
**Sénat et Chambre
des représentants
de Belgique**

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010

9 SEPTEMBRE 2010

**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:
1^{er} janvier 2008 — 31 décembre 2009**

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

**Belgische Senaat
en Kamer van
volksvertegenwoordigers**

BUITENGEWONE ZITTING 2010

9 SEPTEMBER 2010

**Verslag van de Nationale Commissie
voor de evaluatie van de wet van
3 april 1990 betreffende de zwanger-
schapsafbreking**

**Verslag ten behoeve van het Parlement:
1 januari 2008 — 31 december 2009**

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

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	4
Formulaire d'enregistrement	6
1. RAPPORT STATISTIQUE	9
1. Description	10
A. Données socio-démographiques	10
B. Données psycho-sociales	21
C. Données médicales	23
D. Aspects médico-techniques du traitement	26
2. Tabulations croisées	30
1. Situation de détresse	30
2. Méthode de contraception	37
3. Méthode d'interruption de grossesse	45
4. Durée d'hospitalisation	51
5. Hôpital ou centre	53
ANNEXE 1	62
ANNEXE 2	64
2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	67
Introduction	67
1. Institutions francophones	68
2. Institutions néerlandophones	69
3. Aperçu général	69
3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	70
1. Analyse des rapports annuels des services d'informa- tion francophones	70
A. Centres extrahospitaliers	70
B. Hôpitaux	74
2. Analyse des rapports annuels des services d'informa- tion néerlandophones	76
A. Centres	76
B. Hôpitaux	
CONCLUSIONS	83
4. OUVRAGES REÇUS	87
1. Rapports	87
2. Articles généraux et travaux	89
5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION	93

INHOUD

	Blz.
VOORWOORD	4
Registratieformulier	6
1. STATISTISCH VERSLAG	9
1. Beschrijving	10
A. Sociaal-demografische gegevens	10
B. Psycho-sociale gegevens	21
C. Medische gegevens	23
D. Medisch-technische aspecten van de behandeling	26
2. Gekruiste tabellen	30
1. Noodsituatie	30
2. Voorbehoedmiddelen	37
3. Methode van zwangerschap	45
4. Opnameduur	51
5. Ziekenhuis of centrum	53
BIJLAGE 1	62
BIJLAGE 2	64
2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG	67
Inleiding	67
1. Franstalige instellingen	68
2. Nederlandstalige instellingen	69
3. Overzicht	69
3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN	70
1. Analyse van de jaarverslagen van de Franstalige voorlichtingsdiensten	70
A. Centra	70
B. Ziekenhuizen	74
2. Analyse van de jaarverslagen van de Nederlands- talige voorlichtingsdiensten	76
A. Extramurale centra	76
B. Ziekenhuizen	
BESLUITEN	83
4. ONTVANGEN WERKEN	87
1. Rapporten	87
2. Algemene artikelen en werken	89
5. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVA- LUATIECOMMISSIE	93

1. Composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse .	93	1. Samenstelling van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking	93
2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse	94	2. Samenstelling van het administratief kader van de Nationale Evaluatiecommissie	94
6. TEXTES DE LOI	95	6. WETTEKSTEN	95
1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse	95	1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking	95
2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation	98	2. Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie	98

AVANT-PROPOS

Le Parlement voudra bien trouver ici le onzième 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 2008 et 2009.

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 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 1992;
- en août 1994, sur les enregistrements couvrant la période du 1^{er} 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.

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 et néerlandophones ont transmises dans leurs rapports annuels.

VOORWOORD

Aan het Parlement wordt het elfde 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 meegedeeld voor de jaren 2008-2009.

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.

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 voorlichtingsdiensten in hun jaarverslagen aan de Commissie hebben overgemaakt.

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

La Commission tout 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, en soulignant que leur tâche fut rendue plus difficile cette année en raison de modifications du système informatique.

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 en onderlijnt dat hun taak dit jaar werd bemoeilijkt door de veranderingen in het informaticasysteem.

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

Réservé à la Commission d'Évaluation

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'Évaluation

Date d'encodage

N° du code du médecin :

Date de réception :

N° de référence

N° de code de l'établissement

1 Date

a) Demande d'interruption de grossesse

b) 1^{er} 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'étrangers

(*)

7. Limbourg

1. Anvers

9. Namur

3. Flandre occidentale

11 -Brabant flamand

4. Flandre orientale

12.-Brabant wallon

5. Hainaut

13. Région de Bruxelles-Capitale

6. Liège

PAYS: (*)

4 Déclaration faite par la femme concernant

a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées au

cours du cycle de la contraception

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

b) cause de l'inefficacité :

1. N'a pas utilisé de méthode contraceptive
2. Utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode
3. Méthode contraceptive a été inefficace malgré une bonne utilisation
4. Ne sait pas

5 Methode appliquée pour interrompre la grossesse ::

a) méthode d'interruption de grossesse :

1. aspiration
2. curetage & dilatation
3. prostaglandine
4. mifépristone
5. mifépristone + curetage
6. autres methode

3 a) État de détresse invoqué par la femme (voir verso svp)

1, 2 ou 3 numéros à remplir :

3 b) si l'interruption de grossesse a été 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

wordt : (*)

(*)

b) anesthésie:

1. aucune
2. loco-régionale
3. narcose
4. autres :

c) durée d'hospitalisation :

1. aucune (ambulatoire)
2. hospitalisation : 24 heures ou moins
3. hospitalisation : plus de 24 heures

6 Complications:

1. aucune
2. perte de sang estimée à plus de 500 ml
3. perforation
4. déchire du col utérin
5. autres :

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

7. Limburg

in het buitenland (*)

8. Luxemburg

1. Antwerpen

9. Namen

3. West-Vlaanderen

11. Vlaams-Brabant

4. Oost-Vlaanderen

12. Waals-Brabant

5. Henegouwen

13. Brussels Hoofd- stedelijk

6. Luik

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. spermicide 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. mifépristone

5. mifépristone + 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 Verwickelingen :

1. geen

2. geschat bloedverlies meer dan 500 ml

3. perforatie

4. cervixscheur

5. andere : _____

Formulaire d'enregistrement - verso

Adresse :

Commission nationale d'Évaluation

Rue de l'Autonomie 4 - 2^e 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 - 2^e verd.

te 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 kindwens (gezinsspreiding en dergelijkem.)
- 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 precare administratieve situatie
- 99. Andere, te preciseren

1. RAPPORT STATISTIQUE**Remarques préliminaires**

La rubrique « pas de réponse » mentionnée dans les tableaux, signifie que le document d'enregistrement d'une interruption volontaire de grossesse, établi par le médecin, ne comporte aucune réponse dans la rubrique concernée.

La rubrique « autres » mentionnée dans les tableaux dans les situations de détresse invoquées, les méthodes anticonceptionnelles, les méthodes d'interruption de grossesse, d'anesthésie et les complications sont détaillées dans l'Annexe 1

Les données sur les interruptions de grossesse après la période de douze semaines sont mentionnées dans 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		%	
	2008	2009	2008	2009
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
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
20	932	964	5,01	5,11
21	907	955	4,88	5,06
22	929	940	5,00	4,98
23	968	966	5,21	5,12
24	893	983	4,80	5,21
25	937	933	5,04	4,94
26	875	820	4,71	4,35
27	873	915	4,69	4,85
28	887	879	4,77	4,66
29	774	829	4,16	4,39
30	763	862	4,10	4,57
31	675	725	3,63	3,84
32	733	733	3,94	3,88
33	643	686	3,46	3,64
34	631	606	3,39	3,21
35	589	570	3,17	3,02
36	577	494	3,10	2,62
37	547	468	2,94	2,48
38	416	467	2,24	2,47
39	387	390	2,08	2,07
40	308	334	1,66	1,77
41	239	234	1,29	1,24
42	186	175	1,00	0,93
43	98	112	0,53	0,59
44	70	73	0,38	0,39

Moyenne d'âge en 2008 : 27,34

Moyenne d'âge en 2009 : 27,33

Gemiddelde leeftijd in 2008 : 27,34.

Gemiddelde leeftijd in 2009 : 27,33.

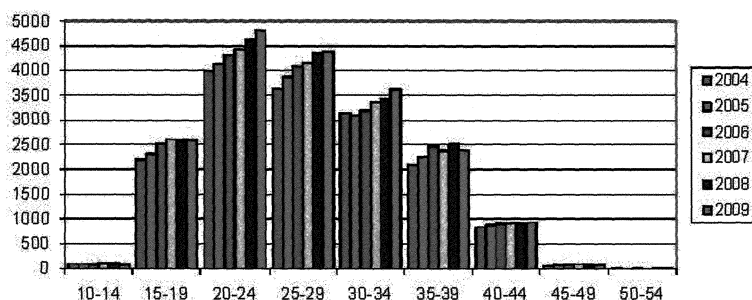
D'après l'âge de la femme par catégories d'âge

Naar de leeftijd van de vrouw per leeftijdscategorie

Catégorie d'âge — Leeftijdscategorie	Nombre — Aantal						%					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10-14	88	84	83	107	105	79	0,55	0,50	0,47	0,59	0,56	0,419
15-19	2 188	2 301	2 531	2 601	2 588	2 595	13,66	13,78	14,35	14,42	13,92	13,75
20-24	4 002	4 139	4 310	4 423	4 629	4 808	24,98	24,79	24,43	24,53	24,89	25,48
25-29	3 628	3 873	4 084	4 156	4 346	4 376	22,65	23,20	23,15	23,05	23,37	23,19
30-34	3 131	3 093	3 191	3 369	3 445	3 612	19,54	18,53	18,09	18,68	18,53	19,14
35-39	2 094	2 248	2 463	2 375	2 516	2 389	13,07	13,47	13,96	13,17	13,53	12,66
40-44	836	882	901	915	901	928	5,22	5,28	5,11	5,07	4,85	4,918
45-49	53	74	74	87	64	82	0,33	0,44	0,42	0,48	0,34	0,435
50-54	1	0	3	0	1	1	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,005
Total — Totaal	16 021	16 694	17 640	18 033	18 595	18 870	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Pas de réponse — Geen antwoord	3	2	0	0	0	0						
Total général — Algemeen totaal	16 024	16 696	17 640	18 033	18 595	18 870						

Graphique d'après l'âge de la femme

Grafiek 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.

En 2008 : 336 ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

En 2009 : 342 ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

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 :

In 2008 : 336 werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

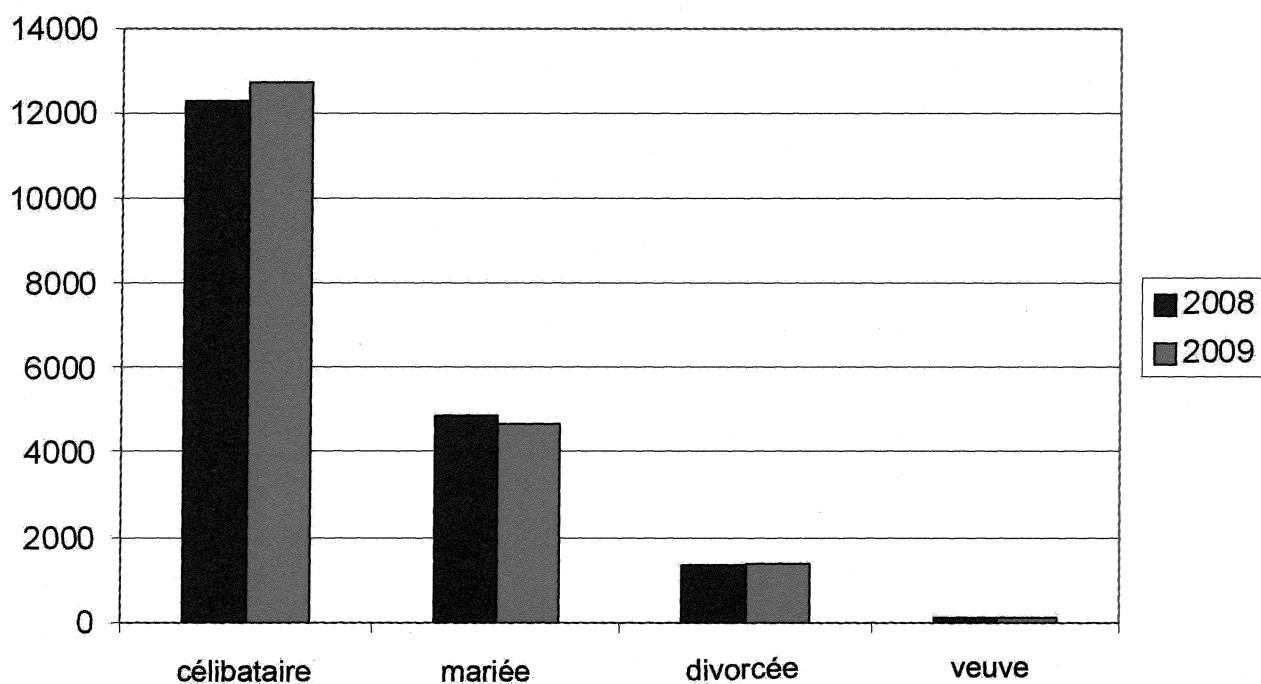
in 2009 : 342 werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

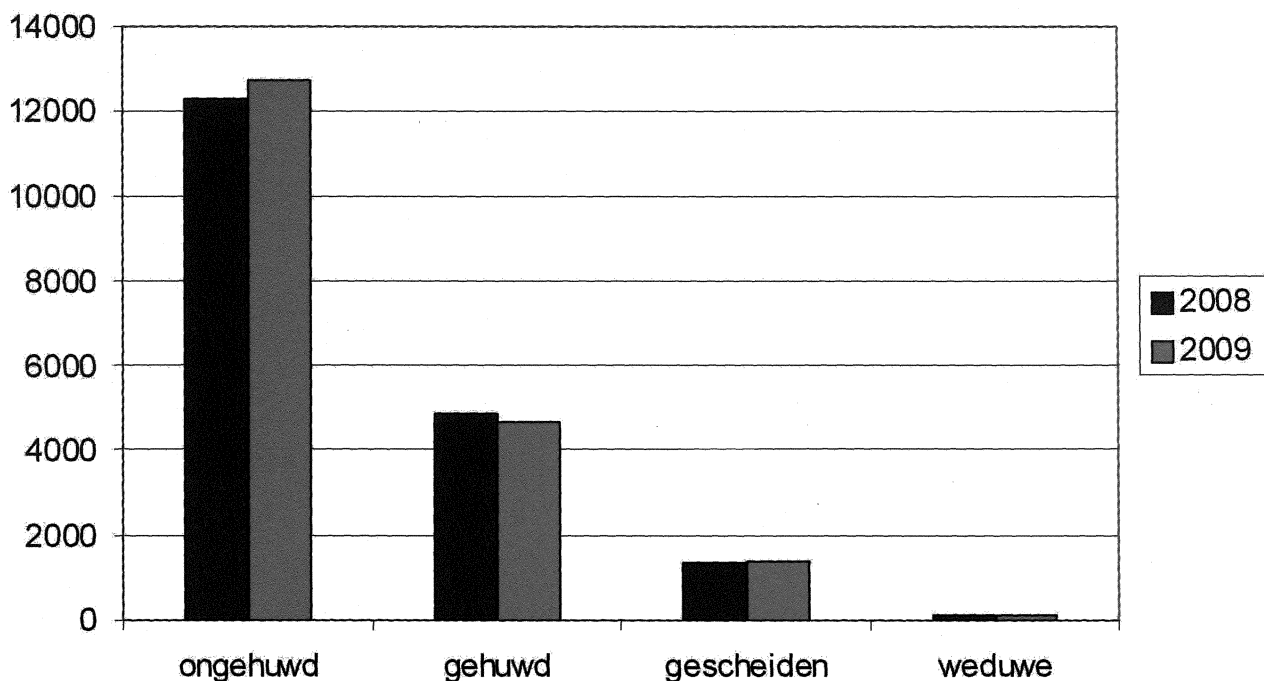
2. Zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat

État civil — <i>Burgerlijke staat</i>	Nombre — <i>Aantal</i>		%	
	2008	2009	2008	2009
Célibataire — <i>Ongehuwd</i>	12 306	12 711	66,18	67,36
Mariée — <i>Gehuwd</i>	4 886	4 688	26,28	24,84
Divorcée — <i>Gescheiden</i>	1 331	1 393	7,16	7,38
Veuve — <i>Weduwe</i>	72	78	0,39	0,41
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		

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 encore vivre seule et une femme dont l'état civil est « célibataire » peut vivre en couple.

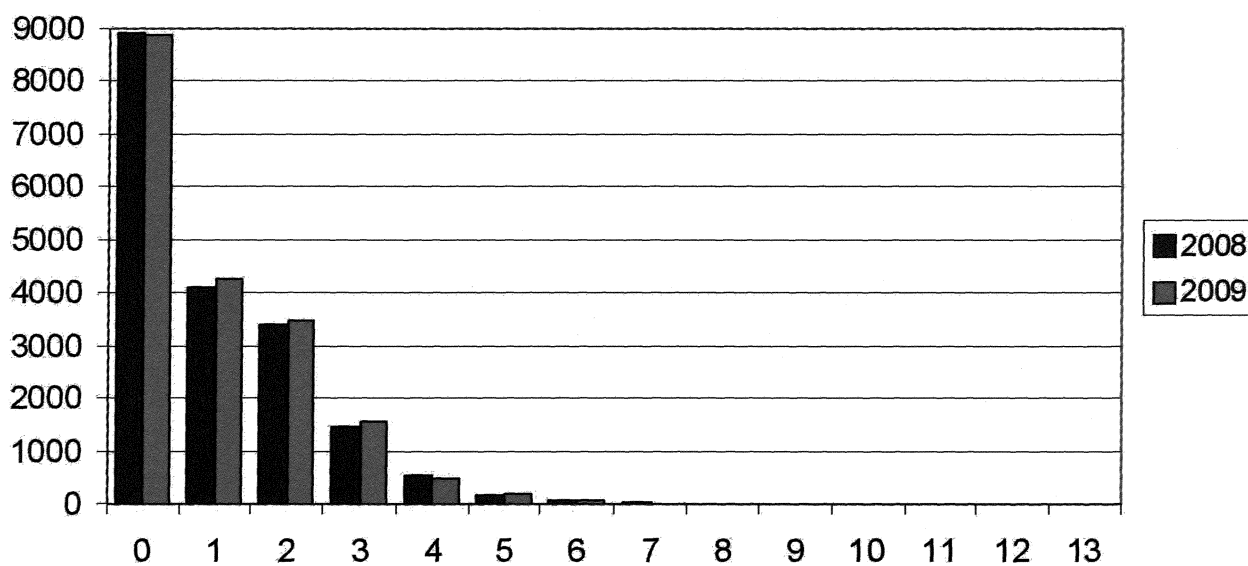
De officiële cijfers van de burgerlijke staat laten niet toe een juist beeld te vormen van de reële situatie van de patiënten.

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.

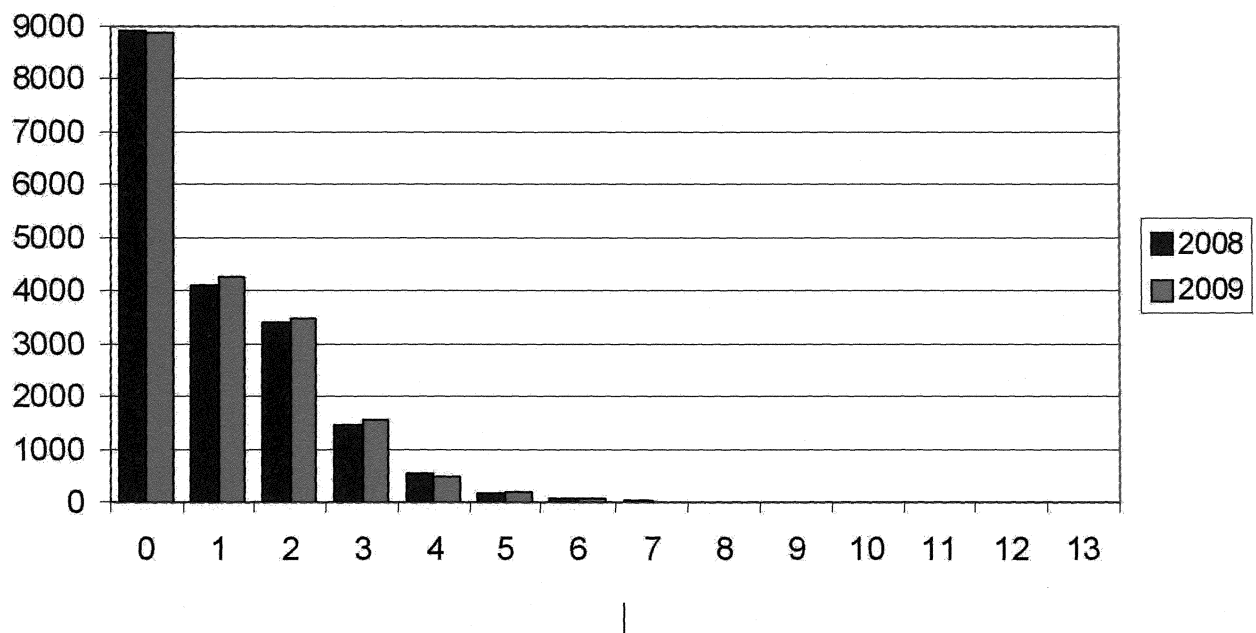
3. Les interruptions de grossesse selon le nombre
d'enfants mis au monde3. Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinde-
ren ter wereld gebracht

Enfants — Kinderen	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
0	8 879	8 833	47,75	46,81
1	4 079	4 262	21,94	22,59
2	3 407	3 469	18,32	18,38
3	1 458	1 537	7,84	8,15
4	521	495	2,80	2,62
5	152	171	0,82	0,91
6	58	70	0,31	0,37
7	20	17	0,11	0,09
8	9	11	0,05	0,06
9	4	2	0,02	0,01
10	8	2	0,04	0,01
11	0	0	0,00	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	0	1	0,00	0,01
Total — Totaal	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — Geen antwoord	0	0		
Total général — Algemeen totaal	18 595	18 870		

nombre d'enfants



aantal kinderen



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

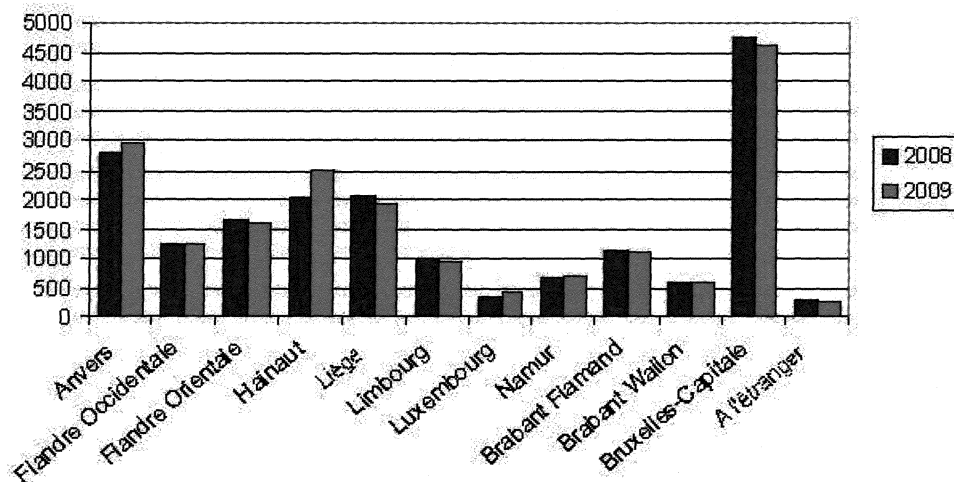
4.1. Données générales

4. Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

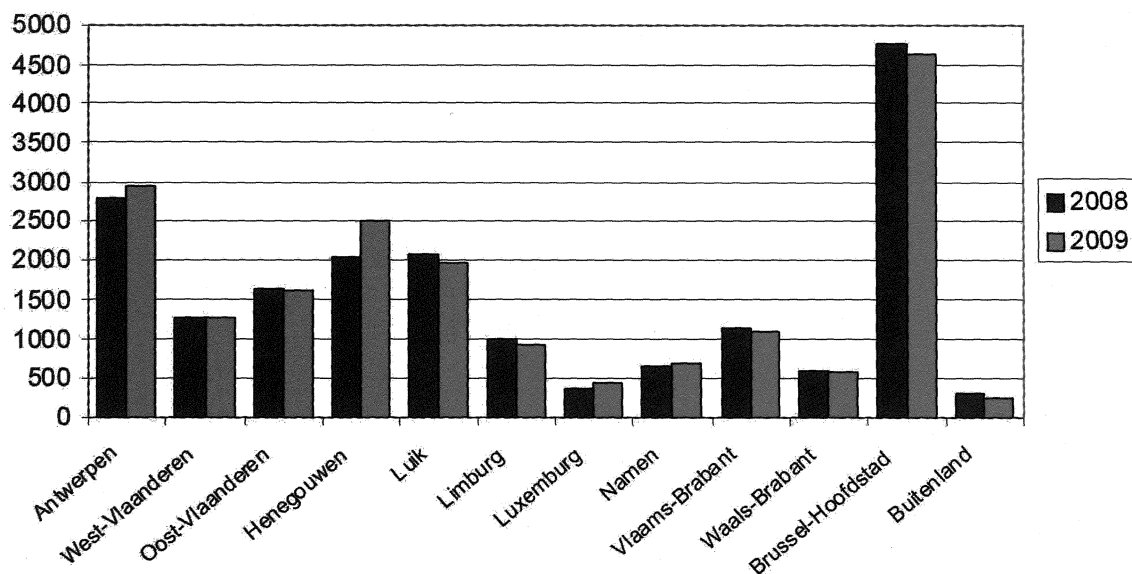
4.1. Algemene gegevens

Domicile — Woonplaats	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Anvers — Antwerpen	2 791	2 946	15,01	15,61
Flandre occidentale — West-Vlaanderen	1 260	1 259	6,78	6,67
Flandre orientale — Oost-Vlaanderen	1 642	1 603	8,83	8,49
Hainaut — Henegouwen	2 052	2 522	11,04	13,37
Liège — Luik	2 064	1 949	11,10	10,33
Limbourg — Limburg	989	931	5,32	4,93
Luxembourg — Luxemburg	379	428	2,04	2,27
Namur — Namen	643	681	3,46	3,61
Brabant flamand — Vlaams-Brabant	1 125	1 095	6,05	5,80
Brabant wallon — Waals-Brabant	597	566	3,21	3,00
Bruxelles-Capitale — Brussel-Hoofdstad	4 762	4 638	25,61	24,58
À l'étranger — Buitenland	291	252	1,56	1,34
Total — Totaal	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — Geen antwoord	0	0		
Total général — Algemeen totaal	18 595	18 870		

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

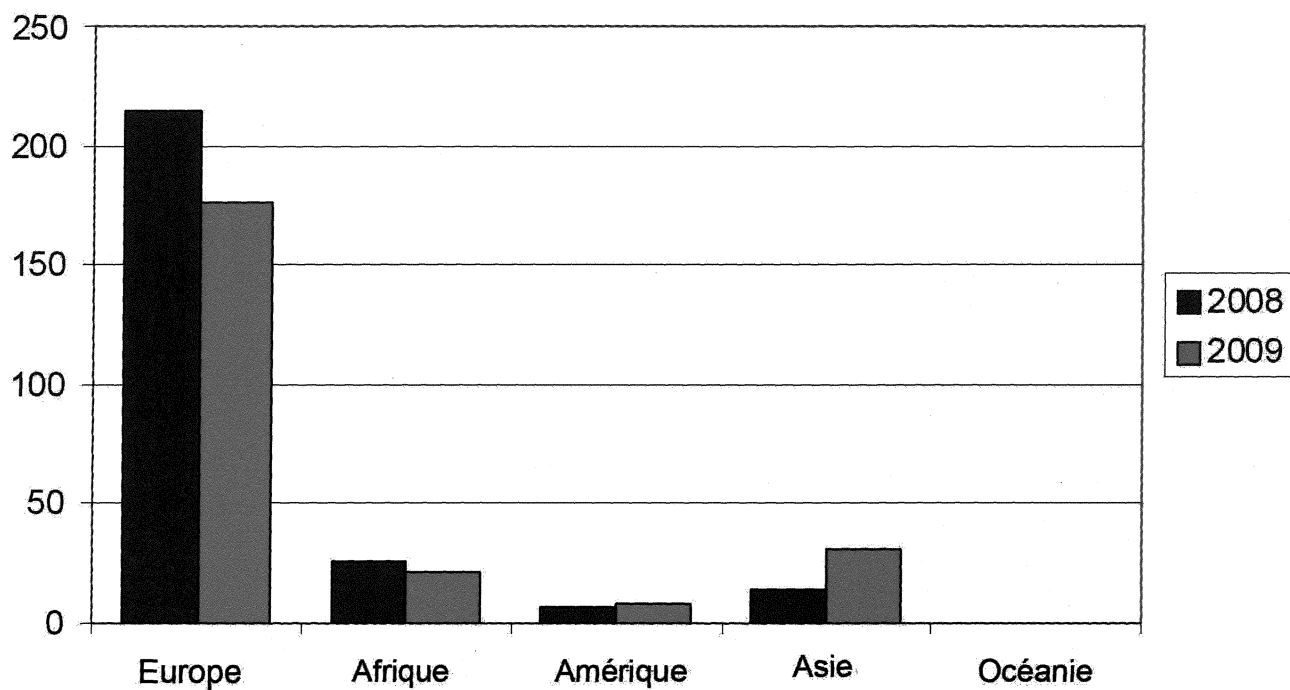
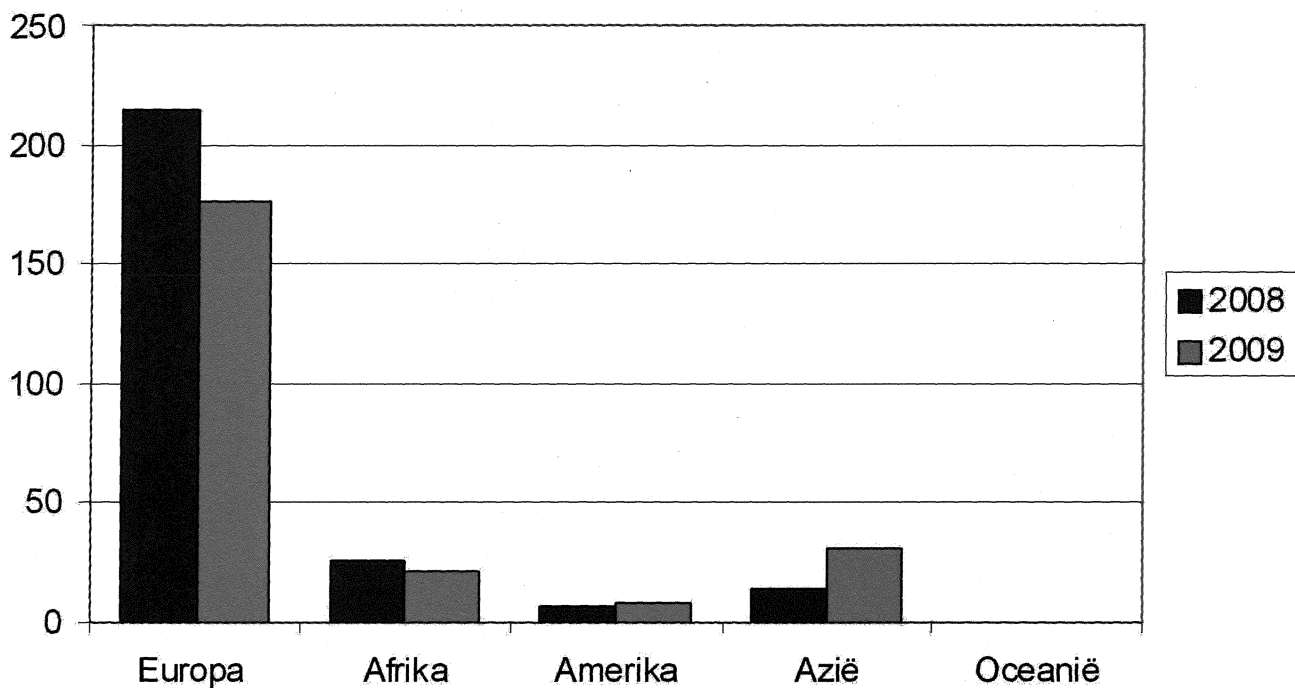
Origine — Afstkomst	Nombre — Aantal		% — Procent	
	2008	2009	2008	2009
Europe — Europa	215	176	82,38	74,58
Afrique — Afrika	26	21	9,96	8,90
Amérique — Amerika	6	8	2,30	3,39
Asie — Azië	14	31	5,36	13,14
Océanie — Oceanië	0	0	0,00	0,00
Total — Totaal	261	236	100,00	100,00
Pas de réponse — Geen antwoord	7	16		
Total général — Algemeen totaal	268	252		

Les totaux de ce tableau diffèrent de ceux du tableau précédent en ce qui concerne les femmes domiciliées à l'étranger. Cette différence est due au fait que les déclarantes n'ont pas toujours mentionné le pays d'origine.

Les chiffres les plus exacts sont donc ceux qui figurent au tableau précédent 4.1.

De totalen van deze tabel verschillen van deze van de voorgaande tabel voor wat de vrouwen betreft die in het buitenland gedomicilieerd zijn; dit verschil is te wijten aan het feit dat de artsen niet altijd het land van oorsprong hebben vermeld.

De meest exacte cijfers zijn dus deze in de voorgaande tabel 4.1.

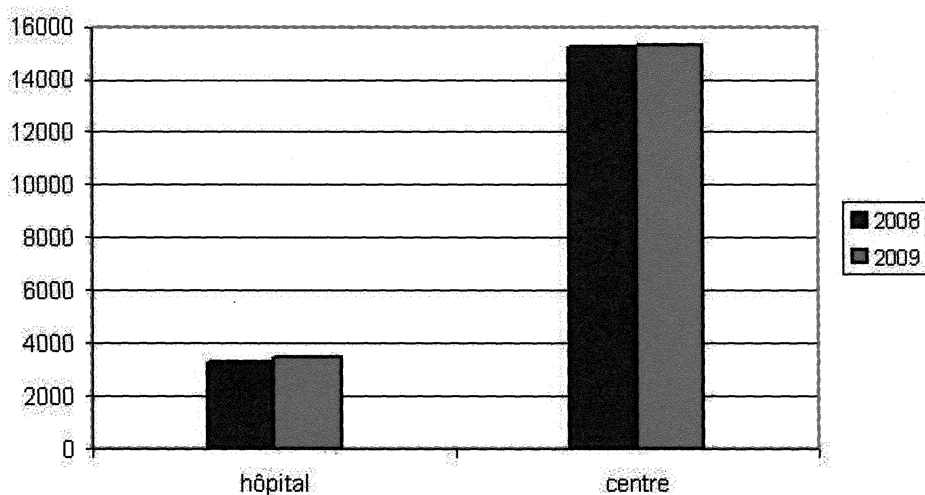
femmes domiciliées à l'étranger**vrouwen gedomicilieerd in het buitenland**

5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse

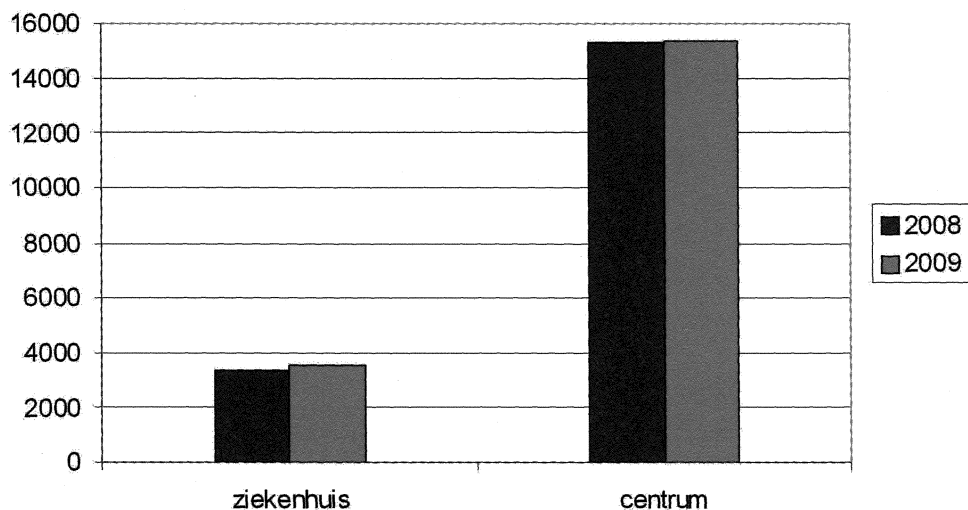
5. Instellingen waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd

Institution — Type-instelling	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Hôpital — Ziekenhuis	3 312	3 493	17,81	18,51
Centre — Centrum	15 283	15 377	82,19	81,49
Total général — Algemeen totaal	18 595	18 870	100,00	100,00

proportion centre / hôpital



verhouding centrum / ziekenhuis



B. Données psycho-sociales

6. Situations de détresse invoquées

Liste des 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 hors mariage
- 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 de 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
- E. Grossesse suite à un viol ou un inceste
- F. Réfugiée politique
- G. Autres raisons

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 kindwens
- B.18 Voltuoid 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. Zwangerschap na verkrachting of incest
- F. Politiek vluchteling
- G. Andere redenen

Liste — <i>Lijst</i>	Nombre — <i>Aantal</i>		%	
	2008	2009	2008	2009
A.00	571	550	2,02	1,87
A.01	337	309	1,19	1,05
A.02	244	284	0,86	0,97
B.13	3 478	3 403	12,33	11,58
B.14	737	698	2,61	2,37
B.15	2 606	2 615	9,24	8,90
B.16	865	981	3,07	3,34
B.17	4 489	4 659	15,91	15,85
B.18	3 110	3 029	11,02	10,31
C.20	2 064	2 323	7,31	7,90
C.21	1 450	1 589	5,14	5,41
C.22	418	510	1,48	1,74
D.30	1 517	1 716	5,38	5,84
D.31	799	764	2,83	2,60
D.32	693	762	2,46	2,59
D.33	1 357	1 553	4,81	5,28
D.34	728	656	2,58	2,23
D.35	1 362	1 456	4,83	4,95
D.36	356	378	1,26	1,29
D.37	125	112	0,44	0,38
E.40	63	68	0,22	0,23
E.41	0	2	0,00	0,01
F.50	495	529	1,75	1,80
G.99	353	447	1,25	1,52
Total — <i>Totaal</i>	28 217	29 393	100,00	100,00

C. Données médicales

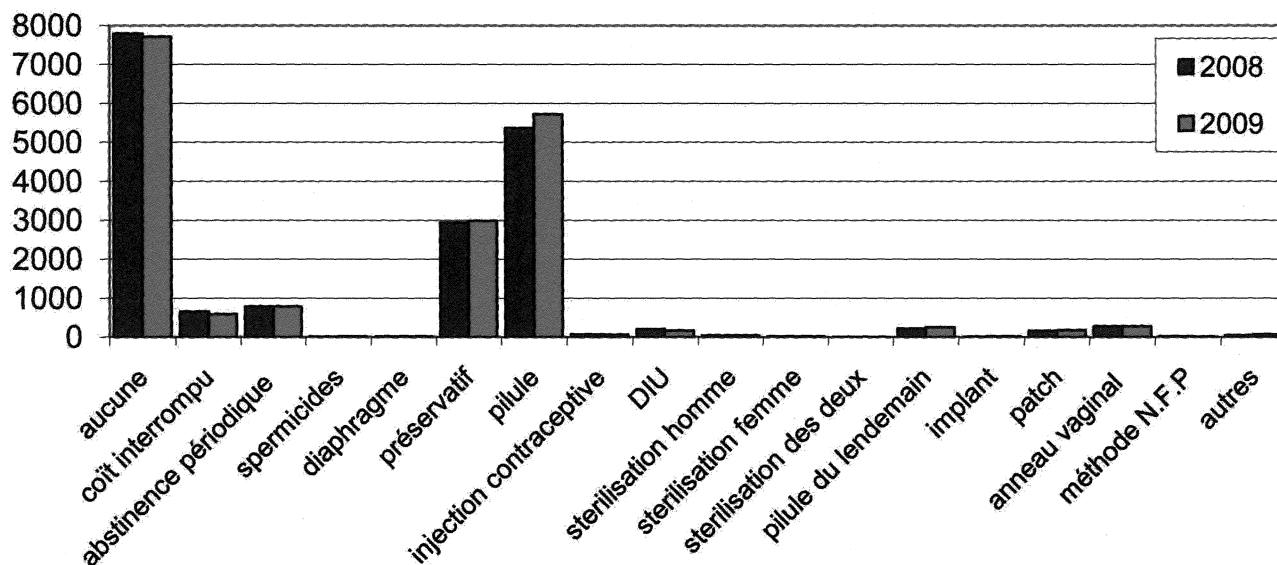
7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois

C. Medische gegevens

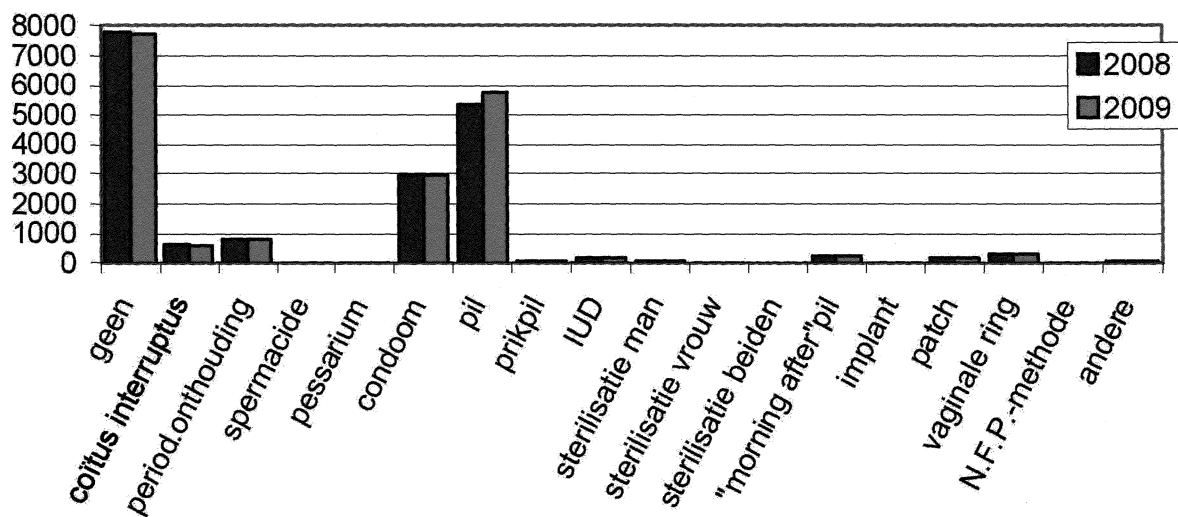
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand

Méthode — Methode	Nombre — Aantal		% — %	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	7 796	7 711	41,93	40,86
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	647	584	3,48	3,09
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	784	779	4,22	4,13
Spermicides — <i>Spermicide</i>	10	14	0,05	0,07
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	18	13	0,10	0,07
Préservatif — <i>Condoom</i>	2 942	2 977	15,82	15,78
Pilule — <i>Pil</i>	5 365	5 721	28,85	30,32
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	63	59	0,34	0,31
DIU — <i>IUD</i>	199	162	1,07	0,86
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	38	38	0,20	0,20
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	15	14	0,08	0,07
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	2	1	0,01	0,01
Pilule du lendemain — <i>"morning after"pil</i>	218	249	1,17	1,32
Implant	9	16	0,05	0,08
Patch	157	177	0,84	0,94
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	274	273	1,47	1,45
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	18	12	0,10	0,06
Autres — <i>Andere</i>	40	70	0,22	0,37
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		

méthodes de contraception



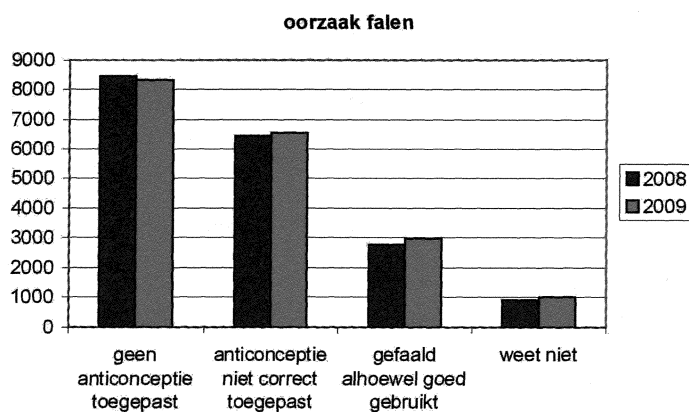
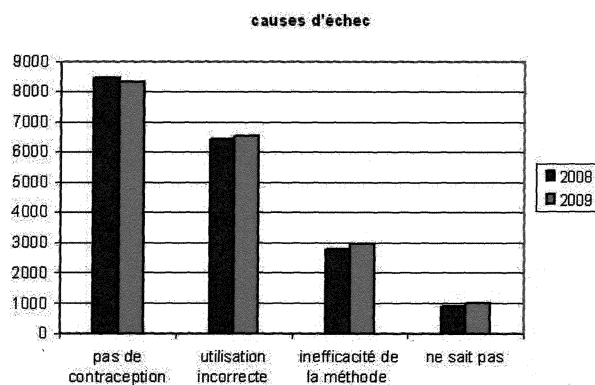
voorbehoedmiddel



8. Causes d'échec de la contraception

8. Oorzaak falen

Cause — Oorzaak	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Pas de contraception — <i>Geen anticonceptie toegepast</i>	8 461	8 331	45,50	44,15
Utilisation incorrecte — <i>Anticonceptie niet correct toegepast</i>	6 441	6 542	34,64	34,67
Inefficacité de la méthode — <i>Gefaald alhoewel goed gebruikt</i>	2 784	2 974	14,97	15,76
Ne sait pas — <i>Weet niet</i>	909	1 023	4,89	5,42
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		



Ces chiffres ont été établis à partir des déclarations faites par les femmes et ne peuvent être recoupés scientifiquement. La Commission ne possède pas de renseignements quant à la fréquence de l'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 het voorbehoedsmiddel. Deze opmerking heeft betrekking op de tabellen 7 en 8.

D. Aspects médico-techniques du traitement

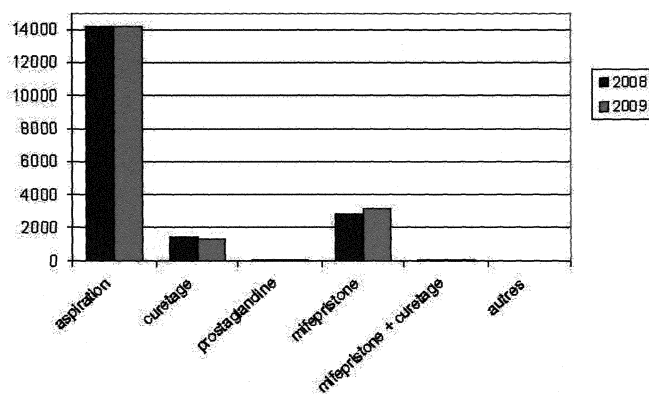
9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

D. Medisch-technische aspecten van de behandeling

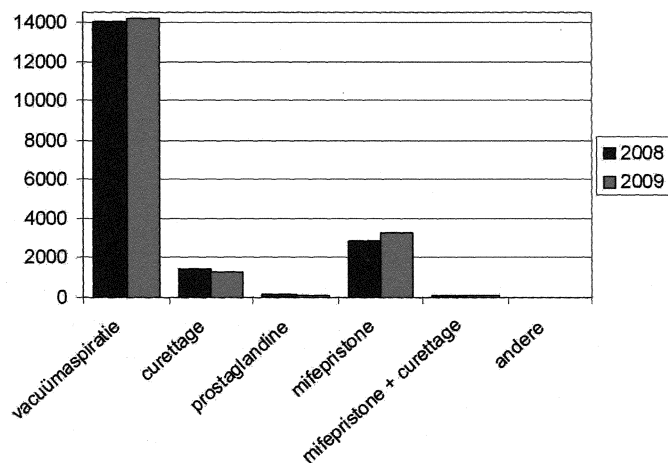
9. Methode van zwangerschapsafbreking

Méthode — Methode	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Aspiration — Vacuümaspiratie	14 097	14 177	75,81	75,13
Curetage — Curettage	1 436	1 308	7,72	6,93
Prostaglandine	94	80	0,51	0,42
Mifépristone — Mifepristone	2 871	3 236	15,44	17,15
Mifépristone + curetage — Mifepristone + curettage	74	53	0,40	0,28
Autres — Andere	23	16	0,12	0,08
Total — Totaal	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — Geen antwoord	0	0		
Total général — Algemeen totaal	18 595	18 870		

méthodes d'IVG



methode van zwangerschapsafbreking

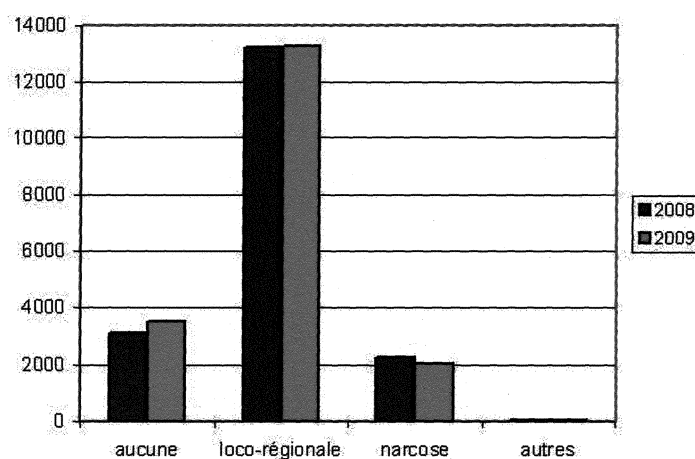


10. Anesthésie

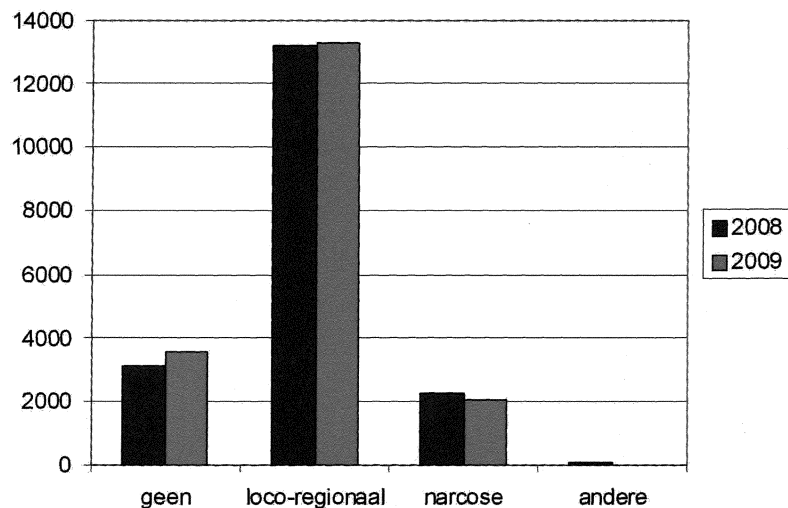
10. Verdooving

Méthode — Methode	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	3 096	3 536	16,65	18,74
Loco-régionale — <i>Loco-regionaal</i>	13 219	13 280	71,09	70,38
Narcose	2 246	2 040	12,08	10,81
Autres — <i>Andere</i>	34	14	0,18	0,07
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		

anesthésie



verdooving

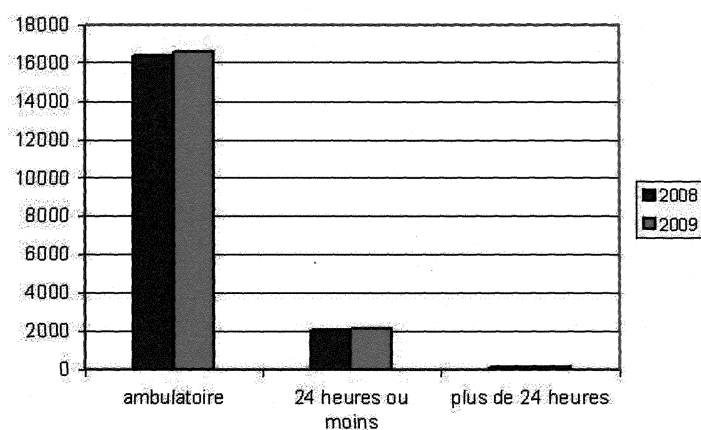


11. Durée d'hospitalisation

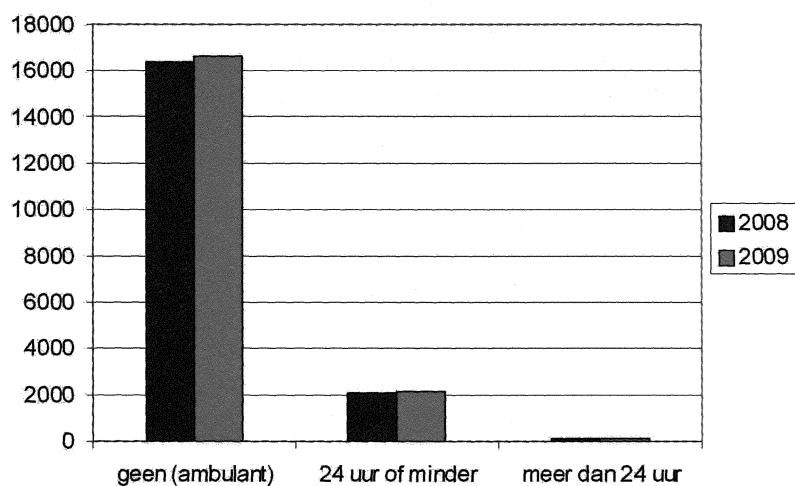
11. Opnameduur

Type	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Geen (ambulant)</i>	16 383	16 612	88,10	88,03
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	2 063	2 142	11,09	11,35
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	149	116	0,80	0,61
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		

Durée d'hospitalisation



opnameduur

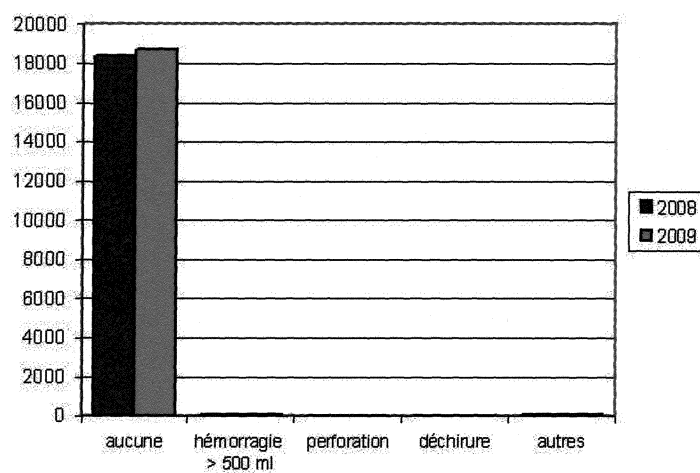


12. Complications

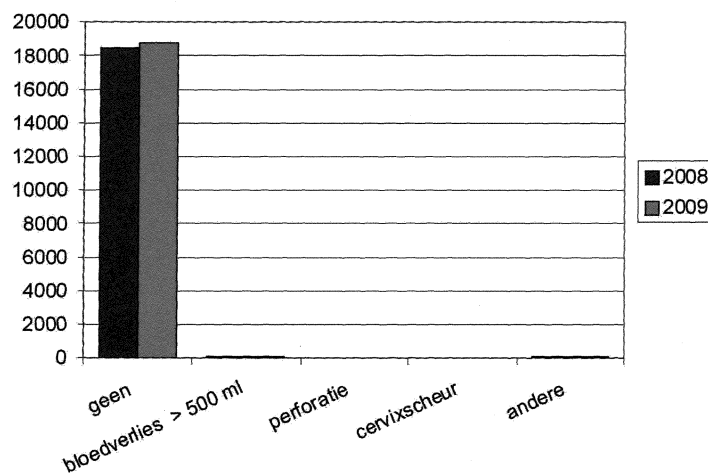
12. Verwikkelingen

Type	Nombre — Aantal		%	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	18 447	18 725	99,20	99,23
Perte de sang > 500 ml — <i>Bloedverlies > 500 ml</i>	61	49	0,33	0,26
Perforation — <i>Perforatie</i>	12	16	0,06	0,08
Déchirure — <i>Cervixscheur</i>	20	25	0,11	0,13
Autres — <i>Andere</i>	55	55	0,30	0,29
Total — <i>Totaal</i>	18 595	18 870	100,00	100,00
Pas de réponse — <i>Geen antwoord</i>	0	0		
Total général — <i>Algemeen totaal</i>	18 595	18 870		

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 (catégorie C)

Domicile — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec C — Met C		% avec C — % met C	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Anvers — Antwerpen	2 791	2 946	450	650	11,44	14,68
Flandre occidentale — West-Vlaanderen	1 260	1 259	158	214	4,02	4,83
Flandre orientale — Oost-Vlaanderen	1 642	1 603	252	297	6,41	6,71
Hainaut — Henegouwen	2 052	2 522	505	741	12,84	16,73
Liège — Luik	2 064	1 949	391	341	9,94	7,70
Limbours — Limburg	989	931	177	180	4,50	4,06
Luxembourg — Luxemburg	379	428	99	123	2,52	2,78
Namur — Namen	643	681	136	188	3,46	4,24
Brabant flamand — Vlaams-Brabant	1 125	1 095	185	199	4,70	4,49
Brabant wallon — Waals-Brabant	597	566	149	158	3,79	3,57
Bruxelles-Capitale — Brussel-Hoofdstad	4 762	4 638	1 342	1 280	34,13	28,90
À l'étranger — Buitenland	291	252	88	58	2,24	1,31
Total — Totaal	18 595	18 870	3 932	4 429	100,00	100,00

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

1.2. Woonplaats van de vrouw en het inroepen van persoonlijke redenen (catégorie B)

Domicile — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec B — Met B		% avec B — % met B	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Anvers — Antwerpen	2 791	2 946	2 304	2 571	15,07	16,70
Flandre occidentale — West-Vlaanderen	1 260	1 259	1 102	1 031	7,21	6,70
Flandre orientale — Oost-Vlaanderen	1 642	1 603	1 495	1 329	9,78	8,63
Hainaut — Henegouwen	2 052	2 522	1 644	1 961	10,76	12,74
Liège — Luik	2 064	1 949	1 721	1 560	11,26	10,13
Limbours — Limburg	989	931	844	865	5,52	5,62
Luxembourg — Luxemburg	379	428	333	295	2,18	1,92
Namur — Namen	643	681	508	521	3,32	3,38
Brabant flamand — Vlaams-Brabant	1 125	1 095	986	985	6,45	6,40
Brabant wallon — Waals-Brabant	597	566	479	472	3,13	3,07
Bruxelles-Capitale — Brussel-Hoofdstad	4 762	4 638	3 644	3 601	23,84	23,39
À l'étranger — Buitenland	291	252	225	205	1,47	1,33
Total — Totaal	18 595	18 870	15 285	15 396	100,00	100,00

Ces deux tableaux reprennent la province d'origine des patientes qui ont invoqué au moins une situation de détresse matérielle 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 — <i>Noodsituatie</i>	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	2	0	41	40	146	159	291	309
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	153	105	3 518	3 511	3 940	4 028	2 546	2 647
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	3	0	311	378	1 238	1 400	1 123	1 245
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	10	11	553	600	1 843	2 043	2 013	1 999
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	3	1	9	12	15	18	15	18
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	0	1	38	39	119	142	149	163
Autres — <i>Andere</i>	1	0	36	51	94	125	87	110
Total — <i>Totaal</i>	172	118	4 506	4 631	7 395	7 915	6 224	6 491

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	334	314	236	229	97	90	5	2	0	0
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	2 143	2 223	1 921	1 792	981	974	83	104	0	1
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	751	864	405	405	100	122	1	8	0	0
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	1 387	1 574	891	883	236	274	4	13	0	0
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	15	12	5	9	1	0	0	0	0	0
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	115	111	58	63	15	9	0	1	0	0
Autres — <i>Andere</i>	67	85	57	54	10	19	1	3	1	0
Total — <i>Totaal</i>	4 812	5 183	3 573	3 435	1 440	1 488	94	131	1	1

1.3.2. Pourcentage

1.3.2. Percentage

[illegible]

[illegible]

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 — <i>Noodsituatie</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	569	571	502	471	77	98	4	4
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	10 566	10 782	3 808	3 668	863	889	48	57
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	2 711	3 157	980	979	233	282	8	11
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	4 853	5 282	1 209	1 186	835	892	40	41
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	41	53	11	8	11	8	0	1
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	300	324	165	164	24	35	6	6
Autres — <i>Andere</i>	235	303	88	114	28	28	2	2
Total — <i>Totaal</i>	19 275	20 472	6 763	6 590	2 071	2 232	108	122

1.4.2. Pourcentage

1.4.2. Percentage

[illegible]

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Nombre

1.5.1. Aantal

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	380	353	337	315	280	290	99	127
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	7 912	7 881	2 601	2 673	2 674	2 734	1 347	1 386
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	1 729	1 918	1 087	1 265	734	829	261	288
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	3 675	3 878	1 745	1 895	1 041	1 105	339	368
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	33	38	15	15	10	7	5	8
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	202	226	150	138	83	107	38	36
Autres — <i>Andere</i>	211	252	68	111	46	56	15	22
Total — <i>Totaal</i>	14 142	14 546	6 003	6 412	4 868	5 128	2 104	2 235

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	4		5		5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	39	35	6	16	11	8
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	505	459	143	158	103	105
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	76	88	28	31	17	10
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	96	106	27	35	14	14
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	0	1	0	1	0	0
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	16	17	4	4	2	1
Autres — <i>Andere</i>	10	4	3	2	0	0
Total — <i>Totaal</i>	742	710	211	247	147	138

1.5.2. Pourcentage

1.5.2. Percentage

Situation de détresse — Noodsituatie	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	2,69	2,43	5,61	4,91	5,75	5,66	4,71	5,68
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	55,95	54,18	43,33	41,69	54,93	53,32	64,02	62,01
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	12,23	13,19	18,11	19,73	15,08	16,17	12,40	12,89
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	25,99	26,66	29,07	29,55	21,38	21,55	16,11	16,47
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	0,23	0,26	0,25	0,23	0,21	0,14	0,24	0,36
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	1,43	1,55	2,50	2,15	1,71	2,09	1,81	1,61
Autres — <i>Andere</i>	1,49	1,73	1,13	1,73	0,94	1,09	0,71	0,98
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Situation de détresse — Noodsituatie	4		5		5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Santé — <i>Gezondheid</i>	5,26	4,93	2,84	6,48	7,48	5,80
Sit. détresse personnelle — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	68,06	64,65	67,77	63,97	70,07	76,09
Sit. détresse matérielle — <i>Materiële noodsituatie</i>	10,24	12,39	13,27	12,55	11,56	7,25
Problèmes relationnels — <i>Relationele problemen</i>	12,94	14,93	12,80	14,17	9,52	10,14
Viol — inceste — <i>Verkrachting — incest</i>	0,00	0,14	0,00	0,40	0,00	0,00
Réfugiée politique — <i>Politiek vluchteling</i>	2,16	2,39	1,90	1,62	1,36	0,72
Autres — <i>Andere</i>	1,35	0,56	1,42	0,81	0,00	0,00
Total — <i>Totaal</i>	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	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	57	44	1 106	1 046	1 829	1 888	1 842	1 759
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	0	0	46	54	117	110	152	143
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	0	0	36	27	102	119	162	176
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0	0	0	3	3	1	1	5
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	0	0	2	1	1	3	7	4
Préservatif — <i>Condom</i>	38	24	580	577	716	675	603	631
Pilule — <i>Pil</i>	8	9	728	798	1 603	1 754	1 303	1 364
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	1	0	9	6	20	14	17	15
DIU — <i>IUD</i>	1	0	10	8	36	25	48	45
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	0	0	0	1	4	5	4	5
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0	0	0	1	0	1	2	2
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	0	0	0	0	1
Pilule du lendemain — <i>"morning after"pil</i>	0	2	30	19	62	86	61	63
Implant	0	0	1	4	0	2	3	4
Patch	0	0	15	25	44	50	44	49
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	0	0	22	20	82	67	74	84
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	0	0	2	3	1	0	8	3
Autres — <i>Andere</i>	0	0	1	2	9	8	15	23
Total — <i>Totaal</i>	105	79	2 588	2 595	4 629	4 808	4 346	4 376

Méthode — Methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	1 474	1 528	1 049	977	402	424	37	44	0	1
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	154	122	140	110	37	41	1	4	0	0
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	195	191	183	181	100	78	6	7	0	0
Spermicides — <i>Spermicide</i>	2	2	4	3	0	0	0	0	0	0
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	7	3	1	2	0	0	0	0	0	0
Préservatif — <i>Condom</i>	487	528	375	373	134	161	8	8	1	0
Pilule — <i>Pil</i>	927	1 001	613	604	173	176	10	15	0	0
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	8	15	5	7	3	2	0	0	0	0
DIU — <i>IUD</i>	43	46	38	26	23	10	0	2	0	0
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	6	8	15	12	9	7	0	0	0	0

Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	3	4	7	4	3	2	0	0	0	0
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain — <i>"morning after"pil</i>	33	53	28	21	4	5	0	0	0	0
Implant	4	2	0	3	1	1	0	0	0	0
Patch	33	32	17	17	3	3	1	1	0	0
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	59	59	33	32	3	11	1	0	0	0
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	2	3	4	3	1	0	0	0	0	0
Autres — <i>Andere</i>	7	15	3	14	5	7	0	1	0	0
Total — <i>Totaal</i>	3 445	3 612	2 516	2 389	901	928	64	82	1	1

2.1.2. Pourcentage

2.1.2. Percentage

Méthode — Methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	54,29	55,70	42,74	40,31	39,51	39,27	42,38	40,20
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	0,00	0,00	1,78	2,08	2,53	2,29	3,50	3,27
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	0,00	0,00	1,39	1,04	2,20	2,48	3,73	4,02
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0,00	0,00	0,00	0,12	0,06	0,02	0,02	0,11
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	0,00	0,00	0,08	0,04	0,02	0,06	0,16	0,09
Préservatif — <i>Condoom</i>	36,19	30,38	22,41	22,24	15,47	14,04	13,87	14,42
Pilule — <i>Pil</i>	7,62	11,39	28,13	30,75	34,63	36,48	29,98	31,17
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	0,95	0,00	0,35	0,23	0,43	0,29	0,39	0,34
DIU — <i>IUD</i>	0,95	0,00	0,39	0,31	0,78	0,52	1,10	1,03
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	0,00	0,00	0,00	0,04	0,09	0,10	0,09	0,11
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,02	0,05	0,05
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Pilule du lendemain — <i>"morning after"pil</i>	0,00	2,53	1,16	0,73	1,34	1,79	1,40	1,44
Implant	0,00	0,00	0,04	0,15	0,00	0,04	0,07	0,09
Patch	0,00	0,00	0,58	0,96	0,95	1,04	1,01	1,12
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	0,00	0,00	0,85	0,77	1,77	1,39	1,70	1,92
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	0,00	0,00	0,08	0,12	0,02	0,00	0,18	0,07
Autres — <i>Andere</i>	0,00	0,00	0,04	0,08	0,19	0,17	0,35	0,53
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Méthode — Methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	42,79	42,30	41,69	40,90	44,62	45,69	57,81	53,66	0,00	0,00
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	4,47	3,38	5,56	4,60	4,11	4,42	1,56	4,88	0,00	0,00
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	5,66	5,29	7,27	7,58	11,10	8,41	9,38	8,54	0,00	0,00
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0,06	0,06	0,16	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	0,20	0,08	0,04	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Préservatif — <i>Condoom</i>	14,14	14,62	14,90	15,61	14,87	17,35	12,50	9,76	100,00	0,00
Pilule — <i>Pil</i>	26,91	27,71	24,36	25,28	19,20	18,97	15,63	18,29	0,00	0,00
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	0,23	0,42	0,20	0,29	0,33	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
DIU — <i>IUD</i>	1,25	1,27	1,51	1,09	2,55	1,08	0,00	2,44	0,00	0,00
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	0,17	0,22	0,60	0,50	1,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,09	0,11	0,28	0,17	0,33	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0,03	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule du lendemain — <i>« morning after »pil</i>	0,96	1,47	1,11	0,88	0,44	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00

Implant	0,12	0,06	0,00	0,13	0,11	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
Patch	0,96	0,89	0,68	0,71	0,33	0,32	1,56	1,22	0,00	0,00
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	1,71	1,63	1,31	1,34	0,33	1,19	1,56	0,00	0,00	0,00
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	0,06	0,08	0,16	0,13	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres — <i>Andere</i>	0,20	0,42	0,12	0,59	0,55	0,75	0,00	1,22	0,00	0,00
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. *Nombre*

2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat

2.2.1. *Aantal*

Méthode — <i>Methode</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	5 058	5 010	2 101	2 040	603	621	34	40
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	349	317	232	219	64	48	2	0
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	407	420	312	290	62	65	3	4
Spermicides — <i>Spermicide</i>	5	11	3	1	2	2	0	0
Diaphragme — <i>Pessarrium</i>	14	4	3	7	1	2	0	0
Préservatif — <i>Condoom</i>	2 108	2 151	660	618	168	197	6	11
Pilule — <i>Pil</i>	3 694	4 100	1 291	1 218	362	382	18	21
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	44	40	11	15	7	4	1	0
DIU — <i>IUD</i>	107	90	78	59	13	13	1	0
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	10	13	25	22	3	3	0	0
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	6	8	6	5	3	1	0	0
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	1	2	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain — « <i>morning after</i> » pil	163	190	45	44	9	15	1	0
Implant	5	8	3	7	1	1	0	0
Patch	98	121	43	45	12	10	4	1
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	204	193	50	62	18	17	2	1
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	11	9	6	2	1	1	0	0
Autres — <i>Andere</i>	23	25	15	34	2	11	0	0
Total — <i>Totaal</i>	12 306	12 711	4 886	4 688	1 331	1 393	72	78

2.2.2. Percentage

[illegible]

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen

2.3.1. *Nombre*2.3.1. *Aantal*

Méthode — Methode	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	3 691	3 520	1 803	1 849	1 376	1 384	591	607
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	225	205	137	132	175	153	77	60
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	282	268	165	176	183	204	106	94
Spermicides — <i>Spermicide</i>	6	8	1	3	1	2	1	1
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	9	5	2	1	3	6	2	1
Préservatif — <i>Condom</i>	1 722	1 704	533	520	428	444	184	229
Pilule — <i>Pil</i>	2 501	2 656	1 216	1 322	1 023	1 068	400	450
Injection contraceptive — <i>Prikkpil</i>	23	20	18	19	13	10	5	6
DIU — <i>IUD</i>	53	42	48	47	65	47	24	17
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	7	7	10	4	7	15	9	10
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0	4	3	3	6	4	3	2
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	1	1	0	0	0	0	1	0
Pilule du lendemain — « <i>morning after</i> » pil	133	155	36	53	29	26	12	11
Implant	1	5	2	4	3	4	2	2
Patch	58	73	35	41	37	33	14	22
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	147	132	58	69	44	51	19	15
Méthode N.F.P. — <i>N.F.P.-methode</i>	5	8	3	0	4	2	2	2
Autres — <i>Andere</i>	15	20	9	19	10	16	6	8
Total — <i>Totaal</i>	8 879	8 833	4 079	4 262	3 407	3 469	1 458	1 537

Méthode — Methode	4		5		> 5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	217	219	68	74	50	58
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	26	17	6	12	1	5
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	39	25	6	8	3	4
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0	0	0	0	1	0
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	2	0	0	0	0	0
Préservatif — <i>Condom</i>	57	54	12	20	6	6
Pilule — <i>Pil</i>	143	154	51	49	31	22
Injection contraceptive — <i>Prikkpil</i>	2	2	1	2	1	0
DIU — <i>IUD</i>	6	6	2	1	1	2
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	4	0	1	1	0	1
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	3	1	0	0	0	0
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	0	0	0

Pilule du lendemain — « <i>morning after</i> »pil	6	4	2	0	0	0
Implant	1	1	0	0	0	0
Patch	10	5	1	0	2	3
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	3	4	1	2	2	0
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	2	0	1	0	1	0
Autres — <i>Andere</i>	0	3	0	2	0	2
Total — <i>Totaal</i>	521	495	152	171	99	103

2.3.2. Pourcentage

2.3.2. Percentage

Méthode — Methode	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	41,57	39,85	44,20	43,38	40,39	39,90	40,53	39,49
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	2,53	2,32	3,36	3,10	5,14	4,41	5,28	3,90
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	3,18	3,03	4,05	4,13	5,37	5,88	7,27	6,12
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0,07	0,09	0,02	0,07	0,03	0,06	0,07	0,07
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	0,10	0,06	0,05	0,02	0,09	0,17	0,14	0,07
Préservatif — <i>Condoom</i>	19,39	19,29	13,07	12,20	12,56	12,80	12,62	14,90
Pilule — <i>Pil</i>	28,17	30,07	29,81	31,02	30,03	30,79	27,43	29,28
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	0,26	0,23	0,44	0,45	0,38	0,29	0,34	0,39
DIU — <i>IUD</i>	0,60	0,48	1,18	1,10	1,91	1,35	1,65	1,11
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	0,08	0,08	0,25	0,09	0,21	0,43	0,62	0,65
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,00	0,05	0,07	0,07	0,18	0,12	0,21	0,13
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00
Pilule du lendemain — « <i>morning after</i> »pil	1,50	1,75	0,88	1,24	0,85	0,75	0,82	0,72
Implant	0,01	0,06	0,05	0,09	0,09	0,12	0,14	0,13
Patch	0,65	0,83	0,86	0,96	1,09	0,95	0,96	1,43
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	1,66	1,49	1,42	1,62	1,29	1,47	1,30	0,98
Méthode N.F.P. — <i>N.F.P.-methode</i>	0,06	0,09	0,07	0,00	0,12	0,06	0,14	0,13
Autres — <i>Andere</i>	0,17	0,23	0,22	0,45	0,29	0,46	0,41	0,52
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Méthode — Methode	4		5		> 5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	41,65	44,24	44,74	43,27	50,51	56,31
Coït interrompu — <i>Coïtus interruptus</i>	4,99	3,43	3,95	7,02	1,01	4,85
Abstinence périodique — <i>Periodieke onthouding</i>	7,49	5,05	3,95	4,68	3,03	3,88
Spermicides — <i>Spermicide</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00
Diaphragme — <i>Pessarium</i>	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Préservatif — <i>Condoom</i>	10,94	10,91	7,89	11,70	6,06	5,83
Pilule — <i>Pil</i>	27,45	31,11	33,55	28,65	31,31	21,36
Injection contraceptive — <i>Prikpil</i>	0,38	0,40	0,66	1,17	1,01	0,00
DIU — <i>IUD</i>	1,15	1,21	1,32	0,58	1,01	1,94
Stérilisation homme — <i>Sterilisatie man</i>	0,77	0,00	0,66	0,58	0,00	0,97
Stérilisation femme — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,58	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilisation des deux — <i>Sterilisatie beiden</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule du lendemain — « <i>morning after</i> »pil	1,15	0,81	1,32	0,00	0,00	0,00

Implant	0,19	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Patch	1,92	1,01	0,66	0,00	2,02	2,91
Anneau vaginal — <i>Vaginale ring</i>	0,58	0,81	0,66	1,17	2,02	0,00
Méthode N.F.P — <i>N.F.P.-methode</i>	0,38	0,00	0,66	0,00	1,01	0,00
Autres — <i>Andere</i>	0,00	0,61	0,00	1,17	0,00	1,94
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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 verwickelingen

3.1.1. Aantal

Complication — <i>Verwikkeling</i>	Aspiration — <i>Aspiratie</i>		Curetage — <i>Curetage</i>		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	14 032	14 119	1 392	1 274	92	76
Hémorragie — <i>Bloedverlies</i>	27	19	23	13	0	0
Perforation — <i>Perforatie</i>	8	8	4	7	0	1
Déchirure — <i>Cervixscheur</i>	7	12	12	13	0	0
Autres — <i>Andere</i>	23	19	5	1	2	3
Total — <i>Totaal</i>	14 097	14 177	1 436	1 308	94	80

Complication — <i>Verwikkeling</i>	Mifépristone — <i>Mifepristone</i>		Mifépr.+curetage — <i>Mifepr.+curetage</i>		Autres — <i>Andere</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	2 839	3 193	71	50	21	13
Hémorragie — <i>Bloedverlies</i>	8	15	2	1	1	1
Perforation — <i>Perforatie</i>	0	0	0	0	0	0
Déchirure — <i>Cervixscheur</i>	1	0	0	0	0	0
Autres — <i>Andere</i>	23	28	1	2	1	2
Total — <i>Totaal</i>	2 871	3 236	74	53	23	16

3.1.2. Pourcentage

3.1.2. Percentage

Complication — Verwikkeling	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettage		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	99,54	99,59	96,94	97,40	97,87	95,00
Hémorragie — Bloedverlies	0,19	0,13	1,60	0,99	0,00	0,00
Perforation — Perforatie	0,06	0,06	0,28	0,54	0,00	1,25
Déchirure — Cervixscheur	0,05	0,08	0,84	0,99	0,00	0,00
Autres — Andere	0,16	0,13	0,35	0,08	2,13	3,75
Total — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Complication — Verwikkeling	Mifépristone — Mifepristone		Mifépr.+curetage — Mifepr.+curettage		Autres — Andere	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	98,89	98,67	95,95	94,34	91,30	81,25
Hémorragie — Bloedverlies	0,28	0,46	2,70	1,89	4,35	6,25
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	0,80	0,87	1,35	3,77	4,35	12,50
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. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving

3.2.1. Nombre

3.2.1. Aantal

Anesthésie — Verdoving	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettag		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	206	238	53	61	31	48
Loco-régionale — Loco-regionaal	12 726	12 869	326	304	51	28
Narcose	1 148	1 068	1 053	937	8	1
Autres — Andere	17	2	4	6	4	3
Total — Totaal	14 097	14 177	1 436	1 308	94	80

Anesthésie — Verdoving	Mifépristone — Mifepristone		Mifépr.+curetage — Mifepr.+curettage		Autres — Andere	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	2 784	3 165	9	14	13	10
Loco-régionale — Loco-regionaal	76	62	33	14	7	3
Narcose	4	8	32	24	1	2
Autres — Andere	7	1	0	1	2	1
Total — Totaal	2 871	3 236	74	53	23	16

3.2.2. Pourcentage

3.2.2. Percentage

Anesthésie — Verdoving	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettag		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	1,46	1,68	3,69	4,66	32,98	60,00
Loco-régionale — Loco-regionaal	90,27	90,77	22,70	23,24	54,26	35,00
Narcose	8,14	7,53	73,33	71,64	8,51	1,25
Autres — Andere	0,12	0,01	0,28	0,46	4,26	3,75
Total — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Anesthésie — Verdoving	Mifépristone — Mifepristone		Mifépr.+curetage — Mifepr.+ curettage		Autres — Andere	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	96,97	97,81	12,16	26,42	56,52	62,50
Loco-régionale — <i>Loco-regio- naal</i>	2,65	1,92	44,59	26,42	30,43	18,75
Narcose	0,14	0,25	43,24	45,28	4,35	12,50
Autres — <i>Andere</i>	0,24	0,03	0,00	1,89	8,70	6,25
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën

3.3.1. Aantal

Méthode — <i>Methode</i>	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aspiration — <i>Aspiratie</i>	2 599	2 668	1 904	1 750	661	685	45	62	1	1
Curetage — <i>Curettag</i> e	277	244	187	190	76	63	4	7	0	0
Prostaglandine	17	18	19	10	5	9	2	0	0	0
Mifépristone — <i>Mifepristone</i>	532	660	394	432	151	168	12	13	0	0
Mifépr.+curetage — <i>Mifepr.+curettag</i> e	14	14	8	4	7	3	1	0	0	0
Autres — <i>Andere</i>	6	8	4	3	1	0	0	0	0	0
Total — <i>Totaal</i>	3 445	3 612	2 516	2 389	901	928	64	82	1	1

3.3.2. Percentage

[illegible]

Méthode — Methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aspiration — <i>Aspiratie</i>	75,44	73,86	75,68	73,25	73,36	73,81	70,31	75,61	100,00	0,00
Curetage — <i>Curettage</i>	8,04	6,76	7,43	7,95	8,44	6,79	6,25	8,54	0,00	0,00
Prostaglandine	0,49	0,50	0,76	0,42	0,55	0,97	3,13	0,00	0,00	0,00
Mifépristone — <i>Mifepristone</i>	15,44	18,27	15,66	18,08	16,76	18,10	18,75	15,85	0,00	0,00
Mifépr.+curetage — <i>Mifepr.+curettage</i>	0,41	0,39	0,32	0,17	0,78	0,32	1,56	0,00	0,00	0,00
Autres — <i>Andere</i>	0,17	0,22	0,16	0,13	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.4.1. Nombre

3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opname- meduur

3.4.1. Aantal

Hospitalisation — Opnameduur	Aspiration — <i>Aspiratie</i>		Curetage — <i>Curettage</i>		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	13 108	13 149	551	481	39	31
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	974	1 005	864	808	18	20
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	15	23	21	19	37	29
Total — <i>Totaal</i>	14 097	14 177	1 436	1 308	94	80

Hospitalisation — Opnameduur	Mifépristone — <i>Mifepristone</i>		Mifépr.+curetage — <i>Mifepr.+curettage</i>		Autres — <i>Andere</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	2 652	2 935	28	13	5	3
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	171	273	34	33	2	3
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	48	28	12	7	16	10
Total — <i>Totaal</i>	2 871	3 236	74	53	23	16

3.4.2. Pourcentage

3.4.2. Percentage

Hospitalisation — Opnameduur	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettage		Prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	92,98	92,75	38,37	36,77	41,49	38,75
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	6,91	7,09	60,17	61,77	19,15	25,00
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	0,11	0,16	1,46	1,45	39,36	36,25
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Hospitalisation — Opnameduur	Mifépristone — Mifepristone		Mifépr.+curetage — Mifepr.+ curettage		Autres — Andere	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	92,37	90,70	37,84	24,53	21,74	18,75
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	5,96	8,44	45,95	62,26	8,70	18,75
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	1,67	0,87	16,22	13,21	69,57	62,50
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. Durée d'hospitalisation

4. Opnameduur

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1. Opnameduur en verdooving

4.1.1. Nombre

4.1.1. Aantal

Hospitalisation — Opnameduur	Aucune — Geen		Loco-régionale — Loco-regionaal		Narcose		Autres — Andere	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	2 865	3 174	13 021	13 014	478	421	19	3
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	198	329	133	221	1725	1586	7	6
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	33	33	65	45	43	33	8	5
Total — <i>Totaal</i>	3 096	3 536	13 219	13 280	2 246	2 040	34	14

4.1.2. Pourcentage

4.1.2. Percentage

[illegible]

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2. Opnameduur en verwikkelingen

4.2.1. Nombre

4.2.1. Aantal

Hospitalisation — <i>Opnameduur</i>	Aucune — <i>Geen</i>		Hémorragie — <i>Bloedverlies</i>		Perforation — <i>Perforatie</i>		Déchirure — <i>Cervixscheur</i>		Autres — <i>Andere</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	16 322	16 548	18	19	6	3	3	5	34	37
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	1 995	2 077	34	22	2	11	17	19	15	13
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	130	100	9	8	4	2	0	1	6	5
Total — <i>Totaal</i>	18 447	18 725	61	49	12	16	20	25	55	55

4.2.2. Pourcentage

4.2.2. Percentage

[illegible]

5. Hôpital ou centre

5. Ziekenhuis of centrum

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

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

5.1.1. Nombre

5.1.1. Aantal

Domicile — Woonplaats	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum		Nombre d'IVG — Aantal abortussen	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Anvers — Antwerpen	56	44	2 735	2 902	2 791	2 946
Flandre occidentale — West-Vlaanderen	47	36	1 213	1 223	1 260	1 259
Flandre orientale — Oost-Vlaanderen	169	167	1 473	1 436	1 642	1 603
Hainaut — Henegouwen	1 043	1 434	1 009	1 088	2 052	2 522
Liège — Luik	548	430	1 516	1 519	2 064	1 949
Limbourg — Limburg	13	14	976	917	989	931
Luxembourg — Luxemburg	23	32	356	396	379	428
Namur — Namen	65	53	578	628	643	681
Brabant flamand — Vlaams-Brabant	184	164	941	931	1 125	1 095
Brabant wallon — Waals-Brabant	140	123	457	443	597	566
Bruxelles-Capitale — Brussel-Hoofdstad	1 006	980	3 756	3 658	4 762	4 638
À l'étranger — Buitenland	18	16	273	236	291	252
Total — Totaal	3 312	3 493	15 283	15 377	18 595	18 870

5.1.2. Pourcentage (1)

5.1.2. Percentage (1)

Domicile — Woonplaats	Hôpital — Ziekenhuis 2008	Centre — Centrum 2008	Total — Totaal	Hôpital — Ziekenhuis 2009	Centre — Centrum 2009	Total — Totaal
Anvers — Antwerpen	2,01	97,99	100,00	1,49	98,51	100,00
Flandre occidentale — West-Vlaanderen	3,73	96,27	100,00	2,86	97,14	100,00
Flandre orientale — Oost-Vlaanderen	10,29	89,71	100,00	10,42	89,58	100,00
Hainaut — Henegouwen	50,83	49,17	100,00	56,86	43,14	100,00
Liège — Luik	26,55	73,45	100,00	22,06	77,94	100,00
Limbourg — Limburg	1,31	98,69	100,00	1,50	98,50	100,00

(1) Pourcentage par rapport au nombre d'IVG par province

(1) Percentage ten overstaan van het aantal zwangerschapsafbrekingen per provincie.

5-176/1 - SE2010
53-821/1

(54)

Luxembourg — <i>Lu- xemburg</i>	6,07	93,93	100,00	7,48	92,52	100,00
Namur — <i>Namen</i>	10,11	89,89	100,00	7,78	92,22	100,00
Brabant flamand — <i>Vlaams-Brabant</i>	16,36	83,64	100,00	14,98	85,02	100,00
Brabant wallon — <i>Waals-Brabant</i>	23,45	76,55	100,00	21,73	78,27	100,00
Bruxelles-Capitale — <i>Brussel-Hoofds- tad</i>	21,13	78,87	100,00	21,13	78,87	100,00
À l'étranger — <i>Bui- tenland</i>	6,19	93,81	100,00	6,35	93,65	100,00

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 — <i>Instelling</i>	10-14		15-19		20-24	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>	22	14	396	428	756	821
Centre — <i>Centrum</i>	83	65	2 192	2 167	3 873	3 987
Total — <i>Totaal</i>	105	79	2 588	2 595	4 629	4 808

Institution — <i>Instelling</i>	25-29		30-34		35-39	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>	792	787	674	690	476	527
Centre — <i>Centrum</i>	3 554	3 589	2 771	2 922	2 040	1 863
Total — <i>Totaal</i>	4 346	4 376	3 445	3 612	2 516	2 390

Institution — <i>Instelling</i>	40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>	179	213	16	14	1	0
Centre — <i>Centrum</i>	722	715	48	68	0	1
Total — <i>Totaal</i>	901	928	64	82	1	1

5.2.2. Pourcentage

5.2.2. Percentage

Institution — Instelling	10-14		15-19		20-24	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — Ziekenhuis	20,95	17,72	15,30	16,49	16,33	17,08
Centre — Centrum	79,05	82,28	84,70	83,51	83,67	82,92
Total — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Institution — Instelling	25-29		30-34		35-39	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — Ziekenhuis	18,22	17,98	19,56	19,10	18,92	22,05
Centre — Centrum	81,78	82,02	80,44	80,90	81,08	77,95
Total — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Institution — Instelling	40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — Ziekenhuis	19,87	22,95	25,00	17,07	100,00	0,00
Centre — Centrum	80,13	77,05	75,00	82,93	0,00	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. Ziekenhuis of centrum en verwikkelingen

5.3.1. Nombre

5.3.1. Aantal

Complication — Verwikkeling	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	3 262	3 433	15 185	15 292
Hémorragie — Bloedverlies	22	27	39	22
Perforation — Perforatie	4	6	8	10
Déchirure — Scheur	7	11	13	14
Autres — Andere	17	16	38	39
Total — Totaal	3 312	3 493	15 283	15 377

5.3.2. Pourcentage

5.3.2. Percentage

Complication — Verwikkeling	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — Geen	98,49	98,28	99,36	99,45
Hémorragie — Bloedverlies	0,66	0,77	0,26	0,14
Perforation — Perforatie	0,12	0,17	0,05	0,07
Déchirure — Scheur	0,21	0,31	0,09	0,09
Autres — Andere	0,51	0,46	0,25	0,25
Total — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

5.4.1. Nombre

5.4.1. Aantal

Durée d'hospitalisation — Opnameduur	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	1 460	1 653	14 923	14 959
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	1 708	1 728	355	414
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	144	112	5	4
Total — <i>Totaal</i>	3 312	3 493	15 283	15 377

5.4.2. Pourcentage

5.4.2. Percentage

Durée d'hospitalisation — Opnameduur	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Ambulatoire — <i>Ambulant</i>	44,08	47,32	97,64	97,28
24 heures ou moins — <i>24 uur of minder</i>	51,57	49,47	2,32	2,69
Plus de 24 heures — <i>Meer dan 24 uur</i>	4,35	3,21	0,03	0,03
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

5.5.1. Nombre

5.5.1. Aantal

Méthode — Methode	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aspiration — <i>Aspiratie</i>	1 744	1 912	12 353	12 265
Curetage — <i>Curettage</i>	902	677	534	631
Prostaglandine	55	60	39	20
Mifépristone — <i>Mifepristone</i>	534	790	2 337	2 446
Mifépristone + curetage — <i>Mifepristone+curettage</i>	54	38	20	15
Autres — <i>Andere</i>	23	16	0	0
Total — <i>Totaal</i>	3 312	3 493	15 283	15 377

5.5.2. Pourcentage

5.5.2. Percentage

Méthode — Methode	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aspiration — <i>Aspiratie</i>	52,66	54,74	80,83	79,76
Curetage — <i>Curettage</i>	27,23	19,38	3,49	4,10
Prostaglandine	1,66	1,72	0,26	0,13
Mifépristone — <i>Mifepristone</i>	16,12	22,62	15,29	15,91
Mifépristone + curetage — <i>Mifepristone+curettage</i>	1,63	1,09	0,13	0,10
Autres — <i>Andere</i>	0,69	0,46	0,00	0,00
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6. Ziekenhuis of centrum en verdooving

5.6.1. Nombre

5.6.1. Aantal

Anesthésie — Verdooving	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	649	956	2 447	2 580
Loco-régionale — <i>Loco-regionaal</i>	766	877	12 453	12 403
Narcose	1 874	1 647	372	393
Autres — <i>Andere</i>	23	13	11	1
Total — <i>Totaal</i>	3 312	3 493	15 283	15 377

5.6.2. Pourcentage

5.6.2. Percentage

Anesthésie — Verdooving	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Aucune — <i>Geen</i>	19,60	27,37	16,01	16,78
Loco-régionale — <i>Loco-regionaal</i>	23,13	25,11	81,48	80,66
Narcose	56,58	47,15	2,43	2,56
Autres — <i>Andere</i>	0,69	0,37	0,07	0,01
Total — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse
après douze semaines5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbre-
king na twaalf weken

5.7.1. Nombre

5.7.1. Aantal

Après douze semaines — Na twaalf weken	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2008	2009	2008	2009
Danger pour la mère — <i>Gevaar voor de moeder</i>	4	1	0	0
Danger pour l'enfant — <i>Gevaar voor het kind</i>	119	80	2	0
Danger pour la mère + l'enfant — <i>Gevaar voor moeder + kind</i>	4	4	2	0
Total — <i>Totaal</i>	127	85	2	0

Après douze semaines — Na twaalf weken	Danger pour la mère — <i>Gevaar voor de moeder</i>		Danger pour l'enfant — <i>Gevaar voor het kind</i>		Danger pour la mère + l'enfant — <i>Gevaar voor moeder + kind</i>	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Hôpital — Ziekenhuis	4	1	119	80	4	4
Centre — Centrum	0	0	2	0	0	0
Total — <i>Totaal</i>	4	1	121	80	4	4

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 2008, 257 réponses et pour l'année 2009, 435 réponses;

Entre 2008 et 2009, le nombre de situations invoquées a fortement augmenté; néanmoins, nous constatons que la plupart de situations auraient pu être reprises dans la liste des états de détresse mentionnés sur le formulaire.

Comme lors du précédent rapport, la raison la plus souvent invoquée pour ces deux années est « pas prête ».

La seconde raison est d'ordre culturel: essentiellement des femmes mentionnant « pas encore mariée » et « grossesse culturellement non acceptée »; Il faut aussi signaler une augmentation du nombre de situations liées au géniteur.

Le nombre de femmes mentionnant « accouchement trop récent » a également plus que doublé de 2008 à 2009.

Bijlage 1

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

1. « Andere » noodsituaties

Voor het jaar 2008, werd de rubriek « andere » 257 keer ingevuld en voor het jaar 2009 waren er 435 antwoorden.

Tussen 2008 en 2009 is het aantal « andere » ingeroepen noodsituaties fel gestegen; niettemin stellen we vast dat het merendeel van deze noodsituaties had kunnen opgenomen worden in de lijst van noodsituaties vermeld op het registratieformulier.

Zoals bij het vorige verslag is de meest ingeroepen reden voor beide jaren « geen kinderwens ».

De tweede reden is van culturele aard: voornamelijk vrouwen die aangeven « nog niet gehuwd » en « zwangerschap cultureel niet aanvaard »; men dient tevens te wijzen op een verhoging van het aantal situaties gerelateerd aan de verwekker.

Het aantal vrouwen dat « te recente bevalling » aangeeft is eveneens meer dan verdubbeld van 2008 naar 2009.

Les raisons les plus souvent invoquées — Meest ingeroepen redenen	2008	2009
Pas prête — pas de souhait d'enfant — <i>Niet klaar — geen kinderwens</i>	62	116
Culture — <i>Cultuur</i>	59	99
Problèmes liés au géniteur (géniteur pas libre, doute sur la paternité, problèmes de santé, décès, violence, en prison, âge etc.) — <i>Problemen verbonden met de verwekker (verwekker niet vrij, twijfel omtrent het vaderschap, gezondheidsproblemen, overlijden, in de gevangenis, leeftijd, enz.)</i>	49	69
Accouchements trop récents, enfants en bas-âge — <i>Te recente bevallingen, kinderen op jonge leeftijd</i>	16	36
Enfants malades ou handicapés, etc. — <i>Zieke of gehandicapte kinderen, enz.</i>	22	21
Situation sociale — <i>Sociale situatie</i>	12	16
Santé et prise de médicaments — <i>Gezondheid en medicatie</i>	12	24
Problèmes administratifs — <i>Administratieve problemen</i>	2	23
Divers: drogue, décès d'un proche, viol, prostitution, enfants placés, reprises d'études. — <i>Andere: drugs, overlijden van een naaste, verkrachting, prostitutie, geplaatste kinderen, hernemen van studies.</i>	23	31
Total — <i>Totaal</i>	257	435

2. Les « autres » méthodes de contraception

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

Ces autres méthodes anticonceptionnelles sont entre autres:

La pilule d'urgence Norlevo, la stérilité supposée, la diminution de la fertilité chez l'homme ou la femme, l'allaitement maternel, les herbes (millepertuis, sauge), les spermicides, un dosage hormonal contraceptif insuffisant, une chimiothérapie, la méthode du calendrier, le gel vaginal, le stérilet chinois, un accouchement récent, la préménopause, une thérapie hormonale, le cérizette, la prise d'antibiotiques.

2. « Andere » anticonceptiemethoden

De rubriek « andere » wordt frequent gebruikt wanneer de arts meer dan één methode aanduidt.

Deze « andere » anticonceptiemethoden zijn onder meer:

Noodpil Norlevo, vermeende infertiliteit, susfertiliteit man/vrouw, borstvoeding, kruiden (St.-Janskruid, saliethee), spermacide middelen, artisanale hormonale anticonceptie-onvoldoende dosering, chemiotherapie, kalendermethode, vaginale gel, chinees spiraaltje, recente bevalling, premenopauze, hormonale therapie, cerazette, antibiotica.

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

Après élimination des cas qui auraient dû être repris dans une rubrique spécifique, nous avons noté les méthodes suivantes :

- la stérilisation laparoscopique;
- le misoprostol;
- les foetocides;
- le dilapan;
- la prostaglandine + ballon;
- le ballon + cytotec;
- l'interruption spontanée pendant l'intervention.

4. Les « autres » méthodes d'anesthésie

En 2008 et 2009, cette rubrique a été complétée respectivement neuf et dix fois, avec les méthodes suivantes : anesthésie épidurale et générale, pompe anti-douleur dipidolor, meopa+citanest et intraveineuse.

5. Les « autres » complications

Les « autres » complications sont les suivantes : rétention, hémorragie, allergie au MST, perte de sang >500 ml, PCO négatif, anamniose, fièvre post IVG, sténose cervicale, hypertension artérielle, atonie utérine, infection, hypotension, problèmes psychologiques, douleur et vomissements, utérus bicorne.

3. « Andere » methode van zwangerschapsafbreking

Na eliminatie van de gevallen die onder een specifieke rubriek hadden moeten staan zijn er volgende vermeldingen :

- laparoscopische sterilisatie;
- misoprostol;
- foeticide;
- dilapan;
- prostaglandine + ballon;
- ballon + cytotec;
- spontaan in arbeid.

4. « Andere » methoden van verdoving

In 2008 en 2009 werd deze rubriek respectievelijk negen en tien keer ingevuld waarbij epidurale en algemene anaesthesie, pijnpomp dipidolor, meopa+citanest, intraveneus en prodafalgan wordt vermeld.

5. « Andere » verwikkelingen

« Andere » verwikkelingen zijn onder meer de volgende : retentie, hemorragie, allergie op MST, bloedverlies >500 ml, negatief PCO, twee vruchtzakken, koorts post abortus, cervicale stenose, arteriële hypertensie, uteriene atonie, infectie, hypotensie, psychologische problemen, pijn en braken, bicornuate uterus.

Annexe 2

Les interruptions de grossesse au-delà de douze semaines

Le rapport statistique aborde cette question dans son second volet traitant des corrélations.

En vertu de l'article 350, 4°, du Code pénal, 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 2008, 129 interruptions de grossesse pratiquées au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées :

- 4 pour cause de péril grave pour la santé de la femme;
- 121 en raison d'affections graves ou incurables de l'enfant;
- 4 en raison d'une combinaison de risques pour la mère et pour l'enfant.

En 2009, 85 interruptions de grossesse pratiquées au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées :

- 1 pour cause de péril grave pour la santé de la femme;
- 80 en raison d'affections graves ou incurables de l'enfant;
- 4 en raison d'une combinaison de risques pour la mère et pour l'enfant.

À l'examen des documents d'enregistrement, il s'avère que le péril grave pour la santé de la femme recouvre notamment les cas suivants : syndrome HELPP (*haemolysis elevated liver enzymes and low platelets*), amniotite, kystes rénaux, chorioamniotite, cancer du sein, pré-éclampsie, PROM (*preterm rupture of the outer membranes*), infection, usage d'héroïne, rubéole, carcinome thyroïdien et pression psychologique.

En ce qui concerne l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance, il s'agit des cas suivants :

1. Affections chromosomiques
 - anomalies chromosomiques;
 - trisomie 13 (syndrome de Patou);
 - trisomie 18 (syndrome d'Edwards);
 - trisomie 21 (syndrome de Down) avec une ou plusieurs anomalies;
 - trisomie 21 CAV complète;
 - triploïdie 69XXY;
 - monosomie;
 - nanisme;
 - syndrome de Klinefelter XXY;
 - syndrome de Turner 45XO.

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 voltooiën 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 2008 werd ons de uitvoering van 129 zwangerschapsafbrekingen « uitgevoerd na een periode van 12 weken » medegedeeld :

- 4 wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw;
- 121 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind;
- 4 wegens een combinatie van risico's voor moeder én kind.

In 2009 lagen de cijfers als volgt : 85 zwangerschapsafbrekingen waarvan :

- 1 wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw
- 80 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind;
- 4 wegens de combinatie van risico's voor moeder én kind.

Bij onderzoek van de registratiedocumenten, blijkt dat als ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw volgende aandoeningen worden gemeld : HELPP (*haemolysis elevated liver enzymes and low platelets*) syndroom, anamnios, polycystische nieren, chorioamnionitis, borstkanker, preeclampsie, PROM (*preterm rupture of the outer membranes*), infectie, heroïnegebruik, rubéola, psychologische druk en schildkliercarcinoom.

Als uiterst zware ongeneeslijke kwaal waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt, gaf men aan :

1. Chromosomale aandoeningen
 - trisomie 13 (syndroom van Patou)
 - trisomie 18 (syndroom van Edwards);
 - trisomie 21 (syndroom van Down) al of niet geassocieerd met één of meer afwijkingen;
 - triploïdie 69xyy
 - monosomie;
 - nanisme;
 - Klinefeltersyndroom XXY;
 - Turnersyndroom 45XO.

2. Malformations

- syndrome de Vacterl;
- hygroma kystique;
- myéloméningocèle;
- neurofibromatose;
- myopathie de Duchêne;
- syndrome Bardet-Biedl;
- dysplasie squelettique;
- neuropathie de Charcot-Marie-Tooth;
- holoprosencéphalie;
- malformation cérébrale de Dandy-Walker, hydrocéphalie;
- ancéphalie;
- anencéphalie avec *spina bifida*;
- anamnios;
- exencéphalie;
- retard de croissance, hypoplasie pulmonaire et anhydramnios;
- malformation congénitale létale, dysplasie rénale avec anhydramnios à dix-sept semaines;
- dysplasie rénale congénitale avec anamnios;
- acéphalie;
- pentalogie de Cantrell ITG à treize semaines;
- acranie;
- polycystose rénale bilatérale, anamnios, hydrocéphalie, encéphalocèle;
- malformation du tube neural du thorax au sacrum;
- jumeaux siamois avec un seul corps;
- troubles rénaux, holoprosencephalie, hydramnion, absence d'anus;
- rétrognathie, enfant de sexe masculin à l'apparence féminine, *spina bifida*;
- vessie hypertrophiée;
- omphalocèle, *spina bifida*;
- méningocèle;
- scoliose, omphalocèle, arthrogrypose;
- malformation cardiaque grave/cardiopathie;
- hypoplasie pulmonaire sur anamnios à seize semaines;
- hydrocéphalie;
- encéphalocèle;
- tétralogie de Fallot/anamnios;
- megacystis, syndrome de Prune-Belly;
- arthrogrypose;
- agénésie septale, dilatation intestinale;

2. Misvormingen

- Vacterl syndroom;
- cystic hygroma;
- meningomyelocoele;
- neurofibromatose;
- myopathie van Duchêne;
- Bardet-Biedl syndroom;
- skeletdysplasie;
- CVS karyotype : Charcot Marie Toothdragerschap;
- holoprosencephalie;
- Dandy Walker, hersenmisvorming, hydrocephalie;
- ancephalie;
- anencephalie en *spina bifida*;
- anamnios;
- exencephalie;
- groeirestrictie, longhypoplasie en anhydramnios;
- congenitale lethale malformatie, nierdysplasie met anhydramnios op zeventien weken;
- congenitale nierdysplasie met anamnios;
- anencephalie;
- pentology van Cantrell;
- acranie;
- bilaterale nierpolycystose, anamnios, hydrocephalie, encephalocoele;
- neurale buis defect van laag thoracaal tot en met sacrum;
- siamese tweeling met slechts één lichaam;
- holoprosencephalie, nierafwijking, hydramnion, afwezigheid van anus;
- retrognatie, kind is mannelijk met vrouwelijk uiterlijk, *spina bifida*;
- post urethrale met megablaas, urinoom en nierdysplasie;
- omphalocoele, *spina bifida*;
- meningocoele;
- rugafwijking, omphalocoele, arthrogrypose;
- ernstige hartafwijking/cardiopathie;
- longhypoplasie op anamnios op zestien weken;
- hydrocephalie;
- encephalocoele;
- tetralogie van Fallot/anamnios;
- megacystis, Prune-Belly syndroom;
- arthrogrypose;
- septale agenesie, intestinale dilatatie;

- *spina bifida aperta*;
- arthrogrypose des membres inférieurs;
- malformation cardiaque létale;
- syndrome cardio facial;
- cardiopathie avec isomérisme;
- malformations multiples : hydrocéphalie, arthrogrypose;
- omphalocèle Foie;
- *spina bifida*, hydroencéphalie;
- hypoplasie du ventricule gauche;
- cœur monoventriculaire;
- anhydramnios par rupture des membranes, hypoplasie rénale;
- dysplasie rénale bilatérale;
- PPRM (rupture prématurée des membranes);
- rupture des membranes avant terme, anamnios;
- malformations multiples;
- malformation digestive, rénale et cardiaque;
- malformation rénale non opérable;
- retard de croissance intra-utérin;
- sténose de l'aqueduc;
- anomalies squelettiques multiples;
- dysplasie squelettique létale;
- malformations congénitales multiples sans diagnostic clair;
- pieds bots;
- maladie fœtale incurable;
- hydrops fœtal;
- atrophie des reins, non viable;
- malformation congénitale de la vessie;
- anomalie fœtale;
- tumeur pulmonaire chez l'enfant;
- retard de croissance intra-utérin à vingt-trois semaines, anamnios;
- retard de croissance, malformations multiples;
- anémie du fœtus irréversible;
- problèmes rénaux.
- 3. Affections tératogènes
- toxoplasmose congénitale; malformations cérébrales multiples;
- infection à cytomégalovirus;
- toxoplasmose;
- médicaments tératogènes;
- rubéole entre sept et onze semaines;

- *spina bifida aperta*;
- arthrogrypose onderste ledematen;
- hartafwijking met het leven verenigbaar;
- cardio faciaal syndroom;
- cardiopathie met isomerisme;
- polymalformatief syndroom, hydrocephalie, arthrogrypose;
- omphalocoele lever;
- *spina bifida*, hydroencephalie;
- hypoplasie van de linkerventricule;
- monoventriculair hart;
- anhydramnios door gebroken vliezen, longhypoplasie;
- bilaterale nierdysplasie;
- PPRM;
- preterme gebroken vliezen, anamnios;
- polymalformatie;
- digestieve, nier- en hartafwijking;
- niet opereerbare nierafwijking;
- intra-uteriene groeiretardatie;
- aquaductstenose;
- multiële skeletanomalieën;
- lethale skeletdysplasie;
- multiële congenitale afwijking zonder duidelijke diagnose;
- klompvoeten;
- niet behandelbare foetale ziekte;
- hydrops foetalis;
- atrofie nieren, niet leefbaar;
- congenitale blaasafwijking;
- foetale anomalie;
- longtumor bij de baby;
- intra-uteriene groeiachterstand op drieëntwintig weken, anamnios;
- groeiachterstand, polymisvormingen;
- omomkeerbare gevolgen tgv foetale anemie;
- nierproblemen.
- 3. Teratogene aandoeningen
- congenitale toxoplasmose, multiële cerebrale aantastingen;
- infectie CMV;
- toxoplasmose;
- teratogene medicatie;
- rubeola tussen zeven en elf weken.

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 refusées 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 douze 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 a dépassé douze semaines après la période d'attente de six 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.

1. Institutions francophones

Centres francophones

— de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van twaalf weken amenorrhea na de zes 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 adoptie-dienst.

1. Franstalige instellingen

Franstalige 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		% requêtes « rejetées » par rapport au nombre de requêtes — % « afgewezen » verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
30	30	11 041	10 995	8 806	9 125	2 235	1 870	20,24	17,00

Hôpitaux francophones

Franstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées dont après délai de 12 semaines — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken				Nombre de requêtes « rejetées » — Aantal « afgewezen » verzoeken		% requêtes « rejetées »/ nombre de requêtes — % « afgewezen » verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
24	24	3 617	3 212	3 189	2 730	118	125	428	482	11,83	15,00

2. Institutions néerlandophones

2. Nederlandstalige instellingen

Centres néerlandophones

Nederlandstalige centra

Nombre de centres — <i>Aantal centra</i>		Nombre de requêtes — <i>Aantal verzoeken</i>		Nombre d'IVG pratiquées — <i>Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen</i>		Nombre de requêtes « rejetées » — <i>Aantal « afgewezen » verzoeken</i>		% requêtes « rejetées » par rapport au nombre de requêtes — % « afgewezen » verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
8	8	8 597	9 136	7 705	7 778	892	1 358	10,38	14,86

Hôpitaux néerlandophones

Franstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — <i>Aantal ziekenhuizen</i>		Nombre de requêtes — <i>Aantal verzoeken</i>		Nombre d'IVG pratiquées dont après délai de 12 semaines — <i>Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken</i>				Nombre de requêtes « rejetées » — <i>Aantal « afgewezen » verzoeken</i>		% requêtes « rejetées »/ nombre de requêtes — % « afgewezen » verzoeken ten overstaan van aantal verzoeken	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
13	9	551	490	453	397	61	36	98	93	17,79	18,98

3. Aperçu général

3. Overzicht

Centres

Centra

Nombre de centres — <i>Aantal centra</i>		Nombre d'IVG pratiquées — <i>Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen</i>	
2008	2009	2008	2009
38	38	16 511	16 903

Hôpitaux

Ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — <i>Aantal ziekenhuizen</i>		Nombre d'IVG pratiquées — <i>Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen</i>		dont après délai de 12 semaines — <i>waarvan na 12 weken</i>	
2008	2009	2008	2009	2008	2009
37	33	3 642	3 127	179	161

3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

1. Analyse des rapports annuels des services d'information francophones

Les trente centres extrahospitaliers pratiquant des IVG ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2008 et en 2009; pour ce qui concerne les hôpitaux et cliniques, vingt-quatre nous ont fait parvenir un rapport, tant en 2008 qu'en 2009.

Comme lors des années précédentes, les institutions pointent :

- le manque d'éducation sexuelle;
- la cherté de la contraception.

Les centres qui se trouvent dans des certains quartiers populaires constatent une précarité de plus en plus grandissante, des familles de plus en plus pauvres (revenu minimum d'une personne isolée: 860 euros par mois — revenu minimum pour un couple et deux enfants: 1 805 euros par mois). Un centre bruxellois mentionne que +/- 30 % de ses patientes n'ont pas de couverture sociale.

A. Centres extrahospitaliers

1. Composition et fonctionnement du service

A Bruxelles et en Communauté française, tous les centres extrahospitaliers sont des centres de planning familial. Les services d'information se composent pour la plupart d'une dizaine de personnes (psychologues, assistants sociaux, médecins, sexologues, juristes); certains centres occupent davantage de personnel. À la lecture des rapports, il apparaît que l'accueil réservé aux patientes est très empathique et bienveillant. Ils sont très soucieux d'offrir un accueil psycho-social de qualité.

Ces services fonctionnent toute la journée, essentiellement de 9 à 17 heures; certains ouvrent leurs portes une soirée par semaine, ainsi que le samedi matin; les consultations de ces centres sont gynécologiques, psychologiques et juridiques; ils assurent également des médiations familiales ainsi que de la l'animation en prévention dans les écoles.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

Comme déjà signalé dans les rapports précédents, les services d'information font tant de la prévention que de la prise en charge de l'IVG; par prévention on entend une démarche préventive globale prônée par le GACEHPA (Groupe d'action des centre extrahospita-

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

1. Analyse van de jaarverslagen van de franstalige voorlichtingsdiensten

De dertig extramurale centra die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren, hebben in 2008 en 2009 een jaarverslag bezorgd aan de Commissie; wat de ziekenhuizen en klinieken betreft, hebben er vierentwintig ons een jaarverslag overgemaakt zowel voor 2008 als voor 2009

Net zoals de voorgaande jaren wijzen de centra op:

- het gebrek aan seksuele voorlichting;
- de kostprijs van anticonceptiva.

De centra gelegen in bepaalde volksbuurten constateren een voortdurend toenemende kansarmoede, steeds armer wordende gezinnen (minimuminkomen van een alleenstaande: 860 euro per maand — minimuminkomen voor een koppel met twee kinderen: 1 805 euro per maand). Een Brussels centrum meldt dat +/- 30 % van hun vrouwelijke patiënten geen sociale dekking genieten.

A. extramurale centra

1. Samenstelling en werking van de dienst

In Brussel en in de Franse Gemeenschap zijn alle extramurale centra, centra voor gezinsplanning. De informatiediensten bestaan meestal uit een tiental mensen (psychologen, sociaal assistenten, artsen, seksuologen, juristen); in sommige centra zijn er meer mensen tewerkgesteld. Bij het lezen van de verslagen blijkt dat de patiënten zeer begrin plaats vanol en vriendelijk worden onthaald. De centra willen duidelijk een kwaliteitsvolle psychosociale opvang aanbieden.

Deze diensten werken de ganse dag, hoofdzakelijk van 9 tot 17 uur; sommigen zijn één avond per week open en ook op zaterdagmorgen; deze centra bieden gynaecologische, psychologische en juridische consultaties aan; zij staan ook in voor familiale bemiddeling en voor preventieacties in de scholen.

2. Opvang en begeleiding

Zoals al gemeld in eerdere verslagen, doen de informatiecentra zowel aan preventie en voeren zij ook zwangerschapsafbrekingen uit; met preventie bedoelt men een globale preventieve aanpak voorgestaan door de GACEHPA (*Groupe d'action des centre extrahos-*

liers pratiquant l'avortement): « favoriser le développement personnel, l'autonomie, la responsabilité dans les domaines affectif, sexuel, familial et social). Un centre résume son travail comme suit: « débroussailler la demande via un travail psycho-social de qualité pour que la femme puisse faire son choix — vigilance à l'appartenance religieuse, culturelle ou philosophique — prévenir les récurrences — entendre le vécu de l'IVG », attention particulière à l'encadrement psychologique de l'IVG.

Le travail d'accueil se déroule en trois phases :

a) Avant l'IVG

Un ou plusieurs entretiens pré-IVG sont prévus; il s'agit d'informer quant au choix des différentes méthodes (médicale ou instrumentale — anesthésie locale ou générale, milieu hospitalier ou extra-hospitalier), déculpabiliser et sensibiliser aux méthodes contraceptives: le but de cette première consultation est de créer un climat de confiance et de répondre aux questions. Ensuite, la consultation médicale sera pratiquée (anamnèse, prise de sang, examen gynécologique, test urinaire, échographie, évaluation de la contraception). La patiente sera également informée des dispositions de la loi (délai de réflexion d'une semaine, limite des douze semaines de conception).

b) Pendant l'IVG

L'IVG se pratique dans le cabinet médical équipé pour cette intervention; un soutien psychologique par la psychologue ou l'assistante sociale rencontrée avant l'IVG est prévu pendant l'intervention; le médecin rencontré lors de la consultation préalable pratiquera l'IVG.

Un deuxième médecin sera présent au centre; dans certains centres, la femme peut être accompagnée par une personne proche.

c) Après l'IVG

La femme se présente deux à trois semaines après l'intervention afin de voir comment l'intervention a été vécue et vérifier s'il n'y a eu aucune complication. La problématique de la sensibilisation à l'hygiène intime et à la contraception future est également abordée.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

— La grande inégalité des femmes devant le coût de la contraception;

pitaliers pratiquant l'avortement — Actiegroep van de centra van de abortusklinieken): « persoonlijke ontwikkeling, zelfstandigheid, verantwoordelijkheid op seksueel, familiaal en sociaal vlak aanmoedigen ». Een centrum vat zijn werk als volgt samen: « alle zaken op een rijtje zetten via een kwaliteitsvolle psychosociale begeleiding zodat de vrouw haar keuze kan maken — aandacht voor religieuze, culturele of filosofische overtuiging — herhalingen voorkomen — luisteren naar hoe de zwangerschapsafbreking werd ervaren » — bijzondere aandacht schenken aan de psychologische omkadering van de zwangerschapsafbreking.

De opvang gebeurt in drie fasen :

a) Voor de zwangerschapsafbreking

Voor de zwangerschapsafbreking worden één of meerdere gesprekken gepland; het is de bedoeling om informatie te verstrekken over de verschillende methodes (medisch of instrumenteel — plaatselijke of totale verdoving, in of buiten het ziekenhuis), de patiënten van hun schuldgevoelens te bevrijden en hen te sensibiliseren voor de mogelijke methodes van anticonceptie: het doel van deze eerste consultatie is het creëren van een vertrouwelijk klimaat en het beantwoorden van de vragen van de patiënte. Daarna volgt een medische consultatie (anamnese, bloedafname, gynaecologisch onderzoek, urinetest, echografie, evaluatie van de anticonceptie). De patiënte wordt ook op de hoogte gebracht van de wettelijke bepalingen (bedenktijd van een week, limiet van twaalf weken zwangerschap).

b) Tijdens de zwangerschapsafbreking

De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd in het dokterskabinet dat voor deze ingreep is uitgerust; gedurende de ingreep is er psychologische ondersteuning door de psychologue of de sociaal assistente die de patiënte voor de ingreep heeft ontmoet; het is de arts die de patiënte tijdens de voorafgaande consultatie heeft ontmoet die de zwangerschapsafbreking uitvoert.

Er is een tweede arts aanwezig in het centrum; in sommige centra mag de vrouw vergezeld zijn van een familielid.

c) Na de zwangerschapsafbreking

Twee à drie weken na de ingreep biedt de vrouw zich aan om te zien hoe zij de ingreep heeft doorstaan en om te controleren of er geen complicaties zijn. Ook sensibilisering voor de intieme hygiëne en de latere anticonceptie wordt ter sprake gebracht.

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

— De grote ongelijkheid van vrouwen ten aanzien van de kostprijs van anticonceptie;

— Le constat généralisé d'une population de plus en plus précarisée et fragilisée; (pour certaines, difficultés d'accéder aux soins de santé ou encore à prendre en charge le coût des déplacements en transport en commun); un isolement social, une fragilisation psychique (par exemple, le nombre de rendez-vous manqués reste une préoccupation pour les équipes);

— Le constat de la récurrence et la complexification de certaines problématiques individuelles, conjugales, familiales vécues par les femmes et/ou couples qui demandent une IVG; répétitions de relations chaotiques;

— Le constat d'une pression culturelle;

— La problématique des femmes n'ayant pas de couverture sociale et ne pouvant assumer le coût d'une IVG. Un centre de Bruxelles mentionne que 30 % de ses patientes sont dans le cas;

— L'augmentation de la période d'attente entre la prise de rendez-vous et le premier rendez-vous: dix jours en moyenne;

— Les demandes tardives; la plupart de ces demandes concernent des grossesses de quatorze à quinze semaines. Comme le signale un centre: «*Il s'avère nécessaire d'une part de déterminer l'ampleur de la question des demandes de 12-14 semaines et l'interaction avec la durée de la période d'attente pour avoir un rendez-vous, et, d'autre part, s'interroger sur le délai légal actuel; la durée de six jours entre le premier entretien et le deuxième rendez-vous*»; actuellement, ces patientes sont dirigées vers les Pays-Bas; cela alourdit le coût et le vécu psychologique, surtout lorsqu'il s'agit de mineures;

— La gestion de la douleur: une préoccupation importante;

— Le nombre important de femmes (allant jusqu'à 50 % dans certains centres) qui ne prennent pas de moyen de contraception.

Un centre nous fait part de ses hypothèses quant à leur non-utilisation:

1. *absence de relations affectives stables;*
2. *difficultés de compréhension quant à l'utilisation des méthodes contraceptives;*
3. *les fausses croyances concernant les conséquences de la contraception: prise de poids, stérilité, cancer;*
4. *représentations erronées quant au coût de la pilule contraceptive;*

— De algemene vaststelling van meer kansarmoede en kwetsbaarheid bij de bevolking; (sommigen hebben het moeilijk om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg of om de kosten van de verplaatsingen met het openbaar vervoer te betalen); sociaal isolement, psychische verzwakking (bijvoorbeeld, het aantal gemiste afspraken blijft een bekommernis voor de teams);

— De vaststelling van het steeds terugkeren en complexer worden van bepaalde individuele, echtelijke, familiale problemen bij de vrouwen en/of koppels die een zwangerschapsafbreking vragen; herhaalde chaotische relaties;

— De vaststelling van een culturele druk;

— De problematiek van de vrouwen die geen sociale dekking genieten en die de kost van een zwangerschapsafbreking niet kunnen betalen. Een centrum in Brussel meldt dat dit geldt voor 30 % van hun patiënten;

— Het feit dat de periode tussen het maken van een afspraak en de eerste afspraak langer wordt: gemiddeld tien dagen;

— De laattijdige aanvragen; het merendeel van deze aanvragen gaat over zwangerschappen van veertien à vijftien weken. Zoals één van de centra meldt: «*het blijkt enerzijds nodig om de omvang van de kwestie van de aanvragen op 12-14 weken en de interactie met de duur van de wachtperiode om een afspraak te hebben te bepalen, en anderzijds om vragen te stellen bij de huidige wettelijke termijn; de periode van zes dagen tussen het eerste gesprek en de tweede afspraak*»; momenteel worden deze patiënten doorverwezen naar Nederland; dit zorgt voor nog meer kosten en een grotere psychologische belasting, vooral wanneer het gaat om minderjarigen;

— Het pijnbeheer is een belangrijk probleem;

— Het grote aantal vrouwen (tot 50 % in sommige centra) die geen anticonceptiva gebruiken.

Een van de centra geeft een aantal hypothesen voor het niet gebruiken van anticonceptiva:

1. *geen stabiele affectieve relaties;*
2. *problemen bij het begrijpen van de verschillende anticonceptiemethoden;*
3. *verkeerde opvattingen over de gevolgen van anticonceptie: gewichtstoename, onvruchtbaarheid, kanker;*
4. *foutieve voorstelling van de kostprijs van de anticonceptiepil;*

5. *difficultés de mentalisation et d'anticipation : la vie est uniquement appréhendée dans l'immédiateté;*

6. *les manifestations d'un désir d'enfant, et en particulier le désir d'enfant comme comblant un désir existentiel, affectif et identitaire;*

— La prise en charge des IVG médicamenteuses : plus lourde pour l'équipe soignante et pour la patiente (durée, douleurs, saignements, effets secondaires des médicaments);

— Les mouvements mondiaux de population et la présence en Belgique d'un grand nombre de femmes provenant de pays où l'accès à la contraception est mauvais ou inexistant nous amène une population qui utilise l'IVG comme moyen de régulation des naissances. Un centre mentionne : *« Ces femmes n'ont pas un vécu culpabilisé par leur demande d'IVG et ces situations nouvelles doivent questionner les accueils psychologisant et parfois dramatisants que l'on pense en phase avec le vécu des patientes. »;*

— La mention dans quelques rapports de la honte et de la culpabilité qu'éprouvent certaines femmes; leur angoisse et leur détresse sont très importantes.

4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

— Proposer davantage d'animations (prévention) dans les écoles, auprès des populations précarisées ou récemment arrivées en Belgique, dans les lieux de promotion de la santé, dans les endroits festifs; via des brochures et des infos plus dynamiques, d'utiliser des spots radio-télévision;

— Au vu des chiffres, la prévention des jeunes adultes doit être améliorée; certaines initiatives comme SEXandCo, MODUS FIESTA, offrent en milieux festifs une approche en éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS); de telles initiatives doivent être encouragées;

— Poursuivre le dépannage gratuit de plaquettes de pilules contraceptives et de préservatifs dans les centres, ainsi que la distribution gratuite de pilules du lendemain dans les centres de planning familial;

— Promouvoir l'utilisation correcte des moyens de contraception, lutter contre les fausses croyances en matière de contraception et faire connaître la pilule du lendemain;

— Prévoir une information plus complète des médecins sur la contraception, notamment lors de la prise d'antibiotiques;

5. *problemen om vooruit te kijken en te plannen, er wordt alleen in het nu geleefd;*

6. *de uitingen van een kinderwens, en in het bijzonder de kinderwens ter vervulling van een existentieel, affectief verlangen;*

— de medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen : zwaarder voor het zorgteam en voor de patiënte (duur, pijn, bloedingen, nevenwerkingen van de geneesmiddelen);

— de wereldwijde migratie en de aanwezigheid in België van een groot aantal vrouwen afkomstig uit landen waar de toegang tot anticonceptie problematisch of onbestaand is, zorgt voor een populatie die zwangerschapsafbreking gebruikt als een geboorteregelmiddel. Een centrum meldt : *« deze vrouwen hebben geen schuldgevoel over hun vraag om zwangerschapsafbreking en door deze nieuwe situaties moet de « psychologiserende » en vaak dramatiserende benadering waarvan men denkt dat die strookt met de wens van de patiënten in vraag worden gesteld. »;*

— de vermelding in een aantal verslagen van de schaamte en het schuldgevoel bij sommige vrouwen; hun angst en ontreding is enorm.

4. Voorstellen om de preventie te verbeteren

— Nog meer preventieacties in de scholen, in kansarme middelen of bij pas in België aangekomen migranten, in gezondheidsbevorderende instellingen, in het uitgaansmilieu; via dynamischer brochures en informatie, onder meer via spots op radio en televisie;

— Gelet op de cijfers moet er een betere preventie komen bij jong volwassenen; een aantal initiatieven zoals SEXandCo, MODUS FIESTA, bieden in het uitgaansmilieu affectieve en seksuele voorlichting aan (EVAS); dergelijke initiatieven moeten worden aangemoedigd;

— Doorgaan met het gratis verstrekken van anticonceptiepillen en condooms in de centra en van de morning-afterpil in de centra voor gezinsplanning;

— Het correcte gebruik van anticonceptiva promoten, de strijd aanbinden tegen onterechte overtuigingen in verband met anticonceptie en meer ruchtbaarheid verlenen aan het bestaan van de *morning-afterpil*;

— Nog meer informatie verstrekken aan de artsen in verband met anticonceptie, onder meer bij het nemen van antibiotica;

— Envisager une meilleure prise en charge financière de la contraception; veiller à une meilleure égalité financière de toutes les femmes devant la contraception, peut importe le moyen choisi;

— Proposer la gratuité de la contraception aux personnes en situation de précarité financière: personnes bénéficiant du statut BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée) et du statut OMNIO dont peuvent bénéficier les ménages à petits revenus;

— Envisager un programme d'accompagnement des femmes et des couples qui désirent garder leur enfant, afin que les femmes puissent mener leur grossesse à terme et élever leur enfant dans des conditions sociales, économiques et psychologiques optimales (notamment via le Fonds Maribel social).

— Veiller à améliorer l'offre dans les centres (il faut plus ou moins dix jours entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous) — Résoudre le problème du manque de médecins en promouvant l'IVG à la maison, sous certaines conditions;

— Déterminer l'ampleur de la question «coût et vécu» psychologique plus lourde pour les patientes prises en charge après la douzième semaine, surtout pour les mineures d'âge. La femme dont la grossesse dépasse le terme de la loi présente presque toujours un problème de santé sociale et/ou psychologique qui devrait être considéré pour légitimer un avortement thérapeutique.

B. Hôpitaux

1. Composition et fonctionnement du service

Le nombre de personnes affectées à l'accueil est sensiblement moins important que dans les centres de planning familial; il s'agit également de médecins, juristes, psychologues, assistants sociaux; il arrive que ce service fasse partie intégrante du service de gynécologie-obstétrique.

Les rapports des hôpitaux n'apportent pas de nouveaux éléments par rapport aux années précédentes; certains hôpitaux mentionnent une informatisation des dossiers.

Le travail d'accueil se déroule en trois phases :

a) Avant l'IVG

L'accueil est assuré par le service social pendant les heures normales de bureau; les services travaillent sur base de rendez-vous; ce rendez-vous renseigne déjà la

— Een betere financiële regeling voor anticonceptie overwegen; zorgen voor meer financiële gelijkheid voor alle vrouwen, ongeacht het gekozen middel.

— Voorstellen om gratis anticonceptiva aan te bieden aan mensen in financiële problemen: personen met een RVV-statuuut (die recht hebben op een verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming en een OMNIO-statuuut waarop gezinnen met een laag inkomen aanspraak kunnen maken;

— Overwegen om een programma in te voeren voor begeleiding van vrouwen en koppels die hun kind wensen te houden, zodat de vrouwen hun zwangerschap kunnen uitdragen en hun kind kunnen opvoeden in optimale sociale, economische en psychologische omstandigheden (onder meer via het Sociaal Fonds Maribel);

— Zorgen voor een beter aanbod in de centra (er verlopen min of meer tien dagen tussen het maken van een afspraak en de afspraak zelf) — Het tekort aan artsen oplossen door het promoten van zwangerschapsafbreking thuis, mits inachtneming van een aantal voorwaarden;

— De draagwijdte bepalen van de zwaardere «kostprijs en psychologische belasting» voor de patiënten die na de twaalfde week worden behandeld, vooral voor minderjarigen. De vrouw bij wie de zwangerschap de bij wet vastgelegde termijn overschrijdt heeft bijna altijd te maken met een sociaal en/of psychologisch gezondheidsprobleem waarmee rekening zou moeten worden gehouden voor het verantwoord van een therapeutische zwangerschapsafbreking.

B. Ziekenhuizen

1. Samenstelling en werking van de dienst

Het aantal personen dat instaat voor de opvang is beduidend lager dan in de centra voor gezinsplanning; ook hier gaat het om artsen, juristen, psychologen, sociaal assistenten; het komt voor dat deze dienst een onderdeel vormt van de dienst gynaecologie — verloskunde.

De verslagen van de ziekenhuizen verschaffen geen nieuwe elementen ten opzichte van de vorige jaren; een aantal ziekenhuizen maken melding van een informatisering van de dossiers.

De opvang verloopt in drie fasen :

a) Voor de zwangerschapsafbreking

De opvang wordt verzekerd door de sociale dienst tijdens de normale kantooruren; de diensten werken op basis van afspraken; tijdens deze afspraak wordt de

femme sur le déroulement de la prise en charge (accueil, consultation gynécologique). Il s'agit de clarifier sa demande, de la rassurer, l'informer sur les alternatives et aides, et lui permettre de prendre une décision en toute liberté. À sa demande, la patiente peut rencontrer une psychologue.

Des brochures d'information, éditées par les firmes pharmaceutiques sont à la disposition des femmes, notamment celles concernant la contraception.

b) Pendant l'IVG

Le jour de l'intervention, la patiente peut être accompagnée par la personne de son choix; l'interruption de grossesse sera pratiquée par le médecin et l'assistante sociale rencontrés lors du premier rendez-vous.

c) Après l'IVG

Le suivi est assuré par le médecin/accueillante qui ont procédé à l'IVG; les femmes peuvent ainsi parler de leur vécu de l'IVG.

2. Cas d'accueil et d'assistance signalés

— L'IVG reste tabou; des femmes ont peur d'en parler et ce, par crainte d'être incomprises ou jugées. Alors que l'avortement est pratiqué quotidiennement et ce, dans le cadre légal, c'est un sujet encore très délicat. Le débat «pour ou contre l'avortement est toujours d'actualité. Or, il ne s'agit pas d'être pour ou contre, mais de défendre un droit fondamental, celui du choix. L'avortement reste connoté négativement; c'est toujours un acte pour lequel les femmes se sentent obligées d'avoir une bonne raison;

— La méconnaissance de la pilule du lendemain, confusion pilule du lendemain et pilule abortive, manque de développement de la contraception masculine;

— La problématique lorsque le géniteur est à l'origine de la demande d'IVG, et qu'elle n'est pas entièrement partagée par la patiente.

3. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

— Intensifier les animations scolaires et les recentrer sur les moyens de contraception. Information obligatoire via l'enseignement, tous réseaux confondus, dispensée par des professionnels de la prévention;

vrouw op de hoogte gebracht van het verloop van de procedure (onthaal, gynaecologische consultatie). Het is de bedoeling haar meer uitleg te verstrekken, haar gerust te stellen, haar te informeren over de alternatieven en de hulp en haar de gelegenheid te bieden om in alle vrijheid een beslissing te nemen. Op haar verzoek kan een ontmoeting met een psychologe worden geregeld.

Informatiebrochures, uitgegeven door de farmaceutische firma's, zijn ter beschikking van de vrouwen, onder meer een brochure over anticonceptie

b) Tijdens de zwangerschapsafbreking

De dag van de ingreep mag de patiënte vergezeld zijn van een persoon naar keuze; de ingreep wordt uitgevoerd door de arts, in het bijzijn van de sociaal assistente die ze tijdens de eerste afspraak heeft ontmoet.

c) Na de zwangerschapsafbreking

De opvolging wordt verzekerd door de arts die de zwangerschapsafbreking heeft uitgevoerd en de assistente die daarbij aanwezig was; zo kunnen de vrouwen praten over hoe zij de ingreep hebben ervaren.

2. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden

— Zwangerschapsafbreking blijft een taboe; vrouwen zijn bang om erover te praten, uit vrees voor onbegrip of veroordeling. Hoewel abortus dagelijks wordt uitgevoerd en in een wettelijk kader, blijft het een zeer delicaat onderwerp. De discussie «voor of tegen abortus» is nog steeds actueel. Het gaat echter niet om het feit of men voor of tegen is, maar wel om het verdedigen van een fundamenteel recht, dat van de vrije keuze. Abortus heeft nog steeds een negatieve connotatie; het is nog steeds een daad waarbij de vrouwen zich verplicht voelen om een goede reden te hebben;

— Onvoldoende kennis van de *morning-afterpil*, verwarring tussen de *morning-afterpil* en de abortuspil, gebrek aan mannelijke anticonceptie;

— Het probleem wanneer de verwekker aan de basis ligt van de vraag om een zwangerschapsafbreking en de vrouw het daar niet volledig mee eens is.

3. Suggesties voor een betere preventie

— Nog meer acties in de scholen en deze toespitsen op de verschillende anticonceptiemethoden. Verplichte voorlichting via het onderwijs, in alle netten, gegeven door preventiewerkers;

— Envisager un encadrement psychologique spécifique pour les dénis de grossesse (découverte souvent après vingt-huit semaines);

— Subventionner davantage les services d'accueil chargés de la contraception;

— Changer la dénomination des stérilets pour éviter l'amalgame stérile/stérilet;

— Rendre la contraception gratuite selon des critères sociaux (modèle français);

— Faire de la publicité pour la pilule du lendemain, souvent inconnue; confusion pilule du lendemain et pilule abortive;

— Inciter les médecins généralistes et les gynécologues à prendre davantage de temps pour expliquer et répondre aux questions de leurs patientes quant à la contraception souvent mal comprise; sensibilisation des médecins traitants sur les interactions de certains traitements sur l'efficacité de la pilule (antibiotiques);

— Faire participer les sages-femmes à l'instauration d'une contraception en post-partum;

— Développement de la contraception masculine.

2. Analyse des rapports annuels des services d'information néerlandophones

A. Centres

1. Composition et fonctionnement du service

a) Tous les services d'information font appel à du personnel qualifié à temps partiel ou à temps plein, à savoir un ou plusieurs psychologues, un sexologue, des médecins, des gynécologues, un coordinateur; peuvent faire également partie de l'équipe: des infirmières sociales, des sage-femmes, des assistantes sociales, du personnel administratif, des préposés à l'accueil et du personnel d'entretien.

Par ailleurs, un seul centre recourt aux services d'un interprète du CPAS et de la « *Vereniging voor ambulante geestelijke gezondheidszorg* » (Association pour les soins de santé mentale ambulatoires).

b) Six des huit centres IVG, chapeautés par l'ASBL LUNA (*Unie van Nederlandstalige abortuscentra*), l'union des centres IVG néerlandophones, ont transmis conjointement le rapport de leur institution pour l'année 2009. Ces rapports témoignent de l'attention et de l'accompagnement dont bénéficient les femmes

— Zorgen voor een specifieke psychologische omkadering voor zij die hun zwangerschap ontkennen/verdringen (het gebeurt vaak dat men er pas achter komt na achtentwintig weken);

— Meer subsidies voor de opvangdiensten belast met anticonceptie;

— De naam « *stérilet* » (spiraaltje) in het Frans veranderen om de verwarring « *stérile/stérilet* » te vermijden;

— Anticonceptie gratis maken in functie van sociale criteria (Frans model);

— Meer ruchtbaarheid geven aan het bestaan van de *morning-afterpil* die vaak niet gekend is; verwarring tussen *morning-afterpil* en abortuspil wegnemen;

— De huisartsen en de gynaecologen aansporen om meer tijd vrij te maken om uitleg te verstrekken en te antwoorden op de vragen van hun vrouwelijke patiënten in verband met de verschillende anticonceptiemethoden die vaak niet genoeg gekend zijn; sensibilisering van de behandelende artsen voor de wisselwerking van sommige behandelingen op de efficiëntie van de pil (antibiotica);

— De vroedvrouwen betrekken bij het op punt stellen van de anticonceptie na de bevalling;

— Anticonceptiemethoden voor mannen ontwikkelen.

2. Analyse van de jaarverslagen van de Nederlandstalige voorlichtingsdiensten

A. Centra

1. Samenstelling en werking van de dienst

a) Alle voorlichtingsdiensten doen beroep op gekwalificeerd deeltijds of voltijds personeel nl. één of meerdere psychologen, seksuoloog, artsen, gynaecologen, coördinator; andere kwalificaties zijn (sociaal) verpleegster/vroedvrouw, maatschappelijk assistente, administratieve kracht, onthaalpersoneel en onderhoudspersoneel.

Eén centrum kan bovendien beroep doen op tolken van het OCMW en de Vereniging voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

b) Zes van de acht abortuscentra, overkoepeld door de VZW LUNA, Unie van Nederlandstalige abortuscentra, maken met betrekking tot 2009 gezamenlijk de verslagen van hun instelling over. Uit die verslagen blijkt de psychosociale en medische aandacht en begeleiding voor de vrouwen. De centra geven een

sur les plans psychosocial et médical. Les centres apportent une réponse commune à propos de la rubrique accueil et assistance, rubrique sur laquelle ils souhaitent par ailleurs attirer l'attention.

La principale information écrite mise à disposition en ce qui concerne l'avortement et les méthodes appliquées consiste en des brochures.

Les centres des grandes villes disposent en outre de dépliantes qui s'adressent à la population féminine allochtone.

D'autres brochures, la plupart dans plusieurs langues, traitent des questions liées à la contraception et aux maladies sexuellement transmissibles.

L'information relative aux centres est également accessible via Internet.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

L'accueil proposé aux femmes avant, pendant et après l'interruption de grossesse n'a pas fondamentalement changé par rapport aux années précédentes. Il arrive que les femmes s'adressent directement aux centres par téléphone mais la majorité d'entre elles y sont envoyées par leur médecin généraliste, leur gynécologue ou le centre d'aide sociale générale.

a) Avant l'interruption de grossesse

Le premier entretien avec un collaborateur du centre est généralement précédé d'un contact téléphonique.

Cet entretien a pour but d'informer sur la façon dont fonctionne le centre et, si la personne le souhaite, un rendez-vous est pris pour un examen préliminaire. L'examen préliminaire consiste en un entretien psychosocial et une consultation médicale.

Le processus décisionnel de la patiente confrontée à une grossesse non prévue occupe une place centrale.

L'échec des moyens de contraception éventuellement utilisés, la contraception future et les questions des personnes concernées y sont abordés. L'examen préliminaire est un moment important en matière de prévention; il permet d'aborder les moyens d'éviter les grossesses futures non désirées. Les moyens de contraception sont largement évoqués et des brochures d'informations sont distribuées afin d'aider les femmes à faire le meilleur choix en matière de contraception future. Les méthodes d'avortement sont abordées, telles que l'avortement médicamenteux et le curetage par aspiration.

Cet entretien n'aboutit pas toujours à un avortement, et ce pour diverses raisons :

— la femme souhaite garder son enfant;

gemeenschappelijk antwoord omtrent de rubriek: opvang en hulp waarop zij wensen te wijzen.

De ter beschikking gestelde schriftelijke informatie over abortus en de toegepaste methodes bestaat essentieel uit folders.

In de grote steden beschikken de centra bovendien over folders die bestemd zijn voor allochtone vrouwen.

Andere folders handelen, meestal in diverse talen, over voorbehoedmiddelen en seksueel overdraagbare aandoeningen.

Informatie over de centra wordt ook bekomen via het internet.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

De opvang die geboden wordt aan de vrouwen voor, tijdens en na de zwangerschapsafbreking is niet veranderd ten opzichte van voorgaande jaren. Vrouwen kunnen rechtstreeks telefonisch contact opnemen met de centra maar de meerderheid komt in contact na doorverwijzing van huisarts of gynaecoloog of Centrum Algemeen Welzijnswerk.

a) Voor de zwangerschapsafbreking

Het verkennend gesprek met een centrummedewerker wordt gewoonlijk vooraf gegaan door een telefonische opvang.

Tijdens dit gesprek wordt informatie gegeven over de werking en, indien gewenst, een afspraak gemaakt voor een vooronderzoek. Het vooronderzoek bestaat uit een psychosociaal gesprek en een medische consultatie.

Het beslissingsproces van de vrouw geconfronteerd met een ongeplande zwangerschap staat centraal.

Het falen van eventueel gebruikte anticonceptie, toekomstige anticonceptie en alle vragen van betrokkenen komen aan bod. Het vooronderzoek is een belangrijk preventief moment in termen van het vermijden van toekomstige ongewenste zwangerschappen. Voorbehoedmiddelen worden uitgebreid besproken en informatiefolders verstrekt om vrouwen te helpen een zo goed mogelijke keuze te maken inzake toekomstige anticonceptie. De methoden, medicamenteuze abortus of een zuigcurettage om de zwangerschap af te breken, worden besproken.

Een verkennend gesprek eindigt niet altijd in een abortus om diverse redenen, zoals :

— de vrouw wenst haar kind te behouden;

— la femme ne se présente pas pour le traitement prévu dans le cadre d'un deuxième rendez-vous;

— une fausse couche est survenue durant la période de réflexion;

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

— la femme est renvoyée pour traitement à l'étranger;

— la femme connaît un avortement spontané;

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

— la femme n'est pas enceinte.

b) Pendant l'interruption de grossesse

L'intervention peut avoir lieu au plus tôt six jours après l'examen préliminaire. Tous les centres offrent un accompagnement psychosocial lors de l'intervention; celle-ci est précédée d'un second entretien avec un prestataire d'aide qui vérifie que la femme ne doutera pas de son choix et ne connaîtra pas de problèmes psychologiques ultérieurs. Il est ensuite discuté du traitement post-opératoire et des moyens contraceptifs existants. Le délai diffère en fonction de l'intervention — aspiration ou avortement médicamenteux —, mais un contrôle ainsi qu'un dernier entretien sont toujours prévus.

c) Après l'interruption de grossesse

L'intervention est suivie deux à trois semaines plus tard d'un contrôle médical et éventuellement d'un entretien avec le médecin.

Si nécessaire, la femme a la possibilité de recevoir un soutien psychologique ou d'être envoyée vers un centre d'assistance ou un psychothérapeute.

Les collaborateurs du centre qui accompagnent les femmes doivent les rassurer quant au fait qu'ils sont toujours disponibles pour répondre à leurs questions, trouver une solution à leurs problèmes et les accompagner, quelle que soit leur décision.

Le droit à l'autodétermination de la femme est toujours respecté. Le déroulement et le contenu des entretiens sont donc en partie déterminés par la femme.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Il est intéressant d'attirer une nouvelle fois l'attention sur le fait que des patientes doivent être orientées vers les Pays-Bas pour les interventions au-delà des

— de vrouw komt niet voor behandeling naar een tweede afspraak;

— miskraam tijdens wachttijd;

— verwijzing voor adoptie;

— een doorverwijzing naar het buitenland;

— spontane abortus;

— een doorverwijzing naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose;

— de vrouw is niet zwanger.

b) Tijdens de zwangerschapsafbreking

Ten vroegste 6 dagen na het vooronderzoek kan een behandeling plaatsvinden. De behandeling wordt in alle centra psychosociaal begeleid; ze wordt voorafgegaan door een tweede gesprek met een hulpverlener. In dit gesprek wordt nagegaan of er geen twijfel is bij de vrouw of redenen tot verwerkingsproblemen. Vervolgens worden de nabehandeling en de bestaande voorbehoedmiddelen besproken. Naargelang de ingreep — medicamenteuze abortus of vacuümaspiratie — is het tijdsverloop verschillend maar altijd is er een controle en afsluitend gesprek met de vrouw.

c) Na de zwangerschapsafbreking

De abortus wordt twee à drie weken later gevolgd door een medische nacontrole en eventueel een gesprek met de arts.

Bij reële verwerkingsproblemen heeft de vrouw de mogelijkheid nabegeleiding te krijgen ofwel wordt ze doorverwezen naar een hulpverleningscentrum of een psychotherapeut.

De meest belangrijke attitude van de medewerkers die de vrouwen begeleiden is overbrengen dat de vrouwen steeds met vragen en problemen bij hen terecht kunnen en begeleiding altijd mogelijk is, wat hun beslissing ook is.

Het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw wordt steeds gerespecteerd. In die zin wordt het verloop en de inhoud van de gesprekken mee bepaald door de vrouw.

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

Opnieuw wordt aandacht gevraagd voor de problematiek van de doorverwijzingen naar Nederland voor behandelingen boven veertien weken amenorrhoea. Om

quatorze semaines d'aménorrhée. Une modification de la loi afin d'obtenir un remboursement INAMI pour une IVG pratiquée lors du deuxième trimestre serait à envisager; aussi longtemps que ces avortements tardifs figureront dans le Code pénal belge, aucune solution technique ne pourra être envisagée sur la base des directives de la sécurité sociale européenne.

Un centre signale qu'un grand nombre d'allochtones, illégales et demandeuses d'asile ont des notions de contraception très rudimentaires et ont une approche émotionnelle différente de l'avortement, qu'elles considèrent surtout comme une forme de contraception. L'aide d'un interprète doit souvent être demandée pour résoudre les problèmes de communication.

Les femmes musulmanes, ou dont le partenaire est musulman, ne peuvent, voire n'osent pas se prévaloir de droits évidents, même si ces droits sont fixés par le législateur belge. Elles invoquent majoritairement une situation de détresse religieuse.

De même, les mineures d'âge éprouvent d'importantes difficultés au niveau psychique. Souvent la sexualité fait office de sujet tabou au sein de ces familles, et vu ce manque d'ouverture, la question de la contraception n'est pas abordée. L'accompagnement des parents peut être profitable à ceux-ci.

4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

Dans le rapport annuel de leur service d'information, les six centres IVG affiliés à l'ASBL LUNA souhaitent attirer l'attention sur les limites contenues dans la loi, à l'occasion du vingtième anniversaire de la loi du 3 avril 1990.

« Nous faisons en particulier allusion à la règle des six jours et à la limite des douze semaines de grossesse; en effet, les centres IVG ne peuvent souvent apporter aux femmes en situation de détresse qu'une aide partielle en raison de ces deux dispositions de loi).

La règle des six jours induit une limitation dans le fonctionnement des centres :

— tout d'abord, les centres ont prévu une possibilité de choix quant à la méthode d'interruption de grossesse, en vue d'améliorer la qualité de l'aide à l'avortement : au début de la grossesse, les femmes peuvent opter pour la pilule abortive ou le curetage par aspiration. Plusieurs études scientifiques ont en effet montré que la possibilité de choix améliore considérablement le bien-être de la femme. Cependant, force est de constater que l'application rigide de la règle des six jours nous amène à ne pas laisser ce choix aux femmes

een RIZIV terugbetaling te bekomen in de tweede trimester zwangerschapsafbrekingen zou een wetswijziging nodig zijn. Zolang tweede trimester abortussen, op vraag van de vrouw in een noodsituatie, in België in het Strafwetboek blijven staan, kan er uiteraard niet gezocht worden naar een technische oplossing gebaseerd op richtlijnen van de Europese Sociale Zekerheid.

Een centrum wijst er op dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis heeft van anticonceptie en vaal emotioneel anders om gaat met abortus, voornamelijk door dit als een vorm van anticonceptie te beschouwen. Voor het oplossen van communicatieproblemen dient vaak een beroep gedaan te worden op tolken.

Moslimvrouwen, of partners van moslimmannen, kunnen of durven niet terugrijpen naar rechten die vanzelfsprekend zijn, zelfs als deze rechten opgenomen zijn in de Belgische wetgeving. Godsdienst wordt dikwijls ingeroepen als noodsituatie, dikwijls zelfs als enige.

Minderjarigen ondervinden een zware psychische draaglast. Vaak heerst binnen het gezin een taboesfeer rond seksualiteit, en wordt er bij gebrek aan openheid niet over anticonceptie gepraat. Ook ouders kunnen baat hebben bij begeleiding.

4. Voorstellen om de preventie te verbeteren

De zes abortuscentra aangesloten bij de VZW LUNA wensen in hun jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst, in het jaar waarin de wet van 3 april 1990 twintig jaar oud is, specifieke aandacht te besteden aan de beperkingen die vervat zijn in deze wet.

« Meer bepaald doelen wij op de zesdagen regel en de limiet van twaalf zwangerschapsweken; twee bepalingen uit de wet die er regelmatig voor zorgen dat de abortuscentra slechts een gebrekkige hulpverlening kunnen bieden aan vrouwen in nood.

De zesdagen regel beperkt de centra in die zin :

— ten eerste, de centra hebben, ter verhoging van de kwaliteit van de abortushulpverlening, gezorgd voor een keuzemogelijkheid qua methode van zwangerschapsafbreking : vrouwen kunnen vroeg in de zwangerschap kiezen voor de abortuspil dan wel voor de zuigcurettage. Uit wetenschappelijk onderzoek is immers herhaaldelijk gebleken dat het aanbieden van keuzemogelijkheden het welzijn van de patiënte aanzienlijk verhoogt. Wij moeten echter vaststellen dat de vereiste rigide toepassing van de zesdagen regel

dont la grossesse est trop avancée étant donné qu'il est trop tard pour pouvoir encore opter pour la pilule abortive;

— ensuite, lorsque les femmes se présentent chez nous, au moment où leur grossesse atteint la douzième semaine, nous sommes contraints de les informer qu'elles ne peuvent pas recevoir d'aide dans notre pays. En effet, dans ce cas également, après la prise en compte de la limite de douze semaines de grossesse et de la règle des six jours, la grossesse est trop avancée chez certaines femmes pour pouvoir encore les aider dans les limites du cadre légal;

— enfin, la recherche (*Test-santé* n° 49 juin-juillet 2002) et la pratique ont montré qu'une majeure partie des femmes qui font appel à nous ont déjà entamé un processus décisionnel.

Certaines d'entre elles se sont déjà entretenues à plusieurs reprises avec des médecins ou d'autres prestataires d'aide. Pourtant, cette mesure est également d'application pour ces femmes et le délai de réflexion ne commence à compter qu'à partir du moment où elles se présentent à la première consultation au centre.

Pour ces femmes, le temps d'attente inutile, et la charge psychique que cela représente, s'avère fort préjudiciable pour la gestion de la situation et, de façon plus générale, pour leur bien-être psychique.

En ce qui concerne la problématique de la limite fixée à douze semaines de grossesse, nous répétons ce que nous écrivions en 2007, en réponse à la question 4 du rapport annuel du service d'information :

L'expérience des centres d'avortement apprend que les femmes qui demandent une interruption de grossesse après le délai légal en Belgique sont souvent confrontées à un contexte psychosocial et relationnel difficile. La plupart du temps, ces circonstances complexes sont précisément à l'origine d'un processus de décision problématique ou d'un déni de grossesse pendant une certaine période.

En Europe, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne disposent de lois qui autorisent également une interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre. Les femmes belges qui demandent une interruption de grossesse après douze semaines d'aménorrhée ont alors souvent recours, d'une manière ou d'une autre, aux centres établis dans les deux pays précités.

Outre les problèmes psychosociaux auxquels les femmes dans cette situation sont confrontées, un problème financier se pose fréquemment lorsque ces femmes veulent subir une interruption de grossesse à l'étranger. Dès lors, pour les femmes dont les possibilités financières sont limitées, la réalité est

ons noopt om sommige vrouwen deze keuze te weigeren — vermits hun zwangerschap na deze verplichte bedenktijd te ver gevorderd is om nog voor de abortuspil te kunnen kiezen;

— ten tweede, wanneer vrouwen zich bij ons aanbieden op het moment dat hun zwangerschapsduur de twaalf weken benadert, zijn wij verplicht om deze vrouwen mee te delen dat ze in eigen land niet kunnen geholpen worden. Immers, ook hier geldt dat, na in acht name van de limiet van twaalf zwangerschapsweken en de zesdagen regel, bij sommige vrouwen de zwangerschap te ver gevorderd is om hen binnen het wettelijke kader nog te kunnen helpen;

— ten derde, zowel uit onderzoek (*Test Gezondheid* nr. 49 juni-juli 2002) als uit de praktijk blijkt dat een groot deel van de vrouwen die op ons een beroep doen, reeds een beslissingsproces achter de rug hebben.

Sommigen hebben reeds een aantal gesprekken gehad met artsen of andere hulpverleners. Toch gaat ook voor hen deze maatregel pas op vanaf het ogenblik dat zij zich voor de eerste consultatie op het centrum aanmelden.

Voor deze vrouwen is de psychische belasting, die een overbodige wachttijd met zich meebrengt, buitengewoon nadelig voor hun hantering van de situatie en meer algemeen voor hun psychisch welzijn.

Wat betreft de problematiek van de limiet die op twaalf zwangerschapsweken ligt, herhalen wij wat we ook in 2007 schreven als antwoord op vraag 4 van het jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst :

Namelijk dat onze ervaring leert dat vrouwen die de vraag stellen voor een zwangerschapsafbreking na de wettelijke termijn in België, zich vaak in moeilijke psychosociale en relationele omstandigheden bevinden. Meestal zijn het die complexe omstandigheden die resulteren in problematische beslissingsprocessen of een ontkenning van de zwangerschap gedurende een bepaalde periode.

In Europa hebben Nederland en Groot-Brittannië wetten die een zwangerschapsafbreking ook in het tweede trimester mogelijk maakt. Belgische vrouwen die een zwangerschapsafbreking na twaalf zwangerschapsweken vragen, doen dan ook vaak een beroep op centra in de twee hoger vermelde landen.

Naast de psychosociale moeilijkheden waar vrouwen in deze situatie mee geconfronteerd worden is er vaak ook een financieel probleem als vrouwen wensen een zwangerschapsafbreking te ondergaan in het buitenland. De realiteit voor vrouwen met weinig financiële slagkracht is dan ook dat ze verplicht zijn

qu'elles sont contraintes d'avoir un enfant non désiré parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer une intervention à l'étranger.

Nous estimons qu'il est important d'attirer l'attention de la Commission d'évaluation sur les situations précitées.

Nous nous réjouissons d'avoir une loi sur l'avortement. Pourtant, cette loi limite souvent les possibilités de soins destinés aux femmes qui se trouvent en situation de détresse face à une grossesse non désirée. »

Pour ces centres, il ne fait aucun doute que la prévention de grossesses non désirées figure en bonne place à l'agenda. Mais l'objectif premier de ces centres est d'offrir des soins de qualité à ces femmes qui se trouvent confrontées à une grossesse non désirée.

Les six centres pratiquant des IVG affiliés à l'ASBL LUNA lancent un appel aux décideurs politiques afin qu'ils accordent une position centrale aux soins destinés aux femmes en situation de détresse, indépendamment des discussions idéologiques menées à cet égard. Ces centres proposent qu'une consultation soit organisée, étant donné qu'ils disposent d'une expertise de vingt ans en la matière, afin qu'ils puissent apporter leur contribution aux soins de santé reproductifs dans les limites du cadre légal et humain.

Un centre pense que le remboursement des méthodes contraceptives de longue durée aurait un impact positif et suggère l'obtention de la contraception orale sans prescription médicale.

Un autre centre formule encore trois propositions :

— une meilleure diffusion de l'information concernant la pilule du lendemain, dont l'existence et la disponibilité sont encore trop peu connues, surtout des jeunes;

— davantage d'information à l'école sur l'emploi correct des contraceptifs et pour briser le tabou qui entoure la sexualité; dans l'information sur l'utilisation du préservatif, il faudrait insister sur la nécessité d'un moyen contraceptif supplémentaire;

— une nouvelle réduction du prix des contraceptifs : en effet, souvent, les jeunes, les indigents, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour illégal ne peuvent financièrement pas se les procurer.

En dépit des efforts et de l'information en matière de contraception, près de deux femmes sur cinq qui subissent un avortement ne le font pas pour la première fois. Par ailleurs, le laps de temps écoulé entre deux avortements n'est souvent que de quelques mois.

een ongewenst kind te krijgen omdat ze niet in staat zijn een ingreep in het buitenland te betalen.

Wij vinden het belangrijk de evaluatiecommissie te attenderen op bovenvermelde situaties.

Hoe verheugd wij ook zijn een abortuswet te hebben, toch moeten we geregeld vaststellen dat diezelfde wet ons beperkt in het bieden van kwaliteitsvolle zorg aan vrouwen die zich in de noodsituatie van een ongewenste zwangerschap bevinden. »

Voor de centra staat het buiten kijf dat de preventie van ongewenste zwangerschappen te allen tijde hoog op de agenda dient te staan. Maar voor de vrouwen die zich in de situatie van ongewenste zwangerschap bevinden, willen de centra in de eerste plaats kwaliteitszorg kunnen aanbieden.

De zes abortuscentra aangesloten bij de VZW LUNA doen dan ook een oproep aan de beleidsmakers om, wars van alle ideologische discussies dienaangaande, samen met de abortuscentra de zorg voor de vrouw in een noodsituatie centraal te stellen. De abortuscentra stellen voor geconsulteerd te worden in hun gedurende twintig jaar opgebouwde expertise, teneinde binnen een wettelijk en humaan kader, ons steentje te kunnen bijdragen in de reproductieve gezondheidszorg. »

Een centrum meent dat : de terugbetaling van lang werkende anticonceptie een positieve impact zou kunnen hebben en suggereert de verkrijgbaarheid van orale contraceptie zonder voorschrift van een arts.

Een ander centrum heeft nog een drietal voorstellen :

— een betere informatieverbreiding over de morning-afterpil, het bestaan en de beschikbaarheid zijn nog steeds weinig bekend, vooral bij jongeren;

— meer voorlichting op school in verband met juist anticonceptiegebruik en het doorbreken van de taboesfeer rond seksualiteit, bij voorlichting over condoomgebruik zou steeds moeten gewezen worden op de noodzakelijkheid van een bijkomend anticonceptiemiddel;

— verdere verlaging van de kostprijs van anticonceptiva, want jongeren, behoeftigen, asielzoekers, illegalen kunnen de aankoop financieel dikwijls niet aan.

Ondanks alle inspanningen en voorlichting inzake 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.

Il est très démotivant, pour nos infirmières sociales, de revoir plusieurs fois les mêmes femmes. Plusieurs d'entre elles ont déjà été informées que c'était la dernière fois qu'elles bénéficieraient d'une aide. Les centres ont-ils le droit de refuser ces femmes à leur prochaine demande ?

B. Hôpitaux

Remarque préliminaire

Cinq établissements ont transmis au total seize formulaires d'enregistrement pour 2009 concernant les avortements thérapeutiques.

Ces établissements n'ont pas de service d'information organisé et n'ont pas déposé de rapport annuel, étant donné qu'il s'agissait d'interruption de grossesse pour malformations fœtales.

1. Composition et fonctionnement

a) Tous les établissements font appel à des collaborateurs disposant des qualifications suivantes : assistant social, psychologue, infirmière sociale, sage-femme et, dans un seul cas, nous avons relevé un expert en éthique et un pasteur; enfin, les médecins qui ont pratiqué l'IVG accompagnent également les femmes.

b) Dans un des hôpitaux, le service d'information fait partie du Service de Gynécologie, Andrologie, Obstétrique et ne travaille pas exclusivement sur la problématique de l'avortement

c) Un certain nombre d'établissements n'ont donc pas de service d'information organisé. Ils ne pratiquent que des ITG (interruption thérapeutique de grossesse). Les médecins donnent aux patientes les explications appropriées et requises concernant l'état pathologique à l'origine de la procédure d'interruption de grossesse.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

Dans les établissements qui ont rédigé un rapport annuel circonstancié, les procédures sont identiques à celles des centres.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Les femmes originaires des pays de l'Est ont souvent recours à l'avortement comme méthode contraceptive.

Het is zeer demotiverend voor sociaal verpleegkundigen om steeds weer dezelfde vrouwen te moeten zien. Een aantal vrouwen werd al gezegd dat het de laatste keer was dat ze werden geholpen. Hebben de centra ook het recht om hen bij een volgende aanvraag effectief te weigeren ?

B. Ziekenhuizen

Voorafgaande opmerking

Vijf instellingen hebben voor 2009 in totaal zestien registratieformulieren betreffende therapeutische zwangerschapsafbrekingen overgemaakt.

Zij hebben geen georganiseerde voorlichtingsdienst en hebben geen jaarverslagen ingediend omdat er enkel zwangerschapsafbrekingen bij foetale afwijkingen gebeuren.

1. Samenstelling en werking van de dienst

a) Alle instellingen doen beroep op medewerkers met volgende kwalificatie : maatschappelijk assistent, psycholoog, sociaal verpleegkundige, vroedvrouw, in één geval op een ethicus en pastor, ten slotte op de artsen zelf voor de begeleiding van de vrouw.

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

c) Een aantal instellingen hebben dus geen georganiseerde voorlichtingsdienst. Er worden in deze instellingen enkel zwangerschapsafbrekingen verricht op medische indicatie. Patiënten krijgen gepaste en vereiste toelichting van de geneesheren naar aanleiding van de pathologische toestand die de aanleiding vormt voor de afbrekingsprocedure.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Daar waar de jaarverslagen omstandig zijn ingevuld lopen de procedures gelijk als bij de centra.

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

Vrouwen uit Oostbloklanden gebruiken dikwijls abortus als anticonceptie.

4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées

— mener des campagnes de sensibilisation concernant l'usage de contraceptifs, et principalement à l'intention des allophones;

— permettre la discussion sur les contraceptifs chez les jeunes, et principalement sur l'utilisation correcte de ceux-ci;

— améliorer l'accès aux contraceptifs, principalement pour les femmes en situation précaire.

Un hôpital a signalé pour 2008 une augmentation du nombre d'interruptions de grossesse, généralement en raison de malformations fœtales. Il souhaite obtenir un *feed-back* et une comparaison au niveau national.

CONCLUSIONS

1. Comme il avait été relevé dans les trois rapports précédents, qui portaient sur les années 2002-2003 et 2004-2005 et 2006-2007, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2008-2009 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 :

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
(1)	10 380	10 737	11 243	12 628	12 666	11 999	12 734	13 762	14 775
(2)	-163	-216	-188	-275	-253	-240	-354	-340	-353
(3)	+2 794	+2 314	+2 247	+2 019	+1 813	+1 567	+1 557	+1 473	+1334
(4)	+463	+380	+96	+161	+31	+256	+0	+28	+422
	13 474	13 215	13 398	14 533	13 857	13 582	13 937	14 923	16 178

4. Voorstellen om de preventie te verbeteren

— noodzaak aan bewustwordingscampagne bij het gebruik van anticonceptie vnl. bij anderstaligen

— anticonceptie meer bespreekbaar stellen bij jongeren vnl. het juiste gebruik er van

— toegang tot anticonceptie verbeteren vnl. voor vrouwen in precare situaties.

Eén ziekenhuis signaleert voor 2008 een toename van het aantal afbrekingen, meestal door foetale afwijkingen en vraagt om *feed-back* én of dit een nationaal gegeven is.

BESLUITEN

1. Zoals het in de drie vorige verslagen voor de jaren 2002-2003, 2004-2005 en 2006-2007 werd opgemerkt, moeten de aan de Commissie gerapporteerde cijfers van de zwangerschapsafbrekingen voor de jaren 2008-2009 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 :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(1)	14 791	15 595	16 024	16 696	17 640	18 033	18595	18870
(2)	-414	-349	-392	-295	-296	-314	-291	-252
(3)	+1 224	+1 091	+984	+913	+857	+851	+830	+803
(4)	+115	+370	+316	+553	+0	+135	+172	+0
	15 716	16 707	16 932	17 867	18 201	18 705	19 306	19 421

2. 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 nombre 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;

— 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 de la 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 2008 et 2009 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 une amélioration de la manière dont la loi du 13 août 1990 créant la Commission d'évaluation est connue et perçue, et donc appliquée, par le monde médical.

4. Comme la Commission l'a fait observer à plusieurs reprises, et spécialement dans ses quatre derniers rapports, une étude pluridisciplinaire 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. Le danger serait donc de tirer des conclusions hâtives des données dont la Commission dispose et qu'elle communique dans le présent rapport.

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 la statistique, et le nombre total des avortements tel qu'il est communiqué à la Commission, est relativement stable: il oscille entre 141 et 152 IVG déclarées pour mille naissances vivantes pour la période 2001-2008;

2. Om verschillende redenen, die wijzigden in de loop der jaren, hebben de gegevens in dit verslag, evenals deze opgenomen in de vorige verslagen, geen wetenschappelijke precisie.

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;

— 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 brute 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 2008 en 2009 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. Een betere perceptie van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van de Evaluatiecommissie, en bijgevolg toepassing ervan door de medische wereld, kan één van de verklaringen zijn.

4. De Commissie heeft al meermaals opgemerkt, in het bijzonder in haar vier laatste verslagen, dat een multidisciplinaire studie zou kunnen trachten het geheel van deze cijfers te verklaren aan de hand van elders bekomen gegevens (demografische, medische, psychologische, socio-economische, politieke en culturele). Men moet dan ook vermijden 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 141 en 152 zwangerschapsafbrekingen per duizend levende geboorten voor de periode 2001-2008;

b) c'est dans la Région de Bruxelles-Capitale qu'ont lieu 25 % (25,61 % en 2008 et 24,58 % en 2009), soit un léger recul par rapport à la période précédente, du total des interruptions de grossesse déclarées (tableau 1.A.4.1 de la première partie), que 34,13 % en 2008 et 28,90 % en 2009 (soit un léger tassement par rapport à la période antérieure) des femmes s'y déclarent en situation de détresse matérielle (tableau 2.1.1.1 de la première partie) et que c'est précisément la région du Royaume qui connaît le taux de chômage le plus élevé;

c) pour les années ici examinées, un peu plus de 15 % des femmes invoquent à titre de situations de détresse des difficultés financières, professionnelles et de logement, ce qui ne représente qu'une légère augmentation par rapport à la période précédente;

d) la moyenne d'âge varie très peu (27,40 ans pour 2006, 27,33 ans pour 2007, 27,34 ans pour 2008 et 27,33 ans pour 2009).

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, sur la nationalité.

5. Comment faire baisser le nombre des interruptions volontaires de grossesse? Conformément à l'article 1^{er}, § 3, c), de la loi du 13 août 1990, la Commission pense pouvoir répéter les suggestions déjà faites dans son rapport précédent:

a) La prévention des grossesses non désirées, 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 jeunes surtout, aussi bien les garçons que les filles, 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.

b) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt 25 % (25,61 % in 2008 en 24,58 % in 2009), zijnde een lichte achteruitgang ten opzichte van de vorige periode, van het totaal aantal aangegeven zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd (tabel 1.A.4.1. van deel 1); ongeveer 34,13 % in 2008 en 28,90 % in 2009 (zijnde een lichte terugloop ten opzichte van de vorige periode) van de vrouwen verklaren er zich in een materiële noodsituatie te bevinden (tabel 2.1.1.1. van deel 1) en dit precies het Gewest is binnen het Koninkrijk met het hoogste werkloosheidscijfer;

c) voor de hier onderzochte jaren roepen iets meer dan 15 % van de vrouwen financiële —, professionele — en huisvestingsmoeilijkheden in als noodsituatie, wat maar een kleine stijging betekent ten opzichte van de vorige periode;

d) de gemiddelde leeftijd varieert zeer weinig (27,40 jaar voor 2006, 27,33 jaar voor 2007, 27,34 jaar voor 2008 en 27,33 jaar voor 2009).

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 socio-economische situatie en over de nationaliteit.

5. 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 vorig verslag grotendeels te mogen herhalen:

a) De preventie van ongewenste 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. Jongeren, zowel jongens als meisjes, moeten zich bewust zijn van hun vruchtbaarheid en moeten hiervoor verantwoordelijkheid 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.

b) 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.

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

c) La Commission souligne une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait à prendre en compte les suggestions formulées par les institutions, tant centres que cliniques et hôpitaux.

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 principe 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 le rapport précédent, de communiquer aussi celui-ci aux parlements communautaires.

b) 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 zij die hen willen aanzetten tot zwangerschapsafbreking of dit net willen verhinderen.

Evenmin mogen financiële motieven de keuze van een vrouw bepalen.

c) De Commissie vraagt eens te meer aandacht voor de suggesties geformuleerd door de instellingen, zowel de centra als de ziekenhuizen.

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 » in principe toegewezen aan de gemeenschappen; een goed aantal van de hoger vermelde suggesties zijn er trouwens de illustratie van. De Commissie neemt derhalve de vrijheid om, zoals zij het heeft gedaan met het vorig verslag, ook dit over te maken aan de regeringen en de parlementen van de gemeenschappen.

4. OUVRAGES REÇUS**1. Rapports :***a) Belgique :*

- Bellens, R., Craeymeersch, G., Van Crombrugge, L., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1991, Gent, 1992, 52 p.
- *id.*, Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1992, Gent, 1993, 28 p.
- *id.*, Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1993, Gent, 1994, 52 p.
- *id.*, Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1994, Gent, 1996, 54 p.
- *id.*, Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1997, Gent, 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.
- 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.
- 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*, mémoire de licence 2006-2007.

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 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.
- 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.

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, Copenhague, 1992, 93 p.

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° 33, 34 et 36;

— *id.*, 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, n° 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.

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.

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 p.

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, O.P.C.S., 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, 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 World-wide 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, Paris, 1983, 189 p.

— Jaarrapportage 2008 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, december 2009. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 blz.

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, O.P.C.S., 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 World-wide 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, n^o.2, p. 326-341.

— *id.*, «L'avortement légal en France», in *Populations et Sociétés*, janvier 1985, n^o. 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^o. 11-12, p. 5-11.

— Camus, F., «L'avortement en Grande-Bretagne : bilan de la réforme», in *Vie Sociale*, 1992, nr. 11-12, p. 51-60.

— Centrum voor familiale studies, Abortus voor het Parlement, Brussel, 1979, 23 p.

— *id.*, *De Wet Veil : enquête in Frankrijk*, Brussel, 1979, 36 p.

— Cliquet, R., (red.), *Abortus Provocatus*, CBGS, Studies en Documenten, nr. 2, De Sikkel, Antwerpen, 1972, 508 p.

— 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 p.

— Dehaene, T., *Zwangerschap uitgewist?, Over beleving en begeleiding na abortus*, Davidsfonds Leuven, 1998, 126 p.

— Federatie CGSO, *Abortus, waar een wet is, is een weg* (dépliant), Gent, 1993, 178 p.

— Francois, K., *Abortus : De Nationale Evaluatie-commissie die toeziet op de abortuswet*, Humanistisch Verbond, Antwerpen, 1994, 116 p.

— Gacehpa, *La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique : enquête réalisée en 1985*, Bruxelles, 1987, 24 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*, International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.

— 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, 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, nr. 11-12, blz. 5-11.

— Camus, F., «L'avortement en Grande-Bretagne : bilan de la réforme», in *Vie Sociale*, 1992, nr. 11-12, blz. 51-60.

— 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, ID, 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 Evaluatie-commissie 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.

— 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*, Londen, 1993, 173 p.

— International Planned Parenthood 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, Stuttgart, 1981, 262 p.

— Kollektief antikonceptie, *Ongewenste Zwangerschap* (brochure d'accueil), Gand, 1993.

— Marques-Pereira, B., « L'interruption Volontaire de Grossesse », in *Courrier Hebdomadaire* n°s 1127 et 1128, CRISP, Bruxelles, 1986, 41 + 46 p.

— *id.*, *L'avortement en Belgique*, Editions de l'Université, Bruxelles, 1989, 166 p.

— Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la communauté française de Belgique, *Grossesse en question* (brochure d'information), e.c.a. 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: Éléments pour une meilleure prévention*, GACEHPA ASBL, Bruxelles, 2006, 151 p.

— Mouvement Français pour le planning familial, *Avortement et contraception*, démographie, Paris, 1993.

— *Id.*, *Avortement et application de la loi — Aide-memoire législatif*, Paris, 1996.

— *Id.*, *L'avortement, un droit à 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.

— 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.

— International Planned Parenthood federation, *Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s*, Londen, 1993, 173 blz.

— International Planned Parenthood 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, Stuttgart, 1981, 262 blz.

— Kollektief antikonceptie, *Ongewenste Zwangerschap* (onthaaltbrochure), 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 communauté française 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: Éléments pour une meilleure prévention*, GACEPHA ASBL, Bruxelles, 2006, 151 blz.

— Mouvement français pour le planning familial, *Avortement et contraception*, démographie, Parijs, 1993.

— *Id.*, *Avortement et application de la loi — Aide-memoire législatif*, Parijs, 1996.

— *Id.*, *L'avortement, un droit à 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, nr. 225, Bruxelles, 1993, 42 blz.

— N., *Choosing Abortion, Women's Information Network*, Dublin, 1993, 40 blz.

— 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 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, Leuven, 1992, 170 p.

— Van Bilsen, PMA, Visser, A., *Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie*, I.H.F., Bruxelles, 1993, 82 p.

— Van den Bergh, A.S., *De methode Finks*, Stimezo, Den Haag, 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 blz.

— Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., *Sexualité et contraception: Les relations dans les couples en Belgique*, De Boeck Université, Bruxelles, 1993, 174 blz.

— Witte, E., *De liberalisering van de abortuswetgeving in België (1970-1990)*, Rapporten en perspectieven omtrent Vrouwenstudies, nr. 4, VUB Press, Bruxelles, 1993.

— Zucker-Rouvillois, E., «La loi française sur l'interruption volontaire de grossesse: sa construction», in *Vie Sociale*, 1992, n° 11-12, p. 13-50.

— 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 p.

— 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, PMA, Visser, A., *Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie*, I.H.F., 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 INTERRUPTION DE GROSSESSE

1. Composition de la Commission nationale de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (arrêté royal du 14 octobre 2009)

Membres effectifs

1° en tant que docteurs en médecine :

- M. Jan Deprest (N)
- M. Alfons Van Orshoven (N)
- Mme Catherine Donner (F)
- Mme Christine Dumoulin (F)
- M. Jacques Germeaux (N)
- Mme Chantal Kortmann (N)
- Mme Françoise Kruyen (F)
- Mme Axelle Pintiaux (F)

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

- M. Herman Nys (N) — Voorzitter
- Mme Liesbet Stevens (N)
- Mme Nicole Gallus (F)
- M. Jules Messinne (F) — Président

3° en tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

- Mme Arlette Geuens (N)
- Mme Els Leuris (N)
- M. Michel Pasteel (F)
- M. Vincent Schillebeeckx (F)

Membres suppléants :

1° en tant que docteurs en médecine :

- M. Marc Cosyns (N)
- M. Jan De Lepeleire (N)
- M. Paul Deschepper (N)
- Mme Anne Verougstraete (N)
- 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 oktober 2009)

Effectieve leden :

1° in de hoedanigheid van geneesheer :

- Dhr. Jan Deprest (N)
- Dhr. Alfons Van Orshoven (N)
- Mevr. Catherine Donner (F)
- Mevr. Christine Dumoulin (F)
- Dhr. Jacques Germeaux (N)
- Mevr. Chantal Kortmann (N)
- Mevr. Françoise Kruyen (F)
- Mevr. Axelle Pintiaux (F)

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat :

- Dhr. Herman Nys (N) — Voorzitter
- Mevr. Liesbet Stevens (N)
- Mevr. Nicole Gallus (F)
- Dhr. Jules Messinne (F) — Président

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand :

- Mevr. Arlette Geuens (N)
- Mevr. Els Leuris (N)
- Dhr. Michel Pasteel (F)
- Dhr. Vincent Schillebeeckx (F)

Plaatsvervangende leden :

1° in de hoedanigheid van geneesheer :

- Dhr. Marc Cosyns (N)
- Dhr. Jan De Lepeleire (N)
- Dhr. Paul Deschepper (N)
- Mevr. Anne Verougstraete (N)
- Mevr. Valérie Albert (F)
- Mevr. Nathalie Carlier (F)
- Mevr. Isabelle Dumont (F)

— M. Thierry Fobe (F)

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

— M. Stefaan Callens (N)

— Mme An Vijverman (N)

— Mme Eléonore Delwaide (F)

— M. Jean-Marc Wolter (F)

3° en tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

— Mme Karline Demasure (N)

— Mme Isabelle Schotte (N)

— Mme Violaine De clerck (F)

— Mme Claire Quevrin (F)

2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse

— Mme Anne-Marie Sacré-Bastin (F)

— Mme Marie-Jeanne Ribbens (N)

— Mme Karine Delatte (F)

— Mme Lydie Cappelmans (F)

— M. Kristiaan Coppens (N)

— Mme Celine Lievens (N)

— Dhr. Thierry Fobe (F)

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat :

— Dhr. Stefaan Callens (N)

— Mevr. An Vijverman (N)

— Mevr. Eléonore Delwaide (F)

— Dhr. Jean-Marc Wolter (F)

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand :

— Mevr. Karline Demasure (N)

— Mevr. Isabelle Schotte (N)

— Mevr. Violaine De clerck (F)

— Mevr. Claire Quevrin (F)

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. Anne-Marie Sacré-Bastin (F)

— Mevr. Marie-Jeanne Ribbens (N)

— Mevr. Karine Delatte (F)

— Mevr. Lydie Cappelmans (F)

— Dhr. Kristiaan Coppens (N)

— Mevr. Celine Lievens (N)

6. TEXTES DE LOI**1. Loi du 3 avril relative à l'interruption de grossesse**

Publication au *Moniteur belge* du 5 avril 1990 :

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

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 1^{er}

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;

6. WETTEKSTEN**1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking**

Publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van 5 april 1990 :

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

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) 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 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 prati-

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 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 voltooiën 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

quée, 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. »

Article 3

L'article 351 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 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 :

« Art. 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, 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

Art. 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.

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. »

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.

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.

*
* *

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

Publication au *Moniteur belge* du 20 avril 1990 :

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

Baudouin, Roi des Belges,

À tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}

§ 1^{er}. 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

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

Publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van 20 oktober 1990 :

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, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek

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

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.

§ 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) l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1^o, 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;

kandidaten die niet als effectieve leden zijn aangewezen, worden tot plaatsvervangende leden benoemd.

De Commissie wordt voorgezeten door een nederlandsstalige en een franstalige voorzitter. Deze worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De Commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

§ 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^o, 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) 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^o, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière 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 1^{er}, 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^o, 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^o, 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;

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^o, van het Strafwetboek, vermeldt de geneesheer tevens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw of de 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 voorbehoedsmiddelen 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^o, 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^o, 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;

- le nombre de consultations;
- éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

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.

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.

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.

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.

- het aantal raadplegingen;
- in voorkomend geval, de resultaten van de opvang en de hulp.

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.

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.

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.

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 1^{er}, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle les Chambres législatives sont dissoutes et/ou 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.

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 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.

