

**Sénat et Chambre
des représentants
de Belgique**

SESSION DE 2003-2004

1^{er} SEPTEMBRE 2004

COMMISSION NATIONALE
D'ÉVALUATION DE LA LOI DU
3 AVRIL 1990 RELATIVE À
L'INTERRUPTION DE
GROSSESSE
(loi du 13 août 1990)

RAPPORT
À L'ATTENTION DU PARLEMENT
(1^{er} JANVIER 2002 - 31 DÉCEMBRE 2003)

**Belgische Senaat
en Kamer van
volksvertegenwoordigers**

ZITTING 2003-2004

1 SEPTEMBER 2004

NATIONALE COMMISSIE
VOOR DE EVALUATIE VAN
DE WET VAN 3 APRIL 1990
BETREFFENDE DE
ZWANGERSCHAPSAFBREKING
(wet van 13 augustus 1990)

VERSLAG
TEN BEHOEVE VAN HET PARLEMENT
(1 JANUARI 2002 - 31 DECEMBER 2003)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	6
1. RAPPORT STATISTIQUE	7
1. Description	8
A. Données socio-démographiques	8
1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	8
2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil	10
3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde	10
4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	11
4.1. Données générales	11
4.2. Les femmes domiciliées à l'étranger: division par continent	12
5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse	13
B. Données psycho-sociales	13
6. Situations de détresse invoquées	13
C. Données médicales	15
7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	15
8. Causes d'échec de la contraception	15
D. Aspects médico-techniques du traitement	16
9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	16
10. Anesthésie	17
11. Durée d'hospitalisation	18
12. Complications	18
2. Tabulations croisées	19
1. Situation de détresse	19
1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (catégorie C)	19
1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (catégorie B)	19
1.3. Âge et situation de détresse	20
1.4. Situation de détresse et état civil	21
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants	22
2. Méthode de contraception	24
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	24
2.2. Méthode de contraception et état civil	26
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants	27

INHOUDSTAFEL

	Blz.
VOORWOORD	6
1. STATISTISCH VERSLAG	7
1. Beschrijving	8
A. Sociaal-demografische gegevens	8
1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw	8
2. De zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat	10
3. De zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht	10
4. De zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw	11
4.1. Algemene gegevens	11
4.2. De vreemdelingen: indeling per werelddeel	12
5. Instellingen waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd	13
B. Psycho-sociale gegevens	13
6. Ingeroepen noodsituaties	13
C. Medische gegevens	15
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand	15
8. Oorzaak falen	15
D. Medisch-technische aspecten van de behandeling	16
9. Methode van zwangerschapsafbreking	16
10. Verdoving	17
11. Opnameduur	18
12. Verwikkelingen	18
2. Gekruiste tabellen	19
1. Noodsituatie	19
1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (categorie C)	19
1.2. Woonplaats van de vrouw en het invoeren van persoonlijke redenen (categorie B)	19
1.3. Leeftijd en noodsituatie	20
1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat	21
1.5. Noodsituatie en aantal kinderen	22
2. Voorbehoedmiddelen	24
2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën	24
2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat	26
2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen	27

3. Méthode d'interruption de grossesse	29	3. Methode van zwangerschapsafbreking	29
3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications	29	3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwickelingen	29
3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie	29	3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving	29
3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge	30	3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën	30
3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	31	3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur	31
4. Durée d'hospitalisation	32	4. Opnameduur	32
4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	32	4.1. Opnameduur en verdoving	32
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	32	4.2. Opnameduur en verwickelingen	32
5. Hôpital ou centre	33	5. Ziekenhuis of centrum	33
5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	33	5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw	33
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	34	5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën	34
5.3. Hôpital ou centre et complications	35	5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen	35
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	35	5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur	35
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	36	5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking	36
5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie	37	5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving	37
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	37	5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken	37
Annexe 1: Remarques concernant la sous-rubrique « autre » (réponse) du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	38	Bijlage 1: Toelichting bij de sub-rubriek « andere » in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking	38
Annexe 2: Interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines	40	Bijlage 2: Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken	40
2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	42	2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG	42
Introduction	42	Inleiding	42
1. Institutions francophones	43	1. Franstalige instellingen	43
Tableau — Centres	43	Tabel — Centra	43
Tableau — Hôpitaux et cliniques	43	Tabel — Ziekenhuizen	43
2. Institutions néerlandophones	43	2. Nederlandstalige instellingen	43
Tableau — Centres	43	Tabel — Centra	43
Tableau — Hôpitaux et cliniques	43	Tabel — Ziekenhuizen	43

3. Aperçu général	44	3. Overzicht	44
Tableau — Centres	44	Tabel — Centra	44
Tableau — Hôpitaux	44	Tabel — Ziekenhuizen	44
3. RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	44	3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN	44
Services d'information francophones	44	Franstalige voorlichtingsdiensten	44
A. Centres extrahospitaliers	45	A. Centra	45
1. Composition et fonctionnement	45	1. Samenstelling en werking van de dienst	45
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	45	2. Methodes voor de opvang en bijstand	45
3. Résultat de l'accueil et de l'assistance	47	3. Resultaat van de opvang en de bijstand	47
4. Cas d'accueil et d'assistance signalés	48	4. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	48
5. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	49	5. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	49
B. Hôpitaux et cliniques	49	B. Ziekenhuizen en klinieken	49
1. Composition	49	1. Samenstelling	49
2. Fonctionnement du service	49	2. Werking van de dienst	49
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	51	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient te worden gewezen	51
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	52	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	52
Services d'information néerlandophones	52	Nederlandstalige voorlichtingsdiensten	52
A. Centres	52	A. Centra	52
1. Composition et fonctionnement du service	52	1. Samenstelling en werking van de dienst	52
2. Méthodes d'accueil et d'assistance appli- quées	53	2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	53
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	54	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	54
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	55	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	55
B. Hôpitaux et cliniques	55	B. Ziekenhuizen en klinieken	55
1. Composition et fonctionnement	55	1. Samenstelling en werking	55
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	55	2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	55
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	56	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	56
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	56	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	56

4. OUVRAGES REÇUS	57	4. ONTVANGEN WERKEN	57
I. Rapports	57	I. Rapporten	57
II. Articles généraux et travaux	58	II. Algemene artikelen en werken	58
CONCLUSIONS	61	BESLUITEN	61
COMPOSITION DE LA COMMISSION D'ÉVALUATION RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	63	SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE ZWANGERSCHAPS- AFBREKING	63
COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION D'ÉVALUATION RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	65	SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER VAN DE NATIONALE EVALUATIE- COMMISSIE ZWANGERSCHAPSAFBREKING	65

AVANT-PROPOS

Le Parlement voudra bien trouver ici le rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'intervention 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.

En août 1992, le Parlement a été informé de l'état des travaux de la commission. En août 1993, le rapport relatif aux enregistrements couvrant la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 1992 a été communiqué au Parlement. Il en a été de même en août 1994 pour le rapport concernant les enregistrements effectués au cours de l'année 1993. En août 1996, 1998, 2000 et 2002, les rapports concernant les enregistrements effectués au cours des années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001 ont suivi.

En application de la loi du 13 août 1990 précitée, la commission présente à présent son rapport sur les enregistrements qui lui ont été communiqués pour les années 2002 et 2003.

On dispose donc actuellement de données chiffrées portant sur onze années.

La commission tient à rappeler 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 est le premier qui est effectué par la Commission d'évaluation dans la composition qui résulte de l'arrêté royal du 29 novembre 2002, publié au *Moniteur belge* du 16 janvier 2003.

Comme les précédents, il se divise en trois parties :

La première partie traite du rapport chiffré. Elle comprend deux sections : la première présente les données dites «brutes», socio-démographiques, psychosociales et médicales; la seconde établit des corrélations entre ces données «brutes».

VOORWOORD

Het Parlement gelieve hierbij het verslag te vinden voor de periode 2002-2003 van de Nationale Evaluatiecommissie opgericht bij de wet van 13 augustus 1990. 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.

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 en 2002 de verslagen respectievelijk over de registratie van 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001.

In toepassing van voormelde wet van 13 augustus 1990, dient de commissie thans haar tweejaarlijks verslag in, handelend over de gegevens die haar werden meegedeeld voor de jaren 2002 en 2003.

Alles samen beschikt men hiermee over de cijfergegevens van elf opeenvolgende jaren, namelijk van 1993 tot en met 2003.

De commissie wil nogmaals in herinnering brengen dat zij slechts beschikt over de inlichtingen die zij krachtens de wet aan de betrokken artsen en inrichtingen mag vragen.

Dit verslag is het eerste dat door de Evaluatiecommissie in haar huidige samenstelling krachtens het koninklijk besluit van 29 november 2002, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 16 januari 2003, verzorgd wordt.

Zoals vorige verslagen, bevat ook dit verslag drie delen :

Het eerste bevat slechts cijfergegevens. Dit verslag bestaat uit twee onderdelen : het eerste geeft de beschrijving van de zogenoemde «bruto» sociaal-demografische, psycho-sociale en medische gegevens. Het tweede stelt de onderlinge correlaties vast tussen de brutogegevens.

La deuxième partie concerne les informations recueillies conformément à la loi du 13 août 1990 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.

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

La commission tout entière tient à remercier chaleureusement les membres du personnel administratif mis à sa disposition pour l'enregistrement et le traitement des données et à rendre hommage à leur dévouement et à leur compétence.

1. RAPPORT STATISTIQUE

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

La rubrique « pas de réponse » mentionnée dans les tableaux signifie que le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse qui a été complété par le médecin ne comportait pas de réponse à la rubrique concernée.

La rubrique « autre » mentionnée dans les tableaux reprenant les situations de détresse invoquées, les moyens de contraception, les méthodes d'interruption de grossesse, d'anesthésie et les complications a été expliquée en détail à l'annexe 1.

Les données supplémentaires concernant les interruptions de grossesse après douze semaines sont citées à l'annexe 2.

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 toegestuurd.

Het derde deel bevat een synthese van inlichtingen, die de Nederlandstalige en Franstalige voorlichtingsdiensten in hun jaarverslagen aan de commissie hebben overgemaakt.

Zoals vorige jaren zal de commissie zich beperken tot een paar voorlopige aanbevelingen.

De commissie wenst uitdrukkelijk haar dank uit te spreken voor de bekwaamheid en blijvende toewijding van de personeelsleden die haar werden ter beschikking gesteld voor de registratie en de verwerking van de gegevens.

1. STATISTISCH VERSLAG

VOORAFGAANDE OPMERKINGEN

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		%	
	2002	2003	2002	2003
11		1		0,01
12	2	2	0,01	0,01
13	8	8	0,05	0,05
14	53	54	0,36	0,35
15	155	184	1,05	1,18
16	337	331	2,28	2,12
17	434	460	2,93	2,95
18	533	503	3,60	3,23
19	600	619	4,06	3,97
20	727	758	4,92	4,86
21	821	795	5,55	5,10
22	802	862	5,42	5,53
23	661	853	4,47	5,47
24	681	764	4,60	4,90
25	778	786	5,26	5,04
26	669	697	4,52	4,47
27	626	702	4,23	4,50
28	612	611	4,14	3,92
29	654	615	4,42	3,94
30	651	698	4,40	4,48
31	583	613	3,94	3,93
32	588	604	3,98	3,87
33	572	579	3,87	3,71
34	510	507	3,45	3,25
35	493	536	3,33	3,44
36	435	485	2,94	3,11
37	397	403	2,68	2,58
38	355	364	2,40	2,33
39	296	319	2,00	2,05
40	260	296	1,76	1,90
41	198	188	1,34	1,21
42	121	169	0,82	1,08
43	75	106	0,51	0,68
44	46	51	0,31	0,33
45	27	42	0,18	0,27
46	16	8	0,11	0,05
47	14	12	0,09	0,08
48		5	0,00	0,03
49		0	0,00	0,00
50		1	0,00	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	14 790	15 591	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	4		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

Moyenne d'âge 2002: 27,35; moyenne d'âge 2003:
27,42

Gemiddelde leeftijd in 2002: 27,35; gemiddelde
leeftijd in 2003: 27,42

Catégories d'âge — Leeftijdscategorie	Nombre — Aantal				%	
	2000	2001	2002	2003	2002	2003
10-14	46	75	63	65	0,43	0,42
15-19	2 036	2 133	2 059	2 097	13,92	13,45
20-24	3 421	3 761	3 692	4 032	24,96	25,86
25-29	3 065	3 332	3 339	3 411	22,58	21,88
30-34	2 661	2 822	2 904	3 001	19,63	19,25
35-39	1 870	1 936	1 976	2 107	13,36	13,51
40-44	623	656	700	810	4,73	5,20
45-49	35	54	57	67	0,39	0,43
50-54	1			1	0,00	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	13 758	14 769	14 790	15 591	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	4	6	1	4		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	13 762	14 775	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

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

En 2002: dont 634 ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

En 2003: dont 564 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 2002: 634 zijn uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

In 2003: 564 zijn 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 — Burgerlijke staat	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Célibataire. — <i>Ongehuwd</i>	9 123	9 758	61,69	62,60
Mariée. — <i>Gehuwd</i>	4 398	4 458	29,74	28,60
Divorcée. — <i>Gescheiden</i>	1 171	1 261	7,92	8,09
Veuve. — <i>Weduwe</i>	96	110	0,65	0,71
Total. — <i>Totaal</i>	14 788	15 587	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	3	8		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

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 monde

3. Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht

Nombre d'enfants — Kinderen	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
0	6 885	7 314	46,55	46,91
1	3 194	3 444	21,60	22,09
2	2 846	2 842	19,24	18,23
3	1 247	1 266	8,43	8,12
4	427	463	2,89	2,97
5	100	165	0,68	1,06
6	58	62	0,39	0,40
7	17	15	0,11	0,10
8	9	11	0,06	0,07
9	2	5	0,01	0,03
10	3	2	0,02	0,01

Nombre d'enfants — Kinderen	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
11	0	2	0,00	0,01
12	1	0	0,01	0,00
13	0	2	0,00	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	14 789	15 593	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	2	2		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

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

4. Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

4.1. Données générales

4.1. Algemene gegevens

Domicile — Woonplaats	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Anvers. — <i>Antwerpen</i>	2 264	2 435	15,31	15,63
Flandre occidentale. — <i>West-Vlaanderen</i>	1 208	1 140	8,17	7,32
Flandre orientale. — <i>Oost-Vlaanderen</i>	1 443	1 543	9,76	9,90
Hainaut. — <i>Henegouwen</i>	2 005	1 892	13,56	12,14
Liège. — <i>Luik</i>	1 503	1 571	10,17	10,08
Limbourg. — <i>Limburg</i>	815	874	5,51	5,61
Luxembourg. — <i>Luxemburg</i>	254	320	1,72	2,05
Namur. — <i>Namen</i>	519	567	3,51	3,64
Brabant flamand. — <i>Vlaams-Brabant</i>	702	743	4,75	4,77
Brabant wallon. — <i>Waals-Brabant</i>	435	490	2,94	3,14
Bruxelles-Capitale. — <i>Brussel-Hoofdstad</i>	3 169	3 628	21,44	23,28
À l'étranger. — <i>Buitenland</i>	466	379	3,15	2,43
Total. — <i>Totaal</i>	14 783	15 582	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	8	13		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

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

4.2. De vreemdelingen : indeling per werelddeel

Origine — Afkoms	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Europe. — <i>Europa</i>	323	266	78,02	76,22
Afrique. — <i>Afrika</i>	48	40	11,59	11,46
Amérique. — <i>Amerika</i>	32	32	7,73	9,17
Asie. — <i>Azië</i>	10	11	2,42	3,15
Océanie. — <i>Oceanië</i>	1	0	0,24	0,00
Total. — <i>Totaal</i>	414	349	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	22	16		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	436	365		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse

5. Instellingen waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd

Type Aankomst	Nombre Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Hôpital. — Ziekenhuis	3 171	3 535	21,44	22,67
Centre. — Centrum	11 620	12 060	78,56	77,33
Total. — Totaal	14 791	15 595	100,00	100,00

B. Données psycho-sociales

B. Psycho-sociale gegevens

6. Situations de détresse invoquées

6. Ingeroepen noodsituaties

Liste des situations de détresse

Lijst van noodsituaties

A.00 Problèmes de santé de la femme enceinte

A.00 Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw

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

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

A.02 Problèmes de santé mentale

A.02 Problemen van geestelijke gezondheid

B.13 La femme se sent trop jeune

B.13 De vrouw voelt zich te jong

B.14 La femme se sent trop âgée

B.14 De vrouw voelt zich te oud

B.15 Étudiante

B.15 Studente

B.16 Femme isolée

B.16 Alleenstaande vrouw

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

B.17 Momenteel geen kinderwens

B.18 Famille complète

B.18 Voltooid gezin

C.20 Problèmes financiers

C.20 Financiële redenen

C.21 Situation professionnelle

C.21 Werksituatie

C.22 Situation de logement

C.22 Woonsituatie

D.30 Relation récemment interrompue

D.30 Relatie onlangs verbroken

D.31 Le partenaire n'accepte pas la grossesse

D.31 Partner aanvaardt de zwangerschap niet

D.32 Relation occasionnelle

D.32 Occasionele relatie

D.33 Relation trop récente

D.33 Te recente relatie

D.34 Relation hors mariage

D.34 Buitenechtelijke relatie

D.35 Problèmes de couple

D.35 Partnerrelatiemoeilijkheden

D.36 Problèmes relationnels avec l'entourage

D.36 Relatiemoeilijkheden met de omgeving

D.37 Problèmes juridiques liés au divorce

D.37 Juridische problemen i.v.m. de echtscheiding

E.40 Viol	E.40 Verkrachting
E.41 Inceste	E.41 Incest
F.50 Réfugiée politique	F.50 Politiek vluchteling
G.99 Autres	G.99 Andere
Catégories de situations de détresse	Categorieën van noodsituaties
A. Santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître	A. Lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren
B. Raisons personnelles	B. Persoonlijke redenen
C. Raisons financières ou matérielles	C. Financiële of materiële redenen
D. Problèmes de couple ou de la famille	D. Relationele of familiale problemen
E. Grossesse suite à un viol ou un inceste	E. Zwangerschap na verkrachting of incest
F. Réfugiée politique	F. Politiek vluchteling
G. Autres	G. Andere redenen

Liste — Lijst	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
A.00	428	440	1,79	1,78
A.01	281	377	1,18	1,52
A.02	252	393	1,06	1,59
B.13	2 890	2 956	12,10	11,93
B.14	619	643	2,59	2,60
B.15	1 953	1 974	8,18	7,97
B.16	876	938	3,67	3,79
B.17	3 351	3 479	14,04	14,04
B.18	2 674	2 798	11,20	11,30
C.20	2 075	2 135	8,69	8,62
C.21	1 182	1 249	4,95	5,04
C.22	315	348	1,32	1,40
D.30	1 233	1 241	5,16	5,01
D.31	637	721	2,67	2,91
D.32	622	669	2,61	2,70
D.33	1 102	1 124	4,62	4,54
D.34	659	602	2,76	2,43
D.35	1 156	1 203	4,84	4,86
D.36	295	311	1,24	1,26
D.37	159	186	0,67	0,75
E.40	58	64	0,24	0,26
E.41	3	1	0,01	0,00
F.50	695	632	2,91	2,55
G.99	360	288	1,51	1,16
Total. — Totaal	23 875	24 772	100,00	100,00

C. Données médicales

C. Medische gegevens

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

7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand

Méthode Methode	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	6 532	6 789	44,16	43,54
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	748	708	5,06	4,54
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	866	867	5,86	5,56
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	13	16	0,09	0,10
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	8	11	0,05	0,07
Préservatif. — <i>Condom</i>	2 315	2 553	15,65	16,37
Pilule. — <i>Pil</i>	3 912	4 130	26,45	26,48
Injection contraceptive. — <i>Prikkpil</i>	29	30	0,20	0,19
DIU. — <i>IUD</i>	162	205	1,10	1,31
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	30	31	0,20	0,20
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	21	15	0,14	0,10
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	1	0	0,01	0,00
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> »-pil	96	132	0,65	0,85
Implant. — <i>Implant</i>	10	6	0,07	0,04
Autres. — <i>Andere</i>	47	101	0,32	0,65
Total. — <i>Totaal</i>	14 790	15 594	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	1		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

8. Causes d'échec de la contraception

8. Oorzaak falen

Cause — Oorzaak	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Pas de contraception. — <i>Geen anticonceptie toegepast</i>	7 171	7 308	48,50	46,87
Utilisation incorrecte. — <i>Anticonceptie niet correct toegepast</i>	4 516	5 130	30,54	32,90

Cause — Oorzaak	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Inefficacité. — <i>Gefaald</i>	2 336	2 402	15,80	15,41
Ne sait pas. — <i>Weet niet</i>	763	752	5,16	4,82
Total. — <i>Totaal</i>	14 786	15 592	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	5	3		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

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.

D. Aspects médico-techniques du traitement

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

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 contraceptiemethodes door de bevolking.

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

Deze opmerking heeft betrekking op de tabellen 7 en 8.

D. Medisch-technische aspecten van de behandeling

9. Methode van zwangerschapsafbreking

Méthode — Methode	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Vacuümaspiratie</i>	11 762	12 065	79,53	77,39
Curetage. — <i>Curettage</i>	1 116	1 550	7,55	9,94
Prostaglandine	71	85	0,48	0,55
Mifépristone. — <i>Mifepristone</i>	1 743	1 794	11,79	11,51
Mifépristone + curetage. — <i>Mifepristone + curettage</i> .	84	65	0,57	0,42
Autres. — <i>Andere</i>	13	31	0,09	0,20
Total. — <i>Totaal</i>	14 789	15 590	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	2	5		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

La mifépristone a été commercialisée en Belgique dès juillet 2000 et a été reprise au formulaire dès janvier 2001.

Mifepristone werd gecommmercialiseerd in België sinds juli 2000. Daarom werd de rubriek «mifepristone» vanaf januari 2001 aangebracht op het registratieformulier.

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

10. Anesthésie

10. Verdoving

Méthode — Methode	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	1 917	1 986	12,96	12,74
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	10 968	11 335	74,16	72,71
Narcose	1 796	2 212	12,14	14,19
Autres. — <i>Andere</i>	109	57	0,74	0,37
Total. — <i>Totaal</i>	14 790	15 590	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	5		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

11. Durée d'hospitalisation

11. Opnameduur

Type	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	13 001	13 503	87,90	86,60
24 h ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 626	1 950	10,99	12,51
Plus de 24 h. — <i>Meer dan 24 uur</i>	163	139	1,10	0,89
Total. — <i>Totaal</i>	14 790	15 592	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	3		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>)»

12. Complications

12. Verwikkelingen

Type	Nombre — Aantal		%	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	14 668	15 460	99,23	99,22
Perte de sang > 500 ml. — <i>Bloedverlies > 500 ml</i> . .	47	48	0,32	0,31
Perforation. — <i>Perforatie</i>	7	14	0,05	0,09
Déchirure. — <i>Cervixscheur</i>	21	20	0,14	0,13
Autres. — <i>Andere</i>	39	40	0,26	0,26
Total. — <i>Totaal</i>	14 782	15 582	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	9	13		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	14 791	15 595		

2. Tabulations croisées*1. Situation de détresse***1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (C)**

Domicile — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec C — Met C		% avec C — % met C	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Anvers. — Antwerpen	2 264	2 435	443	496	12,28	13,33
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	1 208	1 140	133	96	3,69	2,58
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	1 443	1 543	195	200	5,40	5,37
Hainaut. — Henegouwen . . .	2 005	1 892	662	653	18,35	17,54
Liège. — Luik	1 503	1 571	384	342	10,64	9,19
Limbourg. — Limburg	815	874	57	86	1,58	2,31
Luxembourg. — Luxemburg . .	254	320	86	116	2,38	3,12
Namur. — Namen	519	567	181	194	5,02	5,21
Brabant flamand. — Vlaams-Brabant	702	743	139	119	3,85	3,20
Brabant wallon. — Waals-Brabant	435	490	185	113	5,13	3,04
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	3 169	3 628	977	1 201	27,08	32,27
À l'étranger. — Buitenland . .	466	379	166	106	4,60	2,85
Total. — Totaal	14 783	15 582	3 608	3 722	100,00	100,00

1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (B)**2. Gekruiste tabellen***1. Noodsituatie***1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (categorie C)****1.2. Woonplaats van de vrouw en het invoeren van persoonlijke redenen (categorie B)**

Domicile — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec B — Met B		% avec B — % met B	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Anvers. — Antwerpen	2 264	2 435	1 944	1 934	14,66	15,12
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	1 208	1 140	1 012	964	7,63	7,54
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	1 443	1 543	2 089	1 285	15,75	10,05
Hainaut. — Henegouwen . . .	2 005	1 892	1 851	1 627	13,96	12,72
Liège. — Luik	1 503	1 571	1 230	1 248	9,28	9,76
Limbourg. — Limburg	815	874	623	709	4,70	5,54
Luxembourg. — Luxemburg . .	254	320	261	308	1,97	2,41
Namur. — Namen	519	567	407	481	3,07	3,76
Brabant flamand. — Vlaams-Brabant	702	743	652	670	4,92	5,24
Brabant wallon. — Waals-Brabant	435	490	382	404	2,88	3,16
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	3 169	3 628	2 460	2 862	18,55	22,38
À l'étranger. — Buitenland . .	466	379	349	298	2,63	2,33
Total. — Totaal	14 783	15 582	13 260	12 790	100,00	100,00

1.3. Âge et situation de détresse

1.3. Leeftijd en noodsituatie

1.3.1. Nombre

1.3.1. Aantal

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i> . . .	2	0	43	24	158	141	233	205
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i> . .	102	94	2 851	2 776	3 099	3 360	1 996	2 057
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i> . . .	0	2	321	305	1 127	1 252	1 013	988
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	11	6	504	540	1 432	1 658	1 606	1 621
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/ incest</i>	1	2	13	17	15	20	12	14
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	1	1	54	38	179	184	228	212
Autres. — <i>Andere</i>	1	0	41	25	78	62	92	77
Total. — <i>Totaal</i>	118	105	3 827	3 725	6 088	6 677	5 180	5 174

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	272	252	186	196	63	78	4	2		0
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	1 563	1 892	1 630	1 674	741	853	70	74		3
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	687	741	329	357	88	76	7	9		0
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	1 250	1 305	672	708	174	202	4	13		0
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/incest</i>	14	7	4	3	2	2	0	0		0
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	164	118	51	59	18	20	1	0		0
Autres. — <i>Andere</i>	85	61	48	50	15	12	0	1		0
Total. — <i>Totaal</i>	4 035	4 376	2 920	3 047	1 101	1 243	86	99		3

1.3.2. Pourcentage

1.3.2. Percentage

[illegible]

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	6,74	5,76	6,37	6,43	5,72	6,28	4,65	2,02		0,00
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	38,74	43,24	55,82	54,94	67,30	68,62	81,40	74,75		100,00
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	17,03	16,93	11,27	11,72	7,99	6,11	8,14	9,09		0,00
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	30,98	29,82	23,01	23,24	15,80	16,25	4,65	13,13		0,00
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/incest</i>	0,35	0,16	0,14	0,10	0,18	0,16	0,00	0,00		0,00
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	4,06	2,70	1,75	1,94	1,63	1,61	1,16	0,00		0,00
Autres. — <i>Andere</i>	2,11	1,39	1,64	1,64	1,36	0,97	0,00	1,01		0,00
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat

1.4.1. Nombre

1.4.1. Aantal

Situation de détresse <i>Burgerlijke staat</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	439	429	435	378	76	81	11	10
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	8 052	8 366	3 472	3 515	774	821	62	82
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	2 316	2 528	1 000	949	243	236	13	18
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	3 895	3 952	1 148	1 199	768	847	51	54
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/incest</i>	41	50	10	6	9	5	2	4
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	365	384	281	216	37	26	12	6
Autres. — <i>Andere</i>	209	183	103	74	44	24	4	6
Total. — <i>Totaal</i>	15 317	15 892	6 449	6 337	1 951	2 040	155	180

1.4.2. Pourcentage

1.4.2. Percentage

Situation de détresse <i>Burgerlijke staat</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	2,87	2,70	6,75	5,96	3,90	3,97	7,10	5,56
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	52,57	52,64	53,84	55,47	39,67	40,25	40,00	45,56

Situation de détresse — <i>Burgerlijke staat</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i> . . .	15,12	15,91	15,51	14,98	12,46	11,57	8,39	10,00
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	25,43	24,87	17,80	18,92	39,36	41,52	32,90	30,00
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/ incest</i>	0,27	0,31	0,16	0,09	0,46	0,25	1,29	2,22
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	2,38	2,42	4,36	3,41	1,90	1,27	7,74	3,33
Autres. — <i>Andere</i>	1,36	1,15	1,60	1,17	2,26	1,18	2,58	3,33
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Nombre

1.5.1. Aantal

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	0		1		2		3	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i> . . .	277	270	297	259	252	200	106	117
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i> . .	6 315	6 497	2 037	2 172	2 286	2 268	1 127	1 150
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i> . . .	1 533	1 634	997	1 040	661	705	263	218
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	3 038	3 130	1 468	1 558	920	876	320	324
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/ incest</i>	33	41	11	8	6	10	7	4
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	261	261	190	174	149	126	42	45
Autres. — <i>Andere</i>	183	137	138	67	57	56	30	20
Total. — <i>Totaal</i>	11 640	11 970	5 138	5 278	4 331	4 241	1 895	1 878

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	4		5		> 5	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	33	35	7	11	5	6
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i> . . .	413	442	106	157	76	102
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	73	84	27	32	18	19
Problèmes relationnels. — <i>Rela- tionele problemen</i>	80	114	13	34	24	20
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/ incest</i>	2	1	1	1	0	0

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	4		5		> 5	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	31	14	6	7	5	5
Autres. — <i>Andere</i>	8	5	0	1	2	2
Total. — <i>Totaal</i>	640	695	160	243	130	154

1.5.2. Pourcentage

1.5.2. Percentage

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	0		1		2		3	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	2,38	2,26	5,78	4,91	5,82	4,72	5,59	6,23
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	54,25	54,28	39,65	41,15	52,78	53,48	59,47	61,24
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	13,17	13,65	19,40	19,70	15,26	16,62	13,88	11,61
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	26,10	26,15	28,57	29,52	21,24	20,66	16,89	17,25
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/incest</i>	0,28	0,34	0,21	0,15	0,14	0,24	0,37	0,21
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	2,24	2,18	3,70	3,30	3,44	2,97	2,22	2,40
Autres. — <i>Andere</i>	1,57	1,14	2,69	1,27	1,32	1,32	1,58	1,06
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	4		5		> 5	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Santé. — <i>Gezondheid</i>	5,16	5,04	4,38	4,53	3,85	3,90
Sit. de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	64,53	63,60	66,25	64,61	58,46	66,23
Sit. de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	11,41	12,09	16,88	13,17	13,85	12,34
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	12,50	16,40	8,13	13,99	18,46	12,99
Viol/inceste. — <i>Verkrachting/incest</i>	0,31	0,14	0,63	0,41	0,00	0,00
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	4,84	2,01	3,75	2,88	3,85	3,25
Autres. — <i>Andere</i>	1,25	0,72	0,00	0,41	1,54	1,30
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	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	35	43	965	939	1 615	1 723	1 484	1 510
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	1	2	60	65	141	150	169	147
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	0	1	53	39	144	150	174	169
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	0	0	0	0	2	2	5	4
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0	0	2	3	1	1	3	4
Préservatif. — <i>Condom</i>	19	15	497	503	565	672	465	483
Pilule. — <i>Pil</i>	7	4	464	505	1 158	1 223	928	968
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	0	0	2	2	6	9	9	9
DIU. — <i>IUD</i>	0	0	1	7	24	26	47	52
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	0	0	1	1	1	3	5	6
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0	0	0	0	2	0	3	3
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	21	1	43	0	28
Pilule du lendemain. — <i>«Morning after»-pil</i>	0	0	13	1	19	3	30	1
Implant	1	0	0	11	2	26	4	27
Autres. — <i>Andere</i>	0	0	1	0	11	0	13	0
Total. — <i>Totaal</i>	63	65	2 059	2 097	3 692	4 031	3 339	3 411

Méthode Methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	1 278	1 287	822	884	309	366	24	34		1
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	183	159	141	122	49	61	4	2		0
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	190	213	201	181	93	105	11	9		0
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	5	8	1	0	0	1	0	1		0
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	1	0	1	3	0	0	0	0		0
Préservatif. — <i>Condom</i>	381	429	286	324	96	116	6	9		0
Pilule. — <i>Pil</i>	764	786	455	494	126	138	10	12		0
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	10	7	2	2	0	1	0	0		0
DIU. — <i>IUD</i>	46	53	31	57	12	10	1	0		0
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	10	5	11	11	2	5	0	0		0
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	5	6	6	3	5	3	0	0		0
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	25	0	12	0	3	0	0		0
Pilule du lendemain. — <i>«Morning after»-pil</i>	18	0	13	1	3	0	0	0		0
Implant	1	23	1	13	1	1	0	0		0
Autres. — <i>Andere</i>	12	0	5	0	4	0	1	0		0
Total. — <i>Totaal</i>	2 904	3 001	1 976	2 107	700	810	57	67		1

2.1.2. Pourcentage

2.1.2. Percentage

[illegible][illegible]

2.2. Voorbehoedmiddel 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>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	4 036	4 247	1 903	1 929	542	547	50	62
Coït interrompu. — <i>Coitus interruptus</i>	364	360	315	270	64	72	5	5
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	440	421	331	348	88	90	7	7
Spermicides. — <i>Spermacide</i>	5	7	8	7	0	2	0	0
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	6	7	2	4	0	0	0	0
Préservatif. — <i>Condom</i>	1 609	1 771	571	628	121	147	14	6
Pilule. — <i>Pil</i>	2 478	2 654	1 104	1 103	311	348	18	24
Injection contraceptive. — <i>Prikkpil</i>	14	20	11	7	4	3	0	0
DIU. — <i>IUD</i>	69	89	74	83	18	30	1	3
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	6	8	21	18	3	4	0	1
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	2	3	15	11	4	1	0	0
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	1	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> »-pil	62	100	20	21	13	10	1	1
Implant	6	5	2	1	2	0	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	25	66	21	27	1	7	0	1
Total. — <i>Totaal</i>	9 123	9 758	4 398	4 457	1 171	1 261	96	110

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	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	3 047	3 226	1 526	1 516	1 137	1 184	544	533
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	264	274	166	173	199	157	81	70
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	308	330	179	180	227	211	122	96
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	4	5	6	6	2	5	0	0
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	6	6	2	1	0	4	0	0
Préservatif. — <i>Condoom</i>	1 389	1 516	353	433	384	367	141	157
Pilule. — <i>Pil</i>	1 743	1 773	879	1 017	772	773	317	352
Injection contraceptive. — <i>Prikipil</i>	8	12	5	7	9	5	5	3
DIU. — <i>IUD</i>	42	43	39	50	53	74	18	28
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	5	3	4	5	11	13	7	8
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	1	1	4	2	12	6	3	6
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	1	19	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> »-pil	50	85	14	0	24	18	4	8
Implant	4	3	2	0	3	2	1	1
Autres. — <i>Andere</i>	14	37	14	34	13	23	4	4
Total. — <i>Totaal</i>	6 885	7 314	3 194	3 443	2 846	2 842	1 247	1 266

Méthode — Methode	4		5		> 5	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	192	198	42	83	43	48
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	25	18	6	7	7	9
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	24	31	4	15	2	4
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	1	0	0	0	0	0
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0	0	0	0	0	0
Préservatif. — <i>Condoom</i>	38	59	6	14	4	7
Pilule. — <i>Pil</i>	134	141	39	42	27	32
Injection contraceptive. — <i>Prikipil</i>	0	2	1	1	1	0
DIU. — <i>IUD</i>	7	7	1	3	2	0
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	1	2	1	0	1	0
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	1	0	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	2	2	0	0	2	0
Implant	0	0	0	0	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	2	3	0	0	0	0
Total. — <i>Totaal</i>	427	463	100	165	89	100

2.3.2. Pourcentage

2.3.1. Percentage

Méthode Methode	0		1		2		3	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	44,26	44,11	47,78	44,03	39,95	41,66	43,62	42,10
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	3,83	3,75	5,20	5,02	6,99	5,52	6,50	5,53
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	4,47	4,51	5,60	5,23	7,98	7,42	9,78	7,58
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	0,06	0,07	0,19	0,17	0,07	0,18	0,00	0,00
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0,09	0,08	0,06	0,03	0,00	0,14	0,00	0,00
Préservatif. — <i>Condom</i>	20,17	20,73	11,05	12,58	13,49	12,91	11,31	12,40
Pilule. — <i>Pil</i>	25,32	24,24	27,52	29,54	27,13	27,20	25,42	27,80
Injection contraceptive. — <i>Prikipil</i>	0,12	0,16	0,16	0,20	0,32	0,18	0,40	0,24
DIU. — <i>IUD</i>	0,61	0,59	1,22	1,45	1,86	2,60	1,44	2,21
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	0,07	0,04	0,13	0,15	0,39	0,46	0,56	0,63
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,01	0,01	0,13	0,06	0,42	0,21	0,24	0,47
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0,00	0,00	0,03	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> »-pil	0,73	1,16	0,44	0,00	0,84	0,63	0,32	0,63
Implant	0,06	0,04	0,06	0,00	0,11	0,07	0,08	0,08
Autres. — <i>Andere</i>	0,20	0,51	0,44	0,99	0,46	0,81	0,32	0,32
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	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	44,96	42,76	42,00	50,30	48,31	48,00
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	5,85	3,89	6,00	4,24	7,87	9,00
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	5,62	6,70	4,00	9,09	2,25	4,00
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Préservatif. — <i>Condom</i>	8,90	12,74	6,00	8,48	4,49	7,00
Pilule. — <i>Pil</i>	31,38	30,45	39,00	25,45	30,34	32,00
Injection contraceptive. — <i>Prikipil</i>	0,00	0,43	1,00	0,61	1,12	0,00
DIU. — <i>IUD</i>	1,64	1,51	1,00	1,82	2,25	0,00
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	0,23	0,43	1,00	0,00	1,12	0,00
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,23	0,00	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	0,47	0,43	0,00	0,00	2,25	0,00
Implant	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres. — <i>Andere</i>	0,47	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. Méthode d'interruption de grossesse**3. Methode van zwangerschapsafbreking****3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications****3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwikkelingen****3.1.1. Nombre****3.1.1. Aantal**

	Aspiration Aspiratie		Curetage Curetage		Prostaglandine Prostaglandine		Mifépristone Mifepristone		Mifépr. + curetage Mifepr. + curettage		Autres Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	11 700	11 988	1 079	1 515	66	83	1 727	1 777	82	63	13	31
Hémorragie. —												
Bloedverlies . .	24	27	13	17	2	1	7	3	1	0	0	0
Perforation. —												
Perforatie . . .	4	9	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Déchirure. —												
Cervixscheur . .	7	10	14	9	0	0	0	1	0	0	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	21	23	5	3	3	1	9	11	1	2	0	0
Total. — <i>Totaal</i>	11 756	12 057	1 114	1 549	71	85	1 743	1 792	84	65	13	31

3.1.2. Pourcentage**3.1.2. Percentage**

	Aspiration Aspiratie		Curetage Curetage		Prostaglandine Prostaglandine		Mifépristone Mifepristone		Mifépr. + curetage Mifepr. + curettage		Autres Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	99,52	99,43	96,86	97,81	92,96	97,65	99,08	99,16	97,62	96,92	100,00	100,00
Hémorragie. —												
Bloedverlies . .	0,20	0,22	1,17	1,10	2,82	1,18	0,40	0,17	1,19	0,00	0,00	0,00
Perforation. —												
Perforatie . . .	0,03	0,07	0,27	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Déchirure. —												
Cervixscheur . .	0,06	0,08	1,26	0,58	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres. — <i>Andere</i>	0,18	0,19	0,45	0,19	4,23	1,18	0,52	0,61	1,19	3,08	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	100,00	100,00

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie**3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdooving****3.2.1. Nombre****3.2.1. Aantal**

	Aspiration Aspiratie		Curetage Curetage		Prostaglandine Prostaglandine		Mifépristone Mifepristone		Mifépr. + curetage Mifepr. + curettage		Autres Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	116	113	41	45	33	42	1 702	1 753	17	7	8	26
Loco-régionale. —												
Loco-regionaal . .	10 575	10 584	314	654	24	37	27	26	26	27	1	4
Narcose . . .	976	1 314	757	850	6	5	12	12	41	31	4	0
Autres. — <i>Andere</i>	95	52	4	0	8	1	2	3	0	0	0	1
Total. — <i>Totaal</i>	11 762	12 063	1 116	1 549	71	85	1 743	1 794	84	65	13	31

3.2.2. Pourcentage

3.2.2. Percentage

	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curetage		Prostaglandine — Prostaglandine		Mifépristone — Mifepristone		Mifépr. + curetage — Mifepr. + curettage		Autres — Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	0,99	0,94	3,67	2,91	46,48	49,41	97,65	97,71	20,24	10,77	61,54	83,87
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	89,91	87,74	28,14	42,22	33,80	43,53	1,55	1,45	30,95	41,54	7,69	12,90
Narcose	8,30	10,89	67,83	54,87	8,45	5,88	0,69	0,67	48,81	47,69	30,77	0,00
Autres. — <i>Andere</i>	0,81	0,43	0,36	0,00	11,27	1,18	0,11	0,17	0,00	0,00	0,00	3,23
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën

3.3.1. Nombre

3.3.1. Aantal

Méthode — Methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	45	53	1 657	1 666	2 944	3 142	2 595	2 587
Curetage. — <i>Curetage</i>	5	6	162	192	273	400	269	360
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	0	0	6	11	10	14	20	20
Mifépristone. — <i>Mifepristone</i>	12	6	218	218	444	451	436	421
mifépr. + curetage. — <i>Mifepr. + curettage</i>	1	0	13	3	20	14	17	16
Autres. — <i>Andere</i>	0	0	2	7	1	9	2	5
Total. — <i>Totaal</i>	63	65	2 058	2 097	3 692	4 030	3 339	3 409

Méthode — Methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	2 326	2 331	1 589	1 598	558	632	48	53		0
Curetage. — <i>Curetage</i>	218	268	135	234	52	83	2	6		0
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	17	23	12	10	6	6	0	1		0
Mifépristone. — <i>Mifepristone</i>	321	362	225	245	80	83	7	7		1
Mifépr. + curetage. — <i>Mifepr. + curettage</i>	17	12	13	17	3	3	0	0		0
Autres. — <i>Andere</i>	5	4	2	3	1	3	0	0		0
Total. — <i>Totaal</i>		2 904	3 000	1 976	2 107	700	810	57	67	1

3.3.2. Pourcentage

3.3.2. Percentage

Méthode — Methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	71,43	81,54	80,52	79,45	79,74	77,97	77,72	75,89
Curetage. — <i>Curetage</i>	7,94	9,23	7,87	9,16	7,39	9,93	8,06	10,56
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	0,00	0,00	0,29	0,52	0,27	0,35	0,60	0,59

[illegible][illegible]

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

3.4.1. Nombre

3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opname

3.4.1. Aantal

	Aspiration <i>Aspiratie</i>		Curetage <i>Curetage</i>		Prostaglandine <i>Prostaglandine</i>		Mifépristone <i>Mifepristone</i>		Mifépr. + curetage <i>Mifepr. + curettage</i>		Autres <i>Andere</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. —												
<i>Ambulant</i>	10 921	11 058	359	731	26	41	1 646	1 611	41	31	8	28
24h ou moins. —												
<i>24 uur of minder</i> . .	798	984	680	742	13	12	92	179	42	32	1	1
Plus de 24h. — <i>Meer dan 24 uur</i>	43	23	77	76	32	32	5	4	1	2	4	2
Total. — <i>Totaal</i> . . .	11 762	12 065	1 116	1 549	71	85	1 743	1 794	84	65	13	31

3.4.2. Pourcentage

3.4.2. Percentage

[illegible]

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

	Aucune — Geen		Loco-régionale — Loco-regionaal		Narcose		Autres — Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	1 807	1 787	10 270	11 040	391	621	83	52
24h ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	101	189	220	264	1 289	1 494	16	3
Plus de 24h. — <i>Meer dan 24 uur</i>	9	10	28	30	116	97	10	2
Total. — <i>Totaal</i>	1 917	1 986	10 518	11 334	1 796	2 212	109	57

4.1.2. Pourcentage

4.1.2. Percentage

	Aucune — Geen		Loco-régionale — Loco-regionaal		Narcose		Autres — Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	94,26	89,98	97,64	97,41	21,77	28,07	76,15	91,23
24h ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	5,27	9,52	2,09	2,33	71,77	67,54	14,68	5,26
Plus de 24h. — <i>Meer dan 24 uur</i>	0,47	0,50	0,27	0,26	6,46	4,39	9,17	3,51
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2. Opnameduur en verwickelingen

4.2.1. Nombre

4.2.1. Aantal

	Aucune — Geen		Hémorragie — Bloedverlies		Perforation — Perforatie		Déchirure — Cervixscheur		Autres — Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	12 947	13 426	15	21	4	8	4	10	25	28
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 570	1 901	28	25	2	5	16	9	8	9
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	151	132	4	2	1	1	1	1	6	3
Total. — <i>Totaal</i>	14 668	15 459	47	48	7	14	21	20	39	40

4.2.2. Pourcentage

4.2.2. Percentage

	Aucune — Geen		Hémorragie — Bloedverlies		Perforation — Perforatie		Déchirure — Cervixscheur		Autres — Andere	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	88,27	86,85	31,91	43,75	57,14	57,14	19,05	50,00	64,10	70,00
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	10,70	12,30	59,57	52,08	28,57	35,71	76,19	45,00	20,51	22,50
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	1,03	0,85	8,51	4,17	14,29	7,14	4,76	5,00	15,38	7,50
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. Hôpital ou centre

5. 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	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Anvers. — <i>Antwerpen</i>	358	336	1 908	1 959	2 264	2 435
Flandre occidentale. — <i>West-Vlaanderen</i>	28	24	1 181	1 116	1 208	1 140
Flandre orientale. — <i>Oost-Vlaanderen</i>	204	231	1 239	1 312	1 443	1 543
Hainaut. — <i>Henegouwen</i> . . .	1 228	1 235	777	657	2 005	1 892
Liège. — <i>Luik</i>	413	366	1 090	1 205	1 503	1 571
Limbourg. — <i>Limburg</i>	10	13	805	861	815	874
Luxembourg. — <i>Luxemburg</i> . .	32	27	222	293	254	320
Namur. — <i>Namen</i>	111	103	408	464	519	567
Brabant flamand. — <i>Vlaams-Brabant</i>	156	176	547	567	702	743
Brabant wallon. — <i>Waals-Brabant</i>	104	144	331	346	435	490
Bruxelles-Capitale. — <i>Brussel-Hoofdstad</i>	480	692	2 690	2 936	3 169	3 628
À l'étranger. — <i>Buitenland</i> . .	46	43	420	336	466	379
Total. — <i>Totaal</i>	3 170	3 390	11 618	12 052	14 783	15 582

5.1.2. Percentage ten opzichte van het aantal abortussen per provincie

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën

5.2.1. Aantal

	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Hôpital. — <i>Ziekenhuis</i>	598	712	398	495	157	181	7	10		1
Centre. — <i>Centrum</i>	2 306	2 289	1 578	1 612	543	629	50	57		
Total. — <i>Totaal</i>	2 904	3 001	1 976	2 107	700	810	57	67		1

3.3.2. Percentage

[illegible]

	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Hôpital. — <i>Ziekenhuis</i>	20,59	23,73	20,14	23,49	22,43	22,35	12,28	14,93		100,00
Centre. — <i>Centrum</i>	79,41	76,27	79,86	76,51	77,57	77,65	87,72	85,07		0,00
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	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

	Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>		Centre — <i>Centrum</i>	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	3 099	3 555	11 574	11 994
Hémorragie. — <i>Bloedverlies</i>	25	26	22	48
Perforation. — <i>Perforatie</i>	4	6	3	14
Déchirure. — <i>Scheur</i>	19	14	2	20
Autres. — <i>Andere</i>	22	18	17	40
Total. — <i>Totaal</i>	3 169	3 619	11 618	12 116

5.3.2. Pourcentage

5.3.2. Percentage

	Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>		Centre — <i>Centrum</i>	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	97,79	98,23	99,62	98,99
Hémorragie. — <i>Bloedverlies</i>	0,79	0,72	0,19	0,40
Perforation. — <i>Perforatie</i>	0,13	0,17	0,03	0,12
Déchirure. — <i>Scheur</i>	0,60	0,39	0,02	0,17
Autres. — <i>Andere</i>	0,69	0,50	0,15	0,33
Total. — <i>Totaal</i>	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

	Hôpital — <i>Ziekenhuis</i>		Centre — <i>Centrum</i>	
	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	1 416	1 475	11 588	12 018
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 592	1 917	36	32
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	163	137	0	2
Total. — <i>Totaal</i>	3 171	3 529	11 624	12 052

5.4.2. Pourcentage

5.4.2. Percentage

	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2002	2003	2002	2003
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	44,65	41,80	99,69	99,72
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	50,20	54,32	0,31	0,27
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	5,14	3,88	0,00	0,02
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

	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	1 735	1 988	10 029	10 077
Curetage. — <i>Curettage</i>	869	978	249	571
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	58	66	13	19
Mifépristone. — <i>Mifepristone</i>	453	452	1 291	1 342
Mifépristone + curetage. — <i>Mifepristone + curettage</i> .	50	43	34	22
Autres. — <i>Andere</i>	5	4	8	27
Total. — <i>Totaal</i>	3 170	3 531	11 624	12 058

5.5.2. Pourcentage

5.5.2. Percentage

	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2002	2003	2002	2003
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	54,73	56,30	86,28	83,57
Curetage. — <i>Curettage</i>	27,41	27,70	2,14	4,74
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	1,83	1,87	0,11	0,16
Mifépristone. — <i>Mifepristone</i>	14,29	12,80	11,11	11,13
Mifépristone + curetage. — <i>Mifepristone + curettage</i> .	1,58	1,22	0,29	0,18
Autres. — <i>Andere</i>	0,16	0,11	0,07	0,22
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 verdoving

5.6.1. Nombre

5.6.1. Aantal

	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	488	524	1 430	1 462
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	868	838	10 102	10 496
Narcose. — <i>Narcose</i>	1 783	2 162	15	50
Autres. — <i>Andere</i>	32	7	77	50
Total. — <i>Totaal</i>	3 171	3 531	11 624	12 058

5.6.2. Pourcentage

5.6.2. Percentage

	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	2002	2003	2002	2003
Aucune. — <i>Geen</i>	15,39	14,84	12,30	12,12
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	27,37	23,73	86,91	87,05
Narcose. — <i>Narcose</i>	56,23	61,23	0,13	0,41
Autres. — <i>Andere</i>	1,01	0,20	0,66	0,41
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken

	Danger pour la mère — Gevaar voor de moeder		Danger pour l'enfant — Gevaar voor het kind	
	2002	2003	2002	2003
Hôpital. — <i>Ziekenhuis</i>	2	1	12	10
Centre. — <i>Centrum</i>	4	10	32	33
Total. — <i>Totaal</i>	6	11	44	43

ANNEXE 1

Remarques concernant la sous-rubrique «autres» réponse 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 2002, 303 réponses, soit 2,05 % des cas et pour l'année 2003, 226 réponses, soit 1,45 % des cas.

Il est à noter que la sous-rubrique «99 autres » a été très utilisée pour insister sur le fait que la grossesse était absolument non désirée, qu'il n'y avait pas de désir d'enfant. Cela concernait en 2002 12,54 % des «autres » réponses et en 2003 7,50 %.

Les situations de détresse invoquées à la rubrique «autres » en 2002 et 2003 sont les suivantes :

- raisons culturelles ou religieuses;
- composition récente de la famille;
- prostitution;
- toxicomanie;
- problèmes de santé du partenaire;
- problèmes de santé psychique;
- enfants trop jeunes;
- relation adultère;
- problèmes médicaux d'autres enfants;
- partenaire violent;
- âge du partenaire (trop jeune ou trop âgé);
- séropositive;
- partenaire en prison;
- pas de désir d'enfant;
- période de deuil;
- relation instable;
- géniteur inconnu, doute quant à la paternité;
- projet d'études;
- départ pour l'étranger;
- enfants placés en institution;
- couple séparé géographiquement;
- problèmes sociaux.

2. Les «autres» méthodes de contraception déclarées par la patiente

En 2002 cette rubrique a été mentionnée 64 fois sur 14 791, soit dans 0,43 % du total des enregistrements. Cette rubrique a en réalité fait l'objet de davantage de réponses (61) qui concernaient d'autres rubriques spécifiques.

En 2003, cette rubrique a fait l'objet de 166 réponses sur 15 596, soit 1,06 % des cas.

Ces réponses sont les suivantes :

- nuvaring;
- allaitement maternel;

BIJLAGE 1

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

1. «Andere» noodsituaties

Voor het jaar 2002, werd de rubriek «andere» 303 keer ingevuld, dit is 2,05 % en voor het jaar 2003, waren er 226 antwoorden, dit is 1,45 %.

Op te merken valt dat de sub-rubriek «99-andere» veelvuldig gebruikt wordt om te benadrukken dat de zwangerschap absoluut ongewenst is, dat er geen kinderwens is. In 2002 betrof het 12,54 % van de «99-andere» antwoorden, in 2003, 7,50 %.

Andere ingeroepen noodsituaties in 2002 en 2003 zijn onder meer:

- culturele of religieuze redenen;
- nieuw samengesteld gezin;
- prostitutie;
- drugsverslaving;
- gezondheidsproblemen bij de partner;
- psychische gezondheidsproblemen;
- te jonge kinderen;
- overspelige relatie;
- medische problemen bij andere kinderen;
- gewelddadige partner;
- leeftijd partner (te jong of te oud);
- HIV;
- gedetineerde partner;
- geen kinderwens;
- rouwperiode;
- onstabiele relatie;
- verwekker onbekend, twijfel vaderschap;
- studieplanning;
- vertrek naar het buitenland;
- kinderen in instelling geplaatst;
- koppel leeft geografisch gescheiden;
- sociale en familiale problemen.

2. «Andere» anticonceptiemethoden

In 2002 werd deze rubriek 64 keer op 14 791 ingevuld, dit is 0,43 % van het totaal. In werkelijkheid werd de rubriek (61 keer) meer ingevuld, maar dan met gegevens die eigenlijk onder specifieke rubrieken hadden moeten staan.

In 2003 ging het om 166 gevallen op 15 596, dit is 1,06 %;

Deze «andere» anticonceptiemethoden zijn onder meer:

- nuvaring (47 voor 2003);
- borstvoeding;

- longue période d'infécondité de la femme et/ou de l'homme;
- injection vaginale;
- méthode de la température;
- passage d'une méthode à une autre.

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

En 2002, cette rubrique a été cochée 20 fois sur 14 791 cas: 6 dont la Mifépristone et 7 dont RU+Cytotec/ou Cytotec ont été utilisés comme méthode d'interruption de grossesse.

En 2003, 252 réponses ont été relevées sur un total de 13 762 soit 1,83 % des cas où la mifépristone a été utilisée comme méthode d'interruption de grossesse.

En 2003, 42 réponses ont été comptabilisées sur un total de 15 596, soit 0,27 % des cas. La RU a été mentionnée 24 fois et stérilisation par laparoscopie 6 fois.

4. Les « autres » méthodes d'anesthésie

En 2002, cette rubrique a fait l'objet de 82 réponses sur 14 791, soit 0,55 % des cas.

En 2003, 41 réponses ont été enregistrées sur 15 596, soit 0,26 % des cas.

La méthode principalement mentionnée est la suivante: WSP.

5. Les « autres » complications

En 2002, cette rubrique a été cochée 35 fois sur un total de 14 791, soit 0,23 % des cas.

En 2003, 42 réponses ont été données sur un total de 15 596, soit 0,27 % des cas.

Ces réponses sont les suivantes:

- rétention placentaire;
- curetage après l'intervention;
- choc vagal;
- stress;
- hémorragie;
- vomissement, nausée;
- clamidia;
- échec Mifépristone;
- fibromes;
- endométrite;
- hyperthermie;
- sépticémie;
- mdv;
- allergie vraisemblable à la methergine .

- lange periode van onvruchtbaarheid van man en/of vrouw;
- vaginale spoeling;
- temperatuurmeting;
- overgang van een voorbehoedmiddel naar een ander.

3. « Andere » methoden van zwangerschapsafbreking

In 2002 werden 20 gevallen op 14 791 gemeld: 6 waarbij Mifepristone en 7 waarbij Ru+cytotec/of cytotec als methode van zwangerschapsafbreking werd gebruikt.

De gevallen met Mifepristone hadden in de specifiek voorziene rubriek moeten staan.

In 2003 betrof het 42 antwoorden op een totaal van 15 596, ofwel 0,27 %. Als « andere » methode wordt 24 maal Ru en 6 maal lapster (laparoscopische sterilisatie) vermeld.

4. « Andere » methoden van verdoving

In 2002 werd deze rubriek 82 maal op 14 791 ingevuld, dit is 0,55 % van het totaal.

In 2003 betrof het 41 antwoorden verstrekt op 15 596, dit is 0,26 %.

De WSP-methode is de meest voorkomende.

5. « Andere » verwikkelingen

In 2002 werd deze rubriek 35 maal ingevuld op 14 791 dossiers, dit is 0,23 %.

In 2003 ging het om 42 antwoorden op een totaal van 15 596; dit is 0,27 %.

Deze antwoorden zijn onder meer de volgende:

- retentie van de placenta;
- nacurettage;
- vagale reactie;
- stress;
- hemorragie;
- braken, misselijkheid;
- chlamydia;
- mislukking Mefipristone;
- fibromen;
- endometriose;
- hyperthermie;
- sepsis;
- mdv;
- allergie waarschijnlijk aan methergine.

ANNEXE 2

LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE AU-DELÀ
DU DÉLAI DE DOUZE SEMAINES

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

En vertu de l'article 350, 4^o, 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^o, b), 2^o et 3^o 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.

50 interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées en 2002.

Trois de ces interruptions ont été pratiquées pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 41 en raison d'affection grave ou incurable de l'enfant. Trois de ces interruptions ont été pratiquées en raison d'une combinaison de risques pour la mère et pour l'enfant.

En 2003, 54 interruptions de grossesse au-delà de douze semaines ont été enregistrées, neuf pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 41 en raison d'une affection grave ou incurable chez l'enfant. Deux de ces interruptions ont été pratiquées 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 les cas suivants : sclérose multiple, épileptie, contamination HIV, syndrome d'anxiété chronique, lupus erythematodes disseminatus, toxoplasmose, sarcome métastasé, chorioamnionite et sepsie, eclampsie, embolie pulmonaire, syndrome d'Hodgskin, septicémie, hernie discale, bécasse cervicale.

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 :

- trisomie 9;
- trisomie 13 (syndrome de Patou);
- trisomie 16 (Mosaïcisme);
- trisomie 18 (syndrome d'Edwards);
- trisomie 21 (syndrome de Down);
- syndrome polymalformatif (deletie 15);
- triploïdie chromosomiale 69 xxx;
- duplication partielle du chromosome 8.

2. Affections héréditaires :

- adénomatoïde congénital, malformation pulmonaire type 1;
- cardiopathie congénitale pulmonaire;
- syndrome de Turner avec complications multiples;
- malformation fœtale.

3. Malformations :

- hydrocéphalie;

BIJLAGE 2

ZWANGERSCHAPSAFBREKINGEN NA EEN
PERIODE VAN 12 WEKEN

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

Overeenkomstig artikel 350, 4^o van het Strafwetboek kan na de termijn van twaalf weken de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald bij artikel 350, 1^o, b), 2^o en 3^o 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 2002 werden er 50 zwangerschapsafbrekingen, uitgevoerd na een periode van 12 weken, geregistreerd.

Drie ervan werden verricht wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw; 41 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind; drie wegens een combinatie van risico's voor moeder én kind.

In 2003 lagen de cijfers als volgt : 54 zwangerschapsafbrekingen waarvan negen wegens het ernstige gevaar voor de gezondheid van de vrouw; 41 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind; twee 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 : multiple sclerose, epilepsie, HIV-besmetting, chronisch angstsyndroom, lupus erythematodes disseminatus, toxoplasmose, sarcoom met metastase, chorioamnionitis en sepsis, eclampsie, longembolie, Hodgskinsyndroom, septicemie, discus hernia, openstaande baarmoederhals.

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

1. Chromosomale aandoeningen

- trisomie 9;
- trisomie 13 (syndroom van Patou);
- trisomie 16 (Mosaïcisme);
- trisomie 18 (syndroom van Edwards);
- trisomie 21 (syndroom van Down);
- polymalformatief syndroom (deletie 15);
- chromosomaal triploïdie 69xxx;
- partiële duplicatie chromosoom 8.

2. Erfelijke aandoeningen

- congenitale adénomatoïde longmalformatie type 1;
- congenitale cardiopathie, longatresie;
- Turnersyndroom met veelvuldige afwijkingen;
- aangetaste mannelijke fœtus met familiaal gekende deletie Duchenne lethale spierziekte.

3. Malformatieve aandoeningen

- hydrocefalie;

- anencéphalie;
- spina bifida;
- dysplasie des poumons, malformation des articulations;
- encéphalocèle;
- hypoplasie du cœur;
- fente bilatérale labiale et palatine;
- malformation congénitale grave;
- omphalocèle;
- agénésie cérébrale, ventriculomégalie;
- nanisme thanatophore;
- meningocèle;
- fente palatine, dilatation des ventricules du cerveau, polygnathie, cœur: paroi interventriculaire perforée, malformation de l'aorte;
- retard extrême de croissance intra-utérine;
- atrophie cérébrale;
- hypertrophie de la vessie;
- ostéogénèse imparfaite;
- agénésie bilatérale des membres supérieurs;
- anamniose;
- malformation du tube neural;
- retard de croissance;
- atteinte SMA (affection métabolique);
- dysplasie du rein et du poumon;
- malformation grave du fœtus;
- achondrogenèse léthale;
- élargissement trophoblastique important et anamniose;
- hernie du diaphragme, liver up;
- neurofibromatose type 1;
- hypoplasie du testicule droit, VSD, hypoplasie de l'artère pulmonaire;
- libola genens.

4. Affections tératogènes :

- rubéole, séroconversion au cours de la grossesse;
- grave infection CMV congénitale;
- cytomegalovirus;
- infection congénitale;
- prise de roaccutane en début de grossesse;
- sero-rotation.

- anencefalie;
- spina bifida;
- longdysplasie, gewrichtsmalformatie;
- encefalocoele;
- hart hypoplasie;
- bilaterale cleft van lip en verhemelte;
- ernstige congenitale malformatie;
- grote omphalocoele;
- cerebellaire agenesie, ventriculomegalie;
- dwerggroei;
- meningocoele;
- cleft lip palatum, dilatatie van de hersenventrikel, polygnathie, hart: groot ventrikel septum defect, misvorming van de aorta;
- extreme intra-uterine groeiretardatie;
- cerebrale atrophie;
- megablaas;
- osteogenesis imperfecta;
- bilaterale agenesie bovenste ledematen;
- anamniose;
- neuraalbuisdefect;
- groeiachterstand;
- aangetast SMA (metabolische aandoening);
- urinebuisdeur met nier- en longdysplasie;
- erge afwijking van de foetus;
- lethale achondrogenese;
- aanzienlijke trophoblastische loslating en anamniose;
- hernia diafragmatica, liver up;
- neurofibromatose type 1;
- hypoplasie rechter testikel, VSD, hypoplasie arteria pulmonalis;
- libola genens.

4. Teratogene aandoeningen

- rubella, seroconversie in zwangerschap;
- ernstige congenitale CMV infectie;
- cytomegalovirus;
- congenitale infectie;
- roaccutane begin zwangerschap;
- sero-omdraaiing.

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 leurs rapports annuels. 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;

— la grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai a dépassé 12 semaines après la période d'attente de 6 jours;

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;

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

— 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.

— 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. Institutions francophones

Centres

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
27	29	7 631	8 776	6 311	7 063	1 320	1 713	17,30	19,52

1. Franstalige instellingen

Centra

Hôpitaux et cliniques

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen				Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2002	2003	2002	2003			dont après 12 semaines — waarvan na 12 weken		2002	2003	2002	2003
				2002	2003	2002	2003				
23	26	3 150	3 354	2 497	2 707	42	56	653	647	20,73	19,29

Ziekenhuizen

2. Institutions néerlandophones

Centres

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
8	7	7 646	7 419	6 383	6 344	1 237	1 075	16,18	14,49

2. Nederlandstalige instellingen

Centra

Hôpitaux et cliniques

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen				Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2002	2003	2002	2003			dont après 12 semaines — waarvan na 12 weken		2002	2003	2002	2003
				2002	2003	2002	2003				
12	11	1 041	1 256	613	1 032	25	32	167	221	16,04	17,59

Ziekenhuizen

3. Aperçu général

Centres

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
2002	2003	2002	2003
35	36	12 964	13 407

Hôpitaux

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen			
2002	2003			dont après 12 semaines waarvan na 12 weken	
		2002	2003	2002	2003
35	37	3 110	3 739	67	88

3. Overzicht

Centra

Ziekenhuizen

3. RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES

27 centres extrahospitaliers ont fait parvenir un rapport annuel à la commission en 2002 et 29 en 2003.

23 hôpitaux et cliniques ont fait parvenir un rapport annuel à la commission en 2002 et 26 en 2003.

La façon dont ces établissements ont organisé et géré leurs services d'information au cours des deux années de référence, leurs méthodes d'accueil et d'assistance ainsi que leur évaluation des résultats sont examinés ci-après.

Les remarques générales principalement émises par les institutions bruxelloises et qui étaient déjà énoncées dans le précédent rapport connaissent cette année encore la même fréquence. Elles concernent principalement l'augmentation sensible du nombre d'IVG chez les jeunes ainsi que l'accroissement parmi leur public de personnes émanant des communautés culturelles arabe, turque, espagnole, congolaise, sud-américaine, ... Ces institutions, interpellées par les aspects multiculturels de leur travail, insistent sur la nécessité d'une information qui puisse efficacement s'adresser à ce public nouveau, c'est-à-dire, non seulement dans les langues des communautés les plus représentées, mais aussi tenant compte de leurs appartenances religieuses et philosophiques.

L'ensemble des centres se disent aussi de plus en plus confrontés à des personnes sans couverture sociale ou connaissant de réelles difficultés financières à qui ils proposent de payer l'IVG à leur rythme

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

In 2002 hebben 27 centra een jaarverslag naar de commissie gezonden. In 2003 waren er dit 29.

In 2002 hebben 23 ziekenhuizen en klinieken een jaarverslag naar de commissie gezonden. In 2003 waren er dit 26.

De wijze waarop deze instellingen in de loop van de twee referentie jaren hun voorlichtingsdiensten hebben georganiseerd en beheerd, hun methodes voor opvang en bijstand, alsook hun evaluatie van de resultaten worden hierna onderzocht.

De algemene opmerkingen van vooral de Brusselse instellingen waarvan sprake in het vorige verslag kwamen deze keer even vaak voor. Ze hebben betrekking op de gevoelige stijging van het aantal zwangerschapsafbrekingen bij zowel jongeren als bij personen van Arabische, Turkse, Spaanse, Kongolese, Zuid-Amerikaanse, ... afkomst. Deze instellingen, die via hun werk geconfronteerd worden met multiculturele aspecten, dringen aan op efficiënte informatie voor dit nieuwe publiek, met andere woorden niet alleen in de taal van de meest vertegenwoordigde gemeenschappen, maar ook rekening houdend met hun religieuze en filosofische overtuigingen.

De centra zeggen dat ze ook steeds meer worden geconfronteerd met personen die niet gedekt zijn door de sociale zekerheid of die te kampen hebben met echte financiële moeilijkheden. Aan deze mensen stel-

sur base d'une reconnaissance de dette. Si la dette n'est pas honorée, c'est le centre qui supporte les frais. Il y a donc demande d'une reconnaissance effective de l'acte pluridisciplinaire qu'est l'IVG dans son mode de subsidiation.

A. Centres extrahospitaliers

1. Composition et fonctionnement

Les services d'information des centres extrahospitaliers sont le plus souvent composés d'une dizaine de personnes, parfois plus, dont les intervenants sont le plus souvent des psychologues, des assistant(e)s sociaux (sociales) et des médecins. Parfois les équipes se sont adjoint un(e) juriste, des kinésithérapeutes, des sexologues et/ou des conseillers conjugaux ou encore une infirmière sociale ou du personnel administratif.

Le public visé est aussi bien adolescent qu'adulte et les équipes semblent vouloir s'adapter aux demandes en tenant compte des spécificités inhérentes aux différentes classes d'âge.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

Les activités des services d'information des centres s'inscrivent habituellement aussi bien dans une démarche préventive que dans la prise en charge de l'interruption de grossesse proprement dite. Selon la philosophie des centres, lesquels adhèrent le plus souvent au GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement), le développement personnel de la patiente, son autonomie, sa responsabilité et son bien-être dans les domaines de la vie affective, sexuelle, familiale et sociale sont favorisés.

Eu égard à ce qui précède, les méthodes adoptées par les centres sont assez semblables et une impression d'uniformité se dégage de la lecture des rapports reçus des centres en ce qui concerne ces méthodes.

Certains centres font part de ce que leurs objectifs comprennent le fait de permettre à toutes les femmes et les couples qui le désirent poursuivre la grossesse, de la mener à terme et de pouvoir élever leurs enfants dans des conditions sociales, économiques et psychologiques optimales.

L'accueil

Il comporte en général l'information, l'écoute, le soutien et l'orientation, et le centre est le plus souvent accessible tous les jours ouvrables de la semaine. Le

len de centra een afbetalingsplan op maat voor, op basis van een contract waarin ze de schuld erkennen. Als de schuld niet betaald wordt, zijn het de centra die voor de kosten opdraaien. Wat betreft de subsidiëeringswijze van de zwangerschapsafbreking wordt de vraag gesteld naar een effectieve erkenning van de pluridisciplinaire handeling die zij toch vormt.

A. Centra

1. Samenstelling en werking

De voorlichtingsdiensten van de centra zijn meestal samengesteld uit een tiental personen, soms meer, meestal psychologen, maatschappelijk assistenten en artsen. Soms worden de teams bijgestaan door een jurist, kinesitherapeut, seksuoloog en/of huwelijksconsulent of nog door een sociaal verpleegkundige of administratief personeel.

Het beoogde publiek is een publiek van zowel jongeren als volwassenen. De teams lijken zich door rekening te houden met de specifieke problemen van de verschillende leeftijdsklassen te willen aanpassen aan de verzoeken.

2. Methodes voor de opvang en bijstand

De activiteiten van de voorlichtingsdiensten van de centra zijn gewoonlijk zowel op preventie als op de uitvoering van de eigenlijke zwangerschapsafbreking gericht. Volgens de filosofie van de centra, die meestal bij GACEPHA (Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement) zijn aangesloten, dient de persoonlijke ontwikkeling van de patiënte, haar autonomie, haar verantwoordelijkheidszin en haar welzijn op het vlak van het gevoels-, gezins-, seksueel en sociaal leven te worden bevorderd.

Gelet op wat voorafgaat, zijn de door de centra toegepaste methoden nogal vergelijkbaar en bij het lezen van de verslagen van de centra krijgen we een indruk van gelijkvormigheid.

Bepaalde centra melden dat ze eveneens als taak hebben om iedere vrouw die of ieder koppel dat de zwangerschap wenst verder te zetten de mogelijkheid te geven hun kinderen in optimale sociale, economische en psychologische omstandigheden te kunnen opvoeden.

De opvang

Deze bestaat doorgaans uit informeren, luisteren, steunen en oriënteren. Het centrum is meestal elke werkdag van de week open. Meestal wordt de

plus souvent, la personne est reçue pour un premier entretien par une psychologue ou une assistante sociale spécialement formée.

Sous-tendus par le principe que la femme doit prendre sa décision en connaissance de cause et librement, plusieurs centres spécifient les objectifs de l'entretien, lesquels sont de :

- clarifier la demande;
- entendre la femme et/ou le couple dans ses difficultés;
- relever les pressions ou contraintes éventuelles qui pourraient intervenir dans la décision;
- permettre de prendre conscience des enjeux liés à la décision;
- ouvrir un espace de parole où il sera question de la prévention en matière de vie affective et sexuelle;
- informer sur les droits et aides possibles, ainsi que sur les possibilités d'adoption;
- orienter éventuellement vers le juriste ou l'assistante sociale;
- informer et dédramatiser quant à l'intervention proprement dite;
- mettre au point une contraception future, clarifier les choses quant à une éventuelle résistance à cet égard, passée ou future.

Après l'entretien, l'accueillante transmet le «dossier» au médecin en spécifiant les raisons sur lesquelles s'appuie la décision de la femme.

La consultation médicale

Le médecin reçoit la femme et s'assure de sa détermination profonde et de son état de détresse.

Un examen gynécologique est pratiqué et le médecin informe la patiente des risques médicaux éventuels liés à l'IVG.

L'intervention

À la suite du délai minimal de réflexion d'une semaine, le jour de l'intervention, la patiente doit confirmer sa détermination à interrompre sa grossesse et est invitée à le faire par écrit.

L'intervention se fait le plus souvent par aspiration, sous anesthésie locale. L'accueillante est souvent présente pour soutenir la femme tant au niveau physique que psychique.

À la suite de l'intervention, une information est donnée par l'équipe sur les précautions à prendre

persoon voor een eerste onderhoud ontvangen door een psycholoog of een speciaal opgeleide maatschappelijk assistent.

Uitgaande van het beginsel dat de vrouw haar beslissing vrij en met kennis van zaken neemt, specificeren tal van centra de doelstellingen van het onderhoud :

- verduidelijken van de vraag;
- luisteren naar de vrouw en/of het koppel en haar/hun moeilijkheden;
- de eventuele druk of hinder die de beslissing kan meebrengen naar voren brengen;
- bewustwording van hetgeen op het spel gezet wordt door de beslissing;
- ruimte creëren voor gesprekken over preventie op het vlak van het gevoels- en seksueel leven;
- informatie verstrekken over de rechten en mogelijke hulpverlening, alsook over de adoptiemogelijkheden;
- eventueel doorverwijzen naar een jurist of een maatschappelijk assistent;
- informeren en relativeren wat de eigenlijke ingreep aangaat;
- een toekomstige anticonceptie uitwerken, de zaken toelichten in verband met een eventuele weerstand in het verleden of de toekomst hiertegen.

Na het onderhoud stuurt de opvangpersoon het «dossier» door naar de geneesheer met vermelding van de redenen waarop de beslissing van de vrouw berust.

De medische raadpleging

De arts ontvangt de vrouw en vergewist zich van haar vastberadenheid en van haar noodtoestand.

Er wordt een gynaecologisch onderzoek verricht en de arts informeert de vrouw over de mogelijke medische risico's die met de vrijwillige zwangerschapsafbreking verband houden.

De ingreep

Na afloop van een bedenktijd van minstens een week, moet de patiënte op de dag van de ingreep haar vastberadenheid om de zwangerschap af te breken bevestigen. Ze wordt gevraagd dit schriftelijk te doen.

De ingreep gebeurt meestal door aspiratie onder lokale verdoving. De opvangpersoon is vaak aanwezig om de vrouw zowel psychisch als fysisch te steunen.

Na afloop van de ingreep wordt informatie verstrekt omtrent de voorzorgsmaatregelen die de eerst-

durant les quinze jours qui suivent et une dernière mise au point est faite au niveau de la contraception. L'équipe reste disponible pour toute information éventuelle, médicale ou morale.

Certains centres signalent qu'ils pratiquent l'IVG médicamenteuse depuis 2001. Des brochures ont été établies, qui donnent des recommandations, décrivent les précautions à prendre et le déroulement de l'intervention.

Ces centres précisent que si cette méthode ne nécessite pas la présence conjointe de deux médecins dans le centre, elle mobilise par contre énormément de temps et d'attention. En effet, les accueillant(e)s et le médecin doivent être disponibles pendant toute la durée du traitement (4-5 heures) afin de pouvoir répondre à toute demande à tout moment.

Le suivi

Après deux ou trois semaines, la femme est reçue à nouveau par une psychologue ou l'assistante sociale ainsi que par le médecin et est invitée à s'exprimer quant aux suites de son avortement. Un soutien tant psychologique que médical peut lui être apporté si nécessaire.

3. *Résultat de l'accueil et de l'assistance*

Les centres font souvent part de leur difficulté à déterminer l'influence de l'accueil et de l'assistance prodigués dans la prise ou le changement de décision des femmes et des couples. Ils formulent alors des hypothèses que leur expérience leur fait supposer. Ainsi, un centre résume ses impressions comme suit : la « qualité » de l'accueil et de l'accompagnement est de toute façon un bon moyen de prévention de futures grossesses non désirées, de difficultés psychologiques ultérieures liées à celles-ci, ... Précisons que l'objectif de nos accueils est de permettre à la femme/au couple de prendre la moins mauvaise décision (étant donné le contexte et le moment où elle/il se trouve); ce que nous offrons à la femme/au couple c'est un lieu de parole où le travailleur social va prendre le temps d'écouter la femme/le couple, lui permettre de prendre du recul par rapport à ce qu'il/elle est en train de vivre, de mûrir sa décision ».

« L'accompagnement permet à la femme de prendre une décision plus librement, en connaissance de cause, en sachant mieux ce que représentera l'IVG ou la poursuite de la grossesse. Il favorise une prévention des difficultés psychologiques et médicales liées à un avortement. Il favorise la mise en place d'un suivi de contraception. Les « post » permettent de continuer le travail de prévention, de responsabilisation et de faciliter la poursuite du processus de deuil ».

volgende veertien dagen moeten worden genomen. Tevens wordt de anticonceptie nogmaals besproken. Het team blijft beschikbaar voor mogelijke verdere informatie van medische of andere aard.

Bepaalde centra melden dat ze sinds 2001 de medicamenteuze zwangerschapsafbreking toepassen. Er werden brochures opgesteld die aanbevelingen geven, de voorzorgsmaatregelen beschrijven die moeten worden genomen en uitleggen hoe de ingreep juist verloopt.

De centra verduidelijken dat hoewel deze methode niet de gelijktijdige aanwezigheid van twee artsen in het centrum vereist, er hiervoor zeer veel tijd en aandacht moet worden voorzien. De opvangperso(o)n(en) moet(en) beschikbaar zijn tijdens de volledige duur van de behandeling (4-5 uur) om iedere vraag op elk moment te kunnen beantwoorden.

De follow-up

Na twee à drie weken wordt de vrouw opnieuw ontvangen door een psycholoog of maatschappelijk assistent alsook door een arts. Er wordt haar gevraagd naar haar gevoelens naar aanleiding van de abortus. Indien het nodig blijkt, kan haar zowel psychologische als medische hulp worden geboden.

3. *Resultaat van de opvang en de bijstand*

De centra melden dat het dikwijls moeilijk is te schatten is welke invloed de opvang en de bijstand gehad heeft op de beslissing die de vrouwen en de koppels nemen. Ze suggereren ons veronderstellingen op basis van hun ervaringen. Zo vat een centrum zijn indrukken met betrekking tot het onthaal als volgt samen : « De kwaliteit van het onthaal en de begeleiding is in elk geval een goed preventiemiddel voor toekomstige ongewenste zwangerschappen, en latere psychologische moeilijkheden die hieruit voortvloeien. Wij wensen te benadrukken dat het doel van ons onthaal is de vrouw/het koppel toe te laten de minst slechte beslissing te nemen (gelet op de context waarin zij zich bevindt/bevinden); wij bieden de vrouw/het koppel een gespreksmogelijkheid waarbinnen de sociale werker de tijd neemt om naar de vrouw/het koppel te luisteren, hen de mogelijkheid biedt afstand te nemen van hetgeen zij beleeft/beleven, de beslissing grondig te overwegen, ... ».

« De begeleiding laat de vrouw toe onbelemmerd een beslissing te nemen, met kennis van zaken, zich bewust van wat een abortus of de voortzetting van de zwangerschap inhoudt. Het bevordert de preventie van psychologische en medische moeilijkheden naar aanleiding van de abortus. Het bevordert het opstarten van een follow-up van de anticonceptie. De « post » laten toe het preventiewerk en het bijbrengen van verantwoordelijkheidsgevoel verder te zetten en voortzetting van het rouwproces te vergemakkelijken ».

Il est notamment aussi spécifié que «la qualité de l'accueil, la personnalisation de la relation et l'approche globale de la personne favorisent la réduction des complications médicales et/ou psychologiques de l'IVG». L'IVG peut alors être vécue comme «une étape difficile dans un processus de maturation et un moment de réceptivité accrue aux messages de prévention et de responsabilisation».

4. *Cas d'accueil et d'assistance signalés*

Quelques centres signalent un certain nombre de patientes qui n'ont pas subi une IVG après l'entretien.

Les centres font d'année en année davantage remarquer que le fait de renoncer à la grossesse peut être conditionné par la précarité de la situation sociale et économique de la femme. Les assistants sociaux mettent tout en œuvre pour les soutenir (recherche de maisons d'accueil, mise en ordre de dossier sécurité sociale, médiation avec les parents, etc., ...).

Certains aussi disent qu'ils sont de plus en plus confrontés à des personnes sans couverture sociale ou connaissant de réelles difficultés financières à qui ils offrent la possibilité de payer les frais d'IVG à leur rythme sur base d'une reconnaissance de dette. Dans certains cas, les frais sont entièrement à charge du centre.

Certains soulignent la diversité des origines des femmes qui fréquentent le centre, ce qui amène le personnel à être extrêmement attentif à l'influence des appartenances culturelles, religieuses, ethniques sur la prise de décision finale.

Des centres font appel au CIRE (coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers) qui fournit l'assistance d'un(e) interprète.

Un centre fait part du fait qu'il est «régulièrement confronté à des demandes d'IVG chez des femmes troublées et bouleversées après leur passage dans des centres pro-life. Outre les discours culpabilisants et moralisateurs tenus aux femmes dans ces centres, il semble que les dispositions légales ne soient pas respectées. L'attitude de ces centres vis-à-vis des patientes nous semble accroître de façon inutile et abusive leur état de détresse».

Er wordt meer bepaald ook onderstreept dat «de kwaliteit van de opvang, de verpersoonlijking van de relatie en de globale benadering van de persoon, gunstige elementen zijn voor de vermindering van medische en/of psychologische verwickelingen van de vrijwillige zwangerschapsafbreking». De vrijwillige zwangerschapsafbreking kan dan worden ervaren als «een moeilijke periode in het volwassenwordingsproces en een moment van verhoogde gevoeligheid voor boodschappen die aanzetten tot preventie en verantwoordelijkheid».

4. *Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden*

Enkele centra melden dat een aantal patiënten geen vrijwillige zwangerschapsafbreking hebben ondergaan na het gesprek.

De centra merken jaar na jaar steeds vaker op dat het feit af te zien van een zwangerschap kan worden beïnvloed door de moeilijke sociale en economische situatie van de vrouw. De maatschappelijke assistenten doen alles om hen te ondersteunen (opzoeken van opvanghuizen, in orde brengen van het dossier voor de sociale zekerheid, bemiddeling met de ouders, enz., ...).

De centra zeggen dat ze ook steeds meer worden geconfronteerd met personen die niet gedekt zijn door de sociale zekerheid of die te kampen hebben met echte financiële moeilijkheden. Aan deze mensen stellen de centra een afbetalingsplan op maat voor, op basis van een contract waarin ze de schuld erkennen. In bepaalde gevallen zijn de kosten echter helemaal voor het centrum.

Bepaalde centra wijzen ook op de grote diversiteit van de vrouwen die ze zien in de centra, waardoor het personeel uitermate aandachtig moet zijn voor de invloed die culturele, religieuze en etnische elementen kunnen hebben op hun definitieve keuze.

Bepaalde centra doen een beroep op het CIRE (*coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers*) die een tolk ter beschikking stellen.

Een centrum maakt melding van het feit «dat het regelmatig wordt geconfronteerd met zwangerschapsafbrekingsaanvragen van verwarde en diep getroffen vrouwen die eerst naar een pro-life-centrum waren gegaan. Naast de culpabiliserende en moraliserende uiteenzettingen die de vrouwen in deze centra te horen krijgen, lijkt het dat de wettelijke bepalingen niet worden nageleefd. De houding die deze centra ten opzichte van de patiënten aannemen, lijkt ons van die aard dat de noodsituatie van deze patiënten nutteloos en overmatig wordt verzwaard».

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

Plusieurs centres préconisent :

- la nécessité d'une contraception gratuite (ce qui est légalement réalisé pour les moins de 20 ans) et l'introduction dans le programme scolaire d'une formation à l'éducation sexuelle et affective (tous réseaux); ces formations pourraient être suivies d'un relais par le centre de planning;

- la distribution élargie et gratuite de la pilule du lendemain et mise en place de campagnes informatives et préventives;

- d'encourager les personnes qui utilisent le préservatif pour se prémunir des MST à utiliser conjointement une autre contraception (orienter les campagnes de prévention en ce sens);

- l'installation de distributeurs de préservatifs dans les écoles.

B. *Hôpitaux et cliniques*

1. *Composition*

Il semble important de souligner que, même si les hôpitaux sont en général moins bien outillés pour accueillir les demandeuses d'IVG, les descriptions des entretiens menés ces deux dernières années au sein des services d'information témoignent de l'importance accordée par un certain nombre de ces institutions à l'aspect humain et psychologique. La femme est loin d'être livrée à elle-même dans une institution déshumanisée.

Un hôpital bruxellois signale que certaines patientes sont vues uniquement par le médecin parlant leur langue (anglais, arabe, berbère, perse, rwandais, polonais, russe). Le service se compose le plus souvent des médecins de l'établissement et d'une infirmière, d'un(e) psychologue et/ou d'une assistante sociale.

Il arrive qu'aucune structure spécifique n'a été mise en place et que seul le médecin mène l'entretien préalable à l'intervention. Parfois, en revanche, des locaux sont aménagés spécialement à cet égard. Le service d'information fonctionne souvent avec du personnel provenant des autres services de l'hôpital (psychologue, assistante sociale) ou alors certains hôpitaux collaborent avec un centre de planning familial se trouvant à proximité.

2. *Fonctionnement du service*

Les services fonctionnent le plus souvent sur rendez-vous, par téléphone, ce qui permet déjà à la personne demandeuse de se renseigner sur le déroule-

5. *Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren*

Verschillende centra raden volgende zaken aan :

- de nood aan gratis anticonceptie (wat wettelijk geregeld is voor jongeren onder de 20 jaar) en invoering van seksuele opvoeding of gevoelsopvoeding in het leerprogramma (alle netten); deze opleidingen zouden kunnen worden opgevolgd door de centra voor gezinsplanning;

- grotere en gratis verspreiding van de morning-afterpil en opzetten van informatie- en preventiecampagnes;

- de gebruikers van voorbehoedsmiddelen tegen SOA's aanmoedigen om tegelijk ook een ander anticonceptiemiddel te gebruiken (de preventiecampagnes in die richting oriënteren);

- de installatie van condoomautomaten in de scholen.

B. *Ziekenhuizen en klinieken*

1. *Samenstelling*

Er dient opgemerkt dat, zelfs al zijn de ziekenhuizen in het algemeen minder goed uitgerust om iemand, die een zwangerschapsafbreking aanvraagt, te behandelen, de beschrijvingen van de gesprekken die de laatste twee jaar binnen de voorlichtingsdiensten gehouden zijn, wijzen op de nadruk die door een aantal van deze instellingen gelegd wordt op het menselijke en het psychologische aspect. De vrouw wordt helemaal niet alleen gelaten in een ontmenselijke instelling.

Een Brussels ziekenhuis meldt dat bepaalde patiënten enkel worden gezien door de arts die hun taal spreekt (Engels, Arabisch, Berbers, Perzisch, Pools, Russisch). Meestal bestaat de dienst uit artsen van de instelling, en soms uit een verpleegster, een psycholoog en/of maatschappelijk assistent.

Soms is er geen specifieke structuur aanwezig en is het alleen de arts die het gesprek, dat de ingreep voorafgaat, voert. Daarentegen zijn er soms ook hiertoe speciaal ingerichte lokalen beschikbaar. De voorlichtingsdienst werkt vaak met personeel (psycholoog, maatschappelijk assistent) dat van andere diensten van het ziekenhuis afkomstig is. Bepaalde ziekenhuizen werken samen met een centrum voor gezinsplanning in de buurt.

2. *Werking van de dienst*

De diensten werken meestal op telefonische afspraak waardoor de aanvrager zich al kan informeren over het verloop van de ingreep. De sociale dienst

ment de l'intervention. Le service social fonctionne normalement tous les jours, pendant les heures normales d'activité; une assistante sociale assure ce service; l'accueil en urgence est bien sûr possible.

Les dossiers IVG du GACEHPA servent, lorsqu'ils sont utilisés, de support et facilitent l'entretien individuel.

De toute façon, comme pour les centres, les services d'information des hôpitaux informent quant aux droits et aides possibles et aux avantages garantis par la loi et les décrets aux familles et enfants à naître, à propos des possibilités d'adoption ou d'hébergement en maison d'accueil ou des aides sociales en rapport avec les circonstances particulières de la grossesse non désirée.

De plus en plus d'hôpitaux accueillent la femme et une personne de son choix au cours d'un entretien individuel par une personne formée à l'écoute. Un service social personnalisé a parfois été mis en place pour résoudre les problèmes annexes à la demande d'IVG (logement, mutuelle, minimex, éthylisme, ...)

S'il y a perception d'une fragilité particulière de la femme, des moyens sont parfois mis en œuvre pour une prise en charge plus spécifique et approfondie.

Des locaux sont parfois mis à disposition dans le cadre précis de la pratique des IVG: salle d'attente, bureau de l'assistante sociale, bureau du médecin, salle d'examen, salle de repos.

Une accueillante oriente vers les différents intervenants.

Une visite de follow-up est en général prévue au cours de laquelle un suivi médical et psycho-social est mis sur pied.

À l'analyse des renseignements récoltés auprès des services d'information des structures hospitalières, les éléments suivants peuvent être cités:

— les entretiens des services d'information consistent le plus souvent en une clarification de la demande, une gestion de l'ambiguïté éventuelle et une information sur la contraception qui se prolonge parfois en une vérification de son application après l'IVG;

— certains hôpitaux dispensent une information sur la contraception dans les écoles environnantes;

— les services d'information servent aussi à informer, selon la loi, sur les alternatives à l'avortement.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'information propre à l'IVG, les services d'information précisent les différentes étapes de l'intervention.

werkt normaal gezien alle dagen tijdens de normale uren; een maatschappelijk assistent staat in voor deze dienst. Vanzelfsprekend is er ook altijd noodopvang mogelijk.

De vrijwillige zwangerschapsafbrekingdossiers van GACEHPA dienen, wanneer ze worden gebruikt, als ondersteuning en vergemakkelijken het individueel gesprek.

De voorlichtingsdiensten van de ziekenhuizen informeren in ieder geval, net als de centra, over de rechten, de mogelijke hulp en de voordelen die de wet en de decreten garanderen voor de familie en de ongeboren kinderen, alsook over de mogelijkheden tot adoptie of een verblijf in een opvangtehuis of sociale hulp in functie van de specifieke omstandigheden van de ongewenste zwangerschap.

Meer en meer ziekenhuizen ontvangen de vrouw en een persoon naar keuze voor een individueel gesprek met een persoon die daarvoor is opgeleid. Soms is er een gepersonaliseerde sociale dienst opgericht om de problemen op te lossen die teweeggebracht kunnen zijn door de aanvraag voor zwangerschapsafbreking (verblijf, ziekenfonds, leefloon, alcoholisme, ...).

Als er bepaalde zwakheden worden vastgesteld bij de vrouw, gaat men soms over tot een meer specifieke en diepgaande behandeling.

Soms worden er lokalen ter beschikking gesteld in het kader van de zwangerschapsafbreking: wachtzaal, bureau van de maatschappelijke assistent, bureau van de arts, onderzoekszaal, rustkamer.

Een onthaalmedewerk(st)er oriënteert de mensen naar de verschillende interveniënten.

Er volgt bijna altijd nog een follow-upbezoek. Tijdens dit gesprek wordt een medische en psychosociale follow-up besproken.

Bij de analyse van de gegevens ingewonnen bij de voorlichtingsdiensten van ziekenhuisorganisaties, kunnen volgende elementen worden aangehaald:

— de gesprekken met voorlichtingsdiensten bestaan meestal uit het verduidelijken van de aanvraag, het wegwerken van eventuele dubbelzinnigheden en het informeren over anticonceptie waarvan de toepassing na de vrijwillige zwangerschapsafbreking soms verder wordt gecontroleerd;

— bepaalde ziekenhuizen verstrekken informatie over anticonceptie in de nabijgelegen scholen;

— de voorlichtingsdiensten zijn er, volgens de wet, ook om te informeren over andere mogelijkheden dan abortus.

Wat de specifieke informatie over zwangerschapsafbreking betreft, verduidelijken de voorlichtingsdiensten de verschillende fasen van de ingreep.

Il est évident à ce propos que l'accès à la pilule abortive (myféquine) a été le point de départ de nouvelles pratiques et a nécessité la mise sur pied d'une nouvelle organisation pour les institutions.

3. *Cas d'accueil et d'assistance signalés*

Les services d'information des hôpitaux ont émis les commentaires suivants :

— Un hôpital signale que la méthode par myféquine reste relativement peu utilisée. Les patientes préfèrent pourtant souvent cette méthode (ressemblant plus à une perte naturelle de l'enfant) mais ne peuvent y accéder financièrement (méthode plus chère que l'aspiration);

— les difficultés inhérentes à l'usage de langues étrangères (anglais, arabe, persan, espagnol, ...) empêchent certaines patientes de passer par le service d'information et ce sont des médecins pratiquant ces langues qui se sont occupés de l'accueil;

— la procédure d'accueil ne devrait pas être systématisée à toutes les demandes mais devrait se limiter aux « cas limites » que le médecin est apte à détecter;

— les patientes en situation illégale peuvent bénéficier d'une procédure administrative d'urgence leur permettant d'avoir accès aux soins nécessaires;

— beaucoup de patientes hésitantes face à l'IVG l'ont fait, poussées par la crainte de l'avenir, face au peu de moyens financiers;

— s'il y a décision de poursuivre la grossesse, une institution signale qu'on envisage une collaboration avec l'association «souffle de vie»;

— l'IVG reste un sujet tabou;

— la contraception doit, dans bien des cas, être longuement expliquée et il y a souvent lieu de surmonter des *a priori* négatifs concernant la pilule;

— il y a parfois confusion entre la pilule du lendemain et la pilule abortive;

— il y a méconnaissance de la pilule du lendemain;

— une institution signale que «l'angoisse d'être seule et de devoir assumer un enfant, la crainte de perdre un emploi, la peur de ne pouvoir poursuivre une ambition professionnelle déjà bien engagée, l'impossibilité de pouvoir faire face à la pression familiale et sociale, à la charge financière que représente l'éducation d'un enfant» constituent les motivations d'un nombre non négligeable de femmes pour interrompre leur grossesse;

Het is duidelijk dat de toegang tot de abortuspil (Myfegine) nieuwe toepassingen mogelijk heeft gemaakt en een nieuwe organisatie voor de instellingen noodzakelijk heeft gemaakt.

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

De informatiediensten van de ziekenhuizen hebben de volgende opmerkingen gegeven :

— Een ziekenhuis meldt dat de methode met Myfegine relatief weinig wordt gebruikt. De patiënten hebben nochtans een voorkeur voor deze methode (aangezien het meer lijkt op het natuurlijke verlies van een kind) maar dit is financieel niet altijd mogelijk (duurder dan aspiratie);

— de moeilijkheden inherent aan het gebruik van vreemde talen (Engels, Arabisch, Perzisch, Spaans, ...), verhinderen dat bepaalde patiënten bij de voorlichtingsdienst langs komen. De geneesheren die deze talen kennen, houden zich bezig met het onthaal;

— de onthaalprocedure zou niet systematisch voor alle aanvragen moeten worden toegepast, doch enkel voor «grensgevallen» die de arts zelf kan opsporen;

— de patiënten die zich in de illegaliteit bevinden kunnen profiteren van een administratieve spoedprocedure die toegang verschaft tot de nodige verzorging;

— heel wat patiënten die aarzelden over een vrijwillige zwangerschapsafbreking werden gedreven door de vrees voor de toekomst, gelet op hun beperkte financiële middelen;

— als er beslist wordt om de zwangerschap niet te beëindigen, meldt een instelling dat er overwogen wordt om samen te werken met de vereniging «souffle de vie»;

— zwangerschapsafbreking blijft een taboe;

— er moet dikwijls veel uitleg gegeven worden over anticonceptie en vaak moeten negatieve oordelen over de pil opnieuw worden uitgelegd;

— er is soms verwarring tussen de morning-afterpil en de abortuspil;

— de morning-afterpil is niet goed gekend;

— een instelling zegt dat «de angst om alleen een kind op te voeden, de vrees om het werk te verliezen, de schrik om geen verdere carrière te kunnen uitbouwen, de onmogelijkheid om te weerstaan aan familiale en sociale druk, de financiële last voor de opvoeding van een kind» voor een niet-verwaarloosbaar aantal vrouwen de redenen zijn om hun zwangerschap af te breken;

— l'IVG médicamenteuse est perçue comme une solution plus souple, plus naturelle d'interruption de grossesse.

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

Les hôpitaux suggèrent de mettre en pratique ce qui suit :

— intensifier la publicité sur l'existence des centres de planning familial dans les écoles secondaires;

— simplifier la loi sur l'adoption;

— développer des réseaux d'aide autour des mineurs qui souhaitent garder leur enfant contre l'avis de leurs parents;

— favoriser l'accès à la contraception pour les milieux les plus défavorisés notamment les femmes en situation précaire ou illégale en Belgique (gratuité, échantillons, ...);

— médiatiser l'accès à la contraception;

— prix dégressif des pilules en fonction des critères économiques ou sociaux. Gratuité en planning familial sur base d'un dossier (comme cela se pratique en France);

— responsabiliser les garçons;

— informer à tous âges sur l'emploi correct de la pilule, sur les risques liés à l'oubli et sur la baisse de son efficacité lorsqu'elle est utilisée avec certains médicaments;

— insister sur la nécessité d'une information claire avec conseils pratiques par dépliants à remettre lors de l'IVG;

— organiser l'information sur la pilule du lendemain (spots, films d'information) ou sur le stérilet et changer la dénomination des stérilets pour éviter l'amalgame stérilet/stérilité;

— organiser une information quant aux nouvelles méthodes contraceptives (implanon, stérilet longue durée) et leur remboursement par la sécurité sociale;

— subventionner davantage les services d'accueil chargés de la contraception.

SERVICES D'INFORMATION NÉERLANDOPHONES

A. Centres

1. Composition et fonctionnement du service

a) Tous les services d'information «sauf un» font appel à un ou plusieurs psychologues, médecins; on

— de medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt als een soepeler oplossing en een meer natuurlijke vorm van zwangerschapsafbreking beschouwd.

4. *Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren*

De ziekenhuizen stellen volgende zaken voor:

— in de secundaire scholen de ruchtbaarheid aan het bestaan van centra voor gezinsplanning opvoeren;

— de adoptiewet vereenvoudigen;

— hulpnetwerken uitbouwen voor minderjarigen die hun kind wensen te houden tegen het advies van hun ouders in;

— de toegang tot de anticonceptie vergemakkelijken voor de mensen in onzekere behoeftige situaties of voor illegalen in België (gratis, stalen, ...);

— de toegang tot de anticonceptie in de media brengen;

— afnemende prijs van de pil in functie van economische of sociale criteria. Gratis familieplanning op basis van een dossier (zoals in Frankrijk);

— de jongens een grotere verantwoordelijkheidszin geven;

— op alle leeftijden informatie verstrekken omtrent het correcte gebruik van de pil, de risico's bij nalatigheid en de verminderde werking wanneer de pil wordt gebruikt in combinatie met bepaalde medicijnen;

— de nood aan duidelijke informatie benadrukken met praktische hulp via folders die bij de zwangerschapsafbreking afgegeven worden;

— informeren over de morning-afterpil (spotjes, informatieve films) of over het spiraaltje. Het wijzigen van de naam «sterilet» in het Frans en dit om verwarring tussen «sterilet/stérilité» (onvruchtbaarheid) te vermijden;

— informeren over de nieuwe methodes voor langwerkende anticonceptie (implanon, spiraaltje) en terugbetaling door de sociale zekerheid;

— een betere subsidiëring van de onthaaldiensten belast met anticonceptie.

NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

A. Centra

1. Samenstelling en werking van de dienst

a) Op één uitzondering na doen alle voorlichtingsdiensten beroep op één of meer psychologen, artsen;

retrouve d'autres qualifications telles qu'infirmière (sociale), assistante sociale, sexologue et conseiller conjugal. Le personnel de ces services se compose en moyenne de huit personnes; cette moyenne dissimule cependant de grandes différences entre services, pouvant aller de 3 à 17 collaborateurs, dont certains à temps partiel.

b) Certains services présentent chaque année un rapport circonstancié témoignant de l'attention et de l'accompagnement dont bénéficient les femmes aux plans psychosocial et médical.

D'autres se limitent à renvoyer aux rapports des années précédentes.

c) La principale information mise à disposition sur papier concernant l'avortement et les méthodes appliquées consiste en des brochures éditées par l'ASBL CCNAC (Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra), à laquelle les centres sont affiliés.

Les centres des grandes villes disposent en outre de dépliants qui s'adressent à la population féminine allochtone dans leur langue.

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

2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

a) Avant l'interruption de grossesse:

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

L'entretien a pour but la prise en charge psychosociale et émotionnelle de la femme et l'encadrement de l'examen médical.

L'équipe du centre assiste la femme dans sa prise de décision et l'aide à s'assurer du caractère non désiré de la grossesse. La femme est informée des alternatives envisageables. Cette information l'aide à faire un choix mûrement réfléchi quant aux moyens de contraception futurs.

D'autres entretiens peuvent suivre si la femme demeure indécise.

L'entretien avec l'accueillante n'aboutit pas toujours à un avortement, pour les raisons suivantes:

- la femme souhaite conserver son enfant;
- elle ne se présente pas pour le traitement prévu dans le cadre d'un deuxième rendez-vous;
- elle est renvoyée pour traitement à l'étranger;
- elle connaît un avortement spontané;
- la femme n'est pas enceinte.

andere kwalificaties zijn die van (sociaal) verpleegster, maatschappelijk assistente, seksuologe en gezinsadviseur. De diensten hebben gemiddeld een achttal personeelsleden; dit gemiddelde verhuult wel grote onderlinge verschillen gaande van 3 tot 17 personeelsleden waarvan een aantal deeltijdse.

b) Een aantal diensten stellen jaarlijks een zeer gedetailleerd rapport op waaruit de psycho-sociale en medische aandacht en begeleiding voor de vrouwen blijkt.

Andere beperken zich tot een verwijzing naar de rapporten van voorgaande jaren.

c) De ter beschikking gestelde schriftelijke informatie over abortus en de toegepaste methodes bestaat vnl. uit folders uitgegeven door de Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra (CCNAC VZW), waarbij de centra aangesloten zijn.

De centra in de grotere steden beschikken bovendien over folders die qua taal gericht zijn naar allochtone vrouwen.

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

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

a) Vóór de zwangerschapsafbreking

Het verkennend gesprek met een centrummedewerker is meestal vooraf gegaan door een telefonische opvang.

Het doel van het gesprek is de psycho-sociale en emotionele opvang van de vrouw en de omkadering van het medisch onderzoek.

Het centrumteam staat de vrouw bij in haar beslissingsproces en helpt haar na te gaan of de ongeplande zwangerschap ook ongewenst is. Informatie wordt verstrekt met betrekking tot mogelijke alternatieven en bovendien om de vrouw te helpen een weloverwogen keuze te maken inzake toekomstige anticonceptie.

Is de vrouw nog onbeslist dan kunnen nog gesprekken volgen.

Een verkennend gesprek eindigt niet altijd in een abortus; de redenen zijn:

- de vrouw wenst haar kind te behouden;
- de vrouw komt niet voor behandeling naar een tweede afspraak;
- een doorverwijzing naar het buitenland;
- spontane abortus;
- de vrouw is niet zwanger.

b) Pendant l'interruption de grossesse :

Tous les centres offrent un accompagnement psychosocial du traitement. Un deuxième entretien s'effectue au préalable avec une assistante, afin de vérifier que la femme ne nourrit aucun doute ni ne connaît de problèmes pour accepter sa décision. 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 dernier entretien est toujours prévu avec la femme.

Un centre insiste sur le fait que pour parvenir à faire changer les comportements en matière de contraception, le message doit être répété et ce sur une période supérieure à un mois.

c) Après l'interruption de grossesse :

Il va de soi que l'opération est suivie 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 renvoyée vers un centre d'assistance ou un psychothérapeute.

Le droit à l'autodétermination de la femme joue un rôle prépondérant pour le déroulement et le contenu des entretiens.

3. *Cas d'accueil et d'assistance signalés*

Concernant l'accueil et l'assistance, il ressort des rapports annuels les recommandations suivantes :

— L'accompagnement psychosocial avant et après l'intervention est assuré de préférence par la même assistante;

— Certaines femmes ont besoin de pouvoir bénéficier d'une plus grande intimité dans le centre;

— Autoriser la présence d'une personne de confiance dans la salle de traitement accroît dans une large mesure le bien-être de la femme;

— L'accueil qui suit immédiatement l'intervention peut être amélioré;

— Le laps de temps entre l'arrivée au centre et l'intervention (1 heure et demie) est trop éprouvant sur le plan émotionnel;

— Le délai qui s'écoule entre l'entretien préparatoire et l'intervention est jugé trop long;

— Il est demandé de consacrer une attention suffisante à la participation du partenaire.

Le volet financier d'une interruption de grossesse est régi via le système du tiers payant (mutualité).

b) Tijdens de zwangerschapsafbreking

De behandeling wordt in alle centra psycho-sociaal begeleid; ze wordt voorafgegaan door een tweede gesprek met een hulpverlener. In dit gesprek wordt nagegaan of er geen twijfel noch verwerkingsproblemen zijn bij de vrouw. Vervolgens worden de nabehandeling en de bestaande voorbehoedmiddelen besproken.

Naargelang de ingreep (vacuümaspiratie of medicamenteuze abortus) is het tijdsverloop verschillend maar altijd is er een afsluitend gesprek met de vrouw.

Eén centrum benadrukt sterk dat om tot een gedragsverandering te komen in het anticonceptief gedrag, de boodschap repetitief moet zijn én over een langere periode dan één maand.

c) Na de zwangerschapsafbreking

De abortus wordt uiteraard gevolgd door een medische nacontrole en eventueel een gesprek met de arts.

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

Het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw is determinerend voor het verloop en de inhoud van de gesprekken.

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

Uit de jaarverslagen kan men de navolgende aanbevelingen inzake opvang en hulp distilleren :

— de psycho-sociale begeleiding vóór en na de ingreep gebeurt bij voorkeur door dezelfde hulpverlener;

— sommige vrouwen hebben nood aan meer privacy in het abortuscentrum;

— het toelaten van een vertrouwenspersoon in de behandelkamer verhoogt zeer het welzijn van de vrouw;

— de opvang onmiddellijk na de ingreep is vatbaar voor verbetering;

— de tijd tussen de aankomst in het centrum en de ingreep (anderhalf uur) wordt emotioneel te belastend ervaren;

— de periode tussen het voorbereidend gesprek en de ingreep wordt als te lang ervaren;

— er wordt aandacht gevraagd voor de betrokkenheid van de partner.

Het financiële luik van een zwangerschapsafbreking is geregeld via het systeem van de derde betaler

Certains groupes tels que les illégaux et les personnes dont l'assurance maladie n'est pas en règle, doivent toutefois recourir à l'intervention financière du CPAS.

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

L'appel en faveur d'une prévention plus importante et pour davantage de cours d'éducation sexuelle dans les écoles secondaires est réitérée. La question de la fécondité devrait figurer parmi les objectifs finaux de l'enseignement secondaire.

Un centre insiste sur le fait que la Belgique présente à l'heure actuelle le taux d'avortement le plus bas. Cela ne doit cependant pas nous faire perdre de vue le travail de prévention, qui doit contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées parmi les adolescentes. Le nombre de cas de grossesses chez l'adolescente peut être diminué en investissant dans la «formation».

Un centre préconise le traitement en Belgique de ce que l'on a coutume d'appeler l'avortement du deuxième trimestre.

Un autre centre souhaite que toutes les catégories de la population soient informées de l'absence de fiabilité de la «méthode Ogino» comme moyen de contraception.

Enfin, un centre émet une opinion dissidente en ce qui concerne l'intervention financière de l'INAMI, qu'il estime contre-productive pour la prévention.

B. Hôpitaux

1. *Composition et fonctionnement*

a) Les services d'information sont composés de collaborateurs aux qualifications suivantes: médecin, juriste, psychologue, infirmière sociale, sage-femme, conseiller conjugal, assistante sociale, administratifs.

b) Le service d'information ne s'occupe pas exclusivement de la problématique de l'avortement. Il est intégré, notamment en tant qu'élément du service de gynécologie, clinique pour femmes ou service de psychologie clinique, dans le service social du CPAS ou le service de génétique médicale.

2. *Méthodes d'accueil et d'assistance*

À deux exceptions près, les rapports annuels ne portent qu'un intérêt des plus sommaires à cette question.

(mutualiteit). Toch moeten groepen zoals illegalen of personen die qua ziekteverzekering niet in orde zijn terugvallen op de financiële tussenkomst van het OCMW.

4. *Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren*

Opnieuw wordt gepleit voor meer preventie, meer permanente seksuele vorming naar secundaire scholen toe. Informatie over fertiliteit zou moeten opgenomen worden in de eindtermen van het secundair onderwijs.

Eén centrum benadrukt dat België momenteel het laagste abortuscijfer heeft. Toch moet aan de preventie gewerkt worden om de aanwezigheid van adolescenten in de abortuspopulatie te verlagen. Tienerzwangerschappen kunnen verminderen door te investeren in «opleiding».

Een centrum houdt een pleidooi voor de behandeling in eigen land van de zogenaamde tweede trimester abortus.

Een ander centrum wenst voorlichting naar alle bevolkingsgroepen toe over de onbetrouwbaarheid van de «kalendermethode» als voorbehoedmiddel.

Tenslotte heeft één centrum een afwijkende mening inzake de financiële tussenkomst van het RIZIV die contraproductief voor de preventie wordt geacht.

B. Ziekenhuizen

1. *Samenstelling en werking*

a) De voorlichtingsdiensten zijn samengesteld uit medewerkers met volgende kwalificatie: arts, jurist, psycholoog, sociaal-verpleegkundige, vroedvrouw, gezinsadviseur, maatschappelijk assistent, administratieve kracht.

b) De voorlichtingsdienst werkt niet uitsluitend voor de abortusproblematiek maar is ingebed in o.m. de Dienst Gynaecologie, een Vrouwenkliniek of een Dienst Klinische psychologie geïntegreerd in de sociale dienst van het OCMW of de Dienst Medische Genetica.

2. *Toegepaste opvang- en hulpmethoden*

Op twee uitzonderingen na worden de Jaarverslagen op dit punt uiterst summier ingevuld.

Un seul hôpital rapporte en détail le fonctionnement de son service d'information. Les méthodes d'accueil et d'assistance appliquées sont en l'occurrence similaires à celles des centres IVG : dialogue sur la situation de détresse, alternatives à l'avortement, explications relatives au déroulement de l'intervention et aux risques y afférents. Enfin, des informations sont données quant à l'utilisation future de contraceptifs. Le traitement est suivi d'un entretien facultatif avec l'infirmière sociale.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Cette rubrique a rarement été complétée; dans un cas, il est plaidé pour la mise à disposition de moyens contraceptifs financièrement abordables pour les personnes sans papiers.

Un service d'information en zone métropolitaine constate qu'un nombre élevé de femmes allochtones, de femmes en séjour illégal et de demandeuses d'asile n'ont qu'une connaissance limitée voire inexistante de la contraception, et réagissent différemment sur le plan émotionnel face à l'avortement en considérant ce dernier comme une forme de contraception. La sexualité et la contraception étant souvent des sujets de discussion tabous dans le giron familial, les mineures d'âge doivent faire face à un stress psychique important.

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

— Par analogie avec les centres IVG, on attire l'attention sur la prévention et l'information dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire;

— Information et mesures de prévention destinées aux demandeuses d'asile, dès leur arrivée en Belgique;

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

— Davantage de séances ou cours d'information à l'école, portant sur l'usage adéquat de contraceptifs et sur la levée du tabou entourant la sexualité. L'information prodiguée sur les préservatifs devrait souligner la nécessité d'un contraceptif supplémentaire;

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

Slechts één ziekenhuis maakt een gedetailleerd verslag op over de werking van zijn voorlichtingsdienst. In casu verlopen de toegepaste opvang- en hulpmethoden parallel met die van de abortuscentra dat wil zeggen gesprek over de noodsituatie, mogelijke alternatieven voor abortus, uitleg over het verloop en de risico's van de ingreep. Tot slot wordt voorlichting gegeven over het toekomstige anticonceptiegebruik. Na de behandeling volgt facultatief een gesprek met de sociaal-verpleegkundige.

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

Deze rubriek werd zelden ingevuld; in één geval vraagt men betaalbare voorbehoedmiddelen voor mensen zonder papieren.

Één grootstedelijke voorlichtingsdienst stelt vast dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis hebben van anticonceptie en emotioneel anders omgaat met abortus door die als een vorm van anticonceptie te beschouwen. Omdat binnen het gezin vaak een taboesfeer hangt rond seksualiteit en er niet over anticonceptie wordt gepraat, ondervinden minderjarigen een zware psychische draaglast.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

— Naar analogie met de abortuscentra wordt gevraagd naar preventie en voorlichting gericht op de secundaire scholen;

— informatie en preventie voor asielzoeksters zodra ze België binnenkomen;

— een betere informatieverspreiding omtrent de morning-afterpil, bestaan en beschikbaarheid zijn te weinig gekend, vooral bij jongeren;

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

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

OUVRAGES REÇUS

I. RAPPORTS

a. BELGIQUE :

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

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1992, Gand, 1993, 28 p.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1993, Gand, 1994, 52 p.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1994, Gand, 1996, 54 p.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1997, Gand, 1999, 56 p.

* Centrum voor Algemeen Welzijn Sjerp VUB, Jaarverslag 1998, 46 p.

* Kind en Gezin, Jaarverslag 2003, 63 p.

* Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2003, 157 p.

*b. ÉTRANGER :**Canada :*

Therapeutic Abortions, 1995, Ottawa, 1997, 52 p.

Danemark :

* N., Statistik om prævention og aborter 1988, Vitalstatistik, Copenhagen, 1989, 82 p.

* id., 1990, Vitalstatistik, Copenhagen, 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.

4. ONTVANGEN WERKEN

I. 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.

* Kind en Gezin, Jaarverslag 2003, 63 blz.

* Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2003, 157 blz.

*b. BUITENLAND :**Canada :*

Therapeutic Abortions, 1995, Ottawa, 1997, 52 blz.

Denemarken :

* N., Statistik om prævention 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 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.

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 n° 217, OPCS, London 1991, 73 p.

* N., Abortion Act, 1967, Compendium of Guidance, Department of Health, Londres, 1995, 95 p.

États-Unis

N., Reported induced abortions in Wisconsin, 1990, Wisconsin department of Health and Social Services, Madison, 1991.

II. ARTICLES GÉNÉRAUX ET TRAVAUX

Abeloos-Fourez, M.Th., Onderzoek betreffende de vrouw in noodsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking, Bruxelles, 1995, 16 p.

Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1998, Verslag aan het Parlement, février 1999.

Bankole, A., Singh, S., Haas, T., Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries — International Family Planning Perspectives, 1998.

Bankole, A., Singh, S., Haas, T., Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review 1999.

Belien, P., Abortus: het grote taboe, Roularta Books, Zellik, 1992.

* 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.

Spanje :

* N., Interrupcion Voluntaria Del Embarazo, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 blz.

* id., 1994, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1995, 248 blz.

Verenigd Koninkrijk :

* N., Abortion statistics, 1990, England and Wales, Series AB nr. 217, OPCS, London, 1991, 73 blz.

* N., Abortion Act, 1967, Compendium of Guidance, Department of Health, London, 1995, 95 blz.

Verenigde Staten :

N., Reported induced abortions in Wisconsin, 1990, Wisconsin department of Health and Social Services, Madison, 1991.

II. ALGEMENE ARTIKELEN EN WERKEN

Abeloos-Fourez, M.Th., Onderzoek betreffende de vrouw in noodsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking, Brussel, 1995, 16 blz.

Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1998, Verslag aan het Parlement, februari 1999.

Bankole, A., Singh, S., Haas, T., Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries — International Family Planning Perspectives, 1998.

Bankole, A., Singh, S., Haas, T., Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review 1999.

Belien, P., Abortus: het grote taboe, Roularta Books, Zellik, 1992.

Bello, P., Dolto, C., Schiffmann, A., Contraception, grossesse, IVG, Guide pratique, Editions du Seuil, Paris, 1983, 189 p.

Blayo, C., L'enregistrement des avortements en Angleterre, au Pays de Galles et au Danemark, Population, 1974, n° 2, pp. 326-341.

id., L'avortement légal en France, Populations et Sociétés, janvier 1985, n° 187.

id., L'avortement en Europe, Espace, Populations, Sociétés, 1989-2, p. 225-238.

id., L'avortement en Europe, Vie Sociale, 1992, n° 11-12, p. 5-11.

Camus, F., L'avortement en Grande-Bretagne: bilan de la réforme, Vie Sociale, 1992, n° 11-12, p. 51-60.

Centrum voor Familiale Studies, Abortus voor het Parlement, Bruxelles, 1979, 23 p.

id., La Loi Veil: enquête en France, Bruxelles, 1979, 36 p.

Cliquet, R. (red.), Abortus Provocatus, CBGS, Studies en Documenten, n° 2, De Sikkel, Anvers, 1972, 508 p.

Cliquet, R., Callens, M. (red.), Gezinsvorming in Vlaanderen, CBGS, Monografie 1993/1, Bruxelles, 1993, 178 p.

Cock, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum (losbladig), Federatie CGSO, Gand, 1991.

de Beaufort, I.D., Dupuis, H.M. (red.), Handboek Gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen — Maastricht, 1988, 681 p.

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

Federatie CGSO, Abortus: waar een wet is, is een weg (vouwfolder), Gand, 1993, 178 p.

François, K., Abortus: De Nationale Evaluatiecommissie die toeziet op de abortuswet, Humanistisch Verbond, Anvers, 1994, 116 p.

GACEHPA, La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique: enquête réalisée en 1985, Bruxelles, 1987, 24 p.

Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., The Incidence of Abortion Worldwide, International Family Planning Perspectives, 1999.

Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., Readings on induced abortion, volume 2: a world review 2000, International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.

International Planned Parenthood Federation, Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s, London, 1993, 173 p.

Bello, P., Dolto, C., Schiffmann, A., Contraception, grossesse, IVG, Guide pratique, Éditions du Seuil, Paris, 1983, 189 blz.

Blayo, C., L'enregistrement des avortements en Angleterre, au Pays de Galles et au Danemark, Population, 1974, nr. 2, blz. 326-341.

id., L'avortement légal en France, Populations et Sociétés, janvier 1985, nr. 187.

id., L'avortement en Europe, Espace, Populations, Sociétés, 1989-2, blz. 225-238.

id., L'avortement en Europe, Vie Sociale, 1992, nr. 11-12, blz. 5-11.

Camus, F., L'avortement en Grande-Bretagne: bilan de la réforme, 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, 178 blz.

Cock, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum (losbladig), Federatie CGSO, Gent, 1991.

de Beaufort, I.D., Dupuis, H.M. (red.), Handboek Gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen — Maastricht, 1988, 681 blz.

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

Federatie CGSO, Abortus: waar een wet is, is een weg (vouwfolder), Gent, 1993, 178 blz.

François, K., Abortus: De Nationale Evaluatiecommissie die toeziet op de abortuswet, Humanistisch Verbond, Antwerpen, 1994, 116 blz.

GACEHPA, La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique: enquête réalisée en 1985, Brussel, 1987, 24 blz.

Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., The Incidence of Abortion Worldwide, International Family Planning Perspectives, 1999.

Henshaw, S., Singh, S., Haas, T., Readings on induced abortion, volume 2: a world review 2000, International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.

International Planned Parenthood Federation, Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s, London, 1993, 173 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., 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 (onthaalbrochure), Gand, 1993.

Marques-Pereira, B., L'interruption volontaire de grossesse, Courrier Hebdomadaire n° 1127 et 1128, CRISP, Bruxelles, 1986, 41 + 46 p.

id., L'avortement en Belgique, Éditions 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), CEDIF et GACEHPA, Bruxelles, 1993, 55 p.

Ministère de la Santé publique et de l'Environnement (IHE). La santé dans la Belgique fédérale et ses communautés, Bruxelles 1993, 191 p.

Mouvement français pour le Planning familial, Avortement et contraception, démographie, Paris, 1993.

id., Avortement et application de la loi — Aide-mémoire 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, GACEHPA, 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.

Terrenoire, G., L'interruption volontaire de grossesse en Europe, Les cahiers du Comité National d'Éthique, 2001, 7 p.

Tissot, B., Vekemans, M., L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins, Bruxelles, 1990, 80 p. + annexes.

Toussaint, Ph. (red.), L'avortement, Complexe, Bruxelles, 1973, 195 p.

Van Assche, E., (red.), Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening, ACCO, Louvain, 1992, 170 p.

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 (onthaalbrochure), Gent, 1993.

Marques-Pereira, B., L'interruption volontaire de grossesse, Courrier Hebdomadaire nrs. 1127 en 1128, CRISP, Brussel, 1986, 41 + 46 blz.

id., L'avortement en Belgique, Éditions 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), CEDIF en GACEHPA, Brussel, 1993, 55 blz.

Ministerie Volksgezondheid en Leefmilieu (IHE) Gezondheid in het federale België en zijn Gemeenschappen, Brussel, 1993, 191 blz.

Mouvement français pour le Planning familial, Avortement et contraception, démographie, Parijs, 1993.

id., Avortement et application de la loi — Aide-mémoire 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, GACEHPA, II, 1993, nr. 225, Brussel, 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.

Terrenoire, G., L'interruption volontaire de grossesse en Europe, Les cahiers du Comité National d'Éthique, 2001, 7 blz.

Tissot, B., Vekemans, M., L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins, Brussel, 1990, 80 blz. + bijlagen.

Toussaint, Ph. (red.), L'avortement, Complexe, Brussel, 1973, 195 blz.

Van Assche, E., (red.), Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening, ACCO, Leuven, 1992, 170 blz.

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

Van Den Bergh, A.S., de methode FINKS, STIMEZO, La Haye, 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 p.

Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., Seksualiteit en relatievorming: anticonceptie in België, ACCO, Louvain, 1991, 181 p.

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

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

Zucker-Rouvillois, E., La loi française sur l'interruption volontaire de grossesse: sa construction, Vie Sociale, 1992, n°s 11-12, pp. 13-50.

CONCLUSIONS

1. Les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission pour les années 2002 et 2003 peuvent 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 — qui baisse lentement — des femmes belges et luxembourgeoises qui se rendent aux Pays-Bas pour se faire avorter (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 chiffres suivants:

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
(1)	10 380	10 737	11 243	12 628	12 666	11 999	12 734	13 762	14 775	14 791	15 595
(2)	-163	-216	-188	-275	-253	-240	-354	-340	-353	-414	-349
(3)	+2 794	+2 314	+2 247	+2 019	+1 813	+1 567	+1 557	+1 473	+1 334	+1 224	+1 091
(4)	+463	+380	+96	+161	+31	+256	+0	+28	+422	+115	+370
	13 474	13 215	13 398	14 533	13 857	13 582	13 937	14 923	16 178	15 716	16 707

2. Pour diverses raisons qui ont varié dans le temps, les chiffres contenus dans ce rapport 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

Van Bilsen, P.M.A., 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, Vie Sociale, 1992, nr. 11-12, blz. 13-50.

BESLUITEN

1. De cijfers van de aan de Commissie gerapporteerde zwangerschapsafbrekingen in de loop van de jaren 2002 en 2003 moeten verbeterd worden. Indien men van het totaal aantal in België uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen (1) het aantal van de in het buitenland gedomicilieerde vrouwen (2) in mindering brengt en men er het langzaam dalend aantal Belgische en Luxemburgse vrouwen die in Nederland (3) een abortus laten uitvoeren, alsmede een aantal laat-tijdig ingediende aangiften die in de hoger geciteerde tabellen niet verwerkt konden worden (4), bijvoegt, dan komt men tot de volgende cijfers:

2. Om verschillende redenen, die wijzigden in de loop der jaren, zijn deze gegevens geen wetenschappelijke cijfers.

— Om redenen die tot nog toe onverklaard zijn, zijn er verschillen in de aantallen tussen de individueel

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.

À regarder l'évolution des chiffres tels qu'ils résultent du tableau ci-dessus, on pourrait penser que le nombre des interruptions volontaires de grossesse en 2003 représente 124,70 % de ce qu'il était en 1995.

Cette augmentation des chiffres ne correspond cependant pas nécessairement à une augmentation, dans la même proportion ou dans une autre, du nombre des interruptions réellement pratiquées.

Elle peut avoir en effet d'autres causes qui tiennent à une meilleure compréhension des médecins et des institutions par rapport aux attentes de la loi du 13 août 1990, à une généralisation progressive de la communication des données, au soin qu'ils y mettent, etc. La même observation doit être faite à propos des différences locales.

3. Comme la Commission l'a souvent fait observer auparavant, et spécialement dans son rapport de 2002, 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 données dont la Commission dispose et qu'elle communique dans le présent rapport, des conclusions hâtives.

Toutefois, la Commission a été saisie d'une proposition tendant à vérifier s'il est possible de formuler une réflexion plus approfondie sur l'ensemble de la période 1992-2003. Cette proposition sera examinée dans les prochains mois.

4. En attendant, elle ne peut que revenir sur les suggestions faites précédemment :

— les efforts fournis en vue d'améliorer l'information des jeunes, aussi bien au sein qu'en dehors des établissements d'enseignement, doivent être encore intensifiés;

— le public devrait être mieux informé et d'une manière continue quant à tous les moyens contraceptifs performants actuellement disponibles mais qui, au vu des renseignements recueillis par la Commis-

opostelnde verklaringen van de artsen en de jaarverslagen van de instellingen waar de 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 mededeling te doen. Kortom, de Commissie is volledig afhankelijk van de gegevens die haar werden bezorgd.

Wanneer wij de evolutie van de cijfers bekijken zoals ze blijken uit bovenstaande tabellen zou men kunnen denken dat in 2003 het aantal vrijwillige zwangerschapsafbrekingen 124,70 % bedraagt van het aantal in 1995.

De stijging van de cijfers beantwoordt nochtans niet noodzakelijk aan een verhoging van het aantal werkelijk uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen in dezelfde, of een andere verhouding.

Dat kan inderdaad te wijten zijn aan andere oorzaken zoals een beter begrip van de artsen en de instellingen in verband met de voorschriften van de wet van 13 augustus 1990, aan een progressieve veralgemening van de mededeling van de gegevens, aan de zorg die er aan besteed wordt, enz. Dezelfde opmerking dient gemaakt te worden in verband met de plaatselijke verschillen.

3. Zoals de Commissie vroeger vaak heeft laten opmerken, en vooral in haar verslag van 2002, zou een multidisciplinaire studie kunnen trachten het geheel van deze cijfers te verklaren aan de hand van elders bekomen gegevens (demografische, medische, psychologische, socio-economische, politieke en culturele). Wij menen nochtans dat men moet vermijden voorbarige conclusies te trekken uit de gegevens waarover de Commissie beschikt en die ze in voorliggend rapport meedeelt.

In de Commissie werd evenwel een voorstel geformuleerd om de mogelijkheid na te gaan van een grondiger onderzoek over de ganse periode 1992-2003. Dit voorstel zal in de loop van de volgende maanden onderzocht worden.

4. In afwachting, kan de Commissie slechts terugkomen op vroeger gedane aanbevelingen :

— de inspanningen tot verbetering van de voorlichting van jongeren in en buiten de onderwijsinstellingen moet geïntensifieerd worden;

— het publiek zou beter en blijvend moeten ingelicht worden over het gebruik van alle thans beschikbare anticonceptiemiddelen die zeer efficiënt zijn maar die blijkens onze inlichtingen vaak onvol-

sion, sont bien souvent ignorés ou mal utilisés; un effort particulier devrait être entrepris à l'égard des femmes qui ne maîtrisent pas complètement une de nos langues nationales;

— les différents services et institutions qui doivent assurer l'accueil des femmes en situation de détresse devraient être soutenus par les autorités compétentes d'une manière plus efficiente.

5. L'article 1^{er}, § 3, alinéa 1^{er}, de la loi du 13 août 1990 prescrit à la Commission de déposer son rapport d'évaluation le 31 août. Ce délai a été jusqu'à présent respecté. Toutefois, compte tenu de la date à laquelle les documents d'enregistrement et les rapports annuels doivent lui être communiqués par les médecins et par les établissements de soins (au plus tard le 30 avril, en application du dernier alinéa de l'article 2 et du premier alinéa de l'article 3 de la loi), et de celle à laquelle elle les reçoit réellement (c'est-à-dire souvent plus tard), il est de plus en plus difficile de respecter ce délai. La Commission souhaiterait donc que la date du 31 août soit reportée par exemple au 15 octobre.

La Commission tout entière tient à remercier chaleureusement les membres du personnel administratif mis à sa disposition pour l'enregistrement et le traitement des données et à rendre hommage à leur dévouement et à leur compétence.

COMPOSITION DE LA COMMISSION D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE (ARRÊTÉ ROYAL DU 29 NOVEMBRE 2002)

Membres effectifs :

1^o en tant que docteurs en médecine :

- M. Marc Cosyns (N);
- M. Alfons Van Orshoven (N) — Président;
- M. Serge De Cooman (F);
- Mme Lise Thiry (F);
- M. Paul Deschepper (N);
- Mme Chantal Kortmann (N);
- Mme Annie Champion (F);
- Mme Françoise Kruijten (F);

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

doende bekend zijn of niet correct gebruikt worden. Een bijzondere inspanning zou moeten geleverd worden ten aanzien van vrouwen die geen enkele van onze nationale talen voldoende machtig zijn;

— de verschillende diensten en instellingen die zich inzetten voor de opvang van vrouwen die in een noodsituatie verkeren moeten op een meer doeltreffende wijze door de bevoegde overheden ondersteund worden.

5. Artikel 1, § 3, eerste alinea, van de wet van 13 augustus 1990 bepaalt dat de Commissie haar evaluatieverslag indient tegen 31 augustus. Nochtans wordt het steeds moeilijker die datum te blijven naleven. Inderdaad, de laatste alinea van artikel 2 en de eerste alinea van artikel 3 van de wet voorzien dat de registratiedocumenten en de jaarlijkse rapporten respectievelijk door de artsen en de zorginstellingen ten laatste op 30 april moeten meegedeeld worden. Welnu, in werkelijkheid gebeurt dat vaak veel later. De Commissie zou dus wensen dat de datum van 31 augustus zou verschoven worden naar 15 oktober.

De Commissie wenst de leden van het administratief personeel, dat ter beschikking gesteld werd voor het registreren en de behandeling van de gegevens van harte te danken en hun toewijding en bekwaamheid te eren.

SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE BELAST MET DE EVALUATIE VAN DE WET VAN 3 APRIL 1990 BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING (KONINKLIJK BESLUIT VAN 29 NOVEMBER 2002)

Effectieve leden :

1^o in de hoedanigheid van geneesheer :

- Dhr. Marc Cosyns (N);
- Dhr. Alfons Van Orshoven (N) — Voorzitter;
- Dhr. Serge De Cooman ((F));
- Mevr. Lise Thiry (F);
- Dhr. Paul Deschepper (N);
- Mevr. Chantal Kortmann (N);
- Mevr. Annie Champion (F);
- Mevr. Françoise Kruijten (F);

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

- M. Herman Nys (N);
- M. RogerALLEMAND (F);
- M. Jules Messinne (F) — Président;
- Mme Jacqueline Dalcq-Depoorter (F);

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

- Mme Karen François (N);
- Mme Arlette Geuens (N);
- Mme Trees Dehaene (N);
- Mme Monique Rifflet (F).

Membres suppléants :

1^o en tant que docteurs en médecine :

- M. Paul Devroey (N);
- M. Guido Van Hoorde (N);
- M. Luc Rogiers (F);
- Mme Isabelle Salmon (F);
- M. Luc Kiebooms (N);
- Mme Maria Goossens (N);
- Mme Mireille Fontanieu (F);
- Mme Véronique Lheureux (F);

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

- M. Stefaan Callens (N);
- M. Patrick Mandoux (F);
- M. Pierre Jaumotte (F);
- Mme Pascale Vielle (F);

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

- Mme Griet Demeestere (N);
- Mme Simonne Janssens-Vanoppen (N);
- Mme Elly Van Assche (N);
- Mme Claire Quevrin (F).

- Dhr. Herman Nys (N);
- Dhr. RogerALLEMAND (F);
- Dhr. Jules Messinne (F) — Président;
- Mevr. Jacqueline Dalcq-Depoorter (F);

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

- Mevr. Karen François (N);
- Mevr. Arlette Geuens (N);
- Mevr. Trees Dehaene (N);
- Mevr. Monique Rifflet (F);

Plaatsvervangende leden :

1^o in de hoedanigheid van geneesheer :

- Dhr. Paul Devroey (N);
- Dhr. Guido Van Hoorde (N);
- Dhr. Luc Rogiers (F);
- Mevr. Isabelle Salmon (F);
- Dhr. Luc Kiebooms (N);
- Mevr. Maria Goossens (N);
- Mevr. Mireille Fontanieu (F);
- Mevr. Véronique Lheureux (F);

2^o in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advokaat :

- Dhr. Stefaan Callens (N);
- Dhr. Patrick Mandoux (F);
- Dhr. Pierre Jaumotte (F);
- Mevr. Pascale Vielle (F);

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

- Mevr. Griet Demeestere (N);
- Mevr. Simonne Janssens-Vanoppen (N);
- Mevr. Elly Van Assche (N);
- Mevr. Claire Quevrin (F);

**COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF
DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE
(ARRÊTÉ ROYAL DU 29 NOVEMBRE 2002)**

Mme Françoise De Weirt — secrétaire (F)
Mme Marie-Jeanne Ribbens — secrétaire (N)
Mme Karine Delatte (F)
Mme Lydie Cappelmanns (F)
M. Kristiaan Coppens (N)
Mme Céline Lievens (N)

SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE BELASTMET DE EVALUATIE VAN DE WET VAN 3 APRIL 1990 BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING (KONINKLIJK BESLUIT VAN 29 NOVEMBER 2002)

Mevr. Françoise De Weirt (F)
Mevr. Marie-Jeanne Ribbens (N)
Mevr. Karine Delatte (F)
Mevr. Lydie Cappelmanns (F)
Dhr. Kristiaan Coppens (N)
Mevr. Celine Lievens (N)