5-1784/1 (Sénat)
53-2399/1 (Chambre)

Sénat et Chambre des représentants de Belgique

SESSION DE 2011-2012

27 AOÛT 2012

Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse

Rapport à l'attention du Parlement : 1er janvier 2010 — 31 décembre 2011

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

5-1784/1 (Senaat)
53-2399/1 (Kamer)

Belgische Senaat en Kamer van volksvertegenwoordigers

ZITTING 2011-2012

27 AUGUSTUS 2012

Verslag van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

Verslag ten behoeve van het Parlement : 1 januari 2010 — 31 december 2011

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

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS 4
Formulaire d'enregistrement 6
Rapport annuel de l'établissement 9
Rapport annuel du service d'information 12
1. RAPPORT STATISTIQUE 14
Remarques préliminaires 14
1. Description 14
A. Données socio-démographiques 14
B. Données psycho-sociales 23
C. Données médicales 25
D. Aspects médico-techniques du traitement . . . 27
2. Tabulations croisées 32
1. Situation de détresse 32
2. Méthode de contraception 38
3. Méthode d'interruption de grossesse 48
4. Durée d'hospitalisation 53
5. Hôpital ou centre 54
ANNEXE 1 60
ANNEXE 2 61
2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS 65
Introduction 65
1. Institutions francophones 66
2. Institutions néerlandophones 67
3. Aperçu général 67
3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION 68
1. Analyse des rapports annuels des services d'information francophones 68
A. Centres extrahospitaliers 68
B. Hôpitaux 72
2. Analyse des rapports annuels des services d'information néerlandophones 76
A. Centres 76
B. Hôpitaux 86
CONCLUSIONS 87
4. OUVRAGES REÇUS 95

INHOUD

Blz.

VOORWOORD 4
Registratieformulier 6
Formulier jaarlijks verslag van de instelling 9
Formulier jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst . 12
1. STATISTISCH VERSLAG 14
Voorafgaande opmerkingen 14
1. Beschrijving 14
A. Sociaal-demografische gegevens 14
B. Psycho-sociale gegevens 23
C. Medische gegevens 25
D. Medisch-technische aspecten van de behandeling 27
2. Gekruiste tabellen 32
1. Noodsituatie 32
2. Voorbehoedmiddelen 38
3. Methode van zwangerschap 48
4. Opnameduur 53
5. Ziekenhuis of centrum 54
BIJLAGE 1 60
BIJLAGE 2 61
2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG 65
Inleiding 65
1. Franstalige instellingen 66
2. Nederlandstalige instellingen 67
3. Overzicht 67
3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN 68
1. Analyse van de jaarverslagen van de Franstalige voorlichtingsdiensten 68
A. Centra 68
B. Ziekenhuizen 72
2. Analyse van de jaarverslagen van de Nederlandstalige voorlichtingsdiensten 76
A. Extramurale centra 76
B. Ziekenhuizen 86
BESLUITEN 87
4. ONTVANGEN WERKEN 95

1. Rapports 95

2. Articles généraux et travaux 98

5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION 102

1. Composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse . 102

2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse 103

6. TEXTES DE LOI 103

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse 103

2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation 107

1. Rapporten 95

2. Algemene artikelen en werken 98

5. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE 102

1. Samenstelling van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking 102

2. Samenstelling van het administratief kader van de Nationale Evaluatiecommissie 103

6. WETTEKSTEN 103

1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking 103

2. Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie 107

AVANT-PROPOS

Le Parlement voudra bien trouver ici le douzième rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, Commission instituée par la loi du 13 août 1990. Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2010 et 2011.

Pour rappel, les travaux antérieurs de la Commission ont fait l'objet des communications suivantes au Parlement :

— en août 1992, sur l'état des travaux après quelques mois de fonctionnement;

— en août 1993, sur les enregistrements couvrant la période du 1er octobre au 1er décembre 1992;

— en août 1994, sur les enregistrements couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1993;

— en août 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 et 2006, sur les enregistrements couvrant respectivement les années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005;

— en décembre 2008, sur les enregistrements couvrant les années 2006-2007; la tardivité de cette dernière communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos du rapport relatif à cette période;

— en septembre 2010, sur les enregistrements couvrant les années 2008 et 2009.

La Commission tient à souligner, une fois encore, qu'elle ne dispose que des seules informations qu'elle est autorisée par la loi à demander aux médecins et établissements de soins concernés.

Ce rapport se divise, comme les précédents, en trois parties :

La première traite des chiffres recueillis. Elle comprend deux sections : tout d'abord une présentation des données « brutes », socio-démographiques, psychosociales et médicales; ensuite les corrélations entre ces données « brutes ».

La deuxième partie concerne les informations recueillies, conformément à la loi du 13 août 1990 précitée, auprès des établissements de soins au moyen des rapports annuels qu'ils ont transmis à la Commission.

La troisième partie fournit une synthèse des données que les services d'information francophones

VOORWOORD

Aan het Parlement wordt het twaalfde tweejaarlijks verslag van de Nationale Evaluatiecommissie, opgericht bij wet van 13 augustus 1990, overgemaakt. De Commissie is belast met de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek. Dit verslag heeft betrekking op de aangiften van de zwangerschapsafbrekingen die haar werden overgemaakt voor de jaren 2010-2011.

Ter herinnering, de eerdere werkzaamheden van de Commissie maakten het voorwerp uit van de volgende mededelingen aan het Parlement :

— in augustus 1992 werd het Parlement ingelicht over de stand van de werkzaamheden van de Commissie;

— in augustus 1993 verscheen het verslag over de registratie van 1 oktober tot 31 december 1992;

— in augustus 1994 volgde het verslag over het jaar 1993;

— in augustus 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 en 2006 de verslagen respectievelijk over de registratie van 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 en 2004-2005;

— in december 2008 betreffende de registraties van de jaren 2006-2007; de laattijdigheid van deze laatste mededeling maakte het voorwerp uit van enige uitleg in het voorwoord van het verslag met betrekking tot die periode;

— in september 2010 over de registraties van de jaren 2008 en 2009.

De Commissie wil eens te meer benadrukken dat zij slechts beschikt over de inlichtingen, die de wet haar toelaat te vragen aan de betrokken artsen en de instellingen voor gezondheidszorg.

Dit verslag is, zoals de vorige, ingedeeld in drie delen.

Het eerste deel is het statistisch verslag en bevat enkel cijfergegevens. Het bestaat uit twee onderdelen : het eerste geeft de beschrijving van de zogenoemde « bruto » sociaaldemografische, psychosociale en medische gegevens; het tweede stelt de onderlinge correlaties vast tussen de bruto gegevens.

Het tweede deel betreft de gegevens, ingewonnen overeenkomstig de wet van 13 augustus 1990, bij de instellingen voor gezondheidszorg aan de hand van de jaarverslagen die ze aan de Commissie hebben gestuurd.

Het derde deel bevat een synthese van inlichtingen, die de Nederlandstalige en Franstalige voorlichtings-

et néerlandophones ont transmises dans leurs rapports annuels.

Comme lors des rapports précédents, la Commission se limitera dans ses conclusions à quelques recommandations.

La Commission toute entière renouvelle ses remerciements chaleureux aux membres du personnel administratif mis à sa disposition pour l'enregistrement et le traitement des données, et rend hommage à leur dévouement et à leur compétence.

diensten in hun jaarverslagen aan de Commissie hebben overgemaakt.

Zoals bij de vorige verslagen zal de Commissie zich in haar besluiten beperken tot enkele aanbevelingen.

De voltallige Commissie wenst opnieuw uitdrukkelijk haar dank uit te spreken aan de administratieve personeelsleden die haar werden ter beschikking gesteld voor de registratie en de verwerking van de gegevens. Zij apprecieert hun toewijding en bekwaamheid.

Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse — Recto.

Voorzijde van het registratieformulier

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE ***(version 2005)***

Formulaire à envoyer à la Commission d'évaluation relative à l'interruption de grossesse dans les quatre mois qui suivent l'interruption de grossesse (voir verso svp) Le présent talon est renvoyé comme accusé de réception du formulaire à l'adresse ci-dessous indiquée par le médecin

Nom du médecin : rue CP localité	Nom + adresse de l'établissement	Cachet du médecin, date et signature

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception : N° de code du médecin :

Date d'encodage : N° de code de l'établissement:

N° de référence :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date d'encodage :

Date de réception : N° du code du médecin :

N° de référence : N° de code de l'établissement :

1 Date

a) demande d'interruption de grossesse : |_|_|_|_|_|_|_|

b) 1er entretien avec le service d'information: |_|_|_|_|_|_|_|

c) interruption de grossesse : |_|_|_|_|_|_|_|

2 Femme |_|_|

a)âge: |_|

b) état civil :

1. non mariée
2. mariée
3. divorcée
4. veuve

c) nombre d'enfants mis au monde :

d) domicile : |_|_|

0. pays si domicile à l'étranger (*) |_|_|

1. Anvers
3.Flandre occidentale
4. Flandre orientale
5. Hainaut
6. Liège
7. Limbourg
8. Luxembourg
9. Namur
11 Brabant flamand
12. Brabant wallon
13. Région de Bruxelles-Capitale

PAYS : (*)_ _

3 a) Etat de détresse invoqué par la femme (voir verso svp) |_|_|
1, 2 ou 3 numéros à remplir :

3 b) si l'interruption de grossesse a ét exécutée au-delà du délai |_|_|
de 12 semaines :

1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse |_|_|
pour la santé de la femme : (*)

(*)_ _

2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance : (*)_ _

4 Déclaration faite par la femme concernant

a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées au cours du cycle de la contraception |_|_|

01. aucune
02. coït interrompu
03. abstinence périodique
04. spermicides
05. diaphragme
06. préservatif
07. pilule
08. Injection contraceptive
09. DIU (dispositif intra-uterin)
10. stérilisation homme
11. stérilisation femme
12. stérilisation des deux
13. pilule du lendemain
14. implant
15. patch
16. anneau vaginal
17. méthode NFP
18. autres méthodes:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

REGISTRATIEFORMULIER ZWANGERSCHAPSAFBREKING (*versie 2005)*

Formulier (origineel) te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de Zwangerschapsafbreking binnen de vier maanden na de zwangerschapsafbreking (zie ommezijde a.u.b.)
Onderhavig strookje wordt teruggezonden als ontvangstbewijs op volgend adres zoals door de arts gewenst :

Naam van de arts : **Straat :** **P.N. + gemeente**	Stempel van de arts, datum + handtekening :	Naam + adres van de instelling :

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst : Codenummer arts :

Datum invoering : Codenummer instelling ::

Verwijsnummer :

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst : Codenummer arts :

Datum invoering : Codenummer instelling :

Verwijsnummer :

---

1 Datum

a) aanvraag zwangerschapsafbreking : |_|_|_|_|_|_|

b) eerste gesprek met de voorlichtingsdienst : |_|_|_|_|_|_|

c) zwangerschapsafbreking : |_|_|_|_|_|_|

2 Vrouw a) leeftijd : |_|_|

b) burgerlijke staat : |_|

1. Ongehuwd
2. Gehuwd
3. Gescheiden
4. Weduwe

c) aantal kinderen ter wereld gebracht :

d) woonplaats : |_|_|

0. Land indien woonplaats in het buitenland (*) |_|_|
1. Antwerpen
3. West-Vlaanderen
4. Oost-Vlaanderen
5. Henegouwen
6. Luik
7. Limburg
8. Luxemburg
9. Namen
11. Vlaams-Brabant
12. Waals-Brabant
13. Brussels Hoofd- stedelijk Gewest

LAND : (*)_ _

3 a) Noodsituatie door de vrouw ingeroepen (zie ommezijde a.u.b.) |_|_|
1, 2 of 3 codenummers invullen :

3 b) Indien de zwangerschapsafbreking na de termijn van 12 weken uitgevoerd werd : |_|_|

1) vermelding van het ernstig gevaar dat de voltooiing van de zwangerschap inhoudt voor de gezondheid van de vrouw : (*) |_|_|

(*)_ _

2) uiterst zware kwaal waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt. Deze uiterst zware kwaal wordt op het ogenblik van de diagnose als ongeneeslijk erkend : (*)

(*)_ _

4 Verklaring van de vrouw m.b.t. :

a) de gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de cyclus waarin ze bevrucht werd : |_|_|

01. geen
02. coïtus interruptus
03. periodieke onthouding
04. spermacide middelen
05. pessarium
06. condom
07. orale pil
08. prikpil
09. IUD (Intra-uteriene middelen)
10. sterilisatie man
11. sterilisatie vrouw
12. sterilisatie van beiden
13. « morning after »pil
14. implan
15. patch
16. vaginale ring
17. N.F.P.- methode
18. andere anticonceptiva:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

b) **oorzaak falen :**

1. heeft geen anticonceptie toegepast |_|
2. onregelmatig of niet correct gebruikt
3. heeft gefaald alhoewel goed gebruikt
4. weet niet

5 Methode van zwangerschapsafbreking : |_|

a) aard van de ingreep :

1. vacuümaspiratie
2. curettage & dilatatie
3. prostaglandine
4. miféprístone
5. miféprístone + curettage
6. andere methode

_ _

b) verdoving: |_|

1. geen
2. loco-regionale
3. narcose
4. andere :_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

c) opnameduur : |_|

1. geen (ambulant)
2. opname : 24 uur of minder
3. opname : meer dan 24 uur

6 Verwikkelingen : |_|

1. geen
2. geschat bloedverlies meer dan 500 ml
3. perforatie
4. cervixscheur
5. andere : _

Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse — Verso.

Adresse :

Commission nationale d'évaluation

Rue de l'Autonomie 4 — 2e étage.

1070 BRUXELLES

Rubrique 3 *a)* 1, 2 ou 3 numéros de code à remplir

00. Problèmes de santé de la femme enceinte

01. Problèmes de santé de l'enfant à naître

02. Problèmes de santé mentale

13. Femme se sent trop jeune

14. Femme se sent trop âgée

15. Etudiante

16. Isolée

17. Pas de souhait d'enfant pour le moment (étalement familial)

18. Famille complète

20. Problèmes financiers

21. Situation professionnelle

22. Situation de logement

30. Relation récemment rompue

31. Partenaire n'accepte pas la grossesse

32. Relation occasionnelle

33. Relation trop récente

34. Relation hors mariage

35. Problèmes de couple

36. Problèmes relationnels avec l'entourage

37. Problèmes juridiques liés au divorce

40. Viol

41. Inceste

50. Etrangère en situation administrative précaire

99. Autre, à préciser

Achterzijde van het registratieformulier

Adres :

Nationale Evaluatiecommissie

Zelfbestuursstraat 4 — 2e verd.

1070 Brussel

Rubriek 3 *a)* 1, 2 of 3 codenummers invullen

00. Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw

01. Lichamelijke problemen van het kind dat zal geboren worden

02. Problemen van geestelijke gezondheid

13. Vrouw voelt zich te jong

14. Vrouw voelt zich te oud

15. Studente

16. Alleenstaande

17. Momenteel geen kinderwens (gezinsspreiding en dergelijke)

18. Voltooid gezin

20. Financiële problemen

21. Werksituatie

22. Woonsituatie

30. Relatie onlangs verbroken

31. Partner aanvaardt zwangerschap niet

32. Occasionele relatie

33. Te recente relatie

34. Buitenechtelijke relatie

35. Partnerrelatiemoeilijkheden

36. Relatieproblemen met omgeving

37. Juridische problemen in verband met echtscheiding

40. Verkrachting

41. Incest

50. Vreemdelinge in precaire administratieve situatie

99. Andere, te preciseren :

Rapport annuel de l'établissement | *Formulier jaarlijks verslag van de instelling*

RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT

(Original à envoyer à la Commission d'Evaluation relative à l'Interruption de Grossesse pour le 30 avril de l'année suivant celle à laquelle les informations ont trait)

Le présent talon est renvoyé par la Commission d'Evaluation comme accusé de réception du formulaire

Nom et adresse de l'établissement où ont été pratiquées les interruptions de grossesse :

Date, nom et signature du directeur responsable : cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Evaluation

N° de référence : ----------
N° de code de l'établissement :----------

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception : N° de référence :
Date d'encodage : N° de code de l'établissement :

Année à laquelle les informations se rapportent (1° janvier – 31 décembre)

1. Nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement *(1) :

2. Nombre d'interruptions de grossesse effectuées :
   Dont au-delà du délai de 12 semaines (art. 350, al.2, 4° code pénal)

3. Nombre total de demandes d'interruption de grossesse refusées *(2) par le(s) Médecin(s) attaché(s) à l'établissement, c'est-à-dire les demandes qui n'ont pas abouti à une IVG dans votre établissement *(3) :

Ce rapport doit être accompagné du rapport du service d'information de l'établissement et être envoyé dans les délais à la Commission Nationale d'Evaluation

Rue de l'Autonomie 4
1070 Bruxelles

* (1) (2) (3) cf. notice ci-annexée.

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE INSTELLING

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend waarop de informatie betrekking heeft)
Onderhavig strookje wordt teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs van het formulier.

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd :

.....

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur

.....

Stempel van de instelling

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Verwijsnummer : .....

Codenummer van de instelling .....

.....

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst : Verwijsnummer :

Datum invoering : Codenummer van de instelling :

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari-31 december) ☐☐☐☐

1. Aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking ingediend bij de Instelling of bij artsen verbonden aan de instelling (1): ☐☐☐☐

2. Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen : waarvan na de termijn van 12 weken (art. 350, lid 2, 4° Strafwetboek): ☐☐☐☐

3. Totaal aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd afgewezen *(2) door de aan de instelling verbonden arts(en) dwz. de verzoeken waaraan geen gevolg in uw instelling werd gegeven *(3) : ☐☐☐☐

Dit verslag moet vergezeld zijn van een verslag van de voorlichtingsdienst van de instelling en tijdig verzonden worden naar de
Nationale Evaluatiecommissie
Zelfbestuursstraat 4 – lokaal 206
1070 BRUSSEL

*(1) (2) (3) cfr. handleiding als bijlage

Notice annexée au rapport annuel de l'établissement

Notice annexée au rapport de l'établissement

* (1) C'est-à-dire les demandes qui ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier IVG

* (2) Le terme « refusé » peut avoir les significations suivantes :

— la femme ne vient pas au rendez-vous

— la suite réservée à la demande est inconnue

— la femme n'est pas enceinte au moment de la demande

— une fausse couche est survenue pendant la période d'attente

— la grossesse dépasse le délai de douze semaines et la femme est orientée vers l'étranger

— la grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai de l'aménorrhée a dépassé 14 semaines après la période d'attente de 6 jours

— la femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicinales ou pour des considérations liées à l'anesthésie

— la femme est orientée vers un autre centre belge

— la femme décide de poursuivre la grossesse

— la femme est orientée vers un service d'adoption

* (3) Logiquement le point 3. devrait être égal au point 1. diminué du point 2.

Handleiding bij het formulier jaarlijks verslag van de instelling

Handleiding bij het jaarlijks verslag van de instelling

*(1) Dit wil zeggen : de verzoeken die aanleiding hebben gegeven tot het openen van een zwangerschapsdossier.

* (2) De term « afgewezen » kan één van de volgende betekenissen hebben :

— de vrouw komt niet naar de afspraak;

— geen informatie na het verzoek;

— de vrouw is niet zwanger op het moment van het verzoek;

— miskraam tijdens de wachtperiode;

— de aanvraag overschrijdt de termijn van twaalf weken en de vrouw wordt doorverwezen naar het buitenland;

— de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 14 weken amenorroe na de 6 dagen wachttijd;

— de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose;

— de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België;

— de vrouw beslist de zwangerschap te voltooien;

— de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

*(3) Logischerwijze moet « punt 1 min punt 2 gelijk zijn aan punt 3 ».

Rapport annuel du service d'information | *Formulier jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst*

RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION

(Original à envoyer en annexe au rapport de l'établissement à la Commission d'Evaluation relative à l'Interruption de Grossesse pour le 30 avril de l'année suivant celle à laquelle les informations ont trait)
Le présent talon est renvoyé par la Commission d'Evaluation comme accusé de réception du formulaire

Nom et adresse de l'établissement où ont été pratiquées les interruptions de grossesse :

Date, nom et signature du directeur responsable : cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Evaluation

N° de référence : ----------
N° de code de l'établissement :----------

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception : N° de référence :
Date d'encodage : N° de code de l'établissement :

Année à laquelle les informations se rapportent (1° janvier – 31 décembre)

1. Composition du service concerné par l'application de la loi relative à l'interruption de grossesse

a) nombre de personnes travaillant dans le service d'information :

b) qualification des différents membres du personnel : nombre :
juristes :
psychologues :
assistan(e)s sociaux (sociales) :
conseillers conjugaux :
médecins :
autres : ----------

c) fonctionnement du service, disponibilité, accessibilité, heures d'ouverture, aménagement des locaux, méthodes d'enregistrement, documents utilisés, information procurée (notes ou documents éventuels à joindre)

---

2) Nombre total de consultations du service d'information en relation avec des problèmes d' interruption de grossesse :

3) Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées (notes ou documents éventuels à joindre)

a) avant l'IVG :
b) pendant l'IVG :
c) après l'IVG :

4) Existe-t-il des cas d'accueil et d'assistance prodigués que vous souhaiteriez signaler ?

Compte tenu de votre expérience, auriez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des Grossesses non désirées ?

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE VOORLICHTINGSDIENST

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend op dat waarop de informatie betrekking heeft)
Onderhavig strookje wordt teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs van het formulier.

Stempel van de instelling

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd:
……
……

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur:
……

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie
Verwijsnummer :……
Codenummer van de instelling : ……

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie
Datum ontvangst : …….. Verwijsnummer : ……..
Datum invoering : …….. Codenummer van de instelling : ……..

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari – 31 december) ☐☐☐☐

1. Samenstelling van de dienst (met het oog op de toepassing van de wet op de zwangerschapsafbreking)

a) Aantal personen werkzaam in de voorlichtingsdienst ☐☐☐

b) Kwalificatie van de diverse personeelsleden Aantal
juristen : ☐☐
psychologen : ☐☐
maatschappelijke assistenten : ☐☐
gezinsadviseurs : ☐☐
artsen : ☐☐
andere :……..

c) werking van de dienst, beschikbaarheid, toegankelijkheid, openingsuren, ruimtelijke inrichting, registratiemethoden, gebruikte documenten, ter hand gestelde informatie (eventuele nota's of documenten bijvoegen) :
……..

2. Totaal aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst i.f.v. problemen inzake zwangerschapsafbreking ☐☐☐☐

3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden (eventuele nota's of documenten bijvoegen):

a) vóór de zwangerschapsafbreking :
b) tijdens de zwangerschapsafbreking :
c) ná de zwangerschapsafbreking :

4. Zijn er gevallen van opvang en hulp waar u op wenst te wijzen ?
……
Hebt u vanuit uw ervaring eventueel voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te Verbeteren ?
……

1. RAPPORT STATISTIQUE

Remarques préliminaires

La rubrique « pas de réponse » signifie que le médecin n'a pas complété le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse pour l'item concerné.

La rubrique « autres », reprise dans les tableaux « Situations de détresse invoquées — Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois — Méthode utilisée pour interrompre la grossesse — Anesthésie — Complications », est explicitée à **l'annexe 1**.

Les données portant sur les interruptions de grossesse pratiquées au-delà de la période légale de 12 semaines sont détaillées à **l'annexe 2**.

1. STATISTISCH VERSLAG

Voorafgaande opmerkingen bij dit statistisch verslag

De rubriek « geen antwoord », vermeld in de tabellen, betekent dat het registratiedocument van een zwangerschapsafbreking dat door de arts werd overgemaakt geen antwoord op de betrokken rubriek bevat.

De rubriek « andere », vermeld in de tabellen bij de ingeroepen noodsituaties, de anticonceptiemethoden, de methoden voor zwangerschapsafbreking, de verdoving en de verwikkelingen, wordt gedetailleerd toegelicht in **Bijlage 1**.

Bijkomende gegevens over de zwangerschapsafbrekingen na de periode van twaalf weken, worden verstrekt in **Bijlage 2**.

1. Description

A. Données socio-démographiques

1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme

1. Beschrijving

A. Sociaal-demografische gegevens

1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw

Âge — *Leeftijd*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
10	0	0	0,00	0,00
11	1	0	0,01	0,00
12	1	1	0,01	0,01
13	17	12	0,09	0,06
14	77	74	0,40	0,38
15	189	187	0,99	0,96
16	328	329	1,72	1,68
17	526	518	2,75	2,65
18	664	674	3,48	3,44
19	799	867	4,18	4,43
20	947	969	4,96	4,95
21	919	1046	4,81	5,34
22	994	1013	5,21	5,17
23	980	1035	5,13	5,29
24	972	964	5,09	4,92
25	935	1000	4,90	5,11
26	896	935	4,69	4,78
27	884	917	4,63	4,68

28	908	929	4,76	4,75
29	892	907	4,67	4,63
30	886	872	4,64	4,45
31	723	829	3,79	4,23
32	758	755	3,97	3,86
33	675	658	3,53	3,36
34	609	631	3,19	3,22
35	599	579	3,14	2,96
36	538	591	2,82	3,02
37	485	464	2,54	2,37
38	469	443	2,46	2,26
39	399	377	2,09	1,93
40	336	302	1,76	1,54
41	256	257	1,34	1,31
42	155	171	0,81	0,87
43	118	131	0,62	0,67
44	62	62	0,32	0,32
45	47	36	0,25	0,18
46	30	27	0,16	0,14
47	16	11	0,08	0,06
48	2	2	0,01	0,01
49	2	2	0,01	0,01
50	1	0	0,01	0,00
51	0	0	0,00	0,00
52	0	0	0,00	0,00
Total. — *Totaal*	19 095	19 577	100,00	100,00
55	0	1	0,00	0,01
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Âge moyen en 2010 : 27,44

Âge moyen en 2011 : 27,32

Gemiddelde leeftijd in 2010 : 27, 44

Gemiddelde leeftijd in 2011 : 27,32

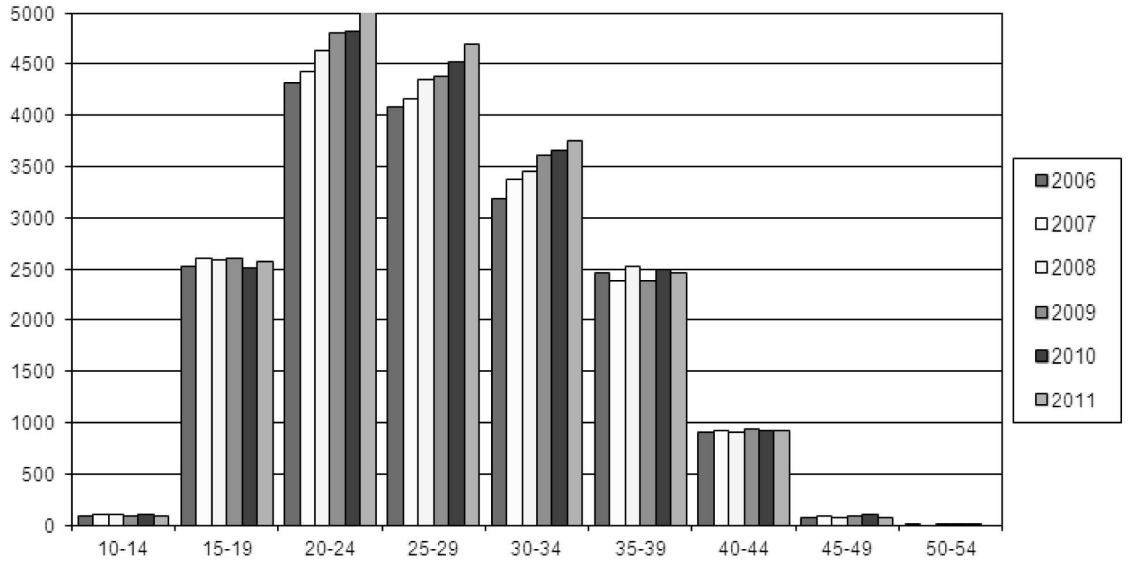
D'après l'âge de la femme par catégories d'âge

Naar de leeftijd van de vrouw per leeftijdscategorie

Catégorie d'âge — *Leeftijds-categorie*	Nombre — *Aantal*						%					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10-14	83	107	105	79	96	87	0,47	0,59	0,56	0,42	0,50	0,44
15-19	2 531	2 601	2 588	2 595	2 506	2 575	14,35	14,42	13,92	13,75	13,12	13,15
20-24	4 310	4 423	4 629	4 808	4 812	5 027	24,43	24,53	24,89	25,48	25,20	25,68
25-29	4 084	4 156	4 346	4 376	4 515	4 688	23,15	23,05	23,37	23,19	23,64	23,95
30-34	3 191	3 369	3 445	3 612	3 651	3 745	18,09	18,68	18,53	19,14	19,12	19,13
35-39	2 463	2 375	2 516	2 389	2 490	2 454	13,96	13,17	13,53	12,66	13,04	12,54
40-44	901	915	901	928	927	923	5,11	5,07	4,85	4,92	4,85	4,71
45-49	74	87	64	82	97	78	0,42	0,48	0,34	0,43	0,51	0,40
50-54	3	0	1	1	1	0	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
totaal	17 640	18 033	18 595	18 870	19 095	19 577	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Plus de 54. — *Ouder dan 54*	0	0	0	0	0	1						
Total gén. — *Alg. totaal*	17 640	18 033	18 595	18 870	19 095	19 578						

D'après l'âge de la femme

Naar de leeftijd van de vrouw



Selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les cliniques spécialisées des Pays-Bas ont pratiqué des interruptions de grossesse sur des femmes provenant de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg, dont vous trouverez le nombre ci-dessous :

Volgens de hieronder vermelde gegevens van de Inspectie voor Gezondheidszorg hebben gespecialiseerde ziekenhuizen in Nederland een aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd bij vrouwen afkomstig uit België en het Groot-Hertogdom Luxemburg :

En 2010 : 311 interruptions ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

En 2011 : (*) interruptions ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

(*) ce chiffre ne peut actuellement être communiqué.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

In 2010 : 311 werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

In 2011 : ....(*) werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

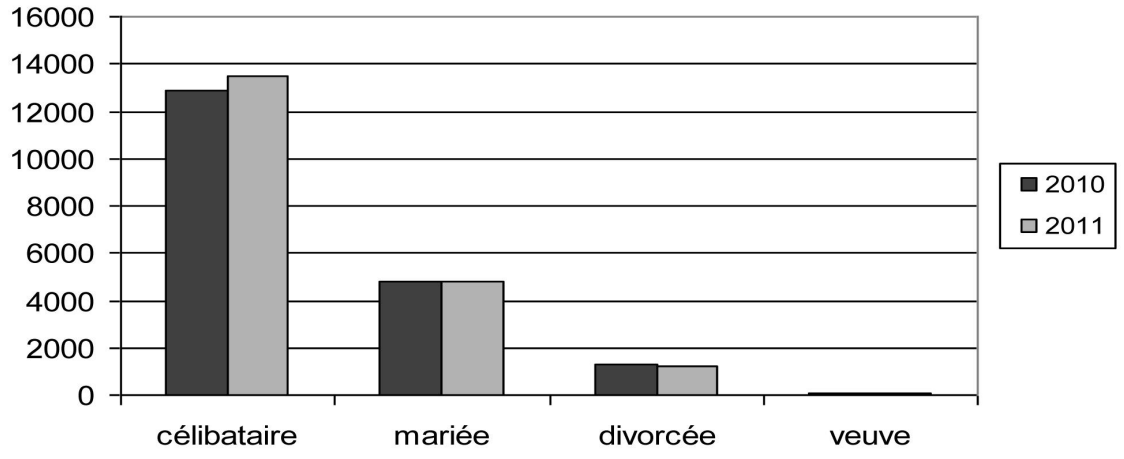
(*) dit cijfer kon niet tijdig worden meegedeeld.

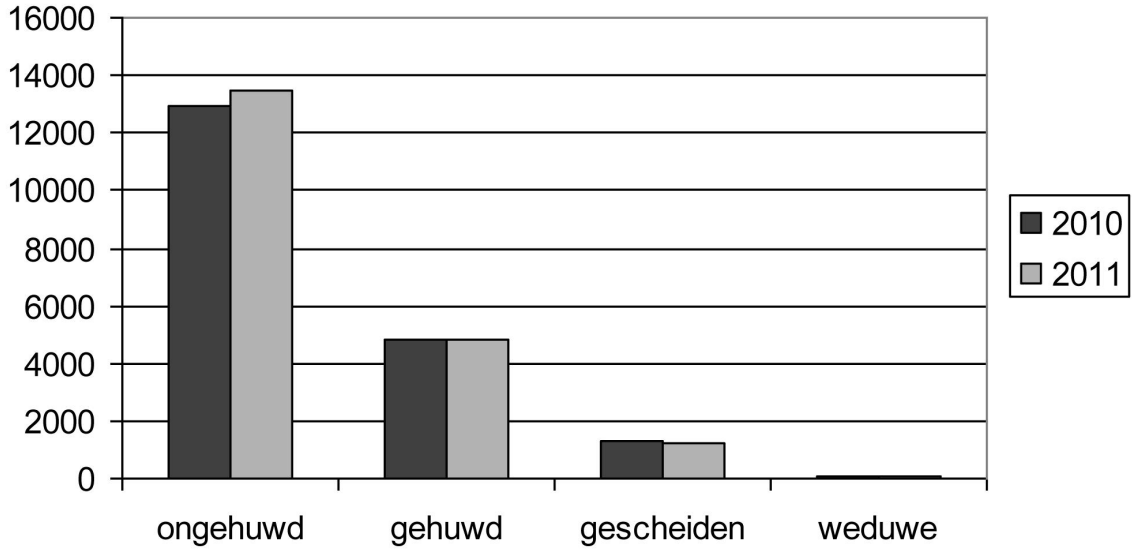
2. Zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat

État civil — *Burgerlijke staat*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
ongehuwd	12 910	13 455	67,61	68,73
gehuwd	4 815	4 820	25,22	24,62
gescheiden	1 301	1 231	6,81	6,29
weduwe	69	72	0,36	0,37
totaal	19 095	19 578	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	19 095	19 578		

État civil

Burgerlijke staat





Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes. Ainsi, une femme dont l'état civil est « mariée » peut vivre en couple avec son conjoint ou avec un autre partenaire, ou peut encore vivre seule; de même, une femme dont l'état civil est « célibataire » peut vivre en couple.

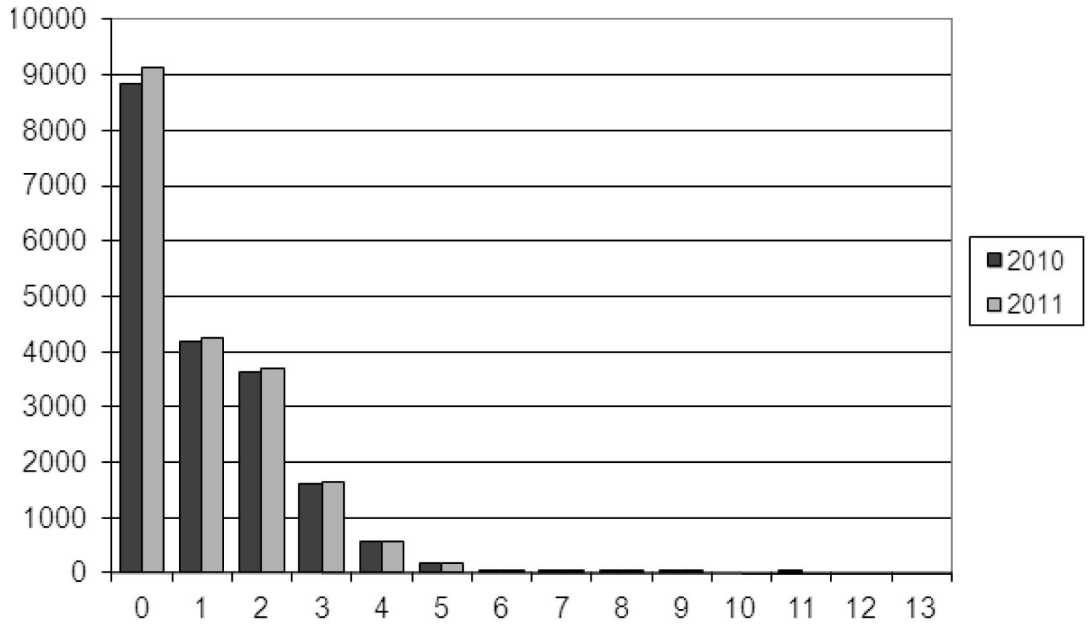
De officiële cijfers van de burgerlijke staat laten niet toe een juist beeld te vormen van de reële situatie van de patiënten. Een vrouw met als burgerlijke staat « gehuwd » kan met haar echtgenoot of met een andere partner samenleven, of als alleenstaande leven. Een vrouw met als burgerlijke staat « ongehuwd » kan als koppel samenleven.

3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde

3. Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht

Enfants — *Kinderen*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
0	8 851	9 145	46,35	46,71
1	4 192	4 266	21,95	21,79
2	3 633	3 698	19,03	18,89
3	1 610	1 636	8,43	8,36
4	565	581	2,96	2,97
5	165	174	0,86	0,89
6	49	48	0,26	0,25
7	17	16	0,09	0,08
8	10	12	0,05	0,06
9	2	2	0,01	0,01
10	0	0	0,00	0,00
11	1	0	0,01	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	0	0	0,00	0,00
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Nombre d'enfants | **Aantal kinderen**



4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

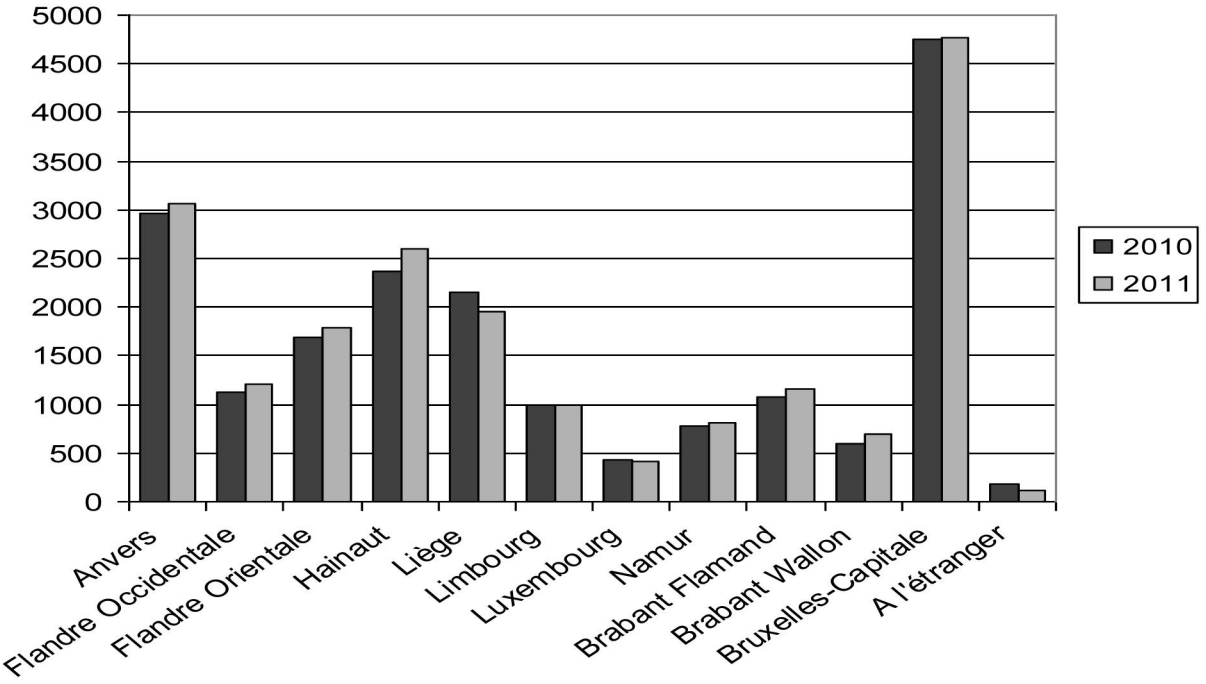
4.1. Données générales

4. Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

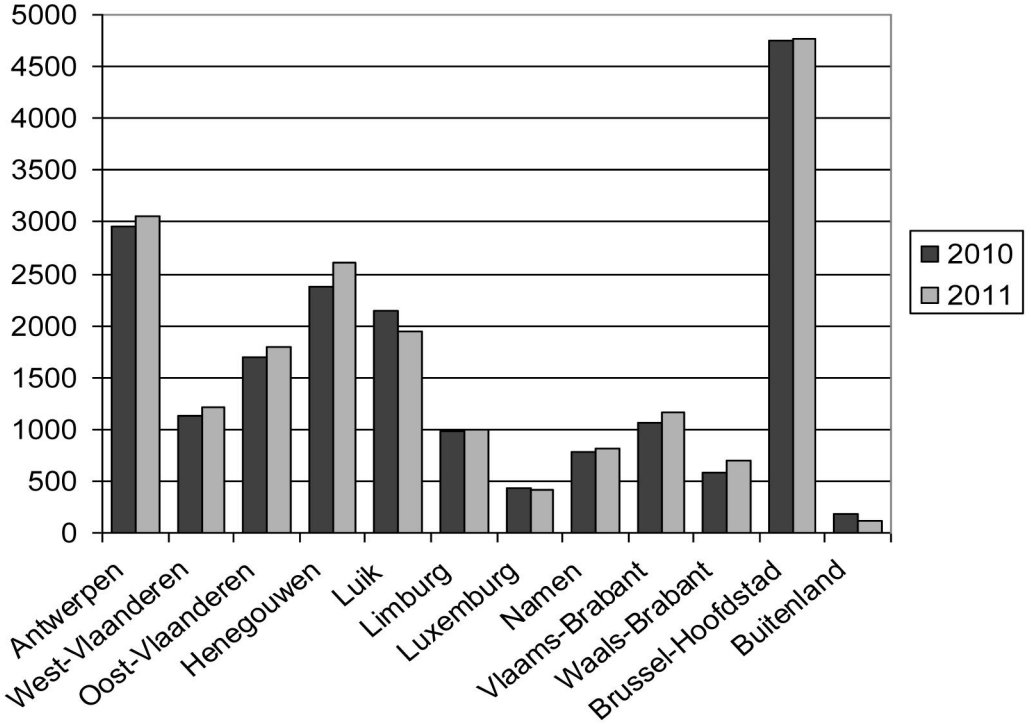
4.1. Algemene gegevens

Domicile — *Woonplaats*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2009	2010	2011
Anvers. — *Antwerpen*	2 963	3 063	15,51	15,65
Flandre Occidentale. — *West-Vlaanderen*	1 132	1 208	5,93	6,17
Flandre Orientale. — *Oost-Vlaanderen*	1 697	1 787	8,89	9,13
Hainaut. — *Henegouwen*	2 375	2 605	12,44	13,31
Liège. — *Luik*	2 146	1 947	11,24	9,94
Limbourg. — *Limburg*	988	989	5,17	5,05
Luxembourg. — Luxemburg	426	420	2,23	2,15
Namur. — *Namen*	774	813	4,05	4,15
Brabant Flamand. — *Vlaams-Brabant*	1 069	1 158	5,60	5,91
Brabant Wallon. — *Waals-Brabant*	588	702	3,08	3,59
Bruxelles-Capitale. — *Brussel-Hoofdstad*	4 755	4 763	24,90	24,33
À l'étranger. — *Buitenland*	182	123	0,96	0,63
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

IVG selon le domicile de la femme



Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats



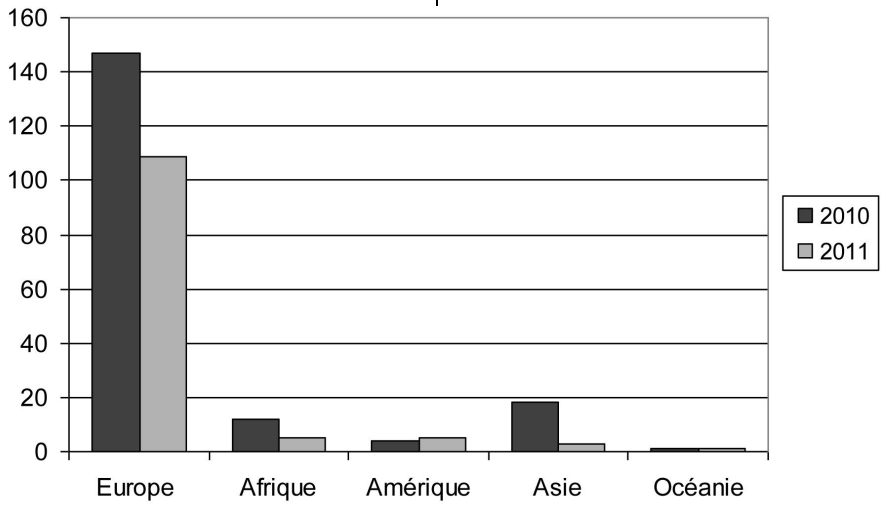
4.2. Les femmes domiciliées à l'étranger : division par continent

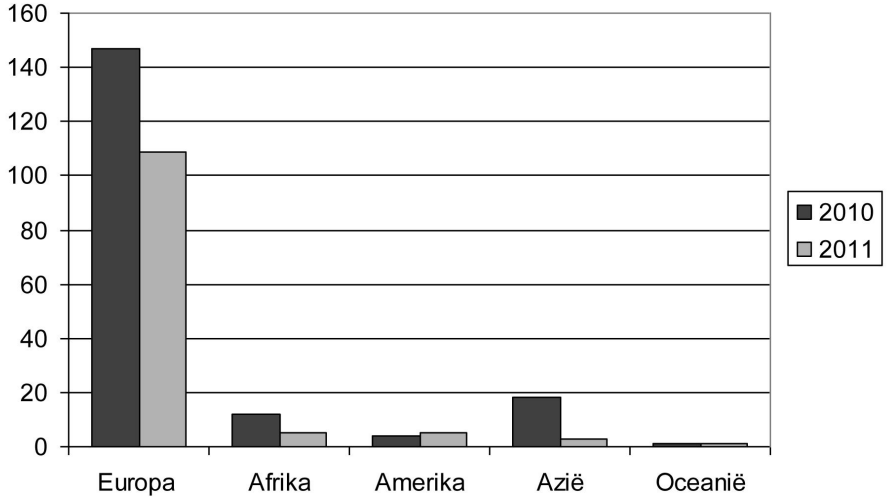
4.2. Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland : indeling per werelddeel

Origine — *Afkomst*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Europe. — *Europa*	147	109	80.77	88.62
Afrique. — *Afrika*	12	5	6.59	4.07
Amérique. — *Amerika*	4	5	2.20	4.07
Asie. — *Azië*	18	3	9.89	2.44
Océanie. — *Oceanië*	1	1	0.55	0.81
Total. — *Totaal*	182	123	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	182	123		

Femmes domiciliéers à l'étranger

Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland





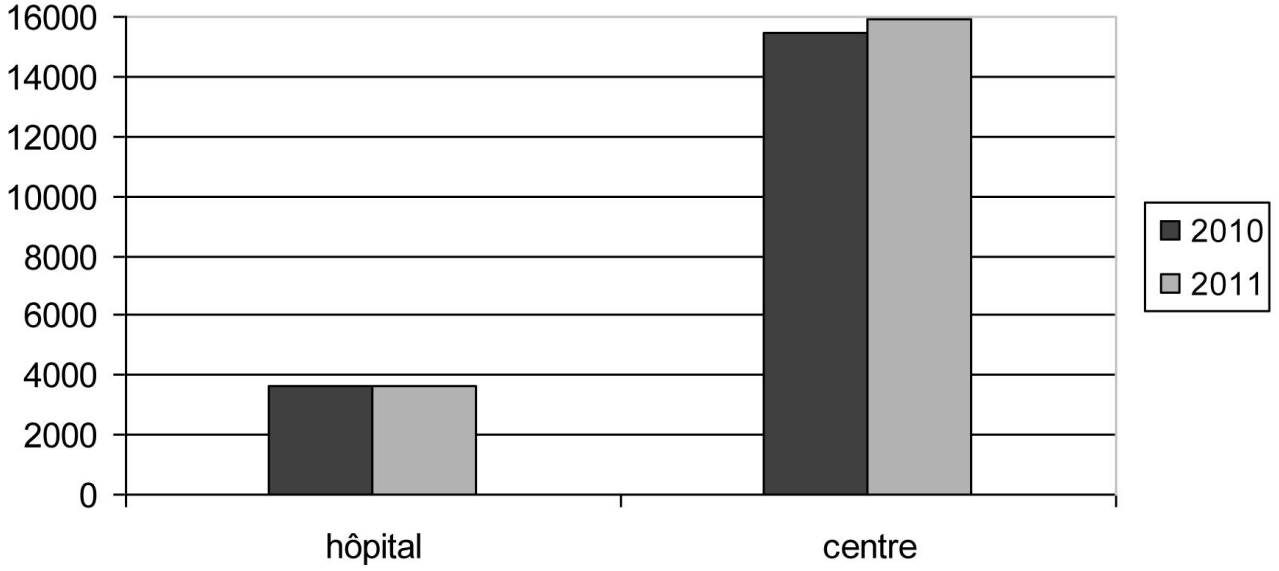
5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse

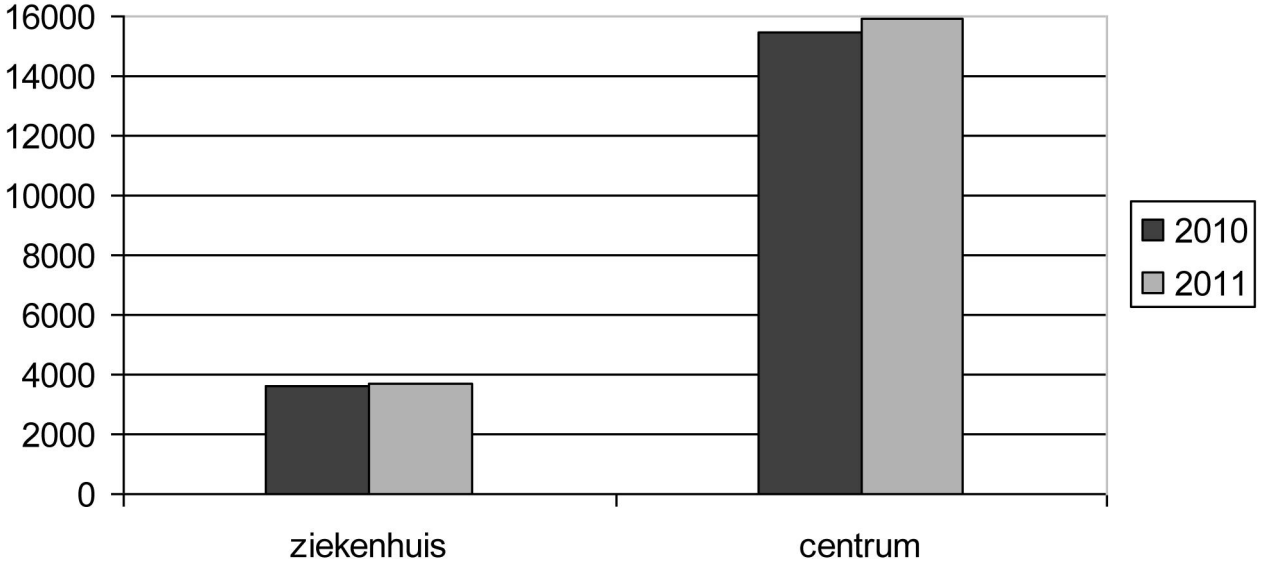
5. Instellingen waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd

Institution — *Type instelling*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	3 652	3 667	19,13	18,73
Centre. — *Centrum*	15 443	15 911	80,87	81,27
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00

Proportion centre/hôpital

Verhouding centrum/ziekenhuis





B. Données psycho-sociales

6. Situations de détresse invoquées

Situations de détresse

A.00 Problèmes de santé de la femme enceinte.

A.01 Problèmes de santé de l'enfant à naître.

A.02 Problèmes de santé mentale.

B.13 La femme se sent trop jeune.

B.14 La femme se sent trop vieille.

B.15 Étudiante.

B.16 Femme isolée.

B.17 Pas de souhait d'enfant pour le moment.

B.18 Famille complète.

C.20 Problèmes financiers.

C.21 Situation professionnelle.

C.22 Problèmes de logement.

D.30 Relation récemment rompue.

D.31 Le partenaire n'accepte pas la grossesse.

D.32 Relation occasionnelle.

D.33 Relation trop récente.

D.34 Relation extraconjugale.

D.35 Problèmes de couple.

D.36 Problèmes relationnels avec l'entourage.

D.37 Problèmes juridiques liés au divorce.

E.40 Viol.

E.41 Inceste.

F.50 Réfugiée politique.

G.99 Autres.

Catégories des situations de détresse

A. Santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître.

B. Raisons personnelles.

C. Raisons financières ou matérielles.

D. Problèmes de couple ou familiaux.

B. Psycho-sociale gegevens

6. Ingeroepen noodsituaties

Lijst van noodsituaties

A.00 Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw.

A.01 Lichamelijke problemen van het kind dat zal worden geboren.

A.02 Problemen van geestelijke gezondheid.

B.13 De vrouw voelt zich te jong.

B.14 De vrouw voelt zich te oud.

B.15 Studente.

B.16 Alleenstaande vrouw.

B.17 Momenteel geen kinderwens.

B.18 Voltooid gezin.

C.20 Financiële redenen.

C.21 Werksituatie.

C.22 Woonsituatie.

D.30 Relatie onlangs verbroken.

D.31 Partner aanvaardt de zwangerschap niet.

D.32 Occasionele relatie.

D.33 Te recente relatie.

D.34 Buitenechtelijke relatie.

D.35 Partnerrelatiemoeilijkheden.

D.36 Relatiemoeilijkheden met de omgeving.

D.37 Juridische problemen in verband met de echtscheiding.

E.40 Verkrachting.

E.41 Incest.

F.50 Politiek vluchteling.

G.99 Andere.

Categorieën van noodsituaties

A. Lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren.

B. Persoonlijke redenen.

C. Financiële of materiële redenen.

D. Relationele of familiale problemen.

E. Grossesse suite à un viol ou un inceste.

F. Réfugiée politique.

G. Autres raisons.

E. Zwangerschap na verkrachting of incest.

F. Politiek vluchteling.

G. Andere redenen.

Liste — *Lijst*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
A.00	569	595	1,96	2,02
A.01	317	330	1,09	1,12
A.02	272	257	0,94	0,87
B.13	3 319	3 259	11,42	11,07
B.14	616	643	2,12	2,18
B.15	2 485	2 331	8,55	7,92
B.16	939	840	3,23	2,85
B.17	4 867	5 404	16,75	18,36
B.18	3 172	3 265	10,92	11,09
C.20	2 489	2 448	8,57	8,32
C.21	1 475	1 413	5,08	4,80
C.22	515	559	1,77	1,90
D.30	1 608	1 629	5,53	5,53
D.31	698	762	2,40	2,59
D.32	706	744	2,43	2,53
D.33	1 465	1 508	5,04	5,12
D.34	599	628	2,06	2,13
D.35	1 405	1 428	4,84	4,85
D.36	352	361	1,21	1,23
D.37	91	79	0,31	0,27
E.40	57	47	0,20	0,16
E.41	3	0	0,01	0,00
F.50	522	494	1,80	1,68
G.99	512	407	1,76	1,38
Total. — *Totaal*	29 053	29 431	100,00	100,00

C. Données médicales

7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois

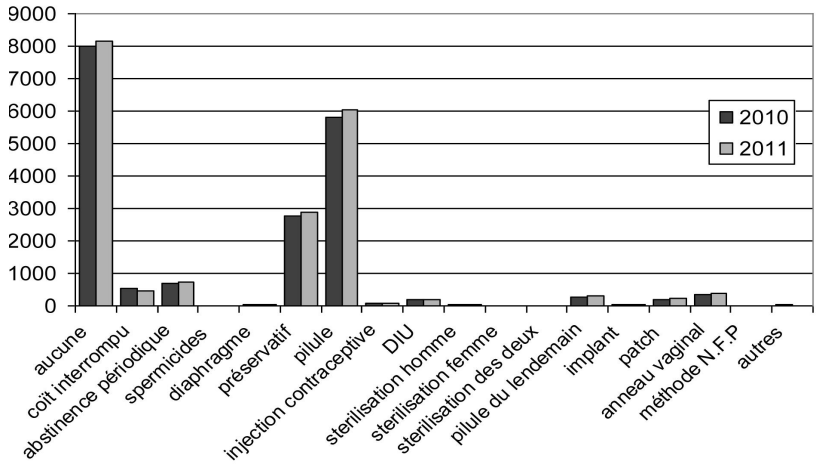
C. Medische gegevens

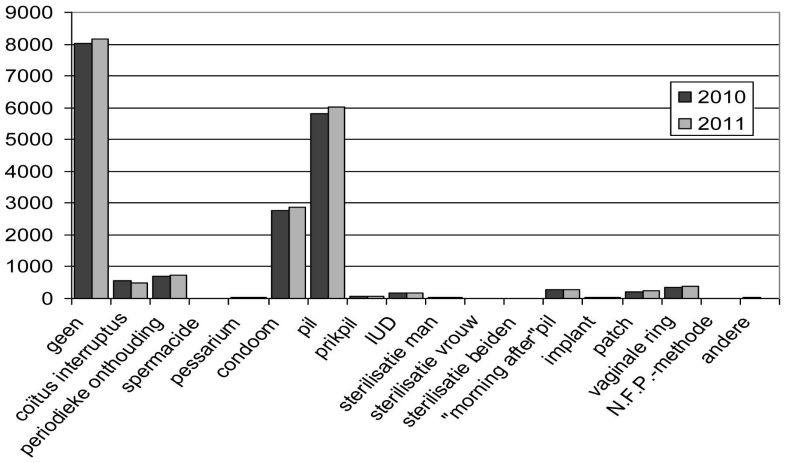
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand

Méthode — *Methode*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	8 012	8 154	41,96	41,65
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	545	477	2,85	2,44
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	711	731	3,72	3,73
Spermicides. — *Spermacide*	13	10	0,07	0,05
Diaphragme. — *Pessarium*	24	24	0,13	0,12
Préservatif. — *Condoom*	2 782	2 876	14,57	14,69
Pilule. — *Pil*	5 820	6 030	30,48	30,80
Injection contraceptive. — *Prikpil*	58	72	0,30	0,37
DIU. — *IUD*	181	184	0,95	0,94
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	29	33	0,15	0,17
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	14	14	0,07	0,07
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	1	0	0,01	0,00
Pilule du lendemain. — « *Morning after* » *pil*	281	289	1,47	1,48
Implant. — *Implant*	31	41	0,16	0,21
Patch. — *Patch*	200	233	1,05	1,19
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	348	379	1,82	1,94
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	16	15	0,08	0,08
Autres. — *Andere*	29	16	0,15	0,08
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Méthodes de contraception

Voorbehoedmiddel





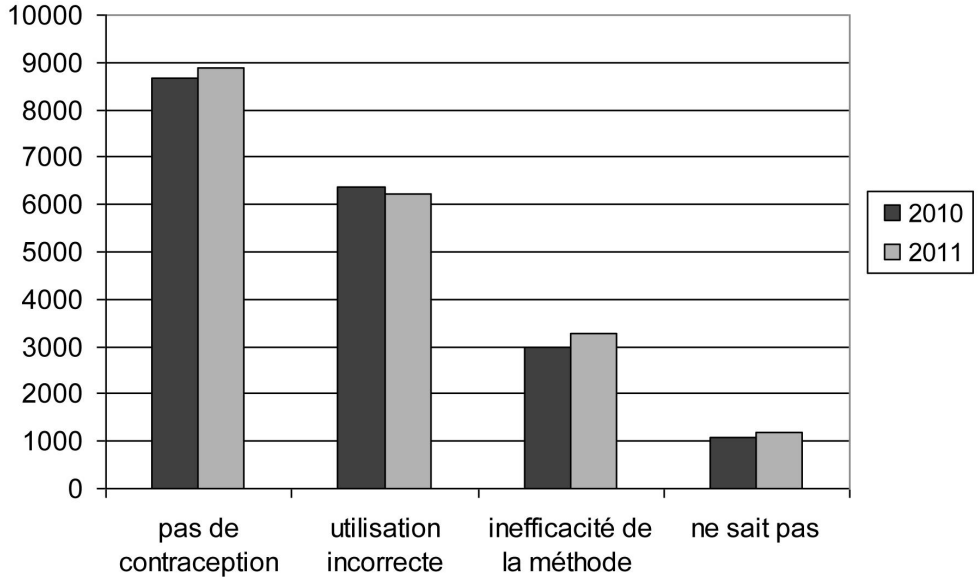
8. Causes de l'échec de la contraception

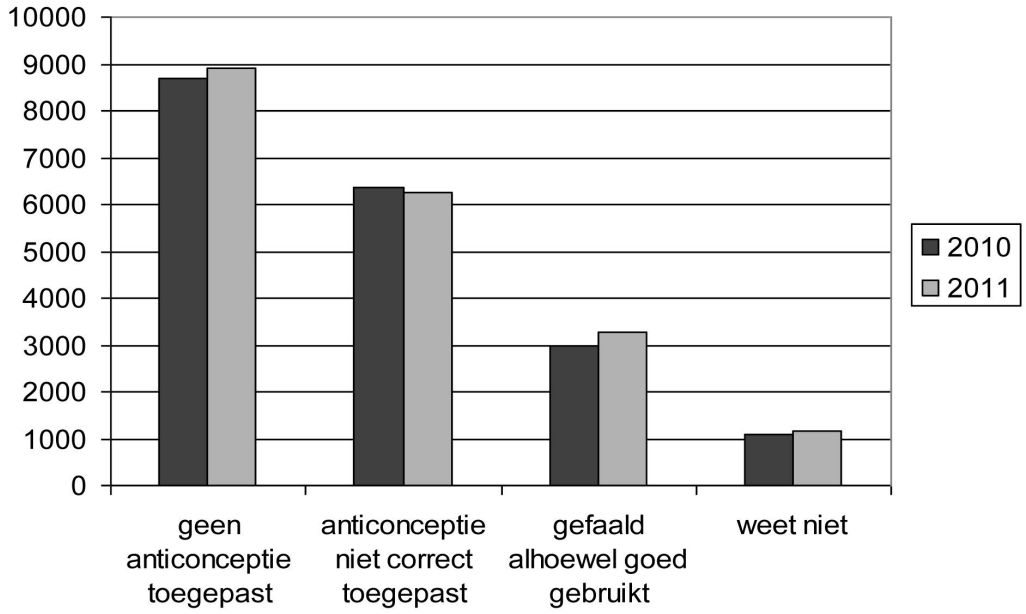
8. Oorzaak falen

Cause — *Oorzaak*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Pas de contraception. — *Geen anticonceptie toegepast*	8 675	8 894	45,43	45,43
Utilisation incorrecte. — *Anticonceptie niet correct toegepast*	6 378	6 238	33,40	31,86
Inefficacité de la méthode. — *Gefaald alhoewel goed gebruikt*	2 969	3 268	15,55	16,69
Ne sait pas. — *Weet niet*	1 073	1 178	5,62	6,02
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Causes d'échec

Oorzaak falen





Ces chiffres ont été établis à partir des déclarations faites par les femmes aux médecins et ne peuvent être recoupées scientifiquement.

La Commission ne possède pas d'informations quant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.

La publication de ces chiffres ne contient aucun jugement de valeur quant à la fiabilité des méthodes utilisées.

Cette réflexion concerne les tableaux 7 et 8.

Deze gegevens werden bekomen op grond van de verklaringen van de vrouw aan de arts en kunnen dus niet wetenschappelijk getoetst worden.

Bovendien heeft de Commissie geen enkel gegeven over de frequentie van het gebruik van de verschillende contraceptiemethoden door de bevolking.

Deze gegevens laten ons niet toe iets te zeggen over de betrouwbaarheid van hetvoorbehoedmiddel.

Deze opmerking heeft betrekking op de tabellen 7 en 8.

D. Aspects médico-techniques du traitement

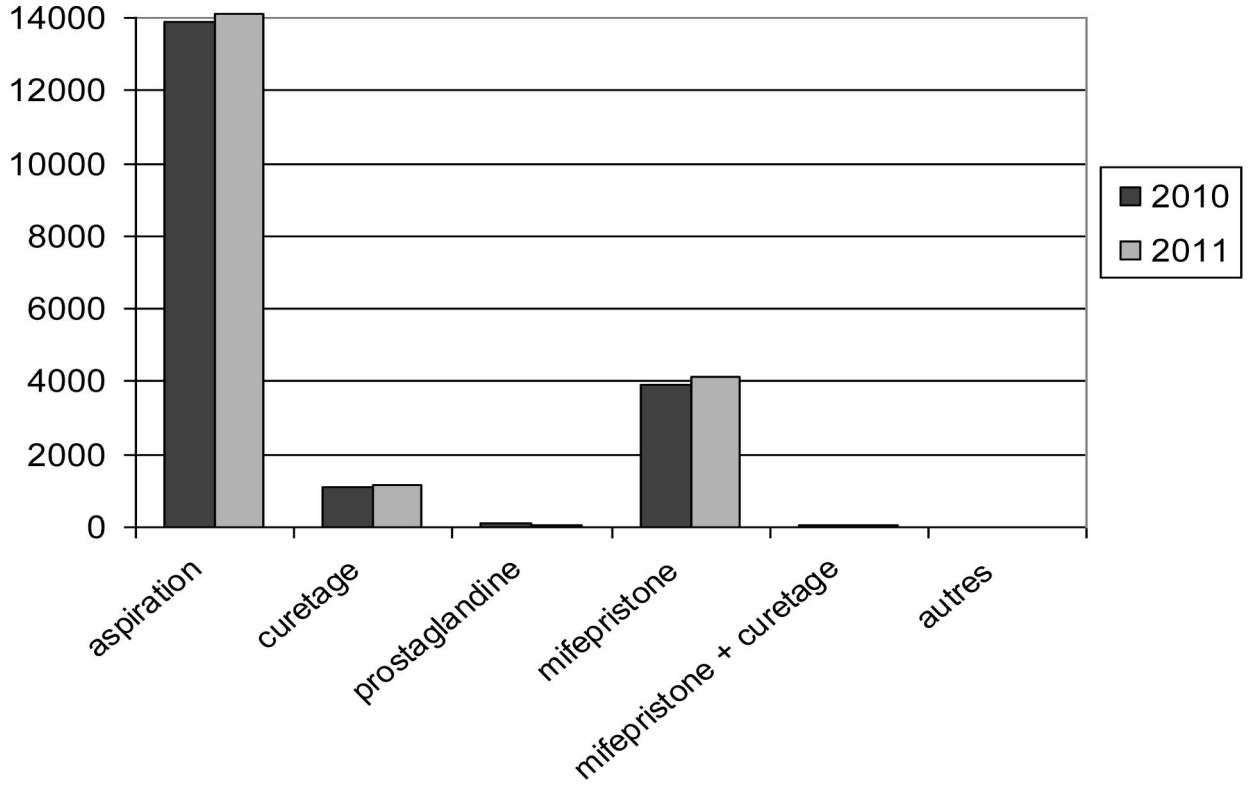
9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

D. Medisch-technische aspecten van de behandeling

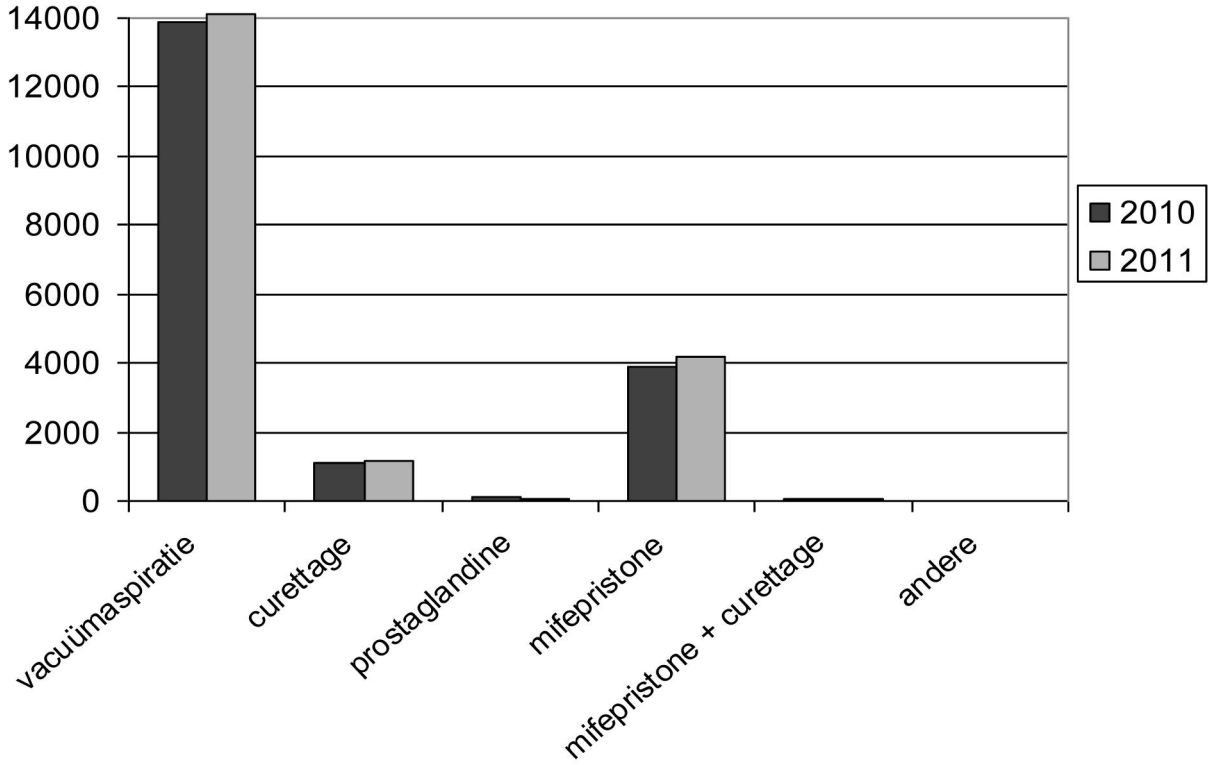
9. Methode van zwangerschapsafbreking

Méthode — *Methode*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Vacuümaspiratie*	13 885	14 105	72,72	72,05
Curetage. — *Curettage*	1 124	1 169	5,89	5,97
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	97	79	0,51	0,40
Mifépristone. — *Mifepristone*	3 911	4 157	20,48	21,23
Mifépristone + curetage. — *Mifepristone + curettage*	52	41	0,27	0,21
Autres. — *Andere*	26	27	0,14	0,14
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Een antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 595	19 578		

Méthodes d'IVG



Methode van zwangerschapsafbreking

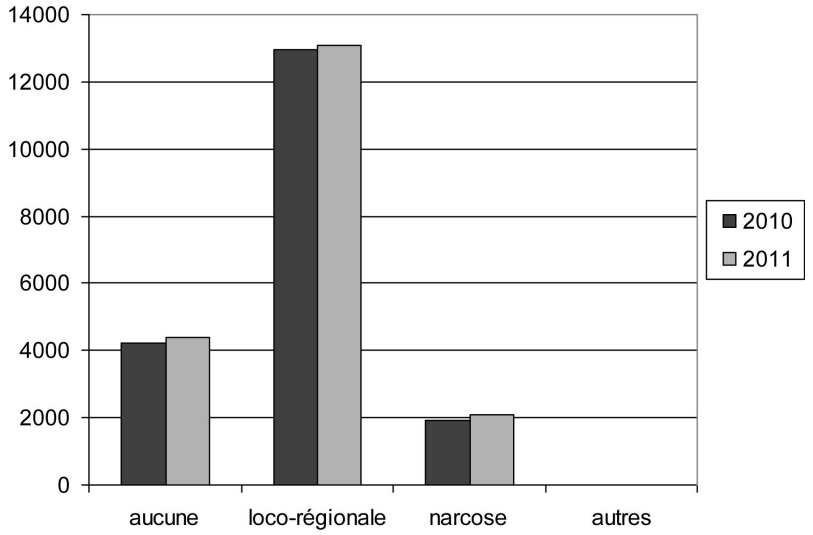


10. Anesthésie

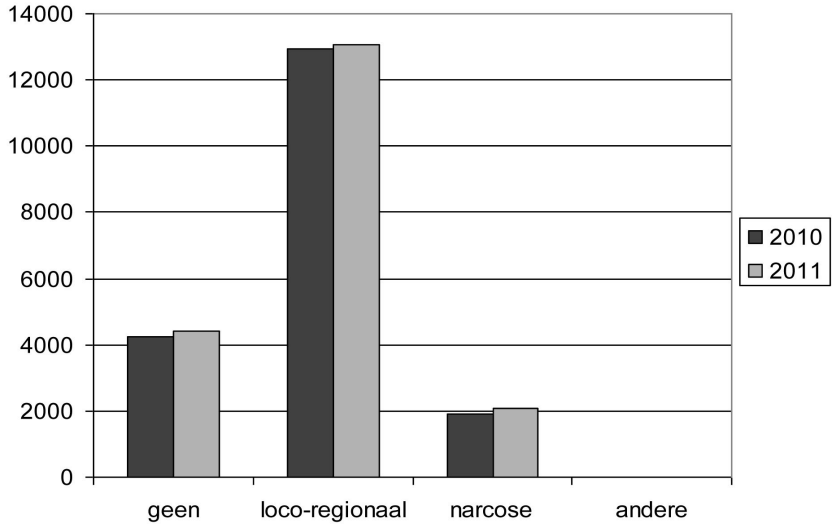
10. Verdoving

Méthode — *Methode*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	4 223	4 394	22,12	22,44
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	12 960	13 074	67,87	66,78
Narcose. — *Narcose*	1 902	2 098	9,96	10,72
Autres. — *Andere*	10	12	0,05	0,06
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Anesthésie



Verdoving

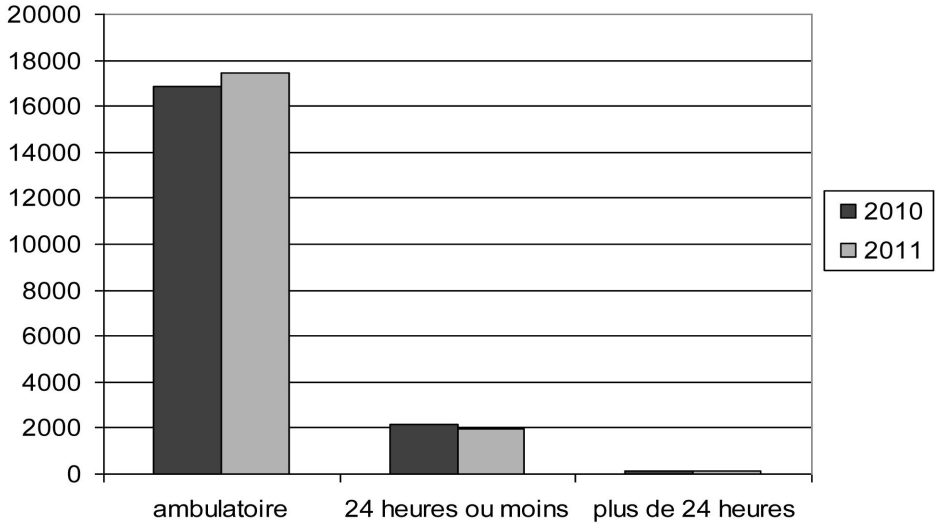


11. Durée d'hospitalisation

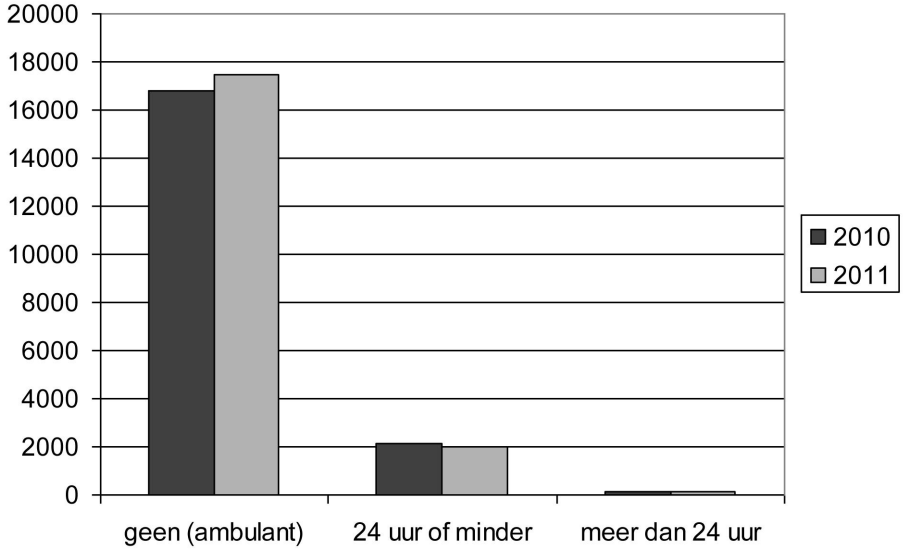
11. Opnameduur

Type — *Type*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Geen (ambulant)*	16 833	17 470	88,15	89,23
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	2 128	1 985	11,14	10,14
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	134	123	0,70	0,63
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Durée d'hospitalisation



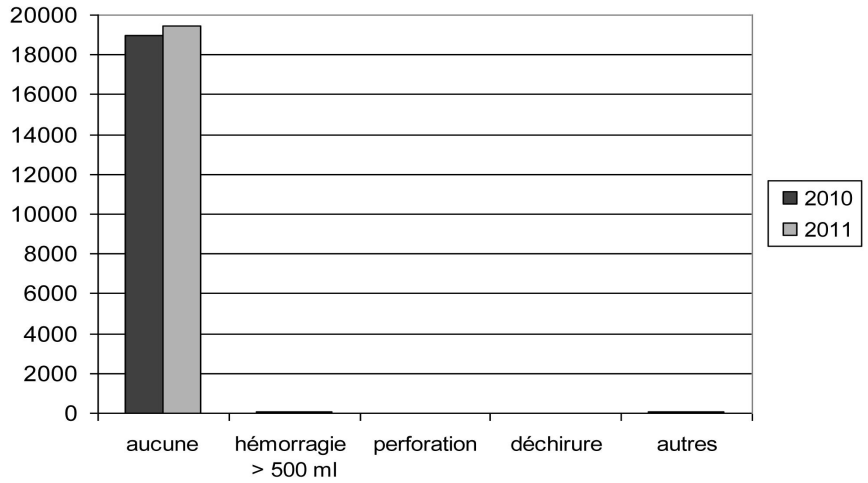
Opname duur

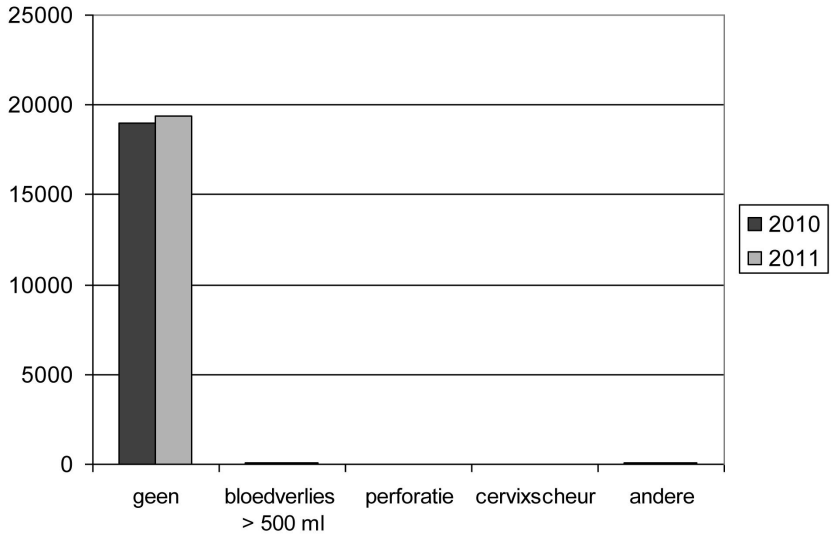


12. Complications | 12. Verwikkelingen

Type — *Type*	Nombre — *Aantal*		%	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	18 962	19 418	99,30	99,18
Perte de sang plus 500 ml. — *Bloedverlies meer dan 500 ml*	45	51	0,24	0,26
Perforation. — *Perforatie*	12	14	0,06	0,07
Déchirure. — *Cervixscheur*	16	12	0,08	0,06
Autres. — *Andere*	60	83	0,31	0,42
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	100,00	100,00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*	0	0		
Total général. — *Algemeen totaal*	19 095	19 578		

Complications | **Verwikkelingen**





2. TABULATIONS CROISÉES

1. Situation de détresse

1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (catégorie C)

2. GEKRUISTE TABELLEN

1. Noodsituatie

1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (categorie C)

Domicile — *Woonplaats*	Nombre d'IVG — *Aantal abortussen*		Avec C — *Met C*		% avec C — *% met C*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Anvers. — *Antwerpen*	2 963	3 063	486	534	10.85	12.08
Flandre occidentale. — *West-Vlaanderen*	1 132	1 208	121	117	2.70	2.65
Flandre orientale. — *Oost-Vlaanderen*	1 697	1 787	238	197	5.31	4.46
Hainaut. — *Henegouwen*	2 375	2 605	709	823	15.83	18.62
Liège. — *Luik*	2 146	1 947	495	488	11.05	11.04
Limbourg. — *Limburg*	988	989	84	58	1.88	1.31
Luxembourg. — *Luxemburg*	426	420	143	125	3.19	2.83
Namur. — *Namen*	774	813	245	266	5.47	6.02
Brabant flamand. — *Vlaams-Brabant*	1 069	1 158	190	209	4.24	4.73
Brabant wallon. — *Waals-Brabant*	588	702	200	211	4.47	4.77
Bruxelles-Capitale. — *Brussel-Hoofdstad*	4 755	4 763	1 527	1 363	34.09	30.84
À l'étranger. — *Buitenland*	182	123	41	29	0.92	0.66
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	4 479	4 420	100,00	100,00

1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (catégorie B)

1.2. Woonplaatsvan de vrouw en het inroepen van persoonlijke redenen (categorie B)

Domicile — *Woonplaats*	Nombre d'IVG — *Aantal abortussen*		Avec B — *Met B*		% avec B — *% met B*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Anvers. — *Antwerpen*	2 963	3 063	2 416	2 579	15.69	16.38
Flandre occidentale. — *West-Vlaanderen*	1 132	1 208	931	935	6.05	5.94
Flandre orientale. — *Oost-Vlaanderen*	1 697	1 787	1 412	1 463	9.17	9.29
Hainaut. — *Henegouwen*	2 375	2 605	1 831	2 034	11.89	12.92
Liège. — *Luik*	2 146	1 947	1 782	1 575	11.57	10.01
Limbourg. — *Limburg*	988	989	795	827	5.16	5.25
Luxembourg. — *Luxemburg*	426	420	317	350	2.06	2.22
Namur. — *Namen*	774	813	571	626	3.71	3.98
Brabant flamand. — *Vlaams-Brabant*	1 069	1 158	930	1 019	6.04	6.47
Brabant wallon. — *Waals-Brabant*	588	702	487	556	3.16	3.53
Bruxelles-Capitale. — *Brussel-Hoofdstad*	4 755	4 763	3 799	3 688	24.67	23.43
À l'étranger. — *Buitenland*	182	123	127	90	0.82	0.57
Total. — *Totaal*	19 095	19 578	15 398	15 742	100.00	100.00

Ces deux tableaux reprennent la province d'origine de patientes qui ont invoqué au moins une situation de détresse matérielle et/ou personnelle.

Deze twee tabellen vermelden de provincies van de woonplaats van de patiënten die ten minste één materiële en/of één persoonlijke reden als noodsituatie hebben ingeroepen.

1.3. Situation de détresse et âge.

1.3.1. Nombre

1.3. Noodsituatie en leeftijd

1.3.1. Aantal

Situation de détresse — *Noodsituatie*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	0	1	30	37	147	158	301	314
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	139	127	3 233	3 243	4 048	4 227	2 793	2 878
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	7	5	362	457	1 366	1 382	1 292	1 303
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	7	6	552	617	1 816	1 913	1 953	2 023
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	9	0	8	11	17	13	18	8
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	0	0	29	38	150	118	148	158
Autres. — *andere*	0	0	46	38	114	108	152	116
Total. — *Totaal*	162	139	4 260	4 441	7 658	7 919	6 657	6 800

Situation de détresse — *Noodsituatie*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	329	333	238	237	107	98	6	4	0	0
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	2 237	2 338	1 942	1 893	897	943	108	92	1	0
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	882	776	444	379	117	113	9	5	0	0
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	1 490	1 525	865	822	228	215	13	18	0	0
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	7	6	7	5	1	4	0	0	0	0
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	117	105	59	62	19	13	0	0	0	0
Autres. — *andere*	117	85	61	48	22	12	0	0	0	0
Total. — *Totaal*	5 179	5 168	3 616	3 446	1 391	1 398	136	119	1	0

1.3.2. Pourcentage

1.3.2. Percentage

Situation de détresse — *Noodsituatie*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	0.00	0.72	0.70	0.83	1.92	2.00	4.52	4.62
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	85.80	91.37	75.89	73.02	52.86	53.38	41.96	42.32
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	4.32	3.60	8.50	10.29	17.84	17.45	19.41	19.16
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	4.32	4.32	12.96	13.89	23.71	24.16	29.34	29.75
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	5.56	0.00	0.19	0.25	0.22	0.16	0.27	0.12
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	0.00	0.00	0.68	0.86	1.96	1.49	2.22	2.32
Autres. — *andere*	0.00	0.00	1.08	0.86	1.49	1.36	2.28	1.71
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Situation de détresse. — *Noodsituatie*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	6.35	6.44	6.58	6.88	7.69	7.01	4.41	3.36	0.00	0.00
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	43.19	45.24	53.71	54.93	64.49	67.45	79.41	77.31	100.00	0.00
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	17.03	15.02	12.28	11.00	8.41	8.08	6.62	4.20	0.00	0.00
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	28.77	29.51	23.92	23.85	16.39	15.38	9.56	15.13	0.00	0.00
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	0.14	0.12	0.19	0.15	0.07	0.29	0.00	0.00	0.00	0.00
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	2.26	2.03	1.63	1.80	1.37	0.93	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres. — *andere*	2.26	1.64	1.69	1.39	1.58	0.86	0.00	0.00	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

PS. : La femme de 55 ans non reprise dans les tableaux (2011) a invoqué une situation de détresse personnelle.

PS. : de 55-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2011) had een persoonlijke noodsituatie ingeroepen.

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4.1. Nombre

1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat

1.4.1. Aantal

Situation de détresse — *Noodsituatie*	Célibataire — *Ongehuwd*		Mariée — *Gehuwd*		Divorcée — *Gescheiden*		Veuve — *Weduwe*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	605	640	478	478	71	62	4	2
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	10 834	11 047	3 764	3 863	765	783	35	49
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	3 142	3 221	1 068	961	255	226	14	12
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	4 927	5 309	1 107	1 048	858	743	32	39
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	49	32	7	3	3	12	1	0
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	320	323	165	144	31	21	6	6
Autres. — *andere*	348	294	130	89	29	21	5	3
Total. — *Totaal*	20 225	20 866	6 719	6 586	2 012	1 868	97	111

1.4.2. Pourcentage

1.4.2. Percentage

Situation de détresse — *Noodsituatie*	Célibataire — *Ongehuwd*		Mariée — *Gehuwd*		Divorcée — *Gescheiden*		Veuve — *Weduwe*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	2.99	3.07	7.11	7.26	3.53	3.32	4.12	1.80
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	53.57	52.94	56.02	58.65	38.02	41.92	36.08	44.14
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	15.54	15.44	15.90	14.59	12.67	12.10	14.43	10.81
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	24.36	25.44	16.48	15.91	42.64	39.78	32.99	35.14
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	0.24	0.15	0.10	0.05	0.15	0.64	1.03	0.00
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	1.58	1.55	2.46	2.19	1.54	1.12	6.19	5.41
Autres. — *andere*	1.72	1.41	1.93	1.35	1.44	1.12	5.15	2.70
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants

1.5.1. Nombre

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Aantal

Situation de détresse — *Noodsituatie*	0		1		2		3	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	365	350	330	338	282	296	118	141
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	7 683	7 871	2 653	2 756	2 833	2 861	1 456	1 475
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	1 944	2 035	1 179	1 087	876	822	325	324
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	3 566	3 766	1 755	1 809	1 087	1 074	360	345
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	37	26	13	12	6	2	1	4
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	228	213	135	111	97	105	38	35
Autres. — *andere*	247	199	130	109	79	59	42	31
Total. — *Totaal*	14 070	14 460	6 195	6 222	5 260	5 219	2 340	2 355

Situation de détresse — *Noodsituatie*	4		5		Plus 5 — *Meer dan 5*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	38	35	19	12	6	10
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	532	530	162	169	79	80
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	119	112	28	32	8	8
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	119	108	21	29	16	8
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	3	3	0	0	0	0
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	13	23	8	5	3	2
Autres. — *andere*	13	7	0	2	1	0
Total. — *Totaal*	837	818	238	249	113	108

1.5.2. Pourcentage

1.5.2. Percentage

Situation de détresse — *Noodsituatie*	0		1		2		3	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	2.59	2.42	5.33	5.43	5.36	5.67	5.04	5.99
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	54.61	54.43	42.82	44.29	53.86	54.82	62.22	62.63
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	13.82	14.07	19.03	17.47	16.65	15.75	13.89	13.76
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	25.34	26.04	28.33	29.07	20.67	20.58	15.38	14.65
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	0.26	0.18	0.21	0.19	0.11	0.04	0.04	0.17
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	1.62	1.47	2.18	1.78	1.84	2.01	1.62	1.49
Autres. — *andere*	1.76	1.38	2.10	1.75	1.50	1.13	1.79	1.32
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Situation de détresse — *Noodsituatie*	4		5		Plus 5 — *Meer dan 5*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Santé. — *Gezondheid*	4.54	4.28	7.98	4.82	5.31	9.26
Sit. Détresse personnelle. — *Persoonlijke noodsituatie*	63.56	64.79	68.07	67.87	69.91	74.07
Sit. Détresse matérielle. — *Materiële noodsituatie*	14.22	13.69	11.76	12.85	7.08	7.41
Problèmes relationnels. — *Relationele problemen*	14.22	13.20	8.82	11.65	14.16	7.41
Viol — inceste. — *Verkrachting — incest*	0.36	0.37	0.00	0.00	0.00	0.00
Réfugiée politique. — *Politiek vluchteling*	1.55	2.81	3.36	2.01	2.65	1.85
Autres. — *andere*	1.55	0.86	0.00	0.80	0.88	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

2. Méthode de contraception

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre

2. Voorbehoedmiddelen

2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën

2.1.1. Aantal

Méthode — *Methode*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	44	51	1 070	1 132	1 935	2 046	1 839	1 885
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	3	0	48	36	104	89	100	119
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	0	2	26	27	92	96	157	171
Spermicides. — *Spermacide*	0	0	1	0	1	2	2	2
Diaphragme. — *Pessarium*	0	0	7	1	6	6	3	8
Préservatif. — *Condoom*	25	19	465	472	669	702	632	634
Pilule. — *Pil*	22	12	809	815	1 727	1 768	1 475	1 519
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0	0	1	8	18	27	13	18
DIU. — *IUD*	0	0	6	7	32	37	42	36
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0	0	0	0	1	1	6	7
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0	0	0	1	1	1	1	1
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « *Morning after* » *pil*	2	3	35	37	66	82	74	87
Implant. — *Implant*	0	0	0	2	8	2	6	17
Patch. — *Patch*	0	0	12	13	56	60	60	60
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	0	0	26	23	93	102	90	112
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0	0	0	1	1	5	6	4
Autres. — *Andere*	0	0	0	0	2	1	9	8
Total. — *Totaal*	96	87	2 506	2 575	4 812	5 027	4 515	4 688
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

Méthode — *Methode*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	1 573	1 526	1 093	1 044	410	424	48	45	0	0
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	143	101	108	96	36	32	3	4	0	0
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	185	184	156	153	83	91	12	7	0	0
Spermicides. — *Spermacide*	3	5	5	0	1	1	0	0	0	0
Diaphragme. — *Pessarium*	2	4	5	4	1	1	0	0	0	0
Préservatif. — *Condoom*	485	569	352	346	139	130	15	4	0	0
Pilule. — *Pil*	986	1087	594	621	198	197	9	11	0	0
Injection contraceptive. — *Prikpil*	15	7	8	10	3	1	0	1	0	0
DIU. — *IUD*	52	48	34	47	12	8	3	1	0	0
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	9	9	11	12	2	4	0	0	0	0
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	7	0	2	10	3	0	0	1	0	0
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — «*Morning after* »*pil*	61	46	31	21	12	12	0	1	0	0
Implant. — *Implant*	6	10	11	10	0	0	0	0	0	0
Patch. — *Patch*	32	56	25	34	12	9	2	1	1	0
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	79	87	48	42	9	11	3	2	0	0
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	3	3	4	1	2	1	0	0	0	0
Autres. — *Andere*	9	3	3	3	4	1	2	0	0	0
Total. — *Totaal*	3 651	3 745	2 490	2 454	927	923	97	78	1	0
Pas de réponse. — *Geen antwoord*										
Total général. — *Algemeen totaal*										

PS. : la femme de 55 ans non reprise dans les tableaux (2011) n'a pas utilisé de méthode de contraception.

PS. : de 55-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2011) had geen voorbehoedmiddel gebruikt.

2.1.2. Pourcentage | *2.1.2. Percentage*

Méthode — *Methode*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	45.83	58.62	42.70	43.96	40.21	40.70	40.73	40.21
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	3.13	0.00	1.92	1.40	2.16	1.77	2.21	2.54
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	0.00	2.30	1.04	1.05	1.91	1.91	3.48	3.65
Spermicides. — *Spermacide*	0.00	0.00	0.04	0.00	0.02	0.04	0.04	0.04
Diaphragme. — *Pessarium*	0.00	0.00	0.28	0.04	0.12	0.12	0.07	0.17
Préservatif. — *Condoom*	26.04	21.84	18.56	18.33	13.90	13.96	14.00	13.52
Pilule. — *Pil*	22.92	13.79	32.28	31.65	35.89	35.17	32.67	32.40
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0.00	0.00	0.04	0.31	0.37	0.54	0.29	0.38
DIU. — *IUD*	0.00	0.00	0.24	0.27	0.67	0.74	0.93	0.77
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.02	0.13	0.15
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0.00	0.00	0.00	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Pilule du lendemain. — «*Morning after*»*pil*	2.08	3.45	1.40	1.44	1.37	1.63	1.64	1.86
Implant. — *Implant*	0.00	0.00	0.00	0.08	0.17	0.04	0.13	0.36
Patch. — *Patch*	0.00	0.00	0.48	0.50	1.16	1.19	1.33	1.28
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	0.00	0.00	1.04	0.89	1.93	2.03	1.99	2.39
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0.00	0.00	0.00	0.04	0.02	0.10	0.13	0.09
Autres. — *Andere*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.02	0.20	0.17
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

Méthode — *Methode*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	43.08	40.75	43.90	42.54	44.23	45.94	49.48	57.69	0.00	0.00
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	3.92	2.70	4.34	3.91	3.88	3.47	3.09	5.13	0.00	0.00
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	5.07	4.91	6.27	6.23	8.95	9.86	12.37	8.97	0.00	0.00
Spermicides. — *Spermacide*	0.08	0.13	0.20	0.00	0.11	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00
Diaphragme. — *Pessarium*	0.05	0.11	0.20	0.16	0.11	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00
Préservatif. — *Condoom*	13.28	15.19	14.14	14.10	14.99	14.08	15.46	5.13	0.00	0.00
Pilule. — *Pil*	27.01	29.03	23.86	25.31	21.36	21.34	9.28	14.10	0.00	0.00
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0.41	0.19	0.32	0.41	0.32	0.11	0.00	1.28	0.00	0.00
DIU. — *IUD*	1.42	1.28	1.37	1.92	1.29	0.87	3.09	1.28	0.00	0.00
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0.25	0.24	0.44	0.49	0.22	0.43	0.00	0.00	0.00	0.00
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0.19	0.00	0.08	0.41	0.32	0.00	0.00	1.28	0.00	0.00
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Pilule du lendemain. — «*Morning after*»*pil*	1.67	1.23	1.24	0.86	1.29	1.30	0.00	1.28	0.00	0.00
Implant. — *Implant*	0.16	0.27	0.44	0.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Patch. — *Patch*	0.88	1.50	1.00	1.39	1.29	0.98	2.06	1.28	100.00	0.00
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	2.16	2.32	1.93	1.71	0.97	1.19	3.09	2.56	0.00	0.00
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0.08	0.08	0.16	0.04	0.22	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres. — *Andere*	0.25	0.08	0.12	0.12	0.43	0.11	2.06	0.00	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*										
Total général. — *Algemeen totaal*										

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. Nombre

2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat

2.2.1. Aantal

Méthode — *Methode*	Célibataire — *Ongehuwd*		Mariée — *Gehuwd*		Divorcée — *Gescheiden*		Veuve — *Weduwe*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	5 344	5 520	2 049	2 047	580	559	39	28
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	306	270	188	163	50	40	1	4
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	383	406	263	274	60	48	5	3
Spermicides. — *Spermacide*	9	7	3	2	1	1	0	0
Diaphragme. — *Pessarium*	16	16	8	5	0	3	0	0
Préservatif. — *Condoom*	1 983	2 102	640	610	155	151	4	13
Pilule. — *Pil*	4 112	4 312	1 328	1 350	366	348	14	20
Injection contraceptive. — *Prikpil*	39	49	15	20	4	3	0	0
DIU. — *IUD*	95	93	70	78	15	12	1	1
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	12	15	13	17	4	1	0	0
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	3	6	11	8	0	0	0	0
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0	0	1	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « *Morning after* »*pil*	203	230	50	39	27	18	1	2
Implant. — *Implant*	16	21	11	18	4	2	0	0
Patch. — *Patch*	115	125	78	95	7	12	0	1
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	250	268	68	81	27	30	3	0
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	11	11	3	2	1	2	1	0
Autres. — *Andere*	13	4	16	11	0	1	0	0
Total. — *Totaal*	12 910	13 455	4 815	4 820	1 301	1 231	69	72
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

2.2.2. Pourcentage

2.2.2. Percentage

Méthode — *Methode*	Célibataire — *Ongehuwd*		Mariée — *Gehuwd*		Divorcée — *Gescheiden*		Veuve — *Weduwe*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	41.39	41.03	42.55	42.47	44.58	45.41	56.52	38.89
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	2.37	2.01	3.90	3.38	3.84	3.25	1.45	5.56
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	2.97	3.02	5.46	5.68	4.61	3.90	7.25	4.17
Spermicides. — *Spermacide*	0.07	0.05	0.06	0.04	0.08	0.08	0.00	0.00
Diaphragme. — *Pessarium*	0.12	0.12	0.17	0.10	0.00	0.24	0.00	0.00
Préservatif. — *Condoom*	15.36	15.62	13.29	12.66	11.91	12.27	5.80	18.06
Pilule. — *Pil*	31.85	32.05	27.58	28.01	28.13	28.27	20.29	27.78
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0.30	0.36	0.31	0.41	0.31	0.24	0.00	0.00
DIU. — *IUD*	0.74	0.69	1.45	1.62	1.15	0.97	1.45	1.39
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0.09	0.11	0.27	0.35	0.31	0.08	0.00	0.00
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0.02	0.04	0.23	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Pilule du lendemain. — «*Morning after*»*pil*	1.57	1.71	1.04	0.81	2.08	1.46	1.45	2.78
Implant. — *Implant*	0.12	0.16	0.23	0.37	0.31	0.16	0.00	0.00
Patch. — *Patch*	0.89	0.93	1.62	1.97	0.54	0.97	0.00	1.39
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	1.94	1.99	1.41	1.68	2.08	2.44	4.35	0.00
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0.09	0.08	0.06	0.04	0.08	0.16	1.45	0.00
Autres. — *Andere*	0.10	0.03	0.33	0.23	0.00	0.08	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

2.3.1. Nombre

2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen

2.3.1. Aantal

Méthode — *Methode*	0		1		2		3	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	3 676	3 805	1 827	1 828	1 496	1 490	655	643
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	194	175	125	107	134	118	68	48
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	244	242	145	158	171	203	100	99
Spermicides. — *Spermacide*	3	7	4	2	5	1	1	0
Diaphragme. — *Pessarium*	14	9	3	6	3	5	0	3
Préservatif. — *Condoom*	1 570	1 598	504	542	438	475	201	181
Pilule. — *Pil*	2 658	2 794	1 324	1 361	1 138	1 111	465	524
Injection contraceptive. — *Prikpil*	12	27	17	15	15	16	7	10
DIU. — *IUD*	34	38	46	36	57	73	30	22
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	3	5	4	5	12	10	7	10
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	1	1	1	4	7	5	2	1
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0	0	0	0	1	0	0	0
Pilule du lendemain. — « *Morning after* »*pil*	162	178	57	50	41	46	16	13
Implant. — *Implant*	10	6	5	11	5	10	9	10
Patch. — *Patch*	77	68	44	56	37	51	20	39
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	180	181	72	79	61	73	26	31
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	7	10	4	1	3	3	1	0
Autres. — *Andere*	6	1	10	5	9	8	2	2
Total. — *Totaal*	8 851	9 145	4 192	4 266	3 633	3 698	1 610	1 636
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

|

Méthode — *Methode*	4		5		Plus 5 — *Meer dan 5*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	238	271	81	81	39	36
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	16	21	6	5	2	3
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	40	20	10	6	1	3
Spermicides. — *Spermacide*	0	0	0	0	0	0
Diaphragme. — *Pessarium*	3	1	1	0	0	0
Préservatif. — *Condoom*	56	60	8	16	5	4
Pilule. — *Pil*	161	163	47	50	27	27
Injection contraceptive. — *Prikpil*	4	2	1	1	2	1
DIU. — *IUD*	11	11	2	4	1	0
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	2	1	1	2	0	0
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	3	1	0	1	0	1
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « *Morning after* »*pil*	5	1	0	0	0	1
Implant. — *Implant*	1	3	1	1	0	0
Patch. — *Patch*	17	15	3	2	2	2
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	6	10	3	5	0	0
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0	1	1	0	0	0
Autres. — *Andere*	2	0	0	0	0	0
Total. — *Totaal*	565	581	165	174	79	78
Pas de réponse. — *Geen antwoord*						
Total général. — *Algemeen totaal*						

2.3.2. Pourcentage

2.3.2. Percentage

Méthode — *Methode*	0		1		2		3	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	41.53	41.61	43.58	42.85	41.18	40.29	40.68	39.30
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	2.19	1.91	2.98	2.51	3.69	3.19	4.22	2.93
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	2.76	2.65	3.46	3.70	4.71	5.49	6.21	6.05
Spermicides. — *Spermacide*	0.03	0.08	0.10	0.05	0.14	0.03	0.06	0.00
Diaphragme. — *Pessarium*	0.16	0.10	0.07	0.14	0.08	0.14	0.00	0.18
Préservatif. — *Condoom*	17.74	17.47	12.02	12.71	12.06	12.84	12.48	11.06
Pilule. — *Pil*	30.03	30.55	31.58	31.90	31.32	30.04	28.88	32.03
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0.14	0.30	0.41	0.35	0.41	0.43	0.43	0.61
DIU. — *IUD*	0.38	0.42	1.10	0.84	1.57	1.97	1.86	1.34
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0.03	0.05	0.10	0.12	0.33	0.27	0.43	0.61
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0.01	0.01	0.02	0.09	0.19	0.14	0.12	0.06
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00
Pilule du lendemain. — « *Morning after* »*pil*	1.83	1.95	1.36	1.17	1.13	1.24	0.99	0.79
Implant. — *Implant*	0.11	0.07	0.12	0.26	0.14	0.27	0.56	0.61
Patch. — *Patch*	0.87	0.74	1.05	1.31	1.02	1.38	1.24	2.38
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	2.03	1.98	1.72	1.85	1.68	1.97	1.61	1.89
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0.08	0.11	0.10	0.02	0.08	0.08	0.06	0.00
Autres. — *Andere*	0.07	0.01	0.24	0.12	0.25	0.22	0.12	0.12
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*								
Total général. — *Algemeen totaal*								

Méthode — *Methode*	4		5		Plus 5 — *Meer dan 5*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	42.12	46.64	49.09	46.55	49.37	46.15
Coït interrompu. — *Coïtus interruptus*	2.83	3.61	3.64	2.87	2.53	3.85
Abstinence périodique. — *Periodieke onthouding*	7.08	3.44	6.06	3.45	1.27	3.85
Spermicides. — *Spermacide*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Diaphragme. — *Pessarium*	0.53	0.17	0.61	0.00	0.00	0.00
Préservatif. — *Condoom*	9.91	10.33	4.85	9.20	6.33	5.13
Pilule. — *Pil*	28.50	28.06	28.48	28.74	34.18	34.62
Injection contraceptive. — *Prikpil*	0.71	0.34	0.61	0.57	2.53	1.28
DIU. — *IUD*	1.95	1.89	1.21	2.30	1.27	0.00
Stérilisation homme. — *Sterilisatie man*	0.35	0.17	0.61	1.15	0.00	0.00
Stérilisation femmes. — *Sterilisatie vrouw*	0.53	0.17	0.00	0.57	0.00	1.28
Stérilisation des deux. — *Sterilisatie beiden*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Pilule du lendemain. — «*Morning after"pil*	0.88	0.17	0.00	0.00	0.00	1.28
Implant. — *Implant*	0.18	0.52	0.61	0.57	0.00	0.00
Patch. — *Patch*	3.01	2.58	1.82	1.15	2.53	2.56
Anneau vaginal. — *Vaginale ring*	1.06	1.72	1.82	2.87	0.00	0.00
Méthode N.FR.P. — *N.F.P.-methode*	0.00	0.17	0.61	0.00	0.00	0.00
Autres. — *Andere*	0.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Pas de réponse. — *Geen antwoord*						
Total général. — *Algemeen totaal*						

3. Méthode d'interruption de grossesse

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre

3. Methode van zwangerschapsafbreking

3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwikkelingen

3.1.1. Aantal

Complication — *Verwikkeling*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostaglandine — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	13 823	14 042	1 094	1 138	93	77
Hémorragie. — *Bloedverlies*	17	19	15	15	3	1
Perforation. — *Perforatie*	6	7	6	7	0	0
Déchirure. — *Cervixscheur*	6	3	9	9	0	0
Autres. — *Andere*	33	34	0	0	1	1
Total. — *Totaal*	13 885	14 105	1 124	1 169	97	79

Complication — *Verwikkeling*	Mifépristone — *Mifepristone*		Mifépr. + curetage — *Mifepr.+curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	3 880	4 101	49	36	23	24
Hémorragie. — *Bloedverlies*	9	11	1	4	0	1
Perforation. — *Perforatie*	0	0	0	0	0	0
Déchirure. — *Cervixscheur*	1	0	0	0	0	0
Autres. — *Andere*	21	45	2	1	3	2
Total. — *Totaal*	3 911	4 157	52	41	26	27

3.1.2. Pourcentage

3.1.2. Percentage

Complication — *Verwikkeling*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostaglandine — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	99.55	99.55	97.33	97.35	95.88	97.47
Hémorragie. — *Bloedverlies*	0.12	0.13	1.33	1.28	3.09	1.27
Perforation. — *Perforatie*	0.04	0.05	0.53	0.60	0.00	0.00
Déchirure. — *Cervixscheur*	0.04	0.02	0.80	0.77	0.00	0.00
Autres. — *Andere*	0.24	0.24	0.00	0.00	1.03	1.27
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Complication — *Verwikkeling*	Mifépristone — *Mifepristone*		Mifér.+curetage — *Mifepr.+curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	99.21	98.65	94.23	87.80	88.46	88.89
Hémorragie. — *Bloedverlies*	0.23	0.26	1.92	9.76	0.00	3.70
Perforation. — *Perforatie*	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Déchirure. — *Cervixscheur*	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres. — *Andere*	0.54	1.08	3.85	2.44	11.54	7.41
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie.

3.2.1. Nombre

3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving

3.2.1. Aantal

Anesthésie — *Verdoving*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostaglandine — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	271	206	47	45	66	47
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	12 564	12 694	264	256	20	26
Narcose. — *Narcose*	1 049	1 203	812	867	8	4
Autres. — *Andere*	1	2	1	1	3	2
Total. — *Totaal*	13 885	14 105	1 124	1 169	97	79

Anesthésie — *Verdoving*	Mifépristone — *Mimifepristone*		Mifépr. + curetage — *Mifepr.+ curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	3 816	4 072	10	7	13	17
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	84	74	21	17	7	7
Narcose. — *Narcose*	10	5	21	17	2	2
Autres. — *Andere*	1	6	0	0	4	1
Total. — *Totaal*	3 911	4 157	52	41	26	27

3.2.2. Pourcentage

3.2.2. Percentage

Anesthésie — *Verdoving*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostaglandine — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	1.95	1.46	4.18	3.85	68.04	59.49
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	90.49	90.00	23.49	21.90	20.62	32.91
Narcose. — *Narcose*	7.55	8.53	72.24	74.17	8.25	5.06
Autres. — *Andere*	0.01	0.01	0.09	0.09	3.09	2.53
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Anesthésie — *Verdoving*	Mifépristone — *Mifepristone*		Mifépr. + curetage — *Mifepr.+ curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	97.57	97.96	19.23	17.07	50.00	62.96
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	2.15	1.78	40.38	41.46	26.92	25.93
Narcose. — *Narcose*	0.26	0.12	40.38	41.46	7.69	7.41
Autres. — *Andere*	0.03	0.14	0.00	0.00	15.38	3.70
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge.

3.3.1. Nombre

3.3. Methode van zwangerschapsafbrekingen leeftijdscategorieën

3.3.1. Aantal

Méthode — *Methode*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	76	65	1 933	1 966	3 516	3 659	3 166	3 286
Curetage. — *Curettage*	7	6	145	163	264	286	256	282
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	0	0	9	6	14	11	29	25
Mifépristone. — *Mifepristone*	13	16	412	432	1 009	1 063	1 050	1 077
Mifépristone + curetage. — *Mifepr,+curettage*	0	0	6	8	8	7	9	10
Autres. — *Andere*	0	0	1	0	1	1	5	8
Total. — *Totaal*	96	87	2 506	2 575	4 812	5 027	4 515	4 688

Méthode — *Methode*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	2 621	2 607	1 835	1 813	665	650	73	59	0	0
Curetage. — *Curettage*	225	236	159	146	61	45	6	5	1	0
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	26	21	11	11	8	5	0	0	0	0
Mifépristone. — *Mifepristone*	752	857	471	477	187	220	17	14	0	0
Mifépristone + curetage. — *Mifepr,+curettage*	17	11	7	4	4	1	1	0	0	0
Autres. — *Andere*	10	13	7	3	2	2	0	0	0	0
Total. — *Totaal*	3 651	3 745	2 490	2 454	927	923	97	78	1	0

3.3.2. Pourcentage

Méthode — *Methode*	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	79.17	74.71	77.13	76.35	73.07	72.79	70.12	70.09
Curetage. — *Curettage*	7.29	6.90	5.79	6.33	5.49	5.69	5.67	6.02
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	0.00	0.00	0.36	0.23	0.29	0.22	0.64	0.53
Mifépristone. — *Mifepristone*	13.54	18.39	16.44	16.78	20.97	21.15	23.26	22.97
Mifépristone + curetage. — *Mifepr,+curettage*	0.00	0.00	0.24	0.31	0.17	0.14	0.20	0.21
Autres. — *Andere*	0.00	0.00	0.04	0.00	0.02	0.02	0.11	0.17
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

PS. : La femme de 55 ans non reprise dans les tableaux (2011) a reçu de la mifépristone.

3.3.2. Percentage

Méthode — *Methode*	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	71.79	69.61	73.69	73.88	71.74	70.42	75.26	75.64	0.00	0.00
Curetage. — *Curettage*	6.16	6.30	6.39	5.95	6.58	4.88	6.19	6.41	100.00	0.00
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	0.71	0.56	0.44	0.45	0.86	0.54	0.00	0.00	0.00	0.00
Mifépristone. — *Mifepristone*	20.60	22.88	18.92	19.44	20.17	23.84	17.53	17.95	0.00	0.00
Mifépristone + curetage. — *Mifepr,+curettage*	0.47	0.29	0.28	0.16	0.43	0.11	1.03	0.00	0.00	0.00
Autres. — *Andere*	0.27	0.35	0.28	0.12	0.22	0.22	0.00	0.00	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

PS. : Bij de 55-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2011) werd mifepristone toegepast.

3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation

3.4.1. Nombre

3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur

3.4.1. Aantal

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostaglandione — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	12 904	13 207	283	307	41	32
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	968	874	824	850	23	17
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	13	24	17	12	33	30
Total. — *Totaal*	13 885	14 105	1 124	1 169	97	79

Hospitalisation — *Opnameduur*	Mifépristone — *Mifepristone*		Mifépr. + curetage — *Mifepr. + curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	3 581	3 903	24	20	0	1
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	281	219	23	14	9	11
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	49	35	5	7	17	15
Total. — *Totaal*	3 911	4 157	52	41	26	27

3.4.2. Pourcentage

3.4.2. Percentage

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aspiration — *Aspiratie*		Curetage — *Curettage*		Prostalglandine — *Prostaglandine*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	92.93	93.63	25.18	26.26	42.27	40.51
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	6.97	6.20	73.31	72.71	23.71	21.52
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	0.09	0.17	1.51	1.03	34.02	37.97
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Hospitalisation — *Opnameduur*	Mifépristone — *Mifepristone*		Mifépr. + curetage — *Mifepr. + curettage*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	91.56	93.89	46.15	48.78	0.00	3.70
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	7.18	5.27	44.23	34.15	34.62	40.74
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	1.25	0.84	9.62	17.07	65.38	55.56
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

4. Durée d'hospitalisation

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre

4. Opnameduur

4.1. Opnameduur en verdoving

4.1.1. Aantal

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aucune — *Geen*		Loco-régionale — *Loco-regionaal*		Narcose — *Narcose*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	3 863	4 109	12 673	12 773	296	586	1	2
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	321	243	226	249	1 579	1 487	2	6
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	39	42	61	52	27	25	7	4
Total. — *Totaal*	4 223	4 394	12 960	13 074	1 902	2 098	10	12

4.1.2. %

4.1.2. %

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aucune — *Geen*		Loco-régionale — *Loco-regionaal*		Narcose — *Narcose*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	91.48	93.51	97.79	97.70	15.56	27.93	10.00	16.67
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	7.60	5.53	1.74	1.90	83.02	70.88	20.00	50.00
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	0.92	0.96	0.47	0.40	1.42	1.19	70.00	33.33
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2.1. Nombre

4.2. Opnameduur en verwikkelingen

4.2.1. Aantal

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aucune — *Geen*		Hémorragie — *Bloedverlies*		Perforation — *Perforatie*		Déchirure — *Cervixscheur*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	16 777	17 393	13	20	3	5	3	2	37	50
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	2 074	1 923	23	23	6	5	12	10	13	24
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	111	102	9	8	3	4	1	0	10	9
Total. — *Totaal*	18 962	19 418	45	51	12	14	16	12	60	83

4.2.2. %

4.2.2. %

Hospitalisation — *Opnameduur*	Aucune — *Geen*		Hémorragie — *Bloedverlies*		Perforation — *Perforatie*		Déchirure — *Cervixscheur*		Autres — *Andere*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	88.48	89.57	28.89	39.22	25.00	35.71	18.75	16.67	61.67	60.24
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	10.94	9.90	51.11	45.10	50.00	35.71	75.00	83.33	21.67	28.92
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	0.59	0.53	20.00	15.69	25.00	28.57	6.25	0.00	16.67	10.84
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

5. Hôpital ou centre

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre

5. Ziekenhuis of centrum

5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw

5.1.1. Aantal

Domicile — *Woonplaats*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*		Nombre d'IVG — *Aantal abortussen*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Anvers. — *Antwerpen*	44	43	2 919	3 020	2 963	3 063
Flandre occidentale. — *West-Vlaanderen*	39	40	1 093	1 168	1 132	1 208
Flandre orientale. — *Oost-Vlaanderen*	142	176	1 555	1 611	1 697	1 787
Hainaut. — *Henegouwen*	1 386	1 293	989	1 312	2 375	2 605
Liège. — *Luik*	606	701	1 540	1 246	2 146	1 947
Limbroug. — *Limburg*	17	21	971	968	988	989
Lucembourg. — *Luxemburg*	39	35	387	385	426	420
Namur. — *Namen*	64	105	710	708	774	813
Brabant flamand. — *Vlaams-Brabant*	188	141	881	1 017	1 069	1 158
Brabant wallon. — *Waals-Brabant*	122	155	466	547	588	702
Bruxelles-Capitale. — *Brussel-Hoofdstad*	985	938	3 770	3 825	4 755	4 763
À l'étranger. — *Buitenland*	20	19	162	104	182	123
Total. — *Totaal*	3 652	3 667	15 443	15 911	19 095	19 578

5.1.2. Pourcentage (*)

5.1.2. Percentage (*)

Domicile — *Woonplaats*	Hôpital — *Ziekenhuis* 2010	Centre — *Centrum* 2010	Total — *Totaal*	Hôpital — *Ziekenhuis* 2011	Centre — *Centrum* 2011	Total — *Totaal*
Anvers. — *Antwerpen*	1.48	98.52	100,00	1.40	98.60	100,00
Flandre occidentale. — *West-Vlaanderen*	3.45	96.55	100,00	3.31	96.69	100,00
Flandre orientale. — *Oost-Vlaanderen*	8.37	91.63	100,00	9.85	90.15	100,00
Hainaut. — *Henegouwen*	58.36	41.64	100,00	49.64	50.36	100,00
Liège. — *Luik*	28.24	71.76	100,00	36.00	64.00	100,00
Limbroug. — *Limburg*	1.72	98.28	100,00	2.12	97.88	100,00
Lucembourg. — *Luxemburg*	9.15	90.85	100,00	8.33	91.67	100,00
Namur. — *Namen*	8.27	91.73	100,00	12.92	87.08	100,00
Brabant flamand. — *Vlaams-Brabant*	17.59	82.41	100,00	12.18	87.82	100,00
Brabant wallon. — *Waals-Brabant*	20.75	79.25	100,00	22.08	77.92	100,00
Bruxelles-Capitale. — *Brussel-Hoofdstad*	20.72	79.28	100,00	19.69	80.31	100,00
À l'étranger. — *Buitenland*	10.99	89.01	100,00	15.45	84.55	100,00
Total. — *Totaal*						

(*) = pourcentage par rapport au nombre d'interruptions de grossesse par province.

(*) = percentage ten overstaan van het aantal zwangerschapsafbrekingen per provincie.

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën

5.2.1. Nombre

5.2.1. Aantal

Institution — *Instelling*	10-14		15-19		20-24	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	10	20	429	411	826	825
Centre. — *Centrum*	86	67	2 077	2 164	3 986	4 202
Total. — *Totaal*	96	87	2 506	2 575	4 812	5 027

Institution — *Instelling*	25-29		30-34		35-39	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	893	952	759	732	518	532
Centre. — *Centrum*	3 622	3 736	2 892	3 013	1 972	1 922
Total. — *Totaal*	4 515	4 688	3 651	3 745	2 490	2 454

Institution — *Instelling*	40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	202	183	15	12	0	0
Centre. — *Centrum*	725	740	82	66	1	0
Total. — *Totaal*	927	923	97	78	1	0

PS. : La femme de 55 ans non reprise dans les tableaux (2011) a interrompu sa grossesse dans un centre.

PS. : de 55-jarige vrouw die niet voorkomt in deze tabellen (2011), liet de zwangerschapsafbreking uitvoeren in een centrum.

5.2.2. Pourcentage

5.2.2. Percentage

Institution — *Instelling*	10-14		15-19		20-24	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	10.42	22.99	17.12	15.96	17.17	16.41
Centre. — *Centrum*	89.58	77.01	82.88	84.04	82.83	83.59
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Institution — *Instelling*	25-29		30-34		35-39	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	19.78	20.31	20.79	19.55	20.80	21.68
Centre. — *Centrum*	80.22	79.69	79.21	80.45	79.20	78.32
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Institution — *Instelling*	40-44		45-49		50-54	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	21.79	19.83	15.46	15.38	0.00	0.00
Centre. — *Centrum*	78.21	80.17	84.54	84.62	100.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre

5.3. Ziekenhuis of centrum en verwikkelingen

5.3.1. Aantal

Complication — *Verwikkeling*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	3 607	3 608	15 355	15 810
Hémorragie. — *Bloedverlies*	20	19	25	32
Perforation. — *Perforatie*	1	3	11	11
Déchirure. — *Scheur*	4	1	12	11
Autres. — *Andere*	20	36	40	47
Total. — *Totaal*	3 652	3 667	15 443	15 911

5.3.2. %

5.3.2. %

Complication — *Verwikkeling*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	98.77	98.39	99.43	99.37
Hémorragie. — *Bloedverlies*	0.55	0.52	0.16	0.20
Perforation. — *Perforatie*	0.03	0.08	0.07	0.07
Déchirure. — *Scheur*	0.11	0.03	0.08	0.07
Autres. — *Andere*	0.55	0.98	0.26	0.30
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre

5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

5.4.1. Aantal

Durée d'hospitalisation — *Opnameduur*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	1 778	2 028	15 055	15 442
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	1 745	1 522	383	463
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	129	117	5	6
Total. — *Totaal*	3 652	3 667	15 443	15 911

5.4.2. %

5.4.2. %

Durée d'hospitalisation — *Opnameduur*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Ambulatoire. — *Ambulant*	48.69	55.30	97.49	97.05
24 heures ou moins. — *24 uur of minder*	47.78	41.51	2.48	2.91
Plus de 24 heures. — *Meer dan 24 uur*	3.53	3.19	0.03	0.04
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00

5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse.

5.5.1. Nombre

5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

5.5.1. Aantal

Méthode — *Methode*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	1 826	1 787	12 059	12 318
Curetage. — *Curettage*	589	535	535	634
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	73	64	24	15
Mifépristone. — *Mifepristone*	1 112	1 233	2 799	2 924
Mifépristone + curetage. — *Mifepristone+curettage*	26	21	26	20
Autres. — *Andere*	26	27	0	0
Total. — *Totaal*	3 652	3 667	15 443	15 911

5.5.2. Pourcentage

5.5.2. Percentage

Méthode — *Methode*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aspiration. — *Aspiratie*	50.00	48.73	78.09	77.42
Curetage. — *Curettage*	16.13	14.59	3.46	3.98
Prostaglandine. — *Prostaglandine*	2.00	1.75	0.16	0.09
Mifépristone. — *Mifepristone*	30.45	33.62	18.12	18.38
Mifépristone + curetage. — *Mifepristone+curettage*	0.71	0.57	0.17	0.13
Autres. — *Andere*	0.71	0.74	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6.1. Nombre

5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving

5.6.1. Aantal

Anesthésie — *Verdoving*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	1 269	1 303	2 954	3 091
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	818	666	12 142	12 408
Narcose. — *Narcose*	1 555	1 686	347	412
Autres. — *Andere*	10	12	0	0
Total. — *Totaal*	3 652	3 667	15 443	15 911

5.6.2. %

5.6.2. %

Anesthésie — *Verdoving*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Aucune. — *Geen*	34.75	35.53	19.13	19.43
Loco-régionale. — *Loco-regionaal*	22.40	18.16	78.62	77.98
Narcose. — *Narcose*	42.58	45.98	2.25	2.59
Autres. — *Andere*	0.27	0.33	0.00	0.00
Total. — *Totaal*	100.00	100.00	100.00	100.00

5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines

Nombre

5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken

Aantal

Après 12 semaines — *Na 12 weken*	Hôpital — *Ziekenhuis*		Centre — *Centrum*	
	2010	2011	2010	2011
Danger pour la mère. — *Gevaar voor de moeder*	4	12	0	0
Danger pour l'enfant. — *Gevaar voor het kind*	120	95	0	0
Danger pour la mère + l'enfant. — *Gevaar voor moeder + kind*	1	2	0	0
Total. — *Totaal*	125	109	0	0

Après 12 semaines — *Na 12 weken*	Danger pour la mère — *Gevaar voor de moeder*		Danger pour l'enfant — *Gevaar voor het kind*		Danger pour la mère + l'enfant — *Gevaar voor moeder + kind*	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Hôpital. — *Ziekenhuis*	4	12	120	95	1	2
Centre. — *Centrum*	0	0	0	0	0	0
Total. — *Totaal*	4	12	120	95	1	2

Annexe 1

Remarques concernant la sous-rubrique « autres » du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.

1. Les « autres » situations de détresse

Les situations de détresse invoquées à la rubrique « autres » représentent, pour l'année 2010, 511 réponses et pour l'année 2011, 406 réponses.

Comme lors des précédents rapports, la raison la plus souvent invoquée pour ces deux années est « Pas prête — pas de souhait d'enfant », suivi de « Culture — religion », « Problèmes liés au géniteur » et « Accouchement trop récent — enfant(s) en bas-âge ».

Ensuite, les autres raisons invoquées sont « Divers », « Santé et prise de médicaments », « Enfant(s) malade(s) ou handicapé(s) » et « Situation sociale ».

« Addiction (à la drogue ou l'alcool, ...) » et « Problèmes administratifs » sont des raisons moins fréquemment invoquées.

Bijlage 1

Toelichting bij de sub-rubriek « andere » in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking

1. « Andere » noodsituaties

Voor het jaar 2010 en 2011 werd de rubriek, « andere » resp. 511 en 406 keer ingevuld.

Zoals blijkt uit de vorige verslagen zijn de meest ingeroepen redenen voor beide jaren nog altijd « niet klaar/geen kinderwens », gevolgd door culturele/religieuze redenen, allerlei problemen in hoofde van de verwekker van het kind en te recente bevalling of kinderen op te jonge leeftijd.

Vervolgens zijn de ingeroepen redenen : andere, gezondheidsproblemen en medicatie, zieke of gehandicapte kinderen en de sociale situatie.

Drugs- en alcoholverslaving en administratieve problemen zijn minder frequent ingeroepen redenen.

Raisons invoquées — *Meest ingeroepen redenen*	2010	2011
Pas prête. — *Niet klaar*/Pas de souhait d'enfant. — *Geen kinderwens*	199	100
Culture. — *Cultuur*/Religion. — Religie	85	77
Problèmes liés au géniteur (pas libre, doute sur la paternité, problème de santé, décès, emprisonnement, violence, âge, ... — *Problemen in hoofde van de verwekker (verwekker niet vrij, twijfel omtrent het vaderschap, gezondheidsproblemen, overlijden, in de gevangenis, leeftijd, enz.)*	79	67
Accouchement(s)s trop récent(s) — enfnt(s) en bas-âge. — *Te recente bevallingen, kinderen op jonge leeftijd*	49	49
Enfant(s) malad(s) ou handicapé(s). — *Zieke of gehandicapte kinderen, enz.*	18	19
Situation sociale. — *Sociale situatie*	20	11
Santé et prise de médicaments. — *Gezondheid en medicatie*	27	27
Addictions (drogues, alcool, ...). — *Drugs — en alcoholverslaving*	9	7
Problèmes administratifs. — administratie*ve problemen*	2	12
Divers (décès d'un proche, viol, prostitution, enfant(s) placé(s), reprise d'études, incarcération, ...). — *Andere : overlijden van een naaste, verkrachting, prostitutie, geplaatste kinderen, hernemen van studies, vrouw in gevangenis*	23	37
Total. — *Totaal*	511	406
Total global. — *Globaal totaal*	917	

2. Les « autres » méthodes de contraception

La rubrique « autre » est fréquemment utilisée quand le médecin déclare plus d'une méthode.

Ces autres méthodes sont les suivantes : diminution de la fertilité, suppositoire vaginal, méthode naturelle des glaires, homme supposé vasectomisé, douche vaginale, ménopause, allaitement (+ cérazette), méthode du calendrier, progestatif seul, CLIPS.

3. Les « autres » méthodes d'interruption de grossesse

Après élimination des cas qui auraient dû être repris dans une rubrique spécifique, les autres méthodes invoquées sont les suivantes :

— mifépristone + misoprostol (cytotec);

— mifépristone + prostaglandine,

— cytotec;

— cytotec + induction;

— foeticide + cytotec;

— prostaglandine + curetage.

4. Les « autres » méthodes d'anesthésie

Cette rubrique a été complétée avec les méthodes suivantes : Epidurale (péridurale), rachianesthésie, anésthésie générale, PCB, pompe à morphine, CLEA.

5. Les « autres » complications

Les autres complications sont les suivantes : Rétention placentaire, rétention et infection, réaction/syncope vagale, pyrexie post RU, souffrances psychologiques, échec de la méthode médicamenteuse, échec de l'aspiration, dilatation du col insuffisante ou impossible, désaturation, crise de tachycardie et syncope, cervix sténose, perforation, malaise, hyperthermie, embryon inaccessible à la sonde, douleurs, délivrance manuelle, élimination du 2e embryon.

Annexe 2

Les interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines.

Le rapport statistique traite de ces données dans la deuxième partie du rapport (« tabulations croisées »).

L'article 350, 4°, du Code pénal stipule que l'interruption de grossesse peut être pratiquée au-delà du délai de douze semaines sous les conditions prévues à l'article 350, 1°, *b)*, 2° et 3° du même Code, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En 2010, 125 interruptions de grossesse pratiquées au-delà du délai de 12 semaines ont été enregistrées : 4 pour cause de péril

2. « Andere » anticonceptiemethoden

De rubriek « andere » wordt gebruikt wanneer de arts meer dan één gegeven invult.

Worden als « andere » anticonceptiemethoden opgegeven : subfertiliteit, vaginale ovule, natuurlijke methode : cervixslijm, man met vasectomie, vaginale douche, menopauze, borstvoeding (+cerazette), kalendermethode, progestatief, clips.

3. « Andere » methoden van zwangerschapsafbreking

Na eliminatie van de gevallen die onder een specifieke, op het registratieformulier voorziene, rubriek kunnen staan zijn er volgende vermeldingen :

— mifepristone + misoprostol (cytotec);

— mifepristone + prostaglandine;

— cytotec;

— cytotec + inductie;

— foeticide + cytotec;

— prostaglandine + curettage.

4. « Andere » methoden van verdoving

In deze rubriek werden als « andere » ingevuld : epidurale, rachianesthesie, algemene anesthesie, PCB, pijnpomp morfine, CLEA.

5. « Andere » verwikkelingen

« Andere » verwikkelingen zijn onder meer : placentaretentie, retentie en infectie, vagale reactie, vagale syncope, pyrexie post RU, psychologisch lijden, mislukken medicamenteuze methode, mislukken aspiratie, dilatatie onmogelijk of onvoldoende, desaturatie, crisis tachycardie syncope, cervixstenose, perforatie, malaise, hyperthermie, embryo onbereikbaar voor sonde, pijn, manuele verlossing, 2e vruchtverwijdering.

Bijlage 2

Zwangerschapsafbrekingen na een periode van twaalf weken

Het statistisch verslag behandelt dit gegeven in deel twee van het verslag (« Gekruiste tabellen »).

Overeenkomstig artikel 350, 4° van het Strafwetboek kan na de termijn van twaalf weken de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald bij artikel 350, 1°, *b)*, 2° en 3° van hetzelfde wetboek slechts worden afgebroken, indien het voltooien van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose.

In 2010 werd ons de uitvoering na de termijn van 12 weken meegedeeld van 4 zwangerschapsafbrekingen omwille van ernstig

grave pour la santé de la femme, 120 en raison d'affections graves ou incurables de l'enfant, 1 en raison d'une combinaison de risques pour la mère et l'enfant.

En 2011, 109 interruptions de grossesse pratiquées au-delà du délai de 12 semaines ont été enregistrées : 12 pour cause de péril grave pour la santé de la femme, 95 en raison d'affections graves ou incurables de l'enfant, 2 en raison d'une combinaison de risques pour la mère et l'enfant.

Selon les documents d'enregistrement, les raisons invoquées pour pratiquer ces interruptions de grossesse sont les suivantes :

1. Péril grave pour la femme

— Maladie cardiaque — présence d'une valve mécanique;

— Anémie;

— Lymphôme de Hodgkin — cancer du sein;

— Chorioamniotite;

— Atteinte neurologique sévère;

— Pré-éclampsie sévère.

2. Affections graves ou incurables de l'enfant

2.1. Affections chromosomiques :

— Anomalie chromosomique lourde et monosomie;

— Anomalie chromosomique du cerveau;

— Mosaïcisme;

— Syndrome de délétion 22Q11;

— Syndrôme de Di George;

— Syndrôme de Klinfelter XXY;

— Syndrôme de Turner (grand hygroma colli);

— Triploïdie 69 XXY;

— Trisomie 13 (syndrôme de Patau);

— Trisomie 15 (syndrôme de Prader-Willi);

— Trisomie 18 (syndrôme d'Edwards);

— Trisomie 21 (syndrôme de Down).

2.2. Malformations

2.2.1. Cœur et poumon

— Aplasie pulmonaire;

— Atrésie pulmonaire (MAPCA);

— Cardiomyopathie létale;

— Hypoplasie du ventricule gauche;

— Jumeau acardiaque;

gevaar voor de gezondheid van de vrouw, 120 omwille van de uiterst zware kwaal voor het kind en 1 geval waarbij zowel moeder als kind gevaar liepen.

In 2011 werd ons de uitvoering na de termijn van 12 weken meegedeeld van 12 zwangerschappen afgebroken omwille van ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw, 95 omwille van de uiterst zware kwaal voor het kind en 2 gevallen waarbij zowel moeder als kind gevaar liepen.

Bij onderzoek van de registratiedocumenten, blijkt dat als uiterst zware ongeneeslijke kwaal waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt, volgende elementen worden opgegeven :

1. Ernstig gevaar voor de vrouw

— Hartziekte — aanwezigheid van een mechanische klep;

— Bloedarmoede;

— Ziekte van Hodgkin — borstkanker;

— Chorioamnionitis;

— Ernstige neurologische aandoening;

— Ernstige zwangerschapsvergiftiging.

2. Ernstige of ongeneeslijke aandoeningen bij het kind

2.1. Chromosomale aandoeningen

— Zware chromosomale afwijkingen en monosomie;

— Chromosomale hersenanomalie;

— Mozaïcisme;

— Deletie 22Q11 syndroom;

— Di George syndroom;

— Klinefeltersyndroom XXY;

— Turnersyndroom (groot hygroma colli);

— Triploïdie 69 XYY;

— Trisomie 13 (syndroom van Patau);

— Trisomie 15 (syndroom van Prader-Willi);

— Trisomie 18 (syndroom van Edwards);

— Trisomie 21 (syndroom van Down).

2.2. Afwijkingen

2.2.1. Hart en longen

— Longaplasie;

— Pulmonalis atresie (MAPCA);

— Letale cardiomyopathie;

— Hypoplastisch linker hartsyndroom;

— Tweeling zonder hart;

— Malformation cardiaque létale;

— Malformation cardiaque lourde et paroi abdominale défectueuse;

— Mucoviscidose.

2.2.2. Squelette

— Absence de colonne dorsale et lombaire et membres inférieurs hypertrophiés et fixés;

— Achondroplasie;

— Dysplésie squelettique;

— Nanisme + malformation très importante des membres;

— Nanisme thanatophore;

— Syndrôme de Pfeiffer;

— Syndrôme de Treacher Collins.

2.2.3. Reins

— Absence d'un rein et présence d'une tumeur multikystique sur le rein présent;

— Agénésie rénale bilatérale;

— Dysplasie rénale bilatérale;

— Hydronéphrose;

— Polykystose rénale bilatérale;

— Syndrôme de Potter;

— Vessie hypertrophiée.

2.2.4. Système nerveux central

— Spina-bifida (acromnion).

2.2.5. Crâne et cerveau

— Acranie;

— Anencéphalie;

— Encéphalocèle;

— Exencéphalie;

— Holoprosencéphalie;

— Hydrocéphalie sévère;

— Malformation cérébrale fœtale;

— Microcéphalie;

— Syndrôme de Dandy-Walker.

2.2.6. Malformations diverses

— Anamnios;

— Anamnios par rupture des membranes;

— Anasarque fœtale + syndrôme polymalformatif;

— Anhydramnios;

— Zware hartafwijking;

— Zware hartafwijking en uitgebreid buikwanddefect;

— Mucoviscidose.

2.2.2. Ziekten van het skelet

— Afwezigheid van ruggegraat en lage rug, mismaakte onderste ledematen;

— Achondroplasie;

— Skeletdysplasie;

— Nanisme, zeer ernstige afwijkingen van de ledematen;

— Thanatofore dwerg;

— Pfeiffer syndroom;

— Treacher Collins syndroom.

2.2.3. Nierziekten

— 1 nier ontbreekt en andere heeft multikystische tumor;

— Bilaterale renale agenesie;

— Bilaterale nierdysplasie;

— Hydronefrose;

— Bilaterale polikystische nieren anurie;

— Syndroom van Potter;

— Megablaas.

2.2.4. Ziekten van het centrale zenuwstelsel

— Spina bifida (acromion).

2.2.5. Ziekten van de schedel en de hersenen

— Acranie;

— Anencefalie;

— Encefalocoele;

— Exencefalie;

— Holoprosencefalie;

— Zware hydrocefalie;

— Foetale hersenafwijking;

— Microcefalie;

— Dandy Walker syndroom.

2.2.6. Diverse aandoeningen

— Anamnios;

— Anamnios door gebroken vliezen;

— Fœtale anasarc+ polymalformatief syndroom;

— Anhydramnios;

— Agénésie complète du bras gauche;

— Drépanocytose du fœtus SS;

— Exencéphalie + myélocèle + omphalocèle;

— Grossesse molaire;

— Hernia diafragmatica;

— Holoprosencéphalie + polydactilie;

— Hydronéphrose + anhydramnios;

— Hydrops fœtalis;

— Hydrops sévère + anamnios;

— Hygroma colli;

— Hypoplasie rénale bilatérale (Syndrôme de Potter) + hypoplasie pulmonaire bilatérale;

— Laparoschisis;

— Limb Body Wall Complex (LBWC);

— Maladie de Duchene;

— Maladie de Leigh;

— Maladie de Steinert;

— Malformation squelettique sérieuse avec hypoplasie pulmonaire sévère;

— Myélocystocèle + encéphalocèle;

— Omphalocèle (foie, intestin, estomac);

— Pentalogie de Cantrell;

— Polydactylie;

— Polymalformations;

— PROM (Preterm rupture of the outer membranes) + trisomie 15;

— PROM (Preterm rupture of the outer membranes) après 17 semaines;

— Retard de croissance + hypoplasie pulmonaire bilatérale + hydronéphrose bilatérale;

— Retard de croissance et insuffisance placentaire;

— Spina-bifida + hydrocéphalie;

— Sténose de l'aqueduc;

— Syndrôme de Meckel-Grüber;

— Syndrôme de Turner + malformation cardiaque léthale + Hydrops;

— Syndrôme polymalformatif + hygroma colli + septum interventriculaire défectueux + hydronephrose.

2.3. Affections tératogènes

— Cytomégalovirus

— Volledige agenesie linkerarm;

— Depranocytose foetus SS;

— Exencefalie, myelocoele, omfalocoele;

— Mola-zwangerschap;

— Hernia diafragmatica;

— Holoprosencefalie + polydactylie;

— Hydronefrose + anhydramnion;

— Hydrops foetalis;

— Extreme foetale hydrops + anamnion;

— Hygroma colli;

— Bilaterale longhypoplasie+bilaterale nierhypoplasie (Potter);

— Laparoschisis;

— Limb-body wall complex (LBWC);

— Ziekte van Duchêne;

— Ziekte van Leigh;

— Ziekte van Steinert;

— Ernstige skeletafwijking met ernstige longhypoplasie;

— Myelocystocoele + encefalocoele;

— Omfalocoele (lever, darmen, maag);

— Pentalogie van Cantrell;

— Polydactylie;

— Veelvuldige afwijkingen;

— Spontane PPROM + trisomie 15;

— PPROM op 17 weken;

— Hypoplastisch linkerhart + bilaterale hydronefrose+groeiretardatie;

— Ernstige groeivertraging, gebrekkige placenta;

— Spina bifida + hydrocefalie;

— Aqueductus stenose;

— Meckel-Gruber syndroom;

— Turnersyndroom + letale vorm met hartafwijking + hydrops;

— Polymalformatief syndroom + hygroma colli + ventrikelseptumdefect + — Hydronefrose.

2.3. Teratogene aandoeningen

— Cytomegalovirus infectie.

2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Introduction

Les tableaux repris ci-après totalisent, par année de référence, les chiffres déclarés par les centres et les hôpitaux dans leur rapport annuel. Ces chiffres ne correspondent que rarement avec ceux qui sont déclarés au moyen du formulaire d'enregistrement.

Chaque institution est tenue de mentionner les données suivantes dans son rapport annuel :

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été introduites auprès de l'institution ou des médecins qui y sont rattachés;

— le nombre d'interruptions de grossesse qui ont été pratiquées par les médecins attachés à l'institution avant la fin de la douzième semaine suivant la fécondation;

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse après douze semaines;

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été « refusées ».

La rubrique « nombre de demandes d'IVG refusées » appelle deux commentaires car les termes « rejet » ou « refus » sont sujets à interprétations différentes.

1. Les IVG rejetées par les établissements doivent être mentionnées mais il est possible que l'IVG ait été pratiquée dans une autre structure que celle où la demande a été initialement faite. Il n'y a donc pas là de refus au sens strict.

2. Ont également été classées comme « rejet » ou « refus » les conditions suivantes dont la liste n'est pas exhaustive :

— la femme ne vient pas au rendez-vous;

— la suite réservée à la demande est inconnue;

— la femme n'est pas enceinte au moment de la demande;

— une fausse couche est survenue pendant la période d'attente;

— la grossesse dépasse le délai de 12 semaines et la femme est orientée vers l'étranger;

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

Inleiding

De hiernavolgende tabellen maken, per referentiejaar, het totaal op van de cijfergegevens die de centra en ziekenhuizen in hun jaarlijks verslag hebben verwerkt. Deze cijfers stemmen zelden overeen met de cijfers die op de registratiedocumenten worden vermeld.

Elke instelling dient de volgende gegevens in het jaarlijks rapport op te nemen :

— aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat bij de instelling of bij artsen, verbonden aan de instelling, werd ingediend;

— aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd door de artsen verbonden aan de instelling vóór het einde van de twaalfde week na de bevruchting;

— aantal zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken;

— aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat door de artsen verbonden aan de instelling werd afgewezen.

De rubriek « aantal afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking » roept twee opmerkingen op en dit gelet op het feit dat de termen « afwijzing » of « weigering » op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd.

1. De door de instellingen afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking moeten worden gemeld, doch het is mogelijk dat de zwangerschapsafbreking plaats vindt in een andere instelling dan die waar men zijn verzoek oorspronkelijk heeft gedaan. Sensu stricto is er dan geen weigering geweest.

2. Onder de term « afwijzing » of « weigering » kan men eveneens de volgende redenen (niet exhaustief) verstaan :

— de vrouw komt niet naar de afspraak;

— aanvraag waarvan het vervolg niet gekend is;

— de vrouw is niet zwanger op het moment van de aanvraag;

— miskraam tijdens de wachtperiode;

— de zwangerschap heeft de termijn van twaalf weken overschreden, en de vrouw wordt naar het buitenland doorverwezen;

— la grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai de l'aménorrhée a dépassé 14 semaines après la période d'attente de 6 jours;

— la femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie;

— la femme est orientée vers un autre centre belge;

— la femme décide de poursuivre sa grossesse;

— la femme est orientée vers un service d'adoption.

2.1. Institutions francophones

2.1.1. Centres francophones

— de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 14 weken amenorroe na de 6 dagen wachttijd;

— de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose;

— de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België;

— de vrouw beslist de zwangerschap te voltooien;

— de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

2.1. Franstalige instellingen

2.1.1. Franstalige centra

Nombre de centres — *Aantal centra*		Nombre de requêtes — *Aantal verzoeken*		Nombre d'IVG pratiquées — *Aantal uitgevoerd zwangerschapsafbrekingen*		Nombre de requêtes « rejetées » — *Aantal « afgewezen verzoeken »*		% de requêtes « rejetées » par rapport au nombre de requêtes — *% « afgewezen» verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken*	
2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
27	29	10 096	11 163	8 374	9 279 (*)	1 694	1 864	16,78	16,70

(*) Un centre a réalisé 6 interruptions de grossesse au-delà du délai de 12 semaines, sur un total de 350 interruptions de grossesse.

2.1.2. Hôpitaux et cliniques francophones

(*) In 2011 heeft één centrum 6 zwangerschapsafbrekingen na 12 weken uitgevoerd, op een totaal van 350 zwangerschapsafbrekingen.

2.1.2. Franstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — *Aantal ziekenhuizen*		Nombre de requêtes — *Aantal verzoeken*		Nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines — *Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken*				Nombre de requêtes « rejetées » — *Aantal « afgewezen» verzoeken*		% de requêtes « rejetées »/ Nombre de requêtes — *% « afgewezen» verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken*	
2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
27	26	3 777	3 891	3 258	3 399	110	103	466	482	12,34	12,39

2.2. Institutions néerlandophones

2.2.1. Centres néerlandophones

2.2. Nederlandstalige instellingen

2.2.1. Nederlandstalige centra

Nombre de centres — *Aantal centra*		Nombre de requêtes — *Aantal verzoeken*		Nombre d'IVG pratiquées — *Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen*		Nombre de requêtes « rejetées » — *Aantal « afgewezen » verzoeken*		% de requêtes « rejetées » par rapport au nombre de requêtes — *% « afgewezen» verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken*	
2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
7	7	8 468	9 018	7 472	7 662	996	1 353	11,76	15,00

2.2.2. Hôpitaux et cliniques néerlandophones

2.2.2. Nederlandstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — *Aantal ziekenhuizen*		Nombre de requêtes — *Aantal verzoeken*		Nombre d'IVG pratiquées dont nombre d'interruptions pratiquées après le délai de 12 semaines — *Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken*				Nombre de requêtes « rejetées » — *Aantal «afgewezen» verzoeken*		% de requêtes « rejetées »/nombre de requêtes — *% « afgewezen » verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken*	
2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
11	11	423	456	366	354	52	47	57	102	13,47	22,37

2.3. Aperçu général

2.3.1. Centres

2.3. Overzicht

2.3.1. Centra

Nombre de centres — *Aantal centra*		Nombre d'IVG pratiquées — *Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen*	
2010	2011	2010	2011
34	36	15 846	16 941

2.3.2. Hôpitaux et cliniques

2.3.2. Ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — *Ziekenhuizen*		Nombre d'IVG pratiquées — *Aantal uitgev zwangerschapsafbrek.*		Dont après délai de 12 semaines — *Waarvan na 12 weken*	
2010	2011	2010	2011	2010	2011
38	37	3 624	3 753	162	156

3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Ce chapitre, subdivisé en deux parties, présente les données transmises d'une part par les institutions francophones et, d'autre part, par les institutions néerlandophones.

3.1. Institutions francophones

A. Centres

Ces données sont extraites des rapports transmis par 27 centres (sur 30) en 2010 et par 29 centres (sur 30) en 2011.

A.1. Nombre et qualification des personnes travaillant dans le service d'information

Le service compte en moyenne 15 personnes (min. 6 et max. 34) et se compose, en nombre variable, de juriste(s), psychologue(s), assistante(s) sociale(s)/assistant(s) social(aux) et médecin(s) auxquels s'ajoute le personnel administratif et de coordination, parfois chargé des animations scolaires. Certains services comptent également un conseiller conjugal et/ou, moins fréquemment, un(e) infirmier/ère en santé communautaire, un(e) médiatrice/médiateur, un(e) thérapeute familial(e), un(e) licencié(e) en science de la famille et sexualité ou un(e) sexologue.

A.2. Fonctionnement du service

En général, le service est accessible de 9h à 19h, et parfois jusqu'à 20h un jour fixe, en semaine et de 9h30 à 12h30 le samedi. L'accueil se déroule lors des permanences mais des plages fixes sont prévues pour les entretiens sociaux, psychologiques et juridiques, les médiations familiales, les consultations médicales et les interruptions de grossesse.

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALUIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in twee subhoofdstukken. Het eerste gaat over de gegevens die werden overgemaakt door de Nederlandstalige instellingen en het tweede over de gegevens van de Franstalige instellingen.

3.1. Franstalige instellingen

A. Centra

De hierna opgenomen gegevens zijn afkomstig van de verslagen die aangeleverd zijn door 27 centra (van 30) in 2010 en 29 centra (van 30) in 2011.

A.1. Aantal personen die in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie

De dienst telt gemiddeld 15 personen (min. 6 en max. 34) en bestaat uit een variabel aantal juristen, psychologen, maatschappelijk werk(st)ers en artsen, plus het personeel voor administratie en coördinatie, dat soms ook belast is met voorlichting in scholen. Sommige diensten hebben ook een huwelijksconsulent of, minder frequent, een sociaal verpleegkundige, een gezinsbemiddelaar/-therapeut, een licentiaat gezinswetenschappen en seksualiteit of een seksuoloog.

A.2. Werking van de dienst

Doorgaans is deze dienst tijdens de week bereikbaar van 9u tot 19u, en soms een vaste dag tot 20u, en op zaterdag van 9u30 tot 12u30. De opvang kan tijdens de spreekuren plaatsvinden, maar er zijn vaste uren voorzien voor sociale, psychologische en juridische gesprekken, medische consultaties en zwangerschapsafbrekingen, evenals familiale bemiddeling.

Les données médicales sont gérées par le médecin via le dossier médical; les données psycho-sociales et administratives sont reprises dans le dossier d'enregistrement établi par l'accueillant(e). Une fiche de liaison destinée au médecin traitant est rédigée par le médecin. La charte et les protocoles du GACEHPA (Groupe d'action des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement) sont appliqués.

En milieu scolaire, l'assistant(e) social(e) ou la/le coordinatrice/coordinateur assure des formations axées sur la vie affective, relationnelle et sexuelle (y compris les maladies sexuellement transmissibles).

Remarque : deux centres ont signalé être à la recherche de médecins, soit pour remplacer des médecins ayant quitté le service, soit pour combler la vacance de certaines plages horaires (notamment, le lundi), soit pour faire face à la croissance des demandes d'interruption de grossesse.

A.3. Nombre total de consultation du service, en relation avec des problèmes causés par une interruption de grossesse

En moyenne, 1 083 en 2010 (min. 129 et max. 4 269) et 1 237 en 2011 (min. 110 et max. 5 293).

A.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse

La femme est accueillie par un(e) assistant(e) social(e) ou un(e) psychologue, dit(e) accueillant(e) qui accompagne la femme tout au long de la démarche : avant, pendant et après l'interruption de grossesse si celle-ci a lieu.

— Avant l'interruption : l'accueillant(e) réalise un entretien psychosocial pour aider la femme à clarifier sa demande, en préciser le contexte (situation socio-économique et administrative, climat relationnel, violences conjugales, pression familiale, culturelle et/ou religieuse, ...) et lui présenter les alternatives possibles (poursuite de la grossesse, abandon de l'enfant pour adoption). Plusieurs entrevues sont organisées si la demande s'avère ambivalente.

Des informations sur les droits et aides financières, sociales et juridiques disponibles sont dispensées par l'accueillant(e) ou la/le juriste. Si nécessaire, l'accueillant(e) régularise les dossiers de sécurité sociale, entreprend des démarches auprès du CPAS, cherche une maison d'accueil ou réalise une médiation avec les parents. En cas de problème aigu, la femme peut être orientée vers un service juridique, social ou psychologique spécialisé.

De medische gegevens worden door de arts beheerd via het medisch dossier; de psychosociale en administratieve gegevens worden vermeld in het registratiedossier dat de opvangmedewerk(st)er opstelt. De arts stelt een liaisonfiche op die bestemd is voor de behandelende arts. Het handvest en de protocollen van de GACEHPA (*Groupe d'action des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement*) worden toegepast.

In scholen staat de maatschappelijk werk(st)er, of de coördinatrice, in voor opleidingen gericht op emoties, relaties en seksualiteit en op seksueel overdraagbare aandoeningen.

Opmerking : twee centra hebben aangegeven dat zij op zoek zijn naar artsen, hetzij om artsen te vervangen die de dienst verlaten hebben, hetzij om een aantal openstaande uren in te vullen (maandag), hetzij om te voldoen aan de gestegen vraag naar zwangerschapsafbrekingen.

A.3. Totaal aantal consultaties van de dienst, naar aanleiding van problemen veroorzaakt door een zwangerschapsafbreking

Gemiddeld 1 083 in 2010 (min. 129 en max. 4 269) en 1 237 in 2011 (min. 110 en max. 5 293).

A.4. Methoden van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking

De vrouw wordt opgevangen door een maatschappelijk werk(st)er of een psycholo(o)g(e), de zogenaamde opvangmedewerk(st)er. Die begeleidt de vrouw tijdens het hele proces : vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking indien die plaatsvindt.

— Vóór de afbreking : de opvangmedewerkster voert een psychosociaal gesprek om de vrouw haar verzoek te helpen verduidelijken, dieper in te gaan op de context (sociaaleconomische en administratieve situatie, relationeel klimaat, partnergeweld, invloed van culturele en/of religieuze gebeurtenissen, ...) en haar de mogelijke alternatieven voor te stellen, met name de zwangerschap voortzetten om het kind te behouden of het kind ter adoptie afstaan. Er worden meerdere gesprekken gepland als het verzoek ambivalent blijkt te zijn.

Informatie over mogelijke financiële, sociale en juridische bijstand en rechten wordt verstrekt door de opvangmedewerk(st)er of de jurist. Deze regulariseert zo nodig de sociale zekerheidsdossiers, zet stappen bij het OCMW, gaat op zoek naar een opvangtehuis of zorgt voor bemiddeling met de ouders. In geval van een ernstig probleem kan de vrouw doorverwezen worden naar een gespecialiseerde psychologische of juridische dienst.

Le médecin procède à l'anamnèse et présente les méthodes d'interruption et leur cadre légal. La contraception future est évoquée pour prévenir une nouvelle grossesse non désirée. Une intervision a lieu entre le médecin et l'accueillant(e). Pendant le délai légal de six jours imposé entre l'entrevue avec le médecin et l'interruption de grossesse, la femme peut revoir l'accueillant(e) et/ou le médecin.

— Pendant l'interruption : l'interruption est pratiquée par le médecin, en présence de l'accueillant(e). Un soutien psychologique est offert pour permettre à la femme d'exprimer son mal-être et/ou sa culpabilité éventuelle. La contraception future est préparée.

— Après l'interruption : après deux ou trois semaines, le médecin pratique un contrôle médical et vérifie que la contraception est correctement utilisée. L'accueillant(e) rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption. La femme peut être entendue par le/la psychologue et, le cas échéant, être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

A.5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler.

Les centres signalent une complexification des situations rencontrées :

— les structures conjugales et familiales se fragilisent : divorce, famille recomposée ou monoparentale, relations instables, isolement relationnel, ...;

— la pression familiale (le clan prime sur l'individu), religieuse et/ou culturelle pèse sur certaines femmes, souvent d'origine étrangère, ce qui complique leur accompagnement;

— les centres situés à Bruxelles notamment, rencontrent un nombre important de femmes d'origine étrangère n'ayant parfois qu'une très faible connaissance d'une des langues nationales. La prise en charge de ces femmes s'avère dès lors plus difficile;

— l'équilibre psychique et émotionnel est parfois altéré : certaines femmes sont incapables de prendre une décision ou n'en visualisent pas (correctement) les conséquences à plus ou moins long terme;

— la précarité sociale et/ou financière se répand : certaines femmes ne savent pas payer le transport vers le centre; 30 % des femmes reçues ne bénéficient pas de couverture sociale et n'ont pas droit au rembourse-

De arts gaat over tot de anamnese en geeft informatie over de methoden voor zwangerschapsafbreking en hun wettelijk kader. Er wordt gesproken over de toekomstige anticonceptie om herhaalde abortus te voorkomen. Er is intervisie tussen de arts en de opvangmedewerk(st)er. Tijdens de verplichte wettelijke termijn van zes dagen tussen het gesprek met de arts en de zwangerschapsafbreking mag de vrouw opnieuw langsgaan bij de opvangmedewerk(st)er en/of de arts.

— Tijdens de afbreking : de afbreking wordt uitgevoerd door de arts, in aanwezigheid van de opvangmedewerk(st)er. Er wordt gezorgd voor psychologische bijstand zodat de vrouw, indien zij dat wenst, uiting kan geven aan haar lijden en/of schuldgevoel. De toekomstige anticonceptie wordt voorbereid.

— Na de afbreking : na twee of drie weken voert de arts een medische controle uit, gaat hij na of de anticonceptie correct wordt toegepast en sensibiliseert hij de vrouw voor intieme hygiëne en infectierisico's. De opvangmedewerk(st)er heeft een gesprek met de vrouw zodat die laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart. De vrouw kan gehoord worden door de psycholoog en eventueel doorverwezen worden naar een gespecialiseerde sociale of juridische dienst.

A.5. Specifieke gevallen van opvang en begeleiding waarop dient gewezen te worden

De centra wijzen erop dat de situaties steeds complexer worden :

— de echtelijke en familiale structuren worden brozer : echtscheiding, nieuw samengesteld gezin of eenoudergezin, onstabiele relaties, relationele eenzaamheid;

— de druk van familie (de clan primeert op het individu), religie en/of cultuur weegt op heel wat vrouwen, waarvan de meeste van buitenlandse afkomst zijn, wat hun begeleiding bemoeilijkt;

— de centra in Brussel ontvangen heel wat vrouwen van buitenlandse afkomst die soms maar een zeer geringe kennis hebben van een van de landstalen. De opvang van die vrouwen blijkt dan ook moeilijker te zijn;

— het psychische en emotionele evenwicht is soms verstoord : sommige vrouwen zijn niet in staat om een beslissing te nemen of schatten de gevolgen ervan niet (correct) in;

— de sociale en/of financiële onzekerheid breidt zich uit : sommige vrouwen kunnen het vervoer naar/vanuit het centrum niet betalen, terwijl 30 % van de opgevangen vrouwen geen sociale zekerheid meer

ment des frais générés par l'interruption de grossesse. Une minorité de ces femmes recourt à l'aide médicale urgente. Un centre a engagé une psychologue spécialement dédiée à la rencontre avec la population la plus fragilisée de la commune pour faire connaitre les finalités du centre, faire un état des lieux des besoins de la commune et créer des synergies avec les services sociaux locaux;

— certains centres signalent des cas de complications physiques et/ou psychologiques nécessitant le transfert aux urgences hospitalières, ce qui crée des situations difficiles à gérer pour l'équipe; l'équipe doit également gérer la douleur dans le cadre d'une interruption de grossesse médicamenteuse;

— les centres reçoivent de plus en plus de femmes n'utilisant aucun contraceptif, soit en raison de son coût, soit en raison de croyances erronées (Je ne tomberai pas enceinte !);

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

Certains centres sont préoccupés par les demandes croissantes de rendez-vous restées sans suite : les femmes contactent plusieurs centres pour se rendre ensuite dans celui qui peut les recevoir le plus vite. Les autres rendez-vous ne sont pas annulés ce qui perturbe le fonctionnement des centres contactés. Ces femmes espèrent ainsi éviter que le temps d'attente avant le rendez-vous avec le médecin ajouté au délai légal imposé avant de procéder à l'interruption de grossesse n'atteigne 12 semaines (il n'est pas rare de devoir attendre 10 jours avant le premier rendez-vous). Pour éviter ce problème, d'autres femmes d'origine étrangère retournent dans leur pays d'origine.

Ces centres s'interrogent donc sur l'opportunité de maintenir le délai légal de six jours entre le rendez-vous avec le médecin et l'interruption de grossesse.

A.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées.

Les centres avancent les pistes suivantes :

ontvangt en geen recht heeft op terugbetaling. Een minderheid van deze vrouwen doet een beroep op de dringende geneeskundige hulpverlening. Één centrum heeft een psychologe aangeworven die zich speciaal toelegt op het contact met de meest kwetsbare bevolking van de gemeente om zo de doelstellingen van het centrum duidelijk te maken, een stand van zaken op te maken van de noden van de gemeente en een samenwerkingsverband op te starten met de plaatselijke sociale diensten;

— sommige centra wijzen op gevallen van fysieke en/of psychologische complicaties waarbij het noodzakelijk blijkt om de vrouw over te brengen naar de spoedopname van een ziekenhuis, hetgeen leidt tot situaties die voor het team moeilijk zijn om mee om te gaan; het team moet ook omgaan met pijn in het kader van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking;

— de centra ontvangen steeds meer vrouwen die geen anticonceptie gebruiken, hetzij omwille van de kostprijs, hetzij omdat zij een verkeerde overtuiging hebben (ik ga niet zwanger worden);

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

Bovendien maken sommige centra zich zorgen over het stijgende aantal afspraken die zonder gevolg blijven : vrouwen nemen met verschillende centra contact op en gaan dan naar het centrum dat hen het snelst kan ontvangen zonder de andere afspraken die zij hebben vastgelegd, af te zeggen. Ze doen dit om te vermijden dat de wachttijd vóór de eerste afspraak, plus de wettelijk verplichte termijn tussen die afspraak en de afbreking, 12 weken bereikt (een wachttijd van 10 dagen vóór de eerste afspraak is niet uitzonderlijk). Sommige vrouwen van buitenlandse afkomst gaan terug naar hun land van oorsprong om dat probleem ook uit de weg te gaan.

Deze centra vragen zich af of het wel opportuun is om de wettelijke termijn van zes dagen tussen de eerste afspraak en de zwangerschapsafbreking te behouden.

A.6. Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen

De centra brengen de volgende mogelijke pistes naar voren :

— assurer la gratuité des contraceptifs quel que soit l'âge de la femme ou, au moins, mettre en place une réelle cohérence entre les prix actuels : une interruption de grossesse coûte moins cher à la femme que la contraception;

— distribuer gratuitement la pilule du lendemain et assurer un dépannage gratuit de plaquettes de pilules et de préservatifs;

— sensibiliser les médecins au recours à l'implant, au stérilet, ..., au lieu de la pilule;

— améliorer l'information sur la vie relationnelle, affective et sexuelle et favoriser la double prévention (préservatif + contraceptif) en ciblant les milieux scolaires et estudiantins, les établissements pour jeunes adultes handicapés physiques et/ou mentaux, les lieux de promotion de la santé (maisons médicales, ...) et les lieux de discussion (associations, maisons pour femmes, groupes de parole, ...);

— diffuser à la radio et la télévision des spots informatifs et assurer la promotion de sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective;

— améliorer la formation des professionnels de la santé (médecin, praticien de l'art infirmier, assistant(e) social(e), psychologue) mais aussi des conseillers conjugaux et animateurs de groupes de parole, ...;

— améliorer l'accompagnement des femmes pour favoriser la poursuite de la grossesse dans un environnement social, économique et psychologique favorable;

— systématiser le suivi psychologique pour éviter les interruptions répétées;

— sensibiliser les hommes à la contraception des partenaires et aux contraceptifs masculins.

B. Hôpitaux et cliniques

Les données présentées ici sont extraites des rapports transmis par 27 hôpitaux (sur 31) en 2010 et par 26 hôpitaux (sur 31) en 2011.

B.1. Nombre et qualification des personnes travaillant dans le service d'information.

Le service compte en moyenne 5 ou 6 personnes et se compose en nombre variable de juriste(s), psychologue(s) et assistante(s) sociale(s)/assistant(s) social(aux) ou infirmière(s) sociale(s)/ infirmier(s) social(aux), si le service social de l'hôpital n'intervient pas. Dans certains cas, le service compte

— zorgen voor gratis anticonceptiemiddelen ongeacht de leeftijd van de vrouw, of op zijn minst zorgen voor een echte coherentie tussen de huidige prijzen onderling : een zwangerschapsafbreking kost een vrouw minder dan anticonceptie;

— gratis verstrekken van de morning-afterpil en van pillenstrips en voorbehoedmiddelen;

— artsen sensibiliseren voor het gebruik van implantaten, spiraaltjes, ..., in plaats van de pil;

— de informatieverstrekking omtrent relaties, gevoelens en seksualiteit verbeteren en dubbele preventie promoten (voorbehoedmiddelen + anticonceptiemiddelen) door zich te richten op scholen en studenten (met inbegrip van instellingen voor jongvolwassenen met een fysieke en/of mentale handicap), gezondheids-bevorderende instellingen (medische huizen, ...) en discussieplaatsen (verenigingen, vrouwenhuizen, praatgroepen, ...);

— informatieve spots op radio en televisie uitzenden en op belangrijke websites zorgen voor promotie omtrent seksualiteit, relaties en gevoelsleven;

— de opleiding van gezondheidswerkers (arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog) maar ook van huwelijksconsulenten en animatoren van praatgroepen, verbeteren;

— vrouwen beter begeleiden om de voortzetting van de zwangerschap te bevorderen in een goede sociale, economische en psychologische omgeving;

— de psychologische opvolging systematiseren om herhaalde afbrekingen te voorkomen;

mannen sensibiliseren voor de anticonceptie van de partners en voor mannelijke anticonceptiemiddelen.

B. Ziekenhuizen

De hierna opgenomen gegevens zijn afkomstig van de verslagen die aangeleverd zijn door 27 ziekenhuizen (van 31) in 2010 en 26 ziekenhuizen (van 31) in 2011.

B.1. Aantal personen die in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie

De dienst telt gemiddeld 5 of 6 personen en bestaat uit een variabel aantal juristen, psychologen en maatschappelijk werkers of sociaal verpleegkundigen indien de dienst geen beroep doet op de sociale dienst van het ziekenhuis. Soms is er een huwelijksconsulent, een seksuoloog of een intercultureel bemiddelaar,

aussi un(e) conseiller/ère conjugal(e), un(e) sexologue et/ou un(e) médiateur/trice interculturel(le) dont la présence est surtout nécessaire dans les hôpitaux bruxellois (origines multiples de la patientèle). Les médecins, praticiens de l'art infirmier et techniciens qui interviennent en hospitalisation de jour sont issus du service de gynécologie.

Certains hôpitaux ne réalisent que les interruptions de grossesse motivées par des raisons médicales. Les demandes liées à des convenances personnelles sont guidées soit vers d'autres hôpitaux, soit vers des centres; à ce titre, certains hôpitaux ont conclu des accords de coopération avec un ou plusieurs centres situés dans la même zone géographique.

Ces institutions hospitalières ne disposent des lors pas d'un service d'information en tant que tel mais plutôt d'une cellule pluridisciplinaire, parfois dite « de crise », comprenant psychologue, assistant(e) social(e), pédiatre et gynécologue. Les interruptions de grossesse motivées par des raisons médicales sont avalisées par le Comité éthique de l'hôpital.

B.2. Fonctionnement du service

Le service est ouvert, en général, de 7h30 à 13h et de 14h à 18h. Des plages horaires sont prévues pour les rendez-vous.

Le dossier de la patiente reprend l'anamnèse médicale, psychologique et sociale ainsi que les données administratives.

B.3. Nombre total de consultations du service, en relation avec des problèmes causés par une interruption de grossesse

En moyenne, 309 en 2010 (min. 5 et max. 2 130) et 320 en 2011 (min. 7 et max. 2 463).

B.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse

La femme est accueillie par un(e) assistant(e) social(e) ou un(e) infirmier(ère) social(e) dit(e) accueillant(e). L'accueillant(e) est présent(e) tout au long de la démarche : avant, pendant et après l'interruption de grossesse si elle a lieu.

— Avant l'interruption : l'accueillant(e) et le/la psychologue procèdent à un entretien psychosocial pour aider la femme à clarifier sa demande, en préciser le contexte (situation socio-économique, climat relationnel, violences familiales, pression familiale, culturelle et/ou religieuse, ...) et lui présenter les alterna-

wiens aanwezigheid vooral noodzakelijk is in de Brusselse ziekenhuizen omwille van de verschillende landen van oorsprong van de patiënten. De artsen, verpleegkundigen en technici die tussenkomen in de daghospitalisatie, zijn afkomstig uit de dienst gynaecologie/verloskunde.

Bepaalde ziekenhuizen voeren alleen zwangerschapsafbrekingen uit om medische redenen. De verzoeken die gelinkt zijn aan persoonlijke redenen worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen of centra; daartoe hebben sommige ziekenhuizen samenwerkingsakkoorden afgesloten met één of meerdere centra gelegen in dezelfde geografische zone.

Deze ziekenhuizen beschikken dus niet over een voorlichtingsdienst als dusdanig maar eerder over een multidisciplinaire cel, soms « crisiscel » genoemd en samengesteld uit een psycholoog, maatschappelijk assistent, pediater en gynaecoloog. De zwangerschapsafbrekingen omwille van medische redenen worden goedgekeurd door het Ethisch Comité van de instelling.

B.2. Werking van de dienst

De dienst is doorgaans open van 7u30 tot 13u en van 14u tot 18u. Er zijn vaste uren voorzien voor afspraken.

Het dossier van de patiënte bevat de medische, psychologische en sociale anamnese alsook de administratieve gegevens.

B.3. Totaal aantal consultaties van de dienst, naar aanleiding van problemen veroorzaakt door een zwangerschapsafbreking

Gemiddeld 309 in 2010 (min. 5 en max. 2 130) en 320 in 2011 (min. 7 en max. 2 463).

B.4. Methoden van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking

De vrouw wordt opgevangen door een maatschappelijk werk(st)er of een sociaal verpleegkundige, de zogenaamde opvangmedewerk(st)er. Die begeleidt de vrouw tijdens het hele proces : vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking indien die plaatsvindt.

— Vóór de afbreking : de opvangmedewerk(st)er en de psycholoog voeren een psychosociaal gesprek om de vrouw haar verzoek te helpen verduidelijken, dieper in te gaan op de context (sociaaleconomische situatie, relationeel klimaat, invloed van culturele en/of religieuze gebeurtenissen, familiale druk, ...) en

tives possibles (poursuite de la grossesse, abandon de l'enfant pour adoption). Plusieurs entrevues sont prévues en cas d'ambivalence de la demande.

Des informations sur les droits et aides financières, sociales et juridiques disponibles sont fournies. Si nécessaire, l'accueillant(e) régularise les dossiers de sécurité sociale, entreprend des démarches auprès du CPAS, cherche une maison d'accueil, réalise une médiation avec les parents et/ou oriente la femme vers un service juridique ou psychologique spécialisé en cas de problème aigu.

Le médecin procède à l'anamnèse et présente les méthodes d'interruption et leur cadre légal. La contraception future est évoquée pour prévenir une nouvelle grossesse non désirée. Une intervision a lieu entre le médecin et l'accueillant(e). Pendant le délai légal de six jours imposé entre l'entrevue avec le médecin et l'interruption de grossesse, la femme peut revoir l'accueillant(e) et/ou le médecin.

— Pendant l'interruption : l'interruption est pratiquée par le médecin, en présence de l'accueillant(e). Un soutien psychologique permet à la femme d'exprimer, le cas échéant, sa souffrance et/ou sa culpabilité. La contraception future est préparée.

— Après l'interruption : après deux ou trois semaines, le médecin pratique un contrôle médical, vérifie que la contraception est correctement utilisée et sensibilise la femme à l'hygiène intime et aux risques d'infection. L'accueillant(e) rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption. La femme peut être entendue par le/la psychologue et être renvoyée vers un service psychologique ou social spécialisé.

B.5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler

Le nombre de femmes émargeant au CPAS ou de réfugiées politiques reçues est en augmentation.

Un hôpital souhaite développer les interruptions de grossesse à domicile, sous conditions et avec une prise en charge appropriée. Cet hôpital souligne également que les protocoles concernant les interruptions de grossesse par voie médicamenteuse évoluent et que les délais de référence peuvent donc être assouplis sans incidence sur l'efficacité de la méthode.

haar de mogelijke alternatieven voor te stellen, met name de zwangerschap voortzetten om het kind te behouden of het kind ter adoptie afstaan.

Er wordt informatie verstrekt over de mogelijke financiële, sociale en juridische bijstand en de rechten. De opvangmedewerk(st)er regulariseert zo nodig de sociale zekerheidsdossiers, zet stappen bij het OCMW, gaat op zoek naar een opvangtehuis, zorgt voor bemiddeling met de ouders en/of kan de vrouw in geval van een ernstig probleem doorverwijzen naar een gespecialiseerde psychologische of juridische dienst.

De arts gaat over tot de anamnese en geeft informatie over de methoden voor zwangerschapsafbreking en hun wettelijk kader. Er wordt gesproken over de toekomstige anticonceptie om herhaalde abortus te voorkomen. Er is intervisie tussen de arts en de opvangmedewerk(st)er. Tijdens de verplichte wettelijke termijn van zes dagen tussen het gesprek met de arts en de zwangerschapsafbreking mag de vrouw opnieuw langsgaan bij de opvangmedewerk(st)er en/of de arts.

— Tijdens de afbreking : de afbreking wordt uitgevoerd door de arts, in aanwezigheid van de opvangmedewerk(st)er. Er wordt gezorgd voor psychologische bijstand zodat de vrouw, indien zij dat wenst, uiting kan geven aan haar lijden en/of schuldgevoel. De toekomstige anticonceptie wordt voorbereid.

— Na de afbreking : na twee of drie weken voert de arts een medische controle uit, gaat hij na of de anticonceptie correct wordt toegepast en sensibiliseert hij de vrouw voor intieme hygiëne en infectierisico's. De opvangmedewerk(st)er heeft een gesprek met de vrouw zodat die laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart. De vrouw kan gehoord worden door de psycholoog en eventueel doorverwezen worden naar een gespecialiseerde sociale of juridische dienst.

B.5. Specifieke gevallen van opvang of begeleiding waarop dient gewezen te worden

De ziekenhuizen wijzen erop dat steeds meer verzoeken tot zwangerschapsafbreking afkomstig zijn van politiek vluchtelingen of van vrouwen die een uitkering van het OCMW ontvangen.

Eén ziekenhuis zou graag werk maken van zwangerschapsafbrekingen thuis, onder specifieke voorwaarden en met een aangepaste opvang. Dit ziekenhuis wijst er ook op dat de protocollen voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking evolueren en dat de referentietermijnen dus versoepeld kunnen worden zonder dat dit een weerslag heeft op de doeltreffendheid van de methode.

Selon cet hôpital, ces deux éléments devraient permettre d'alléger la prise en charge des femmes et de répondre aux demandes croissantes d'interruption de grossesse.

B.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

Les hôpitaux privilégient les éléments suivants :

— assurer, quel que soit l'âge de la femme, la gratuité des contraceptifs ou au moins un prix abordable (notamment la pilule, le DIU, le préservatif et la pilule du lendemain);

— améliorer l'information sur les contraceptifs et leur prise (effet d'un usage erroné (1), ...);

favoriser la double prévention (préservatif + contraceptif);

— assurer la distribution d'échantillons de pilule, de DIU, ...;

— rendre d'office obligatoire les informations sur la vie relationnelle, affective et sexuelle dans le programme scolaire du secondaire (informations à dispenser par des professionnels) et accroître la prévention dans les milieux estudiantins et les lieux de promotion de la santé (maisons médicales, ...) et de discussion (associations, maisons pour femmes, groupes de parole, ...);

— sensibiliser les femmes d'âge mur à la contraception et à la transmission d'informations vers leurs filles et/ou petites-filles;

— diffuser (radio, TV et cinéma) des spots informatifs sur la prévention et promouvoir des sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective;

— améliorer la formation des médecins, praticiens de l'art infirmier, assistant(e)s sociales(aux), psychologues, conseillers conjugaux et modérateurs de groupes de parole, ...;

— sensibiliser les médecins généralistes et firmes pharmaceutiques aux risques d'interactions de certains traitements avec la contraception orale;

— sensibiliser les femmes à l'influence du transit intestinal sur l'efficacité de la pilule contraceptive, par une information via les gynécologues et médecins généralistes;

(1) Idée reçue : ex. : on peut arrêter la pilule un mois tous les deux ans pour « nettoyer » son corps.

Volgens dit ziekenhuis zouden die twee elementen het mogelijk moeten maken om de behandeling van vrouwen te verlichten en te beantwoorden aan de stijgende vraag naar zwangerschapsafbrekingen.

B.6. Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen

De ziekenhuizen geven de voorkeur aan de volgende elementen :

— zorgen voor gratis anticonceptiemiddelen voor vrouwen, ongeacht hun leeftijd, of minstens tegen een redelijke prijs (onder andere de pil, IUD, condoom en morning-afterpil);

— de informatieverstrekking over anticonceptiemiddelen en het gebruik ervan verbeteren (effecten van verkeerd gebruik (1), ...);

— dubbele preventie promoten (voorbehoedmiddelen + anticonceptiemiddelen);

zorgen voor de verdeling van stalen van pillen, spiraaltjes, ...;

— informatie over relaties, emoties en seksualiteit verplicht opnemen in het leerplan van de middelbare school (waarbij die informatie verstrekt wordt door professionele mensen) en de preventie verhogen bij studenten en in gezondheidsbevorderende instellingen (medische huizen, ...) en discussieplaatsen (verenigingen, vrouwenhuizen, praatgroepen, ...);

— vrouwen op rijpere leeftijd sensibiliseren voor anticonceptie en informatie-overdracht naar hun dochters en/of kleindochters;

— op radio en televisie en in bioscopen informatieve spots omtrent preventie laten zien en op belangrijke websites zorgen voor promotie omtrent seksualiteit, relaties en gevoelsleven;

— de opleiding van gezondheidswerkers (arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog) maar ook van huwelijksconsulenten en animatoren van praatgroepen, ..., verbeteren;

— huisartsen en farmaceutische bedrijven sensibiliseren voor de risico's op wisselwerkingen tussen bepaalde behandelingen en orale anticonceptie;

— vrouwen sensibiliseren voor de invloed van de darmtransit op de doeltreffendheid van de anticonceptiepil, via informatieverspreiding bij gynaecologen en huisartsen;

(1) Gangbare opvattingen : bijvoorbeeld : één maand om de twee jaar mag men stoppen met de pil om het lichaam te « reinigen ».

— améliorer l'accompagnement de la femme pour favoriser la poursuite de la grossesse dans un environnement social, économique et psychologique propice;

— systématiser le suivi psychologique de la femme pour éviter les interruptions répétées;

— sensibiliser les hommes à la contraception des partenaires et aux contraceptifs masculins.

Remarque :

Certaines institutions pratiquant uniquement des interruptions de grossesse pour des raisons médicales graves souhaitent que la dénomination « interruption volontaire de grossesse, IVG » soit complétée par « interruption thérapeutique de grossesse, ITG » dans les documents fournis par la Commission d'évaluation (formulaire d'enregistrement et rapports annuels du service d'information et de l'établissement).

Mentionner ainsi les deux types d'interruptions de grossesse devrait permettre d'augmenter le nombre d'interruptions de grossesse déclarées par les médecins. Ceux-ci ne pourraient plus invoquer leur ignorance du fait que toutes les interruptions de grossesse (médicale ou volontaire) doivent être communiquées à la Commission.

3.2. Institutions néerlandophones

A. Centres

A.1. Composition et fonctionnement du service.

Le personnel des services d'information se compose d'une équipe de base : gynécologues, médecins, infirmières (sociales), complétée par une équipe multidisciplinaire de psychologues, assistants sociaux, licenciés en sciences sociales et sexuelles, coordinateurs, collaborateurs administratifs et logistiques. Un centre situé dans une agglomération peut faire appel aux interprètes du CPAS et à l'Association pour les soins de santé mentale ambulatoires.

Cinq centres font partie de l'Union des centres d'avortements néerlandophones, l'ASBL LUNA dont le siège social se situe Lange Gasthuisstraat, 45 — 3200 Antwerpen. Le centre CEVO pour une parentalité responsable, situé Henri Jasparlaan, 102 à 1060 Bruxelles, n'est plus actif depuis mi-2010.

Le fonctionnement du service est pour tous les centres comparable à celui des années précédentes. En ce qui concerne les méthodes d'enregistrement, les enregistrements électroniques ont maintenant totale-

— vrouwen beter begeleiden om de voortzetting van de zwangerschap te bevorderen in een gunstige sociale, economische en psychologische omgeving;

— de psychologische opvolging van de vrouw systematiseren om herhaalde afbrekingen te voorkomen;

— mannen sensibiliseren voor de anticonceptie van de partners en voor mannelijke anticonceptiemiddelen.

Opmerking :

Sommige instellingen die enkel zwangerschapsafbrekingen uitvoeren om ernstige medische redenen in verband met de moeder en/of het kind, zouden willen dat op de officiële documenten die verstrekt worden door de Evaluatiecommissie (registratieformulier en jaarverslagen van de voorlichtingsdienst en van de instelling) de benaming « Vrijwillige zwangerschapsafbreking » vervangen wordt door « Therapeutische zwangerschapsafbreking ».

Door de twee soorten zwangerschapsafbreking op de documenten te vermelden, zou men het aantal door artsen gemelde zwangerschapsafbrekingen kunnen verhogen want dan kunnen de artsen niet meer aanvoeren dat zij niet weten dat alle zwangerschapsafbrekingen (of die nu medisch dan wel vrijwillig zijn) aan de Commissie meegedeeld moeten worden.

3.2. Nederlandstalige instellingen

A. Centra

A.1. Samenstelling en werking van de dienst

Het personeelsbestand van de voorlichtingsdiensten bestaat uit een basisteam : gynaecologen, artsen, (sociaal) verpleegkundigen aangevuld met een multidisciplinair team van psychologen, maatschappelijk assistenten, licentiaten sociale en seksuologische wetenschappen, coördinator, administratieve en logistieke medewerkers. Een grootstedelijk centrum kan beroep doen op tolken van het OCMW en de Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Vijf Centra maken deel uit van de Unie van Nederlandstalige abortuscentra, de VZW LUNA met maatschappelijke zetel : Lange Gasthuisstraat, 45 te 3200 Antwerpen. Het CEVO-Centrum voor verantwoord ouderschap- Henri Jasparlaan, 102 te 1060 Brussel is niet meer actief sinds midden 2010.

De werking van de dienst is voor alle centra gelijkaardig aan die van voorgaande jaren. Qua registratiemethoden hebben de elektronische dossiers nu integraal de papieren dossiers vervangen. De centra

ment remplacé les dossiers papiers. Les centres disposent de brochures informatives sur la contraception et les préservatifs dans différentes langues; certains utilisent des informations imprimables, produites par d'autres institutions comme Sensoa, pour les langues les moins fréquentes. Un centre a fait actualiser sa documentation sur l'accompagnement de l'avortement aux Pays-Bas.

Les centres affiliés à l'ASBL LUNA collaborent à deux recherches sur la perception de l'accompagnement, réalisées par des étudiants du département de psychologie de l'université de Gand.

A.2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

Les femmes prennent directement contact avec les centres après des recherches sur Internet, par exemple, ou y sont envoyées par le gynécologue, le médecin généraliste ou les centres de santé et de bien-être.

— Avant l'interruption de grossesse : l'interview a lieu avec un(e) infirmier/ère (sociale) ou un(e) psychologue ou un(e) collaborateur/collaboratrice ayant des qualifications comparables et revêt un caractère ouvert et non porteur de jugement.

La situation de détresse de la femme est discutée, les alternatives à l'avortement, les possibilités d'accueil lorsque la femme décide de poursuivre sa grossesse, sont également abordées.

Lorsque le choix de l'avortement est définitif, l'accompagnement et les suites possibles sont discutées. En concertation avec le médecin, le traitement par aspiration ou par méthode médicamenteuse est déterminé. Ce pré-examen est un moment important pour la prévention de grossesse future non désirée. Des explications quant au déroulement de l'interruption et aux risques éventuels sont données. La post-orientation, les possibilités de renvoi vers un centre pour la santé mentale et la future contraception sont discutées.

— Pendant l'interruption de grossesse : le traitement médicamenteux ou le curetage sous anesthésie générale ont lieu au plus tôt après le délai d'attente légal de 6 jours.

— Après l'interruption : le médecin traitant opère un controle médical et aborde à nouveau la contraception.

Un centre signale que ce sont de préférence, le même médecin et le/la même accompagnant(e) qui suivent la femme durant le processus d'avortement.

beschikken over infofolders over anticonceptie en voorbehoedmiddelen in verschillende talen; sommige maken gebruik van printbare informatie van andere instellingen, zoals Sensoa, voor minder frequent voorkomende talen. Één centrum heeft zijn documentatie over de abortushulpverlening in Nederland grondig geactualiseerd.

LUNA, koepel van Nederlandstalige abortuscentra werkte mee aan twee onderzoeken naar beleving van het counselinggesprek door studenten van de vakgroep Psychologie van de UGent.

A.2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Vrouwen nemen rechtstreeks contact op met de centra na bijvoorbeeld opzoeking via het internet of worden doorverwezen door gynaecoloog, huisarts en welzijns- of gezondheidscentra.

— Voor de zwangerschapsafbreking : het intakegesprek gaat door met een (sociaal)verpleegkundige of psycholoog of medewerker met gelijkwaardige kwalificatie en heeft een open en niet-overtuigend karakter.

De noodsituatie van de vrouw wordt besproken, de alternatieven voor abortus, de opvangmogelijkheden wanneer de vrouw beslist de zwangerschap uit te dragen, komen aan bod.

Wanneer de keuze voor abortus definitief is wordt de beleving er van en de mogelijke gevolgen besproken. In overleg met de arts wordt de behandeling, zuigcurettage of abortuspil, bepaald. Dit vooronderzoek is een belangrijk preventief moment met betrekking tot het vermijden van toekomstige ongewenste zwangerschappen. Men geeft uitleg over het verloop van de ingreep en de eventuele risico's. De nabegeleiding en de mogelijkheden tot doorverwijzing naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg en de toekomstige anticonceptie worden besproken.

— Tijdens de zwangerschapsafbreking : de behandeling met de abortuspil of de zuigcurettage onder algemene verdoving vindt ten vroegste plaats na de verplichte wachttijd van 6 dagen.

— Na de zwangerschapsafbreking : de behandelende arts doet een na-controle en bij die gelegenheid komt nogmaals het anticonceptiegebruik ter sprake.

Een centrum signaleert dat bij voorkeur dezelfde begeleider en dezelfde arts de vrouw gedurende het hele abortusproces volgt.

A.3. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler

En ce qui concerne les femmes allochtones, illégales et demandeuses d'asile, les centres font les mêmes remarques que dans le rapport précédent. On souligne le manque de connaissance de la contraception de ces femmes et le fait qu'elles considèrent l'avortement comme une forme de contraception.

Chez les femmes musulmanes, la religion est souvent invoquée comme seule situation de détresse. Les femmes mineures qui grandissent dans des familles sans ouverture vers la sexualité subissent de lourdes pressions psychiques.

Un centre note : « Malgré tous les efforts et les éclaircissements sur la contraception, il s'avère toujours que pour près de 2 femmes sur 5 qui subissent une interruption de grossesse, il ne s'agit pas de la première fois et que souvent, l'intervalle entre les avortements ne correspond qu'à quelques mois. Il est très démotivant pour nos infirmières sociales de revoir toujours les mêmes femmes. Nous avons déjà dit à un certain nombre de femmes que c'était la dernière fois que nous les aidions. L'année passée (2009) nous nous demandions déjà si nous avions le droit de refuser toute nouvelle demande effective de leur part. » (*Cf.* rapport 2008-2009).

Un centre demande encore plus d'attention pour la prévention et la contraception et plus particulièrement en ce qui concerne l'information sur le DIU.

A.4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

Les centres affiliés à l'ASBL LUNA ont choisi de répondre conjointement à la question 4 : « Partant de votre expérience, avez-vous éventuellement des propositions à formuler en matière de prévention des grossesses non désirées ? »

1. L'importance des contraceptifs à longue durée d'action pour éviter les grossesses non désirées

Nous aimerions attirer l'attention de la Commission d'évaluation sur les possibilités qu'offre la pose immédiate d'un stérilet après un curetage par aspiration pour réduire le nombre de grossesses non désirées. L'article intitulé « Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration » de Paula H. Bednarek, Mitchell D. Creinin *et al in The New England Journal of Medicine* (9 juin 2011) concerne une étude réalisée auprès de 575 femmes ayant subi un curetage par aspiration lors d'une grossesse de 5 à 12 semaines et souhaitant utiliser le stérilet comme futur moyen de contraception. Le groupe a été réparti

A.3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden

De centra maken met betrekking tot allochtone vrouwen, illegale vrouwen en asielzoeksters gelijkaardige opmerkingen als opgenomen in het vorig Verslag. Men wijst op de gebrekkige kennis van anticonceptie bij deze vrouwen en op het feit dat zij abortus als een vorm van anticonceptie zien.

Bij moslimvrouwen wordt religie dikwijls als enige noodsituatie ingeroepen. Minderjarigen die opgroeien in gezinnen waar geen openheid is over seksualiteit ondervinden zware psychische last.

Een centrum noteert -*cf.* Verslag 2008-2009-. « Ondanks alle inspanningen en voorlichting op het gebied van anticonceptie blijkt nog steeds dat bijna 2 vrouwen op 5 die een abortus laten uitvoeren dat niet voor de eerste keer doen, vaak met een tussenpauze van slechts een aantal maanden. Het is zeer demotiverend voor onze sociaal verpleegkundigen om steeds weer dezelfde vrouwen te moeten zien. Wij hebben al aan een aantal vrouwen gezegd dat het de laatste keer was dat we hen hielpen. Vorig jaar (2009) vroegen wij ons al af of wij ook het recht hebben om hen bij een volgende aanvraag effectief te weigeren ? »

Een centrum vraagt nog meer aandacht voor preventie en anticonceptie en meer bepaald voor informatie over IUD « s.

A.4. Voorstellen om de preventie betreffende ongewenste zwangerschappen te verbeteren

De centra aangesloten bij de VZW LUNA hebben er, net als vorige jaren, voor gekozen vraag 4 gezamenlijk te beantwoorden : « Hebt u vanuit uw ervaring eventueel voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren ? »

1. Het belang van langwerkende voorbehoedmiddelen om ongewilde zwangerschappen te voorkomen

We willen de aandacht van de Evaluatiecommissie vestigen op de mogelijkheden die het onmiddellijk plaatsen van een spiraal na een zuigcurettage heeft op het reduceren van ongewilde zwangerschappen. Het artikel « Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration » van Paula H. Bednarek, Mitchell D. Creinin *et al in The New England Journal of Medicine* (June, 9, 2011) betreft een studie bij 575 vrouwen die een zuigcurettage hadden bij een zwangerschap tussen 5 en 12 weken en die een spiraal wensten als toekomstige anticonceptie. De groep werd « at random » verdeeld in twee groepen : bij een groep

de façon aléatoire en deux sous-groupes : un premier groupe de 258 femmes s'est fait implanter un stérilet immédiatement, un deuxième groupe de 317 femmes a pris rendez-vous pour la pose d'un stérilet 2 à 6 semaines après le curetage. Première différence importante : dans le premier groupe, un stérilet a été placé auprès de 100 % des femmes, alors que dans le second groupe, ce pourcentage est tombé à 71,3 %. En d'autres termes, dans le deuxième groupe, 28,7 % des femmes ne sont pas venues au rendez-vous pour la pose du stérilet.

Le gros avantage d'un contraceptif implanté comme le stérilet est d'être un moyen contraceptif très efficace à long terme, le risque d'erreur pour l'utilisatrice est nul. Ces caractéristiques font de ces dispositifs un moyen très important d'éviter les grossesses non désirées.

Le risque d'échec pour le stérilet oscille de 0,1 à 0,8 % au cours de la première année (comparable à l'échec d'une stérilisation chez la femme). Le risque de grossesse non désirée chez les utilisatrices de la pilule est nettement plus élevé.

Les centres LUNA observent également qu'une partie des patientes ayant subi un avortement qui optent pour une contraception à longue durée d'action (stérilet ou autre implant), ne peuvent la faire placer le jour de l'intervention pour des raisons financières, et que souvent ces patientes ne reviennent pas pour un placement ultérieur. Il est regrettable que des barrières financières entravent l'accès à la contraception la plus sûre pour le groupe de femmes qui en a le plus besoin. C'est une opportunité perdue d'éviter les grossesses non désirées et les avortements à répétition chez ces femmes précarisées. Dans cette optique, le remboursement de la contraception la plus efficace (stérilet au cuivre, stérilet hormonal et implant) est certainement à recommander par la Commission d'évaluation.

Nous tenons aussi à souligner les problèmes spécifiques en matière de contraception des patientes qui séjournent dans les centres de Fedasil ou pour lesquelles les CPAS prennent en charge les frais de traitement. Une intervention pour la contraception orale ne pose généralement pas de problème, mais le coût des stérilets ou des implants n'est souvent pas remboursé. Il n'est probablement pas nécessaire de démontrer que la contraception orale, qui est à prendre chaque jour, n'est pas la forme de contraception la plus adéquate chez des personnes dont les conditions de vie sont précaires.

van 258 vrouwen werd onmiddellijk een spiraal geplaatst, bij een tweede groep van 317 vrouwen werd een afspraak gemaakt voor een spiraalplaatsing 2 à 6 weken na de zuigcurettage. Een eerste belangrijk verschil was dat in de eerste groep bij 100 % van de vrouwen een spiraal geplaatst werd, in de groep die een latere afspraak kreeg voor de plaatsing verminderde dit tot 71.3 %. Dit betekent dat in de tweede groep 28.7 % van de vrouwen hun latere afspraak voor een spiraalplaatsing niet nakomt.

Het grote voordeel van een voorbehoedmiddel zoals het spiraal of een implantaat is dat het zeer effectieve, lange termijn voorbehoedmiddelen zijn waarbij je als gebruiker geen fouten kan maken. Door deze eigenschappen zijn het belangrijke middelen om ongewilde zwangerschappen te voorkomen.

De kans op falen bij bijvoorbeeld een spiraal varieert van 0.1 tot 0.8 % gedurende het eerste jaar (vergelijkbaar met het falen van sterilisatie bij de vrouw). De kans op een ongewilde zwangerschap bij pilgebruiksters is aanzienlijk hoger.

Ook de LUNA-centra ervaren dat een deel van de abortuspatiënten die gekozen heeft voor langwerkende anticonceptie (spiraal of implantaat), deze omwille van financiële redenen niet kan laten plaatsen op de dag van de ingreep, en dat deze patiënten dikwijls ook niet terugkomen om die op een later moment te plaatsen. Het is jammer dat financiële barrières de toegang tot de veiligste anticonceptie belemmeren voor de groep vrouwen die deze het meest nodig heeft. Het is een gemiste kans om een herhaalde ongewilde zwangerschap en abortus te voorkomen bij deze kansarme vrouwen. In dit opzicht moet de terugbetaling van de meest efficiënte anticonceptie (koperspiraal, hormonaal spiraal en implantaat) door de Evaluatiecommissie zeker aanbevolen worden.

We willen ook wijzen op specifieke problemen met betrekking tot anticonceptie van patiënten die in Fedasilcentra verblijven of voor wie OCMW's de kosten voor de behandeling dragen. Tussenkomst voor orale contraceptie is meestal geen probleem, maar de kostprijs voor spiralen of implantaten wordt vaak niet vergoed. Het hoeft waarschijnlijk geen betoog dat orale anticonceptie, die elke dag gebruikt moet worden, niet de meest geschikte vorm van anticonceptie is voor mensen wier leefomstandigheden onzeker zijn.

Dans ce même contexte, nous aimerions évoquer une étude suédoise unique où un groupe de femmes a été suivi entre leur 19e et leur 44e anniversaires afin d'avoir une idée des moyens contraceptifs utilisés pendant cette période. « A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century », Ingela Lindh, Angneta Andersson *et al*, *Human Reproduction*, Vol. 25, n° 6, pp. 1415 -1422, 2010.

Le choix d'un moyen contraceptif donné est fortement lié à l'âge. Jusqu'à l'âge de 29 ans, la contraception orale a été la méthode la plus utilisée, tandis que le recours au stérilet a été le plus fréquent après 29 ans. Cette donnée scientifique, combinée au fait que le risque de grossesse non désirée est accru chez les femmes ayant déjà pratiqué antérieurement une interruption de grossesse (Heikinheimo *et al.*, 2008; Lindh *et al.*, 2009 — cité dans l'article susmentionné), montre une nouvelle fois l'importance de la pose d'un stérilet à la suite d'une interruption de grossesse pour éviter d'autres grossesses non désirées.

2. Mythes concernant l'interruption de grossesse

Nous aimerions également attirer l'attention sur un certain nombre de mythes persistants en matière d'interruption de grossesse. Ces mythes pèsent sur le processus de décision en cas de confrontation à une grossesse non désirée. Pour le bon déroulement d'un processus décisionnel, il est fondamental d'envisager clairement les différents éléments. L'existence de mythes persistants en matière de grossesse non désirée et d'interruption de grossesse fait que, au sens figuré, il faut souvent déblayer le terrain avant de pouvoir pénétrer au cœur du problème. Nous estimons dès lors important d'examiner un à un les mythes les plus fréquents et d'y formuler une réponse correcte.

Mythe 1 :

Grossesses non désirées et avortement concernent surtout des jeunes filles de 16 ans.

En 2009 (les statistiques d'avortement les plus récentes en Belgique), 14 % des interruptions de grossesse (2 674 sur 18 870) ont été pratiquées sur des femmes de moins de 20 ans.

In diezelfde context willen we de aandacht vestigen op een unieke Zweedse studie waarbij een groep vrouwen tussen hun 19e en hun 44e gevolgd werden met als doel een zicht te krijgen op het anticonceptiegebruik gedurende deze periode. « A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century », Ingela Lindh, Angneta Andersson *et al*, *Human Reproduction*, Vol. 25, nr. 6, pp. 1415 -1422, 2010.

De keuze voor een bepaald voorbehoedmiddel is erg gebonden aan leeftijd. Tot de leeftijd van 29 jaar was orale contraceptie de meest gebruikte methode, terwijl het gebruik van een spiraal het meest voorkomend was na de leeftijd van 29 jaar. Deze wetenschap gecombineerd met het feit dat er een verhoogd risico is op ongewilde zwangerschappen bij vrouwen die al eerder een zwangerschapsafbreking hadden (Heikinheimo *et al.*, 2008; Lindh *et al*, 2009 — genoemd in bovenvermeld artikel) duidt eens te meer op het belang van spiraalplaatsingen aansluitend op een zwangerschapsafbreking om ongewilde zwangerschappen te voorkomen.

2. Mythes over zwangerschapsafbreking

Ook willen we de aandacht vestigen op een aantal hardnekkige mythes rond zwangerschapsafbrekingen. Deze mythes bemoeilijken het beslissingsproces bij de confrontatie met een ongewilde zwangerschap. Voor het goed verloop van een beslissingsproces is het fundamenteel dat je de verschillende elementen helder op een rij krijgt. Het bestaan van hardnekkige mythes rond ongewilde zwangerschap en zwangerschapsafbreking maakt dat er vaak figuurlijk eerst puin geruimd moet worden voordat men tot de kern kan doordringen. We vinden het dan ook belangrijk de meest voorkomende mythes op een rij te zetten én er een correct antwoord op te formuleren.

Mythe 1 :

Vooral meisjes van 16 worden ongewild zwanger en hebben een abortus.

In 2009 (de meest recente abortuscijfers in België) vond 14 % van alle zwangerschapsafbrekingen (2 674 van de 18 870) plaats bij vrouwen jonger dan 20 jaar.

Âge — *Leeftijd*	Nombre — *Aantal* 2008	Nombre — *Aantal* 2009	% 2008	% 2009
12	2	1	0.01	0.01
13	14	12	0.08	0.06
14	89	66	0.48	0.35
15	189	191	1.02	1.01
16	359	363	1.93	1.92
17	554	524	2.98	2.78
18	712	723	3.83	3.83
19	774	794	4.16	4.21
Total. — *Totaal*	2 693	2 674	14.49	14.17 %

[Le nombre d'accouchements chez les moins de 20 ans s'élevait en 2008 (chiffres les plus récents) à 3 307, ce qui donne un total de 6 000 grossesses dans cette tranche d'âge. Sur l'ensemble de cette tranche d'âge, 45 % des grossesses sont donc interrompues. Le taux est le plus élevé chez les plus jeunes.]

La répartition des âges chez les moins de 20 ans est capitale. En ce qui concerne 2009, 1 517 des 2 674 interruptions de grossesse, soit près de 57 %, ont eu lieu chez des jeunes femmes de 18 ou 19 ans. La proportion, mythique, de jeunes filles de 16 ans est donc très faible.

Mythe 2 :

Si les lois sur l'avortement étaient abrogées ou s'il devenait très compliqué de se faire avorter, le nombre d'interruptions de grossesse diminuerait. Le fait qu'un pays ait une législation autorisant l'avortement et/ou dispose de bonnes structures, n'a aucune incidence sur le nombre d'interruptions de grossesse.

[Het aantal bevallingen bij min twintigjarigen was in 2008 (meest recente cijfers) 3 307. Dit geeft een totaal van 6 000 zwangerschappen bij die leeftijdsgroep. Dus in de totale leeftijdsgroep wordt 45 % van de zwangerschappen afgebroken. Het spreekt voor zich dat dit percentage hoger ligt bij de jongste leeftijd.]

De leeftijdsverdeling bij de min twintigjarigen is belangrijk. Wat 2009 betreft zijn 1 517 van de 2 674 of bijna 57 % van de zwangerschapsafbrekingen bij tieners 18 of 19 jarigen. Het aantal van de mythische 16 jarige meisjes is dus heel klein !

Mythe 2 :

Wanneer de abortuswetten zouden worden afgeschaft of als het erg ingewikkeld wordt gemaakt om een abortus te hebben dan daalt het aantal zwangerschapsafbrekingen.

La principale différence entre les pays disposant de lois et de structures adéquates et ceux qui n'en ont pas réside dans le fait que dans le second groupe de pays, les femmes courent un plus gros risque de complications, voire de décès, à la suite d'avortements peu sûrs.

Le nombre d'avortements est le plus faible dans les régions dont la législation est libérale. Des lois restrictives en matière d'avortement ne sont pas associées à des statistiques d'avortement plus faibles.

	Nombre d'avortements/1 000 femmes (14-45 ans)
Amérique latine	32
Afrique	29
Asie	28
Europe (y compris Europe occidentale)	27
Amérique du nord	19
Europe occidentale	12

Source : « Induced abortion :incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », Gilda Sedgh *et al.*, *The Lancet*, janvier 2012.

Une législation libérale en matière d'avortement va généralement de pair avec une bonne disponibilité et une acceptation des moyens contraceptifs efficaces.

Mythe 3 :

Le risque de la « pente savonneuse » : plus la loi autorise un avortement tardif pendant la grossesse, plus les femmes attendent longtemps avant d'interrompre leur grossesse.

Aux Pays-Bas, l'avortement est autorisé jusqu'à vingt-deux semaines. Les femmes néerlandaises n'utilisent toutefois que très exceptionnellement la possibilité d'interrompre une grossesse au-delà de douze semaines. La majorité des interruptions de grossesse qui y sont pratiquées au-delà de douze semaines concernent des grossesses de femmes étrangères qui se voient contraintes, par la législation de leur propre pays, de chercher refuge dans ce pays. Les chiffres ci-dessous (relatifs aux femmes traitées aux Pays-Bas) indiquent la nationalité des femmes, en relation avec la durée de la grossesse au moment de l'avortement.

Of een land een abortuswet heeft en/of beschikt over goede voorzieningen, heeft geen invloed op het aantal zwangerschapsafbrekingen. Het belangrijkste verschil tussen landen met goede wetten en goede voorzieningen en de landen die dit niet hebben, is dat in de tweede groep landen vrouwen een grote kans hebben op complicaties en ook sterven aan onveilige abortussen.

Het abortuscijfer is het laagst in regio's met liberale abortuswetten. Restrictieve abortuswetten zijn niet geassocieerd met lagere abortuscijfers.

	Aantal abortussen/ 1 000 vrouwen (14j.-45j.)
Latijns-Amerika	32
Afrika	29
Azië	28
Europa (inclusief West Europa)	27
Noord-Amerika	19
West-Europa	12

Bron : « Induced abortion : incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », Gilda Sedgh *et al.*, *The Lancet*, januari 2012.

Liberale abortuswetten gaan meestal gepaard met een goede beschikbaarheid en het aanvaard zijn van effectieve voorbehoedmiddelen.

Mythe 3 :

Het gevaar van de « slipping slope »; hoe verder in de zwangerschap een abortus wettelijk toegestaan is, hoe langer vrouwen wachten om een zwangerschap te laten afbreken.

In Nederland kan een abortus tot tweeëntwintig weken. Nederlandse vrouwen maken slechts zeer uitzonderlijk gebruik van de mogelijkheid om een zwangerschap af te breken boven de twaalf weken. Het grootste aantal zwangerschapsafbrekingen boven de twaalf weken die in Nederland uitgevoerd worden zijn zwangerschappen van buitenlandse vrouwen die door de wetten in hun eigen land genoodzaakt zijn hun heil te zoeken in Nederland. Onderstaande cijfers (over vrouwen die behandeld worden in Nederland) geven de nationaliteit aan van de vrouwen die behandeld worden, gekoppeld aan de duur van de zwangerschap op het moment van de abortus.

Durée de la grossesse en semaines en fonction du pays de résidence (2007) — Avortements pratiqués aux Pays-Bas.

Zwangerschapsduur in weken naar land van vestiging (2007) — abortussen die plaatsvinden in Nederland.

Pays — *Land*	0-4 sem. — *wkn*	5-11 sem. — *wkn*	Plus-*Meer* 12 sem. — *wkn*
Pays-Bas. — *Nederland*	35 %	58,2 %	6,7 %
France. — *Frankrijk*			98,9 %
Allemagne. — *Duitsland*	7 %	15,8 %	77,2 %
Belgique/Luxembourg. — *België/Luxemburg*	8,8 %	23,9 %	67,4 %
Irlande. — *Ierland*	21,4 %	69,3 %	9,3 %

Source : *Landelijke Abortus Registratie 2007* (Rutgers Nisso Groep, 2008)

(Chaque année, de 700 à 800 femmes belges se rendent aux Pays-Bas pour une interruption de grossesse au-delà de 14 semaines.)

Mythe 4 :

Si tout le monde utilisait un moyen contraceptif sûr, l'avortement ne serait plus nécessaire.

La disponibilité de moyens contraceptifs efficaces fait chuter le nombre d'avortements, mais la nécessité des interruptions de grossesse ne disparaîtra jamais.

L'OMS a calculé que même si tout le monde utilisait parfaitement (sans erreur de l'utilisateur) le moyen contraceptif choisi, il y aurait malgré tout chaque année 5,9 millions d'avortements.

Table 1.1 : Estimated accidental pregnancies resulting from contraceptive failure worldwide (estimates for 1993)

Bron : *Landelijke Abortus registratie 2007* (Rutgers Nisso Groep, 2008).

(Er gaan elk jaar om en bij de 700 à 800 Belgische vrouwen naar Nederland voor een zwangerschapsafbreking boven de 14 weken.)

Mythe 4 :

Als iedereen een veilig voorbehoedmiddel gebruikt, dan is abortus niet meer nodig.

De beschikbaarheid van effectieve voorbehoedmiddelen doet het aantal abortussen dalen, maar de nood aan zwangerschapsafbrekingen zal nooit verdwijnen.

De WHO berekende dat als iedereen het voorbehoedmiddel dat hij of zij gebruikt perfect (dus geen gebruikersfouten) zou toepassen, zelfs dan zouden er jaarlijks 5.9 miljoen ongeplande zwangerschappen zijn.

Table 1.1 : Estimated accidental pregnancies resulting from contraceptive failure worldwide (estimates for 1993)

Contraceptive methode	Estimated failure rate (perfect use) (1) %	Estimated failure rate (typical use) (1) %	Number of users (2) 000's	Number of accidental pregnancies (perfect use) 000's	Number of accidental pregnancies (typical use) 000's
Female sterilization	0,50	0,50	201,000	1,005	1,005
Male sterilization	0,10	0,15	41,000	41	62
Injectables	0,30	0,30	26,000	78	78
IUD	0,60	0,80	149,000	894	1,192
Pill	0,10	5,00	78,000	78	3,900
Male condom	3,00	14,00	51,000	1,530	7,140
vaginal barrier	6,00	20,00	4,000	240	800
Periodic abstinence	3,00	25,00	26,000	780	6,500
Withdrawal	4,00	19,00	31,000	1,240	5,890
Total			607,000	5,886	26,567

(1) *Trussel (1998) Estimates based on USA data. Failure rates are expressed as percentage of women who will become pregnant during one year while using the method.*

(2) *United Nations Population Division (2002). Estimated number of women aged 15-49 who are in marital or consensual union.*

N'oublions surtout pas que les femmes ont une « longue période de fécondité ! Les scientifiques utilisent le terme de « femmes fécondes » pour les femmes de 15 à 44 ans. Une période de fécondité de 30 ans signifie environ 400 cycles où la femme peut tomber enceinte. Si une femme, au cours de ces années de fécondité, ne souhaitait pas d'enfant et n'utilisait jamais de moyen contraceptif, elle tomberait enceinte plus de 30 fois sans le souhaiter et pratiquerait un avortement. Ceci implique que la plupart des femmes font quelque chose pour ne pas tomber enceinte, même si ce n'est pas toujours avec succès.

En outre, tout dépend de la nature de l'individu. La sexualité est l'un des aspects les plus irrationnels de notre vie, l'emploi d'un moyen contraceptif, en revanche, est une attitude très rationnelle.

Mythe 5 :

Un avortement perturbe la santé mentale.

Depuis toujours, les mouvements anti-avortement mettent tout en œuvre pour démontrer l'existence d'un syndrome post-avortement mais pour l'instant sans résultats. L'une des tentatives les plus célèbres est celle du Dr Everett Koop, chargé par l'ancien président des États-Unis Ronald Reagan d'étudier les impacts de l'avortement sur la santé. Il est sans doute inutile de préciser qu'aussi bien Koop que Reagan étaient de fervents adversaires de l'avortement. Koop en a néanmoins conclu (1989) qu'il était impossible de démontrer que pratiquer un avortement avait un impact sur la santé mentale.

C'est surtout l'*American Psychological Association* (APA) qui joue un rôle crucial dans l'étude des impacts d'un avortement sur la santé mentale. Dans son « *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion* » de 2008, elle affirme que la prévalence de problèmes de santé mentale auprès de femmes ayant subi, une seule fois, un avortement légal au cours du premier trimestre (pour un motif non thérapeutique) est comparable à la fréquence de problèmes de santé mentale dans la population générale.

(1) *Trussel (1998) Estimates based on USA data. Failure rates are expressed as percentage of women who will become pregnant during one year while using the method.*

(2) *United Nations Population Division (2002). Estimated number of women aged 15-49 who are in marital or consensual union.*

Maar laat ons vooral niet vergeten dat vrouwen een « lang vruchtbaar leven » hebben ! Wetenschappers gebruiken de term « vruchtbare vrouwen » voor de leeftijdscategorie 15-44. Een vruchtbaar leven van 30 jaar betekent dat je ongeveer 400 cycli hebt waarin je zwanger kan worden. Indien een vrouw tijdens al die vruchtbare jaren geen kinderen zou willen en nooit anticonceptie zou gebruiken, zou zij meer dan 30 keer ongewild zwanger worden en een abortus ondergaan. Dat wil ook zeggen dat de meeste vrouwen iets doen om niet zwanger te worden, zij het niet altijd met succes.

En dan is er nog de aard van het beestje. Seksualiteit is één van de meest irrationele aspecten van ons leven, het gebruiken van een voorbehoedmiddel is daarentegen een erg rationeel aspect.

Mythe 5 :

Als je een abortus hebt is dat een aanslag op je geestelijke gezondheid.

Anti-choice bewegingen stellen sinds jaar en dag alles in het werk om het bestaan van een post-abortussyndroom te bewijzen. Voorlopig zonder resultaat. Een van de meest legendarische pogingen was deze van Dr. Everett Koop, die de opdracht kreeg van de toenmalige president van de V.S. Ronald Reagan om de gezondheidseffecten van abortus te onderzoeken. Het hoeft daarbij waarschijnlijk niet gezegd dat zowel Koop als Reagan fervente tegenstanders van abortus waren. Zijn conclusie (1989) was desalniettemin dat niet kan aangetoond worden dat het hebben van een abortus effecten had op de geestelijke gezondheid.

Vooral de *American Psychological Association* (APA) speelt een belangrijke rol in het onderzoek naar effecten van abortus op de geestelijke gezondheid. In hun « *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion* » van 2008 wordt gesteld dat de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen bij vrouwen die een eenmalige, legale, eerste-trimester abortus hebben (omwille van een niet-therapeutische reden), vergelijkbaar is met het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen in de algemene bevolking.

En revanche, un avortement pour cause d'anomalies du fœtus, quant à lui, semble associé à des réactions psychologiques négatives. Celles-ci sont comparables à celles de femmes qui font une fausse couche lors d'une grossesse désirée, qui accouchent d'un enfant mort-né ou dont le nouveau-né décède. Cette différence souligne l'importance du caractère désiré de la grossesse quand on parle de réactions psychologiques après un avortement.

Certes, certaines femmes éprouvent des difficultés après un avortement : il y en a qui souffrent de mélancolie, qui éprouvent un sentiment de deuil ou de perte. Les réactions psychologiques négatives après un avortement ne sont pas toujours liées à l'avortement en soi. Des facteurs prédictifs de réactions psychologiques négatives après un avortement sont les suivants :

— perception d'une stigmatisation en matière d'avortement, secret de décision et manque de soutien lors de la prise de décision;

— antécédents de problème de santé mentale;

— facteurs de personnalité telle qu'une piètre image de soi et recours à des scénarios d'évitement et de négation comme mécanisme d'adaptation;

— caractéristiques de la grossesse, à savoir son caractère souhaité.

Le principal facteur prédictif de la santé mentale après un avortement est la santé mentale avant l'avortement. Le même raisonnement s'applique à d'autres événements de la vie stressants, y compris la naissance d'un enfant.

Le *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, en abrégé DSM, est l'ouvrage de référence pour la classification des troubles psychiques. Sa cinquième édition, connue sous le nom de DSM-V, est actuellement en préparation. Il n'est nullement envisagé de reprendre dans cet ouvrage de référence un syndrome post-avortement.

Mythe 6 :

Pourquoi les femmes enceintes sans le désirer ne donnent-elles pas leur enfant en adoption ? Il y a tant de personnes qui voudraient un enfant.

L'adoption n'est une alternative à l'avortement qu'en théorie; dans la réalité, rien n'est moins vrai. L'abandon à la naissance est un phénomène très rare dans un pays comme la Belgique. Les seules femmes qui l'envisagent sont des personnes qui découvrent très tard leur grossesse et qui n'ont plus la possibilité de l'interrompre. Les statistiques d'enfants abandonnés à la naissance en Belgique parlent d'elles-mêmes. Mais en outre, l'abandon d'un enfant est l'une des options les

Een abortus omwille van foetale afwijkingen blijkt wel geassocieerd met negatieve psychologische reacties. Deze zijn vergelijkbaar met die van vrouwen die een miskraam hadden bij een gewenste zwangerschap, met die van vrouwen die een doodgeboorte hadden of wiens pasgeboren kind overleed. Dit verschil benadrukt het belang van het al dan niet gewenst zijn van de zwangerschap als we spreken over psychologische reacties na een abortus.

Natuurlijk zijn er vrouwen die het moeilijk hebben na een zwangerschapsafbreking : vrouwen die verdrietig zijn, gevoelens van rouw en verlies ervaren. Negatieve psychologische reacties na een abortus zijn niet altijd gerelateerd aan de abortus an sich. Factoren die wel een voorspellende waarde hebben voor negatieve psychologische reacties zijn :

— percepties van stigma rond abortus, geheimhouding van de beslissing en een gebrek aan sociale steun bij het nemen van de beslissing;

— een vroegere geschiedenis van geestelijke gezondheidsproblemen;

— persoonlijkheidsfactoren zoals een laag zelfbeeld en het gebruiken van vermijding en ontkenning als coping mechanismen;

— karakteristieken van de zwangerschap, met name de gewenstheid ervan.

De belangrijkste voorspeller voor de geestelijke gezondheid na een abortus is de geestelijke gezondheid voor de abortus. Dit geldt ook voor andere stresserende « *life events* », inclusief het krijgen van een kind.

De *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, kortweg DSM, is het standaardwerk voor de classificatie van psychische aandoeningen. Op dit moment wordt de vijfde editie, de zogenaamde DSM-V voorbereid. Er is geen sprake van de mogelijkheid dat een *post-abortion-syndrom* zou opgenomen worden in dit standaardwerk.

Mythe 6 :

Waarom staan ongewenst zwangere vrouwen hun kind niet af voor adoptie, er zijn zoveel mensen die kinderen willen ?

Alleen in theorie is adoptie een alternatief voor abortus, in het « echte leven » is er niets minder waar. Afstand bij de geboorte is niet alleen een zeer zeldzaam fenomeen in een land als België, de enige vrouwen die dit overwegen zijn vrouwen die zeer laat in hun zwangerschap ontdekken zwanger te zijn en die niet meer de mogelijkheid hebben de zwangerschap af te breken. Het aantal kinderen dat in België bij de geboorte wordt afgestaan, spreekt voor zich. Het

plus pénibles auxquelles une femme puisse être confrontée. Les femmes se sentent beaucoup trop responsables de leur grossesse pour choisir cette solution, à moins qu'il n'y en ait pas d'autre.

Mythe 7 :

L'avortement provoque le cancer du sein.

Il s'agit d'un mythe entretenu avec opiniâtreté par une partie du mouvement anti-avortement. Au fil du temps, divers instituts réputés ont officiellement déclaré qu'il n'existe aucun lien causal entre un avortement et le développement d'un cancer du sein :

— *http://www.acog.org/About_ACOG/News_-Room/News_Releases/2003/ACOG_Finds_No_Link_Between_Abortion_and_Breast_Cancer_Risk*;

— *http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Gyne cologic_Practice/Induced_Abortion_and_Breast_Cancer_Risk*;

— *http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/abortion-miscarriage*;

— *http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/MoreInformation/is-abortion-linked-to-breast-cancer.*

Mythe 8 :

L'avortement rend infertile.

Un avortement pratiqué dans de bonnes conditions médicales présente un risque de complications extrêmement faible. Le lien entre avortement et infertilité repose indiscutablement sur des bases historiques. Hélas, pour beaucoup de femmes dans le monde qui vivent dans des endroits où elles n'ont pas accès à des soins de qualité en matière d'avortement, ceux-ci sont encore pratiqués dans de mauvaises conditions ... avec toutes les conséquences qui en résultent.

B. Hôpitaux

Remarques préalables :

Deux institutions n'ont pas transmis de rapports annuels malgré les rappels répétés effectués par le Secrétariat de la Commission nationale. Certaines institutions ne disposent pas de service d'information organisé car les interruptions de grossesse sont pratiquées pour des raisons médicales sérieuses.

Les patientes qui demandent une interruption non médicamenteuse, comme en cas de grossesse non

afstaan van een kind is één van de moeilijkste opdrachten die een vrouw kan meemaken. Vrouwen voelen zich veel te verantwoordelijk voor hun zwangerschap om voor die oplossing te kiezen, tenzij er geen andere oplossing is.

Mythe 7 :

Van een abortus krijg je borstkanker.

Dit is een mythe die halsstarrig door een deel van de anti-choice beweging wordt herhaald. In de loop der jaren hebben allerlei gerenommeerde instituten officiële verklaringen afgelegd dat er geen causaal verband is tussen abortus en het ontwikkelen van borstkanker :

— *http://www.acog.org/About_ACOG/News_-Room/News_Releases/2003/ACOG_ Finds_No_Link_Between_Abortion_and_Breast_Cancer_Risk*;

— *http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Gyne cologic_Practice/Induced_Abortion_and_Breast_Cancer_Risk*;

— *http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/abortion-miscarriage*;

— *http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/MoreInformation/is-abortion-linked-to-breast-cancer.*

Mythe 8 :

Van een abortus word je onvruchtbaar.

Een abortus uitgevoerd in goede medische omstandigheden heeft een extreem laag complicatierisico. De link tussen abortus en onvruchtbaarheid heeft ongetwijfeld historische gronden. Helaas is het voor veel vrouwen, die leven op plekken op de wereld waar men geen toegang heeft tot goede abortushulpverlening, nog steeds een realiteit dat abortussen worden uitgevoerd onder slechte omstandigheden ... met alle gevolgen vandien.

B. Ziekenhuizen

Voorafgaande opmerking

Twee instellingen hebben, ondanks herhaaldelijk aandringen door het secretariaat van de Commissie, geen jaarverslagen overgemaakt. Sommige instellingen hebben geen georganiseerde voorlichtingsdienst omdat enkel zwangerschapsafbreking op ernstige medische indicatie gebeurt.

Patiënten die vragen om een niet medisch geïndiceerde afbreking, zoals bij ongewenste/ongeplande

souhaitée/non planifiée, sont toujours renvoyées vers un des centres d'avortement reconnus.

B.1. Composition et fonctionnement du service.

a. Toutes les institutions font appel à des collaborateurs ayant les qualifications suivantes : assistant social, psychologue, infirmier social, sage-femme et le médecin lui-même.

b. Dans une institution, le service d'information fait partie du service de gynécologie, andrologie et obstétrique et ne se limite pas à la problématique de l'avortement.

c. Un nombre limité d'institutions n'a donc pas de service d'information organisé. Dans ces institutions, ne sont donc réalisées que les interruptions de grossesse exigées pour des raisons médicales. Les médecins donnent aux patientes les informations adaptées et exigées en fonction de la situation pathologique qui a déclenché la procédure d'interruption de grossesse. Dans les autres cas, il est fait appel à la Commission éthique de l'institution.

B.2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

Lorsque les rapports annuels sont complétés de manière détaillée, les procédures appliquées sont comparables à celles appliquées dans les centres.

B.3. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler

Les sages-femmes d'une institution ont développé une valise contenant des objets permettant d'aider la femme à faire face à la perte d'un enfant.

Les femmes issues des pays d'Europe centrale et orientale utilisent souvent l'avortement comme moyen de contraception.

B.4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées.

— Il est demandé plus de campagnes appropriées portant sur la contraception.

— Il est demandé de dispenser du DIU (Mirena) moins cher.

— Un hôpital met en évidence les difficultés pratiques rencontrées par les femmes renvoyées par d'autres hôpitaux.

zwangerschap, worden steeds doorverwezen naar één van de erkende abortuscentra.

B.1. Samenstelling en werking van de dienst

a. Alle instellingen doen beroep op medewerkers met volgende kwalificatie : maatschappelijk assistent, psycholoog, sociaal verpleegkundige, vroedvrouw en de artsen zelf.

b. Bij één instelling werkt de voorlichtingsdienst niet uitsluitend voor de abortusproblematiek maar maakt deel uit van de Dienst Gynaecologie, Andrologie, Obstetrie.

c. Een beperkt aantal instellingen heeft dus geen georganiseerde voorlichtingsdienst. Er worden in deze instellingen enkel zwangerschapsafbrekingen verricht op medische indicatie. Patiënten krijgen gepaste en vereiste toelichting van de artsen naar aanleiding van de pathologische toestand die de aanleiding vormt voor de afbrekingsprocedure. In andere gevallen wordt beroep gedaan op de Ethische Commissie van de instelling.

B.2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Waar de jaarverslagen omstandig zijn ingevuld zijn de procedures gelijklopend als bij de centra.

B.3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden

Door de vroedvrouwen van een instelling werd een koffer met hulpmiddelen gemaakt om het verlies van een kind te verwerken.

Vrouwen uit Oost- en Centraal Europese landen gebruiken dikwijls abortus als anticonceptie.

B.4. Voorstellen om de preventie betreffende ongewenste zwangerschappen te verbeteren

— vraag om meer gerichte campagnes met betrekking tot anticonceptie;

— vraag om mirea-spiraal goedkoper te verstrekken;

— een ziekenhuis wijst op praktische moeilijkheden die vrouwen ervaren bij doorverwijzingen van andere ziekenhuizen.

CONCLUSIONS

1. Comme il l'avait été relevé dans les quatre rapports précédents, qui portaient sur les années 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007 et 2008-2009, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2010-2011 doivent être corrigés. Si, du nombre total des interruptions volontaires de grossesse pratiquées en Belgique (1), on déduit le nombre de femmes domiciliées à l'étranger qui font pratiquer une interruption de grossesse dans notre pays (2) et si on y ajoute le nombre de femmes belges et luxembourgeoises qui la font pratiquer aux Pays-Bas (3) ainsi que le nombre des déclarations introduites trop tard (4) et qui ne sont donc pas reprises dans les tableaux de la première partie, on obtient les résultats suivants :

BESLUITEN

1. Zoals het in de vier vorige verslagen voor de jaren 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007 en 2008-2009 werd opgemerkt, moeten de aan de Commissie gerapporteerde cijfers van de zwangerschapsafbrekingen voor de jaren 2010-2011 verbeterd worden. Indien men van het totaal aantal in België uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen (1) het aantal van de in het buitenland gedomicilieerde vrouwen die in ons land een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren in mindering brengt (2) en men het aantal Belgische en Luxemburgse vrouwen die in Nederland een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren (3), alsmede een aantal laattijdig ingediende aangiften die in de tabellen van deel 1 niet verwerkt konden worden (4), toevoegt, dan komt men tot de volgende cijfers :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
(1)	11 243	12 628	12 666	11 999	12 734	13 762	14 775	14 792	15 595
(2)	-188	- 275	- 253	- 240	- 354	- 340	- 353	- 414	- 349
(3)	+ 2 247	+ 2 019	+ 1 813	+ 1 567	+ 1 557	+ 1 473	+ 1 334	+ 1 224	+ 1 091
(4)	+ 96	+ 161	+ 31	+ 256	+ 0	+ 28	+ 422	+ 115	+ 370
	13 398	14 533	13 857	13 582	13 937	14 923	16 178	15 716	16 707

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
(1)	16 024	16 696	17 640	18 033	18595	18870	19 095	19 578
(2)	- 392	- 295	- 296	- 314	- 291	- 252	- 182	- 123
(3)	+ 984	+ 913	+ 857	+ 851	+ 830	+ 803	+ 681(*)	+ (**)
(4)	+ 316	+ 553	+ 0	+ 135	+ 172	+ 0	+ 93	+ 144
	16 932	17 867	18 201	18 705	19 306	19 421	19 687	19 599

(*) : Les données 2010 sont incomplètes car deux cliniques ont fermé, dont une après faillite.

(**) : Ce chiffre ne peut pas être communiqué actuellement.

2. La Commission rappelle une fois de plus que, pour des raisons multiples qui ont varié dans le temps, les chiffres contenus dans le présent rapport, comme ceux contenus dans les rapports précédents, ne sont pas d'une précision scientifique.

En effet :

— pour des raisons qui demeurent inexpliquées, il y a des différences de nombres entre les déclarations d'IVG faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art;

(*) dit aantal is onvolledig omdat er 2 abortusklinieken in 2010 in Nederland werden gesloten, waarvan 1 na een faling.

(**) dit cijfer kon niet tijdig worden meegedeeld.

2. De Commissie herinnert er nogmaals aan dat de gegevens in dit verslag, evenals deze opgenomen in de vorige verslagen, om verschillende redenen, die wijzigden in de loop der jaren, geen wetenschappelijke precisie hebben.

Immers :

— om redenen die tot nog toe onverklaard blijven, zijn er verschillen qua aantal tussen de individuele aangiften van de artsen en de jaarverslagen van de instellingen waarin deze artsen werkzaam zijn;

— la Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie; elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis; et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. Bref, la Commission est complètement tributaire des données qui lui sont fournies.

3. Que ce soit en données brutes (tableau 1.A.1 — première partie) ou en données corrigées (*cf.* ci-dessus), le nombre total des interruptions volontaires de grossesse communiquées à la Commission a continué à augmenter en 2010 et 2011 par rapport aux années précédentes, cette croissance paraissant relativement régulière.

La Commission insiste sur ce que, si la statistique des IVG fait apparaître une évidente croissance numérique, cette croissance peut avoir plusieurs causes différentes, parmi lesquelles, notamment, une augmentation de la population du Royaume — phénomène au demeurant avéré au cours des dernières années — et une amélioration de la qualité des communications faites à la Commission.

4. Comme la Commission l'a fait observer à plusieurs reprises, et spécialement dans ses cinq derniers rapports, une étude pluridisciplinaire, effectuée par une institution scientifique, comme par exemple aux Pays-Bas et en France, pourrait essayer d'interpréter l'ensemble de ces données à la lumière d'autres données (démographiques, médicales, psychologiques, socio-économiques, politiques et culturelles) évaluées par ailleurs. Il serait donc imprudent de tirer des données dont la Commission dispose, et qu'elle communique dans le présent rapport, des conclusions hâtives.

Sous cette réserve fondamentale, on ne peut cependant qu'être frappé par les faits suivants :

a) la population recensée de la Belgique a augmenté au cours des dernières années; c'est la raison pour laquelle le ratio obtenu en divisant le nombre total des naissances en Belgique, tel qu'il est établi par l'Institut national de statistique, par le nombre total des avortements tel qu'il est communiqué à la Commission, est relativement stable : ce ratio oscille entre 14 et 15 interruptions de grossesse (chez les femmes de 15 à 44 ans) déclarées pour 100 naissances vivantes pour la période 2001-2008;

b) c'est parmi les femmes domiciliées dans la Région de Bruxelles-Capitale qu'on relève le plus fort pourcentage des interruptions volontaires de grossesse par rapport aux autres régions; encore faut-il observer :

— de Commissie is niet gemachtigd om na te gaan of de gegevens meegedeeld door de artsen en door de instellingen aan een wetenschappelijk vastgestelde werkelijkheid beantwoorden; zij is zelfs niet gemachtigd om na te gaan of de documenten die haar werden overgemaakt op een correcte wijze werden ingevuld; zij is evenmin gemachtigd om een instelling of een arts te verplichten een aangifte te doen. Kortom, de Commissie is volledig afhankelijk van de gegevens die haar worden bezorgd.

3. Of het nu om bruto gegevens gaat (tabel 1.A.1 van deel 1) of om verbeterde gegevens (*cf.* punt 1 hierboven), het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen meegedeeld aan de Commissie is blijven stijgen in 2010 en 2011 ten opzichte van voorgaande jaren, deze groei lijkt betrekkelijk regelmatig.

De Commissie benadrukt dat, wanneer de statistiek van de zwangerschaps-afbrekingen een evidente numerieke stijging laat zien, deze groei verschillende verklaringen kan hebben, onder andere kunnen, met name een stijging van de bevolking van het Koninkrijk — een fenomeen dat overigens de laatste jaren bewezen is — en een verbeterde kwaliteit van de inlichtingen overgemaakt aan de Commissie, bijvoorbeeld een van de verklaringen zijn.

4. De Commissie heeft al meermaals opgemerkt, in het bijzonder in haar vijf laatste verslagen, dat een multidisciplinaire studie door een wetenschappelijke instelling, zoals bijvoorbeeld in Nederland en Frankrijk, het geheel van deze cijfers zou kunnen trachten te verklaren aan de hand van elders ingewonnen gegevens (demografische, medische, psychologische, socio-economische, politieke en culturele). Het zou dan ook onvoorzichtig zijn voorbarige conclusies te trekken uit de gegevens waarover de Commissie beschikt en die ze in voorliggend verslag meedeelt.

Mits dit fundamenteel voorbehoud, kan men niet anders dan getroffen worden door de volgende feiten :

a) de getelde bevolking van België is de laatste jaren toegenomen; dit is de reden waarom de ratio als resultaat van de deling van het aantal levende geboorten in België, vastgesteld door het Nationaal Instituut van de Statistiek, door het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen, meegedeeld aan de Commissie, betrekkelijk stabiel is. Deze ratio schommelt tussen 14 en 15 zwangerschapsafbrekingen (bij vrouwen 15-44 jaar) per 100 levende geboorten voor de periode 2001-2008;

b) bij vrouwen die gedomicilieerd zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest noteert men het hoogste percentage vrijwillige zwangerschapsafbrekingen van alle gewesten; toch stelt men het volgende vast :

— d'une part, que ce pourcentage est en légère baisse : il était de 25,61 % en 2008 et 24,58 % en 2009, ce qui constituait déjà un léger recul par rapport à la période précédente; il est, pour la période ici considérée, de 24,90 % en 2010 et de 24,33 % en 2011 du total des interruptions de grossesse déclarées (tableau 1.A.4.1 de la première partie);

— d'autre part, que 34,09 % en 2010 et 30,84 % en 2011 des femmes s'y déclarent en situation de détresse matérielle (tableau 2.1.1.1 de la première partie); à cet égard aussi, on note un léger recul par rapport à la situation précédente (34,13 % en 2008 et 28,90 % en 2009, pourcentages qui constituaient déjà un léger tassement par rapport à la période antérieure);

— et enfin, que c'est précisément la région du Royaume qui connaît le taux de chômage le plus élevé et la plus grande précarité sociale;

c) le nombre de femmes mineures d'âge reste stable depuis six années;

d) la moyenne d'âge varie très peu : 27,40 ans pour 2006; 27,33 ans pour 2007; 27,34 ans pour 2008; 27,33 ans pour 2009; 27,44 ans pour 2010 et 27,32 ans pour 2011.

Peut-être une modification de la loi pourrait-elle, en permettant de recueillir des données plus complètes sur les femmes qui recourent à l'IVG, contribuer à mieux cibler le travail spécifique de prévention. On songe à des données plus précises sur la situation de fait, plutôt que d'état civil, sur la situation socio-économique et sur la nationalité.

5. Selon les données communiquées à la Commission, le nombre total des interruptions volontaires de grossesse, pratiquées au-delà de 12 semaines, en raison d'une affection grave du fœtus s'élevait à 121 en 2010 et 97 en 2011, ce qui paraît extrêmement faible vis-à-vis des interruptions de grossesse réalisées avant la fin du délai de 12 semaines après la fécondation. Une analyse des données scientifiques tendrait à montrer qu'il est largement sous-estimé : d'après le registre Eurocat reprenant les provinces d'Anvers, du Hainaut oriental et de Namur, le nombre d'interruptions de grossesse pour malformations fœtales s'élève en 2010 à 155 pour ces seules provinces (1).

En fonction du nombre de naissances dans l'ensemble du pays et de la prévalence des interruptions de grossesse pour malformations fœtales (45 pour 10 000 naissances), le nombre réel de ces IVG en 2010 serait 4 fois plus élevé que celui rapporté : de l'ordre de 570.

(1) *http://www.eurocat-network.eu*.

— enerzijds is dat percentage licht aan het dalen : het bedroeg 25,61 % in 2008 en 24,58 % in 2009, wat al een lichte daling betekende ten opzichte van de vorige periode; voor de periode die hier in aanmerking wordt genomen bedraagt het percentage 24,90 % in 2010 en 24,33 % in 2011 van het totaal aantal aangegeven zwangerschapsafbrekingen (tabel 1. A.4.1. van deel 1);

— anderzijds verklaren 34,09 % van de vrouwen in 2010 en 30,84 % van de vrouwen in 2011 dat ze zich in een materiële noodsituatie bevinden (tabel 2.1.1.1. van deel 1); ook hier kan men spreken van een lichte daling ten opzichte van de vorige situatie (34,13 % in 2008 en 28,90 % in 2009, en die percentages wezen toen al op een lichte daling ten opzichte van de periode daarvoor);

— en ten slotte is dit precies het Gewest met het hoogste werkloosheidscijfer binnen het Koninkrijk en de sociaal meest kwetsbare groepen;

c) sinds 6 jaar blijft het aantal abortussen bij minderjarige vrouwen stabiel;

d) de gemiddelde leeftijd varieert zeer weinig : 27,40 jaar voor 2006; 27,33 jaar voor 2007; 27,34 jaar voor 2008; 27,33 jaar voor 2009; 27,44 jaar voor 2010 en 27,32 jaar voor 2011.

Misschien zou een wetswijziging, die toelaat meer omvattende gegevens in te zamelen omtrent de vrouwen die overgaan tot zwangerschapsafbreking, er toe kunnen bijdragen zich meer specifiek op preventie te richten. Men denkt hierbij aan meer exacte gegevens over de feitelijke situatie, eerder dan over de burgerlijke staat, over de sociaaleconomische situatie en over de nationaliteit.

5. Volgens de gegevens overgemaakt aan de Commissie bedraagt het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd na 12 weken en verantwoord omwille van een zware kwaal van de foetus 121 in 2010 en 97 in 2011, wat zeer weinig is ten opzichte van de zwangerschapsafbrekingen voor het einde van de 12e week na de bevruchting. Een analyse van de wetenschappelijke gegevens (1) lijkt aan te tonen dat dit ruim onderschat is : volgens het Eurocat-register voor de provincies Antwerpen, Oost-Henegouwen en Namen bedraagt het cijfer van zwangerschapsafbrekingen omwille van foetale misvormingen 155 in 2010 voor deze provincies alleen.

In functie van het aantal geboorten voor het ganse land en de prevalentie van afbrekingen omwille van foetale afwijkingen (45 per 10 000 geboorten), zou het werkelijk aantal zwangerschapsafbrekingen in 2010 4 keer hoger zijn dan gerapporteerd en eerder overeenstemmen met het getal 570.

(1) *http://www.Eurocat-network.eu*.

Le sous-enregistrement pourrait trouver son origine dans des causes multiples dont les principales seraient une méconnaissance de la loi et une surcharge administrative des professionnels de la santé.

D'une part, en effet, la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation ne fait pas de différence entre les interruptions de grossesse réalisées avant la fin des 12 semaines après la fécondation et les interruptions de grossesse réalisées pour motifs médicaux (santé du fœtus, de la mère ou des deux) après le délai de 12 semaines. Certains médecins pourraient dès lors penser que les interruptions de grossesse réalisées pour des raisons médicales diffèrent légalement des interruptions de grossesse réalisées avant la fin des 12 semaines après la fécondation et, par conséquent, ne pas signaler les premières citées.

D'autre part, dans les hôpitaux, les médecins ainsi que les différents professionnels de la santé sont de plus en plus amenés à accomplir un nombre croissant de tâches administratives sans la logistique appropriée, ce qui pourrait entraîner un sous-enregistrement.

La relative stabilité des interruptions pour malformations fœtales dans les différents rapports de la Commission ne correspond pas aux données scientifiques connues dans notre pays où la prévalence des interruptions pour malformations passe de 22,6 pour 10 000 naissances en 1990 à 45 pour 10 000 naissances en 2010.

6. Un nombre non négligeable de femmes invoquent le fait qu'elles sont étudiantes pour justifier une interruption volontaire de grossesse. La Commission suggère de rendre mieux compatible la situation des étudiantes avec la possibilité de mener une grossesse à terme et de s'occuper ensuite de son enfant, à l'exemple de ce qui se pratique dans certains pays scandinaves.

7. Il n'est pas inutile de comparer les chiffres belges à ceux d'autres pays. En 2008, le nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans était de 9 en Belgique, de 8 aux Pays-Bas, de 16 en France, de 17 en Angleterre et Pays de Galles et de 20 aux États-Unis. En 2008, le pourcentage de grossesse aboutissant à un avortement était de 12 % en Belgique, 11 % aux Pays-Bas, 18 % en France et 19 % aux États Unis (1).

(1) *http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3708411.pdf* : « Legal Abortion Worldwide in 2008 : Levels and Recent Trends Internaztional Perspectives on Sexual and Reproductive Health », 2011, 37(2) :84-94 doi : 10 1363-3708411.

De onderrapportering zou haar oorsprong vinden in verschillende oorzaken waarvan de belangrijkste zijn een gebrekkige kennis van de wet en een administratieve overbelasting van de gezondheidswerkers.

Enerzijds maakt de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de Evaluatiecommissie inderdaad geen onderscheid tussen de zwangerschapsafbrekingen voor het einde van de 12e week na de bevruchting en de afbrekingen omwille van medische motieven na de termijn van 12 weken (gezondheid van de foetus, van de moeder of van beide). Sommige artsen zouden kunnen denken dat de medische afbrekingen om medische redenen wettelijk verschillen van de afbrekingen voor het einde van de 12e week na de bevruchting en daarom de eerst genoemde bijgevolg niet melden.

Anderzijds worden in de ziekenhuizen de artsen en andere gezondheidswerkers meer en meer belast met een groeiend aantal administratieve taken zonder aangepaste logistieke middelen wat een onderrapportering kan meebrengen.

De betrekkelijke stabiliteit van de afbrekingen omwille van foetale afwijkingen in de verschillende verslagen van de Commissie stemt niet overeen met de wetenschappelijke gegevens gekend in ons land waar de prevalentie van de afbrekingen omwille van afwijkingen van 22,6 per 10 000 geboorten in 1990 naar 45 per 10 000 geboorten in 2010.

6. Veel vrouwen roepen het feit dat ze studente zijn in om hun abortus te verantwoorden. De Commissie doet de suggestie de situatie van de studentes beter verenigbaar te maken met de mogelijkheid hun zwangerschap uit te dragen en daarna hun kind op te voeden naar het voorbeeld van wat gangbaar is in de Scandinavische landen.

7. Het loont de moeite om de Belgische cijfers te vergelijken met die van andere landen. In België bedroeg in 2008 het aantal abortussen per 1 000 vrouwen tussen de 15 en 44 jaar 9, in Nederland was dat 8 en in Frankrijk 16, in Engeland en Wales 17 en in de Verenigde Staten 20. Het percentage zwangerschappen dat in 2008 eindigde in een abortus was in België 12 %, in Nederland 11 %, in Frankrijk 18 % en in de Verenigde Staten 19 % (1).

(1) *http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3708411.pdf* : « Legal Abortion Worldwide in 2008 : Levels and Recent Trends. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health », 2011, 37(2) : 84-94, doi : 10 1363/3708411.

En France, le nombre d'avortements par 1 000 femmes de 15 à 49 ans reste assez stable, autour de 14 pour la péride de 1974 à 2004 (1).

En Belgique, le nombre d'avortements par 100 naissances vivantes (pour des femmes de 15 à 44 ans) était de 11,15 en 1993, 11,92 en 1997, 14,17 en 2001, 14,65 en 2003, 14,94 en 2005, 15,07 en 2007 et 15,08 en 2008. Ce ratio reste pratiquement constant depuis 2005 (2).

La Commission s'est interrogée sur ces ratios, et en particulier sur l'étude de Nathalie Bajos (3), en regrettant que le même sujet n'ait pas été traité dans notre pays. Mais la situation française n'est sans doute pas fondamentalement différente de celle de la Belgique.

Si certains membres du Parlement espéraient voir le nombre d'avortements diminuer, la Commission doit bien constater que cet espoir ne s'est pas réalisé actuellement : s'il n'est pas certain qu'il ait augmenté chez nous, une chose est certaine, il n'a pas diminué. S'il faut s'en inquiéter est un sujet maintes fois amené dans les débats au sein de la Commission, avec, comme corollaire, la préoccupation d'examiner les moyens pour faire diminuer le recours à l'IVG. Mais pour cela nous avons besoin de mieux comprendre la réalité sociologique du recours à l'IVG et en amont des grossesses non prévues. C'est précisément à ce propos que l'étude de Nathalie Bajos apporte des éléments de réponse intéressants.

Premier constat paradoxal : la contraception a progressé mais le nombre d'IVG n'a pas baissé. Le taux de 14/1 000 femmes entre 15 et 49 ans est « étonnamment » stable depuis 30 ans.

« On estime que 40 % des femmes y auront recours dans leur vie ». L'utilisation de la contraception (pilule, stérilet) est passée de 52 % (1978) à 82 % (2004). Dans le même temps, le nombre de grossesses non prévues est passé de 46 % des grossesses à 33 %.

Deuxième constat : le recours à l'IVG a augmenté. Alors qu'en 1975, 41 % des grossesses non prévues se

(1) Nathalie Bajos : « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans », *in Populations et sociétés* n° 407 décembre 2004. Cet auteur est directrice de recherche à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), responsable de l'équipe Genre Santé sexuelle et reproductive, INSERM –CESP 10189, Le Kremlin-Bicètre (Paris).

(2) Calculé par le Dr A. Verougstraete (médecin et membre de la Commission nationale d'évaluation) et sur base des chiffres de la Commission nationale d'évaluation et d'Eurostat. *http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database*.

(3) *Ibidem*.

In Frankrijk bleef het aantal abortussen per 1 000 vrouwen tussen de 15 en 49 jaar vrij stabiel en bleef rond de 14 voor de periode van 1974 tot 2004 (1).

En in België bedroeg het aantal abortussen per 100 levende geboorten (voor vrouwen tussen 15-44 jaar) 11,15 in 1993, 11,92 in 1997, 14,17 in 2001, 14,65 in 2003, 14,94 in 2005, 15,07 in 2007, 15,08 in 2008). Deze ratio blijft sedert 2005 dus praktisch constant (2).

De Commissie heeft zich gebogen over deze ratio's en in het bijzonder over de studie van Nathalie Bajos (3) en betreurde het dat hetzelfde thema in ons land niet behandeld werd. Maar de Franse situatie is wellicht niet fundamenteel verschillend van de Belgische.

Hoewel sommige parlementsleden het aantal abortussen graag hadden zien dalen, moet de Commissie wel degelijk vaststellen dat dit niet gebeurd is : hoewel het onzeker is dat het cijfer bij ons gestegen is, is het zeker en vast niet gedaald. De vraag of dit een reden tot bezorgdheid is, werd al vele keren besproken binnen de Commissie. Daarbij wou men dan ook onderzoeken hoe men het aantal zwangerschapsafbrekingen zou kunnen doen dalen. Maar daarvoor moeten we meer inzicht krijgen in de sociologische realiteit waarbinnen zwangerschapsafbrekingen en, in een eerdere fase, onvoorziene zwangerschappen zich situeren. Het is net op dat vlak dat de studie van Nathalie Bajos interessante informatie biedt.

Eerste paradoxale vaststelling : het gebruik van anticonceptie is toegenomen maar het aantal zwangerschapsafbrekingen is niet gedaald. Het valt op dat het cijfer 14/1 000 vrouwen tussen 15 en 49 jaar al 30 jaar stabiel is gebleven. « Men schat dat 40 % van de vrouwen tijdens hun leven zullen overgaan tot een zwangerschapsafbreking. »

Het gebruik van anticonceptie (pil, spiraaltje) is gestegen van 52 % (1978) naar 82 % (2004). In dezelfde periode is het aantal onvoorziene zwangerschappen gedaald van 46 % naar 33 % van de zwangerschappen.

Tweede vaststelling : er wordt vaker overgegaan tot een zwangerschapsafbreking. Terwijl in 1975 bij 41 %

(1) Nathalie Bajos : « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *in* : *Populations et sociétés*, nr. 407, december 2004). Die auteur is Directrice Onderzoek bij het INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), en verantwoordelijke van het team « Genre, Santé sexuelle et reproductive », INSERM-CESP 10189, Le Kremlin-Bicètre (Parijs).

(2) Berekend door Anne Verougstraete op basis van de cijfers van de Nationale Evaluatiecommissie en Eurostat (Anne Verougstraete is arts en lid van de Nationale Evaluatiecommissie) *http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database*.

(3) *Ibidem*.

terminaient par une IVG, en 2004 ce chiffre passe à 61 %. Cette tendance est particulièrement marquée chez les très jeunes femmes.

Mais dit l'auteur, « il ne faudrait pas en conclure que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG ». Celui-ci « est un processus résultant de la succession de plusieurs évènements. Il faut d'abord que la femme (1) ait des rapports sexuels alors qu'elle ne souhaite pas être enceinte, (2) qu'elle n'utilise pas de méthode de contraception ou qu'elle connaisse un échec de contraception. (3) Face à une grossesse non prévue, il faut qu'elle choisisse de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, (4) et qu'elle accède à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi ». La recherche montre que ce sont les conditions (1) et (3) qui réduisent l'effet de la diminution de (2).

L'auteur considère que ce ne sont pas les conditions d'accès à l'IVG qui ont eu un impact sur la demande mais « la nouvelle norme procréatrice et l'évolution des trajectoires socio-affectives [qui] se conjuguent pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesses non prévues .... Et annule statistiquement l'effet de la hausse de l'utilisation de la contraception moderne ».

Quels sont les éléments de ce changement de contexte, toujours selon Nathalie Bajos :

a) « Le contexte d'évolution du statut des femmes, caractérisé notamment par l'essor des taux de scolarité et d'activités féminines. La contraception, et en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'une maternité sous contrainte à celui de maternité choisie. » Les futurs parents attendent un contexte affectif stable et le bon moment de la trajectoire professionnelle.

b) Les grossesses non prévues ne surviennent pas aujourd'hui dans les mêmes circonstances que par le passé : si l'âge des premiers rapports n'a pas vraiment changé ni la fréquence de ceux-ci, les relations sexuelles hors contexte de conjugalité sont plus fréquentes et l'âge de la maternité est plus tardif (9,5 ans en moyenne après les premiers rapports contre 5,5 ans il y a 25 ans).

c) L'instabilité conjugale est devenue la norme si l'on considère le taux de divorces notamment.

d) Les couples sont plus souvent confrontés à des phases d'instabilité socio-économique qui touchent principalement les femmes.

van de onvoorziene zwangerschappen een zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd, was dat in 2004 al 61 %. Die trend valt vooral op bij erg jonge vrouwen.

Maar, zo zegt de auteur, daaruit mogen we niet besluiten dat anticonceptie geen enkel effect heeft op het aantal zwangerschapsafbrekingen. Als iemand overgaat tot een zwangerschapsafbreking, dan is dat « een proces dat het resultaat is van een opeenvolging van verschillende gebeurtenissen. Eerst en vooral moet de vrouw (1) seksuele betrekkingen hebben terwijl ze niet zwanger wenst te worden en vervolgens (2) mag ze geen anticonceptie gebruiken of moet de anticonceptie falen. (3) Als ze eenmaal geconfronteerd is met de onvoorziene zwangerschap, moet ze ervoor opteren om die af te breken in plaats van voort te zetten en (4) moet ze tijdig en overeenkomstig de wettelijk vastgelegde voorwaarden in het zorgsysteem stappen ». Onderzoek toont aan dat het voorwaarden (1) en (3) zijn die het effect van een daling van (2) beperken.

De auteur is van oordeel dat het niet de voorwaarden voor de toegang tot zwangerschapsafbrekingen zijn die een impact hebben gehad op de vraag maar wel « de nieuwe voortplantingsnorm en de evolutie van de sociaalaffectieve trajecten die samen de neiging om tot abortus over te gaan bij onvoorziene zwangerschappen versterken ... » en dat die factoren « statistisch gezien het effect van de stijging van het gebruik van moderne anticonceptie tenietdoen ».

Die contextuele verandering bestaat, nog steeds volgens Nathalie Bajos, uit de volgende elementen :

a) « de context van de evolutie van het statuut van de vrouw, die onder andere gekenmerkt wordt door de snelle stijging in de scholingsgraad en de beroepsactiviteit bij vrouwen. Door de anticonceptie, en bij het falen daarvan de zwangerschapsafbreking, is men kunnen evolueren van gedwongen moederschappen naar moederschappen uit eigen keuze. » Toekomstige ouders wachten op een stabiele affectieve context en op het juiste moment in hun beroepsloopbaan.

b) Onvoorziene zwangerschappen doen zich vandaag de dag in andere omstandigheden voor dan vroeger : hoewel de leeftijd waarop men voor het eerst betrekkingen heeft en ook de frequentie van de betrekkingen niet echt veranderd zijn, zijn er meer buitenechtelijke seksuele relaties en worden vrouwen op latere leeftijd moeder (gemiddeld 9,5 jaar na de eerste betrekkingen terwijl dat 25 jaar geleden na 5,5 jaar was).

c) Echtelijke instabiliteit is de norm geworden als men het aantal scheidingen bekijkt.

d) Koppels worden vaker geconfronteerd met fasen van sociaaleconomische instabiliteit die voornamelijk de vrouwen treffen.

8. Comment faire baisser le nombre des interruptions volontaires de grossesse ? Conformément à l'article 1er, § 3, *c)*, de la loi du 13 août 1990, la Commission pense pouvoir répéter en substance les suggestions déjà faites dans ses rapports précédents :

a) La prévention des grossesses imprévues, et donc des interruptions de grossesse, passe nécessairement par la promotion du respect de soi-même et de l'autre et par une prise de responsabilité à l'égard d'un tiers potentiel.

Les données de l'étude précitée montrent que c'est en amont de la grossesse imprévue que le plus grand travail est à faire : il faut encore et toujours améliorer l'accès à l'information et à la contraception et un accompagnement des femmes et des couples, pendant ces longues années d'instabilité socio-affective où une grossesse n'est pas désirée, ainsi qu'un moyen de contraception adéquat sont nécessaires.

b) La Commission estime que les adolescents, aussi bien les garçons que les filles, et les jeunes adultes doivent être conscients de leur fécondité et doivent pouvoir en assumer la responsabilité.

Une information spécialisée ainsi qu'une éducation appropriée sont donc indispensables, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu scolaire, pour leur apprendre à appréhender convenablement les relations affectives et sexuelles ainsi que leur fécondité.

L'amélioration de la qualité de cette éducation suppose l'intégration de l'éducation sexuelle et relationnelle dans les programmes de formation des futurs enseignants. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une information actualisée permettant un meilleur accès à toutes formes de contraception pourrait ensuite porter tous ses fruits.

c) La Commission observe que les contraceptifs les plus efficaces, c'est-à-dire les contraceptifs de longue durée (stérilet hormonal, stérilet au cuivre et implant contraceptif), ne sont pas remboursés alors qu'ils pourraient éviter des interruptions de grossesse répétitives (1).

d) La liberté de la femme de choisir entre poursuivre sa grossesse ou l'interrompre doit être garantie à tout moment. À cette fin, il faut mettre les femmes en mesure de résister aux pressions tendant à les inciter à avorter ou à les en empêcher, et de contacter éventuellement toutes structures existantes d'aide aux personnes en détresse.

(1) *AM. J. Obstet Gynecol.*, 2012 Jan; 206 (1) : 37.e1-6Epub 2011 Jui 13.

8. Hoe het aantal zwangerschapsafbrekingen doen dalen ? Overeenkomstig artikel 1, § 3, *c)*, van de wet van 13 augustus 1990 meent de Commissie haar aanbevelingen reeds gedaan in haar vorige verslagen grotendeels te mogen herhalen :

a) De preventie van onvoorziene zwangerschappen, en dus van zwangerschapsafbrekingen, begint noodzakelijk bij het stimuleren van respect voor zichzelf en voor de ander en bij het opnemen van verantwoordelijkheid ten opzichte van een mogelijke derde.

De gegevens van voornoemde studie tonen aan dat het grootste werk geleverd moet worden voordat de onvoorziene zwangerschap zich voordoet : de toegang tot informatie en anticonceptie moet nog steeds worden verbeterd en de vrouwen en koppels moeten beter begeleid worden tijdens die lange jaren van sociaalaffectieve instabiliteit waarin een zwangerschap niet gewenst is en adequate anticonceptie noodzakelijk is.

b) De Commissie is van oordeel dat vooral jongeren, zowel jongens als meisjes, en de jong volwassenen zich bewust moeten zijn van hun vruchtbaarheid en hiervoor verantwoordelijkheid moeten kunnen dragen.

Een gespecialiseerde voorlichting en een aangepaste vorming zijn onontbeerlijk, zowel op school als daarbuiten, om hen aan te leren hoe zij op gepaste wijze affectieve en seksuele relaties alsook hun vruchtbaarheid kunnen benaderen.

De verbetering van de kwaliteit van deze vorming veronderstelt de integratie van een seksuele en relationele opvoeding in de opleidingsprogramma's van de toekomstige leerkrachten. Slechts als aan deze voorwaarde is voldaan, kan een geactualiseerde voorlichting, die een betere toegang tot alle vormen van contraceptie mogelijk maakt, vervolgens resultaten opleveren.

c) De Commissie merkt op dat de meest efficiënte contraceptie t.w. contraceptie met langdurige werking (hormonaal spiraal, koperspiraal en implantaat) niet wordt terugbetaald terwijl ze herhaalde afbrekingen kan vermijden (1).

d) Een vrouw moet steeds vrij kunnen beslissen of zij haar zwangerschap al dan niet wil afbreken. Er moet dus voor gezorgd worden dat vrouwen kunnen weerstaan aan de sociale druk van diegenen die hen willen aanzetten tot zwangerschapsafbreking of dit net willen verhinderen, en dat zij eventueel alle bestaande structuren voor hulp aan personen in nood kunnen contacteren.

(1) Ref : *Am J Obstet Gynecol.*, 2012 Jan; 206(1) :37.e1-6.Epub 2011 Jul 13.

Les circonstances financières ne devraient pas non plus entrer en ligne de compte dans la prise de décision.

e) La Commission souligne une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait à prendre en considération les suggestions formulées par les institutions, tant centres que cliniques et hôpitaux, visant à diminuer le nombre des interruptions volontaires de grossesse.

*
* *

Depuis 1992, la Commission établit tous les deux ans un rapport qui, conformément à la loi qui l'institue, est communiqué au Parlement fédéral. Or, la compétence de prendre des mesures préventives « en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse » a été en grande partie attribuée aux communautés; bon nombre des suggestions qui précèdent en sont au demeurant l'illustration. La Commission prend donc la liberté, comme elle l'a fait pour les deux rapports précédents, de communiquer aussi celui-ci aux parlements communautaires; elle l'adresse en outre, à partir du présent rapport, à la Commission communautaire commune, à la Commission communautaire flamande et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

4. OUVRAGES RECUS

1. Rapports :

a) Belgique :

— Bellens, R., Craeymeersch, G., Van Crombrugge, L., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1991*, Gand, 1992, 52 p.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1992*, Gand, 1993, 28 p.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1993*, Gand, 1994, 52 p.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1994*, Gand, 1996, 54 p.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1997*, Gand, 1999, 56 p.

— Centrum voor Algemeen Welzijn Sjerp VUB, Jaarverslag 1998, 46 p.

— CRZ, *Jaarverslag 2005*, 32 p.

— Kind en Gezin, *Jaarverslag 2003*, 63 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2003*, 157 p.

Evenmin mogen financiële motieven de keuze van een vrouw bepalen.

e) De Commissie onderstreept eens te meer het belang aandacht te hebben voor de suggesties geformuleerd door de instellingen, zowel centra als ziekenhuizen, om het aantal zwangerschapsafbrekingen te doen dalen.

*
* *

Sedert 1992 stelt de Commissie om de twee jaar een evaluatieverslag op dat overeenkomstig de wet die haar heeft opgericht, wordt overgemaakt aan het federaal Parlement. Nochtans werd de bevoegdheid om preventieve maatregelen te nemen « met het oog op het doen dalen van zwangerschapsafbrekingen » grotendeels toegewezen aan de gemeenschappen; vele van de hoger vermelde suggesties zijn er trouwens de illustratie van. De Commissie neemt derhalve de vrijheid om, zoals zij het heeft gedaan met de vorige twee verslagen, ook dit over te maken aan de parlementen van de gemeenschappen. Ze maakt dit verslag voortaan ook over aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

4. ONTVANGEN WERKEN

1. Rapporten :

a) België :

— Bellens, R., Craeymeersch, G., Van Crombrugge, L., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1991*, Gent, 1992, 52 blz.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1992*, Gent, 1993, 28 blz.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1993*, Gent, 1994, 52 blz.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1994*, Gent, 1996, 54 blz.

— *id*., Kollektief Antikonceptie, *Jaarverslag 1997*, Gent, 1999, 56 blz.

— Centrum voor Algemeen Welzijn Sjerp VUB., Jaarverslag 1998, 46 blz.

— CRZ, *Jaarverslag 2005*, 32 blz.

— Kind en Gezin, *Jaarverslag 2003*, 63 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2003*, 157 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2004*, 193 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2005*, 199 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2006*, 195 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2007*, 191 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2008*, 198 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2009*, 211 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2010*, 211 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2011*, 219 p.

— Morbe, E., *De abortuswet en de evaluatiecommissie, schets van de totstandkoming*, 2005, 252 p.

— *Avortement : Libertés en danger, Actes du colloque international du 12 décembre 2005 à Bruxelles*, FPS.

— Van Deputte, C., *Een analyse van de discussie over het al dan niet strafbaar stellen van abortus*, licentiaatsverhandeling 2006-2007.

— Vandamme, J., *Wat helpt bij het eerste gesprek in een abortuscentrum ? Een bevelingsonderzoek*. Masterproef Academiejaar 2010-2011, UGent, 80 p.

— Wyverkens, E., *Verwachtingen en wensen van vrouwen omtrent de eerste consultatie in een abortuscentrum*. Masterproef Academiejaar 2010-2011, UGent, 97 p.

b) Étranger :

CANADA :

— *Therapeutic Abortions*, 1995, Ottawa, 1997, 52 p.

DANEMARK :

— N., *Statistik om prevention og aborter 1988*, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1989, 82 p.

— *id*., 1990, *Vitalstatistik*, Kopenhagen, 1992, 93 p.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2004*, 193 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2005*, 199 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2006*, 195 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2007*, 191 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2008*, 198 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2009*, 211 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2010*, 211 blz.

— Kind en Gezin, *Het kind in Vlaanderen 2011*, 219 blz.

— Morbe, E., *De abortuswet en de evaluatiecommissie, schets van de totstandkoming*, 2005, 252 blz.

— *Avortement : Libertés en danger*, *Actes du colloque international du 12 décembre 2005 à Bruxelles*, FPS.

— Van Deputte, C., *Een analyse van de discussie over het al dan niet strafbaar stellen van abortus*, licentiaatsverhandeling 2006-2007.

— Van Damme, J., *Wat helpt bij het eerste gesprek in een abortuscentrum ? Een belevingsonderzoek.*, masterproef academiejaar 2010-2011, UGent, 80 blz.

— Van Wyverkens, E., *Verwachtingen en wensen van vrouwen omtrent de eerste consultatie in een abortuscentrum*, masterproef academiejaar 2010-2011, UGent, 97 blz.

b) Buitenland :

CANADA :

— *Therapeutic Abortions*, 1995, Ottawa, 1997, 52 blz.

DENEMARKEN :

— N., *Statistik om prevention og aborter 1988*, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1989, 82 blz.

— *id*., 1990, *Vitalstatistik*, Kopenhagen, 1992, 93 blz.

FRANCE :

— Guignon, N., *Les interruptions volontaires de grossesse en France de 1980 à 1989*, SESI, Bureau ST 1., Paris, 1991, 101 p.

PAYS-BAS :

— N., *Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap*, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, n°s 33, 34 et 36;

— *id*., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, n°s 37, 39 et 41;

— *id*., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, n° 44.

— Rademakers, J., *Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie*, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 p.

— *id*., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 p.

— *id*., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 p.

— *Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap*, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 18 p.

— *Jaarrapport 2003*, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de gezondheidszorg, 206 p.

— *Jaarrapportage 2004 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, augustus 2005, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 20 p.

— *Jaarrapportage 2005 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, oktober 2006, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 38 p.

— *Jaarrapportage 2006 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, november 2007, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.

— *Jaarrapportage 2007 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, november 2008, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.

— *Jaarrapportage 2008 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, december 2009, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.

— *Jaarrapportage 2009 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, december 2010, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 48 p.

— *Jaarrapportage 2010 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, december 2011, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 40 p.

FRANKRIJK :

— Guignon, N., *Les interruptions volontaires de grossesse en France de 1980 à 1989*, SESI, Bureau ST 1., Parijs, 1991, 101 blz.

NEDERLAND :

— N., *Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap*, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, nrs. 33, 34 en 36;

— *id*., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, nrs. 37, 39 en 41;

— *id*., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, nr. 44.

— Rademakers, J., *Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie*, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 blz.

— *id*., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 blz.

— *id*., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 blz.

— *Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap*, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 18 blz.

— *Jaarrapport 2003*, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de gezondheidszorg, 206 blz.

— *Jaarrapportage 2004 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, augustus 2005, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 20 blz.

— *Jaarrapportage 2005 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, oktober 2006, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 38 blz.

— *Jaarrapportage 2006 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, november 2007, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 blz.

— *Jaarrapportage 2007 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, november 2008, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 blz.

— *Jaarrapportage 2008 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, december 2009, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 blz.

— *Jaarrapportage 2009 van de wet afbreking zwangerschap*, Den Haag, december 2010, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 48 blz.

— *Jaarrapportage 2010 van de wet afbreking zwangerschap*, Utrecht, december 2011, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 40 blz.

ESPAGNE :

— N., *Interrupcion Voluntaria Del Embarazo*, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 p.

— *id*., 1994, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1995, 248 p.

ROYAUME-UNI :

— N., *Abortion statistics*, 1990, *England and Wales, Series* AB nr. 217, OPCS, London, 1991, 73 p.

— N., *Abortion Act, 1967, Compendium of Guidance*, Department of Health, London, 1995, 95 p.

ÉTATS-UNIS :

— N., *Reported induced abortions in Wisconsin*, 1990, Wisconsin department of Health and Social Services, Madison, 1991.

ROUMANIE :

— *Abortion and contraception in Romenia, A strategic assessment of Policy, Programme and Research Issues*, WHO-Geneva 2005, East European Institute for reproductive health, 51 p.

2. Articles généraux et travaux

— Abeloos-Fourez, M.Th., *Onderzoek betreffende de vrouw in noodsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking*, Bruxelles, 1995, 16 p.

— Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1998, Verslag aan het Parlement, février 1999.

— Bankole, A., Singh, S., Haas, T., *Reasons Why Women Have Induced Abortions* : *Evidence from 27 Countries*, International Family Planning Perspectives, 1998.

— Bankole, A., Singh, S., Haas, T., *Characteristics of Women Who Obtain Induced abortion* : *A Worldwide Review 1999*.

— Belien, P., *Abortus : het grote taboe*, Roularta Books, Zellik, 1992.

— Bello, P., Dolto, C., Schiffmann, A., *Contraception, grossesse, IVG, Guide pratique*, Éditions du Seuil, Paris, 1983, 189 p.

— Blayo, C., « L'enregistrement des avortements en Angleterre, au Pays de Galles et au Danemark », *in Population*, 1974, n° 2, p. 326-341.

SPANJE :

— N., *Interrupcion Voluntaria Del Embarazo*, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 blz.

— *id*., 1994, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1995, 248 blz.

VERENIGD KONINKRIJK :

— N., *Abortion statistics*, 1990, *England and Wales, Series AB* nr. 217, OPCS, London, 1991, 73 blz.

— N., *Abortion Act*, 1967, *Compendium of Guidance, Department of Health*, London, 1995, 95 blz.

VERENIGDE STATEN :

— N., *Reported induced abortions in Wisconsin*, 1990, Wisconsin department of Health and Social Services, Madison, 1991.

ROEMENIË :

— *Abortion and contraception in Romenia, A strategic assessment of Policy, Programme and Research Issues*, WHO-Geneva 2005, East European Institute for reproductive health, 51 blz.

2. Algemene artikelen en werken

— Abeloos-Fourez, M.Th., *Onderzoek betreffende de vrouw in noodsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking*, Brussel, 1995, 16 blz.

— Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1998, Verslag aan het Parlement, februari 1999.

— Bankole, A., Singh, S., Haas, T., *Reasons Why Women Have Induced Abortions* : *Evidence from 27 Countries*, International Family Planning Perspectives, 1998.

— Bankole, A., Singh, S., Haas, T., *Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion* : *A Worldwide Review 1999*.

— Belien, P., *Abortus : het grote taboe*, Roularta Books, Zellik, 1992.

— Bello, P., Dolto, C., Schiffmann, A., *Contraception, grossesse*, *IVG, Guide pratique*, Editions du Seuil, Parijs, 1983, 189 blz.

— Blayo, C., « L'enregistrement des avortements en Angleterre, au Pays de Galles et au Danemark », *in Population*, 1974, nr. 2, blz. 326-341.

— *id.*, « L'avortement légal en France », *in Populations et Sociétés*, janvier 1985, n°. 187.

— *id.*, « L'avortement en Europe », *in Espace*, Populations, Sociétés, 1989-2, p. 225-238.

— *id.*, « L'avortement en Europe », *in Vie Sociale*, 1992, n°s 11-12, p. 5-11.

— Camus, F., « L'avortement en Grande-Bretagne : bilan de la réforme », *in Vie Sociale*, 1992, n°s 11-12, p. 51-60.

— Centre d'action laïque ASBL : Dossier pédagogique « 20 ans du droit à l'avortement en Belgique », Bruxelles, 2010, 15 p.

— Centrum voor familiale studies, *Abortus voor het Parlement*, Bruxelles, 1979, 23 p.

— *id.*, *De Wet Veil : enquête in Frankrijk*, Bruxelles, 1979, 36 p.

— Cliquet, R., (red.), « Abortus Provocatus », CBGS, Studies en Documenten, n° 2, De Sikkel, Anvers, 1972, 508 p..

— Cliquet, R., Callens, M. (red.), *Gezinsvorming in Vlaanderen*, CBGS, Monografie 1993/1, Bruxelles, 1993.

— Cock, P., *Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum* (losbladig), Federatie CGSO, Gand, 1991.

— de Beaufort, I.D., Dupuis, H.M. (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*, Van Gorcum, Assen — Maastricht, 1988, 681 p.

— Dehaene, T., *Zwangerschap uitgewist ?, Over beleving en begeleiding na abortus*, Davidsfonds Louvain, 1998, 126 p.

— Federatie CGSO, *Abortus, waar een wet is, is een weg* (dépliant), Gand, 1993,178 p.

— Francois, K., *Abortus : De Nationale Evaluatiecommissie die toeziet op de abortuswet*, Humanistisch Verbond, Anvers, 1994, 116 p.

— GACEHPA, *La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique : enquête réalisée en 1985*, Bruxelles, 1987, 24 p.

— *Id.*, *Comparatif : le droit à l'avortement dans les États membres de l'Union européenne*, Bruxelles, 2011, 13 p.

— Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., *The Incidence of Abortion Worldwide*, International Family Planning Perspectives, 1999.

— Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., *Readings on induced abortion, volume 2 : a world review 2000*,

— *id.*, « L'avortement légal en France », *in Populations et Sociétés*, janvier 1985, nr. 187.

— *id.*, « L'avortement en Europe », *in Espace*, Populations, Sociétés, 1989-2, blz. 225-238.

— *id.*, « L'avortement en Europe », *in Vie Sociale*, 1992, nrs. 11-12, blz. 5-11.

— Camus, F., « L'avortement en Grande-Bretagne : bilan de la réforme », *in Vie Sociale*, 1992, nrs. 11-12, blz. 51-60.

— Centre d'action laïque ASBL : Dossier pédagogique « 20 ans du droit à l'avortement en Belgique », Brussel, 2010, 15 blz.

— Centrum voor Familiale Studies, *Abortus voor het Parlement*, Brussel, 1979, 23 blz.

— *id.*, *De Wet Veil : enquête in Frankrijk*, Brussel, 1979, 36 blz.

— Cliquet, R., (red.), « Abortus Provocatus », CBGS, Studies en Documenten, nr. 2, De Sikkel, Antwerpen, 1972, 508 blz.

— Cliquet, R., Callens, M. (red.), *Gezinsvorming in Vlaanderen*, CBGS, Monografie 1993/1, Brussel, 1993.

— Cock, P., *Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum* (losbladig), Federatie CGSO, Gent, 1991.

— de Beaufort, I.D., Dupuis, H.M. (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*, Van Gorcum, Assen — Maastricht, 1988, 681 blz.

— Dehaene, T., *Zwangerschap uitgewist ? Over beleving en begeleiding na abortus*, Davidsfonds Leuven, 1998, 126 blz.

— Federatie CGSO, *Abortus, waar een wet is, is een weg* (vouwfolder), Gent, 1993, 178 blz.

— Francois, K., *Abortus : De Nationale Evaluatiecommissie die toeziet op de abortuswet*, Humanistisch Verbond, Antwerpen, 1994, 116 blz.

— GACEHPA, *La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique : enquête réalisée en 1985*, Brussel, 1987, 24 blz.

— *Id.*, *Comparatif : le droit à l'avortement dans les États membres de l'Union européenne*, Bruxelles, 2011, 13 blz.

— Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., *The Incidence of Abortion Worldwide, International Family Planning Perspectives*, 1999.

— Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., *Readings on induced abortion, volume 2 : a world review 2000*,

International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.

— International planned parenthood federation, *Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s*, London, 1993, 173 p.

— International planned parenthoud federation, Abortion in Europe, volume 28, n° 2, autumn 2000.

— Kaminski, H., Crost, M., « Les interruptions de la grossesse », *J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod.*, Paris, 1991, 20, p. 767-773.

— Knöferl, Dr. G. *e.a.*, *Modellprogramm — « Beratungsstellen* § 218 », Band 127, Kohlhammer, Stüttgart, 1981, 262 p.

— Kollektief antikonceptie, *Ongewenste Zwangerschap* (brochure d'acceuil), Gand, 1993.

— Marques-Pereira, B., « L'interruption Volontaire de Grossesse », *in Courrier Hebdomadaire* n°s 1127 et 1128, CRISP, Brussel, 1986, 41 + 46 p.

— *id.*, *L'avortement en Belgique*, Éditions de l'Université, Brussel, 1989, 166 p.

— Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté francaise de Belgique, *Grossesse en question* (brochure d'information), i.s.m. CEDIF en GACEHPA, Bruxelles, 1993, 55 p.

— Ministerie Volksgezondheid en Leefmilieu (IHE), *Gezondheid in het federale België en zijn Gemeenschappen*, Bruxelles, 1993, 191 p.

— Moreau N., Dr. Swennen B., Dr. Roynet D., et l'équipe du GACEHPA, *Étude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : Eléments pour une meilleure prévention*, GACEPHA ASBL, Bruxelles, 2006, 151 p.

— Mouvement francais pour le planning familial, *Avortement et contraception, démographie*, Paris, 1993.

— *Idem*, *Avortement et application de la loi — Aide-memoire législatif*, Paris, 1996.

— *Idem*, *L'avortement, un droit a protéger (oppositions et opposants en France)*, Paris, 1995.

— N., *L'interruption Volontaire de Grossesse en Centres extra-hospitaliers*, Les cahiers du GERM, Collection Expériences et Analyses, GACEPHA, II, 1993, n° 225, Bruxelles, 1993, 42 p.

— N., *Choosing Abortion, Women's Information Network*, Dublin, 1993, 40 p.

— Parlement européen, *Résolution du Parlement européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques* (2001/2128(INI)), Bruxelles, 2002, 18 p.

International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.

— International planned parenthood federation, *Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s*, London, 1993, 173 blz.

— International planned parenthoud federation, *Abortion in Europe*, volume 28, n° 2, autumn 2000.

— Kaminski, H., Crost, M., « Les interruptions de la grossesse », *J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod.*, Parijs, 1991, 20, blz. 767-773.

— Knöferl, Dr. G. *e.a.*, *Modellprogramm — « Beratungsstellen § 218 »*, Band 127, Kohlhammer, Stüttgart, 1981, 262 blz.

— Kollektief antikonceptie, *Ongewenste Zwangerschap* (onthaalbrochure), Gent, 1993.

— Marques-Pereira, B., « L'interruption Volontaire de Grossesse », *in Courrier Hebdomadaire* nrs. 1127 en 1128, CRISP, Brussel, 1986, 41 + 46 blz.

— *id.*, *L'avortement en Belgique*, Editions de l'Université, Brussel, 1989, 166 blz.

— Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communaute francaise de Belgique, *Grossesse en question* (informatiebrochure), i.s.m. CEDIF en GACEHPA, Brussel, 1993, 55 blz.

— Ministerie Volksgezondheid en Leefmilieu (IHE), *Gezondheid in het federale België en zijn Gemeenschappen*, Brussel, 1993, 191 blz.

— Moreau N., Dr. Swennen B., Dr. Roynet D., et l'équipe du GACEHPA, *Étude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : Eléments pour une meilleure prévention*, GACEPHA ASBL, Brussel, 2006, 151 blz.

— Mouvement francais pour le planning familial, *Avortement et contraception*, *démographie*, Parijs, 1993.

— *Idem*, *Avortement et application de la loi — Aide-memoire législatif*, Parijs, 1996.

— *Idem*, *L'avortement, un droit a protéger (oppositions et opposants en France)*, Parijs, 1995.

— N., *L'interruption Volontaire de Grossesse en Centres extra-hospitaliers*, Les cahiers du GERM, Collection Expériences et Analyses, GACEPHA, II, 1993, n° 225, Brussel, 1993, 42 blz.

— N., *Choosing Abortion, Women's Information Network*, Dublin, 1993, 40 blz.

— Parlement Européen, *Résolution du parlement européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques* (2001/2128 INI) Brussel, 2002, 18 blz.

— Philippe, J., *Omtrent abortus, Dagboek van een dokter*, EPO, Anvers, 1985, 128 p.

— Rahman, A., Katzive L. and Henshaw S.K., *A global review of laws on induced abortion 1985-1997*, International Family Planning Perspectives.

— Riemslagh, M., Vanmechelen, B., *Abortus voorgoed voorbij ?*, Lannoo Campus, 2003, 156 p.

— Terrenoire, G., *L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Les cahiers du Comité national d'éthique, 2001, 7 p.

— Tissot, B., Vekemans, M., *L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins*, Bruxelles, 1990, 80 p. + annexes.

— Toussaint, Ph., (red.), *L'avortement*, Complexe, Bruxelles, 1973, 195 p.

— Van Assche, E., (red.), *Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening*, ACCO, Louvain, 1992, 170 p.

— Van Bilsen, P.M.A., Visser, A., *Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie*, IHF, Bruxelles, 1993, 82 p.

— Van Den Bergh, A.S., *De methode FINKS*, STIMEZO, La Haie, 1977, 157 p.

— Van Westering, F., Spanjaard, H., *Zo zit dat, Margriet reeks*, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 p.

— Venner, F., *L'opposition à l'avortement — du lobby au commando*, Berg International, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 blz.

— Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., *Seksualiteit en relatievorming : anticonceptie in België*, ACCO, Louvain, 1991, 181 p.

— Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., *Sexualité et contraception : Les relations dans les couples en Belgique*, De Boeck Université, Bruxelles, 1993, 174 p.

— Witte, E., « De liberalisering van de abortuswetgeving in België (1970-1990) », *Rapporten en perspectieven omtrent Vrouwenstudies*, n° 4., VUB Press, Bruxelles, 1993.

— Zucker-Rouvillois, E., « La loi française sur l'Interruption Volontaire de Grossesse : sa construction », *in Vie Sociale*, 1992, nos 11-12, p. 13-50.

— Philippe, J., *Omtrent abortus, Dagboek van een dokter*, EPO, Antwerpen, 1985, 128 blz.

— Rahman, A., Katzive L. and Henshaw S.K., *A global review of laws on induced abortion 1985-1997*, International Family Planning Perspectives.

— Riemslagh, M., Vanmechelen, B., *Abortus voorgoed voorbij ?*, Lannoo Campus, 2003, 156 blz.

— Terrenoire, G., *L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Les cahiers du Comité national d'éthique, 2001, 7 blz.

— Tissot, B., Vekemans, M., *L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins*, Brussel, 1990, 80 blz. + bijlagen.

— Toussaint, Ph., (red.), *L'avortement*, Complexe, Brussel, 1973, 195 blz.

— Van Assche, E., (red.), *Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening*, ACCO, Leuven, 1992, 170 blz.

— Van Bilsen, P.M.A., Visser, A., *Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie*, IHF, Brussel, 1993, 82 blz.

— Van Den Bergh, A.S., *De methode FINKS*, STIMEZO, Den Haag, 1977, 157 blz.

— Van Westering, F., Spanjaard, H., *Zo zit dat, Margriet reeks*, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 blz.

— Venner, F., *L'opposition à l'avortement — du lobby au commando*, Berg International, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 blz.

— Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., *Seksualiteit en relatievorming : anticonceptie in België*, ACCO, Leuven, 1991, 181 blz.

— Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., *Sexualité et contraception : Les relations dans les couples en Belgique*, De Boeck Université, Brussel, 1993, 174 blz.

— Witte, E., « De liberalisering van de abortuswetgeving in België (1970-1990) », *Rapporten en perspectieven omtrent Vrouwenstudies*, nr. 4., VUB Press, Brussel, 1993.

— Zucker-Rouvillois, E., « La loi française sur l'Interruption Volontaire de Grossesse : sa construction », *in Vie Sociale*, 1992, nr. 11-12, blz. 13-50.

5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES INTERRRUPTIONS DE GROSSESSE

1. Composition de la Commission nationale de la loi du 3 avril 1990 relative a l'interruption de grossesse (arrêté royal du du 14 octobre 2009)

Membres effectifs

1° en tant que docteurs en médecine :

— Mme Catherine Donner (F)

— Mme Christine Dumoulin (F)

— Mme Françoise Kruyen (F)

— Mme Axelle Pintiaux (F)

— M. Jan Deprest (N)

— M. Jacques Germeaux (N)

— Mme Chantal Kortmann (N)

— M. Alfons Van Orshoven (N)

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

— Mme Nicole Gallus (F)

— M. Jules Messinne (F) — Président

— M. Herman Nys (N) — Président

— Mme Liesbet Stevens (N)

3° en tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

— M. Michel Pasteel (F)

— M. Vincent Schillebeeckx (F)

— Mme Arlette Geuens (N)

— Mme Els Leuris (N)

Membres suppléants

1° en tant que docteurs en médecine :

— Mme Valérie Albert (F)

— Mme Nathalie Carlier (F)

— Mme Isabelle Dumont (F)

5. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE ZWANGERSCHAPSAFBREKING

1. Samenstelling van de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (koninklijk besluit van 14 okt 2009)

Effectieve leden :

1° in de hoedanigheid van geneesheer :

— Mevr. Catherine Donner (F)

— Mevr. Christine Dumoulin (F)

— Mevr. Françoise Kruyen (F)

— Mevr. Axelle Pintiaux (F)

— Dhr. Jan Deprest (N)

— Dhr. Jacques Germeaux (N)

— Mevr. Chantal Kortmann (N)

— Dhr. Alfons Van Orshoven (N)

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat :

— Dhr. Jules Messinne (F) — Président

— Mevr. Nicole Gallus (F)

— Dhr. Herman Nys (N) — Voorzitter

— Mevr. Liesbet Stevens (N)

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand :

— Dhr. Michel Pasteel (F)

— Dhr. Vincent Schillebeeckx (F)

— Mevr. Arlette Geuens (N)

— Mevr. Els Leuris (N)

Plaatsvervangende leden :

1° in de hoedanigheid van geneesheer :

— Mevr. Valérie Albert (F)

— Mevr. Nathalie Carlier (F)

— Mevr. Isabelle Dumont (F)

— M. Thierry Fobe (F)

— M. Marc Cosyns (N)

— M. Jan De Lepeleire (N)

— M. Paul Deschepper (N)

— Mme Anne Verougstraete (N)

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

— Mme Eléonore Delwaide (F)

— M. Jean-Marc Wolter (F)

— M. Stefaan Callens (N)

— Mme An Vijverman (N)

3° en tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

— Mme Violaine De Clerck (F)

— Mme Claire Quevrin (F)

— Mme Karline Demasure (N)

— Mme Isabelle Schotte (N)

2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative a l'interruption de grossesse

— Mme Valérie De Nef (F)

— Mme Marie-Jeanne Ribbens (N)

— Mme Karine Delatte (F)

— M. Kristiaan Coppens (N)

— Mme Lydie Cappelmans (F)

— M. Paul Gyssels (N)

6. TEXTES DE LOI

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse.

3 avril 1990 — Loi relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. (*Moniteur belge* du 5 avril 1990)

— Dhr. Thierry Fobe (F)

— Dhr. Marc Cosyns (N)

— Dhr. Jan De Lepeleire (N)

— Dhr. Paul Deschepper (N)

— Mevr. Anne Verougstraete (N)

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat :

— Mevr. Eléonore Delwaide (F)

— Dhr. Jean-Marc Wolter (F)

— Dhr. Stefaan Callens (N)

— Mevr. An Vijverman (N)

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand :

— Mevr. Violaine De Clerck (F)

— Mevr. Claire Quevrin (F)

— Mevr. Karline Demasure (N)

— Mevr. Isabelle Schotte (N)

2. Samenstelling van het administratieve kader van de Nationale Evaluatiecommissie belast met de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

— Mevr. Valérie De Nef (F)

— Mevr. Karine Delatte (F)

— Mevr. Lydie Cappelmans (F)

— Mevr. Marie-Jeanne Ribbens (N)

— Dhr. Kristiaan Coppens (N)

— Dhr. Paul Gyssels (N)

6. WETTEKSTEN

1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

3 april 1990 — Wet betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek (*Belgisch Staatsblad* van 5 april 1990)

Au nom du Peuple belge,

Nous, ministres réunis en Conseil,

Vu l'arrêté du 3 avril 1990 constatant que le Roi se trouve dans l'impossibilité de régner;

Vu les articles 25, 69, 79, alinéa 3, et 82 de la Constitution.

Les Chambres ont adopté et Nous, ministres réunis en Conseil, sanctionnons ce qui suit :

Article 1er

L'article 348 du Code pénal est remplacé par la disposition suivante :

« Article 348. Celui qui médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion. Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué. »

Article 2

L'article 350 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

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

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes :

1° *a)* l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;

b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande, soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels

In naam van het Belgische Volk,

Wij, in Raad verenigde ministers,

Gelet op het besluit van 3 april 1990, waarbij wordt vastgesteld dat de Koning zich in de onmogelijkheid bevindt om te regeren :

Gelet op de artikelen 25, 69, 79, derde lid, en 82 van de Grondwet,

De Kamers hebben aangenomen en Wij, in Raad verenigde ministers, bekrachtigen hetgeen volgt :

Artikel 1

Artikel 348 van het Strafwetboek wordt vervangen als volgt :

« Art. 348. Hij die, al dan niet geneesheer, door enig middel opzettelijk vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin niet heeft toegestemd, wordt gestraft met opsluiting. Indien de gebruikte middelen hun uitwerking hebben gemist, vindt artikel 52 toepassing. »

Artikel 2

Artikel 350 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

« Art. 350. Hij die door spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin heeft toegestemd, wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.

Er is evenwel geen misdrijf wanneer de zwangere vrouw die door haar toestand in een noodsituatie verkeert, een geneesheer verzoekt haar zwangerschap af te breken en indien de zwangerschapsafbreking uitgevoerd wordt onder de volgende voorwaarden :

1° *a)* de zwangerschapsafbreking moet plaatsvinden vóór het einde van de twaalfde week na de bevruchting;

b) de zwangerschapsafbreking moet onder medisch verantwoorde omstandigheden door een geneesheer worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden die de zwangere vrouw opvangt en haar omstandig inlicht inzonderheid over de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen, alsook over de mogelijkheden om het kind dat geboren zal worden, te laten adopteren; en die, op verzoek van de geneesheer of van de vrouw, haar hulp

elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit :

a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse;

b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, *b)*, du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés;

c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

L'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder. Cette déclaration sera versée au dossier médical.

4° Au-delà du délai de douze semaines, sous les conditions prévues aux 1°, *b)*, 2° et 3°, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être pratiquée que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assurera le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis sera joint au dossier.

5° Le médecin, ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. »

en raad geeft over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen welke door haar toestand zijn ontstaan.

2° De geneesheer tot wie een vrouw zich wendt om haar zwangerschap te laten afbreken, moet :

a) de vrouw inlichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap;

b) de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind dat geboren zal worden, in herinnering brengen en, in voorkomend geval, een beroep doen op het personeel van de dienst bedoeld in het 1°, *b)*, van dit artikel om de daar bepaalde hulp en raad te geven;

c) zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken.

De appreciatie van de geneesheer over de vaste wil en de noodsituatie van de zwangere vrouw, op basis waarvan hij aanvaardt de ingreep uit te voeren, kan niet meer worden aangevochten indien is voldaan aan de in dit artikel bepaalde voorwaarden.

3° De geneesheer kan de zwangerschapsafbreking niet eerder verrichten dan zes dagen na de eerste raadpleging en nadat de vrouw, de dag van de ingreep, schriftelijk te kennen heeft gegeven dat ze vastbesloten is de ingreep te ondergaan. Deze verklaring moet bij het medisch dossier worden gevoegd.

4° Na de termijn van twaalf weken kan de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald onder het 1°, *b)*, het 2° en het 3° slechts worden afgebroken, indien het voltooien van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In dat geval moet de geneesheer tot wie de vrouw zich heeft gewend, de medewerking vragen van een tweede geneesheer, wiens advies bij het dossier moet worden gevoegd.

5° De geneesheer of een andere bevoegde persoon van de instelling voor gezondheidszorg waar de ingreep is verricht, moet aan de vrouw de nodige voorlichting verstrekken inzake contraceptiva.

6° Geen geneesheer, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking. De geneesheer die weigert een dergelijke ingreep te verrichten, is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis te stellen van zijn weigering. »

Article 3

L'article 351 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Article 351. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante francs à deux cents francs. »

Article 4

L'article 352 du Code est remplacé par la disposition suivante :

« Article 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme à consenti à l'avortement, mais que l'intervention ait été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et aux travaux forcés de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti. »

Article 5

L'article 353 du même Code est abrogé.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'État et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 3 avril 1990.

*
* *

Texte de l'article 349 du Code pénal

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

Artikel 3

Artikel 351 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

« Art. 351. De vrouw die opzettelijk een vruchtafdrijving laat verrichten buiten de voorwaarden gesteld in artikel 350, wordt gestraft met gevangenisstraf van een maand tot een jaar en met geldboete van vijftig frank tot tweehonderd frank. »

Artikel 4

Artikel 352 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

« Art. 352. Wanneer de middelen, gebruikt met het oogmerk om vruchtafdrijving te verwekken, de dood tot gevolg hebben, wordt hij die ze met dat oogmerk heeft aangewend of aangewezen, veroordeeld tot opsluiting, indien de vrouw daarin weliswaar heeft toegestemd doch de ingreep werd verricht buiten de voorwaarden gesteld in artikel 350, en tot dwangarbeid van tien jaar tot vijftien jaar indien zij daar niet in heeft toegestemd. »

Artikel 5

Artikel 353 van hetzelfde Wetboek wordt opgeheven.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 3 april 1990.

*
* *

Tekst van artikel 349 in het Strafwetboek

Art. 349. Wanneer de vruchtafdrijving wordt veroorzaakt door geweld, opzettelijk gepleegd, maar zonder het oogmerk om afdrijving te verwekken, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van drie maanden tot twee jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot driehonderd frank. Wordt het geweld gepleegd met voorbedachten rade of met kennis van de toestand van de vrouw, dan is de gevangenisstraf zes maanden tot drie jaar en de geldboete vijftig frank tot vijfhonderd frank.

2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation.

13 Août 1990 — Loi visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. (*Moniteur belge* du 20 avril1990)

Baudouin, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit:

Article 1er

§ 1er. Il est institué une Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse.

§ 2. La Commission est composée de seize membres, dont neuf femmes et sept hommes. Ils sont désignés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins professeurs de médecine dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec celle de membre d'une des Assemblées législatives et avec celle de membre du gouvernement ou d'un Exécutif.

Les membres de la Commission sont nommés, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, dans le respect de la parité linguistique et de la représentation pluraliste, et pour une période de quatre ans qui peut être prorogée. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants.

La Commission est présidée par un néerlandophone et un francophone. Les présidents sont élus par les membres de la Commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

2. Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie

13 Augustus 1990 — Wet houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek *Belgisch Staatsblad* van 20 oktober1990)

Boudewijn, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt:

Artikel 1

§ 1. Er wordt een Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking ingesteld.

§ 2. De Commissie bestaat uit zestien leden van wie negen vrouwen en zeven mannen. Zij worden aangewezen op grond van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de Commissie behoren. Acht leden zijn geneesheer, van wie minstens vier hoogleraar in de geneeskunde aan een Belgische universiteit zijn. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de opvang en de begeleiding van vrouwen in een noodsituatie.

Het lidmaatschap van de Commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van één van de Wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de regering of van een Executieve.

De leden van de Commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit en op grond van een pluralistische vertegenwoordiging, bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, en voor een termijn van vier jaar die kan worden verlengd. De kandidaten die niet als effectieve leden zijn aangewezen, worden tot plaatsvervangende leden benoemd.

De Commissie wordt voorgezeten door een nederlandstalige en een franstalige voorzitter. Deze worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De Commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

§ 3. La Commission établit à l'attention du Parlement, pour le 31 août 1992, et par la suite tous les deux ans :

a) un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3;

b) un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de l'application de la loi;

c) le cas échéant, des recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse.

Pour l'accomplissement de cette mission, la Commission peut s'informer auprès des pouvoirs et organismes concernant le planning familial, la parenté responsable et la contraception.

Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune instance, y compris le pouvoir judiciaire.

Article 2

La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse. Ce document comportera :

1) 'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin;

2) l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse;

3) l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;

4) l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;

5) une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière

§ 3. Ten behoeve van het Parlement stelt de Commissie, tegen 31 augustus 1992 en nadien om de twee jaar, op :

a) een statistisch verslag waarin de informatie verkregen op grond van de artikelen 2 en 3 werd verwerkt;

b) een verslag waarin de toepassing van de wet en de ontwikkelingen in de toepassing ervan worden aangegeven en geëvalueerd;

c) in voorkomend geval, aanbevelingen tot eventueel wetgevend initiatief en/of andere maatregelen die kunnen leiden tot het terugdringen van het aantal zwangerschapsafbrekingen en tot een betere begeleiding en opvang van vrouwen in een noodsituatie.

Teneinde deze opdracht te vervullen, kan de Commissie inlichtingen inwinnen bij overheden en instellingen met betrekking tot het beleid inzake gezinsplanning, verantwoord ouderschap en anticonceptie.

De door de Commissie ingewonnen inlichtingen zijn vertrouwelijk en mogen niet aan enige instantie, met inbegrip van de rechterlijke macht, worden meegedeeld.

Artikel 2

De Commissie stelt een registratieformulier op dat moet worden ingevuld door de geneesheer die een zwangerschapsafbreking uitgevoerd heeft. Daarin worden opgenomen :

1) het codenummer van de instelling voor gezondheidszorg bedoeld in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek en het codenummer van de geneesheer;

2) de leeftijd, de burgerlijke staat en het aantal kinderen van de vrouw die om een zwangerschapsafbreking verzoekt;

3) de provincie of, indien de vrouw in het buitenland woont, het land waarin de woonplaats van de vrouw gelegen is;

4) de datum van het verzoek tot zwangerschapsafbreking en de datum van de uitvoering ervan;

5) een beknopte beschrijving van de door de vrouw ingeroepen noodsituatie op grond waarvan de geneesheer de zwangerschapsafbreking bedoeld in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek heeft uitgevoerd. Indien de zwangerschapsafbreking wordt verricht op grond van artikel 350, tweede lid, 4°, van het Strafwetboek, vermeldt de geneesheer tevens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw of de

gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance;

6) l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information;

7) l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité;

8) l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 1er, dans les quatre mois de l'interruption de grossesse.

Article 3

La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne :

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement;

— le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur la base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal;

— le nombre de demandes d'interruption de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l établissement.

À ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :

— la composition et le fonctionnement du service;

— les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées;

— le nombre de consultations;

— éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

uiterst zware en ongeneeslijke kwaal waaraan het kind bij de geboorte zou lijden;

6) de datum waarop de betrokken vrouw door de voorlichtingsdienst werd ontvangen;

7) de vermelding van de verklaringen van de vrouw over de voorbehoedmiddelen die zij heeft gebruikt en de reden van het falen;

8) de vermelding van de methode van zwangerschapsafbreking die werd toegepast en, in voorkomend geval, van de verwikkelingen die hiervan het gevolg waren.

De geneesheer zendt dit document over aan de in artikel 1 bedoelde Evaluatiecommissie, binnen vier maanden na de uitvoering van de zwangerschapsafbreking.

Artikel 3

De Commissie stelt een document op dat als jaarlijks verslag moet worden ingevuld door de instelling voor gezondheidszorg, bedoeld in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek, en haar moeten worden overgezonden ten laatste op 30 april van het jaar volgend op dat waarop de informatie betrekking heeft.

In dit verslag wordt melding gemaakt van :

— het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd ingediend bij de instelling of bij de geneesheren verbonden aan de instelling;

— het aantal zwangerschapsafbrekingen dat door de aan de instelling verbonden geneesheren werd uitgevoerd op grond van artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek, met, in voorkomend geval, de vermelding van de in artikel 350, tweede lid, 4°, van het Strafwetboek bedoelde gevallen;

— het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd afgewezen door de aan de instelling verbonden geneesheren.

Aan dit verslag wordt een verslag toegevoegd van de voorlichtingsdienst van de instelling over :

— de samenstelling en de werking van de dienst;

— de toegepaste methoden van opvang en hulp;

— het aantal raadplegingen;

— in voorkomend geval, de resultaten van de opvang en de hulp.

Article 4

La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales. Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. La commission d'évaluation désigne les membres de ce personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Artikel 4

De Evaluatiecommissie beschikt voor het opstellen van het evaluatieverslag over een beperkt administratief kader teneinde de wettelijke opdrachten naar behoren te kunnen vervullen. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden vastgelegd bij een in Ministerraad overlegd Koninklijk Besluit op voorstel van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid. De Evaluatiecommissie stelt dit personeel aan dat uit de overheidsdiensten wordt gedetacheerd onder de voorwaarden die door de Koning worden bepaald.

Article 5

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission d'évaluation ainsi que les indemnités de ses membres sont à charge du budget du ministère de la Santé publique.

Artikel 5

De werkingskosten en de personeelskosten van de Evaluatiecommissie evenals de vergoeding van haar leden komen ten laste van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid.

Article 6

Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui aura été adressé, omettra de transmettre les documents d'enregistrement visés à l'article 2 ou les rapports annuels visés à l'article 3 à la Commission d'évaluation dans les délais prévus, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante francs à cinq mille francs.

Le chapitre VII et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées par la présente loi.

Artikel 6

Hij die hetzij uit nalatigheid, hetzij moedwillig en nadat hij daartoe werd aangemaand, nalaat de in artikel 2 bedoelde registratiedocumenten of de in artikel 3 bedoelde jaarlijkse verslagen binnen de vastgestelde termijn aan de Evaluatiecommissie te bezorgen, wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot één maand of met geldboete van vijftig frank tot vijfduizend frank.

Hoofdstuk VII en artikel 85 van het Strafwetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de in deze wet bedoelde misdrijven.

Article 7

Toute personne qui, en quelque qualité que ce soit, prête son concours à l'application de la présente loi, est par la même responsable du secret des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de cette mission. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Artikel 7

Een ieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, staat daardoor in voor de geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Article 8

Un débat se tiendra à la Chambre et au Sénat dans les six mois du dépôt des premiers rapports et, le cas échéant, des recommandations de la Commission d'évaluation, visés à l'article 1er, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle les Chambres législatives sont dissoutes et/ou

Artikel 8

Binnen zes maanden na de indiening van de eerste verslagen en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie bedoeld in artikel 1, § 3, heeft er hierover een debat plaats in Kamer en Senaat. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende

au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'État et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 13 août 1990.

Kamers zijn ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 13 augustus 1990.

123255 - I.P.M.