfers op 1 januari 2018). Daaruit blijkt duidelijk dat een langere termijn niet leidt tot méér zwangerschapsafbrekingen; integendeel, er werd al op gewezen dat vrouwen een zwangerschap uiteindelijk vroeger doen afbreken in landen met een langere termijn om dat te mogen doen, omdat het onderwerp minder taboe is en er minder een stigma mee gepaard gaat.

Pour le groupe PS, il est nécessaire de supprimer le délai de 6 jours entre la première consultation médicale et l'intervention. Ce laps de temps interminable s'avère en effet, pour nombre de femmes, une épreuve difficilement supportable, voire infantilisante et paternaliste, considérant ces femmes comme incapable de décider en connaissance de cause. Certains centres manifestent d'ailleurs le souhait de faire sortir totalement l'IVG du code pénal et demande la suppression du délai de réflexion. Certaines femmes qui hésitent, demandent d'ailleurs alors à pouvoir prendre le temps de réfléchir plus longuement, ce que n'empêche nullement ce délai de 48 heures puisqu'il est minimal. Une réflexion a-t-elle été menée au sein de la commission concernant le délai qui devrait courir entre la première visite chez le médecin et l'intervention?

Parmi les raisons évoquées par les femmes, on en retrouve principalement deux, à savoir le fait de ne pas souhaiter d'enfant pour le moment et le fait d'avoir une famille déjà complète. Pour le groupe PS, ces raisons tendent à montrer que la femme qui fait ce choix le fait en toute connaissance de cause et qu'il est dès lors inopportun de lui rappeler que d'autres possibilités existent: poursuivre sa grossesse, faire adopter l'enfant, placement en famille d'accueil, etc. Une réflexion a-t-elle pu être menée lors des travaux de la commission sur ces questions spécifiques des informations qui doivent être communiquées à la femme qui manifeste son intention d'avorter?

Lorsqu'on regarde les taux d'IVG en fonction du domicile de la femme, on se rend compte qu'une IVG sur cinq concerne des femmes domiciliées à Bruxelles. Une situation de détresse matérielle et personnelle y est évoquée dans plus de 20 % des cas. Comment mieux prendre en charge ces femmes, notamment celles issues de l'immigration, parfois en situation irrégulière, et souvent dans des situations de détresse?

Parmi les recommandations formulées dans le mémorandum figure évidemment une meilleure accessibilité et une meilleure information à la contraception. Sous la précédente législature, le groupe PS a permis d'étendre la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans. Il a aussi rendu la pilule du lendemain gratuite pour toutes les femmes quel que soit leur âge. Il faudrait aller encore plus loin en matière de remboursement de la contraception tant pour les femmes que pour les hommes. Lorsqu'on voit la hausse du nombre d'IVG dans la tranche d'âge 30-34 ans, on peut évidemment penser que l'accessibilité à la contraception n'y est sans doute pas étrangère.

Volgens de PS-fractie moet de termijn van 6 dagen tussen het eerste medisch consult en de ingreep worden opgeheven. Voor veel vrouwen blijken die dagen eindeloos te duren en ze vormen een moeilijk te dragen beproeving, die zelfs neerbuigend en paternalistisch overkomt, want men gaat er kennelijk van uit dat die vrouwen niet bij machte zijn een weloverwogen beslissing te nemen. Sommige abortuscentra hebben voorts aangegeven dat ze willen dat vrijwillige zwangerschapsafbreking volledig uit het Strafwetboek wordt gehaald; ook vragen ze de bedenktijd op te heffen. Sommige vrouwen die aarzelen, vragen overigens zelf om langer te mogen nadenken; een minimale termijn van 48 uur staat zulks geenszins in de weg. Werd door de Commissie nagedacht over de termijn die in acht zou moeten worden genomen tussen het eerste consult bij de arts en de ingreep?

Vrouwen die een zwangerschap willen doen afbreken, geven daarvoor in hoofdzaak twee redenen aan: ze willen op een bepaald ogenblik geen kind, of ze achten hun gezin al volledig. Voor de PS-fractie blijkt daaruit niet alleen dat vrouwen weloverwogen beslissen om een zwangerschap te doen afbreken, maar ook dat het dus ongepast is hen op andere mogelijkheden te wijzen (zoals voortzetting van de zwangerschap, adoptie van het kind, pleegzorg enzovoort). Werd bij de werkzaamheden van de Commissie nagedacht over die specifieke kwestie, dus welke informatie moet worden meegedeeld aan de vrouwen die een zwangerschap willen doen afbreken?

Bij vrijwillige zwangerschapsafbreking is ook de woonplaats van de vrouw van belang. Die cijfers tonen aan dat één op de vijf vrijwillige zwangerschapsafbrekingen betrekking heeft op in Brussel wonende vrouwen. In ruim 20 % van de gevallen wordt bovendien melding gemaakt van heel moeilijke materiële en persoonlijke levensomstandigheden. Hoe kan beter worden gezorgd voor die vrouwen, onder meer vrouwen met een migratieachtergrond, die soms illegaal in het land verblijven en vaak in een noodtoestand verkeren?

Een betere toegang tot en een betere informatie over anticonceptie werden uiteraard als aanbevelingen in het memorandum opgenomen. Tijdens de vorige zittingsperiode heeft de PS-fractie er voor gezorgd dat de regeling voor gratis anticonceptie werd uitgebreid tot iedereen jonger dan 25 jaar; ze heeft ook de morning-afterpil gratis gemaakt voor alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd. Er zou nog verder moeten worden gegaan inzake de terugbetaling van anticonceptiva, voor zowel vrouwen als mannen. Gelet op de stijging van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in de leeftijdsgroep van 30 tot 34 jaar lijkt het voor de hand te liggen dat de toegang

Quelles devraient être les priorités en la matière, à l'heure où les budgets ne sont pas extensibles?

Une autre recommandation concerne la possibilité pour les professionnels des centres, par exemple, de planning familial, de continuer à distribuer la pilule du lendemain même en l'absence d'un médecin. Quand on sait que cette pilule peut être achetée sans accompagnement sur internet, on se dit qu'il est en effet une aberration de ne pas permettre cette exception à la législation pour les centres. Le groupe PS a également déposé une proposition allant dans ce sens.

Le mémorandum fait également référence au fait que, malgré l'interdiction de la clause institutionnelle au sein des hôpitaux, certains ne pratiquent pas d'IVG, ce dont les femmes ne sont pas préalablement informées. Le mémorandum souligne la nécessité de définir un cadre clair. C'est ce que le groupe PS a essayé de faire dans la proposition de loi actuellement à l'examen. Les membres de la commission confirment-ils avoir clairement constaté un refus par certains hôpitaux de pratiquer l'IVG?

Comme l'ont notamment mentionné les centres néerlandophones, la garantie du droit à l'interruption de grossesse est un élément fondamental des droits liés à la sexualité et à la reproduction: un contexte légal réunissant de bonnes conditions pour l'interruption de grossesse, dans un contexte où la sexualité n'est pas un tabou et où la contraception est généralement acceptée, est la meilleure manière possible pour prévenir les grossesses non désirées. Mme Tillieux conclut que ce rapport est bien éclairant sur les multiples aspects dont il convient de tenir compte dans le cadre de l'amélioration des conditions pour l'IVG.

Mme Dominiek Sneppe (VB) remercie les co-présidents et demande pour quelles raisons la commission n'était plus valablement constituée pendant autant de temps.

Les experts ont indiqué que les hôpitaux n'étaient pas outillés pour mener les premiers contacts avec les patientes. Préconisent-ils dès lors que les interruptions de grossesse ne soient pratiquées que dans les centres de planning familial? Plaident-ils pour une réforme des hôpitaux afin qu'ils soient mieux adaptés pour l'accueil des patientes?

Il ressort du rapport que le nombre d'IVG est particulièrement élevé à Bruxelles, Anvers et Liège. Comment expliquer ces chiffres élevés?

tot anticonceptiva hier een rol in speelt. Welke prioriteiten moeten ter zake worden gesteld, nu de budgetten niet kunnen worden opgerekt?

Een andere aanbeveling slaat op de mogelijkheid voor de beroepsbeoefenaars in de centra, bijvoorbeeld in de centra voor gezinsplanning, om de morning-afterpil te blijven verdelen, ook zonder interventie van een arts. Aangezien deze pil zonder enige begeleiding kan worden aangeschaft via het internet, zou het hoogst eigenaardig zijn om in de wetgeving niet te voorzien in een uitzondering ten gunste van de centra. De PS-fractie heeft ter zake eveneens een wetsvoorstel ingediend.

Het memorandum verwijst voorts naar het feit dat sommige ziekenhuizen, ondanks het verbod op de institutionele gewetensclausule voor de ziekenhuizen, geen vrijwillige zwangerschapsafbrekingen verrichten; de vrouwen worden daarvan niet op voorhand in kennis gesteld. Het memorandum onderstreept dat een duidelijk raamwerk moet worden uitgetekend. De PS-fractie tracht daartoe de aanzet te geven door middel van het wetsvoorstel dat momenteel wordt besproken. Bevestigen de leden van de Evaluatiecommissie dat zij duidelijk hebben vastgesteld dat sommige ziekenhuizen vrijwillige zwangerschapsafbrekingen weigeren te verrichten?

Zoals meer bepaald de Nederlandstalige centra hebben aangegeven, is het waarborgen van het recht op abortus een fundamenteel element van de seksuele en reproductieve rechten: een wettelijke context die voorziet in goede omstandigheden voor het verrichten van vrijwillige zwangerschapsafbrekingen, waarin seksualiteit geen taboe is en anticonceptiva alom aanvaard zijn, is de best mogelijke manier om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Mevrouw Tillieux besluit dat dit rapport een verhelderend licht werpt op tal van aspecten waarmee rekening moet worden gehouden in het kader van de verbetering van de omstandigheden waarin vrijwillige zwangerschapsafbrekingen worden verricht.

Mevrouw Dominiek Sneppe (VB) dankt de covoorzitters en vraagt waarom de Evaluatiecommissie al zolang niet meer op geldige wijze was samengesteld.

De deskundigen hebben aangegeven dat de ziekenhuizen niet de voorzieningen hadden om de eerste contacten met de patiënten te leggen. Wil dat zeggen dat zij ervoor pleiten om zwangerschappen uitsluitend af te breken in de centra buiten de ziekenhuizen? Pleiten zij voor een hervorming van de ziekenhuizen, opdat zij beter in staat zouden zijn de patiënten op te vangen?

Uit het rapport blijkt dat het aantal vrijwillige zwangerschapsafbreking bijzonder hoog is in Brussel, Antwerpen en Luik. Hoe vallen die hoge cijfers te verklaren?

Mme Sneppe s'étonne du fait qu'auparavant l'âge de la grossesse n'était pas mentionné. Comment dès lors pouvoir contrôler que le délai légal de 12 semaines n'est pas dépassé?

L'intervenante déplore l'absence de chiffres dans le rapport en ce qui concerne le premier entretien avec la femme et les suites qui y sont réservées. Combien de femmes renoncent à une IVG après ce premier entretien?

Existe-t-il des données concernant la présence des partenaires dans les différentes phases de la démarche pour une IVG?

Qui sont les 500 femmes qui se rendent aux Pays-Bas pour une IVG? Pour quelles raisons attendent-elles si longtemps pour prendre leur décision?

Les centres de planning sont-ils contrôlés afin de vérifier si les entretiens préalables ont bien lieu ou si les femmes sont suffisamment informées des solutions autres que l'IVG?

Il ressort du rapport que les moyens de contraception les plus employés sont la pilule et le préservatif. La commission d'évaluation recommande-t-elle d'encourager le recours au Sensiplan?

Mme Caroline Taquin (MR) remercie à son tour les experts pour le travail accompli. Elle relève la phrase suivante de Mme Lausberg: "Quand la loi permet l'IVG, il y a moins d'IVG".

Mme Taquin estime qu'il est important de réfléchir à la gestion de la situation d'urgence, à l'acte médical et à l'accompagnement en fonction de la situation de la patiente.

L'intervenante relève dans le rapport que selon le classement 2019 en matière de contraception, la Belgique est classée comme meilleur pays européen, *ex aequo* avec la France, avec 90,1 % en terme de politique publique d'information, d'approvisionnement et d'assistance sur les différentes méthodes de contraception.

Pour les politiques publiques concernant spécifiquement l'assistance et la contraception, la Belgique obtient la note de 84,8 %.

Le rapport précise que la tranche d'âge 25-35 ans doit faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la contraception.

Mevrouw Sneppe is verbaasd dat de zwangerschapsduur voorheen niet werd vermeld. Hoe kan derhalve worden gecontroleerd of de wettelijke termijn van 12 weken niet is overschreden?

De spreekster betreurt dat het rapport geen cijfers bevat over het eerste gesprek met de vrouw, noch over het gevolg dat daaraan wordt gegeven. Hoeveel vrouwen zien na dat eerste gesprek af van een vrijwillige zwangerschapsafbreking?

Bestaan er gegevens over de aanwezigheid van de partners tijdens de verschillende fasen van de demarche met het oog op een zwangerschapsafbreking?

Wie zijn de 500 vrouwen die voor een zwangerschapsafbreking naar Nederland reizen? Waarom wachten zij zo lang om hun beslissing te nemen?

Worden de centra voor gezinsplanning gecontroleerd om na te gaan of de voorafgaande gesprekken wel degelijk plaatsvinden, dan wel of de vrouwen voldoende worden voorgelicht over de andere oplossingen dan zwangerschapsafbreking?

Uit het rapport blijkt dat de pil en het condoom de meest gebruikte anticonceptiemiddelen zijn. Beveelt de Evaluatiecommissie aan om de aanwending van Sensiplan aan te moedigen?

Ook mevrouw Caroline Taquin (MR) dankt de deskundigen voor het verwezenlijkte werk. Zij wijst op de stelling van mevrouw Lausberg dat zo de wet zwangerschapsafbreking toestaat, er minder zwangerschapsafbrekingen plaatshebben.

Volgens mevrouw Taquin is het belangrijk om over het beheer van de noodsituatie, de medische handeling en de begeleiding na te denken uitgaande van de situatie van de patiënte.

Aangaande het overheidsbeleid betreffende de voorlichting over, de bevoorrading met en de bijstand bij de verschillende anticonceptiemethoden wijst de spreekster erop dat het rapport aangeeft dat België inzake contraceptie in 2019 als beste Europees land gerangschikt stond: 90,1 %, *ex aequo* met Frankrijk.

Specifiek voor het overheidsbeleid inzake bijstand en anticonceptie scoort België 84,8 %.

Het rapport preciseert dat de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar bijzondere aandacht moet krijgen wat anticonceptie betreft.

On peut en conclure que des avancées importantes ont été réalisées mais que le travail n'est pas terminé.

Dans les recommandations, Mme Taquin relève l'importance de la prévention, de l'information et de l'accessibilité de la contraception.

Elle relève en particulier la recommandation de diligenter une étude afin de recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l'usage correct d'un contraceptif, information non reprise jusqu'ici dans les statistiques.

L'intervenante demande qui pourrait diligenter cette étude et combien de temps serait nécessaire pour en obtenir les conclusions.

Mme Els Van Hoof (CD&V) remercie les orateurs pour leur exposé et pour le rapport.

Le rapport propose une analyse quantitative et non qualitative. Il s'agit d'un rapport partiel quantitatif. Les orateurs ont eux-mêmes insisté sur la nécessité de procéder à une évaluation scientifique. Cette demande est probablement guidée par une certaine frustration, que partage Mme Van Hoof. La nécessité d'effectuer une évaluation scientifique demeure. Il est par ailleurs essentiel de réaliser une évaluation tous les quatre ans.

A. La prévention et le rôle d'encadrement des centres d'avortement

Mme Van Hoof tient tout d'abord à poser plusieurs questions concernant le rôle de prévention et d'encadrement des centres d'avortement.

De nombreuses recommandations prônent un meilleur accompagnement des femmes qui se rendent à l'hôpital pour demander une interruption de grossesse. Il est par ailleurs beaucoup question des prestataires de soins et de la nécessité d'offrir à ceux-ci une formation de meilleure qualité.

Il est bien entendu toujours utile de poursuivre les efforts de sensibilisation. Mais les orateurs plaident également pour que la formation des médecins comporte un volet spécifique consacré à l'avortement. Les médecins se montrent-ils vraiment si peu à la hauteur qu'ils auraient besoin d'une formation spécifique?

Si tel est le cas, ne risque-t-on pas de voir apparaître des problèmes si des propositions de loi visant à prolonger le délai sont votées prochainement? L'expertise nécessaire à cet effet sera-t-elle présente? Le rapport

Uit een en ander kan worden geconcludeerd dat weliswaar aanzienlijke vooruitgang is geboekt, maar dat er nog werk aan de winkel is.

In verband met de aanbevelingen wijst mevrouw Taquin erop dat het bij anticonceptie belangrijk is preventief op te treden, voorlichting te verstrekken en te zorgen voor een laagdrempelige beschikbaarheid.

In het bijzonder verwijst zij naar de aanbeveling om een studie te verrichten die ertoe strekt gegevens te verzamelen over de vrouwen die ondanks correct anticonceptiegebruik toch zwanger zijn geraakt; tot dusver is die informatie niet opgenomen in de statistieken.

De spreekster vraagt wie die studie zou kunnen uitvoeren en hoeveel tijd nodig zou zijn om de conclusies daarvan te verkrijgen.

Mevrouw Els Van Hoof (CD&V) dankt de sprekers voor hun uiteenzetting en voor het rapport.

Het rapport is geen kwalitatieve analyse, maar een kwantitatieve analyse. Het is een kwantitatief deelrapport. De sprekers geven zelf aan dat er nood is aan een wetenschappelijke evaluatie. Dit zal waarschijnlijk vanuit een frustratie zijn die ze hebben. Mevrouw Van Hoof heeft die frustratie ook. De nood aan een wetenschappelijke evaluatie blijft. Een evaluatie is ook nodig om de vier jaar.

A. Preventie en begeleidende rol van de abortuscentra

Een eerste onderwerp waar mevrouw Van Hoof graag enkele vragen over had gesteld, is de preventieve en begeleidende rol van de abortuscentra.

Er worden veel aanbevelingen geformuleerd over betere begeleiding van vrouwen met een abortusvraag in ziekenhuizen. Ook wordt er veel gekeken naar zorgverstrekkers en dat ze beter opgeleid zouden moeten worden.

Bijkomend sensibiliseren is uiteraard altijd een goede zaak. Maar de sprekers pleiten ook voor een specifieke abortusopleiding binnen de artsenopleiding. Schieten de artsen werkelijk zo tekort dat er een specifieke opleiding nodig is?

Als er inderdaad zo een nood is, zal dit dan niet voor problemen zorgen als er binnenkort wetsvoorstellen worden gestemd waarbij de termijn wordt verlengd? Gaat hiervoor dan de nodige expertise zijn? Het rapport van

de la commission d'évaluation ne témoigne pas d'une grande confiance à l'égard de nos médecins.

Ainsi, le mémorandum signale que les femmes qui se rendent à l'hôpital pour une interruption de grossesse sont parfois victimes de remarques inadéquates (page 13). Il cite plusieurs exemples: "Pourquoi ne preniez-vous pas de contraception?"; "Vous êtes certaine de vouloir interrompre cette grossesse?".

Mme Van Hoof est entièrement convaincue, elle aussi, qu'il faut lutter contre le tabou qui entoure encore aujourd'hui l'avortement. Mais les orateurs pensent-ils vraiment que le fait de demander à une femme si elle est certaine de vouloir interrompre sa grossesse doit être considéré comme inadéquat et stigmatisant? Les professionnels des soins de santé n'ont-ils pas la mission légale de vérifier la détermination de la femme avant de pratiquer un avortement? Est-il vraiment inadéquat de lui demander pourquoi elle n'a pas utilisé de contraceptif? Mme Van Hoof estime qu'il s'agit précisément de questions cruciales qui doivent être posées.

La réponse à ces questions est essentielle pour examiner en concertation avec la patiente si celle-ci est réellement déterminée à avorter et comment elle pourra éviter une nouvelle interruption de grossesse dans le futur. Mme Van Hoof estime que c'est le fait d'accuser ces professionnels des soins de santé de manquer d'empathie et de compréhension, alors qu'il font seulement leur travail, qui est inadéquat en l'espèce.

Le rapport formule de nombreuses observations concernant les hôpitaux. La commission d'évaluation s'est-elle également penchée sur le rôle de prévention et d'accompagnement des centres d'avortement? Ceux-ci font-ils l'objet d'un contrôle de qualité? Comment les centres d'avortement prennent-ils leurs responsabilités en matière de prévention et d'accompagnement des femmes? Il faut réaliser un examen qualitatif en la matière.

Car le rapport ne comporte pas de statistiques concernant le nombre d'entretiens préalables organisés avec des experts dans les centres ou dans les hôpitaux ou concernant la durée de ceux-ci. Il reste également muet quant aux entretiens de suivi ou à la surveillance proposée aux femmes qui ont subi un avortement.

Or, il est essentiel de pouvoir analyser ces éléments. À défaut, il sera impossible de savoir comment l'accompagnement des femmes et la prévention des grossesses non désirées se présentent sur le terrain, alors que la prévention de ces grossesses et la prévention de l'avortement relèvent précisément des missions essentielles que le législateur a confiées à la commission d'évaluation.

de Evaluatiecommissie geeft weinig blijk van vertrouwen in onze artsen.

Zo wordt er op pagina 13 van het memorandum melding gemaakt van ongepaste opmerkingen in ziekenhuizen. Er worden daarbij verschillende voorbeelden gegeven van zulke ongepaste opmerkingen: "Waarom gebruikte je geen anticonceptie?"; "Weet je zeker dat je deze zwangerschap wilt afbreken?".

Mevrouw Van Hoof is volledig akkoord dat er gestreden moet worden tegen het taboe dat nog altijd rust op abortus. Vinden de sprekers werkelijk de vraag of men zeker is of men de zwangerschap wil afbreken een ongepaste stigmatiserende vraag? Is het niet de wettelijke taak van de zorgprofessionals om de vaste wil van de vrouw na te gaan alvorens tot een abortus over te gaan? Is het echt ongepast om te vragen waarom er geen anticonceptie werd gebruikt? Voor mevrouw Van Hoof zijn dit net cruciale vragen om te stellen.

Die vragen zelf zijn essentieel om bij die vrouwen te kunnen nagaan of ze werkelijk een vaste wil hebben en hoe ze in de toekomst een nieuwe abortus kunnen vermijden. Die zorgprofessionals beschuldigen van een gebrek aan empathie en begrip, terwijl zij gewoon hun job doen, vindt mevrouw Van Hoof ongepast.

Het rapport bevat veel opmerkingen over de ziekenhuizen. Heeft de Evaluatiecommissie ook de preventieve en begeleidende rol van de abortuscentra doorgelicht? Maken ze het voorwerp van een kwaliteitscontrole? Hoe nemen de abortuscentra hun verantwoordelijkheden op inzake de preventie en begeleiding van vrouwen? Dit moet kwalitatief onderzocht worden.

Want in dit rapport staan geen cijfers over het aantal voorafgaande gesprekken die vrouwen hebben met experts in de centra of ziekenhuizen, of de duurtijd van deze gesprekken. Er staat ook niets over de opvolggesprekken of de nazorg die wordt aangeboden aan vrouwen die een abortus hebben ondergaan.

Dit is nochtans ook essentieel om in kaart te brengen. Zonder deze gegevens weet men niet hoe de begeleiding van vrouwen en de preventie van ongewenste zwangerschappen er op het terrein uitziet. Dit terwijl de preventie van ongewenste zwangerschappen en de preventie van abortussen net tot de wettelijke kerntaken behoren van de Evaluatiecommissie.

Cette évaluation s'impose si l'on veut poursuivre sur la voie d'une éventuelle modification législative.

B. Contraceptifs

Mme Van Hoof se félicite que les recommandations de la commission d'évaluation mettent fortement l'accent sur les contraceptifs et qu'elles se concentrent sur la nécessité d'en faciliter l'accès. La commission formule à cet égard des recommandations sur l'accessibilité financière, mais aussi sur l'accès aux informations relatives à une utilisation correcte de la contraception.

Le CD&V attache également beaucoup d'importance à cet élément. Mme Van Hoof renvoie à cet égard à la proposition de loi qu'elle a déposée en vue d'améliorer l'accessibilité financière de la contraception pour les femmes confrontées à des difficultés financières.

L'intervenante est également convaincue que l'accès aux informations sur la contraception joue un rôle capital. Il est crucial que les femmes disposent de connaissances suffisantes et d'informations facilement accessibles sur l'utilisation correcte des contraceptifs et en particulier des contraceptifs de longue durée d'action.

Les centres d'avortement peuvent jouer un rôle capital en la matière. Comment ceux-ci répondent-ils à la nécessité évidente constatée par les orateurs de disposer d'informations accessibles et correctes? Comment la communication des informations se déroule-t-elle dans les centres?

Que pensent les centres du fait que les auteurs des propositions de loi votées en commission de la Justice préconisent de supprimer l'obligation d'information sur la contraception dans les centres d'avortement - et ce, alors que les centres eux-mêmes constatent un besoin très clair pour de telles informations?

Les chiffres du rapport montrent que 44,24 % des femmes qui subissent un avortement n'utilisent pas de contraception. Parmi les femmes qui se font avorter, 30,29 % affirment qu'elles n'ont pas utilisé correctement leur contraceptif. Ce sont précisément ces femmes qui ont besoin d'explications et de conseils supplémentaires pour utiliser correctement les contraceptifs à l'avenir! Les centres n'ont-ils pas un rôle crucial de prévention et d'accompagnement à jouer dans ce domaine? Et c'est précisément pour ces femmes que l'obligation d'information serait supprimée? Comment est-ce possible?

Un élément important de la fonction d'accompagnement et de prévention assumée par les centres d'avortement est le délai de réflexion de 6 jours entre la première consultation et l'avortement effectif. Mme Van Hoof ne

Die evaluatie is nodig om eventueel verder te gaan met een wetswijziging.

B. Contraceptiva

Mevrouw Van Hoof verheugt zich dat de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie sterk het accent leggen op contraceptiva en focussen op de nood voor betere toegankelijkheid hiervan. De Commissie geeft daarbij aanbevelingen over de financiële toegankelijkheid, maar ook over de toegankelijkheid van informatie over correct gebruik van contraceptie.

CD&V vindt dit ook belangrijk. Mevrouw Van Hoof verwijst hierbij naar het wetsvoorstel dat ze ingediend heeft over het beter financieel toegankelijk maken van contraceptie voor vrouwen die het financieel moeilijk hebben.

De toegang tot informatie over contraceptie is voor haar ook essentieel. Het is cruciaal dat er voldoende kennis en laagdrempelige informatie is over het correct gebruik van contraceptiva en zeker contraceptiva met een langdurige werking.

Hierin lijkt een cruciale rol weggelegd voor de abortuscentra. Hoe gaan zij om met de duidelijk nood die jullie vaststellen aan toegankelijke en correcte informatie? Hoe verloopt de informatieverstrekking in de centra?

Wat vinden de centra ervan dat de indieners van de wetsvoorstellen, die gestemd zijn in de commissie voor Justitie, er net voor pleiten om de verplichte informatieverstrekking over contraceptie in de abortuscentra af te schaffen? Dit terwijl de centra zelf een zeer duidelijk nood vaststellen aan dergelijke informatie?

Uit de cijfers uit het rapport blijkt dat 44,24 % van de vrouwen die overgaan tot een abortus, geen contraceptie gebruiken. 30,29 % van de vrouwen die overgaan tot abortus zeggen dat ze hun contraceptivum niet correct hebben gebruikt. Het zijn toch net deze vrouwen die extra uitleg en begeleiding nodig hebben om in de toekomst wel goed met contraceptiva om te gaan? Hierin hebben de centra toch een cruciale preventieve en begeleidende rol te spelen? En net aan deze vrouwen zou men de verplichte informatieverstrekking afschaffen? Dit kan toch niet?

Een belangrijk element in de begeleidende en preventieve rol die de abortuscentra opnemen, is de bedenktijd van 6 dagen tussen de eerste consultatie en de effectieve uitvoering van de abortus. Mevrouw Van Hoof

trouve dans le rapport aucun argument pour ramener ce délai de réflexion à 48 heures, comme le proposent les propositions de loi pendantes en commission de la Justice. Le rapport contient en revanche des éléments clairs qui vont manifestement à l'encontre de cette proposition de réduction.

À la page 72 du rapport, on peut littéralement lire "à quel point il importe de "normaliser" le processus décisionnel en cas de grossesse non planifiée et de souligner qu'il est parfaitement normal que l'on ait besoin de temps et de recul pour prendre une décision mûrement réfléchie."

Mme Van Hoof considère, elle aussi, que les femmes ont besoin de temps et de recul pour prendre une décision mûrement réfléchie. Depuis les auditions de 2018, les orateurs ont confirmé qu'un délai de réflexion de 6 jours procurait aux femmes une tranquillité mentale et une protection légale contre d'éventuelles pressions extérieures pour décider rapidement dans un sens ou dans l'autre, et pour être vraiment sûres en tant que femme de leur décision.

Il est indiqué, à la page 82 du rapport, que les femmes originaires d'autres pays sont confrontées à la pression de la famille, des clans, de la philosophie, de la culture et/ou de la religion. Quelle pression ces femmes subissent-elles? Sont-elles poussées à subir un avortement ou est-ce l'inverse? Quelle est l'attitude des prestataires de soins dans les centres face à cette problématique? Comment constatent-ils cette pression: les femmes se rendent-elles par exemple plus souvent en consultation? D'autres personnes s'expriment-elles à leur place? Comment constatent-ils chez ces femmes la volonté de pratiquer l'avortement?

Comment le délai de réflexion de 6 jours agit-il chez ces femmes? Leur procure-t-il davantage de tranquillité ou accentue-t-il la pression?

L'une des recommandations du memorandum est de stimuler la recherche concernant les entretiens pré et post-IVG.

Dans son memorandum, la commission indique même, en page 16, que "cet entretien peut, pour certaines femmes, s'avérer important, sur le plan psychologique surtout. Il est donc important d'en tenir compte et de dégager les moyens nécessaires. Cet entretien permet également de vérifier la prise correcte de la contraception choisie par la femme et d'éventuellement en modifier les modalités pour garantir son efficacité."

vindt in het rapport geen draagvlak om die bedenktijd in te korten naar 48 uur, zoals voorgesteld in de hangende wetsvoorstellen in de commissie voor Justitie. In het rapport zitten nochtans duidelijk elementen die die voorgestelde inkorting manifest weerleggen.

Op pagina 72 van het rapport staat letterlijk dat "het belangrijk is om het beslissingsproces bij een ongeplande zwangerschap te "normaliseren" en te benadrukken dat "het perfect normaal is dat je tijd en ruimte nodig hebt om tot een weloverwogen beslissing te komen."

Mevrouw Van Hoof is ook van mening dat vrouwen de tijd en ruimte nodig hebben om tot een weloverwogen beslissing te komen. Uit de hoorzittingen van 2018 werd door de sprekers bevestigd dat een bedenktijd van 6 dagen vrouwen de mentale rust en wettelijke bescherming geeft tegen eventuele externe druk om snel te beslissen in de ene of andere richting, en om als vrouw echt zeker te zijn van hun beslissing.

Op pagina 82 van het rapport staat dat vrouwen uit andere landen te kampen hebben met druk omwille van familie, clans, filosofie, cultuur en/of religie. Welke druk ervaren deze vrouwen? Ervaren zij druk om een abortus te ondergaan of net om geen abortus te laten uitvoeren? Hoe gaan de zorgverleners in de centra hier mee om? Hoe stellen zij deze druk vast: komen de vrouwen bijvoorbeeld vaker op consultatie? Voeren anderen voor hen het woord? Hoe stellen zij de vaste wil vast bij deze vrouwen om over te gaan tot de abortus?

Hoe speelt de bedenktijd van 6 dagen bij deze vrouwen? Ervaren zij meer rust of net meer druk met die 6 dagen?

Een van de aanbevelingen uit het memorandum is dat er onderzoek nodig is naar de gesprekken voor en na een abortus.

De Evaluatiecommissie geeft in haar memorandum op pagina 16 zelf aan dat "dit gesprek voor sommige vrouwen belangrijk kan zijn, vooral op psychologisch vlak. Het is dus belangrijk om hiermee rekening te houden en de nodige middelen vrij te maken. Dit gesprek maakt het mogelijk na te gaan of het door de vrouw gekozen anticonceptiemiddel op de juiste manier wordt ingenomen en om, indien nodig, de gebruikte methode aan te passen om de effectiviteit ervan te waarborgen."

Existe-t-il des données concernant les entretiens de suivi avec les femmes qui ont subi un avortement? Qu'en est-il du trajet de suivi proposé à ces femmes? La commission peut-elle superviser cet aspect? Pour Mme Van Hoof, il s'agit d'un élément crucial du rôle de prévention et d'accompagnement que la loi impose à ces centres.

En page 82, le rapport mentionne qu'un centre rapporte un risque de suicide après une interruption de grossesse. Quels soins de suivi sont proposés dans ce centre? Un protocole permanent a-t-il été mis en place pour garantir un suivi rapproché des femmes présentant une fragilité psychologique? Ces cas font-ils systématiquement l'objet d'un accompagnement dans le cadre d'un trajet de suivi? Quelles sont les procédures standard?

La commission d'évaluation considère-t-elle également qu'il est nécessaire de mener davantage de recherches sur l'impact psychologique de l'avortement sur les femmes? Le fait que certaines femmes présentent des tendances suicidaires n'indique-t-il pas à suffisance que nous devons prendre cette question au sérieux et l'examiner de manière approfondie afin de pouvoir soutenir ces femmes?

C. Réalisation des avortements

Mme Van Hoof renvoie à la page 27 du rapport, où la commission fournit un aperçu des méthodes utilisées et de la fréquence de chacune d'entre elles. En plus de ces chiffres, le législateur devrait aussi disposer d'informations sur le contenu de chaque méthode et sur le délai dans lequel elles peuvent être appliquées ou non.

La mifépristone – la pilule abortive – pourrait être utilisée jusqu'à sept semaines après la conception. Cela s'applique donc à 27,55 % des avortements qui ont eu lieu jusqu'à 7 semaines après la conception.

L'aspiration et le curetage sont possibles jusqu'à 13 semaines après la fécondation. Ils représentent ensemble 71,12 % de tous les avortements.

Si on prend en compte la pilule abortive, le curetage par aspiration et le curetage, on arrive à 98,67 % des avortements.

Pourquoi d'autres méthodes ont-elles été utilisées pour 1,5 % des avortements? Il s'agit en l'occurrence de 230 avortements qui étaient peut-être extrêmement difficiles et nécessitaient dès lors un autre type d'intervention? Ou bien se pourrait-il que ces avortements aient été réalisés au-delà de 12 semaines après la fécondation? La commission d'évaluation a-t-elle examiné ce point?

Bestaan er gegevens over de follow-up gesprekken met vrouwen die een abortus hebben ondergaan? Hoe zit het met het nazorgtraject dat die vrouwen aangeboden wordt en kan de Commissie dat monitoren? Volgens Mevrouw Van Hoof is dit een cruciaal onderdeel van de preventieve en begeleidende rol die centra wettelijk gezien moeten opnemen.

Op pagina 82 van het rapport staat er dat 1 centrum een risico op zelfmoord vaststelt na de abortus. Welke nazorg wordt er gegeven in dit centrum? Is er een vast protocol waarbij psychologisch kwetsbare vrouwen nauwlettender worden opgevolgd? Worden zij systematisch in een nazorgtraject begeleid? Wat zijn hiervoor de standaardprocedures?

Is de Evaluatiecommissie ook van mening dat er nood is aan meer onderzoek over de psychologische impact van abortus op vrouwen? Het feit dat sommige vrouwen risico op zelfmoordneigingen vertonen, is toch aanwijzing genoeg dat we dit ernstig moeten nemen en grondig moeten onderzoeken zodat we deze vrouwen kunnen begeleiden?

C. Uitvoering van de abortussen

Mevrouw Van Hoof verwijst naar pagina 27 van het rapport waar de Commissie een overzicht geeft van de gebruikte methodes en hoe vaak elke methode werd gebruikt. Naast die cijfers zou de wetgever ook informatie moeten hebben over wat elke methode inhoudt en tot wanneer deze methode wel of niet kan worden toegepast.

Mifepristone – de abortuspil – zou tot 7 weken bevruchting kunnen gebruikt worden. Dit geldt dan voor 27,55 % van de abortussen die dan tot 7 weken bevruchting hebben plaatsgevonden.

De vacuümaspiratie en curettage kunnen tot 13 weken bevruchting. Die zijn dan samen goed voor 71,12 % van al de abortussen.

Wanneer men de abortuspil en de zuigcurettage en de curettage optelt, dan komt men tot 98,67 % van de abortussen.

Waarom werden dan bij 1,5 % van de abortussen andere methodes gebruikt? Gaat het hier om 230 abortussen die misschien extra moeilijk waren en daarom een andere ingreep nodig hadden? Of zou het kunnen dat deze abortussen werden uitgevoerd boven de 12 weken bevruchting? Heeft de Evaluatiecommissie dit nader onderzocht?

Les propositions de loi votées en commission de la justice prévoient une prolongation du délai à 18 semaines. Comment la commission pense-t-elle que ces avortements jusqu'à 18 semaines pourront être pratiqués? Quelles méthodes devraient être utilisées à cet effet? Y a-t-il suffisamment d'expertise pour pratiquer ces avortements plus tardifs?

En tout état de cause, ces avortements plus tardifs ne pourront pas avoir lieu dans les centres, ou bien est-ce tout de même le cas? La convention INAMI actuelle entre l'INAMI et les centres d'avortement ne permet pas la pratique d'avortements au-delà de 12 semaines dans les centres: ces avortements doivent avoir lieu dans des hôpitaux. Les hôpitaux sont-ils prêts à pratiquer ces avortements tardifs?

Qu'en est-il des médecins qui ont des objections de conscience en ce qui concerne les avortements tardifs sans raison médicale? Un certain nombre de gynécologues et d'autres professionnels des soins de santé ont signé une lettre ouverte indiquant qu'ils n'étaient pas d'accord de pratiquer des avortements tardifs sans raison médicale.

Selon vous, quel est l'impact de la prolongation du délai sur le risque que des avortements soient pratiqués en raison du sexe du fœtus?

Aux pages 83 et 92 du rapport, il est fait mention de demandes d'avortement en raison du sexe de l'enfant, qui ont été refusées.

Si le délai est prolongé à 18 semaines, beaucoup plus de parents connaîtront le sexe du fœtus et le risque d'avortements en raison du sexe sera beaucoup plus élevé.

Avant, il fallait encore donner une raison pour demander l'avortement. À partir de maintenant, il ne faudra plus le faire. Comment la commission saura-t-elle dès lors si le sexe de l'enfant est la raison de l'avortement ou non? Pourra-t-on encore refuser ces demandes d'avortement si on ne le sait pas? Comment les prestataires de soins devront-ils aborder ce problème?

Le problème des avortements à répétition est abordé plusieurs fois dans le rapport. Mme Van Hoof estime personnellement qu'il s'agit vraiment d'un gros problème.

Dans le rapport de 2012, on pouvait lire à la page 69 que "les centres [francophones] soulignent qu'1/3 de leur patientèle a déjà pratiqué une interruption de grossesse, ce qui infère une approche de la contraception non purement informative mais également de faire tomber les résistances de la femme afin d'aborder

De wetsvoorstellen die werden gestemd in de commissie voor Justitie voorzien in een verlenging van de termijn tot 18 weken. Hoe ziet de Commissie die uitvoering van deze abortussen tot 18 weken? Welke methodes zouden hiervoor gebruikt moeten worden? Is er voldoende expertise om deze latere abortussen uit te voeren?

Deze latere abortussen zullen alleszins niet in de centra kunnen plaatsvinden. De huidige RIZIV-conventie tussen het RIZIV en de abortuscentra laat abortussen boven de 12 weken niet toe in de centra. Deze moeten in ziekenhuizen plaatsvinden. Zijn de ziekenhuizen klaar om deze latere abortussen op te vangen?

Wat met de artsen die gewetensbezwaren hebben voor dergelijke latere abortussen zonder medische reden? Verschillende gynaecologen en andere zorgprofessionals hebben een open brief geschreven dat ze het niet zien zitten om late abortussen zonder medische reden uit te voeren.

Wat is volgens jullie de impact van de verlenging van de termijn op het risico op abortussen omwille van het geslacht?

Op pagina 83 en 92 van het rapport wordt er melding gemaakt van verzoeken tot abortus omwille van het geslacht van het kind die werden afgewezen.

Als de termijn wordt verlengd tot 18 weken, zullen veel meer ouders het geslacht van de foetus kennen en is het risico op abortussen omwille van het geslacht veel groter.

Want nu moest men nog een reden opgeven voor de abortus. Maar nu zal men geen reden meer moeten opgeven. Hoe zal de Commissie dan nog weten of het geslacht de reden is voor de abortus of niet? Gaat men die abortusverzoeken nog kunnen weigeren als men dit niet weet? Hoe zullen de zorgverleners hiermee moeten omgaan?

Het probleem van de herhaalde abortussen komt meermaals ter sprake in het rapport. Dit vindt mevrouw Van Hoof persoonlijk echt een groot probleem.

In het rapport van 2012 staat op pagina 69 dat "de [Franstalige] centra benadrukken dat 1/3 van hun patiënten herhaalde abortus ondergaat, waardoor het noodzakelijk is om niet alleen een puur informatieve aanpak betreffende anticonceptie te hanteren, maar ook om de tegenkanting van de vrouw om te praten over

les aspects parfois inconscients qui sous-tendent sa démarche (éléments relationnels, l'âge, la fertilité, le vécu familial, ...)."

On pouvait également lire à la page 66 du rapport de 2012 que "les femmes issues des pays d'Europe centrale et orientale utilisent souvent l'avortement comme moyen de contraception."

Dans le rapport de 2018, Mme Van Hoof ne retrouve plus ces termes forts. A-t-on examiné plus avant les constatations de 2012? Est-il exact que, parmi les femmes qui demandent un avortement, une sur trois a déjà subi un avortement dans le passé? Accorde-t-on spécifiquement de l'attention aux femmes d'Europe orientale et centrale et à la manière dont on peut les conduire vers la vraie contraception, car un avortement n'est pas un moyen de contraception? En effet, ici en Belgique, nous ne pouvons mettre l'avortement sur le même pied que la contraception.

À la page 68, on peut lire que quelques centres mentionnent des avortements à répétition. Un centre mentionne une femme qui a déjà fait pratiquer pas moins de 21 (!) avortements dans différents centres.

À la page 74, on peut lire que les hôpitaux mentionnent également la problématique des avortements à répétition. Des hôpitaux rapportent que certaines femmes demandent une interruption de grossesse après en avoir déjà effectué jusqu'à six. Les hôpitaux indiquent qu'"il faut lutter contre ces grossesses non désirées à répétition".

La commission d'évaluation dispose-t-elle de données sur l'identité de ces femmes? Quel est leur contexte socio-économique? Utilisent-elles des moyens contraceptifs ou non?

De quelle manière la commission recommande-t-elle de lutter contre ces avortements à répétition? Reçoivent-elles des informations des centres et des hôpitaux concernant une meilleure utilisation/une utilisation correcte des moyens contraceptifs après un avortement? Font-elles l'objet d'un suivi plus intensif par le biais d'un trajet de suivi s'adressant spécifiquement aux femmes qui font pratiquer des avortements à répétition? Y a-t-il un protocole spécifique sur lequel on peut se baser pour l'accompagnement de ces femmes?

1. **Contrôle de qualité**

Chaque établissement de soins de santé est soumis à une kyrielle de contrôles de qualité. Est-il exact que les centres d'avortement ne sont pas soumis à des contrôles de qualité, contrairement aux hôpitaux qui pratiquent des

de soms onbewuste aspecten die aan de basis liggen van haar manier van handelen (relationele elementen, leeftijd, vruchtbaarheid, vroegere gezinservaringen, ...) tegen te gaan."

Ook staat er in het rapport van 2012 op pagina 66 dat "vrouwen uit Oost- en Centraal Europese landen dikwijls abortus gebruiken als anticonceptie."

In het rapport van 2018 vind ik deze sterke bewoordingen niet meer terug. Heeft men de vaststellingen uit 2012 verder onderzocht? Klopt het dat nog steeds 1 op de 3 vrouwen die een abortusvraag stellen, reeds vroeger een abortus hebben ondergaan? Wordt er specifieke aandacht gegeven aan vrouwen uit Oost- en Centraal Europa en hoe men hen naar echte contraceptie kan toeleiden, want abortus is geen contraceptie. Want we mogen hier in België abortus niet op dezelfde hoogte plaatsen als anticonceptie.

Op pagina 83 staat dat enkele centra herhaalde abortussen melden. 1 centrum vermeldt een vrouw die maar liefst al 21(!) abortussen heeft laten uitvoeren in verschillende centra.

Op pagina 92 staat dat ook ziekenhuizen de problematiek van herhaalde abortussen melden. Sommige ziekenhuizen zien vrouwen tot 6 keer toe terugkeren voor telkens een nieuwe abortus. De ziekenhuizen geven aan dat het "noodzakelijk [is] om tegen deze herhaaldelijke ongewenste zwangerschappen te strijden".

Heeft de Evaluatiecommissie gegevens over wie deze vrouwen zijn? Wat is hun socio-economische context? Gebruiken ze anticonceptie of niet?

Hoe raadt de Commissie aan om tegen deze herhaaldelijke abortussen te strijden? Krijgen zij van de centra en ziekenhuizen informatie over beter/correct anticonceptie gebruik na een abortus? Worden zij intensiever opgevolgd via een nazorgtraject specifiek voor vrouwen die herhaaldelijke abortussen doen uitvoeren? Is hiervoor een specifiek protocol om de begeleiding voor deze vrouwen op te baseren?

1. **Kwaliteitscontrole**

Iedere instelling die gezondheidszorg verstrekt wordt onderworpen aan heel veel kwaliteitscontroles. Klopt het dat de abortuscentra niet aan kwaliteitscontroles worden onderworpen? Dit in tegenstelling tot ziekenhuizen

avortements? Quelles sont les modalités du suivi de la qualité des soins dans les centres d'avortement? La Commission d'évaluation dispose-t-elle d'informations concernant la qualité des soins dans les centres?

Pourquoi le rapport contient-il si peu de chiffres ou de données susceptibles d'indiquer comment les centres fonctionnent et s'ils fournissent effectivement des soins de qualité? Par exemple, des chiffres concernant le nombre d'entretiens, la durée des entretiens, le suivi. En quoi consiste ce suivi et combien de temps les femmes se trouvent-elles dans une tel trajet de suivi ou les abandons sont-ils nombreux au cours de ces trajets de suivi et pourquoi? Toutes ces données sont importantes et peuvent donner une idée du travail des centres d'avortement et de la pratique de l'avortement en Belgique.

La Commission a-t-elle connaissance de plaintes émanant de femmes qui étaient mécontentes des soins qui leur ont été prodigués dans des centres d'avortement et dans des hôpitaux? Comment ces plaintes sont-elles inventoriées par la Commission et quels sont les modalités de leur suivi?

Quel sort juridique doit-on réserver aux médecins qui ont pratiqué un avortement en dehors des conditions prévues par la loi et qui ont pratiqué un avortement de mauvaise qualité entraînant de graves complications pour la femme?

Comment pouvons-nous garantir que les femmes continuerons tout de même à bénéficier de soins de qualité si les médecins qui agissent en dehors des conditions prévues par la loi ne sont plus sanctionnés?

Si le médecin ne pratique pas l'avortement dans les règles de l'art, que doit-on faire sur le plan juridique afin de protéger la femme? La majorité des complications en cas d'avortement sont en effet imputables à un avortement qui n'a pas été pratiqué dans les règles de l'art.

2. *Fonctionnement de la Commission d'évaluation*

Mme Van Hoof estime que le rapport de la Commission d'évaluation ne fait nullement la clarté. En dépit des efforts de la Commission, la qualité de ce rapport laisse réellement trop à désirer pour servir de base de travail au parlement.

La Commission donne des indications sur les points problématiques: l'accès à la contraception, les informations concernant la contraception et les avortements à répétition. Les chiffres ne sont toutefois pas exhaustifs.

Tout comme en 2012 et dans les rapports précédents, la commission signale également dans ce rapport que

die abortussen uitvoeren. Hoe wordt de kwaliteit van de zorg in de abortuscentra opgevolgd? Heeft de Evaluatiecommissie informatie over de kwaliteit van de zorg in de centra?

Waarom zitten er in het rapport nauwelijks cijfers of gegevens die een indicatie kunnen zijn van hoe de centra werken en of zij effectief kwaliteitsvolle zorg verschaffen? Bijvoorbeeld cijfers over het aantal gesprekken, over de duur van de gesprekken, over de nazorg: waaruit deze nazorg bestaat en hoe lang vrouwen in zo een nazorgtraject zitten, of er een grote uitval is uit die nazorgtrajecten en waarom? Dit zijn allemaal belangrijke gegevens die inzicht kunnen geven in het werken van de abortuscentra en in de abortuspraktijk in België.

Heeft de Commissie weet van klachten van vrouwen die ontevreden waren over de zorg die hen werd geboden in abortuscentra en in ziekenhuizen? Hoe worden deze klachten in kaart gebracht door de Commissie en hoe worden deze klachten opgevolgd?

Hoe moet er juridisch worden omgegaan met artsen die een abortus buiten de voorwaarden van de wet hebben uitgevoerd en die een slechte abortus heeft uitgevoerd met ernstige complicaties bij de vrouw tot gevolg?

Hoe kunnen we, als er geen bestraffing meer is voor artsen die optreden buiten de voorwaarden van de wet, ervoor zorgen dat er toch nog kwaliteitsvolle zorg is voor vrouwen?

Als de arts de abortus slecht uitvoert, hoe moeten ze daar op juridisch vlak dan mee omgaan om de vrouw te beschermen? Want de meeste complicaties bij een abortus zijn te wijten aan een slecht uitgevoerde abortus.

2. *Werking van de Evaluatiecommissie*

Mevrouw Van Hoof vindt dat het rapport van de Evaluatiecommissie helemaal geen duidelijkheid geeft. Dit rapport is – ondanks de inspanningen van de Commissie – echt niet kwaliteitsvol genoeg om hiermee in het parlement aan de slag te gaan.

De Commissie geeft indicaties van knelpunten: toegang tot contraceptie, informatie over contraceptie en herhaalde abortussen. Maar de cijfers zijn onvolledig.

Net zoals in 2012, en de rapporten daarvoor, zegt de Commissie ook in dit rapport op pagina 97 dat “de

“les chiffres contenus dans le présent rapport, comme ceux contenus dans les rapports précédents, sont indicatifs.” La Commission indique également qu’elle est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie.”

Mme Van Hoof rappelle qu’une évaluation réellement approfondie et étayée scientifiquement est nécessaire. Le parlement ne peut tout de même pas mener un débat sérieux et élaborer des initiatives législatives sur la base de ce rapport qui ne contient que des chiffres partiels.

L’intervenante renvoie, à titre d’illustration, à la page 18 du rapport où il est indiqué que pour 472 femmes résidant en Belgique en 2017 un avortement a été pratiqué aux Pays-Bas, selon l’inspection de la santé néerlandaise.

Il est mentionné dans le rapport néerlandais qu’il s’agit de 472 femmes belges/luxembourgeoises. Pourquoi la Commission d’évaluation indique-t-elle dans son rapport que ces femmes sont toutes belges? Avez-vous examiné combien de femmes luxembourgeoises vont aux Pays-Bas?

Le rapport ne mentionne non plus absolument rien concernant l’identité de ces femmes et les raisons pour lesquelles elles se rendent aux Pays-Bas.

Que sait-on de ces femmes? Quel âge ont-elles? À quel stade de leur grossesse se sont-elles rendues aux Pays-Bas? Avaient-elles toutes dépassé ou non les 12 semaines de grossesse, et sont-elles allées aux Pays-Bas pour préserver leur anonymat? Quelle est leur situation socioéconomique? Combien d’enfants ont-elles déjà? Combien d’avortements ont-elles déjà subis? Sont-elles plus vulnérables? Quelle distance les sépare des services de soins belges?

Ce sont pourtant toutes des questions qui demandent des réponses. La Commission peut-elle y répondre?

Pourquoi la commission ne fait-elle référence qu’aux chiffres néerlandais? La commission doit certainement disposer de chiffres concernant des femmes dont la demande aux centres et hôpitaux belges a été rejetée en raison du dépassement du délai légal.

À la page 14 du rapport, la commission mentionne tous sortes de motifs permettant de rejeter une demande d’avortement. À la page 62 figurent des chiffres relatifs au nombre de demandes rejetées. Manifestement, 17,44 % des demandes d’interruption de grossesse dans les centres néerlandophones en 2017 ont été rejetées. Cela s’explique-t-il? La commission ne possède-t-elle donc pas de chiffres pour chacun des motifs de rejet? La

gegevens in dit rapport, evenals deze opgenomen in de vorige rapporten geen wetenschappelijke precisie hebben. De Commissie geeft ook aan dat ze gemachtigd is om na te gaan of de gegevens meegedeeld door de artsen en instellingen aan de werkelijkheid beantwoorden.”

Mevrouw Van Hoof herhaalt dat een echte grondige en wetenschappelijk onderbouwde evaluatie nodig is. Over dit rapport met slechts partiële cijfers kan het parlement toch geen ernstig debat voeren en geen wetgevende initiatieven uitwerken.

De spreekster verwijst, als voorbeeld, naar pagina 18 van het rapport waar staat dat er volgens de Nederlandse gezondheidsinspectie in 2017, op 472 vrouwen die in België wonen een abortus werd uitgevoerd in Nederland.

In het Nederlands rapport staat dat het om 472 Belgische/Luxemburgse vrouwen gaat. Waarom zegt de Evaluatiecommissie dan in haar rapport dat het allemaal Belgische vrouwen zouden zijn? Hebben jullie onderzocht hoeveel Luxemburgse vrouwen naar Nederland gaan?

In het rapport staat er ook helemaal niets over wie die vrouwen zijn en waarom ze naar Nederland gaan.

Wat weet men over deze vrouwen? Hoe oud zijn ze? In welk stadium van hun zwangerschap zijn ze naar Nederland getrokken? Waren ze allemaal boven de 12 weken bevruchting, of niet en zijn ze naar Nederland gegaan om de garantie te hebben op anonimiteit? Wat is hun socio-economische situatie? Hoeveel kinderen hebben ze al? Hoeveel abortussen hebben ze al gehad? Zijn ze extra kwetsbaar? Wat is hun afstand tot de Belgische hulpverlening?

Dit zijn toch allemaal vragen die een antwoord nodig hebben. Kan de Commissie hierop antwoorden?

Waarom verwijst de Commissie enkel naar het Nederlandse cijfer. De Commissie moet zeker cijfers hebben over vrouwen wiens verzoek in de Belgische centra en ziekenhuizen is afgewezen omdat de wettelijke termijn verstreken is?

Op pagina 14 van het rapport geeft de Commissie allemaal redenen waarom een verzoek tot abortus kan worden afgewezen. Op pagina 62 zijn er cijfers over het aantal verzoeken dat werd afgewezen. Blijkbaar werd 17,44 % van de abortusverzoeken in de Nederlandstalige centra in 2017 afgewezen. Is er daar een uitleg voor? Heeft de Commissie dan geen cijfers per reden voor afwijzing? Is dit niet iets dat de Commissie al lang zou

commission n'aurait-elle pas dû depuis bien longtemps déjà intégrer ces éléments dans le formulaire pour le rapport annuel?

Si toutes ces femmes se voient refuser leur demande, ne devrions-nous pas pouvoir en examiner le motif et vérifier l'opportunité de prendre des mesures afin de les aider plus efficacement ou plus tôt?

La commission mentionne des chiffres concernant aussi bien des femmes belges que des femmes luxembourgeoises et dont on ne sait rien de plus: ni sur la date limite, ni sur les besoins de ces femmes.

Il s'agit soit d'une négligence coupable, soit d'une incompétence totale. Mais dans les deux cas, ce n'est guère flatteur pour le fonctionnement de votre commission.

À la page 87, la commission d'évaluation plaide elle-même en faveur de la réforme et de la scientification de la commission: *"Réformer la Commission nationale en une commission scientifique indépendante pour que des données scientifiquement fondées soient disponibles."*

Que pensent les deux vice-présidents de cette scientification? Comment conçoivent-ils cette exigence d'une commission indépendante? Songent-ils à cet égard à la composition de la commission?

La composition actuelle de la commission est tout sauf indépendante. Combien de membres effectifs et suppléants travaillent-ils dans un centre d'avortement, y sont-ils liés ou y ont-ils déjà travaillé par le passé? Une commission à la fois juge et partie, et qui s'auto-évalue est-elle vraiment indépendante?

La commission préconise-t-elle dès lors la présence requise des membres, un quorum pour la prise de décisions et la formulation de recommandations? Qu'en a-t-il été des présences au sein de la commission?

D. Conclusion

Mme Van Hoof doit conclure que ce rapport ne contient guère, voire pas du tout de réponses aux questions essentielles.

L'on ne connaît ni l'ampleur du problème des avortements répétés et du sous-enregistrement des avortements, ni le profil des femmes confrontées à une grossesse non désirée qui ne s'adressent que tardivement aux structures d'aide belges, ni le profil des femmes qui se rendent aux Pays-Bas pour avorter. Tout ce que l'on sait, c'est qu'il y a un problème.

hebben moeten opnemen in het formulier voor het jaarlijks rapport?

Als deze vrouwen een afgewezen verzoek hebben, dan moeten we toch kunnen nagaan waarom en bekijken of we geen maatregelen moeten nemen om deze vrouwen beter of vroeger te helpen?

Nu vermeldt de Commissie cijfers die gelden voor zowel Belgische als Luxemburgse vrouwen en waarover verder totaal niets geweten is. Niets over de termijn. Niets over de noden van die vrouwen.

Ofwel is dit schuldig verzuim ofwel is dit totale onkunde. In beide gevallen, zegt het weinig goeds over de werking van jullie Commissie.

Op pagina 87 pleit de Evaluatiecommissie zelf voor de hervorming en verwetenschappelijking van de Commissie: "de Nationale Evaluatiecommissie hervormen tot een onafhankelijke wetenschappelijke commissie die zorgt voor beschikbaar maken van gefundeerde wetenschappelijke gegevens."

Hoe zien beide ondervoorzitters deze verwetenschappelijking? Hoe begrijpen ze die eis voor een onafhankelijke commissie? Kijken ze hierbij naar de samenstelling van de Commissie?

De huidige samenstelling van de Commissie is allesbehalve onafhankelijk. Hoeveel van de effectieve en plaatsvervangende leden werken voor of zijn verbonden met een abortuscentrum of hebben daar in het verleden gewerkt? Is dat onafhankelijk zijn: zowel rechter zijn als partij? Is dat onafhankelijk jezelf evalueren?

Doet de Commissie dan ook aanbevelingen over een vereiste aanwezigheid van de leden, een quorum om tot beslissingen en aanbevelingen te komen? Hoe verliep het nu qua aanwezigheden in de Commissie?

D. Conclusie

Mevrouw Van Hoof kan alleen maar concluderen dat er op de essentiële vragen in dit rapport nauwelijks of geen antwoorden te vinden zijn.

Men weet niet hoe groot het probleem is van de onderregistratie van abortussen, van de herhaalde abortussen. Men weet niet wat het profiel is van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn en die laat de weg vinden naar de Belgische hulpverlening. Men weet alleen dat er een probleem is. Men weet ook niet wat het profiel is van de vrouwen die naar Nederland trekken voor een abortus.

Sur la base de ce rapport, nous savons toutefois que:

— les femmes confrontées à une grossesse non désirée sont sous pression et qu'elles ont besoin de temps et d'espace pour prendre une décision;

— l'accès à la contraception et aux informations y afférentes est essentiel pour réduire le nombre de grossesses non désirées et le nombre d'avortements;

— une véritable évaluation scientifique de la pratique de l'avortement en Belgique fait toujours défaut et est toujours aussi indispensable.

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) fait remarquer que de nombreuses recommandations concernent la prévention et portent dès lors sur les compétences des parlements des communautés. Il serait intéressant que les rapports bisannuels soient présentés devant toutes les assemblées concernées.

Le rapport met en lumière l'excellent travail réalisé par les centres de planning familial. Il est important que les IVG se déroulent dans de bonnes conditions.

Mme Merckx ne comprend pas les critiques émises par *Mme Van Hoof*. Elle lui rétorque qu'il existe des études scientifiques internationales qui identifient qui sont ces 472 femmes qui vont se faire avorter aux Pays-Bas. Ces études démontrent également que très peu de femmes présentent des complications psychiques à la suite d'une IVG. Elle estime que l'élargissement du droit à l'avortement permettra aux femmes plus vulnérables d'avoir accès à une IVG. Elle signale que l'OMS considère le délai d'attente comme une atteinte au droit des femmes de recourir à une IVG.

Mme Merckx retient du rapport de la commission d'évaluation qu'une loi autorisant l'IVG entraîne une réduction du nombre d'IVG. Si une telle constatation a été faite pour les IVG avant 12 semaines, elle sera également possible pour les IVG après 12 semaines.

La motivation des partisans d'une modification de la loi en Belgique est de continuer sur la voie de la prévention et de permettre aux femmes d'accéder au droit à l'IVG.

Op basis van het rapport weet men wel dat:

— er druk is op vrouwen die met een ongewenste zwangerschap worden geconfronteerd en dat zij tijd en ruimte nodig hebben om tot een beslissing te komen;

— de toegang tot anticonceptie en informatie over anticonceptie essentieel is om het aantal ongewenste zwangerschappen en het aantal abortussen terug te dringen;

— een echte wetenschappelijke evaluatie van de abortuspraktijk in België nog steeds ontbreekt en nog steeds heel erg nodig is.

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) wijst erop dat tal van aanbevelingen betrekking hebben op preventie en dus onder de bevoegdheid van de gemeenschapsparlamenten vallen. Het ware interessant om de tweejaarlijkse rapporten aan alle betrokken parlementen voor te stellen.

Het rapport benadrukt het uitstekende werk van de centra voor gezinsplanning. Het is belangrijk dat de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in goede omstandigheden worden uitgevoerd.

Mevrouw Merckx begrijpt de kritiek van *mevrouw Van Hoof* niet. Ze antwoordt haar dat er internationale wetenschappelijke studies bestaan waarin wordt aangegeven wie die 472 vrouwen zijn die in Nederland een vrijwillige zwangerschapsafbreking doen uitvoeren. Voorts blijkt uit die studies dat slechts heel weinig vrouwen psychologische complicaties overhouden aan een vrijwillige zwangerschapsafbreking. Volgens de spreker zal de uitbreiding van het recht op zwangerschapsafbreking ertoe leiden dat de vrijwillige zwangerschapsafbreking toegankelijk wordt voor de meer kwetsbare vrouwen. Ze wijst erop dat de WGO de wachttijd beschouwt als een aantasting van het recht van de vrouw op een vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Mevrouw Merckx onthoudt uit het rapport van de Evaluatiecommissie dat een wet die vrijwillige zwangerschapsafbreking toestaat tot een daling van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen leidt. De vaststelling werd gedaan voor de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen vóór twaalf weken, maar zal ook voor de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen na een periode van twaalf weken kunnen worden gemaakt.

De voorstanders van een wijziging van de Belgische wet beogen voortgang te maken inzake preventie en het voor de vrouwen mogelijk te maken toegang te hebben tot het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Le rapport indique également que malgré la prévention axée sur la contraception, les grossesses non désirées resteront toujours une réalité. Il est impossible de les prévenir à 100 %.

Certains pays ont un taux d'IVG encore plus bas qu'en Belgique, comme par exemple l'Allemagne (6/1 000). Comment expliquer cette différence de taux?

Quel est l'avis de la commission d'évaluation sur les IVG au-delà de 12 semaines?

Si la commission reprend dans ses statistiques le nombre de femmes ayant recours à une IVG à l'étranger au-delà de 12 semaines, c'est qu'elle considère que ces femmes sont dans leur droit et ne doivent pas être considérées comme des criminelles, comme d'aucuns voudraient le faire croire.

Pour quelles raisons le statut gravidique de la femme n'est-il pas repris dans le formulaire d'évaluation (nombre de grossesses, d'IVG, de fausses couches, ...)?

La commission recommande une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans toutes les écoles. Doit-on en déduire que ce n'est pas le cas actuellement?

Le rapport mentionne également que l'ULB dispense une formation à l'IVG à ses étudiants en médecine. Est-ce le cas également à l'UCL et à la KUL? Le droit à l'IVG jusqu'à 12 semaines est inscrit dans la loi, il importe que cette intervention soit enseignée dans les universités.

Enfin, Mme Merckx demande s'il est courant que des hôpitaux refusent de pratiquer une IVG.

M. Robby De Caluwé (Open Vld) se réjouit de lire dans le rapport que le nombre d'IVG a diminué. Cela serait dû à une meilleure utilisation de la contraception. À cet égard, on ne peut que se réjouir que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ait prévu de rembourser la pilule contraceptive pour les femmes jusqu'à 35 ans.

M. De Caluwé souligne l'importance d'une information correcte à l'égard des femmes et d'une responsabilisation des garçons et des hommes. Ces messages doivent être transmis dans chaque campagne d'information à

Het rapport wijst er tevens op dat ongewenste zwangerschappen altijd een realiteit zullen blijven, ondanks de op anticonceptiva gerichte preventie. Ze kunnen nooit 100 % worden voorkomen.

Bepaalde landen hebben een nog lager aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen dan België. Dat is bijvoorbeeld het geval voor Duitsland (6/1 000). Hoe kan dat verschil worden verklaard?

Wat is de mening van de Evaluatiecommissie over vrijwillige zwangerschapsafbrekingen na de twaalfde week?

De Commissie neemt in haar statistieken het aantal vrouwen op die na de twaalfde week een vrijwillige zwangerschapsafbreking doen uitvoeren in het buitenland. Dat geeft aan dat de Commissie van oordeel is dat die vrouwen daartoe het recht hebben en niet als misdadigers mogen worden gezien, zoals sommigen zouden willen doen geloven.

Waarom wordt de zwangerschapshistoriek van de vrouw niet opgenomen in het evaluatieformulier (aantal zwangerschappen, vrijwillige zwangerschapsafbrekingen, miskramen enzovoort)?

De Commissie beveelt aan om in alle scholen affectieve, relationele en seksuele voorlichting in te richten. Moet daaruit worden afgeleid dat dit thans niet het geval is?

Het rapport vermeldt tevens dat de ULB een opleiding inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking verstrekt aan de geneeskundestudenten. Geldt zulks ook voor de UCL en de KUL? Aangezien het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking tot twaalf weken wettelijk verankerd is, is het belangrijk dat aan onze universiteiten wordt onderwezen hoe deze ingreep moet worden uitgevoerd.

Tot slot wil mevrouw Merckx weten of het vaak voorkomt dat ziekenhuizen weigeren een vrijwillige zwangerschapsafbreking uit te voeren.

De heer Robby De Caluwé (Open Vld) is verheugd dat het aantal abortussen volgens het rapport gedaald is. Deze daling zou toe te schrijven zijn aan een beter anticonceptiegebruik. In dat opzicht kan men alleen maar verheugd zijn dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft beslist de anticonceptiepil terug te betalen voor vrouwen tot 35 jaar.

De spreker beklemtoont het belang van een correcte voorlichting van de vrouwen, alsook van een responsabilisering van het mannelijke deel van de bevolking. Deze boodschappen moeten worden meegegeven in elke

l'attention de tous les groupes cibles, non seulement belges mais aussi allochtones.

Il importe également de sensibiliser les parents. En effet, on constate que certains parents refusent encore des moyens de contraception à leurs enfants.

Le rapport de la commission d'évaluation mentionne que certaines femmes subissent plusieurs IVG. Quel est le profil de ces femmes? Sont-elles informées des moyens de contraception à long terme? La commission a-t-elle des informations sur les consultations post-IVG et sur les informations prodiguées à cette occasion quant aux moyens de contraception?

Il est inquiétant de lire dans le rapport qu'une des causes invoquées pour une IVG est la menace de licenciement. La commission dispose-t-elle de données chiffrées sur le nombre de femmes qui subissent ces menaces? A cet égard, M. De Caluwé se réfère à la proposition de loi récemment adoptée par le parlement sur la discrimination en raison de la parentalité (DOC 55 165/001).

En réponse à Mme Van Hoof qui doute de l'indépendance des membres de la commission d'évaluation dès lors qu'ils sont liés à un centre de planning familial, M. De Caluwé se réfère au point de vue minoritaire du Docteur Kortman qui est repris dans le rapport, ce qui est un gage d'indépendance. Il s'étonne toutefois du contenu de cet avis minoritaire qui témoigne d'un état d'esprit d'un autre siècle.

M. De Caluwé relève que certains centres de planning familial réclament une modification de la loi sur l'avortement (retrait du Code pénal, suppression du délai de réflexion, allongement du délai dans lequel un avortement peut être pratiqué). Il tient à faire remarquer que certaines femmes ont déjà bien réfléchi avant de s'adresser à un centre et qu'elles se sont renseignées en faisant des recherches sur internet. Il est pénible pour elles de devoir encore attendre 6 jours avant l'intervention.

Mme Karin Jiroflée (sp.a) remercie les co-présidents de la commission d'évaluation ainsi que tous leurs collaborateurs pour le travail titanesque qu'ils ont réalisé.

informatiecampagne voor alle Belgische én allochtone doelgroepen.

Tevens is het belangrijk de ouders te sensibiliseren. Vastgesteld wordt immers dat sommige ouders weigeren anticonceptiemiddelen te verstrekken aan hun kinderen.

Uit het rapport van de Evaluatiecommissie blijkt dat bij sommige vrouwen meerdere zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd. Wat is het profiel van die vrouwen? Zijn zij op de hoogte van het bestaan van anticonceptiemiddelen die op lange termijn werken? Beschikt de Commissie over informatie over de raadplegingen na een zwangerschapsafbreking, alsook over de informatie over anticonceptiva die bij die gelegenheid wordt verstrekt?

Het is verontrustend dat een dreigend ontslag in het rapport wordt genoemd als een van de aangevoerde redenen om een zwangerschapsafbreking te doen uitvoeren. Beschikt de Commissie over cijfergegevens inzake het aantal vrouwen die aan die dreiging zijn blootgesteld? In dat verband verwijst de heer De Caluwé naar het wetsontwerp tot wijziging van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen wat het discriminatieverbod op vaderschap of meemoederschap, borstvoeding en medisch begeleide voortplanting betreft (DOC 55 0165/001), dat de Kamer onlangs heeft aangenomen.

In antwoord op de opmerking van mevrouw Van Hoof dat zij haar twijfels heeft bij de onafhankelijkheid van de leden van de Evaluatiecommissie omdat zij verbonden zijn aan een centrum voor gezinsplanning, wijst de spreker erop dat het minderheidsstandpunt van de dokter Kortman in het rapport is opgenomen, wat de onafhankelijkheid van het rapport garandeert. Dat neemt niet weg dat de heer De Caluwé zich verbaast over dat advies; het weerspiegelt immers een ingesteldheid uit de vorige eeuw.

De heer De Caluwé merkt op dat sommige centra voor gezinsplanning vragen dat de abortuswet wordt gewijzigd (abortus zou uit het Strafwetboek moeten worden gehaald, de bedenktijd zou moeten worden afgeschaft, de termijn waarbinnen een zwangerschapsafbreking zou mogen worden uitgevoerd, zou moeten worden verlengd). Hij vestigt de aandacht op het feit dat sommige vrouwen al grondig hebben nagedacht alvorens zich tot een centrum te wenden en dat zij via opzoekingen op het internet inlichtingen hebben ingewonnen. Het is voor die vrouwen pijnlijk nog eens zes dagen te moeten wachten alvorens de ingreep kan plaatsgrijpen.

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) dankt de co-voorzitters van de Evaluatiecommissie en alsook al hun medewerkers voor het gigantische werk dat zij hebben geleverd.

Elle estime également que la commission aurait besoin d'une approche plus scientifique.

Mme Jiroflée se réjouit tout particulièrement de la recommandation relative à une sensibilisation à la contraception pour les femmes âgées de plus de 25 ans.

Elle se réjouit également que la commission recommande le remboursement automatique et légal des moyens de contraception et notamment de la contraception d'urgence par l'INAMI et non pas, de manière aléatoire par les mutuelles comme c'est le cas actuellement. Certaines mutuelles remboursent et d'autres pas. L'intervenante tient à souligner, contrairement à ce que mentionne le rapport, qu'une seule mutuelle rembourse la contraception et que la pilule du lendemain n'est pas toujours gratuite.

Mme Jiroflée s'étonne de l'approche dans les hôpitaux et notamment du fait que le médecin doit systématiquement demander l'autorisation de la femme pour envoyer son rapport médical à son médecin traitant, ce qui semble logique en cas d'IVG.

L'intervenante demande si la commission d'évaluation recommande que les hôpitaux soient plus spécialisés en IVG ou si elle préconise que toutes les IVG aient lieu dans les centres de planning familial?

Mme Jiroflée préconise que l'on prenne en compte de manière plus spécifique les femmes avec un statut socio-économique plus précaire compte tenu du fait que la législation actuelle semble impuissante à les aider. Elle réclame la même attention pour les femmes victimes de violences. À cet égard, elle signale que des auditions sont prévues au sein du Comité d'avis pour l'émancipation sociale, qu'elle préside, sur le thème des violences familiales. Le thème de la coercition à la maternité mérite d'y être abordé.

Le rapport attribue la diminution du nombre d'IVG à une meilleure prévention en matière de moyens de contraception. Mme Jiroflée relativise ce lien de causalité et estime qu'une analyse scientifique plus approfondie s'impose. Elle plaide dès lors pour un renforcement de la dimension scientifique de la commission d'évaluation. Sous l'ancienne législature, le sp.a avait d'ailleurs déposé une proposition de loi en ce sens mais celle-ci a été rejetée.

Mme Jiroflée souligne que le nouveau formulaire d'évaluation est un pas dans la bonne direction.

Ook zij meent dat de Commissie behoefte heeft aan een wetenschappelijkere aanpak.

Mevrouw Jiroflée is in het bijzonder verheugd om de aanbeveling aangaande bewustmaking in verband met anticonceptie voor vrouwen ouder dan 25 jaar.

Zij is ook blij dat de Commissie aanbeveelt dat de voorbehoedsmiddelen, en in het bijzonder de noodanticonceptiva, automatisch en op wettelijke basis zouden worden terugbetaald door het RIZIV, in plaats van willekeurig door de ziekenfondsen, zoals thans het geval is. Sommige ziekenfondsen betalen immers terug, maar andere niet. De spreker houdt eraan te beklemtonen dat, in tegenstelling tot wat in het rapport wordt aangegeven, slechts één ziekenfonds de anticonceptie terugbetaalt en dat de morning-afterpil nog niet altijd gratis is.

De aanpak in de ziekenhuizen verbaast mevrouw Jiroflée, met name het feit dat de arts systematisch de toestemming van de vrouw moet vragen om haar medisch verslag naar haar behandeld arts te sturen, wat in geval van een zwangerschapsafbreking logisch lijkt.

De spreker vraagt of de Evaluatiecommissie aanbeveelt dat de ziekenhuizen zich meer op het vlak van zwangerschapsafbreking zouden gespecialiseerd zijn dan wel dat alle zwangerschapsafbrekingen binnen de centra voor gezinsplanning zouden plaatsgrijpen.

Mevrouw Jiroflée beveelt aan meer specifiek rekening zou worden gehouden met de vrouwen die in een kwetsbaardere sociaaleconomische situatie verkeren, want het lijkt erop dat de huidige wetgeving er niet in slaagt ze te helpen. Zij vraagt dezelfde aandacht voor de vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld. Ter zake meldt zij dat binnen het door haar voorgezeten adviescomité voor de maatschappelijke emancipatie hoorzittingen over het thema "huiselijk geweld" gepland zijn. Het zou goed zijn dat het gedwongen moederschap daarbij aan bod zou komen.

Het rapport schrijft de vermindering van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen toe aan betere preventie inzake anticonceptie. Mevrouw Jiroflée relativeert dat oorzakelijk verband en vindt dat ter zake diepgaander wetenschappelijk onderzoek vereist is. Derhalve is zij ervoor gewonnen de wetenschappelijke dimensie van de Evaluatiecommissie aan te scherpen. Tijdens de vorige zittingsperiode had de sp.a overigens een wetsvoorstel daartoe ingediend, maar het werd verworpen.

Mevrouw Jiroflée benadrukt dat het nieuwe evaluatieformulier een stap in de goede richting is.

Elle fait remarquer que le rapport publié aux Pays-Bas montre la même diminution du nombre d'IVG chez les adolescentes mais une légère augmentation pour les IVG en général. Quelle en est la raison?

Mme Jiroflée regrette que le rapport à l'examen ne s'attarde pas plus longuement sur la fiabilité des moyens de contraception. Elle suggère que le prochain rapport tienne compte des données relatives à l'échec de la contraception.

Enfin, l'intervenante se réjouit que le rapport souligne la responsabilité des garçons et des hommes. Elle déplore toutefois que certains médecins soient réticents pour opérer une vasectomie chez les hommes jeunes alors que cela serait parfois nécessaire.

Mme Catherine Fonck (cdH) remercie à son tour l'ensemble de la commission d'évaluation pour son travail. Elle partage l'ensemble des recommandations formulées qui découlent logiquement des chiffres récoltés.

Mme Fonck se dit interpellée par le fait que 78 % des IVG sont dues soit à l'absence de contraception, soit à une contraception mal utilisée. Ces chiffres sont identiques à ceux de 2011; cela représente un échec. Cela signifie que dans 78 % des cas, on aurait pu éviter une grossesse non désirée. Force est de constater qu'en Belgique, les femmes n'ont pas accès aux différents types de contraception, y compris la pillule du lendemain.

Au niveau politique, il convient d'améliorer ces chiffres à l'horizon du prochain rapport bisannuel.

L'intervenante constate que les Pays-Bas sont très transparents dans leurs chiffres et mentionnent que chez eux, une IVG sur trois n'est pas une première IVG. A l'instar des Pays-Bas, Mme Fonck estime que le formulaire devrait renseigner la commission sur ces IVG à répétition car le statut gynécologique et obstétrical de la femme est une donnée importante pour orienter les politiques relatives à la contraception.

En ce qui concerne les IVG qui interviennent après 12 semaines de grossesse, c'est-à-dire après 14 semaines d'aménorrhée, Mme Fonck demande des précisions sur les données figurant aux pages 59 à 61 du rapport 2016-2017 (267 IVG après 14 semaines d'aménorrhée) et les 121 IMG (interruptions médicales de grossesse)

Ze wijst er voorts op dat het in Nederland gepubliceerde rapport een zelfde vermindering vertoont van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen bij adolescente meisjes, maar een lichte toename van het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen in het algemeen. Hoe komt dat?

Mevrouw Jiroflée betreurt dat het nu besproken rapport niet dieper ingaat op de betrouwbaarheid van de anticonceptiemiddelen. Ze stelt voor om in het volgende rapport rekening te houden met de gegevens inzake het falen van de anticonceptie.

Tot slot is de spreekster ingenomen met de in het rapport benadrukte verantwoordelijkheid van de jongens en de mannen. Ze betreurt echter dat sommige artsen terughoudend zijn om bij jonge mannen een vasectomie uit te voeren, terwijl dat soms nodig zou zijn.

Ook mevrouw Catherine Fonck (cdH) dankt de hele Evaluatiecommissie voor het geleverde werk. De spreekster staat achter alle geformuleerde aanbevelingen, die logischerwijs uit de verzamelde cijfers volgen.

Het raakt mevrouw Fonck dat 78 % van de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen wordt uitgevoerd omdat er geen anticonceptie werd gebruikt, of omdat die niet correct werd aangewend. Dat zijn dezelfde cijfers als in 2011; dat is dus een mislukking. Zulks betekent dat in 78 % van de gevallen ongewenste zwangerschap had kunnen worden voorkomen. Men kan alleen maar vaststellen dat niet alle vrouwen in België toegang hebben tot de verschillende soorten anticonceptie, de morning-afterpil inbegrepen.

Beleidsmatig moeten die cijfers tegen het volgende tweejaarlijks rapport beter worden.

De spreekster wijst erop dat de Nederlandse cijfers heel transparant zijn. In dat land wordt één op de drie vrijwillige zwangerschapsafbrekingen niet voor het eerst uitgevoerd bij een zelfde vrouw. Mevrouw Fonck vindt dat het formulier de Commissie informatie zou moeten verschaffen over die herhaalde vrijwillige zwangerschapsafbrekingen, zoals in Nederland, want de gynaecologische en verloskundige status van vrouwen vormt een belangrijk element om een gericht anticonceptiebeleid te kunnen opstellen.

Met betrekking tot de vrijwillige zwangerschapsafbrekingen die later dan 12 weken zwangerschap, dat wil zeggen later dan 14 weken na de eisprong, worden uitgevoerd, vraagt mevrouw Fonck preciseringen over de – in de Franse tekst vermelde – gegevens op de bladzijden 59 tot 61 van het rapport 2016-2017 (267 vrijwillige

mentionnées à la page 49. Les 121 IMG sont-elles comprises dans les 267 IVG?

Le rapport mentionne qu'il y a eu deux demandes d'IVG en lien avec le sexe de l'embryon. Peut-être y a-t-il eu d'autres demandes? Mme Fonck suggère que le sexe du fœtus soit mentionné dans le formulaire, parmi les raisons qui motivent une demande d'IVG.

Enfin, elle demande si la commission dispose de données sur les raisons qui poussent les femmes belges à se faire avorter aux Pays-Bas.

Mme Sophie Rohonyi (DéFI), remercie les représentants de la commission d'évaluation pour leur travail et leurs conclusions. Elle apprécie qu'ils aient clarifié leur rôle en précisant qu'il ne leur appartient pas de dire s'ils sont pour ou contre l'avortement mais de fournir les données nécessaires au parlement pour qu'il prenne des mesures en vue de réduire le nombre d'avortements et d'améliorer la prise en charge des femmes qui ont décidé de disposer de leur droit à l'avortement.

Mme Rohonyi se réjouit de l'adaptation du formulaire d'enregistrement qui permet de dresser un profil plus précis des femmes qui avortent.

L'intervenante remercie également la commission d'évaluation pour son éclairage sur le travail législatif en cours sur différentes propositions de loi relatives à l'avortement. Les rapports de la commission d'évaluation ont le mérite de refléter la réalité du terrain et démontrent que les propositions de loi à l'examen ont un sens tant en qui concerne le délai de réflexion que la clause de conscience ou encore de l'extension du délai à 18 semaines et qu'elles permettent de répondre à la détresse des femmes.

Mme Rohonyi pose ensuite quelques questions plus précises.

La commission a mis en exergue les chiffres d'IVG pratiquées au-delà de 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée) qui correspondent, dans le cadre de la loi actuelle, à des IMG. Cela démontre que

zwangerschapsafbrekingen later dan 14 weken na de eisprong) en over de 121 medische zwangerschapsafbrekingen die op bladzijde 49 worden vermeld. Zijn de 121 medische zwangerschapsafbrekingen vervat in de 267 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen?

Het rapport vermeldt dat er 2 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen werden aangevraagd in verband met het geslacht van het embryo. Zijn er misschien nog andere aanvragen geweest? Mevrouw Fonck stelt voor het geslacht van de foetus op het formulier te vermelden bij de redenen voor een verzoek tot vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Tot slot vraagt zij of de Evaluatiecommissie beschikt over gegevens met betrekking tot de redenen van Belgische vrouwen om voor een abortus naar Nederland te gaan.

Mevrouw Sophie Rohonyi (DéFI) dankt de vertegenwoordigers van de Evaluatiecommissie voor hun werk en hun conclusies. Zij waardeert het dat ze bij het verduidelijken van hun rol hebben aangegeven dat het niet hun taak is te zeggen of ze voor of tegen abortus zijn, maar wel het Parlement de nodige gegevens ter beschikking te stellen waarmee het maatregelen kan nemen om het aantal zwangerschapsafbrekingen te verminderen en de begeleiding te verbeteren van de vrouwen die hebben besloten gebruik te maken van hun recht op zwangerschapsafbreking.

Het verheugt mevrouw Rohonyi dat het registratieformulier werd aangepast; aldus kan een nauwkeuriger profiel worden verkregen van de vrouwen die hun zwangerschap doen afbreken.

Tevens dankt de spreker de Evaluatiecommissie voor haar inzichten inzake het wetgevende werk dat momenteel wordt verricht aangaande verschillende wetsvoorstellen over zwangerschapsafbreking. De rapporten van de Evaluatiecommissie hebben de verdienste dat zij de werkelijkheid in het veld weerspiegelen. Ze tonen aan dat de ter bespreking voorliggende wetsvoorstellen zinvol zijn, zowel aangaande de bedenktijd als aangaande de gewetensclausule of de uitbreiding van de termijn tot 18 weken. Tevens blijkt aldus dat de wetsvoorstellen een antwoord bieden op de ontreding waarin vrouwen zich bevinden.

Vervolgens heeft mevrouw Rohonyi nog enkele specifieke vragen.

De Evaluatiecommissie heeft de aandacht gevestigd op de zwangerschappen die worden afgebroken na meer dan 12 weken zwangerschap (meer dan 14 weken na de eisprong), die volgens de bestaande wet overeenstemmen

la Belgique dispose bien de l'expertise nécessaire pour répondre à l'extension du délai à 18 semaines. Combien de centres prennent en charge ces IMG? Sont-ils suffisants? Comment en augmenter le nombre?

L'extension du délai vise à aider des femmes particulièrement vulnérables en leur offrant une sécurité juridique, comme par exemple les femmes migrantes, en fin de parcours migratoire, celles qui ont été victimes de violences sexuelles tant dans leur pays d'origine que dans leur parcours migratoire. La commission d'évaluation souligne que le formulaire d'évaluation ne permet pas d'objectiver ces personnes alors que l'UNA (Unie van Nederlandstalige Abortuscentra) tient bien compte de l'origine des femmes. Mme Rohonyi demande si les centres de planning pourraient tenir compte de ce profil de femmes.

Mme Rohonyi rappelle que la Convention d'Istanbul reconnaît la coercition à la maternité comme une violence faite aux femmes. Pour pouvoir combattre ce phénomène, il faut pouvoir l'objectiver, comme l'ont fait les États-Unis et le Canada. La commission d'évaluation dispose-t-elle des moyens nécessaires pour le faire à son tour? Le formulaire d'évaluation est-il la seule piste pour objectiver le phénomène?

Enfin, l'intervenante plaide pour une politique de prévention des entités fédérées en matière de promotion de la contraception et de l'éducation à la vie affective.

Elle plaide également pour une politique de contraception tant masculine que féminine. En effet, à l'heure actuelle, les médecins sont encore réticents face à la contraception masculine. Comment les sensibiliser davantage. À ce sujet, Mme Rohonyi se réfère au colloque organisé récemment par la fédération pluraliste des centres de planning qui soulignait les freins culturels, techniques et professionnels à la promotion de la contraception masculine.

met medische zwangerschapsafbrekingen. Dat maakt duidelijk dat België wel degelijk over de vereiste expertise beschikt om de uitbreiding van de termijn tot 18 weken op te vangen. In hoeveel centra worden die medische zwangerschapsafbrekingen verricht? Zijn het er genoeg? Hoe kan hun aantal worden verhoogd?

De uitbreiding van de termijn beoogt de bijzonder kwetsbare vrouwen te helpen door hen rechtszekerheid te bieden; het gaat bijvoorbeeld om migrantenvrouwen op het einde van hun migratietraject, om vrouwen die het slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld, zowel in hun land van oorsprong als tijdens hun migratietraject. De Evaluatiecommissie onderstreept dat het evaluatieformulier het niet mogelijk maakt die personen te objectiveren, terwijl de Unie van Nederlandstalige Abortuscentra wel degelijk rekening houdt met de herkomst van de vrouwen. Mevrouw Rohonyi vraagt of de centra buiten de ziekenhuizen rekening zouden kunnen houden met dat soort profiel.

Mevrouw Rohonyi herinnert eraan dat het Verdrag van Istanbul onder dwang tot stand gebrachte moederschap erkent als geweld tegen vrouwen. Om dat fenomeen te kunnen bestrijden, zijn geobjectiveerde registraties noodzakelijk, zoals al gebeurt in de Verenigde Staten en in Canada. Beschikt ook de Evaluatiecommissie over de nodige middelen om dat te doen? Is het evaluatieformulier het enige middel om dat fenomeen te objectiveren?

Tot slot pleit de spreekster voor een door de deelstaten gevoerd preventiebeleid inzake het aanmoedigen van anticonceptiva en educatie inzake gevoelsaangelegenheden.

Zij pleit eveneens voor een beleid inzake anticonceptiva voor zowel mannen als vrouwen. Artsen staan momenteel immers nog terughoudend tegenover mannelijke voorbehoedsmiddelen. Hoe kan het bewustzijn daaromtrent worden vergroot? In dit verband verwijst mevrouw Rohonyi naar het colloquium dat onlangs werd georganiseerd door de *Fédération Pluraliste des Centres de Planning Familial*, die de aandacht vestigde op de culturele, technische en beroepsgebonden belemmeringen voor het bevorderen van anticonceptiva voor mannen.

III. — RÉPONSES

A. M. Mario Van Essche, co-président de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse

1. Le mandat de la Commission nationale d'évaluation

M. Mario Van Essche rappelle tout d'abord que la Commission d'évaluation a une mission limitée et que contrairement aux universités, elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour mener des recherches actives. La Commission collecte des données et les analyse. *A fortiori*, elle n'a aucune compétence d'enquête quant à l'obtention de données aux Pays-Bas. Il lui est donc impossible d'identifier les raisons pour lesquelles des femmes choisissent de se rendre dans ce pays pour y subir un avortement. Ce n'est en tout cas pas forcément après écoulement du délai légal de douze semaines. Ce choix peut avoir diverses autres explications, comme le fait d'habiter près de la frontière.

Faut-il étendre le mandat de la Commission? La Commission compte de nombreux experts dans ses rangs mais si l'on décide d'étendre sa mission, il faudra lui donner les moyens requis, lui adjoindre des chercheurs scientifiques susceptibles de réaliser des études fouillées (par exemple sur les moyens contraceptifs) et prévoir une juste rémunération.

M. Van Essche considère que la mission de la Commission est en soi stigmatisante car elle a notamment pour but de formuler des recommandations en vue de réduire le nombre d'interruptions de grossesse. La couverture médiatique de cette question tend elle aussi à stigmatiser les femmes qui exercent leur droit à l'avortement. Les demandes adressées à la Commission, qui tombent d'ailleurs régulièrement en dehors de son mandat tel que défini par la loi du 3 avril 1990, véhiculent souvent le message que tout doit être mis en œuvre pour éviter les avortements. L'intervenant est d'avis que cette problématique doit être dédramatisée. Il se demande si l'objectif susvisé est encore un angle d'approche adéquat dans notre société actuelle.

2. L'indépendance de la Commission

Les membres de la Commission sont indépendants. Le simple fait que les membres aient décidé de ne pas s'exprimer sur le délai légal démontre déjà cette indépendance. En outre, M. Van Essche souligne que le Mémoire remis au Parlement reflète l'ensemble des opinions de ses membres. La Commission a délibéré

III. — ANTWOORDEN

A. De heer Mario Van Essche, covoorzitter van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

1. Het mandaat van de Nationale Evaluatiecommissie

De heer Mario Van Essche wijst er vooreerst op dat de Evaluatiecommissie een beperkte opdracht heeft en dat ze, in tegenstelling tot de universiteiten, niet over de nodige middelen beschikt om actief onderzoek te verrichten. De Commissie verzamelt gegevens en analyseert ze. *A fortiori* heeft ze geen enkele onderzoeksbevoegdheid inzake het verkrijgen van gegevens uit Nederland. Het is voor de Commissie dus onmogelijk om uit te zoeken waarom vrouwen ervoor kiezen naar Nederland te gaan om een abortus te doen uitvoeren. Dat gebeurt zeker niet noodzakelijkerwijs na het verstrijken van de wettelijke termijn van twaalf weken. Er kunnen verschillende andere verklaringen voor die keuze bestaan, zoals het feit dat men nabij de grens woont.

Moet het mandaat van de Commissie worden uitgebreid? De Commissie bestaat uit tal van deskundigen, maar indien men haar wil opdracht uitbreiden, dan moeten daar de vereiste middelen tegenover staan. In dat geval moeten aan de Commissie ook wetenschappelijke onderzoekers worden toegewezen die diepgaand onderzoek kunnen verrichten (bijvoorbeeld over anticonceptiva) en moet worden voorzien in een billijke vergoeding.

De heer Van Essche vindt de opdracht van de Commissie op zich stigmatiserend, aangezien ze tot doel heeft aanbevelingen te doen met het oog op het verminderen van het aantal zwangerschapsafbrekingen. Ook de manier waarop de media over dit vraagstuk berichten, neigt naar het stigmatiseren van vrouwen die hun recht op abortus uitoefenen. De aan de Commissie gerichte verzoeken, die overigens regelmatig buiten haar bij de wet van 3 april 1990 vastgelegde mandaat vallen, houden vaak de boodschap in dat alles in het werk moet worden gesteld om abortussen te voorkomen. Volgens de spreker mag men van dit vraagstuk niet langer een drama maken. Hij vraagt zich af of voormelde doelstelling in de huidige samenleving nog wel de juiste invalshoek biedt.

2. De onafhankelijkheid van de Commissie

De leden van de Commissie zijn onafhankelijk. Het loutere feit dat de leden beslist hebben zich niet over de wettelijke termijn uit te spreken, is op zich al een bewijs van die onafhankelijkheid. Bovendien benadrukt de heer Van Essche dat het aan het Parlement voorgelegde Memorandum alle meningen van haar leden

choisi d'y inclure le point de vue minoritaire défendu par le docteur Chantal Kortmann, membre suppléant, qui évoque entre autres une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit la torture, lorsqu'un avortement est pratiqué sans anesthésie sur un enfant de plus de treize semaines. L'orateur indique, en tant que juriste, ne pas pouvoir valider une telle affirmation.

3. *Les délais*

La Commission n'a pas mené de réflexion sur les délais, ni sur la dépénalisation de l'avortement. Les membres de la Commission estiment que cette discussion est devenue trop politisée et a été traitée de manière disproportionnée par les médias. Les médias réagissent très rapidement dans ces matières et de manière parfois tendancieuse et stigmatisante. L'avortement reste un tabou.

Au cours de son intervention, Mme Van Hoof a fait remarquer que la Commission ne mentionne pas le délai de réflexion dans son rapport; elle en conclut que la Commission estime que le délai de quarante-huit heures ne repose pas sur une assise sociétale suffisante. M. Van Essche conteste cette interprétation. La Commission ne s'est tout simplement pas exprimée sur la question.

4. *Les alternatives à l'avortement*

Les centres d'avortement fournissent des informations sur les alternatives, mais l'orateur appelle à la prudence. En effet, l'adoption ne peut être présentée comme une alternative à l'avortement; il s'agit d'une alternative aux choix d'élever son enfant. Il en va de même pour la contraception, qui est destinée à éviter une grossesse non désirée.

Les femmes qui ont pris la décision grave d'interrompre leur grossesse, ont mûrement réfléchi à la question. Il est donc illusoire de penser que l'obtention d'informations complémentaires concernant les possibilités en matière d'adoption les feront massivement changer d'avis.

Sensiplan est une méthode de contrôle naturel des naissances. La majorité des membres de la Commission estiment que cette méthode de contraception ne peut être considérée comme une alternative valable.

5. *La transmission d'informations*

La Commission a formulé un certain nombre de recommandations concernant la transmission d'informations. Le débat politique tend à vouloir standardiser l'information et à en faire une condition de forme. Or,

weerspiegelt. De Commissie heeft bewust gekozen om er het minderheidsstandpunt van dokter Chantal Kortmann, plaatsvervangend lid, in op te nemen. Haar standpunt luidt onder meer dat abortus zonder anesthesie op een foetus ouder dan dertien weken een schending inhoudt van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, dat foltering verbiedt. De spreker geeft aan dat hij die stelling als jurist niet kan onderschrijven.

3. *De termijnen*

De Commissie heeft niet beraadslaagd over de termijnen, noch over het uit het strafrecht halen van abortus. Volgens de leden van de Commissie is dat debat inmiddels te gepolitiseerd en werd het door de media buitenproportioneel behandeld. De media pikken heel snel in op dergelijke aangelegenheden en doen dit soms op tendentieuze en stigmatiserende wijze. Abortus blijft een taboe.

Tijdens haar betoog heeft Mevrouw Van Hoof opgemerkt dat de Commissie in haar rapport niets zegt over de bedenktijd; ze leidt daaruit af dat de Commissie van oordeel is dat er voor de termijn van 48 uur onvoldoende maatschappelijk draagvlak is. De heer Van Essche gaat in tegen die interpretatie. De Commissie heeft zich over die kwestie gewoonweg niet uitgesproken.

4. *De alternatieven voor abortus*

De abortuscentra reiken informatie aan over de alternatieven, maar de spreker roept op tot voorzichtigheid. Adoptie kan immers niet als een alternatief voor abortus worden voorgesteld, maar veeleer als een alternatief voor de keuze om het kind zelf op te voeden. Hetzelfde geldt voor anticonceptiva, die bedoeld zijn om een ongewenste zwangerschap te voorkomen.

Vrouwen die de moeilijke beslissing hebben genomen om hun zwangerschap af te breken, hebben daarover grondig nagedacht. Het is dus een illusie te denken dat ze massaal van mening zullen veranderen omdat ze bijkomende informatie hebben gekregen over de mogelijkheden inzake adoptie.

Sensiplan is een natuurlijke methode voor geboortecontrolé. De meeste leden van de Commissie zijn van mening dat die anticonceptiemethode niet als een waardig alternatief kan worden beschouwd.

5. *Het verstrekken van informatie*

De Commissie heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd over de informatieverstrekking. Het politiek debat neigt ernaar de voorlichting te standaardiseren en er een vormvoorwaarde van te maken. Alle wereldwijde

toutes les études au niveau mondial soulignent l'impact négatif de trop nombreuses interdictions et conditions de forme. Des avortements ont été pratiqués en tout temps. Seules les conditions dans lesquelles ils sont pratiqués diffèrent en termes d'hygiène, d'expertise, d'accompagnement. Plutôt que d'en faire une condition de forme, l'information doit avant tout être efficace. Sinon, elle risque de passer à côté de son véritable objectif et d'entraver le droit de la femme à avorter.

La Commission ne dispose pas d'informations quant au nombre de personnes qui renoncent à interrompre volontairement leur grossesse après avoir reçu toutes les informations requises. Elle ne dispose que de données sur les avortements pratiqués. Les femmes n'entament pas une telle procédure sans être convaincues de leur choix et sans avoir bien évalué leur situation. Celles qui renoncent à procéder à une interruption de grossesse le font généralement avant de se présenter dans un centre ou un hôpital, et non suite à l'information obtenue lors d'une consultation.

L'information a certes un impact positif sur le nombre d'avortements et le planning familial. Il n'y a cependant pas de lien causal direct entre l'absence ou non d'information et le nombre d'IVG. Il en va de même pour les campagnes de sensibilisation. Une étude plus poussée devrait être consacrée à cette question.

6. *Le renouvellement du mandat des membres*

Le rapport 2012-2013 de la Commission d'évaluation relate dans le détail les difficultés rencontrées lors du dernier renouvellement du mandat des membres de la Commission (pp. 8 et suivantes).

Les membres de la Commission, désignés pour quatre ans par l'arrêté royal du 14 octobre 2009, sont arrivés au terme de leur mandat le 30 novembre 2013. Malgré de nombreux appels à candidatures, les nouveaux membres de la Commission n'ont pas pu être désignés, faute de candidatures suffisantes ou en raison de profils incompatibles avec les critères fixés par la loi. Pour pallier cette incompatibilité, le Parlement a modifié la loi du 13 août 1990 et lancé un nouvel appel à candidatures, qui a finalement conduit à la désignation de nouveaux membres en 2018 (arrêté royal du 15 octobre 2018).

onderzoeken tonen evenwel aan dat een overdaad aan verbodsbepalingen en vormvoorwaarden een negatieve impact heeft. Zwangerschapsafbreking is van alle tijden. Alleen de omstandigheden op het vlak van hygiëne, expertise en begeleiding waarin ze wordt uitgevoerd, zijn anders. Informatie moet, veeleer dan een vormvoorwaarde, bovenal doeltreffend zijn, zo niet dreigt ze haar echte doel voorbij te schieten en het recht op van de vrouw zwangerschapsafbreking in de weg te staan.

De Commissie weet niet hoeveel vrouwen ervan afzien hun zwangerschap vrijwillig af te breken nadat zij alle vereiste inlichtingen hebben gekregen. Ze beschikt alleen over cijfers inzake de uitgevoerde abortussen. Zwangere vrouwen vatten dergelijke procedures niet aan zonder overtuigd te zijn van hun keuze en zonder hun situatie terdege te hebben geëvalueerd. Vrouwen die terugkomen op hun beslissing om hun zwangerschap te doen afbreken, doen dat doorgaans voordat ze naar een centrum of ziekenhuis gaan, niet als gevolg van de informatie die tijdens een consultatie hebben gekregen.

Het verstrekken van informatie heeft onmiskenbaar een gunstige impact op het aantal zwangerschapsafbrekingen en op de gezinsplanning. Er is evenwel geen direct oorzakelijk verband tussen het al dan niet verstrekken van informatie en het aantal zwangerschapsafbrekingen. Hetzelfde geldt voor de sensibiliseringscampagnes. Daarover zou grondiger onderzoek moeten worden gevoerd.

6. *De hernieuwing van het ledenmandaat*

Het rapport 2012-2013 van de Evaluatiecommissie bevat een gedetailleerd overzicht van de moeilijkheden die zich hebben voorgedaan bij de jongste hernieuwing van het mandaat van de leden van de Commissie (zie blz. 8 en volgende).

Het mandaat van de leden van de Commissie, die voor vier jaar zijn aangewezen bij het koninklijk besluit van 14 oktober 2009, is op 30 november 2013 afgelopen. Ondanks talrijke oproepen tot kandidaatstelling konden geen nieuwe leden worden aangewezen omdat er onvoldoende kandidaten waren, dan wel omdat het profiel van de kandidaten niet strookte met de wettelijk bepaalde criteria. Om dat probleem te verhelpen, heeft het Parlement de wet van 13 augustus 1990 gewijzigd en andermaal een oproep tot kandidaatstelling gedaan. Daardoor konden in 2018 uiteindelijk nieuwe leden worden aangewezen (koninklijk besluit van 15 oktober 2018).

7. Pourquoi le nombre d'IVG est-il plus élevé à Bruxelles, Anvers et Liège?

La problématique urbaine est sans conteste un élément probant. Le fait que les centres de planning familial se situent principalement dans les grandes villes en est un autre.

8. Le rôle de l'homme

M. Van Essche indique que la Commission a tenu compte du rôle de l'homme dans ses recommandations (Mémoire, point I.a.3). Renseignements pris auprès du personnel soignant, il semble que seule une minorité de femmes se présentent accompagnées de leur partenaire. La Commission ne dispose pas de données chiffrées précises en la matière. Une des raisons pour lesquelles une femme décide d'interrompre sa grossesse est sans conteste la violence du partenaire, et, dans ce cas, il est évident qu'elle ne sera pas accompagnée par cette personne.

9. Données quantitatives

M. Van Essche confirme, en réponse à une question de Mme Van Hoof, que la Commission traite uniquement des données quantitatives mais il souligne la qualité et l'impact que peuvent avoir les membres de la Commission qui les interprètent. La Commission compte des chefs de service hospitaliers, des académiciens, des médecins, des assistants sociaux, etc. Ces personnes s'intéressent à cette problématique depuis de nombreuses années. Elles évaluent de manière qualitative les données enregistrées. Le Mémoire et les rapports de la Commission fournissent une synthèse des diverses données et études réalisées.

10. Expertise des médecins confrontés à une demande d'avortement

Chaque médecin a une expertise spécifique, même au sein d'un même domaine d'activité. Des débats intenses ont lieu au sein de la Commission d'évaluation, certains membres étant en mesure de faire une analyse particulièrement détaillée et pointue d'un problème spécifique, par exemple l'utilisation d'un produit comme la mifépristone.

Les médecins traitent un patient en fonction de l'anamnèse, de l'examen clinique, etc., avec parfois des visions et méthodes différentes.

Tous les médecins ne sont pas confrontés à des demandes d'interruption de grossesse et n'ont donc pas toujours l'expérience pratique requise. Les facultés

7. Waarom is het aantal zwangerschapsafbrekingen hoger in Brussel, Antwerpen en Luik?

Het stedelijke probleemveld speelt daarbij onmiskenbaar een doorslaggevende rol. Een ander element in dezen is het feit dat de meeste centra voor gezinsplanning in de grote steden zijn gevestigd.

8. De rol van de man

De heer Van Essche geeft aan dat de Commissie in haar aanbevelingen rekening heeft gehouden met de rol van de man (Memorandum, punt I.A.3.). Volgens het zorgpersoneel blijkt slechts een minderheid van de zich aanmeldende vrouwen vergezeld te zijn van hun partner. De Commissie beschikt over geen nauwkeurige cijfergegevens ter zake. Een van de redenen waarom een vrouw beslist haar zwangerschap af te breken, is ongetwijfeld het gewelddadige gedrag van haar partner, en in dat geval spreekt het voor zich dat zij niet door hem wordt vergezeld.

9. Cijfergegevens

In antwoord op een vraag van mevrouw Van Hoof bevestigt de heer Van Essche dat de Commissie louter met cijfergegevens werkt. Hij wijst echter op de deskundigheid en op de impact van de leden van de Commissie die deze cijfers interpreteren. De Commissie bestaat uit diensthouders van ziekenhuisdiensten, academici, artsen, maatschappelijk assistenten enzovoort. Deze mensen zijn al jarenlang met dit probleem bezig. Zij voeren een kwaliteitsanalyse van de geregistreerde gegevens uit. Het Memorandum en de rapporten van de Commissie zijn een samenvatting van de diverse gegevens en van de uitgevoerde onderzoeken.

10. Expertise van de artsen die met een verzoek tot zwangerschapsafbreking worden geconfronteerd

Zelfs binnen eenzelfde activiteitsdomein heeft elke arts een specifieke expertise. Binnen de Evaluatiecommissie vinden diepgaande debatten plaats omdat sommige leden in staat zijn een specifiek probleem buitengewoon gedetailleerd en nauwkeurig te ontleden, bijvoorbeeld het gebruik van een product als Mifepreston.

De artsen behandelen een patiënt naargelang van diens anamnese, van het klinisch onderzoek enzovoort; zij hebben daarbij soms andere zienswijzen en methoden.

Niet alle artsen krijgen met verzoeken tot zwangerschapsafbreking te maken; ze hebben dus niet altijd de nodige praktische ervaring. De universiteitsfaculteiten

universitaires pourraient jouer un rôle dans la circulation de l'information, également à l'égard des généralistes.

11. *Accueil des patients*

D'importants progrès ont été réalisés en termes de droits des patients, y compris leur droit à l'information. Cette information peut être transmise de plusieurs manières.

Pour pouvoir organiser correctement l'accueil des patients, des moyens humains et financiers suffisants doivent être mis à disposition des hôpitaux. Le personnel doit être suffisamment formé, y compris sur le plan psychologique.

Beaucoup d'hôpitaux refusent d'effectuer des IVG pour des raisons d'ordre idéologique. Certaines personnes peuvent ainsi être confrontées à un accueil stigmatisant.

Actuellement, il n'existe aucun cadre légal réglementant l'accueil ou la transmission d'information au patient ou un code de nomenclature du type "interview service social".

12. *Pression de la famille, des clans, de la philosophie, de la culture et/ou de la religion*

Au cours de leur conversation avec un patient, les médecins constatent dans certains cas une forme de pression. Cet élément est mentionné dans le formulaire d'enregistrement rempli par le médecin. Une étude pourrait être consacrée aux divers aspects de ce phénomène. L'intervenant comprend que les opposants à l'avortement souhaitent réglementer toutes les étapes de la procédure pour des raisons idéologiques. Il estime, quant à lui, pouvoir faire confiance aux médecins dans l'analyse de la situation. Il n'est pas souhaitable d'augmenter inutilement la charge administrative du médecin en lui réclamant quantités d'information. C'est pourquoi la Commission a fait preuve de prudence lors de la rédaction du formulaire d'enregistrement afin de ne pas surcharger le médecin.

13. *Suivi post-IVG*

La Commission recueille les données concernant les interruptions de grossesse effectuées mais le suivi post-IVG ne relève pas de son champ d'investigation. Le docteur Kortmann observe, dans sa note minoritaire, qu'il n'y a "pas d'enregistrement systématique des effets secondaires de l'avortement" (Mémoire, p. 32) et souligne entre autres les problèmes psychiques qui peuvent en découler. M. Van Essche répond que les

zouden een rol kunnen spelen bij de verspreiding van de informatie, ook ten aanzien van de huisartsen.

11. *Opvang van de patiënten*

Er is grote vooruitgang geboekt met betrekking tot de patiëntenrechten, ook op het vlak van hun recht op informatie. Die informatie kan op meerdere wijzen worden overgebracht.

Om de opvang van de patiënten correct te kunnen organiseren, moeten de ziekenhuizen voldoende menselijke en financiële middelen krijgen. Het personeel moet voldoende worden opgeleid, ook op psychologisch vlak.

Veel ziekenhuizen weigeren om ideologische redenen vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uit te voeren. Sommige patiënten kunnen ook te maken krijgen met een stigmatiserend onthaal.

Momenteel bestaat er geen enkel wettelijk kader ter reglementering van het onthaal, van de informatieoverdracht aan de patiënte, noch een nomenclatuurcode zoals "gesprek met de sociale dienst".

12. *Druk vanwege de familie, vanwege clans, vanwege de levensbeschouwing, de cultuur en/of de godsdienst*

Tijdens hun gesprek met een patiënte stellen de artsen in bepaalde gevallen een zekere druk vast. Dat element wordt in het door de arts ingevulde registratieformulier vermeld. Aan de diverse aspecten van dat verschijnsel zou een studie kunnen worden gewijd. De spreker begrijpt dat de tegenstanders van zwangerschapsafbreking om ideologische redenen alle stappen in de procedure willen reglementeren. Hij meent echter dat men voor de analyse van de situatie de artsen kan vertrouwen. Het is niet wenselijk de administratieve last voor de arts onnodig te verhogen door hem allerlei informatie te vragen. Om die reden heeft de Evaluatiecommissie bij het opstellen van het registratieformulier blijk gegeven van voorzichtigheid teneinde de arts niet te overbelasten.

13. *Follow-up na de zwangerschapsafbreking*

De Evaluatiecommissie verzamelt de gegevens betreffende de uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, maar voert geen onderzoek naar de follow-up na de zwangerschapsafbreking. "Er is geen systematische registratie van bijwerkingen na een abortus", schrijft dr. Kortmann in haar minderheidsnota (Memorandum, blz. 30), waarin zij ook wijst op onder meer de psychische problemen die eruit kunnen voortvloeien. De heer Van Essche

chiffres dont il dispose relativisent le nombre de personnes subissant des problèmes psychiques après une IVG. Il est évidemment difficile de tirer des conclusions exactes et de déterminer si une telle situation est antérieure ou postérieure à l'intervention.

14. Centres d'avortement

La plupart des interventions ont aujourd'hui lieu dans des centres d'avortement. La Commission n'a pas connaissance de problèmes structurels dans ces centres, qui travaillent de manière correcte.

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est plus faible en Belgique que dans nombre d'autres pays. L'intervenant ne dispose pas de données chiffrées quant à la qualité des soins car cette question ne relève pas du champ de compétence de la Commission, mais le niveau de l'aide est selon lui assez élevé. Il n'a pas connaissance de problèmes particuliers. Comment contrôler cette qualité? De la même manière que pour les hôpitaux. Il appartient au législateur de légiférer afin de prévoir un contrôle de qualité.

La Commission ne recommande pas que les interruptions volontaires de grossesse soient essentiellement pratiquées dans des centres extrahospitaliers. L'IVG est devenue une pratique médicale courante et il est logique que les hôpitaux offrent également cette possibilité mais ces interventions doivent se faire avec un encadrement approprié.

15. Peut-on empêcher une IVG basée sur le choix du sexe de l'embryo?

La loi du 3 avril 1990 ne l'interdit pas. Le risque semble toutefois très limité. M. Van Essche précise que ces cas ne sont pas enregistrés et ne figurent donc pas dans les données statistiques.

Mme Sylvie Lausberg renvoie au rapport de la Commission d'évaluation 2016-2017: "deux demandes d'interruptions de grossesse en lien avec le sexe de l'embryo ont été rapportées et refusées" (p. 68). Le médecin peut invoquer sa clause de conscience.

Les médecins refusent majoritairement de sélectionner les embryons en fonction du sexe. La Commission pourrait reprendre ce critère dans le formulaire d'enregistrement mais la femme n'est pas obligée de répondre. C'est une des raisons pour laquelle le formulaire prévoit une possibilité "autres" dans la rubrique "État de détresse

antwoordt daarop dat uit de cijfers waarover hij beschikt, kan worden opgemaakt dat het aantal patiënten die na een vrijwillige zwangerschapsafbreking met psychische problemen kampen, moet worden gerelativeerd. Het is uiteraard moeilijk exacte conclusies te trekken en vast te stellen of een dergelijke situatie vóór dan wel na de ingreep is ontstaan.

14. Centra voor zwangerschapsafbreking

De meeste ingrepen gebeuren thans abortuscentra voor zwangerschapsafbreking. De Evaluatiecommissie heeft geen weet van structurele problemen in die centra, die correct werken.

Het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen ligt in België lager dan in veel andere landen. De spreker beschikt niet over cijfergegevens betreffende de zorgkwaliteit, want de Evaluatiecommissie is daarvoor niet bevoegd. Hij meent echter dat de kwaliteit van de hulpverlening vrij hoog is en heeft geen weet van bijzondere knelpunten. Die kwaliteit kan op dezelfde wijze dan in de ziekenhuizen worden gecontroleerd. De wetgever moet wetgevend optreden teneinde in een kwaliteitscontrole te voorzien.

De Evaluatiecommissie beveelt niet aan dat de zwangerschapsafbrekingen voornamelijk in centra buiten de ziekenhuizen zouden worden uitgevoerd. De vrijwillige zwangerschapsafbreking is een courante medische praktijk geworden; het is dan ook logisch dat ook de ziekenhuizen die mogelijkheid bieden, al moeten die ingrepen wel in de gepaste omstandigheden worden uitgevoerd.

15. Kan vrijwillige zwangerschapsafbreking wegens het geslacht van het embryo verhinderd worden?

De wet van 3 april 1990 verbiedt niet dat om die reden zwangerschappen worden afgebroken. Het risico dat het toch gebeurt, lijkt beperkt. De heer Van Essche wijst erop dat dergelijke gevallen niet worden geregistreerd en dus niet in de statistische gegevens zijn opgenomen.

Mevrouw Sylvie Lausberg verwijst naar het rapport van de Evaluatiecommissie 2016-2017: "Twee verzoeken tot zwangerschapsafbreking in verband met het geslacht van het embryo werden gemeld en geweigerd." (blz. 83). De arts kan de gewetensclausule invoeren.

De meeste artsen weigeren een selectie van de embryo's te maken op grond van het geslacht. De Commissie zou dat criterium in het registratieformulier kunnen opnemen, maar de vrouw is niet verplicht daar op in te gaan. Dat is een van de redenen waarom het formulier voorziet in de mogelijkheid "andere" in de rubriek "door

invoqué par la femme”. Pour certaines femmes, le sexe de l’embryon est le critère déterminant.

La Commission et les centres d’avortement doivent continuer à travailler afin d’améliorer le degré de confiance des femmes et des médecins, aussi bien en ce qui concerne la procédure d’enregistrement que le traitement des données. Sans cette confiance, on risque d’en revenir à une situation où la Commission se voit confier un rôle de contrôle et de sanction, ce qui freinerait la récolte d’informations et diminuerait la fiabilité des informations transmises. Les représentants du personnel soignant, membres de la Commission, jugent que la confiance est aujourd’hui suffisante au niveau des centres. Elle n’est par contre peut-être pas encore assez répandue dans les hôpitaux, qui ne remplissent pas les documents de manière systématique.

M. Marco Van Essche rappelle le cas d’une femme qui aurait subi 21 avortements. Ces faits sont difficiles à vérifier et le médecin peut l’ignorer si la femme n’en fait pas la déclaration. Les avortements répétés ne sont pas nécessairement enregistrés et repris dans les données statistiques. La Commission a plaidé pour que davantage d’attention soit accordée à la contraception après une IVG pour éviter des problèmes récurrents.

Qu’il existe ou non des dispositions législatives en la matière, des avortements sont pratiqués partout dans le monde. Seules les circonstances peuvent être différentes. Il va de soi que les aspects sociologiques peuvent varier selon les pays mais il est clair qu’il y a une constante.

16. **Nombre de décès à la suite d’une IVG**

L’intervenant a connaissance d’un seul décès suite à une erreur de médication.

17. **Dépassement du délai légal de douze semaines**

La Commission ne dispose pas de chiffres en la matière puisqu’aucun formulaire d’enregistrement n’est rempli dans cette hypothèse. Le Mémoire remis par la Commission renvoie à un certain nombre d’études et une bibliographie très extensive.

18. **Formation des étudiants en médecine**

La Commission concède que tous les médecins ne disposent pas de l’ensemble des informations requises.

de la femme invoquée en état de nécessité”. Pour certaines femmes, le sexe de l’embryon est le critère déterminant.

De Commissie en de abortuscentra moeten blijven ijveren voor meer vertrouwen bij de vrouwen en de artsen, zowel wat de registratieprocedure betreft als in verband met de gegevensverwerking. Zonder dat vertrouwen dreigt een terugkeer naar een situatie waarin de Commissie een controlerende en sanctionerende rol krijgt toegewezen, hetgeen het bijeenbrengen van informatie zou afremmen; ook de betrouwbaarheid van de doorgezonden informatie zou daardoor verminderen. De leden van de Commissie die de verpleegkundigen vertegenwoordigen vinden dat er thans voldoende vertrouwen is in de centra. Dat vertrouwen is daarentegen misschien nog onvoldoende aanwezig in de ziekenhuizen, waar de documenten niet systematisch worden ingevuld.

De heer Marco Van Essche wijst op het geval van een vrouw die 21 zwangerschapsafbrekingen zou hebben doen uitvoeren. Dergelijke feiten kunnen moeilijk worden nagegaan en de arts kan er geen weet van hebben indien de vrouw er geen melding van maakt. Herhaalde zwangerschapsafbrekingen worden niet noodzakelijk geregistreerd en in de statistische gegevens opgenomen. De Commissie heeft opgeroepen tot meer aandacht voor anticonceptie na een vrijwillige zwangerschapsafbreking, teneinde terugkerende problemen te voorkomen.

Zwangerschappen worden overal ter wereld afgebroken, ongeacht of er ter zake al dan niet wettelijke bepalingen bestaan. Alleen de omstandigheden kunnen verschillen. Het spreekt voor zich dat de sociologische aspecten van land tot land kunnen verschillen, maar er is overduidelijk een constante.

16. **Aantal sterfgevallen na een vrijwillige zwangerschapsafbreking**

De spreker heeft weet van één sterfgeval, ingevolge een medicatiefout.

17. **Overschrijding van de wettelijke termijn van twaalf weken zwangerschap**

De Commissie heeft hierover geen cijfers; in dergelijke gevallen wordt immers geen registratieformulier ingevuld. Het door de Commissie ingediende memorandum verwijst naar meerdere studies en een zeer uitgebreide bibliografie.

18. **Opleiding van de studenten in de geneeskunde**

De Commissie erkent dat niet alle artsen over alle vereiste informatie beschikken, maar dat geldt niet alleen

Mais ceci n'est pas un phénomène propre à l'IVG. Certains médecins sont, par exemple, encore toujours persuadés qu'un ulcère à l'estomac est causé par des problèmes d'ordre psychique.

19. *Menaces de licenciement*

Selon une étude de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes publiée en 2017², "trois travailleuses sur quatre ont été confrontées à au moins une forme de discrimination, préjudice, inégalité de traitement et tensions au travail, sur la base de leur grossesse ou maternité". L'intervenant souligne cependant que la Commission n'a pas pour mission de contrôler les conséquences d'une grossesse ou d'une IVG. De sa propre expérience en droit du travail, il constate cependant qu'il n'est pas rare qu'un employeur se pose des questions en rapport avec la grossesse d'une de ses employées.

Le rapporteur,

Karin JIROFLÉE

Le président,

Thierry WARMOES

voor vrijwillige zwangerschapsafbreking. Sommige artsen zijn er bijvoorbeeld nog steeds van overtuigd dat een maagzweer wordt veroorzaakt door psychische problemen.

19. *Ontslagdreiging*

Volgens een onderzoek van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen uit 2017² kreeg 75 % van de werknemers op grond van hun zwangerschap of moederschap te maken met minstens één vorm van discriminatie, benadeling, ongelijke behandeling en spanningen op het werk. De spreker wijst er echter op dat de Commissie niet de taak heeft om na te gaan welke gevolgen een zwangerschap of een vrijwillige zwangerschapsafbreking heeft. Uit zijn eigen ervaring in het arbeidsrecht stelt de spreker echter vast dat het niet ongebruikelijk is dat een werkgever zich vragen stelt omtrent de zwangerschap van een van zijn werknemers.

De rapporteur,

Karin JIROFLÉE

De voorzitter,

Thierry WARMOES

² https://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/grossesse_au_travail_experiences_de_candidates_demployees_et_de_travailleuses.

² https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_zwanger_aan_het_werk_0.pdf.