

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS ET SÉNAT
DE BELGIQUE

26 septembre 2006

**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 2004 - 31 DÉCEMBRE 2005)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS
EN SENAAT

26 september 2006

**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 2004 - 31 DECEMBER 2005)

table des matières

AVANT-PROPOS	7-8
1. RAPPORT STATISTIQUE	9
1. Description	11
A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	11
1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	11-12
2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil	13
3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde	14
4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	15
4.1. Données générales	15
4.2. Femmes domiciliées à l'étranger : division par continent	16
5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse	17
B. DONNEES PSYCHOSOCIALES	18
6. Situations de détresse invoquées	18
C. DONNEES MEDICALES	19
7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	19
8. Causes d'échec de la contraception	20
D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT	21
9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	21
10. Anesthésie	22
11. Durée d'hospitalisation	23
12. Complications	24
2. Tabulations croisées	25
1. Situation de détresse	25
1.1. Domicile de la femme et situation de détresse invoquant des raisons matérielles	25
1.2. Domicile de la femme et recours à des raisons personnelles	25
1.3. Age et situation de détresse	26
1.4. Situation de détresse et état civil	27
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants	28
2. Méthode de contraception	29
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	29-30
2.2. Méthode de contraception et état civil	31
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants	32-33

inhoudstafel

VOORWOORD	7-8
1. STATISTISCH VERSLAG	9
1. Beschrijving	11
A. SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS	11
1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw	11-12
2. De zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat	13
3. De zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht	14
4. De zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw	15
4.1. Algemene gegevens	15
4.2. De vreemdelingen : indeling per werelddeel	16
5. Instellingen waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd	17
B. PSYCHO-SOCIALE GEGEVENS	18
6. Ingeroepen noodsituaties	18
C. MEDISCHE GEGEVENS	19
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand	19
8. Oorzaak falen	20
D. MEDISCH-TECHNISCHE ASPECTEN VAN DE BEHANDELING	21
9. Methode van zwangerschapsafbreking	21
10. Verdoving	22
11. Opnameduur	22
12. Verwikkelingen	23
2. Gekruiste tabellen	25
1. Noodsituatie	25
1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (cat. C)	25
1.2. Woonplaats van de vrouw en het inroepen van persoonlijke redenen (cat. B)	25
1.3. Leeftijd en noodsituatie	26
1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat	27
1.5. Noodsituatie en aantal kinderen	28
2. Voorbehoedmiddelen	29
2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën	29-30
2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat	31
2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen	32-33

inhoudstafel >>

2 JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 3

3. Méthode d'interruption de grossesse 34

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications	34
3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie	35
3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge	36
3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	37

4. Durée d'hospitalisation 38

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	38
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	39

5. Hôpital ou centre 40

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	40
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	41
5.3. Hôpital ou centre et complications	42
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	43
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	44
5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie	45
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	45

ANNEXE 1. Remarques concernant la sous-rubrique "autre" (réponse)
du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse 46-47

ANNEXE 2. Les interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines 48-49

**2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS
DE SOINS 51****INTRODUCTION 52****1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES 53**

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux et cliniques	53

2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES 53

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux et cliniques	53

3. APERCU GENERAL 53

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux	53

3. Methode van zwangerschapsafbreking	34
3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwickelingen	34
3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving	35
3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën	36
3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur	37
4. Opnameduur	38
4.1. Opnameduur en verdoving	38
4.2. Opnameduur en verwickelingen	39
5. Ziekenhuis of centrum	40
5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw	40
5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën	41
5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen	42
5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur	43
5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking	44
5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving	45
5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken	45

BIJLAGE 1. Toelichting bij de sub-rubriek "andere" in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking	46-47
BIJLAGE 2. Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken	48-49

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG 51

INLEIDING	52
1. NEDERLANDSTALIGE INSTELLINGEN	53
Tabel - Nederlandstalige centra	53
Tabel - Nederlandstalige ziekenhuizen	53
2. FRANSTALIGE INSTELLINGEN	53
Tabel - Franstalige centra	53
Tabel - Franstalige ziekenhuizen en klinieken	53
3. OVERZICHT	53
Tabel - Centra	53
Tabel - Ziekenhuizen	53

**3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS
DES SERVICES D'INFORMATION**

55

1. ANALYSE DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES 56

A. CENTRES	56
1. Définition et composition	56
2. Fonctionnement du service	57-60
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	60-61
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	61
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	62
1. Composition	62
2. Fonctionnement du service	62-63
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	64
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	65

2. ANALYSE DES SERVICES D'INFORMATION NEERLANDOPHONES 66

A. CENTRES	66
1. Composition et fonctionnement du service	66
2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées	67-68
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	68-72
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	73
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	74
1. Composition et fonctionnement	74
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	74
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	75
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	75

CONCLUSIONS

76-78

table des matières >>

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

55

1. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN 56

A. CENTRA	56
1. Samenstelling en werking van de dienst	56
2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	56-58
3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	58-62
4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren	62
B. ZIEKENHUIZEN	63
1. Samenstelling en werking	63
2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	63
3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient te worden gewezen	64
4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren	64

2. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN 65

A. EXTRAMURALE CENTRA	65
1. Samenstelling	65
2. Werking van de dienst	66-69
3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	70
4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren	71
B. ZIEKENHUIZEN EN KLINIEKEN	72
1. Samenstelling	72
2. Werking van de dienst	72-73
3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	74
4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren	75

BESLUITEN

76-78

inhoudstafel >>

2- JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 5

4. OUVRAGES RECUS

79

I. RAPPORTS 80-81**II. ARTICLES GENERAUX ET TRAVAUX 82-84****COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE****DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE 85-86****COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF****DE LA COMMISSION NATIONALE D'EVALUATION****DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE 87****NOTES**

88-89

4. ONTVANGEN WERKEN

79

I. RAPPORTEN 80-81

II. ALGEMENE ARTIKELEN EN WERKEN 82-84

**SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE
ZWANGERSCHAPSAFBREKING** 85-86

**SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER
VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE** 87

NOTA'S

88-89

AVANT-PROPOS

Le Parlement voudra bien trouver ici le neuvième rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, Commission instituée par la loi du 13 août 1990. Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2004 et 2005.

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

- en août 1992, sur l'état des travaux après quelques mois de fonctionnement;
- en août 1993, sur les enregistrements couvrant la période du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 1992;
- en août 1994, sur les enregistrements couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1993;
- en août 1996, 1998, 2000, 2002 et 2004, sur les enregistrements couvrant respectivement les années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2002-2003.

La Commission tient à souligner, une fois encore, qu'elle ne dispose que des seules informations qui lui sont données par les médecins et établissements de soins concernés.

Ce rapport, le second qui est effectué par la Commission dans la composition qui résulte de l'arrêté royal du 29 décembre 2002 (Moniteur belge du 16 janvier 2003), se divise, comme les précédents, en trois parties.

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

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

La troisième partie fournit une synthèse des données que les services d'information francophones et néerlandophones ont transmis dans leur rapport annuel.

avant-propos >>

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

7

VOORWOORD

Het Parlement gelieve hierbij het negende verslag te vinden van de Nationale Evaluatiecommissie opgericht bij 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. Dit verslag heeft betrekking op de aangiften van de zwangerschapsafbrekingen die haar werden meegedeeld voor de jaren 2004-2005.

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

- in augustus 1992 werd het Parlement ingelicht over de stand van de werkzaamheden van de Commissie ;
- in augustus 1993 verscheen het verslag over de registratie van 1 oktober tot 31 december 1992 ;
- in augustus 1994 volgde het verslag over het jaar 1993 ;
- in augustus 1996, 1998, 2000, 2002 en 2004 de verslagen respectievelijk over de registratie van 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 en 2002-2003.

De Commissie wil eens te meer benadrukken dat zij slechts beschikt over de inlichtingen haar gegeven door de betrokken artsen en inrichtingen.

Dit verslag, het tweede 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, is zoals de vorige ingedeeld in 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.

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

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

voorwoord >>

2-JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 7

Comme lors des rapports précédents, la Commission se limitera dans ses conclusions à quelques recommandations, à certains égards plus complètes que celles formulées jusqu'ici.

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

Zoals bij de vorige verslagen zal de Commissie zich in haar besluiten beperken tot een paar aanbevelingen, in bepaalde opzichten vollediger dan tot nog toe het geval was.

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

1. RAPPORT STATISTIQUE

1. rapport statistique ►►

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

9

1. STATISTISCH VERSLAG

1. Statistisch verslag ►

2- JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 9

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 “autres” 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 détaillée à l’annexe 1.

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

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 anticonceptie-methoden, 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. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

âge	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
10	1	0	0,01	0,00
11	1	0	0,01	0,00
12	0	1	0,00	0,01
13	15	10	0,09	0,06
14	71	73	0,44	0,44
15	175	198	1,09	1,19
16	344	319	2,15	1,91
17	434	458	2,71	2,74
18	557	593	3,48	3,55
19	678	733	4,23	4,39
20	776	801	4,84	4,80
21	726	779	4,53	4,67
22	810	840	5,06	5,03
23	840	828	5,24	4,96
24	850	891	5,31	5,34
25	804	873	5,02	5,23
26	732	769	4,57	4,61
27	750	825	4,68	4,94
28	717	720	4,48	4,31
29	625	686	3,90	4,11
30	679	687	4,24	4,12
31	596	627	3,72	3,76
32	647	620	4,04	3,71
33	626	609	3,91	3,65
34	583	550	3,64	3,29
35	521	559	3,25	3,35
36	476	490	2,97	2,94
37	411	447	2,57	2,68
38	384	407	2,40	2,44
39	302	345	1,89	2,07
40	288	332	1,80	1,99
41	234	229	1,46	1,37
42	149	159	0,93	0,95
43	105	100	0,66	0,60
44	60	62	0,37	0,37
45	32	43	0,20	0,26
46	12	20	0,07	0,12
47	5	6	0,03	0,04
48	1	3	0,01	0,02
49	3	2	0,02	0,01
50	1	0	0,01	0,00
total	16021	16694	100,00	100,00
pas de réponse	3	2		
total général	16024	16696		

Moyenne d'âge
2004 : 27,43

Moyenne d'âge
2005 : 27,44

1. rapport statistique >>

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

II

1. Beschrijving

A. SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw

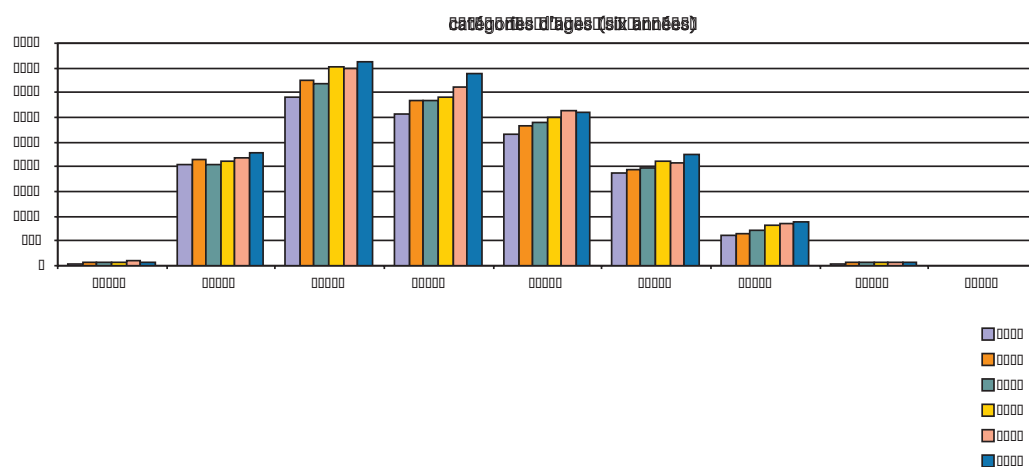
leeftijd	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
10	1	0	0,01	0,00
11	1	0	0,01	0,00
12	0	1	0,00	0,01
13	15	10	0,09	0,06
14	71	73	0,44	0,44
15	175	198	1,09	1,19
16	344	319	2,15	1,91
17	434	458	2,71	2,74
18	557	593	3,48	3,55
19	678	733	4,23	4,39
20	776	801	4,84	4,80
21	726	779	4,53	4,67
22	810	840	5,06	5,03
23	840	828	5,24	4,96
24	850	891	5,31	5,34
25	804	873	5,02	5,23
26	732	769	4,57	4,61
27	750	825	4,68	4,94
28	717	720	4,48	4,31
29	625	686	3,90	4,11
30	679	687	4,24	4,12
31	596	627	3,72	3,76
32	647	620	4,04	3,71
33	626	609	3,91	3,65
34	583	550	3,64	3,29
35	521	559	3,25	3,35
36	476	490	2,97	2,94
37	411	447	2,57	2,68
38	384	407	2,40	2,44
39	302	345	1,89	2,07
40	288	332	1,80	1,99
41	234	229	1,46	1,37
42	149	159	0,93	0,95
43	105	100	0,66	0,60
44	60	62	0,37	0,37
45	32	43	0,20	0,26
46	12	20	0,07	0,12
47	5	6	0,03	0,04
48	1	3	0,01	0,02
49	3	2	0,02	0,01
50	1	0	0,01	0,00
totaal	16021	16694	100,00	100,00
geen antwoord	3	2		
algemeen totaal	16024	16696		

gemiddelde leeftijd
in 2004 : 27,43

gemiddelde leeftijd
in 2005: 27,44

1. Statistisch verslag ►

catégories d'âge	nombre						pourcentage					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-14	46	75	63	65	88	84	0,33	0,51	0,43	0,42	0,55	0,50
15-19	2036	2133	2059	2097	2188	2301	14,80	14,44	13,92	13,45	13,66	13,78
20-24	3421	3761	3692	4032	4002	4139	24,87	25,47	24,96	25,86	24,98	24,79
25-29	3065	3332	3339	3411	3628	3873	22,28	22,56	22,58	21,88	22,65	23,20
30-34	2661	2822	2904	3001	3131	3093	19,34	19,11	19,63	19,25	19,54	18,53
35-39	1870	1936	1976	2107	2094	2248	13,59	13,11	13,36	13,51	13,07	13,47
40-44	623	656	700	810	836	882	4,53	4,44	4,73	5,2	5,22	5,28
45-49	35	54	57	67	53	74	0,25	0,37	0,39	0,43	0,33	0,44
50-54	1			1	1	0	0,01	0,00	0	0,01	0,01	0,00
total	13758	14769	14790	15591	16021	16694	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
pas de réponse	4	6	1	4	3	2						
total général	13762	14775	14791	15595	16024	16696						

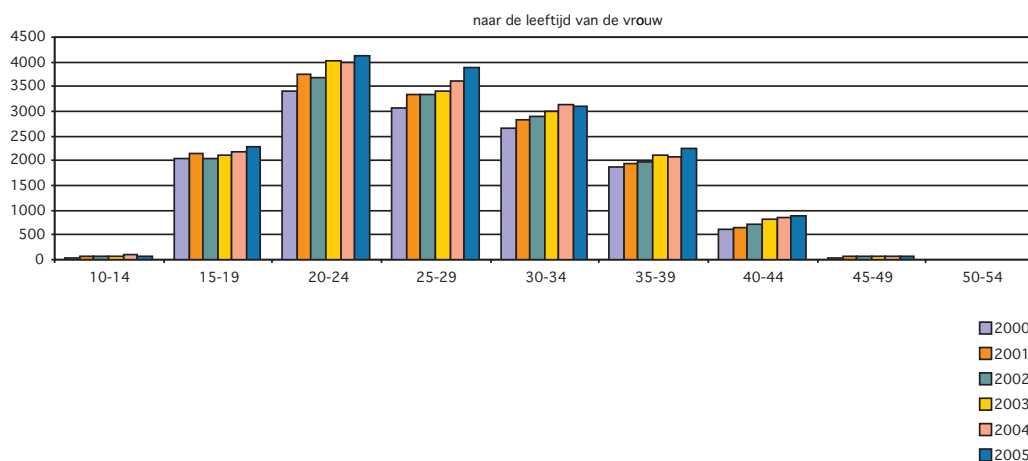


Selon les données de l'Inspection des Soins de Santé, les cliniques spécialisées des Pays-Bas ont pratiqué le nombre d'interruptions de grossesse repris ci-dessous sur des femmes provenant de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg :

En 2004 : 475 dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

En 2005 : 468 dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

leeftijdscategorie	aantal						%					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-14	46	75	63	65	88	84	0,33	0,51	0,43	0,42	0,55	0,50
15-19	2036	2133	2059	2097	2188	2301	14,80	14,44	13,92	13,45	13,66	13,78
20-24	3421	3761	3692	4032	4002	4139	24,87	25,47	24,96	25,86	24,98	24,79
25-29	3065	3332	3339	3411	3628	3873	22,28	22,56	22,58	21,88	22,65	23,20
30-34	2661	2822	2904	3001	3131	3093	19,34	19,11	19,63	19,25	19,54	18,53
35-39	1870	1936	1976	2107	2094	2248	13,59	13,11	13,36	13,51	13,07	13,47
40-44	623	656	700	810	836	882	4,53	4,44	4,73	5,2	5,22	5,28
45-49	35	54	57	67	53	74	0,25	0,37	0,39	0,43	0,33	0,44
50-54	1			1	1	0	0,01	0,00	0	0,01	0,01	0,00
totaal	13758	14769	14790	15591	16021	16694	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
geen antwoord	4	6	1	4	3	2						
algemeen totaal	13762	14775	14791	15595	16024	16696						



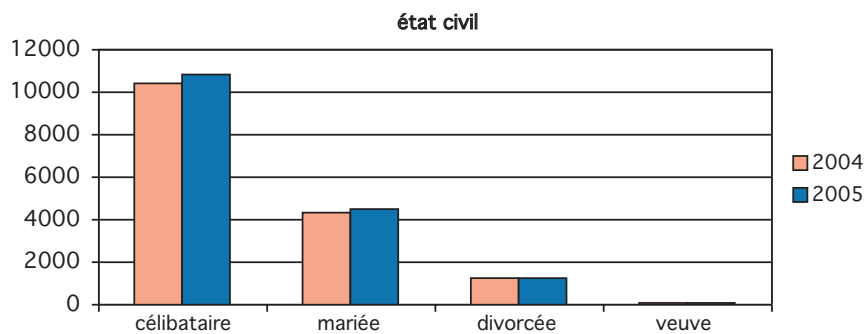
Volgens de hieronder vermelde gegevens van de Inspectie voor Gezondheidszorg hebben gespecialiseerde ziekenhuizen in Nederland een aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd bij vrouwen afkomstig uit België en het Groot-Hertogdom Luxemburg:

in 2004: 475 in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

in 2005: 468 in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

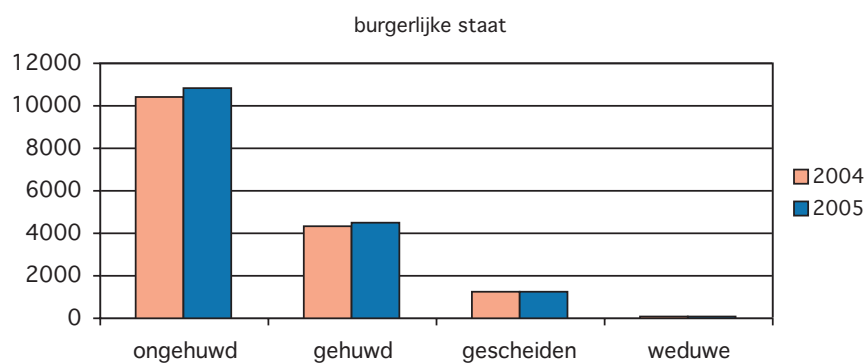
état civil	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
célibataire	10376	10841	64,76	64,94
mariée	4332	4513	27,04	27,03
divorcée	1224	1259	7,64	7,54
veuve	90	82	0,56	0,49
total	16022	16695	100,00	100,00
pas de réponse	2	1		
total général	16024	16696		



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.

2. Zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat

burgerlijke staat	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
ongehuwd	10376	10841	64,76	64,94
gehuwd	4332	4513	27,04	27,03
gescheiden	1224	1259	7,64	7,54
weduwe	90	82	0,56	0,49
totaal	16022	16695	100,00	100,00
geen antwoord	2	1		
algemeen totaal	16024	16696		



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.

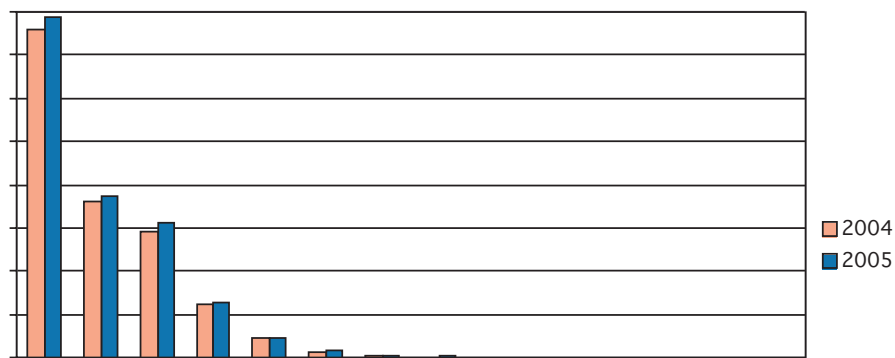
Een vrouw met als burgerlijke staat "ongehuwd" kan als koppel samenleven.

1. Statistisch verslag ►

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

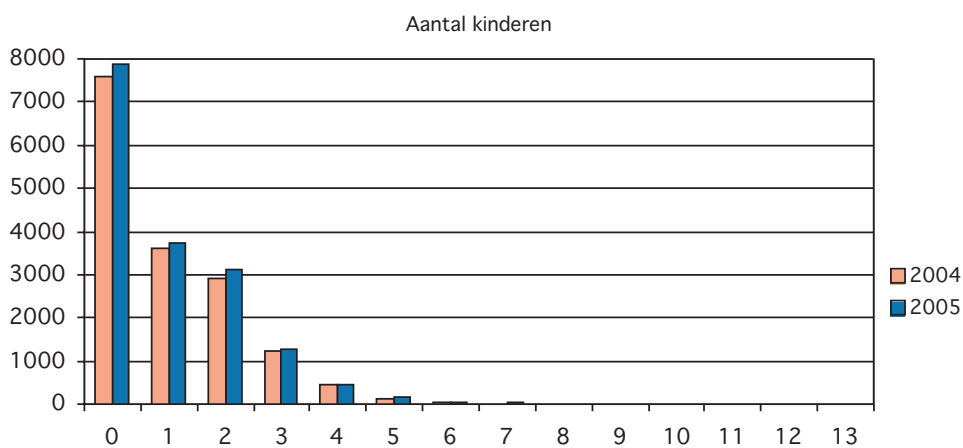
nombre d'enfants	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
0	7578	7878	47,29	47,19
1	3606	3740	22,50	22,40
2	2931	3119	18,29	18,68
3	1237	1264	7,72	7,57
4	446	461	2,78	2,76
5	132	149	0,82	0,89
6	57	44	0,36	0,26
7	20	23	0,12	0,14
8	9	8	0,06	0,05
9	3	5	0,02	0,03
10	2	1	0,01	0,01
11	3	1	0,02	0,01
12	0	0	0,00	0,00
13	0	2	0,00	0,01
total	16024	16695	100,00	100,00
pas de réponse	0	1		
total général	16024	16696		

nombre d'enfants



3. Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht

kinderen	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
0	7578	7878	47,29	47,19
1	3606	3740	22,50	22,40
2	2931	3119	18,29	18,68
3	1237	1264	7,72	7,57
4	446	461	2,78	2,76
5	132	149	0,82	0,89
6	57	44	0,36	0,26
7	20	23	0,12	0,14
8	9	8	0,06	0,05
9	3	5	0,02	0,03
10	2	1	0,01	0,01
11	3	1	0,02	0,01
12	0	0	0,00	0,00
13	0	2	0,00	0,01
totaal	16024	16695	100,00	100,00
geen antwoord	0	1		
algemeen totaal	16024	16696		

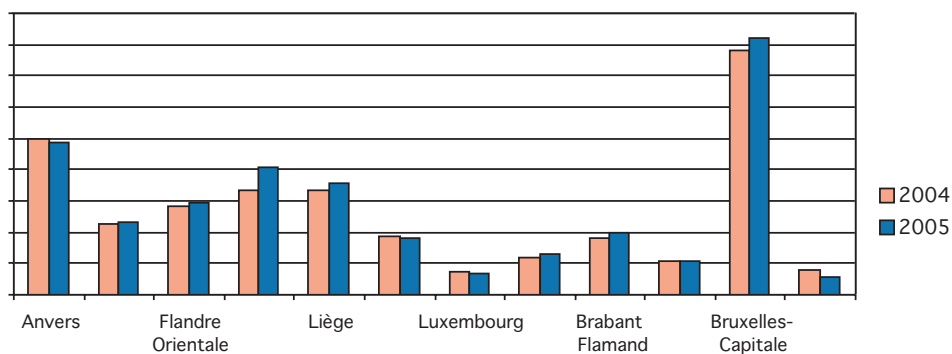


4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

4.1. Données générales

domicile	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Anvers	2478	2432	15,47	14,57
Flandre Occidentale	1142	1155	7,13	6,92
Flandre Orientale	1421	1482	8,87	8,88
Hainaut	1657	2031	10,34	12,17
Liège	1659	1769	10,36	10,60
Limbourg	945	914	5,90	5,47
Luxembourg	372	342	2,32	2,05
Namur	589	657	3,68	3,94
Brabant Flamand	913	998	5,70	5,98
Brabant Wallon	532	528	3,32	3,16
Bruxelles-Capitale	3918	4092	24,46	24,51
A l'étranger	392	295	2,45	1,77
total	16018	16695	100,00	100,00
pas de réponse	6	1		
total général	16024	16696		

IVG selon le domicile de la femme

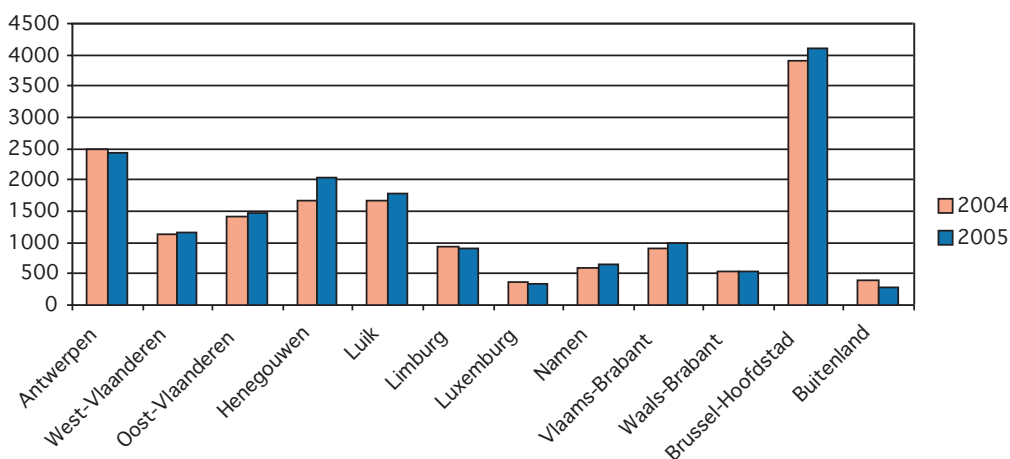


4. Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

4.1. Algemene gegevens

woonplaats	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
Antwerpen	2478	2432	15,47	14,57
West-Vlaanderen	1142	1155	7,13	6,92
Oost-Vlaanderen	1421	1482	8,87	8,88
Henegouwen	1657	2031	10,34	12,17
Luik	1659	1769	10,36	10,60
Limburg	945	914	5,90	5,47
Luxemburg	372	342	2,32	2,05
Namen	589	657	3,68	3,94
Vlaams-Brabant	913	998	5,70	5,98
Waals-Brabant	532	528	3,32	3,16
Brussel-Hoofdstad	3918	4092	24,46	24,51
Buitenland	392	295	2,45	1,77
totaal	16018	16695	100,00	100,00
geen antwoord	6	1		
algemeen totaal	16024	16696		

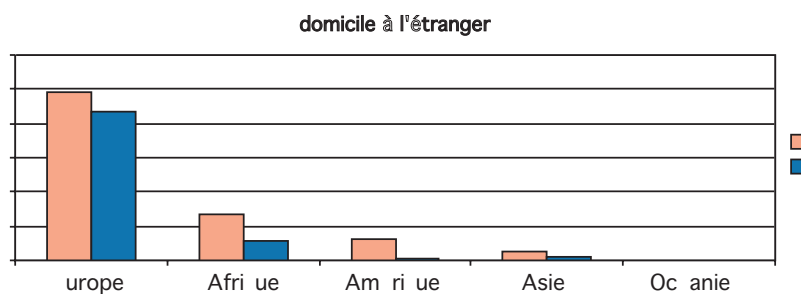
zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats



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

origine	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Europe	246	218	69,10	85,16
Afrique	66	29	18,54	11,33
Amérique	31	3	8,71	1,17
Asie	12	6	3,37	2,34
Océanie	1	0	0,28	0,00
total	356	256	100,00	100,00
pas de réponse	15	20		
total général	371	276		

Les totaux de ce tableau diffèrent de ceux du tableau précédent en ce qui concerne les femmes domiciliées à l'étranger; cette différence est due au fait que les déclarantes n'ont pas toujours mentionné le pays d'origine. Les chiffres les plus exacts sont donc ceux qui figurent au tableau précédent 4.1.

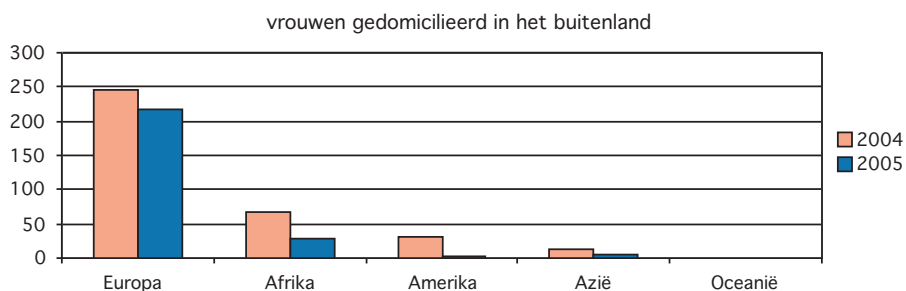


4.2. De vreemdelingen : indeling per werelddeel

Afkoms	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
Europa	246	218	69,10	85,16
Afrika	66	29	18,54	11,33
Amerika	31	3	8,71	1,17
Azië	12	6	3,37	2,34
Oceanië	1	0	0,28	0,00
totaal	356	256	100,00	100,00
geen antwoord	15	20		
Algemeen totaal	371	276		

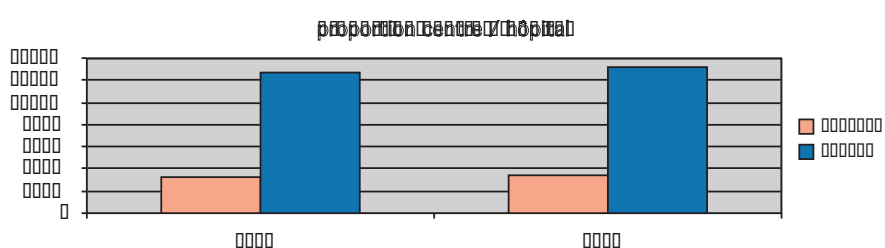
De totalen van deze tabel verschillen van deze van de voorgaande tabel voor wat de vrouwen betreft die in het buitenland gedomicilieerd zijn; dit verschil is te wijten aan het feit dat de artsen niet altijd het land van oorsprong hebben vermeld.

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



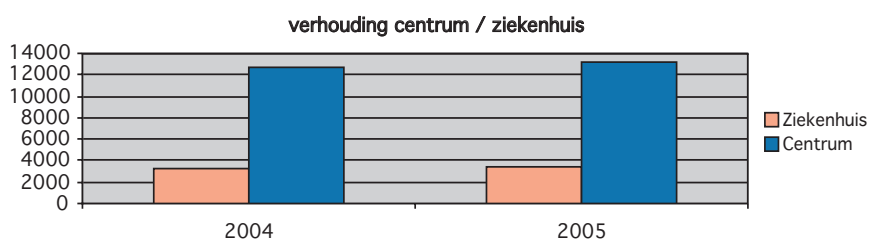
5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse

type	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
hôpital	3269	3497	20,40	20,95
centre	12755	13198	79,60	79,05
total	16024	16695	100,00	100,00



5. Instellingen waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd

Type	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
Ziekenhuis	3269	3497	20,40	20,95
Centrum	12755	13198	79,60	79,05
totaal	16024	16695	100,00	100,00



B. DONNEES PSYCHO-SOCIALES

6. Situations de détresse invoquées

Liste des situations de détresse

A. 00 problèmes de santé de la femme enceinte
 A. 01 problèmes de santé de l'enfant à naître
 A. 02 problèmes de santé mentale
 B. 13 la femme se sent trop jeune
 B. 14 la femme se sent trop âgée
 B. 15 étudiante
 B. 16 femme isolée
 B. 17 pas de souhait d'enfant pour le moment
 B. 18 famille complète
 C. 20 problèmes financiers
 C. 21 situation professionnelle
 C. 22 situation de logement
 D. 30 relation récemment interrompue
 D. 31 le partenaire n'accepte pas la grossesse
 D. 32 relation occasionnelle
 D. 33 relation trop récente
 D. 34 relation hors mariage
 D. 35 problèmes de couple
 D. 36 problèmes relationnels avec l'entourage
 D. 37 problèmes juridiques liés au divorce
 E. 40 viol
 E. 41 inceste
 F. 50 réfugiée politique
 G. 99 autres

Catégories de situations de détresse

A. santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître
 B. raisons personnelles
 C. raisons financières ou matérielles
 D. problèmes de couple ou de la famille
 E. grossesse suite à un viol ou un inceste
 F. réfugiée politique
 G. autres

liste	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
A.00	436	465	1,81	1,85
A.01	258	271	1,07	1,08
A.02	201	212	0,83	0,84
B.13	2908	2856	12,07	11,36
B.14	616	687	2,56	2,73
B.15	1917	2198	7,96	8,74
B.16	924	1000	3,83	3,98
B.17	3547	3750	14,72	14,91
B.18	2608	2800	10,82	11,14
C.20	1976	1955	8,20	7,77
C.21	1148	1268	4,76	5,04
C.22	380	389	1,58	1,55
D.30	1249	1329	5,18	5,29
D.31	745	771	3,09	3,07
D.32	609	641	2,53	2,55
D.33	1153	1264	4,79	5,03
D.34	645	563	2,68	2,24
D.35	1293	1278	5,37	5,08
D.36	292	334	1,21	1,33
D.37	145	125	0,60	0,50
E.40	64	58	0,27	0,23
E.41	1	2	0,00	0,01
F.50	670	648	2,78	2,58
G.99	311	281	1,29	1,12
total	24096	25145	100,00	100,00

B. PSYCHO-SOCIALE GEGEVENS

6. Ingeroepen noodsituaties

Lijst van noodsituaties

A. 00	Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw
A. 01	Lichamelijke problemen van het kind dat zal worden geboren
A. 02	Problemen van geestelijke gezondheid
B. 13	De vrouw voelt zich te jong
B. 14	De vrouw voelt zich te oud
B. 15	Studente
B. 16	Alleenstaande vrouw
B. 17	Momenteel geen kinderwens
B. 18	Voltooid gezin
C. 20	Financiële redenen
C. 21	Werksituatie
C. 22	Woonsituatie
D. 30	Relatie onlangs verbroken
D. 31	Partner aanvaardt de zwangerschap niet
D. 32	Occasionele relatie
D. 33	Te recente relatie
D. 34	Buitenechtelijke relatie
D. 35	Partnerrelatiemoeilijkheden
D. 36	Relatiemoeilijkheden met de omgeving
D. 37	Juridische problemen i.v.m. de echtscheiding
E. 40	Verkrachting
E. 41	Incest
F. 50	Politiek vluchteling
G. 99	andere

Categorieën van noodsituaties

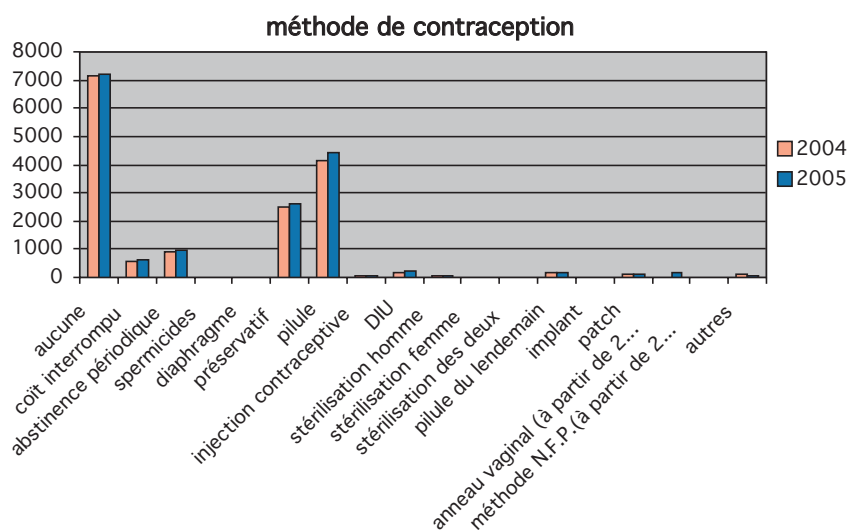
A.	Lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren
B.	Persoonlijke redenen
C.	Financiële of materiële redenen
D.	Relationele of familiale problemen
E.	Zwangerschap na verkrachting of incest
F.	Politiek vluchteling
G.	Andere redenen

lijst	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
A.00	436	465	1,81	1,85
A.01	258	271	1,07	1,08
A.02	201	212	0,83	0,84
B.13	2908	2856	12,07	11,36
B.14	616	687	2,56	2,73
B.15	1917	2198	7,96	8,74
B.16	924	1000	3,83	3,98
B.17	3547	3750	14,72	14,91
B.18	2608	2800	10,82	11,14
C.20	1976	1955	8,20	7,77
C.21	1148	1268	4,76	5,04
C.22	380	389	1,58	1,55
D.30	1249	1329	5,18	5,29
D.31	745	771	3,09	3,07
D.32	609	641	2,53	2,55
D.33	1153	1264	4,79	5,03
D.34	645	563	2,68	2,24
D.35	1293	1278	5,37	5,08
D.36	292	334	1,21	1,33
D.37	145	125	0,60	0,50
E.40	64	58	0,27	0,23
E.41	1	2	0,00	0,01
F.50	670	648	2,78	2,58
G.99	311	281	1,29	1,12
totaal	24096	25145	100,00	100,00

C. DONNEES MEDICALES

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

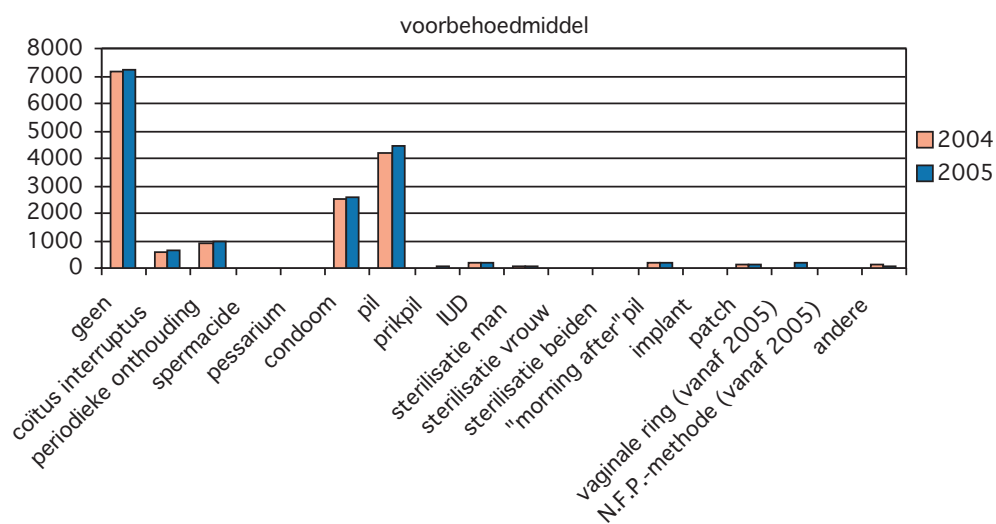
méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aucune	7168	7230	44,74	43,30
coït interrompu	581	639	3,63	3,83
abstinence périodique	910	947	5,68	5,67
spermicides	12	17	0,07	0,10
diaphragme	13	19	0,08	0,11
préservatif	2495	2592	15,57	15,52
pilule	4168	4429	26,02	26,53
injection contraceptive	32	37	0,20	0,22
DIU	185	218	1,15	1,31
stérilisation homme	36	37	0,22	0,22
stérilisation femme	15	7	0,09	0,04
stérilisation des deux	0	0	0,00	0,00
pilule du lendemain	167	181	1,04	1,08
implant	10	12	0,06	0,07
patch	106	113	0,66	0,68
anneau vaginal (à partir de 2005)		172	0,00	1,03
méthode N.F.P.(à partir de 2005)		6	0,00	0,04
autres	123	40	0,77	0,24
total	16021	16696	100,00	100,00
pas de réponse	3	0		
total général	16024	16696		



C. MEDISCHE GEGEVENS

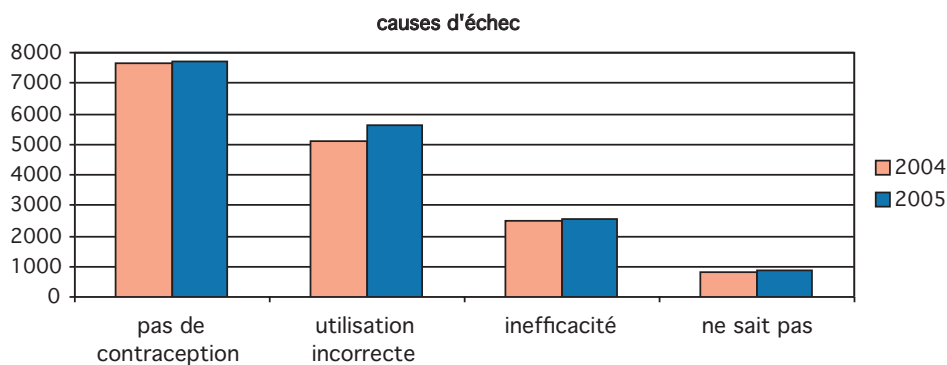
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand

methode	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
geen	7168	7230	44,74	43,30
coïtus interruptus	581	639	3,63	3,83
periodieke onthouding	910	947	5,68	5,67
spermicide	12	17	0,07	0,10
pessarium	13	19	0,08	0,11
condoom	2495	2592	15,57	15,52
pil	4168	4429	26,02	26,53
prikpil	32	37	0,20	0,22
IUD	185	218	1,15	1,31
sterilisatie man	36	37	0,22	0,22
sterilisatie vrouw	15	7	0,09	0,04
sterilisatie beiden	0	0	0,00	0,00
"morning after"-pil	167	181	1,04	1,08
implant	10	12	0,06	0,07
patch	106	113	0,66	0,68
vaginale ring (vanaf 2005)		172	0,00	1,03
N.F.P.-methode (vanaf 2005)		6	0,00	0,04
andere	123	40	0,77	0,24
totaal	16021	16696	100,00	100,00
geen antwoord	3	0		
algemeen totaal	16024	16696		



8. Causes d'échec de la contraception

cause	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
pas de contraception	7644	7690	47,72	46,07
utilisation incorrecte	5095	5609	31,81	33,60
inefficacité	2483	2522	15,50	15,11
ne sait pas	795	871	4,96	5,22
total	16017	16692	100,00	100,00
pas de réponse	7	4		
total général	16024	16696		



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

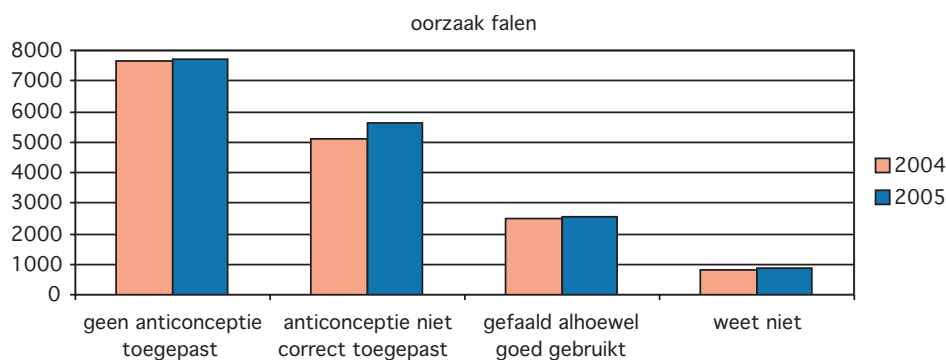
La commission ne possède pas de renseignements quant à la fréquence de l'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.

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.

8. Oorzaak falen

oorzaak	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
geen anticonceptie toegepast	7644	7690	47,72	46,07
anticonceptie niet correct toegepast	5095	5609	31,81	33,60
gefaald alhoewel goed gebruikt	2483	2522	15,50	15,11
weet niet	795	871	4,96	5,22
totaal	16017	16692	100,00	100,00
geen antwoord	7	4		
algemeen totaal	16024	16696		



Deze gegevens werden bekomen op grond van de verklaringen van de vrouw aan de arts en kunnen dus niet wetenschappelijk getoetst worden. Bovendien heeft de commissie geen enkel gegeven over de frequentie van het gebruik van de verschillende contraceptiemethoden door de bevolking.

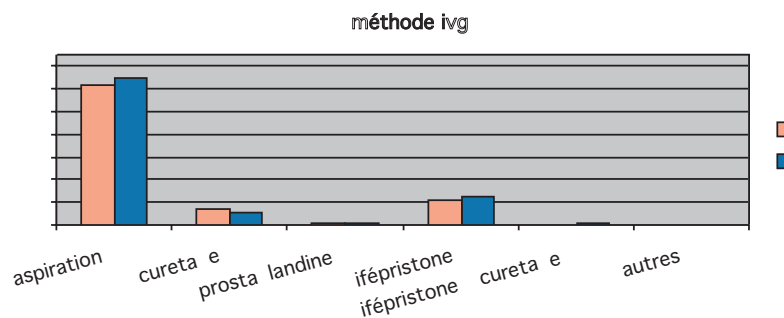
Deze gegevens laten ons niet toe iets te zeggen over de betrouwbaarheid van het voorbehoedmiddel.

Deze opmerking heeft betrekking op de tabellen 7 en 8.

D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

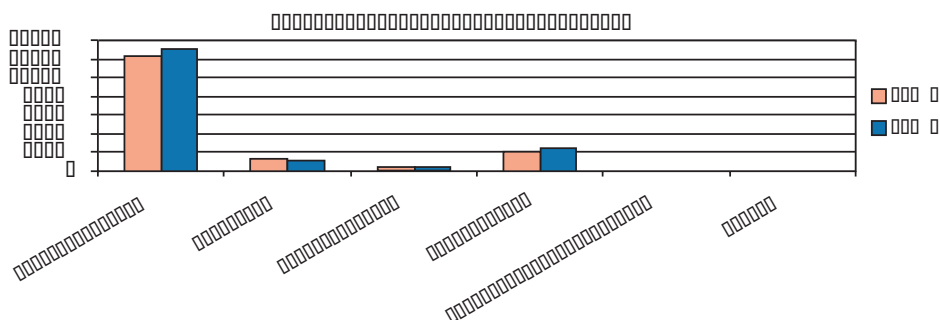
méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aspiration	12286	12974	76,75	77,72
curetage	1343	1060	8,39	6,35
prostaglandine	137	131	0,86	0,78
mifépristone	2175	2430	13,59	14,56
mifépristone + curetage	64	85	0,40	0,51
autres	3	14	0,02	0,08
total	16008	16694	100,00	100,00
pas de réponse	16	2		
total général	16024	16696		



D. MEDISCH-TECHNISCHE ASPECTEN VAN DE BEHANDELING

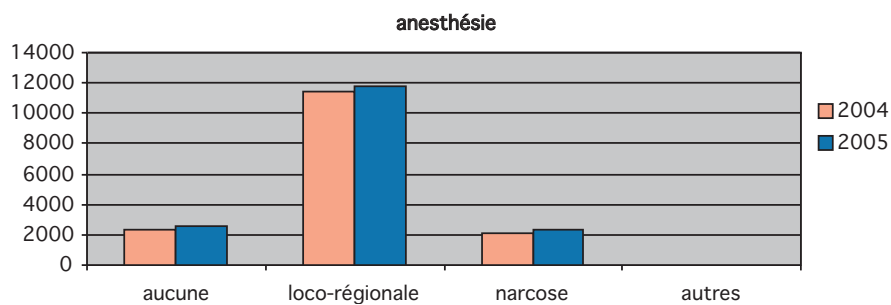
9. Methode van zwangerschapsafbreking

methode	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
vacuümaspiratie	12286	12974	76,75	77,72
curettage	1343	1060	8,39	6,35
prostaglandine	137	131	0,86	0,78
mifepristone	2175	2430	13,59	14,56
mifepristone + curettage	64	85	0,40	0,51
andere	3	14	0,02	0,08
totaal	16008	16694	100,00	100,00
geen antwoord	16	2		
algemeen totaal	16024	16696		



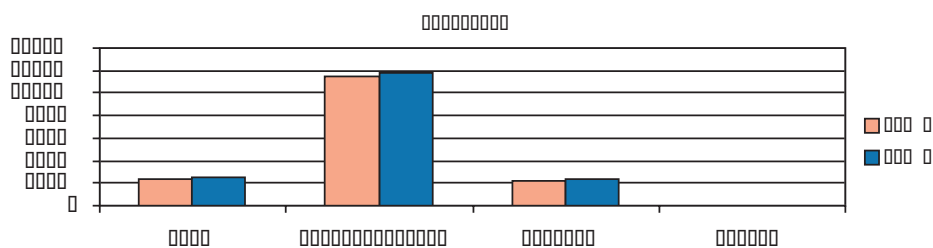
10. Anesthésie

méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aucune	2338	2568	14,59	15,38
loco-régionale	11491	11809	71,72	70,73
narcose	2153	2291	13,44	13,72
autres	40	28	0,25	0,17
total	16022	16696	100,00	100,00
pas de réponse	2	0		
total général	16024	16696		



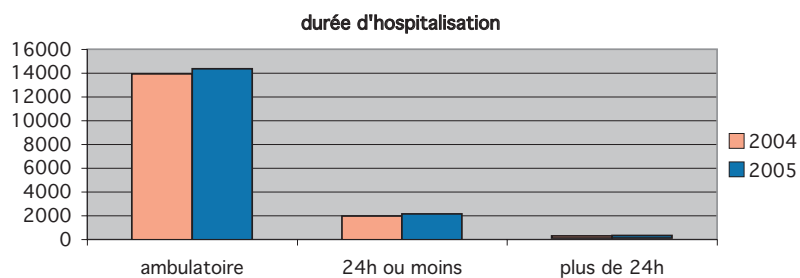
10. Verdooving

methode	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
geen	2338	2568	14,59	15,38
loco-regionaal	11491	11809	71,72	70,73
narcose	2153	2291	13,44	13,72
andere	40	28	0,25	0,17
totaal	16022	16696	100,00	100,00
geen antwoord	2	0		
algemeen totaal	16024	16696		



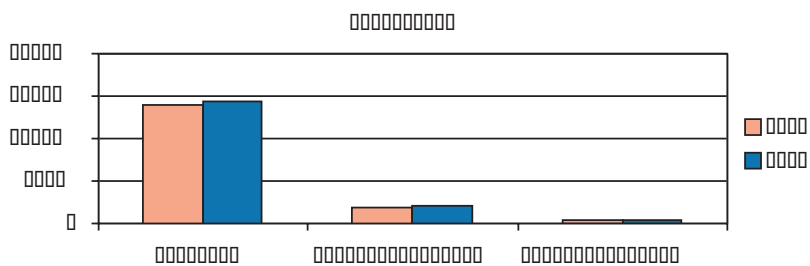
11. Durée d'hospitalisation

type	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	13912	14370	86,83	86,07
24h ou moins	1977	2135	12,34	12,79
plus de 24h	134	191	0,84	1,14
total	16023	16696	100,00	100,00
pas de réponse	1	0		
total général	16024	16696		



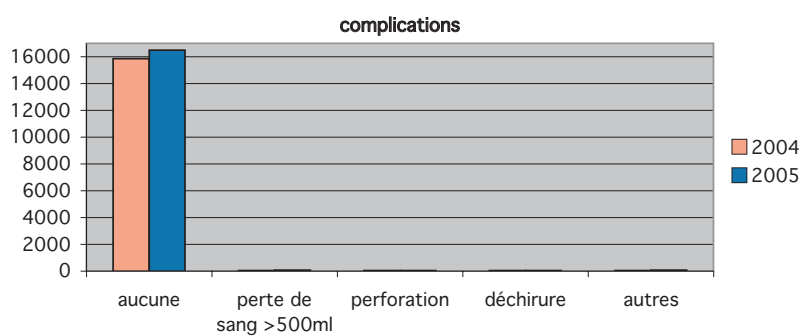
11. Opnameduur

type	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
ambulant	13912	14370	86,83	86,07
24 uur of minder	1977	2135	12,34	12,79
meer dan 24 uur	134	191	0,84	1,14
totaal	16023	16696	100,00	100,00
geen antwoord	1	0		
algemeen totaal	16024	16696		



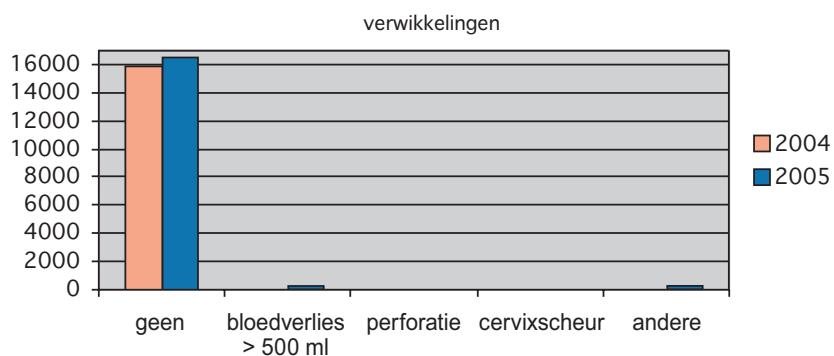
12. Complications

type	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aucune	15865	16491	99,07	98,86
perte de sang > 500 ml	45	63	0,28	0,38
perforation	28	27	0,17	0,16
déchirure	31	32	0,19	0,19
autres	45	68	0,28	0,41
total	16014	16681	100,00	100,00
pas de réponse	10	15		
total général	16024	16696		



12. Verwikkelingen

type	aantal		%	
	2004	2005	2004	2005
geen	15865	16491	99,07	98,86
bloedverlies > 500 ml	45	63	0,28	0,38
perforatie	28	27	0,17	0,16
cervixscheur	31	32	0,19	0,19
andere	45	68	0,28	0,41
totaal	16014	16681	100,00	100,00
geen antwoord	10	15		
algemeen totaal	16024	16696		



2. Tabulations croisées

1. SITUATION DE DETRESSE

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

domicile	nombre d'IVG		avec C		pourcentage avec C	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Anvers	2478	2432	395	384	11,28	10,63
Flandre Occidentale	1142	1155	87	127	2,48	3,52
Flandre Orientale	1421	1483	210	224	5,99	6,20
Hainaut	1657	2031	563	638	16,07	17,66
Liège	1659	1769	375	412	10,71	11,41
Limbourg	945	914	149	123	4,25	3,41
Luxembourg	372	342	109	81	3,11	2,24
Namur	589	657	195	167	5,57	4,62
Brabant flamand	913	998	135	176	3,85	4,87
Brabant Wallon	532	528	160	152	4,57	4,21
Brux-Capitale	3918	4092	1039	1057	29,66	29,26
A l'étranger	392	295	86	71	2,46	1,97
total	16018	16696	3503	3612	100,00	100,00

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

domicile	nombre d'IVG		avec B		pourcentage avec B	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Anvers	2478	2432	1933	1909	15,45	14,36
Flandre Occidentale	1142	1155	910	947	7,27	7,13
Flandre Orientale	1421	1483	1102	1186	8,81	8,92
Hainaut	1657	2031	1406	1615	11,24	12,15
Liège	1659	1769	1265	1355	10,11	10,19
Limbourg	945	914	764	856	6,11	6,44
Luxembourg	372	342	317	266	2,53	2,00
Namur	589	657	469	540	3,75	4,06
Brabant flamand	913	998	755	859	6,03	6,46
Brabant Wallon	532	528	447	452	3,57	3,40
Brux-Capitale	3918	4092	2875	3082	22,98	23,19
A l'étranger	392	295	270	224	2,16	1,69
total	16018	16696	12513	13291	100,00	100,00

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

2. Gekruiste tabellen

1. NOODSITUATIE

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

woonplaats	aantal abortussen		met C		% met C	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Antwerpen	2478	2432	395	384	11,28	10,63
West-Vlaanderen	1142	1155	87	127	2,48	3,52
Oost-Vlaanderen	1421	1483	210	224	5,99	6,20
Henegouwen	1657	2031	563	638	16,07	17,66
Luik	1659	1769	375	412	10,71	11,41
Limburg	945	914	149	123	4,25	3,41
Luxemburg	372	342	109	81	3,11	2,24
Namen	589	657	195	167	5,57	4,62
Vlaams-Brabant	913	998	135	176	3,85	4,87
Waals-Brabant	532	528	160	152	4,57	4,21
Brussel-Hoofdstad	3918	4092	1039	1057	29,66	29,26
Buitenland	392	295	86	71	2,46	1,97
totaal	16018	16696	3503	3612	100,00	100,00

1.2. Woonplaats van de vrouw en het invoeren van persoonlijke redenen (categorie B)

woonplaats	aantal abortussen		met B		% met B	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Antwerpen	2478	2432	1933	1909	15,45	14,36
West-Vlaanderen	1142	1155	910	947	7,27	7,13
Oost-Vlaanderen	1421	1483	1102	1186	8,81	8,92
Henegouwen	1657	2031	1406	1615	11,24	12,15
Luik	1659	1769	1265	1355	10,11	10,19
Limburg	945	914	764	856	6,11	6,44
Luxemburg	372	342	317	266	2,53	2,00
Namen	589	657	469	540	3,75	4,06
Vlaams-Brabant	913	998	755	859	6,03	6,46
Waals-Brabant	532	528	447	452	3,57	3,40
Brussel-Hoofdstad	3918	4092	2875	3082	22,98	23,19
Buitenland	392	295	270	224	2,16	1,69
totaal	16018	16696	12513	13291	100,00	100,00

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

1.3. Age et situation de détresse

1.3.1. Nombre

âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	2	0	25	21	143	149	213	214
sit. de détresse personnelle	116	119	2829	2928	3160	3351	2091	2274
sit. de détresse matérielle	2	1	318	336	1106	1105	994	1044
problèmes relationnels	13	11	582	562	1624	1672	1666	1797
viol-inceste	1	2	11	12	15	20	17	9
réfugiée politique	2	0	40	51	186	158	196	218
autres	0	0	24	19	73	82	75	64
total	136	133	3829	3929	6307	6537	5252	5620

âge	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	259	265	194	223	54	73	5	3	0	0
sit. de détresse personnelle	1833	1881	1570	1739	852	916	65	83	1	0
sit. de détresse matérielle	647	687	341	351	93	85	3	3	0	0
problèmes relationnels	1386	1280	733	764	213	201	14	16	0	0
viol-inceste	10	11	7	4	2	2	0	0	0	0
réfugiée politique	156	127	67	77	22	17	1	0	0	0
autres	80	56	46	46	11	13	2	1	0	0
total	4371	4307	2958	3204	1247	1307	90	106	1	0

1.3.2. Pourcentage

âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	1,47	0,00	0,65	0,53	2,27	2,28	4,06	3,81
sit. de détresse personnelle	85,29	89,47	73,88	74,52	50,10	51,26	39,81	40,46
sit. de détresse matérielle	1,47	0,75	8,31	8,55	17,54	16,90	18,93	18,58
problèmes relationnels	9,56	8,27	15,20	14,30	25,75	25,58	31,72	31,98
viol-inceste	0,74	1,50	0,29	0,31	0,24	0,31	0,32	0,16
réfugiée politique	1,47	0,00	1,04	1,30	2,95	2,42	3,73	3,88
autres	0,00	0,00	0,63	0,48	1,16	1,25	1,43	1,14
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

âge	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	5,93	6,15	6,56	6,96	4,33	5,59	5,56	2,83	0,00	0,00
sit. de détresse personnelle	41,94	43,67	53,08	54,28	68,32	70,08	72,22	78,30	100,00	0,00
sit. de détresse matérielle	14,80	15,95	11,53	10,96	7,46	6,50	3,33	2,83	0,00	0,00
problèmes relationnels	31,71	29,72	24,78	23,85	17,08	15,38	15,56	15,09	0,00	0,00
viol-inceste	0,23	0,26	0,24	0,12	0,16	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	3,57	2,95	2,27	2,40	1,76	1,30	1,11	0,00	0,00	0,00
autres	1,83	1,30	1,56	1,44	0,88	0,99	2,22	0,94	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

1.3. Leeftijd en noodsituatie

1.3.1. Aantal	leeftijd	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	2	0	25	21	143	149	213	214
	persoonlijke noodsituatie	116	119	2829	2928	3160	3351	2091	2274
	materiële noodsituatie	2	1	318	336	1106	1105	994	1044
	relationele problemen	13	11	582	562	1624	1672	1666	1797
	verkrachting - incest	1	2	11	12	15	20	17	9
	politiek vluchteling	2	0	40	51	186	158	196	218
	andere	0	0	24	19	73	82	75	64
	totaal	136	133	3829	3929	6307	6537	5252	5620

1.3.2. Percentage	leeftijd	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	259	265	194	223	54	73	5	3	0	0
	persoonlijke noodsituatie	1833	1881	1570	1739	852	916	65	83	1	0
	materiële noodsituatie	647	687	341	351	93	85	3	3	0	0
	relationele problemen	1386	1280	733	764	213	201	14	16	0	0
	verkrachting - incest	10	11	7	4	2	2	0	0	0	0
	politiek vluchteling	156	127	67	77	22	17	1	0	0	0
	andere	80	56	46	46	11	13	2	1	0	0
	totaal	4371	4307	2958	3204	1247	1307	90	106	1	0

1.3.1. Aantal	leeftijd	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	1,47	0,00	0,65	0,53	2,27	2,28	4,06	3,81
	persoonlijke noodsituatie	85,29	89,47	73,88	74,52	50,10	51,26	39,81	40,46
	materiële noodsituatie	1,47	0,75	8,31	8,55	17,54	16,90	18,93	18,58
	relationele problemen	9,56	8,27	15,20	14,30	25,75	25,58	31,72	31,98
	verkrachting - incest	0,74	1,50	0,29	0,31	0,24	0,31	0,32	0,16
	politiek vluchteling	1,47	0,00	1,04	1,30	2,95	2,42	3,73	3,88
	andere	0,00	0,00	0,63	0,48	1,16	1,25	1,43	1,14
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.3.2. Percentage	leeftijd	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	5,93	6,15	6,56	6,96	4,33	5,59	5,56	2,83	0,00	0,00
	persoonlijke noodsituatie	41,94	43,67	53,08	54,28	68,32	70,08	72,22	78,30	100,00	0,00
	materiële noodsituatie	14,80	15,95	11,53	10,96	7,46	6,50	3,33	2,83	0,00	0,00
	relationele problemen	31,71	29,72	24,78	23,85	17,08	15,38	15,56	15,09	0,00	0,00
	verkrachting - incest	0,23	0,26	0,24	0,12	0,16	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00
	politiek vluchteling	3,57	2,95	2,27	2,40	1,76	1,30	1,11	0,00	0,00	0,00
	andere	1,83	1,30	1,56	1,44	0,88	0,99	2,22	0,94	0,00	0,00
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4.1. Nombre

état civil	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	438	429	382	438	68	76	7	5
sit. de détresse personnelle	8420	8890	3274	3551	763	794	61	55
sit. de détresse matérielle	2448	2474	848	907	194	220	14	10
problèmes relationnels	4160	4357	1196	1168	732	732	43	48
viol-inceste	41	48	15	7	7	5	2	0
réfugiée politique	413	417	199	189	48	30	10	12
autres	201	168	80	90	28	20	2	3
total	16121	16783	5994	6350	1840	1877	139	133

1.4.2. Pourcentage

état civil	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	2,72	2,56	6,37	6,90	3,70	4,05	5,04	3,76
sit. de détresse personnelle	52,23	52,97	54,62	55,92	41,47	42,30	43,88	41,35
sit. de détresse matérielle	15,19	14,74	14,15	14,28	10,54	11,72	10,07	7,52
problèmes relationnels	25,80	25,96	19,95	18,39	39,78	39,00	30,94	36,09
viol-inceste	0,25	0,29	0,25	0,11	0,38	0,27	1,44	0,00
réfugiée politique	2,56	2,48	3,32	2,98	2,61	1,60	7,19	9,02
autres	1,25	1,00	1,33	1,42	1,52	1,07	1,44	2,26
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat

1.4.1. Aantal	burgerlijke staat	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	438	429	382	438	68	76	7	5
	persoonlijke noodsituatie	8420	8890	3274	3551	763	794	61	55
	materiële noodsituatie	2448	2474	848	907	194	220	14	10
	relationele problemen	4160	4357	1196	1168	732	732	43	48
	verkrachting - incest	41	48	15	7	7	5	2	0
	politiek vluchteling	413	417	199	189	48	30	10	12
	andere	201	168	80	90	28	20	2	3
	totaal	16121	16783	5994	6350	1840	1877	139	133

1.4.2. Percentage	burgerlijke staat	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	2,72	2,56	6,37	6,90	3,70	4,05	5,04	3,76
	persoonlijke noodsituatie	52,23	52,97	54,62	55,92	41,47	42,30	43,88	41,35
	materiële noodsituatie	15,19	14,74	14,15	14,28	10,54	11,72	10,07	7,52
	relationele problemen	25,80	25,96	19,95	18,39	39,78	39,00	30,94	36,09
	verkrachting - incest	0,25	0,29	0,25	0,11	0,38	0,27	1,44	0,00
	politiek vluchteling	2,56	2,48	3,32	2,98	2,61	1,60	7,19	9,02
	andere	1,25	1,00	1,33	1,42	1,52	1,07	1,44	2,26
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants

1.5.1. Nombre

situation de détresse	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	280	287	259	289	231	230	86	79
sit. de détresse personnelle	6359	6700	2159	2334	2282	2447	1096	1156
sit. de détresse matérielle	1605	1582	967	1023	662	685	226	229
problèmes relationnels	3132	3310	1621	1602	948	935	289	314
viol-inceste	34	39	13	11	10	6	6	2
réfugiée politique	293	284	182	172	122	127	46	41
autres	159	136	80	65	45	50	18	19
total	11862	12338	5281	5496	4300	4480	1767	1840

situation de détresse	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	29	36	6	16	4	11
sit. de détresse personnelle	429	437	118	139	97	78
sit. de détresse matérielle	68	61	25	17	11	15
problèmes relationnels	96	103	31	26	14	15
viol-inceste	0	2	2	0	0	0
réfugiée politique	19	12	6	9	2	3
autres	4	7	4	3	1	1
total	645	658	192	210	129	123

1.5.2. Pourcentage

situation de détresse	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	2,36	2,33	4,90	5,26	5,37	5,13	4,87	4,29
sit. de détresse personnelle	53,61	54,30	40,88	42,47	53,07	54,62	62,03	62,83
sit. de détresse matérielle	13,53	12,82	18,31	18,61	15,40	15,29	12,79	12,45
problèmes relationnels	26,40	26,83	30,69	29,15	22,05	20,87	16,36	17,07
viol-inceste	0,29	0,32	0,25	0,20	0,23	0,13	0,34	0,11
réfugiée politique	2,47	2,30	3,45	3,13	2,84	2,83	2,60	2,23
autres	1,34	1,10	1,51	1,18	1,05	1,12	1,02	1,03
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	4,50	5,47	3,13	7,62	3,10	8,94
sit. de détresse personnelle	66,51	66,41	61,46	66,19	75,19	63,41
sit. de détresse matérielle	10,54	9,27	13,02	8,01	8,53	12,20
problèmes relationnels	14,88	15,65	16,15	12,38	10,85	12,20
viol-inceste	0,00	0,30	1,04	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	2,95	1,82	3,13	4,29	1,55	2,44
autres	0,62	1,06	2,08	1,43	0,78	0,81
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Aantal	noodsituatie	0		1		2		3	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	280	287	259	289	231	230	86	79
	persoonlijke noodsituatie	6359	6700	2159	2334	2282	2447	1096	1156
	materiële noodsituatie	1605	1582	967	1023	662	685	226	229
	relationele problemen	3132	3310	1621	1602	948	935	289	314
	verkrachting - incest	34	39	13	11	10	6	6	2
	politiek vluchteling	293	284	182	172	122	127	46	41
	andere	159	136	80	65	45	50	18	19
	totaal	11862	12338	5281	5496	4300	4480	1767	1840

1.5.2. Percentage	noodsituatie	4		5		>5	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	29	36	6	16	4	11
	persoonlijke noodsituatie	429	437	118	139	97	78
	materiële noodsituatie	68	61	25	17	11	15
	relationele problemen	96	103	31	26	14	15
	verkrachting - incest	0	2	2	0	0	0
	politiek vluchteling	19	12	6	9	2	3
	andere	4	7	4	3	1	1
	totaal	645	658	192	210	129	123

1.5.1. Aantal	noodsituatie	0		1		2		3	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	2,36	2,33	4,90	5,26	5,37	5,13	4,87	4,29
	persoonlijke noodsituatie	53,61	54,30	40,88	42,47	53,07	54,62	62,03	62,83
	materiële noodsituatie	13,53	12,82	18,31	18,61	15,40	15,29	12,79	12,45
	relationele problemen	26,40	26,83	30,69	29,15	22,05	20,87	16,36	17,07
	verkrachting - incest	0,29	0,32	0,25	0,20	0,23	0,13	0,34	0,11
	politiek vluchteling	2,47	2,30	3,45	3,13	2,84	2,83	2,60	2,23
	andere	1,34	1,10	1,51	1,18	1,05	1,12	1,02	1,03
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.5.2. Percentage	noodsituatie	4		5		>5	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005
	gezondheid	4,50	5,47	3,13	7,62	3,10	8,94
	persoonlijke noodsituatie	66,51	66,41	61,46	66,19	75,19	63,41
	materiële noodsituatie	10,54	9,27	13,02	8,01	8,53	12,20
	relationele problemen	14,88	15,65	16,15	12,38	10,85	12,20
	verkrachting - incest	0,00	0,30	1,04	0,00	0,00	0,00
	politiek vluchteling	2,95	1,82	3,13	4,29	1,55	2,44
	andere	0,62	1,06	2,08	1,43	0,78	0,81
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2. METHODE DE CONTRACEPTION

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre									
	10-14		15-19		20-24		25-29		
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	
méthode									
aucune	49	47	935	1056	1718	1729	1613	1685	
coït interrompu	2	4	65	70	119	112	136	169	
abstinence périodique	0	0	56	50	151	164	204	194	
spermicides	0	0	2	3	1	2	0	4	
diaphragme	0	0	2	3	2	2	5	6	
préservatif	34	28	492	493	616	626	500	519	
pilule	3	5	516	557	1239	1314	979	1071	
injection contraceptive	0	0	5	4	9	7	7	15	
DIU	0	0	7	7	32	43	50	57	
stérilisation homme	0	0	0	0	1	3	8	3	
stérilisation femme	0	0	0	0	0	0	3	0	
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0	
pilule du lendemain	0	0	22	31	42	45	56	50	
implant	0	0	1	0	4	5	2	5	
patch	0	0	12	13	32	35	30	28	
anneau vaginal (à p d 2005)		0		12		43		53	
Méthode N.F.P. (à p d 2005)		0		0		1		3	
autres	0	0	13	2	35	8	35	11	
total	88	84	2128	2301	4001	4139	3628	3873	

2.1.1. Nombre	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	méthode									
aucune	1427	1296	938	987	399	403	27	26	1	0
coït interrompu	132	120	84	110	42	51	1	3	0	0
abstinence périodique	214	239	177	185	101	101	7	14	0	0
spermicides	5	4	4	2	0	1	0	1	0	0
diaphragme	2	2	1	3	1	3	0	0	0	0
préservatif	413	448	328	332	104	132	8	14	0	0
pilule	706	819	663	514	158	136	8	12	0	0
injection contraceptive	6	5	5	2	0	4	0	0	0	0
DIU	51	47	37	45	7	18	1	1	0	0
stérilisation homme	9	10	15	13	4	8	0	0	0	0
stérilisation femme	2	3	7	3	3	1	0	0	0	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	29	29	12	20	6	6	0	0	0	0
implant	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
patch	11	22	18	10	3	4	0	1	0	0
anneau vaginal (à p d 2005)		37		13		12		2		0
Méthode N.F.P. (à p d 2005)		0		1		1		0		0
autres	22	11	10	7	7	1	1	0	0	0
total	3030	3093	2300	2248	836	882	53	74	1	0

1. rapport statistique >>

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

29

2. VOORBEHOEDMIDDELEN

2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	49	47	935	1056	1718	1729	1613	1685
coïtus interruptus	2	4	65	70	119	112	136	169
periodieke onthouding	0	0	56	50	151	164	204	194
spermicide	0	0	2	3	1	2	0	4
pessarium	0	0	2	3	2	2	5	6
condoom	34	28	492	493	616	626	500	519
pil	3	5	516	557	1239	1314	979	1071
prikpil	0	0	5	4	9	7	7	15
IUD	0	0	7	7	32	43	50	57
sterilisatie man	0	0	0	0	1	3	8	3
sterilisatie vrouw	0	0	0	0	0	0	3	0
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	0	0	22	31	42	45	56	50
implant	0	0	1	0	4	5	2	5
patch	0	0	12	13	32	35	30	28
vaginale ring (vanaf 2005)		0		12		43		53
N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0		0		1		3
andere	0	0	13	2	35	8	35	11
totaal	88	84	2128	2301	4001	4139	3628	3873

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
geen	1427	1296	938	987	399	403	27	26	1	0
coïtus interruptus	132	120	84	110	42	51	1	3	0	0
periodieke onthouding	214	239	177	185	101	101	7	14	0	0
spermicide	5	4	4	2	0	1	0	1	0	0
pessarium	2	2	1	3	1	3	0	0	0	0
condoom	413	448	328	332	104	132	8	14	0	0
pil	706	819	663	514	158	136	8	12	0	0
prikpil	6	5	5	2	0	4	0	0	0	0
IUD	51	47	37	45	7	18	1	1	0	0
sterilisatie man	9	10	15	13	4	8	0	0	0	0
sterilisatie vrouw	2	3	7	3	3	1	0	0	0	0
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	29	29	12	20	6	6	0	0	0	0
implant	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
patch	11	22	18	10	3	4	0	1	0	0
vaginale ring (vanaf 2005)		37		13		12		2		0
N.F.P.-methode (vanaf 2005)		0		1		1		0		0
andere	22	11	10	7	7	1	1	0	0	0
totaal	3030	3093	2300	2248	836	882	53	74	1	0

2.1.1. Aantal

1. Statistisch verslag >>

2-JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 29

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	55,68	55,95	43,94	45,89	42,94	41,77	44,46	43,51
coït interrompu	2,27	4,76	3,05	3,04	2,97	2,71	3,75	4,36
abstinence périodique	0,00	0,00	2,63	2,17	3,77	3,96	5,62	5,01
spermicides	0,00	0,00	0,09	0,13	0,02	0,05	0,00	0,10
diaphragme	0,00	0,00	0,09	0,13	0,05	0,05	0,14	0,15
préservatif	38,64	33,33	23,12	21,43	15,40	15,12	13,78	13,40
pilule	3,41	5,95	24,25	24,21	30,97	31,75	26,98	27,65
injection contraceptive	0,00	0,00	0,23	0,17	0,22	0,17	0,19	0,39
DIU	0,00	0,00	0,33	0,30	0,80	1,04	1,38	1,47
stérilisation homme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,07	0,22	0,08
stérilisation femme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,00	0,00	1,03	1,35	1,05	1,09	1,54	1,29
implant	0,00	0,00	0,05	0,00	0,10	0,12	0,06	0,13
patch	0,00	0,00	0,56	0,56	0,80	0,85	0,83	0,72
anneau vaginal (à p d 2005)		0,00		0,52		1,04		1,37
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		0,00		0,00		0,02		0,08
autres	0,00	0,00	0,61	0,09	0,87	0,19	0,96	0,28
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	47,01	41,90	40,78	43,91	47,73	45,69	50,94	35,14	100,00	0,00
coït interrompu	4,36	3,88	3,65	4,89	5,02	5,78	1,89	4,05	0,00	0,00
abstinence périodique	7,06	7,73	7,70	8,23	12,08	11,45	13,21	18,92	0,00	0,00
spermicides	0,17	0,13	0,17	0,09	0,00	0,11	0,00	1,35	0,00	0,00
diaphragme	0,07	0,06	0,04	0,13	0,12	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	13,63	14,48	14,26	14,77	12,44	14,97	15,09	18,92	0,00	0,00
pilule	23,30	26,48	28,83	22,86	18,90	15,42	15,09	16,22	0,00	0,00
injection contraceptive	0,20	0,16	0,22	0,09	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00
DIU	1,68	1,52	1,61	2,00	0,84	2,04	1,89	1,35	0,00	0,00
stérilisation homme	0,30	0,32	0,65	0,58	0,48	0,91	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation femme	0,07	0,01	0,30	0,13	0,36	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,96	0,94	0,52	0,89	0,72	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00
implant	0,03	0,03	0,04	0,04	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,36	0,71	0,78	0,44	0,36	0,45	0,00	1,35	0,00	0,00
anneau vaginal (à p d 2005)		1,20		0,58		1,36		2,70		0,00
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		0,00		0,04		0,11		0,00		0,00
autres	0,73	0,36	0,43	0,31	0,84	0,11	1,89	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

2.1.2. Percentage	methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	55,68	55,95	43,94	45,89	42,94	41,77	44,46	43,51
	coïtus interruptus	2,27	4,76	3,05	3,04	2,97	2,71	3,75	4,36
	periodieke onthouding	0,00	0,00	2,63	2,17	3,77	3,96	5,62	5,01
	spermicide	0,00	0,00	0,09	0,13	0,02	0,05	0,00	0,10
	pessarium	0,00	0,00	0,09	0,13	0,05	0,05	0,14	0,15
	condoom	38,64	33,33	23,12	21,43	15,40	15,12	13,78	13,40
	pil	3,41	5,95	24,25	24,21	30,97	31,75	26,98	27,65
	prikpil	0,00	0,00	0,23	0,17	0,22	0,17	0,19	0,39
	IUD	0,00	0,00	0,33	0,30	0,80	1,04	1,38	1,47
	sterilisatie man	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,07	0,22	0,08
	sterilisatie vrouw	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00
	sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	"morning after" pil	0,00	0,00	1,03	1,35	1,05	1,09	1,54	1,29
	implant	0,00	0,00	0,05	0,00	0,10	0,12	0,06	0,13
	patch	0,00	0,00	0,56	0,56	0,80	0,85	0,83	0,72
	vaginale ring (vanaf 2005)		0,00		0,52		1,04		1,37
	N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0,00		0,00		0,02		0,08
	andere	0,00	0,00	0,61	0,09	0,87	0,19	0,96	0,28
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
geen	47,01	41,90	40,78	43,91	47,73	45,69	50,94	35,14	100,00	0,00
coïtus interruptus	4,36	3,88	3,65	4,89	5,02	5,78	1,89	4,05	0,00	0,00
periodieke onthouding	7,06	7,73	7,70	8,23	12,08	11,45	13,21	18,92	0,00	0,00
spermicide	0,17	0,13	0,17	0,09	0,00	0,11	0,00	1,35	0,00	0,00
pessarium	0,07	0,06	0,04	0,13	0,12	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00
condoom	13,63	14,48	14,26	14,77	12,44	14,97	15,09	18,92	0,00	0,00
pil	23,30	26,48	28,83	22,86	18,90	15,42	15,09	16,22	0,00	0,00
prikpil	0,20	0,16	0,22	0,09	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00
IUD	1,68	1,52	1,61	2,00	0,84	2,04	1,89	1,35	0,00	0,00
sterilisatie man	0,30	0,32	0,65	0,58	0,48	0,91	0,00	0,00	0,00	0,00
sterilisatie vrouw	0,07	0,01	0,30	0,13	0,36	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"morning after" pil	0,96	0,94	0,52	0,89	0,72	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00
implant	0,03	0,03	0,04	0,04	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,36	0,71	0,78	0,44	0,36	0,45	0,00	1,35	0,00	0,00
vaginale ring (vanaf 2005)		1,20		0,58		1,36		2,70		0,00
N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0,00		0,04		0,11		0,00		0,00
andere	0,73	0,36	0,43	0,31	0,84	0,11	1,89	0,00	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. Nombre	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	aucune	4602	4657	1924	1949	592	587	50	37
	coït interrompu	343	369	185	207	51	60	2	3
	abstinence périodique	467	509	370	342	62	87	11	9
	spermicides	5	12	5	4	2	1	0	0
	diaphragme	11	12	2	5	0	2	0	0
	préservatif	1804	1802	545	645	137	135	9	10
	pilule	2744	2983	1079	1102	328	324	16	19
	injection contraceptive	26	24	3	10	2	3	1	0
	DIU	86	109	85	90	14	19	0	0
	stérilisation homme	7	12	25	20	4	5	0	0
	stérilisation femme	2	2	12	4	1	1	0	0
	stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0
	pilule du lendemain	126	136	26	29	14	14	1	2
	implant	8	10	1	2	1	0	0	0
	patch	72	62	26	41	8	9	0	1
	anneau vaginal (à p d 2005)		118		44		9		1
	Méthode N.F.P. (à p d 2005)		4		2		0		0
	autres	71	20	44	17	8	3	0	0
	total	10374	10841	4332	4513	1224	1259	90	82

2.2.2. Pourcentage	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	aucune	44,36	42,96	44,41	43,19	48,37	46,62	55,56	45,12
	coït interrompu	3,31	3,40	4,27	4,59	4,17	4,77	2,22	3,66
	abstinence périodique	4,50	4,70	8,54	7,58	5,07	6,91	12,22	10,98
	spermicides	0,05	0,11	0,12	0,09	0,16	0,08	0,00	0,00
	diaphragme	0,11	0,11	0,05	0,11	0,00	0,16	0,00	0,00
	préservatif	17,39	16,62	12,58	14,29	11,19	10,72	10,00	12,20
	pilule	26,45	27,52	24,91	24,42	26,80	25,73	17,78	23,17
	injection contraceptive	0,25	0,22	0,07	0,22	0,16	0,24	1,11	0,00
	DIU	0,83	1,01	1,96	1,99	1,14	1,51	0,00	0,00
	stérilisation homme	0,07	0,11	0,58	0,44	0,33	0,40	0,00	0,00
	stérilisation femme	0,02	0,02	0,28	0,09	0,08	0,08	0,00	0,00
	stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	pilule du lendemain	1,21	1,25	0,60	0,64	1,14	1,11	1,11	2,44
	implant	0,08	0,09	0,02	0,04	0,08	0,00	0,00	0,00
	patch	0,69	0,57	0,60	0,91	0,65	0,71	0,00	1,22
	anneau vaginal (à p d 2005)		1,09		0,97		0,71		1,22
	Méthode N.F.P. (à p d 2005)		0,04		0,04		0,00		0,00
	autres	0,68	0,18	1,02	0,38	0,65	0,24	0,00	0,00
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.2. Voorbehoedmiddel en burgerlijke staat

2.2.1. Aantal	methode	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	4602	4657	1924	1949	592	587	50	37
	coïtus interruptus	343	369	185	207	51	60	2	3
	periodieke onthouding	467	509	370	342	62	87	11	9
	spermicide	5	12	5	4	2	1	0	0
	pessarium	11	12	2	5	0	2	0	0
	condoom	1804	1802	545	645	137	135	9	10
	pil	2744	2983	1079	1102	328	324	16	19
	prikpil	26	24	3	10	2	3	1	0
	IUD	86	109	85	90	14	19	0	0
	sterilisatie man	7	12	25	20	4	5	0	0
	sterilisatie vrouw	2	2	12	4	1	1	0	0
	sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0	0	0
	"morning after" pil	126	136	26	29	14	14	1	2
	implant	8	10	1	2	1	0	0	0
	patch	72	62	26	41	8	9	0	1
	vaginale ring (vanaf 2005)		118		44		9		1
	N.F.P.- methode (vanaf 2005)		4		2		0		0
	andere	71	20	44	17	8	3	0	0
	total	10374	10841	4332	4513	1224	1259	90	82

2.2.2. Percentage	methode	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	44,36	42,96	44,41	43,19	48,37	46,62	55,56	45,12
	coïtus interruptus	3,31	3,40	4,27	4,59	4,17	4,77	2,22	3,66
	periodieke onthouding	4,50	4,70	8,54	7,58	5,07	6,91	12,22	10,98
	spermicide	0,05	0,11	0,12	0,09	0,16	0,08	0,00	0,00
	pessarium	0,11	0,11	0,05	0,11	0,00	0,16	0,00	0,00
	condoom	17,39	16,62	12,58	14,29	11,19	10,72	10,00	12,20
	pil	26,45	27,52	24,91	24,42	26,80	25,73	17,78	23,17
	prikpil	0,25	0,22	0,07	0,22	0,16	0,24	1,11	0,00
	IUD	0,83	1,01	1,96	1,99	1,14	1,51	0,00	0,00
	sterilisatie man	0,07	0,11	0,58	0,44	0,33	0,40	0,00	0,00
	sterilisatie vrouw	0,02	0,02	0,28	0,09	0,08	0,08	0,00	0,00
	sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	"morning after" pil	1,21	1,25	0,60	0,64	1,14	1,11	1,11	2,44
	implant	0,08	0,09	0,02	0,04	0,08	0,00	0,00	0,00
	patch	0,69	0,57	0,60	0,91	0,65	0,71	0,00	1,22
	vaginale ring (vanaf 2005)		1,09		0,97		0,71		1,22
	N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0,04		0,04		0,00		0,00
	andere	0,68	0,18	1,02	0,38	0,65	0,24	0,00	0,00
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Statistisch verslag

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

méthode	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	3346	3465	1721	1657	1254	1280	535	498
coït interrompu	254	259	121	140	120	138	62	64
abstinence périodique	368	370	180	187	221	236	96	120
spermicides	3	10	2	3	4	3	3	1
diaphragme	9	7	1	3	1	7	2	1
préservatif	1487	1439	428	487	371	441	162	171
pilule	1852	2000	992	1067	806	839	307	326
injection contraceptive	12	11	8	11	7	8	4	6
DIU	49	53	49	57	51	62	25	31
stérilisation homme	3	6	8	8	14	12	6	8
stérilisation femme	0	1	2	0	8	5	3	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	102	117	31	25	20	26	11	8
implant	5	6	1	1	3	3	1	2
patch	35	44	33	30	22	20	8	12
anneau vaginal (à p d 2005)		81		42		32		12
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		1		1		1		2
autres	52	8	29	21	28	6	12	2
total	7577	7878	3606	3740	2930	3119	1237	1264

méthode	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	195	221	65	67	52	41
coït interrompu	15	24	6	8	3	6
abstinence périodique	36	24	5	8	4	2
spermicides	0	0	0	0	0	0
diaphragme	0	1	0	0	0	0
préservatif	29	38	11	9	7	7
pilule	153	132	38	44	21	21
injection contraceptive	0	1	1	0	0	0
DIU	8	7	2	6	1	2
stérilisation homme	2	2	0	1	3	0
stérilisation femme	1	1	0	0	1	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	1	3	2	2	0	0
implant	0	0	0	0	0	0
patch	4	3	2	2	2	2
anneau vaginal (à p d 2005)		2		1		2
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		0		0		1
autres	2	2	0	1	0	0
total	446	461	132	149	94	84

2.3.1. Nombre

2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen

methode	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
geen	3346	3465	1721	1657	1254	1280	535	498
coïtus interruptus	254	259	121	140	120	138	62	64
periodieke onthouding	368	370	180	187	221	236	96	120
spermicide	3	10	2	3	4	3	3	1
pessarium	9	7	1	3	1	7	2	1
condoom	1487	1439	428	487	371	441	162	171
pil	1852	2000	992	1067	806	839	307	326
prikpil	12	11	8	11	7	8	4	6
IUD	49	53	49	57	51	62	25	31
sterilisatie man	3	6	8	8	14	12	6	8
sterilisatie vrouw	0	1	2	0	8	5	3	0
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	102	117	31	25	20	26	11	8
implant	5	6	1	1	3	3	1	2
patch	35	44	33	30	22	20	8	12
vaginale ring (vanaf 2005)		81		42		32		12
N.F.P.- methode (vanaf 2005)		1		1		1		2
andere	52	8	29	21	28	6	12	2
totaal	7577	7878	3606	3740	2930	3119	1237	1264

methode	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
geen	195	221	65	67	52	41
coïtus interruptus	15	24	6	8	3	6
periodieke onthouding	36	24	5	8	4	2
spermicide	0	0	0	0	0	0
pessarium	0	1	0	0	0	0
condoom	29	38	11	9	7	7
pil	153	132	38	44	21	21
prikpil	0	1	1	0	0	0
IUD	8	7	2	6	1	2
sterilisatie man	2	2	0	1	3	0
sterilisatie vrouw	1	1	0	0	1	0
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	1	3	2	2	0	0
implant	0	0	0	0	0	0
patch	4	3	2	2	2	2
vaginale ring (vanaf 2005)		2		1		2
N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0		0		1
andere	2	2	0	1	0	0
totaal	446	461	132	149	94	84

2.3.1. Aantal

méthode	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	44,16	43,98	47,73	44,30	42,80	41,04	43,25	39,40
coït interrompu	3,35	3,29	3,36	3,74	4,01	4,42	5,01	5,06
abstinence périodique	4,86	4,70	4,99	5,00	7,54	7,57	7,76	9,49
spermicides	0,04	0,13	0,06	0,08	0,14	0,01	0,24	0,08
diaphragme	0,12	0,09	0,03	0,08	0,03	0,22	0,16	0,08
préservatif	19,63	18,27	11,87	13,02	12,66	14,14	13,01	13,53
pilule	24,44	25,39	27,51	28,53	27,51	26,90	24,82	25,79
injection contraceptive	0,16	0,14	0,22	0,29	0,24	0,26	0,32	0,47
DIU	0,65	0,67	1,36	1,52	1,74	1,99	2,02	2,45
stérilisation homme	0,04	0,08	0,22	0,21	0,48	0,38	0,49	0,63
stérilisation femme	0,00	0,01	0,06	0,00	0,27	0,16	0,24	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	1,35	1,49	0,86	0,67	0,68	0,83	0,89	0,63
implant	0,07	0,08	0,03	0,03	0,10	0,01	0,08	0,16
patch	0,46	0,56	0,92	0,80	0,75	0,64	0,65	0,95
anneau vaginal (à p d 2005)		1,03		1,12		1,03		0,95
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		0,01		0,03		0,03		0,16
autres	0,69	0,10	0,80	0,56	0,96	0,19	0,97	0,16
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	43,72	47,94	49,24	44,97	55,32	48,81
coït interrompu	3,36	5,21	4,55	5,37	3,19	7,14
abstinence périodique	8,07	5,21	3,79	5,37	4,26	2,38
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
diaphragme	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	6,50	8,24	8,33	6,04	7,45	8,33
pilule	34,30	28,63	28,79	29,53	22,34	25,00
injection contraceptive	0,00	0,22	0,76	0,00	0,00	0,00
DIU	1,79	1,52	1,52	4,03	1,06	2,38
stérilisation homme	0,45	0,43	0,00	0,67	3,19	0,00
stérilisation femme	0,22	0,22	0,00	0,00	1,06	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,22	0,65	1,52	1,34	0,00	0,00
implant	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,90	0,65	1,52	1,34	2,13	2,38
anneau vaginal (à p d 2005)		0,43		0,67		2,38
Méthode N.F.P.(à p d 2005)		0,00		0,00		1,19
autres	0,45	0,43	0,00	0,67	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. rapport statistique ➤

2.3.2. Percentage	methode	0		1		2		3	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	44,16	43,98	47,73	44,30	42,80	41,04	43,25	39,40
	coïtus interruptus	3,35	3,29	3,36	3,74	4,01	4,42	5,01	5,06
	periodieke onthouding	4,86	4,70	4,99	5,00	7,54	7,57	7,76	9,49
	spermicide	0,04	0,13	0,06	0,08	0,14	0,01	0,24	0,08
	pessarium	0,12	0,09	0,03	0,08	0,03	0,22	0,16	0,08
	condoom	19,63	18,27	11,87	13,02	12,66	14,14	13,01	13,53
	pil	24,44	25,39	27,51	28,53	27,51	26,90	24,82	25,79
	prikpil	0,16	0,14	0,22	0,29	0,24	0,26	0,32	0,47
	IUD	0,65	0,67	1,36	1,52	1,74	1,99	2,02	2,45
	sterilisatie man	0,04	0,08	0,22	0,21	0,48	0,38	0,49	0,63
	sterilisatie vrouw	0,00	0,01	0,06	0,00	0,27	0,16	0,24	0,00
	sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	"morning after" pil	1,35	1,49	0,86	0,67	0,68	0,83	0,89	0,63
	implant	0,07	0,08	0,03	0,03	0,10	0,01	0,08	0,16
	patch	0,46	0,56	0,92	0,80	0,75	0,64	0,65	0,95
	vaginale ring (vanaf 2005)		1,03		1,12		1,03		0,95
	N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0,01		0,03		0,03		0,16
	andere	0,69	0,10	0,80	0,56	0,96	0,19	0,97	0,16
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	4		5		>5	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
geen	43,72	47,94	49,24	44,97	55,32	48,81
coïtus interruptus	3,36	5,21	4,55	5,37	3,19	7,14
periodieke onthouding	8,07	5,21	3,79	5,37	4,26	2,38
spermicide	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pessarium	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
condoom	6,50	8,24	8,33	6,04	7,45	8,33
pil	34,30	28,63	28,79	29,53	22,34	25,00
prikpil	0,00	0,22	0,76	0,00	0,00	0,00
IUD	1,79	1,52	1,52	4,03	1,06	2,38
sterilisatie man	0,45	0,43	0,00	0,67	3,19	0,00
sterilisatie vrouw	0,22	0,22	0,00	0,00	1,06	0,00
sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"morning after" pil	0,22	0,65	1,52	1,34	0,00	0,00
implant	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,90	0,65	1,52	1,34	2,13	2,38
vaginale ring (vanaf 2005)		0,43		0,67		2,38
N.F.P.- methode (vanaf 2005)		0,00		0,00		1,19
andere	0,45	0,43	0,00	0,67	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Statistisch verslag >>

3. METHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre		aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	aucune	12205	12856	1300	1022	135	128	2145	2388	63	81	3	14
	hémorragie	22	37	17	17	0	2	6	6	0	1	0	0
	perforation	19	18	8	8	1	0	1	1	0	0	0	0
	déchirure	15	23	15	8	0	0	1	1	0	0	0	0
	autres	18	26	3	5	1	1	22	33	1	3	0	0
	total	12279	12960	1343	1060	137	131	2175	2429	64	85	3	14

3.1.2. Pourcentage		aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	aucune	99,40	99,20	96,80	96,42	98,54	97,71	98,62	98,31	98,44	95,29	100,00	100,00
	hémorragie	0,18	0,29	1,27	1,60	0,00	1,53	0,28	0,25	0,00	1,18	0,00	0,00
	perforation	0,15	0,14	0,60	0,75	0,73	0,00	0,05	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	déchirure	0,12	0,18	1,12	0,75	0,00	0,00	0,05	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	autres	0,15	0,20	0,22	0,47	0,73	0,76	1,01	1,36	1,56	3,53	0,00	0,00
	total	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. METHODE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING

3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwikkelingen

3.1.1. Aantal		aspiratie		curettage		prostaglandine		mifepristone		mifepr.+curettage		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	12205	12856	1300	1022	135	128	2145	2388	63	81	3	14
3.1.2. Percentage	bloedverlies	22	37	17	17	0	2	6	6	0	1	0	0
	perforatie	19	18	8	8	1	0	1	1	0	0	0	0
	cervixscheur	15	23	15	8	0	0	1	1	0	0	0	0
	andere	18	26	3	5	1	1	22	33	1	3	0	0
	totaal	12279	12960	1343	1060	137	131	2175	2429	64	85	3	14
3.1.2. Percentage		aspiratie		curettage		prostaglandine		mifepristone		mifepr.+curettage		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	99,40	99,20	96,80	96,42	98,54	97,71	98,62	98,31	98,44	95,29	100,00	100,00
3.1.2. Percentage	bloedverlies	0,18	0,29	1,27	1,60	0,00	1,53	0,28	0,25	0,00	1,18	0,00	0,00
	perforatie	0,15	0,14	0,60	0,75	0,73	0,00	0,05	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	cervixscheur	0,12	0,18	1,12	0,75	0,00	0,00	0,05	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
	andere	0,15	0,20	0,22	0,47	0,73	0,76	1,01	1,36	1,56	3,53	0,00	0,00
	totaal	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

3.2.1. Nombre

	aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifepr.+ curetage		autres	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	91	86	40	39	81	72	2118	2359	5	9	0	2
loco-régionale	10908	11443	475	232	39	51	49	54	15	23	2	5
narcose	1268	1432	824	787	4	3	5	13	44	52	1	4
autres	20	13	4	2	13	5	3	4	0	1	0	3
total	12287	12974	1343	1060	137	131	2175	2430	64	85	3	14

3.2.2. Pourcentage

	aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifepr.+ curetage		autres	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	0,74	0,66	2,98	3,68	59,12	54,96	97,38	97,08	7,81	10,59	0,00	14,29
loco-régionale	88,78	88,20	35,37	21,89	28,47	38,93	2,25	2,22	23,44	27,06	66,67	35,71
narcose	10,32	11,04	61,36	74,25	2,92	2,29	0,23	0,53	68,75	61,18	33,33	28,57
autres	0,16	0,10	0,30	0,19	9,49	3,82	0,14	0,16	0,00	1,18	0,00	21,43
total	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. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoxing

3.2.1. Aantal		aspiratie		curettage		prostaglandine		mifepristone		mifepr.+ curettage		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	geen	91	86	40	39	81	72	2118	2359	5	9	0	2
3.2.2. Percentage	loco-regionaal	10908	11443	475	232	39	51	49	54	15	23	2	5
	narcose	1268	1432	824	787	4	3	5	13	44	52	1	4
	andere	20	13	4	2	13	5	3	4	0	1	0	3
	totaal	12287	12974	1343	1060	137	131	2175	2430	64	85	3	14
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
3.2.2. Percentage	geen	0,74	0,66	2,98	3,68	59,12	54,96	97,38	97,08	7,81	10,59	0,00	14,29
	loco-regionaal	88,78	88,20	35,37	21,89	28,47	38,93	2,25	2,22	23,44	27,06	66,67	35,71
	narcose	10,32	11,04	61,36	74,25	2,92	2,29	0,23	0,53	68,75	61,18	33,33	28,57
	andere	0,16	0,10	0,30	0,19	9,49	3,82	0,14	0,16	0,00	1,18	0,00	21,43
	totaal	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

3.3.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiration	59	64	1737	1906	3074	3228	2730	2952
curetage	13	11	161	128	320	254	341	244
prostaglandine	1	0	10	11	26	26	30	25
mifépristone	14	9	265	243	567	613	506	627
mifépr.+curetage	1	0	13	13	12	14	15	19
autres	0	0	0	0	0	4	1	5
total	88	84	2186	2301	3999	4139	3623	3872

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiration	2348	2334	1627	1739	662	691	46	58	1	0
curetage	255	212	189	138	62	69	2	4	0	0
prostaglandine	42	39	20	21	7	8	1	1	0	0
mifépristone	472	486	248	331	99	110	4	11	0	0
mifépr.+curetage	10	19	7	16	6	4	0	0	0	0
autres	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0
total	3128	3093	2092	2247	836	882	53	74	1	0

3.3.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiration	67,05	76,19	79,46	82,83	76,87	77,99	75,35	76,24
curetage	14,77	13,10	7,37	5,56	8,00	6,14	9,41	6,30
prostaglandine	1,14	0,00	0,46	0,48	0,65	0,63	0,83	0,65
mifépristone	15,91	10,71	12,12	10,56	14,18	14,81	13,97	16,19
mifépr.+curetage	1,14	0,00	0,59	0,56	0,30	0,34	0,41	0,49
autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,13
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiration	75,06	75,46	77,77	77,39	79,19	78,34	86,79	78,38	100,00	0,00
curetage	8,15	6,85	9,03	6,14	7,42	7,82	3,77	5,41	0,00	0,00
prostaglandine	1,34	1,26	0,96	0,93	0,84	0,91	1,89	1,35	0,00	0,00
mifépristone	15,09	15,71	11,85	14,73	11,84	12,47	7,55	14,86	0,00	0,00
mifépr.+curetage	0,32	0,61	0,33	0,71	0,72	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	0,03	0,01	0,05	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën

3.3.1. Aantal

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiratie	59	64	1737	1906	3074	3228	2730	2952
curettagage	13	11	161	128	320	254	341	244
prostaglandine	1	0	10	11	26	26	30	25
mifepristone	14	9	265	243	567	613	506	627
mifepr;+curettagage	1	0	13	13	12	14	15	19
andere	0	0	0	0	0	4	1	5
totaal	88	84	2186	2301	3999	4139	3623	3872

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiratie	2348	2334	1627	1739	662	691	46	58	1	0
curettagage	255	212	189	138	62	69	2	4	0	0
prostaglandine	42	39	20	21	7	8	1	1	0	0
mifepristone	472	486	248	331	99	110	4	11	0	0
mifepr;+curettagage	10	19	7	16	6	4	0	0	0	0
andere	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0
totaal	3128	3093	2092	2247	836	882	53	74	1	0

3.3.2. Percentage

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiratie	67,05	76,19	79,46	82,83	76,87	77,99	75,35	76,24
curettagage	14,77	13,10	7,37	5,56	8,00	6,14	9,41	6,30
prostaglandine	1,14	0,00	0,46	0,48	0,65	0,63	0,83	0,65
mifepristone	15,91	10,71	12,12	10,56	14,18	14,81	13,97	16,19
mifepr;+curettagage	1,14	0,00	0,59	0,56	0,30	0,34	0,41	0,49
andere	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,13
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aspiratie	75,06	75,46	77,77	77,39	79,19	78,34	86,79	78,38	100,00	0,00
curettagage	8,15	6,85	9,03	6,14	7,42	7,82	3,77	5,41	0,00	0,00
prostaglandine	1,34	1,26	0,96	0,93	0,84	0,91	1,89	1,35	0,00	0,00
mifepristone	15,09	15,71	11,85	14,73	11,84	12,47	7,55	14,86	0,00	0,00
mifepr;+curettagage	0,32	0,61	0,33	0,71	0,72	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00
andere	0,03	0,01	0,05	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

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

3.4.1. Nombre		aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulatoire	11243	11755	583	336	71	59	1991	2193	17	26	0	0
	24h ou moins	1029	1185	717	663	24	25	155	208	46	50	0	3
	plus de 24h	15	34	43	61	42	47	29	29	1	9	3	11
	total	12287	12974	1343	1060	137	131	2175	2430	64	85	3	14

3.4.2. Pourcentage		aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulatoire	91,50	90,60	43,41	31,70	51,82	45,04	91,54	90,25	26,56	30,59	0,00	0,00
	24h ou moins	8,37	9,13	53,39	62,55	17,52	19,08	7,13	8,56	71,88	58,82	0,00	21,43
	plus de 24h	0,12	0,26	3,20	5,75	30,66	35,88	1,33	1,19	1,56	10,59	100,00	78,57
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur

3.4.1. Aantal		aspiratie		curettage		prostaglandine		mifepristone		mifepr. + curettage		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	11243	11755	583	336	71	59	1991	2193	17	26	0	0
	24 uur of minder	1029	1185	717	663	24	25	155	208	46	50	0	3
	meer dan 24 uur	15	34	43	61	42	47	29	29	1	9	3	11
	totaal	12287	12974	1343	1060	137	131	2175	2430	64	85	3	14

3.4.2. Percentage		aspiratie		curettage		prostaglandine		mifepristone		mifepr. + curettage		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	91,50	90,60	43,41	31,70	51,82	45,04	91,54	90,25	26,56	30,59	0,00	0,00
	24 uur of minder	8,37	9,13	53,39	62,55	17,52	19,08	7,13	8,56	71,88	58,82	0,00	21,43
	meer dan 24 uur	0,12	0,26	3,20	5,75	30,66	35,88	1,33	1,19	1,56	10,59	100,00	78,57
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. DUREE D'HOSPITALISATION

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre		aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulatoire	2131	2309	11272	11589	484	460	18	12
	24h ou moins	178	231	177	160	1605	1738	11	6
	plus de 24h	26	28	39	60	57	93	11	10
	total	2335	2568	11488	11809	2146	2291	40	28

4.1.2. Pourcentage		aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulatoire	91,26	89,91	98,12	98,14	22,55	20,08	45,00	42,86
	24h ou moins	7,62	9,00	1,54	1,35	74,79	75,86	27,50	21,43
	plus de 24h	1,11	1,09	0,34	0,51	2,66	4,06	27,50	35,71
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. OPNAMEDUUR

4.1. Opnameduur en verdoving

4.1.1. Aantal		geen		loco-regionaal		narcose		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	2131	2309	11272	11589	484	460	18	12
	24 uur of minder	178	231	177	160	1605	1738	11	6
	meer dan 24 uur	26	28	39	60	57	93	11	10
	totaal	2335	2568	11488	11809	2146	2291	40	28

4.1.2. Percentage		geen		loco-regionaal		narcose		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	91,26	89,91	98,12	98,14	22,55	20,08	45,00	42,86
	24 uur of minder	7,62	9,00	1,54	1,35	74,79	75,86	27,50	21,43
	meer dan 24 uur	1,11	1,09	0,34	0,51	2,66	4,06	27,50	35,71
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2.1. Nombre

	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	13812	14260	23	22	13	13	16	15	33	45
24h ou moins	1918	2066	18	26	12	10	12	17	11	16
plus de 24h	121	165	4	15	4	4	3	0	1	7
total	15851	16491	45	63	29	27	31	32	45	68

4.2.2. Pourcentage

	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	87,14	86,47	51,11	34,92	44,83	48,15	51,61	46,88	73,33	66,18
24h ou moins	12,10	12,53	40,00	41,27	41,38	37,04	38,71	53,12	24,44	23,53
plus de 24h	0,76	1,00	8,89	23,81	13,79	14,81	9,68	0,00	2,22	10,29
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



4.2. Opnameduur en verwickelingen

4.2.1. Aantal		geen		bloedverlies		perforatie		cervixscheur		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	13812	14260	23	22	13	13	16	15	33	45
	24 uur of minder	1918	2066	18	26	12	10	12	17	11	16
	meer dan 24 uur	121	165	4	15	4	4	3	0	1	7
	totaal	15851	16491	45	63	29	27	31	32	45	68

4.2.2. Percentage		geen		bloedverlies		perforatie		cervixscheur		andere	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ambulant	87,14	86,47	51,11	34,92	44,83	48,15	51,61	46,88	73,33	66,18
	24 uur of minder	12,10	12,53	40,00	41,27	41,38	37,04	38,71	53,12	24,44	23,53
	meer dan 24 uur	0,76	1,00	8,89	23,81	13,79	14,81	9,68	0,00	2,22	10,29
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. HOPITAL OU CENTRE

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre	domicile	hôpital		centre		nombre d'IVG	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005
	Anvers	559	499	1919	1933	2478	2432
	Flandre Occidentale	22	27	1120	1128	1142	1155
	Flandre Orientale	130	173	1291	1310	1421	1483
	Hainaut	1090	1177	567	854	1657	2031
	Liège	432	531	1227	1238	1659	1769
	Limbourg	10	8	935	906	945	914
	Luxembourg	40	36	332	306	372	342
	Namur	116	120	473	537	589	657
	Brabant flamand	153	184	760	814	913	998
	Brabant Wallon	116	109	416	419	532	528
	Brux-Capitale	570	613	3348	3479	3918	4092
	A l'étranger	27	20	365	275	392	295
	Total	3265	3497	12753	13199	16018	16696

5.1.2. Pourcentage par rapport au nombre d'avortements par province	domicile	hôpital		centre	
		2004	2005	2004	2005
	Anvers	22,56	20,52	77,44	79,48
	Flandre Occidentale	1,93	2,34	98,07	97,66
	Flandre Orientale	9,15	11,67	90,85	88,33
	Hainaut	65,78	57,95	34,22	42,05
	Liège	26,04	30,02	73,96	69,98
	Limbourg	1,06	0,88	98,94	99,12
	Luxembourg	10,75	10,53	89,25	89,47
	Namur	19,69	18,26	80,31	81,74
	Brabant flamand	16,76	18,44	83,24	81,56
	Brabant Wallon	21,80	20,64	78,20	79,36
	Brux-Capitale	14,55	14,98	85,45	85,02
	A l'étranger	6,89	6,78	93,11	93,22

5. ZIEKENHUIS OF CENTRUM

5.1. Ziekenhuis of centrum naar de woonplaats van de vrouw

5.1.1. Aantal	woonplaats	ziekenhuis		centrum		aantal abortussen	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005
	Antwerpen	559	499	1919	1933	2478	2432
	West-Vlaanderen	22	27	1120	1128	1142	1155
	Oost-Vlaanderen	130	173	1291	1310	1421	1483
	Henegouwen	1090	1177	567	854	1657	2031
	Luik	432	531	1227	1238	1659	1769
	Limburg	10	8	935	906	945	914
	Luxemburg	40	36	332	306	372	342
	Namen	116	120	473	537	589	657
	Vlaams-Brabant	153	184	760	814	913	998
	Waals-Brabant	116	109	416	419	532	528
	Brussel-Hoofdstad	570	613	3348	3479	3918	4092
	buitenland	27	20	365	275	392	295
	Totaal	3265	3497	12753	13199	16018	16696

5.1.2. Percentage t.o.v. het aantal abortussen per provincie	woonplaats	ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	Antwerpen	22,56	20,52	77,44	79,48
	West-Vlaanderen	1,93	2,34	98,07	97,66
	Oost-Vlaanderen	9,15	11,67	90,85	88,33
	Henegouwen	65,78	57,95	34,22	42,05
	Luik	26,04	30,02	73,96	69,98
	Limburg	1,06	0,88	98,94	99,12
	Luxemburg	10,75	10,53	89,25	89,47
	Namen	19,69	18,26	80,31	81,74
	Vlaams-Brabant	16,76	18,44	83,24	81,56
	Waals-Brabant	21,80	20,64	78,20	79,36
	Brussel-Hoofdstad	14,55	14,98	85,45	85,02
	buitenland	6,89	6,78	93,11	93,22

5.2. Hôpital ou centre, suivant les tranches d'âge

5.2.1. Nombre	âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	hôpital	27	23	433	448	801	824	710	781
	centre	61	61	1753	1914	3198	2612	2913	3091
	total	88	84	2186	2362	3999	3436	3623	3872

5.2.2. Pourcentage	âge	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	hôpital	687	709	422	409	166	289	13	14	0	0
	centre	2441	2384	1670	1757	670	675	40	60	4	0
	total	3128	3093	2092	2166	836	964	53	74	4	0

5.2.1. Nombre	âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	hôpital	30,68	27,38	19,81	18,97	20,03	23,98	19,60	20,17
	centre	69,32	72,62	80,19	81,03	79,97	76,02	80,40	79,83
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.2.2. Pourcentage	âge	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	hôpital	21,96	22,92	20,17	18,88	19,86	29,98	24,53	18,92	0,00	0,00
	centre	78,04	77,08	79,83	81,12	80,14	70,02	75,47	81,08	100,00	0,00
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën

5.2.1. Aantal	leeftijd	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ziekenhuis	27	23	433	448	801	824	710	781
	centrum	61	61	1753	1914	3198	2612	2913	3091
	totaal	88	84	2186	2362	3999	3436	3623	3872

5.2.2. Percentage	leeftijd	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ziekenhuis	687	709	422	409	166	289	13	14	0	0
	centrum	2441	2384	1670	1757	670	675	40	60	4	0
	totaal	3128	3093	2092	2166	836	964	53	74	4	0

5.2.1. Aantal	leeftijd	10-14		15-19		20-24		25-29	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ziekenhuis	30,68	27,38	19,81	18,97	20,03	23,98	19,60	20,17
	centrum	69,32	72,62	80,19	81,03	79,97	76,02	80,40	79,83
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.2.2. Percentage	leeftijd	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	ziekenhuis	21,96	22,92	20,17	18,88	19,86	29,98	24,53	18,92	0,00	0,00
	centrum	78,04	77,08	79,83	81,12	80,14	70,02	75,47	81,08	100,00	0,00
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre		hôpital		centre	
		2004	2005	2004	2005
	aucune	3195	3400	12670	13092
5.3.2. Pourcentage	hémorragie	19	34	26	29
	perforation	17	13	12	14
	déchirure	19	21	12	11
	autres	17	30	28	38
	total	3267	3498	12748	13184
5.3.2. Pourcentage		hôpital		centre	
		2004	2005	2004	2005
	aucune	97,80	97,20	99,39	99,30
5.3.2. Pourcentage	hémorragie	0,58	0,97	0,20	0,22
	perforation	0,52	0,37	0,09	0,11
	déchirure	0,58	0,60	0,09	0,08
	autres	0,52	0,86	0,22	0,29
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen

5.3.1. Aantal		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	geen	3195	3400	12670	13092
5.3.2. Percentage	bloedverlies	19	34	26	29
	perforatie	17	13	12	14
	scheur	19	21	12	11
	andere	17	30	28	38
	totaal	3267	3498	12748	13184
		2004	2005	2004	2005
5.3.2. Percentage	geen	97,80	97,20	99,39	99,30
	bloedverlies	0,58	0,97	0,20	0,22
	perforatie	0,52	0,37	0,09	0,11
	scheur	0,58	0,60	0,09	0,08
	andere	0,52	0,86	0,22	0,29
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	1188	1216	12724	13155
24h ou moins	1947	2096	30	39
plus de 24h	132	186	2	5
total	3267	3498	12756	13199

5.4.2. Pourcentage

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	36,36	34,76	99,75	99,67
24h ou moins	59,60	59,92	0,24	0,30
plus de 24h	4,04	5,32	0,02	0,04
total	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

5.4.1. Aantal		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	ambulant	1188	1216	12724	13155
	24 uur of minder	1947	2096	30	39
	meer dan 24 uur	132	186	2	5
	totaal	3267	3498	12756	13199

5.4.2. Percentage		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	ambulant	36,36	34,76	99,75	99,67
	24 uur of minder	59,60	59,92	0,24	0,30
	meer dan 24 uur	4,04	5,32	0,02	0,04
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.5.1. Nombre

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
aspiration	1684	1864	10603	11111
curetage	926	884	417	176
prostaglandine	112	112	25	19
mifépristone	477	553	1698	1877
mifépristone+curetage	57	70	7	15
autres	3	14	0	0
total	3259	3497	12750	13198

5.5.2. Pourcentage

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
aspiration	51,67	53,30	83,16	84,19
curetage	28,41	25,28	3,27	1,33
prostaglandine	3,44	3,20	0,20	0,14
mifépristone	14,64	15,81	13,32	14,22
mifépristone+curetage	1,75	2,00	0,05	0,11
autres	0,09	0,40	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00

5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

5.5.1. Aantal		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	aspiratie	1684	1864	10603	11111
	curettage	926	884	417	176
	prostaglandine	112	112	25	19
	mifepristone	477	553	1698	1877
	mifepristone+curettage	57	70	7	15
	andere	3	14	0	0
	totaal	3259	3497	12750	13198

5.5.2. Percentage		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	aspiratie	51,67	53,30	83,16	84,19
	curettage	28,41	25,28	3,27	1,33
	prostaglandine	3,44	3,20	0,20	0,14
	mifepristone	14,64	15,81	13,32	14,22
	mifepristone+curettage	1,75	2,00	0,05	0,11
	andere	0,09	0,40	0,00	0,00
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6.1. Nombre		hôpital		centre	
		2004	2005	2004	2005
	aucune	545	606	1793	1962
	loco-régionale	610	694	10882	11116
	narcose	2082	2181	71	110
	autres	30	17	10	11
	total	3267	3498	12756	13199

5.6.2. Pourcentage		hôpital		centre	
		2004	2005	2004	2005
	aucune	16,68	17,32	14,06	14,86
	loco-régionale	18,67	19,84	85,31	84,22
	narcose	63,73	62,35	0,56	0,83
	autres	0,92	0,49	0,08	0,08
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

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

	danger pour la mère		danger pour l'enfant	
	2004	2005	2004	2005
hôpital	5	6	59	87
centre	0	2	9	21
total	5	8	68	108

5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving

5.6.1. Aantal		ziekenhuis		centrum	
		2004	2005	2004	2005
	geen	545	606	1793	1962
5.6.2. Percentage	loco-regionaal	610	694	10882	11116
	narcose	2082	2181	71	110
	andere	30	17	10	11
	totaal	3267	3498	12756	13199
		2004	2005	2004	2005
5.6.2. Percentage	geen	16,68	17,32	14,06	14,86
	loco-regionaal	18,67	19,84	85,31	84,22
	narcose	63,73	62,35	0,56	0,83
	andere	0,92	0,49	0,08	0,08
	totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken

	gevaar voor de moeder		gevaar voor het kind	
	2004	2005	2004	2005
ziekenhuis	5	6	59	87
centrum	0	2	9	21
totaal	5	8	68	108

ANNEXE 1

REMARQUES CONCERNANT LA SOUS-RUBRIQUE "AUTRES" DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

1. Les "autres" situations de détresse

Les situations de détresse invoquées à la rubrique "autres" représentent, pour l'année 2004, 280 réponses, et pour l'année 2005, 191 réponses.

Il est à noter que la sous-rubrique "99. Autres" a été très souvent 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 2004, 71 cas parmi les "autres" réponses. En 2005, ce chiffre était de 14, bien qu'il existe une rubrique destinée à recueillir cette information.

Les situations de détresse invoquées à la rubrique "autres" en 2004 et 2005 sont les suivantes :

- | | |
|---|--|
| - problèmes d'ordre physique ou mental chez le partenaire ; | - partenaire décédé ; |
| - famille recomposée ; | - partenaire violent ; |
| - différences culturelles ; | - âge du partenaire (trop jeune ou trop âgé) ; |
| - victime de la prostitution/trafic d'êtres humains ; | - séropositivité ; |
| - toxicomanie ; | - partenaire en prison ; |
| - problèmes de santé du partenaire, consommation de médicaments ; | - relation instable, relation sans avenir ; |
| - enfants trop jeunes ; | - géniteur inconnu, doute quant à la paternité ; |
| - accouchement trop récent ; | - projet d'études ; |
| - relation adultère ; | - départ pour l'étranger ; |
| - femme non mariée ; | - enfants placés en institution ; |
| - problèmes médicaux d'autres enfants ; | - problèmes sociaux et familiaux ; |
| | - procédure de divorce en cours ; |
| | - problèmes juridiques concernant la garde des autres enfants. |

2. Les "autres" méthodes de contraception déclarées par la patiente

En 2004, cette rubrique a fait l'objet de 238 réponses. 88 cas concernaient l'anneau vaginal, étant donné que la rubrique y afférente (16) n'est reprise au formulaire que depuis 2005 ; l'allaitement maternel a été mentionné 21 fois.

En 2005, la rubrique "autres" a été complétée à 163 reprises, dont 23 pour l'allaitement maternel. Il convient de remarquer que la rubrique "autres" est fréquemment utilisée lorsque le médecin indique plus d'une méthode.

BIJLAGE 1

TOELICHTING BIJ DE SUB-RUBRIEK "ANDERE" IN HET REGISTRATIEDOCUMENT VOOR EEN ZWANGERSCHAPSAFBREKING

1. "Andere" noodsituaties

Voor het jaar 2004, werd de rubriek, "andere" 280 keer ingevuld en voor het jaar 2005 waren er 191 antwoorden.

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 2004 betrof het 71 gevallen van de "99-andere" antwoorden. In 2005, 14 hoewel daarvoor een specifieke rubriek bestaat.

Andere ingeroepen noodsituaties in 2004 en 2005 zijn o.m. :

- problemen bij de partner van lichamelijke of mentale aard ;
- nieuw samengesteld gezin ;
- cultuurverschillen ;
- slachtoffer prostitutie en mensenhandel ;
- drugsverslaving ;
- gezondheidsproblemen bij de partner, medicatiegebruik ;
- te jonge kinderen ;
- te recent bevallen ;
- overspelige relatie ;
- vrouw ongehuwd ;
- medische problemen bij andere kinderen ;
- partner overleden ;
- gewelddadige partner ;
- leeftijd partner (te jong of te oud) ;
- HIV ;
- gedetineerde partner ;
- onstabiele relatie, relatie zonder toekomst ;
- verwekker onbekend, twijfel vaderschap ;
- studieplanning ;
- vertrek naar het buitenland ;
- kinderen in instelling geplaatst ;
- sociale en familiale problemen ;
- in echtscheidingsprocedure ;
- juridische problemen omtrent hoederecht andere kinderen.

2. "Andere" anticonceptiemethoden

In 2004 werd deze rubriek 238 keer ingevuld waarvan 88 keer vaginale ring omdat de specifieke rubriek (16) maar vanaf 2005 voorkomt op het registratieformulier ; 21 keer werd borstvoeding ingevuld.

In 2005 werd de rubriek "andere" 163 keer ingevuld waarvan 23 keer borstvoeding.

Er dient opgemerkt dat de rubriek "andere" frequent gebruikt wordt wanneer de arts meer dan één methode aanduidt.

Les réponses données sont les suivantes :

- diminution de la fertilité chez l'homme et/ou la femme ;
- stérilité masculine ;
- méthode de la température ;
- injection vaginale ;
- lavement ;
- méthode Billings ;
- passage d'une méthode à l'autre, de la pilule au DIU.

3. Les "autres" méthodes d'interruption de grossesse

Concernant les années 2004 et 2005, on a relevé pour cette rubrique respectivement 21 et 27 réponses.

Hormis les cas qui auraient dû figurer sous une rubrique spécifique, les méthodes suivantes ont été mentionnées :

- stérilisation par laparoscopie ;
- misoprostol ;
- fœticide ;
- fausse couche spontanée.

4. Les "autres" méthodes d'anesthésie

En 2004 et 2005, cette rubrique a fait l'objet respectivement de 13 et 12 réponses, pour lesquelles on constate une prépondérance de l'anesthésie épidurale .

5. Les "autres" complications

Cette rubrique a été cochée 44 fois en 2004 et 63 fois en 2005.

Les réponses données sont les suivantes :

- rétention placentaire ;
- curetage après l'intervention ;
- malaise vagal ;
- stress ;
- hémorragie ;
- vomissements, nausées ;
- échec de la mifépristone ;
- endométrite ;
- choc anaphylactique ;
- crise d'hystérie, hyperventilation ;
- infection ;
- réaction allergique à l'ibuprofène.

Deze "andere" anticonceptiemethoden zijn o.m. :

- verminderde fertiliteit van man en/of vrouw ;
- steriliteit van de man ;
- temperatuursmethode ;
- vaginale spoeling ;
- lavement ;
- billingsmethode ;
- overgang van een voorbehoedmiddel naar een ander, pil naar IUD.

3. "Andere" methode van zwangerschapsafbreking

In 2004 en 2005 werd deze rubriek respectievelijk 21 en 27 keer ingevuld.

Behoudens de gevallen die onder een specifieke rubriek hadden moeten staan zijn er volgende vermeldingen :

- laparoscopische sterilisatie ;
- misoprostol ;
- foeticide ;
- spontaan miskraam.

4. "Andere" methoden van verdoving

In 2004 en 2005 werd deze rubriek respectievelijk 13 en 12 keer ingevuld waarvan overwegend epidurale anesthesie wordt vermeld.

5. "Andere" verwikkelingen

In 2004 en 2005 werd deze rubriek respectievelijk 44 en 63 keer ingevuld.

"Andere" verwikkelingen zijn o.m. de volgende :

- retentie van de placenta ;
- nacurettage ;
- vagale malaise ;
- stress ;
- hemorragie ;
- braken, misselijkheid ;
- mislukking Mifepristone ;
- endometriose ;
- anafylactische shock ;
- hysteriecrisis, hyperventilatie ;
- infectie ;
- allergische reactie op Ibuprofen.

ANNEXE 2

LES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE AU-DELA DU DELAI DE DOUZE SEMAINES

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

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

En 2004, 73 interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées. Quatre de ces interruptions ont été pratiquées pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 67 en raison d'affection grave ou incurable chez l'enfant. Une interruption a été pratiquée en raison d'une combinaison de risques pour la mère et pour l'enfant.

En 2005, 116 interruptions de grossesse au-delà de douze semaines ont été enregistrées, cinq pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 105 en raison d'une affection grave ou incurable chez l'enfant. Trois 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 : contamination HIV, éclampsie, septicémie, troubles du rythme cardiaque, maladie de Crohn, mort fœtale intra-utérine, rupture prématurée de la poche des eaux, hémorragie intraventriculaire, embolie pulmonaire bilatérale, cirrhose hépatique.

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

In 2004 werden er 73 zwangerschapsafbrekingen - uitgevoerd na een periode van 12 weken - geregistreerd. 4 ervan werden verricht wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw. 67 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind en 1 wegens een combinatie van risico's voor moeder én kind.

In 2005 lagen de cijfers als volgt : 116 zwangerschaps-afbrekingen waarvan 5 wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw, 105 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind en 3 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 : HIV-besmetting, eclampsie, septicemie, hartritmestoornissen, ziekte van Crohn, intra-uterine vruchtdood, voortijdige breuk van het vruchtwatermembraan, intraventriculaire hemorragie, bilaterale longembolie, levercirrose.

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 10 ;
- trisomie 13 (syndrome de Patou) ;
- trisomie 18 (syndrome d'Edwards) ;
- trisomie 21 (syndrome de Down) ;
- syndrome polymalformatif (délétion 15) ;
- triploïdie chromosomiale 69xxx ;
- cœur monoventriculaire + Down ;
- syndrome de Turner avec complications multiples ;
- syndrome de Klinefelter (XXY) ;
- anomalie chromosomique.

2. Malformations

- hydrocéphalie ;
- anencéphalie ;
- spina bifida ;
- encéphalocèle ;
- hypoplasie du cœur ;
- malformation congénitale grave ;
- nanisme thanatophore ;
- hypoplasie pulmonaire ;
- malformation cardiaque létale ;
- déficience en antitrypsine ;
- sténose de la valve aortique ;
- agénésie du corps calleux ;
- malformation fœtale ;
- jumeaux siamois à cœur unique ;
- hygroma kystique ;
- tétralogie de Fallot ;
- CALM type I ;
- syndrome des pterygium multiples (forme létale) ;
- polykystose rénale ;
- hémorragie intracérébrale ;
- kyste cérébral ;
- holoprosencéphalie alobaire ;
- hydrops foetalis ;
- agénésie des membres ;
- malformation de Taussig-Bing ;
- anamnios secondaire à la rupture des eaux ;
- hémimélie unilatérale ;
- gastroschisis ;
- palatoschisis bilatéral ;
- hypertrophie de la vessie ;
- anamniose ;
- retard de croissance ;
- malformation grave du fœtus.

3. Affections tératogènes

- grave infection à CMV congénitale ;
- cytomégalovirus ;
- infection congénitale ;
- prise de roaccutane en début de grossesse ;
- séro-rotation ;
- infection à LMV.

1. rapport statistique

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

1. Chromosomale aandoeningen

- trisomie 10 ;
- trisomie 13 (syndroom van Patou) ;
- trisomie 18 (syndroom van Edwards) ;
- trisomie 21 (syndroom van Down) ;
- polymorfomorf syndroom (deletie 15) ;
- chromosomaal triploidie 69xxx ;
- monoventriculair hart + Down ;
- Turnersyndroom met veelvuldige afwijkingen ;
- Klinefelter XXY ;
- chromosomale anomalie.

2. Malformatieve aandoeningen

- hydrocefalie ;
- anencefalie ;
- spina bifida ;
- encefalocoele ;
- harthypoplasie ;
- ernstige congenitale malformatie ;
- dwerggroei ;
- longhypoplasie ;
- lethale hartafwijking ;
- antitrypsinedeficiëntie ;
- aortaklepstenose ;
- agenesis corpus callosum ;
- foetale misvorming ;
- siamese tweeling één hart ;
- cystisch hygroma ;
- tetralogie Fallot ;
- CALM type I ;
- multipel lethaal pterygium syndroom ;
- nierpolykystose ;
- intracerebrale bloeding ;
- cerebrale kyste ;
- allobaire holoprosencephalie ;
- hydrops foetalis ;
- agenesis ledematen ;
- Taussig-Bing afwijking hart ;
- anamnia ten gevolge van gebroken vliezen ;
- unilaterale hemimelie ;
- gastroschisis ;
- bilaterale palatoschisis ;
- megablaas ;
- anamniose ;
- groeiachterstand ;
- erge afwijking van de foetus.

3. Teratogene aandoeningen

- ernstige congenitale CMV infectie ;
- cytomegalovirus ;
- congenitale infectie ;
- roaccutane begin zwangerschap ;
- sero-omdraaiing ;
- LMV infectie.

1. Statistisch verslag

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS

2. Rapports annuels
des établissements de soins ►►

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

51

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

2 . Jaarverslagen
van de instellingen voor gezondheidszorg ►

2-JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 51

INTRODUCTION

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

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

- le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été introduites auprès de l'institution ou des médecins qui y sont rattachés ;
- le nombre d'interruptions de grossesse qui ont été pratiquées par les médecins attachés à l'institution avant la fin de la douzième semaine suivant la fécondation ;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse après douze semaines ;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été "refusées".

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

- 1 Les IVG refusées par les établissements doivent être mentionnées mais il est possible que l'IVG ait été pratiquée dans une autre structure que celle où la demande a été initialement faite. Il n'y a donc pas là de refus au sens strict.
- 2 Ont également été classées comme "rejet" ou "refus" les conditions suivantes dont la liste n'est pas exhaustive :
 - la femme ne vient pas au rendez-vous ;
 - la suite réservée à la demande est inconnue ;
 - la femme n'est pas enceinte au moment de la demande ;
 - une fausse couche est survenue pendant la période d'attente ;
 - la grossesse dépasse le délai de douze semaines et la femme est orientée vers l'étranger ;
 - 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 ;
 - 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.

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 ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België ;
 - de vrouw beslist de zwangerschap te voltooien ;
 - de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

1. Institutions francophones

Centres

Nombre de centra		Nombre de requêtes		Nombre d'IVG pratiquées		Nombre de requêtes "Rejetées"		% rejets/requêtes	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
29	29	9011	9153	7344	7587	1667	1566	18,50	17,11

Hôpitaux et cliniques

Nombre d'hôpitaux et cliniques		Nombre de requêtes		Nombre d'IVG pratiquées Dont après délai 12 s.				Nombre de requêtes "rejetées"		% rejets/requêtes	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
29	35	3569	3836	3161	3345	68	89	408	491	11,43	12,80

2. Institutions néerlandophones

Centres

Nombre de centres		Nombre de requêtes		Nombre d'IVG pratiquées		Nombre de requêtes "Rejetées"		% rejets/requêtes	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
8	8	8332	8305	6979	6943	1353	1362	16,24	16,40

Hôpitaux et cliniques

Nombre d'hôpitaux		Nombre de requêtes		Nombre d'IVG pratiquées Dont après délai 12 s.				Nombre de requêtes "rejetées"		% rejets/requêtes	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
18	20	653	598	559	507	51	71	94	81	14,40	14,16

3. Aperçu general

Centres

Nombre de centres		Nombre d'IVG pratiquées	
2004	2005	2004	2005
37	37	14323	14530

Hôpitaux

Nombre d'hôpitaux		Nombre d'IVG pratiquées Dont après 12 semaines			
2004	2005	2004	2005	2004	2005
47	55	3720	3852	119	160

2. Rapports annuels des établissements de soins

1. Nederlandstalige instellingen

Nederlandstalige centra

Aantal centra		Aantal verzoeken		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal "afgewezen" verzoeken		% afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
8	8	8332	8305	6979	6943	1353	1362	16,24	16,40

Nederlandstalige ziekenhuizen

Aantal ziekenhuizen		Aantal verzoeken		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 w				Aantal "afgewezen" verzoeken		% afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
18	20	653	598	559	507	51	71	94	81	14,40	14,16

2. Franstalige instellingen

Franstalige centra

Aantal centra		Aantal verzoeken		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Aantal "afgewezen" verzoeken		% afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
29	29	9011	9153	7344	7587	1667	1566	18,50	17,11

Franstalige ziekenhuizen

Aantal ziekenhuizen		Aantal verzoeken		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 w				Aantal "afgewezen" verzoeken		% afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
29	35	3569	3836	3161	3345	68	89	408	491	11,43	12,80

3. Overzicht

Centra

Aantal centra		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
2004	2005	2004	2005
37	37	14323	14530

Ziekenhuizen

Aantal ziekenhuizen		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken			
2004	2005	2004	2005	2004	2005
47	55	3720	3852	119	160

2 . Jaarverslagen van de instellingen voor gezondheidszorg

3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

3. Analyse
des rapports annuels des services d'information ►

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL | 55

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

3. Analyse
van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

2-JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | **55**

1. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES

29 centres extrahospitaliers ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2004 et 29 en 2005.

29 hôpitaux et cliniques ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2004 et 35 en 2005.

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

Les institutions bruxelloises signalent toujours une augmentation du nombre d'IVG chez les jeunes ainsi que l'accroissement de leur fréquentation par des 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, 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 dit aussi toujours de plus en plus confronté à des personnes au statut précaire, sans couverture sociale ou connaissant de réelles difficultés financières à qui ils proposent de faire payer l'IVG à leur rythme 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. Définition et composition

En Communauté française, tous les centres extrahospitaliers sont des centres de planning familial.

Les services d'information des centres extrahospitaliers sont le plus souvent composés d'une dizaine de personnes dont les intervenants sont le plus souvent des psychologues, des assistants sociaux et des médecins. Parfois les équipes se sont adjointes des juristes, 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.

1. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

A. CENTRA

1. Samenstelling en werking van de dienst

- a. Alle voorlichtingsdiensten doen beroep op één of meer psychologen, artsen ; andere kwalificaties zijn die van (sociaal) verpleegster, maatschappelijk assistente, seksuologe, gezinsadviseur, moraal-wetenschapper, coördinator, administratieve krachten, onthaalpersoneel en onderhoudspersoneel. De diensten hebben een bezetting gaande van 4 tot 18 personeelsleden ; waarvan een aantal deeltijdsen of free-lancers. Sommige artsen hebben een statuut als zelfstandige.

Eén centrum kan beroep doen op tolken van het OCMW en de Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

- b. Vier van de acht diensten stellen jaarlijks een gedetailleerd rapport op waaruit de psycho-sociale en medische aandacht en begeleiding voor de vrouwen blijkt.
De andere vier beperken zich tot enkele summiere gegevens en een verwijzing naar de rapporten van voorgaande jaren.
- c. De ter beschikking gestelde schriftelijke informatie over abortus en de toegepaste methoden bestaat vnl. uit folders uitgegeven door de Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra (C.C.N.A.C. 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.
Informatie over de centra wordt ook meer en meer bekomen via het internet.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

De opvang die geboden wordt aan de vrouwen voor, tijdens en na de zwangerschapsafbreking is niet fundamenteel veranderd ten opzichte van vorige jaren.

- a. Voor de zwangerschapsafbreking

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

2. Fonctionnement du service

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.

Dans le cadre de la prévention, un centre signale qu'il collabore avec des enseignants, des directions d'école, des responsables de groupements de jeunes ainsi qu'avec des intervenants sociaux de la commune "afin d'évaluer au mieux les besoins et les attentes des jeunes et l'efficacité de nos interventions".

Ce centre ajoute : "Il est évident que la prévention ne se situe pas uniquement au niveau des animations proposées dans les établissements scolaires et aux associations de quartier. Elle est présente à tout moment dans notre travail quotidien d'accueil et de consultations".

Selon la philosophie des centres, lesquels adhèrent le plus souvent au GACEHPA (*Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement*), les centres soulignent qu'ils entendent favoriser 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.

Eu égard à ce qui précède, les méthodes adoptées par les centres sont assez semblables et une impression d'uniformité mais aussi de volonté d'agir "vraiment" en assurant des services de qualité se dégage de la lecture des rapports reçus des centres en ce qui concerne ces méthodes.

L'accueil

Il comporte en général information, écoute, soutien et orientation, et le centre est le plus souvent accessible tous les jours ouvrables de la semaine. Le plus souvent, la personne est reçue pour un premier entretien par une psychologue ou une assistante sociale spécialement formée.

Partant du 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:

- éclaircir la situation, voir s'il n'existe pas des alternatives auxquelles la femme ou le couple n'aurait pas pensé, faute d'information ;
- éclaircir la demande d'IVG, voir si elle émane de la femme seule ou si elle est influencée par son environnement relationnel (conjugal, familial, scolaire...) ;
- multiplier les entretiens si la décision d'avorter est ambivalente ;
- entendre la femme ou le couple dans ses difficultés ;
- lever les pressions ou contraintes éventuelles qui pourraient intervenir dans la décision ;
- permettre l'expression de la souffrance et de la culpabilité ;

3. Analyse des rapports annuels des services d'information >

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 of het koppel bij in haar/hun beslissingsproces en helpt nagaan 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.

Tijdens het eerste verkennend gesprek wordt ook gepeild naar de psychische draagkracht van de vrouw, hoe zij denkt de abortus te verwerken.

Bij jonge thuiswonende meisjes worden ook de ouders in het beslissingsproces betrokken, als het meisje ermee akkoord gaat.

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 ;
- miskraam tijdens wachttijd ;
- verwijzing voor adoptie ;
- een doorverwijzing naar het buitenland ;
- spontane abortus ;
- een doorverwijzing naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose ;
- de vrouw is niet zwanger.

b. Tijdens de zwangerschapsafbreking

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 is bij de vrouw of redenen voor verwerkingsproblemen. 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.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten >

- mettre en garde quant aux conséquences possibles sur la vie du couple ou de la famille ;
- permettre de prendre conscience des enjeux liés à la décision, quelle qu'elle soit ;
- 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.

Un centre insiste sur le fait "qu'il arrive que des femmes choisissent l'IVG pour des raisons de précarité sociale et non par non désir d'enfant". C'est alors que les assistantes sociales mettent tout en œuvre pour soutenir ces femmes : démarches au CPAS, recherche de maisons d'accueil, mise en ordre de dossiers de sécurité sociale, médiation avec les parents etc...

L'ambivalence par rapport à la grossesse peut aussi être mise en rapport avec différentes phases de vie critique telles que l'adolescence, la prise d'autonomie, la vie de couple, la naissance d'un enfant, un deuil, une séparation, ...

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

A 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.

A la suite de l'intervention, une information est donnée par l'équipe sur les précautions à prendre durant les quinze jours qui suivent et une dernière mise au point est faite en ce qui concerne la contraception.

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.

Met betrekking tot kwetsbare groepen :

Een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters heeft weinig of geen kennis van anticonceptie en gaat vaak emotioneel anders om met abortus, voornamelijk door dit als een vorm van anticonceptie te beschouwen.

Voor het oplossen van communicatieproblemen dient men vaak een beroep te doen op tolken.

Moslimvrouwen, of partners van moslimmannen, kunnen of durven vaak niet teruggrijpen naar rechten die vanzelfsprekend zijn, zelfs als deze rechten opgenomen zijn in de Belgische wetgeving.

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

Een centrum wijst op de juridische onduidelijkheid in verband met doorverwijzingen van ongewenst zwangere tieners door schooldirecties en CLB artsen.

De wet betreffende de zwangerschapsafbreking maakt geen onderscheid in beslissingsbevoegdheid op basis van de leeftijd van de "aanvraagster". De minderjarige ongewenst zwangere vrouw die oordelingsbekwaam is kan autonoom beslissen tot abortus zonder dat ouders of voogd geconsulteerd moeten worden door de inrichting voor Gezondheidszorg waartoe ze zich gewend heeft.

In 2004 werd dit centrum geconfronteerd met onduidelijkheid ervaren door schooldirecties en CLB-artsen in geval van ongewenst zwangere tieners.

Moeten dergelijke zorgvragen voorgelegd worden aan de ouders voor toestemming ?

L'équipe reste disponible pour toute information et aide, médicale, morale ou autre.

Les centres précisent que l'IVG médicamenteuse se fait dans le cadre d'un contrat patiente/centre. Quatre contacts sont prévus :

1. demande d'IVG – examen médical – explication du contrat de 3 visites (mifégyne, cytotec, visite post), consultation psychologique pré-IVG ;
2. après le délai légal de réflexion, remise de la mifégyne ;
3. prise de la prostaglandine et expulsion de l'oeuf ;
4. visite de contrôle.

La procédure est différente de celle de l'IVG instrumentale et demande plus de présence pendant plus longtemps auprès de la patiente.

Certains centres se sont organisés spécialement en fonction du déroulement de l'IVG lorsque cette méthode est choisie en prévoyant notamment des locaux adéquats.

Le plus souvent, des notices détaillées expliquant l'utilisation de la mifégyne sont distribuées au même titre que pour l'IVG par aspiration.

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.

Un travail de déculpabilisation doit parfois être entrepris.

Un centre rapporte que les consultations conjugales "post-intervention" sont demandées principalement pour les raisons suivantes : vécu dépressif post-IVG, état de crise, anxiété, mal-être, crise d'identité en relation avec l'adolescence, la situation familiale, les "accidents de vie".

Un centre résume ses impressions quant à l'accueil 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...".

3. Analyse des rapports annuels des services d'information >

De taken van de CLB's worden geregeld via Decreten van de Vlaamse Gemeenschap namelijk het Decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding (B.S. 10.04.1999) en het Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (B.S. 04.10.2004).

Dit centrum stelt rechtsonzekerheid vast tussen enerzijds het zelfbeschikkingsrecht door de wet van 3 april 1990 aan minderjarigen toegekend en de meldingsplicht naar ouders toe door CLB's en schooldirecties.

Dit gaf aanleiding tot overleg tussen bezorgde schooldirectie en CLB-artsen enerzijds en het centrum anderzijds om de zorg voor en de privacy van de minderjarige zo optimaal mogelijk te blijven verzekeren. Het centrum pleit voor duidelijker richtlijnen voor de schooldirecties en leerlingenbegeleiders.

Als er inderdaad een tegenstelling zou zijn tussen de federale wetgeving en de bovenvermelde decreten ziet het centrum daarin een taak voor de Nationale Evaluatiecommissie om dit aan de betrokken overheden te signaleren.

Hetzelfde centrum wijst er in het kader van de preventie van tienerzwangerschappen op dat de interventie van abortushulpverleners slechts momentopnames zijn in het contraceptieve levenstraject van die jongeren.

Terzake wordt verwezen naar de bespreking in Huisarts NU van maart 2005 van de studie uitgevoerd door Nys, Peeremans en Van Royen "CLB-artsen en de preventie van tienerzwangerschappen – De knelpunten".

Niet alleen abortuscentra dienen in deze geresponsabiliseerd te worden maar ook de andere niveaus van zorgverleners en belangrijke derden betrokken bij de adolescente levensfase.

De Nationale Evaluatiecommissie is volgens dit centrum goed geplaatst om daarbij rekening te houden met de historisch gegroeide verschillen tussen de gemeenschappen.

Het centrum wijst er op dat het herhaaldelijk wordt geconfronteerd met probleemsituaties veroorzaakt door de verplichte 6 dagen bedenktijd in de wet.

Dit zowel wanneer daardoor de termijn van 14 weken amenorroe overschreden zou worden als wanneer door de 6 dagen bedenktijd na de eerste raadpleging de keuze voor een medicamenteuze behandeling onmogelijk wordt.

De Belgische wet laat geen uitzonderingen toe ofschoon recente rechtspraak te Brugge anders oordeelde.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten >

“ 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”.

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 ".

Quelques centres signalent un certain nombre de patientes qui n'ont pas subi une IVG après l'entretien. Un soutien psychosocial peut parfois alors être proposé.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Des centres spécifient que lorsque le délai légal pour pratiquer l'avortement en Belgique est dépassé, on explique qu'il est possible de réaliser l'intervention à l'étranger et, si la demande persiste, les femmes sont dirigées vers un centre en Hollande avec lequel le centre belge collabore. Les centres spécifient que ces situations sont parfois difficiles à gérer car l'IVG à l'étranger est onéreuse et certaines patientes, dont les étudiantes qui ne disposent pas de la somme nécessaire, sont parfois contraintes de poursuivre la grossesse car aucune solution n'a pu être trouvée à temps.

On signale parfois l'affectation de personnel (qui a pu être engagé grâce au fonds Maribel social) en vue d'améliorer l'accompagnement des femmes demandeuses d'IVG, avec comme objectif, soit de permettre à toutes les femmes ou couples qui le désirent de poursuivre la grossesse et de pouvoir élever l'enfant dans des conditions sociales et économiques optimales, soit d'accompagner au mieux la patiente si la demande d'IVG se confirme.

Les réponses montrent une augmentation des demandes émanant de personnes en attente du statut de réfugié ou en situation précaire de séjour de même que de personnes indigentes, sans statut ou SDF. Un centre signale même qu'il est extrêmement difficile d'assurer un suivi correct de ces personnes, de par leur instabilité involontaire et la barrière de la langue (albanais, yougoslave, chinois...)"

Preventie voor risicogedrag op bepaalde tijdstippen van het jaar?

Het centrum stelt vast dat de frequentie van de aanvragen periodisch sterk kan verschillen. Een verklaring hiervoor zouden de preventiecampagnes zijn. Het centrum stelt een verhoging vast rond maart en een dieptepunt in juli en het najaar maar durft daar geen conclusie aan verbinden.

Doorverwijzingen naar het buitenland

Hetzelfde centrum wenst de leden van de Nationale Evaluatiecommissie attent te maken op de problematiek van de verder gevorderde ongewenste zwangerschappen. Vrouwen in die situatie moeten worden doorverwezen naar het buitenland. Als een wetswijziging inzake “late” abortussen niet haalbaar is pleit dit centrum voor een financiële regeling tussen de landen van de Europese Gemeenschap.

De subgroepen in de abortuspopulatie

Tenslotte onderschrijft het centrum een aantal belangrijke vaststellingen uit het onderzoek “Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals” licentiaatverhandeling van Sara Vissers (2004) Faculteit Sociale Wetenschappen. Departement Sociologie-Katholieke Universiteit Leuven.

- het anticonceptioneel gedrag in het jaar voorafgaand aan de abortus geeft een beter inzicht in het gewoonlijke anticonceptiegedrag dan het gedrag tijdens de cyclus van bevruchting zoals wordt bevraagd in het registratieformulier van de Evaluatiecommissie. De vrouwen die geen anticonceptief gedrag op het moment van de bevruchting hebben gesteld geven hiervoor praktische drempels op zoals de prijs van anticonceptie (vrouwen uit midden- en oost-Europa en subsahara Afrika), het niet beschikken over een arts of een geneeskundig voorschrift (tieners en in mindere mate twintigers of nog één op vier Marokkaanse vrouwen die geen anticonceptie hebben gebruikt) en lichamelijke problemen als gevolg van anticonceptiegebruik. Andere redenen zijn een gebrekkige kennis van anticonceptie (vrouwen uit midden- en oost-Europa en subsahara Afrika evenals vrouwen uit het midden- en het verre Oosten), de overtuiging op het moment van de bevruchting onvruchtbaar te zijn of het feit dat het om een eerste of ongepland seksueel contact ging of nog om een ambivalente kindrewens ;
- de voorlichting inzake anticonceptie die de arts geacht wordt te geven is niet evident omdat het om een bijzonder heterogeen publiek gaat. Omdat er in Vlaanderen onvoldoende doelgroepgericht onderzoek beschikbaar is beperken de aanbevelingen zich tot een verhoging en verbetering van de kennis over anticonceptie en abortus bij allochtone vrouwen ;

Un centre déclare avoir été marqué par le caractère récidiviste d'IVG chez certaines patientes, ainsi que par la présence de patientes très jeunes, pour qui l'intervention constituait le premier examen gynécologique. Certaines patientes "banalisent" l'intervention.

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".

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

La prise de position quasi générale est de toute façon de renforcer **le travail de prévention** dans les écoles, parfois dès le niveau primaire, et de former les professeurs comme adultes-relais et aussi :

- d'inclure obligatoirement dans le programme scolaire une formation à l'éducation sexuelle et affective (tous réseaux). Ces formations pourraient être suivies d'un relais par le centre de planning ;
- de rendre encore plus accessibles les moyens contraceptifs (M.A.C.) par une meilleure politique d'information des jeunes et par le remboursement total ou dégressif, selon les revenus, de ces moyens ;
- de prévoir le remboursement du Mirena (stérilet hormonal) ;
- de mieux faire connaître l'existence de la pilule du lendemain, d'en distribuer des échantillons, de mieux la rembourser ;
- d'encourager les utilisateurs de préservatifs destinés à éviter les MST, à utiliser conjointement une autre contraception ;
- de faire des campagnes de prévention avec des documents d'information pour les plus défavorisés et dans leur langue (espagnol, polonais, russe, arabe...) ;
- de distribuer des brochures sur la contraception via les médecins généralistes ;
- de réaliser une étude sociologique portant sur l'augmentation des IVG chez les jeunes.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information

- een belangrijke doelgroep zijn de allochtone vrouwen die nog niet lang in België zijn. Zij kampen meer dan andere vrouwen met een onvoldoende kennis van anticonceptie en de hoge prijs van anticonceptiva. Het profiel van de Afrikaanse nieuwkomers verschilt sterk van dat van de vrouwen uit midden-en oost-Europa en het midden-en verre Oosten.

Voor jonge Afrikaanse vrouwen betekent abortus in de eerste plaats een uitstel van moederschap terwijl de tweede groep verdere gezinsuitbreiding wil voorkomen. Vrouwen uit de landen van de voormalige Sovjet Unie en van midden- en oost-Europa hebben een andere houding ten aanzien van abortus, men spreekt ook wel van een "abortuscultuur".

Voor nieuwkomers spelen een onvoldoende taalkennis, een gebrekkige kennis van moderne anticonceptie-middelen, een moeilijke toegang tot zorg een belangrijke rol, toch is anticonceptie ondergeschikt aan problemen die voortvloeien uit een onzeker verblijfsstatuut en slechte socio-economische omstandigheden.

Preventie voor deze nieuwkomers moet gericht zijn op laagdrempelige informatieverstrekking over anticonceptie en de morning after pil als alternatief voor een abortus in het bijzonder. Bovendien moet een gratis verstrekking van anticonceptiva via specifieke kanalen (gezondheidscentra, welzijnsorganisaties, migrantenorganisaties en dergelijke) worden overwogen ;

- van de gevestigde allochtone vrouwen die een abortus ondergaan heeft één op vijf een Turkse of (vooral 2de generatie) Marokkaanse achtergrond. Ondanks een gemeenschappelijke moslimachtergrond verschillen ze veel van elkaar. De tweede generatie Marokkaanse vrouwen is tiener, vaak ongehuwd, woont nog thuis of zelfstandig en roept vaak relationele problemen in. De Turkse vrouw is meestal getrouwd, leeft met een partner en heeft vaak al kinderen.

Het gebruik van moderne anticonceptie hangt bij Turkse en Marokkaanse vrouwen sterk af van de huwelijksstatus waardoor informatie een voorrecht van gehuwde vrouwen is.

Marokkaanse en Turkse respondenten rapporteren alleszins meer een gebrekkige kennis over anticonceptie en een moeilijker toegang tot een arts (of een voorschrift) dan Belgische respondenten.

Vandaar de aanbeveling van een betere informatieverstrekking over de praktische kant van anticonceptie bij getrouwde vrouwen en een betere toegang tot advies en algemene seksuele voorlichting van de 2de generatie meisjes (via school, allochtone vrouwennetwerken) ;

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

B. HOPITAUX ET CLINIQUES

1. Composition

Il semble important de souligner que même si les hôpitaux sont en général moins bien outillés pour accueillir et informer 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 nombre non négligeable de ces institutions à l'aspect humain et psychologique de l'avortement. La femme est loin d'être laissée à elle-même dans une institution déshumanisée.

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'ait été mise en place et que seul le médecin mène l'entretien préalable à l'intervention, mais parfois aussi 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 des 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 déroulement de l'intervention.

Le service social fonctionne normalement tous les jours, pendant les heures normales d'activité ; l'accueil en urgence est bien sûr possible.

Le service consiste parfois seulement en la distribution systématique de "Grossesse en question", "Contraception en question" et "Sachez ce que vous faites", brochures éditées par la Communauté française et par la firme pharmaceutique Organon (pour la dernière).

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.

- autochtone jongeren vormen ook een specifieke doelgroep voor preventie.
Tieners onderscheiden zich van twintigers door minder pilgebruik en meer condoomgebruik terwijl een gefaalde periodieke onthouding of coïtus interruptus meer bij dertigers en veertigers voorkomt. Dit betekent dat inefficiënt condoomgebruik bij tieners veel voorkomt vandaar de noodzaak van praktische kennis over condoomgebruik en de sensibilisering tot een dubbele beschermingstrategie tegen zwangerschap en soa.

De mogelijkheden en beperkingen van het registratieonderzoek kwamen reeds aan bod. Het centrum wijst er op dat een doelgroepgerichte preventie en hulpverleningsfaciliteiten (tolken, counseling, sociale hulpverlening) verder onderzoek vereist.

De systematische bevraging van nationaliteit en etnische afkomst in het registratieformulier zou al een eerste belangrijke stap zijn zodat op langere termijn de evoluties in de instroom van allochtone vrouwen in kaart kunnen gebracht worden. De vraag naar abortus is bij allochtonen sterk verbonden met de ruimere migratieproblematiek.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

Een centrum wijst er op dat anticonceptie voor veel vrouwen een dure zaak blijft en geeft als voorbeeld de hormonenspiraal met een kostprijs van € 125 plus de kosten voor het inbrengen en consultatie.

Vrouwen die niet in orde zijn met de ziekteverzekering betalen voor een vooronderzoek € 75 en voor de ingreep € 175. Zij die vanuit een ziekenfonds onder het terugbetalingssysteem vallen betalen zowel voor het vooronderzoek als de ingreep telkens € 1,45 remgeld.

Een ander centrum wenst gratis anticonceptie voor iedereen, en niet beperkt tot 20-jarigen.

Een centrum heeft een drietal voorstellen ter verbetering van de preventie :

1. een betere informatieverbreiding over de morning after-pil, het bestaan en de beschikbaarheid zijn nog altijd te weinig bekend, vooral bij jongeren ;
2. meer voorlichting op school i.v.m. juist anticonceptiegebruik en het doorbreken van de taboesfeer rond seksualiteit ;
bij voorlichting over condoomgebruik zou steeds moeten gewezen worden op de noodzakelijkheid van een bijkomend anticonceptiemiddel.
3. verdere verlaging van de kostprijs van anticonceptiva, want jongeren, behoeftigen, asielzoekers, illegalen kunnen de aankoop financieel dikwijls niet aan.

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...) et donner toutes informations nécessaires.

S'il y a perception d'une fragilité particulière de la femme, des moyens sont parfois mis en oeuvre pour une prise en charge plus spécifique et approfondie (par exemple, par un centre de planning familial de la région).

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.

A 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 et une information sur la contraception qui se prolonge parfois en une vérification de son application après l'IVG. Une information est aussi donnée quant à l'aspect médical de l'intervention ;
- 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.

Il est évident à ce propos que l'accès à la pilule abortive a été le point de départ de nouvelles pratiques et a nécessité la mise sur pied d'une nouvelle organisation pour les institutions. Cette méthode d'interruption de grossesse ne dispense pas de l'obligation légale d'accueillir la femme dans un service d'information, mais des doutes à cet égard se font jour au cours des deux années de référence.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information ►

B. ZIEKENHUIZEN

1. Samenstelling

- a. De voorlichtingsdiensten zijn samengesteld uit medewerkers met volgende kwalificatie : arts, jurist, psychiater; indien nodig voor follow up na de ziekenhuisopname, 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 en Gynaecologie.
- c. Een aantal instellingen hebben geen georganiseerde voorlichtingsdienst. Er worden in deze instellingen enkel zwangerschapsafbrekingen verricht op medische indicatie. Patiënten krijgen gepaste en vereiste toelichting van de geneesheren werkzaam op de afdeling perinatologie naar aanleiding van de pathologische toestand die de aanleiding vormt voor de afbrekingsprocedure.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Slechts uitzonderlijk worden de jaarverslagen op dit punt nog ingevuld.

Eén ziekenhuis maakt een gedetailleerd verslag op over de werking van zijn voorlichtingsdienst. In casu verlopen de toegepaste opvang- en hulpmethodes parallel met die van de abortuscentra t.t.z. gesprek over de noodsituatie, mogelijke alternatieven voor abortus, uitleg over het verloop en de risico's van de ingreep.

Sommige vrouwen worden vanuit een centrum doorverwezen omdat zij een uitgesproken vraag naar volledige narcose hebben.

Tot slot wordt voorlichting gegeven over het toekomstig anticonceptiegebruik.

Na de behandeling volgt facultatief een gesprek met de sociaal-verpleegkundige.

De ervaring leert dat nog steeds vrouwen niet geneigd zijn om heel hun verhaal nog eens toe te lichten aan de sociaal verpleegkundige na een gesprek met de gynaecoloog.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten >>

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

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

- certaines femmes expriment qu'elles se sentent plus en sécurité ou moins "stigmatisées" dans un hôpital ;
- 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 ;
- une législation claire concernant l'accueil et l'information des femmes devrait être prévue, par exemple, il est nécessaire d'insister sur l'obligation légale du service d'information même dans le cadre d'une IVG médicamenteuse ;
- les patientes en situation illégale ont pu 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. Un hôpital souligne la différence qui existe entre désir d'enfant et désir de grossesse. Cet hôpital a organisé l'accueil et l'information des femmes dans une optique de prise en charge très orientée sur la psychologie ;
- 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. ;
- l'IVG médicamenteuse est perçue comme une solution plus souple, plus naturelle d'interruption de grossesse ;
- l'IVG médicamenteuse amène une banalisation de l'interruption de grossesse.

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

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

Eén grootstedelijke voorlichtingsdienst stelt vast dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis heeft van anticonceptie en emotioneel anders omgaat met abortus door die als een vorm van anticonceptie te beschouwen.

Het wettelijk kader in verband met de 2de en 3de trimester interrupties is onvoldoende uitgewerkt.

Een instelling preciseert dat een "voorlichtingsdienst" als zodanig niet bestaat. De interrupties zijn uitsluitend op strikt medische (foetale) indicatie uitgevoerd, op verzoek van de patiënte en haar verwijzende arts, en na ruggespraak met de betrokken gynaecologen, genetici en neonatologen. Voor psychologische begeleiding wordt eventueel beroep gedaan op de psycholoog van de dienst genetica.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

- een instelling wenst betere voorlichting rond anticonceptie in pers en media ;
- een instelling vraagt gratis anticonceptie voor mensen met financiële problemen en in preciaire situaties ;
- een instelling legt de nadruk op het bespreekbaar stellen van het juiste gebruik van anticonceptie bij jongeren ;
- naar analogie met de abortuscentra wordt gevraagd naar preventie en voorlichting gericht op de secundaire scholen.

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 ;
- faciliter financièrement et à tout âge l'accès aux moyens contraceptifs ;
- organiser l'information sur la pilule du lendemain (spots, films publicitaires) ou sur le stérilet (implanon, stérilet longue durée) et leur remboursement par la sécurité sociale. Changer la dénomination des stérilets pour éviter l'amalgame stérilet/stérilité ;
- informer à tout âge et par des professionnels de planning familial (et non des professeurs qui véhiculent parfois des idées fausses) 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 (un hôpital signale que plus de 72% des femmes ayant demandé une IVG et qui prenaient la pilule l'utilisaient mal et qu'une femme sur 3 n'utilise aucune contraception) ;
- sensibiliser la population par rapport aux conséquences psychologiques que peut avoir une IVG ;
- utiliser des médias tels que télévision, presse écrite, internet pour toucher aussi bien les femmes adultes que les plus jeunes ;
- responsabiliser les garçons et l'ensemble de la population par rapport aux moyens contraceptifs (la femme est souvent trop seule et démunie devant une grossesse non désirée ou la contraception, en particulier lorsque son compagnon refuse de mettre un préservatif) ;
- développer la contraception masculine ;
- inciter les médecins (généralistes et gynécologues) à prendre plus de temps pour expliquer et répondre aux questions de leurs patientes ;
- subventionner davantage les services d'accueil chargés de la contraception.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information >>

2. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION NÉERLANDOPHONES

A. CENTRES

1. Composition et fonctionnement du service

- a. Tous les services d'information font appel à un ou plusieurs psychologues, médecins ; on retrouve d'autres qualifications telles qu'infirmière (sociale), assistante sociale, sexologue, conseiller conjugal, expert en sciences morales, coordinateur, personnel administratif, préposés à l'accueil et personnel d'entretien. Le personnel occupé par ces services peut aller de 4 à 18 collaborateurs, dont certains à temps partiel ou en qualité de free-lance. Certains médecins ont le statut d'indépendant.

Un seul centre recourt aux services d'un interprète du CPAS et de l'asbl "Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg" (association pour les soins de santé mentale ambulatoires).

- b. Quatre des huit centres présentent chaque année un rapport circonstancié témoignant de l'attention et de l'accompagnement dont bénéficient les patientes sur les plans psychosocial et médical.

Les quatre autres se limitent à mentionner quelques données sommaires et 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 C.C.N.A.C. (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.

L'information relative aux centres s'obtient également de plus en plus via l'outil Internet.

2. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

Zowel in 2004 als in 2005 hebben 29 extramurale centra een jaarrapport aan de Commissie bezorgd.

In 2004 hebben 29 ziekenhuizen en klinieken een jaarrapport aan de Commissie voorgelegd. In 2005 waren er dat 35.

Hieronder wordt bekeken hoe deze instellingen hun voorlichtingsdiensten tijdens die twee referentie jaren hebben georganiseerd en beheerd, en worden hun opvang- en hulpverleningsmethoden evenals hun evaluatie van de resultaten besproken.

De Brusselse instellingen wijzen nog steeds op een toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen bij jongeren alsook op de toename ervan bij mensen uit Arabische, Turkse, Spaanse, Kongolese, Zuid-Amerikaanse, ... culturen. Deze instellingen, die rekening willen houden met de multiculturele aspecten van hun werk, benadrukken de nood aan doeltreffende informatie voor dit publiek, d.w.z. die niet alleen in de talen van de best vertegenwoordigde gemeenschappen is opgesteld, maar die ook rekening houdt met hun religieuze en filosofische overtuigingen.

Verder melden alle centra dat ze nog steeds meer en meer geconfronteerd worden met personen met een onzeker statuut, zonder sociale dekking of met echte financiële problemen. Aan deze mensen stelt men voor om de zwangerschapsafbreking op eigen tempo af te betalen, op basis van een schuldbekentenis. Als de schuld niet wordt afgelost, worden de kosten gedekt door het centrum. Vandaar dat men vraagt om de vrijwillige zwangerschapsafbreking in de subsidiëring als multidisciplinaire handeling te erkennen.

A. EXTRAMURALE CENTRA

1. Samenstelling

In de Franse Gemeenschap zijn alle extramurale instellingen centra voor gezinsplanning.

De voorlichtingsdiensten van de extramurale centra zijn meestal samengesteld uit een tiental medewerkers. De hulpverleners zijn meestal psychologen, maatschappelijk werkers en artsen. Soms zijn aan de teams ook juristen, kinesitherapeuten, seksuologen en/of gezinsadviseurs verbonden, of eventueel ook een sociaal verpleegkundige en administratief personeel.

Het doelpubliek bestaat zowel uit jongeren als uit volwassenen en de teams willen hun aanpak blijkbaar afstemmen op de vraag, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de verschillende leeftijdscategorieën.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten

2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

L'accueil proposé aux femmes avant, pendant et après l'interruption de grossesse, n'a pas fondamentalement changé par rapport aux années antérieures.

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 (ou le couple) dans sa / leur prise de décision et l'/les 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.

Le premier entretien vise également à sonder la maturité psychique de la femme, voir comment elle songe assumer l'avortement.

Dans le cas de la jeune fille vivant au domicile parental, les parents participent également à la prise de décision, moyennant l'accord de la jeune fille.

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

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

- la femme souhaite conserver son enfant ;
- la femme ne se présente pas pour le traitement prévu dans le cadre d'un deuxième rendez-vous ;
- une fausse couche est survenue durant la période de réflexion ;
- la femme est orientée vers un service d'adoption ;
- la femme est renvoyée pour traitement à l'étranger ;
- la femme connaît un avortement spontané ;
- la femme est orientée vers un hôpital belge pour raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie ;
- la femme n'est pas enceinte.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information ►

2. Werking van de dienst

De activiteiten van de voorlichtingsdiensten van de centra zijn gewoonlijk zowel op preventie als op de uitvoering van de eigenlijke zwangerschapsafbreking gericht.

In het kader van de preventie meldt een centrum dat het samenwerkt met leerkrachten, schooldirecties, verantwoordelijken van jongerengroeperingen en sociaal werkers uit de gemeente en dit om de noden en verwachtingen van de jongeren en de doeltreffendheid van de interventies beter te kunnen inschatten. Dit centrum voegt eraan toe dat het vanzelfsprekend is dat preventie niet enkel bestaat uit vormingssessies in scholen en wijkverenigingen, maar dat men dagelijks aan preventie doet bij het onthaal en tijdens de raadplegingen.

De centra, die meestal zijn aangesloten bij de GACEPHA (*Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement*) benadrukken, geheel volgens hun filosofie, dat zij de persoonlijke ontwikkeling trachten te bevorderen van de patiënte, haar autonomie, haar verantwoordelijkheidszin en haar welzijn op het vlak van gevoels-, seksueel, gezins- en sociaal leven.

Gelet op wat voorafgaat, zijn de door de centra toegepaste methoden vrij vergelijkbaar en de verslagen van de centra geven ons de indruk dat zij niet alleen op dezelfde manier te werk gaan maar ook “echt” iets willen doen door uitstekend werk te verrichten.

De opvang

Deze bestaat doorgaans uit informeren, luisteren, steunen en oriënteren. Het centrum is meestal elke werkdag van de week open. Meestal wordt de persoon voor een eerste onderhoud ontvangen door een psychologe of door een speciaal opgeleid(e) maatschappelijk werk(st)er.

Uitgaande van het principe dat de vrouw haar beslissing vrij en met kennis van zaken moet nemen, specificeren tal van centra de doelstellingen van het onderhoud als volgt :

- een duidelijk beeld krijgen van de situatie, zien of er geen alternatieven bestaan waar de vrouw of het koppel door een gebrek aan informatie niet aan gedacht heeft ;
- een duidelijk beeld krijgen van het verzoek tot zwangerschapsafbreking, uitmaken of het verzoek alleen van de vrouw uitgaat dan wel of de vrouw onder druk van haar omgeving handelt (echtgenoot, familie, school, ...) ;
- meerdere gesprekken inlassen wanneer men niet duidelijk weet of de vrouw daadwerkelijk abortus wil laten uitvoeren ;

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 sociale, afin de vérifier que la femme ne nourrit aucun doute, ni n'a de raisons de connaître des 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 dans le déroulement et le contenu des entretiens.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

En ce qui concerne les groupes dits vulnérables :

Un grand nombre d'allochtones, illégales et demandeuses d'asile n'ont que peu connaissance des notions de contraception et ont au plan émotionnel une approche différente de l'avortement, surtout en ce qu'elles le considèrent comme une forme de contraception. L'aide d'un interprète doit souvent être demandée pour résoudre les problèmes de communication.

Les femmes musulmanes, ou dont le partenaire est musulman, ne peuvent, voire n'osent pas souvent se prévaloir de droits manifestes, même si ces droits sont fixés par le législateur belge.

De même, les mineures d'âge éprouvent d'importantes difficultés au niveau psychique. Souvent, la sexualité fait office de sujet tabou au sein de ces familles, et du fait d'un manque d'ouverture, la question de la contraception n'est pas abordée. Des parents peuvent également tirer profit de l'accompagnement.

- luisteren naar de vrouw of het koppel en haar/hun moeilijkheden ;
- de eventuele druk of hinder die de beslissing kan meebrengen wegnemen ;
- de mogelijkheid bieden om pijn en schuldgevoelens te uiten ;
- waarschuwen voor mogelijke gevolgen van de beslissing op het leven als koppel en het familiale leven ;
- ervoor zorgen dat de vrouwen zich bewust zijn van hetgeen op het spel gezet wordt door hun beslissing ;
- ruimte maken om te spreken over het gevoels- en seksuele leven ;
- de vrouwen informatie verstrekken over hun rechten, over mogelijke hulpverlening en over de adoptiemogelijkheden ;
- eventueel doorverwijzen naar een jurist of een maatschappelijk werk(st)er ;
- informeren en relativeren wat de eigenlijke ingreep betreft ;
- een anticonceptie bespreken voor de toekomst en toelichting verschaffen in geval van eventuele weerstand hiertegen (vroeger of toekomstig).

Een centrum benadrukt dat sommige vrouwen omwille van sociale onzekerheid voor zwangerschapsafbreking kiezen en niet omdat ze geen kind willen. In zo'n geval stellen de maatschappelijk werk(st)er alles in het werk om deze vrouwen bij te staan : aanvragen indienen bij het OCMW, zoeken naar een opvanghuis, het sociale zekerheidsdossier in orde brengen, bemiddelen bij de ouders, enz.

Tegenstrijdige gevoelens met betrekking tot de zwangerschap kunnen ook samenvallen met de verschillende kritieke levensfasen, zoals de adolescentie, het ogenblik dat men op eigen benen gaat staan, het leven als koppel, de geboorte van een kind, een rouwperiode, een scheiding, ...

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

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►►

Un centre souligne le flou juridique qui entoure les cas d'adolescentes confrontées à une grossesse non désirée et référées par les directions d'écoles et les médecins PMS.

La loi relative à l'interruption de grossesse ne distingue aucune compétence décisionnelle basée sur l'âge de la "demandeuse". La mineure d'âge enceinte sans l'avoir souhaité et capable de se forger un jugement peut décider en toute autonomie de procéder à l'avortement sans que l'établissement de santé auquel elle s'est adressée n'ait à consulter les parents ou le tuteur.

Le centre en question fut confronté en 2004 à la situation confuse vécue par les directeurs d'écoles et médecins PMS dans le cas de jeunes adolescentes enceintes sans le vouloir.

De telles demandes doivent-elles être soumises à l'autorisation des parents ?

Les tâches qui incombent aux centres PMS sont régies par voie de décret de la Communauté flamande, plus particulièrement par Décret du 1er décembre 1998 relatif aux centres d'encadrement des élèves (M.B. du 10/04/1999) et Décret du 7 mai 2004 relatif au statut du mineur dans l'aide intégrale à la jeunesse (M.B. du 04/10/2004).

Le centre constate une insécurité juridique entre d'une part le droit à l'autodétermination tel que conféré aux mineurs d'âge par la loi du 3 avril 1990, et d'autre part le devoir de notification des centres PMS et directions d'écoles à l'égard des parents.

Il en a résulté une concertation entre le centre et des directeurs d'écoles et médecins PMS inquiets, de sorte à pouvoir continuer à garantir au mieux le traitement et la vie privée de la mineure d'âge.

Le centre en question plaide en faveur de directives plus claires à l'attention des directions d'écoles et du personnel en charge de l'accompagnement des élèves.

Si l'existence d'une contradiction devait s'avérer entre la législation fédérale et les décrets susmentionnés, le centre y voit là un rôle à jouer pour la Commission nationale d'évaluation, à savoir celui d'en faire part aux autorités concernées.

Ce même centre fait remarquer, dans le cadre de la prévention des grossesses chez les adolescentes, que l'intervention des centres d'avortement n'est qu'un intermède dans le parcours contraceptif de ces jeunes.

On renvoie ici à l'article paru dans la revue médicale *Huisarts Nu* de mars 2005 et traitant de l'étude réalisée par les Prs Nys, Peeremans et Van Royen sur les obstacles rencontrés par les médecins PMS dans la prévention des grossesses chez les mineures d'âge ("CLB-artsen en de preventie van tienerzwangerschappen – De knelpunten").

Il importe de responsabiliser non seulement les centres IVG mais aussi les autres niveaux de soins de même que les tiers impliqués au premier plan dans cette période de la vie qu'est l'adolescence.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information ►

De medische consultatie

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 van een vrijwillige zwangerschapsafbreking.

De ingreep

Na 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 fysiek te steunen.

Na afloop van de ingreep wordt informatie verstrekt omtrent de voorzorgsmaatregelen die de eerstvolgende veertien dagen moeten worden genomen. Ook wordt de anticonceptie nogmaals besproken.

Het team blijft beschikbaar voor mogelijke verdere informatie van medische of andere aard.

De centra preciseren dat de medicamenteuze abortussen worden uitgevoerd in het kader van een contract tussen de patiënte en het centrum. Dit vereist 4 bezoeken :

1. abortusaanvraag – medisch onderzoek – uitleg van het contract met drie bezoeken (Mifegyne, Cytotec, controlebezoek) ;
2. na de bedenktijd, inname van Mifegyne ;
3. inname van prostaglandine en uitdrijving van de vrucht ;
4. controlebezoek.

Hierbij wordt een andere procedure gevolgd dan bij een aspiratie en moet men langer bij de patiënte blijven.

Sommige centra zijn speciaal ingericht in functie van het verloop van een dergelijke abortus en beschikken bijvoorbeeld over aangepaste lokalen.

Meestal worden net zoals bij de aspiratie gedetailleerde beschrijvingen uitgedeeld waarin het gebruik van Mifegyne wordt toegelicht.

Le centre en question est d'avis que la Commission nationale d'évaluation est bien placée pour tenir compte à cet égard des différences historiques nées entre les Communautés.

Le centre signale également avoir été confronté à plusieurs reprises à des problèmes suscités par le délai de réflexion de 6 jours imposé par le législateur.

Cela concerne aussi bien le risque de dépassement des 14 semaines d'aménorrhée que l'impossibilité de recourir à un traitement médicamenteux suite aux 6 jours de réflexion après la première consultation.

La législation belge n'autorise aucune exception, bien que le tribunal correctionnel de Bruges en ait décidé autrement il y a peu.

Concernant la prévention des comportements à risque à certains moments de l'année, le centre constate que la fréquence des demandes peut fortement varier d'une période à l'autre. L'organisation des campagnes de prévention pourrait l'expliquer. Le centre constate une hausse aux alentours du mois de mars et un creux en juillet et en automne, mais n'ose en tirer aucune conclusion.

Renvois à l'étranger

Ce même centre souhaite attirer l'attention de la Commission sur la problématique des grossesses non désirées et situées à un stade avancé. Ces cas-là nécessitent d'être orientés vers l'étranger. Si une modification de la loi en matière d'avortements dits tardifs s'avère irréalisable, le centre prône l'instauration de modalités financières entre les pays membres de l'Union européenne.

Sous-groupes de patientes ayant recours à l'avortement

Enfin, le centre souscrit à certains constats importants faits dans le cadre d'un mémoire de licence (VISSERS, S., 2004, Trends inzake de prevalentie van abortus bij autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Een onderzoek bij abortuscentra en gezondheidsprofessionals, Faculté de Sciences sociales, Département de Sociologie, KUL).

- Le comportement contraceptif au cours de l'année précédant l'avortement donne une meilleure idée du comportement contraceptif habituel que le comportement des trois derniers mois tel que demandé dans le formulaire d'enregistrement de la Commission. Les femmes qui n'ont utilisé aucun contraceptif en période de fécondation invoquent des obstacles d'ordre pratique tels que le prix (pour les femmes d'Europe centrale et orientale et d'Afrique subsaharienne), le fait de ne pas disposer de médecin ou d'une

De follow-up

Na twee à drie weken wordt de vrouw opnieuw ontvangen door een psychologe of maatschappelijk werk(st)er en door een arts. Er wordt gevraagd naar haar gevoelens naar aanleiding van de abortus. Indien het nodig blijkt, kan haar zowel psychologische als medische hulp worden geboden.

Soms moet het schuldgevoel worden weggenomen.

Een centrum meldt dat na de ingreep, de raadplegingen door beide partners, hoofdzakelijk om de volgende redenen worden gevraagd: depressieve post-abortusbeleving, crisissituatie, angst, onbehagen, identiteitscrisis met betrekking tot de puberteit, familiale situatie, “de ups en downs in het leven”.

Een centrum vat 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 wij er via ons onthaal voor willen zorgen dat de vrouw/het koppel de minst slechte beslissing kan nemen (gelet op de context waarin zij zich bevindt/bevinden); wij bieden de vrouw/het koppel een gespreksmogelijkheid waarbinnen de sociaal werk(st)er de tijd neemt om naar de vrouw/het koppel te luisteren, haar/hun de mogelijkheid biedt afstand te nemen van hetgeen zij beleeft/beleven, de beslissing grondig te overwegen, ...”

“Dankzij de begeleiding kan de vrouw onbelemmerd een beslissing nemen, met kennis van zaken, en zich bewust van wat een abortus of de voortzetting van de zwangerschap inhoudt. De begeleiding bevordert het voorkomen van psychologische en medische moeilijkheden naar aanleiding van de abortus en het opstarten van een follow-up met betrekking tot de anticonceptie. Via controleonderzoeken kan men het preventiewerk en het bijbrengen van verantwoordelijkheidsgevoel voortzetten en wordt het verdere rouwproces vergemakkelijkt.”

Er wordt o.a. ook onderstreept dat “de kwaliteit van de opvang, de persoonlijke relatie en de globale benadering van de persoon gunstige elementen zijn voor de beperking van medische en/of psychologische complicaties van een vrijwillige zwangerschapsafbreking”. De vrijwillige zwangerschapsafbreking kan dan worden ervaren als “een moeilijke periode in het proces van de volwassenwording en een moment van verhoogde gevoeligheid voor boodschappen die aanzetten tot preventie en verantwoordelijkheid”.

Enkele centra melden dat een aantal patiënten geen vrijwillige zwangerschapsafbreking hebben ondergaan na het gesprek. In die gevallen kan soms psychologische hulp worden aangeboden.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

prescription médicale (adolescentes, dans une moindre mesure les 20-30 ans, ou encore l femme marocaine sur 4 qui n'ont pas utilisé de contraceptifs) et des problèmes physiques résultant de l'usage de contraceptifs. D'autres raisons sont la connaissance incorrecte des moyens de contraception (pour les femmes d'Europe centrale et orientale, d'Afrique subsaharienne et du Moyen- et Extrême-Orient), la conviction d'être stérile au moment de la fécondation ou le fait qu'il s'agissait d'un premier rapport sexuel ou d'un rapport sexuel imprévu ou encore d'un désir de maternité ambivalent ;

- la mission d'information qui incombe au médecin en matière de contraception est complexe en ce sens que le public cible présente un caractère particulièrement hétérogène. Vu le nombre insuffisant en Flandre d'études orientées par groupe cible, les recommandations se limitent à accroître et améliorer les connaissances des femmes allochtones dans le domaine de la contraception et de l'avortement ;
- un groupe cible important est celui des femmes allochtones arrivées depuis peu en Belgique. Elles doivent davantage encore que les autres femmes, composer avec une connaissance insuffisante de la contraception et le prix élevé des contraceptifs. Le profil des nouveaux arrivants en provenance d'Afrique diffère fortement de leurs homologues d'Europe centrale et orientale et du Moyen- et Extrême-Orient.

Pour les jeunes femmes africaines, l'avortement signifie en premier lieu un report de la maternité tandis que pour le second groupe, la question est d'éviter que la famille ne s'agrandisse.

Les femmes originaires des pays de l'ex-Union soviétique et d'Europe centrale et orientale ont une autre perception de l'avortement, on parle aussi d'une "culture de l'avortement".

Pour toutes ces personnes, une connaissance insuffisante de la langue et des méthodes de contraception modernes, et l'accès difficile aux soins de santé jouent un rôle important. La notion de contraception est toutefois subordonnée à des problèmes qui ressortent d'un statut de séjour précaire et de mauvaises conditions socio-économiques.

Les mesures de prévention relatives à ces primo-arrivants doivent s'articuler sur une information facilement accessible en matière de contraception et de pilule du lendemain en tant qu'alternative à l'avortement notamment. De même, il convient d'envisager la distribution gratuite de moyens contraceptifs par le biais de canaux spécifiques : centres de santé, associations d'aide aux personnes, organisations de migrants, etc. ;

- parmi les femmes allochtones qui sont établies en Belgique et qui ont subi un avortement, une sur cinq a des racines turques ou marocaines (surtout celles de la deuxième génération). Malgré un socle musulman commun, les différences sont nombreuses. La femme marocaine de la deuxième génération est adolescente, en général célibataire, vit soit encore chez ses

3. Analyse des rapports annuels des services d'information >>

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

Sommige centra preciseren dat, wanneer de wettelijke termijn om een zwangerschap af te breken in België overschreden is, men uitlegt dat de ingreep eventueel in het buitenland kan worden uitgevoerd. Als de vrouw bij haar beslissing blijft, wordt zij doorverwezen naar een centrum in Nederland waar het Belgische centrum mee samenwerkt. De centra verduidelijken dat het soms niet eenvoudig is om om te gaan met dergelijke situaties omdat een abortus in het buitenland duur is en bepaalde patiënten, onder wie de studenten, niet over het nodige geld beschikken, waardoor zij hun kind gedwongen moeten houden omdat er niet op tijd een oplossing kon worden gevonden.

Soms vermeldt men de aanstelling van personeel (dat angeworven kon worden dankzij de fondsen van de sociale Maribel) om de vrouwen die een abortus wensen beter te kunnen begeleiden. Op die manier wil men er enerzijds voor zorgen dat alle vrouwen of koppels die hun kind willen houden, dit ook kunnen doen en dat zij hun kind in optimale sociale en financiële omstandigheden kunnen opvoeden, en wil men anderzijds ook garanderen dat de patiënten die bij hun beslissing blijven zo goed mogelijk begeleid kunnen worden.

De antwoorden wijzen op een toename van het aantal aanvragen afkomstig van personen die het statuut van vluchteling hebben aangevraagd of die geen zekerheid hebben over hun verblijf, van behoeftige personen, mensen zonder statuut of daklozen. Een van de centra meldt zelfs dat "het uiterst moeilijk is om deze mensen behoorlijk te volgen, enerzijds door hun onvrijwillige onstabiele situatie en anderzijds wegens de taalbarrière (Albanees, Joegoslavisch, Chinees ...)".

Een van de centra verklaart dat het is opgevallen dat sommige patiënten meermaals abortus plegen en dat sommige patiënten erg jong zijn. Voor deze laatsten is de ingreep het eerste gynaecologisch onderzoek dat zij ondergaan. Sommige patiënten vinden die ingreep heel "gewoon".

Een centrum meldt "dat het regelmatig geconfronteerd wordt met aanvragen voor zwangerschapsafbreking van verwarde en diep getroffen vrouwen die zich eerst tot een prolife centrum hadden gewend. Naast de culpabiliserende en moraliserende uiteenzettingen die de vrouwen in deze centra te horen krijgen, lijkt het dat de wettelijke bepalingen daar 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 nodeloos en overmatig wordt verzwaard."

parents, soit de manière autonome, et invoque souvent des problèmes relationnels. La femme turque quant à elle est la plupart du temps mariée, vit avec un compagnon et a généralement déjà des enfants.

Le recours aux moyens de contraception modernes chez la femme turque et marocaine dépend du statut marital : le droit à l'information est un privilège de la femme mariée.

Par rapport à leurs homologues belges, les répondantes marocaines et turques rapportent plus souvent une connaissance déficiente des méthodes contraceptives ainsi que de plus grandes difficultés lorsqu'il s'agit d'accéder à un médecin (ou à une prescription).

Il est dès lors recommandé de mettre en place une meilleure circulation de l'information relative aux aspects pratiques de la contraception pour les femmes mariées, et de prévoir un meilleur accès au counseling et à une information générale sur la sexualité à l'attention des filles de la deuxième génération (via les écoles et associations de femmes allochtones) ;

- les jeunes autochtones constituent eux aussi un groupe cible spécifique au niveau du travail préventif. Les adolescents se distinguent des 20-30 ans par une préférence pour le préservatif par rapport à la pilule, tandis que l'échec de l'abstinence périodique ou le coït interrompu sont plus fréquents chez les trentenaires et quarantenaires. Cela signifie que l'on constate fréquemment chez les adolescents une utilisation peu efficace du préservatif, soulignant par là la nécessité d'une information pratique en matière de préservatifs et d'une sensibilisation à une double protection à la fois contre l'état de grossesse et les MST.

Les possibilités et limites de l'enregistrement ont déjà été abordées. Le centre signale que les questions concernant les équipements d'assistance (interprètes, counseling, aide sociale) et la prévention axée sur un groupe spécifique demandent un examen plus approfondi.

En prévoyant systématiquement sur le formulaire d'enregistrement une rubrique relative à la nationalité et à l'origine ethnique, on réaliserait un premier pas important vers l'étude, à plus long terme, des évolutions que connaît l'afflux de femmes allochtones. Parmi la population allochtone, la demande d'avortement est très liée à la problématique plus large de la migration.

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

Un centre fait remarquer que les méthodes de contraception demeurent coûteuses pour bon nombre de femmes et cite à titre d'exemple le stérilet hormonal qui revient à € 125 en plus des frais de placement et de consultation.

Les patientes dont l'assurance maladie n'est pas en règle paient € 75 pour un examen préliminaire et € 175 pour l'intervention. Celles qui dépendent du système de remboursement par mutuelle s'acquittent chaque fois d'un ticket modérateur de € 1,45, ce pour l'examen préliminaire comme pour l'intervention même.

Un autre centre souhaite la mise à disposition gratuite de contraceptifs pour tous(tes), et non uniquement en faveur des jeunes de 20 ans.

Un centre émet trois propositions dans l'optique d'une meilleure prévention :

1. une meilleure diffusion de l'information concernant la pilule du lendemain, dont l'existence et la disponibilité sont trop peu connues, surtout des jeunes ;
2. davantage de séances ou cours d'information à l'école, portant sur l'usage adéquat des contraceptifs et sur la levée du tabou entourant la sexualité. L'information prodiguée sur les préservatifs devrait souligner la nécessité d'un contraceptif supplémentaire ;
3. une nouvelle réduction du prix des contraceptifs car souvent les jeunes, les indigents, demandeurs d'asile et personnes en séjour illégal ne peuvent financièrement pas se les procurer.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information ►

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

De quasi algemene stellingname is om in elk geval het **preventiewerk** in de scholen verder uit te bouwen, soms vanaf het lager onderwijs, om de leerkrachten te vormen tot volwassen bemiddelaars en om :

- seksuele of gevoelsopvoeding verplicht op te nemen in het leerprogramma (alle netten). Deze opleidingen zouden kunnen worden begeleid door een bemiddelaar van een centrum voor gezinsplanning ;
- voorbehoedmiddelen nog toegankelijker te maken door jongeren beter te informeren en deze middelen volledig of degressief, volgens het inkomen, terug te betalen ;
- het hormoonhoudende Mirena-spiraaltje terug te betalen ;
- ervoor te zorgen dat meer jongeren weten dat er een morning-afterpil bestaat, om er staaltjes van uit te delen en om de terugbetaling ervan te verhogen ;
- de condoomgebruikers die voor dit middel kiezen om soa's te vermijden ertoe aanzetten om daar naast nog een ander voorbehoedmiddel te gebruiken ;
- preventiecampagnes te voeren met informatie-documenten voor de minst bedeelde die bovendien in hun eigen taal zijn opgesteld (Spaans, Pools, Russisch, Arabisch, ...) ;
- via de huisartsen brochures te verspreiden over anticonceptie ;
- een sociologische studie te voeren over de toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen bij jongeren.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten

B. HOPITAUX

1. Composition et fonctionnement

- a. Les services d'information sont composés de collaborateurs aux qualifications suivantes : médecin, juriste, psychiatre, si besoin est pour le suivi post-hospitalier, psychologue, infirmière sociale, sage-femme, conseiller conjugal, assistante sociale et personnel administratif.
- 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 dans le service de génétique médicale et de gynécologie.
- c. Un certain nombre d'établissements n'ont pas de service d'information organisé. Ces établissements ne procèdent à des IVG que sur indication médicale. Les médecins du département de périnatalogie donnent aux patientes les explications appropriées et requises concernant l'état pathologique à l'origine de la procédure d'interruption de grossesse.

2. Méthode d'accueil et d'assistance

C'est à titre exceptionnel que les rapports annuels portent encore intérêt à ce point.

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.

Des femmes sont orientées depuis un centre vers l'hôpital après avoir fait expressément la demande d'une anesthésie générale.

Enfin, des informations sont données quant à l'utilisation future de contraceptifs. Le traitement est suivi d'un entretien facultatif avec l'infirmière sociale.

L'expérience nous apprend que des femmes restent peu enclines à dévoiler une nouvelle fois leur histoire à l'infirmière sociale après un entretien avec le gynécologue.

B. ZIEKENHUIZEN EN KLINIEKEN

1. Samenstelling

Het lijkt belangrijk om te benadrukken dat ondanks het feit dat de ziekenhuizen over het algemeen minder goed uitgerust zijn om abortusaanvraagsters op te vangen en te informeren, uit de beschrijvingen van de gesprekken die de laatste twee jaren binnen de voorlichtingsdiensten hebben plaatsgevonden, blijkt dat een niet te verwaarlozen aantal van deze instellingen belang hechten aan het menselijke en psychologische aspect van abortus. De vrouwen worden helemaal niet aan hun lot overgelaten in onmenselijke instellingen.

Meestal bestaat de dienst uit artsen van de instelling en uit een verpleegster, een psycholo(o)g(e) en/of een maatschappelijk werk(st)er.

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

2. Werking van de dienst

De diensten werken meestal op afspraak, die telefonisch wordt vastgelegd, waardoor de aanvrager zich al kan informeren over het verloop van de ingreep.

De sociale dienst werkt normaal gezien alle dagen, tijdens de normale werkuren. Uiteraard is ook noodopvang mogelijk.

Soms bestaat de dienstverlening enkel uit het systematisch verdelen van de brochures "Grossesse en question", "Contraception en question" en "Sachez ce que vous faites", die zijn uitgegeven door de Franse Gemeenschap en door de farmaceutische firma Organon (laatste brochure).

De dossiers over vrijwillige zwangerschapsafbreking van GACEPHA kunnen dienen als ondersteuning en vergemakkelijken het individuele gesprek.

In ieder geval informeren de voorlichtingsdiensten van de ziekenhuizen de vrouwen, net zoals de centra doen, over hun rechten en mogelijkheden en over de voordelen die de wet en de decreten garanderen voor gezinnen en ongeboren kinderen met betrekking tot adoptiemogelijkheden, opvang in een opvanghuis of sociale bijstand voor de bijzondere omstandigheden van een ongewenste zwangerschap.

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 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.

Le cadre légal concernant les interruptions aux 2e et 3e trimestres de grossesse n'est pas suffisamment développé.

Un établissement précise qu'un « service d'information » comme tel n'existe pas. Les interruptions de grossesse se font uniquement sur indication strictement médicale (fœtale), à la demande de la patiente et du médecin référant, et après consultation des gynécologues, généticiens et néonatalogues concernés. Un accompagnement psychologique par le psychologue du service de génétique est possible.

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

- Un établissement souhaite une meilleure information en matière de contraception dans la presse et les médias ;
- un établissement demande l'accès gratuit aux moyens contraceptifs pour les personnes en difficultés financières et en situation précaire ;
- un établissement met l'accent sur le fait de permettre la discussion sur l'usage correct des contraceptifs chez les jeunes ;
- par analogie avec les centres IVG, on attire l'attention sur la prévention et l'information dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire.

3. Analyse

des rapports annuels des services d'information ►

In meer en meer ziekenhuizen worden de vrouw en een persoon van haar keuze tijdens een individueel onderhoud opgevangen door iemand die hiervoor is opgeleid.

Soms is een gepersonaliseerde sociale dienst opgericht om de problemen die een zwangerschapsafbreking met zich meebrengt (huisvesting, ziekenfonds, bestaansminimum, alcoholisme, ...) op te lossen en om alle nodige informatie te verschaffen.

Als men merkt dat de vrouw bijzonder gevoelig is, worden soms middelen ingezet met het oog op een meer specifieke en meer grondige aanpak (bijvoorbeeld door een centrum voor gezinsplanning uit de regio).

Soms worden bepaalde lokalen specifiek ter beschikking gesteld met het oog op de uitvoering van de zwangerschapsafbreking : wachtzaal, bureau voor de maatschappelijk werk(st)er, bureau voor de arts, onderzoeksruimte, rustkamer.

Een medewerk(st)er begeleidt de vrouwen naar de verschillende zorgverleners.

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

- de gesprekken met voorlichtingsdiensten bestaan meestal uit het verduidelijken van de aanvraag, het omgaan met de ambivalente gevoelens en het verschaffen van informatie over anticonceptie ; soms wordt het gebruik van anticonceptiemiddelen ook nog na de vrijwillige zwangerschapsafbreking opgevolgd ;
- bepaalde ziekenhuizen verstrekken informatie over anticonceptie in de nabijgelegen scholen ;
- de voorlichtingsdiensten zijn er, volgens de wet, ook om te informeren over andere mogelijkheden naast abortus.

Wat het verschaffen van informatie over de zwangerschapsafbreking in het bijzonder betreft, overlopen de voorlichtingsdiensten de verschillende stappen van de ingreep.

In dit opzicht spreekt het voor zich dat de toegang tot de abortuspil het uitgangspunt is geweest voor de nieuwe praktijken en dat de instellingen zich hiervoor moesten reorganiseren. Deze methode van zwangerschapsafbreking stelt een instelling niet vrij van de verplichting om de vrouwen op te vangen in een voorlichtingsdienst, maar in de loop van de twee referentiejaar zijn hier twijfels over ontstaan.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

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

De voorlichtingsdiensten hebben de volgende opmerkingen geformuleerd :

- bepaalde vrouwen verklaren dat zij zich veiliger voelen of minder gestigmatiseerd in een ziekenhuis ;
- door de moeilijkheden inherent aan het gebruik van vreemde talen (Engels, Arabisch, Perzisch, Spaans, ...) worden bepaalde patiënten niet via de voorlichtingsdienst opgevangen. Zij worden onthaald door de geneesheren die deze talen kennen ;
- er is nood aan een duidelijke wetgeving over de opvang van de vrouwen en het verstrekken van informatie. Zo is het bijvoorbeeld noodzakelijk om te benadrukken dat de voorlichtingsdienst een wettelijke verplichting is, zelfs in het kader van een medicamenteuze abortus ;
- patiënten die zich in de illegaliteit bevinden, hebben gebruik kunnen maken 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. Een van de ziekenhuizen onderstreept het verschil tussen de kinderwens en het verlangen naar een zwangerschap. Dit ziekenhuis heeft bij de opvang van de vrouwen en de informatieverstrekking veel aandacht besteed aan het psychologische aspect ;
- vaak moet er veel tijd worden besteed aan het toelichten van anticonceptie en dienen negatieve vooroordelen over de pil te worden overwonnen ;
- soms heerst er verwarring tussen de morning-afterpil en de abortuspil ;
- velen kennen de morning-afterpil niet ;
- een van de instellingen meldt dat een niet te verwaarlozen aantal vrouwen hun zwangerschap wensen te beëindigen uit angst om alleen te zijn en een kind te moeten grootbrengen, om hun werk te verliezen, om een reeds gedeeltelijk waargemaakte ambitie op professioneel vlak te moeten laten varen, of omdat ze niet kunnen omgaan met de familiale en sociale druk of met de financiële last die de opvoeding van een kind met zich meebrengt ;
- de medicamenteuze abortus wordt ervaren als een vlottere, meer natuurlijke vorm van zwangerschapsafbreking ;
- de medicamenteuze abortus maakt van een zwangerschapsafbreking een alledaags feit.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

De ziekenhuizen stellen voor om het volgende te doen :

- in de middelbare scholen meer reclame maken voor de centra voor gezinsplanning ;
- de toegang tot voorbehoedmiddelen financieel en voor alle leeftijden vergemakkelijken ;
- structureel voorzien in informatieverstrekking over de morning-afterpil (reclamefilmmpjes) of het spiraaltje (Implanon, spiraaltje voor lange duur) en in de terugbetaling ervan door de sociale zekerheid ; de benaming “stérilet” in het Frans wijzigen om verwarring tussen “stérilet” en “stérilité” (onvruchtbaarheid) te vermijden ;
- professionele hulpverleners gespecialiseerd in gezinsplanning (en geen leerkrachten, die soms onjuiste informatie verspreiden) aan alle leeftijdscategorieën informatie laten verschaffen over het correcte gebruik van de pil, over de risico's die men loopt als men ze vergeet in te nemen en over haar verminderde werking wanneer ze in combinatie met bepaalde geneesmiddelen wordt genomen (een van de ziekenhuizen signaleert dat meer dan 72% van de vrouwen die een abortus hebben aangevraagd en die de pil namen, de pil verkeerd gebruikten en dat één vrouw op drie geen voorbehoedmiddel gebruikt) ;
- de bevolking bewustmaken van de psychologische problemen die een vrijwillige zwangerschapsafbreking met zich mee kan brengen ;
- media als televisie, geschreven pers en internet gebruiken om zowel de volwassen vrouwen als de jongeren te bereiken ;
- de jongens en de hele bevolking verantwoor-delijkheidsbesef bijbrengen met betrekking tot voorbehoedmiddelen (de vrouw staat vaak erg alleen en volkomen machteloos tegenover een ongewenste zwangerschap of anticonceptie, vooral wanneer haar partner weigert een condoom te gebruiken) ;
- de anticonceptie voor mannen uitbouwen ;
- de artsen (huisartsen en gynaecologen) ertoe aanzetten om meer tijd te nemen om hun patiënten uitleg te verschaffen en om hun vragen te beantwoorden ;
- de opvangdiensten belast met anticonceptie beter subsidiëren.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

CONCLUSIONS

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

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
(1)	10.380	10.737	11.243	12.628	12.666	11.999	12.734
(2)	-163	-216	-188	-275	-253	-240	-354
(3)	+2.794	+2.314	+2.247	+2.019	+1.813	+1.567	+1.557
(4)	+463	+380	+96	+161	+31	+256	+0
	13.474	13.215	13.398	14.533	13.857	13.582	13.937

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
(1)	13.762	14.775	14.791	15.595	16.024	16.696
(2)	-340	-353	-414	-349	-392	-295
(3)	+1.473	+1.334	+1.224	+1.091	+984	+913
(4)	+28	+422	+115	+370	+316	+553
	14.923	16.178	15.716	16.707	16.932	17.867

2. Pour de multiples raisons qui ont varié dans le temps, les chiffres contenus dans le présent rapport, comme ceux contenus dans les rapports précédents, ne sont pas d'une précision scientifique. En effet :
- pour des raisons qui demeurent inexpliquées, il y a des différences non négligeables de nombre entre les déclarations d'IVG faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art ;
 - la Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie; elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis; et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. Bref, la Commission est complètement tributaire des données qui lui sont fournies.
3. Que ce soit en données brutes (tableau I.A.I de la première partie) ou en données corrigées (cfr: ci-dessus), le nombre total des interruptions volontaires de grossesse communiquées à la Commission a continué à augmenter en 2004 et 2005 par rapport aux années précédentes.

BESLUITEN

1. Zoals het in het vorige verslag voor de jaren 2002-2003 werd opgemerkt, moeten de aan de Commissie gerapporteerde cijfers van de zwangerschapsafbrekingen voor de jaren 2004-2005 verbeterd worden. Indien men van het totaal aantal in België uitgevoerde zwangerschaps-afbrekingen (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 laat uitvoeren, alsmede een aantal laattijdig ingediende aangiften die in de hoger geciteerde tabellen niet verwerkt konden worden (4), bijvoegt, dan komt men tot de volgende cijfers :

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
(1)	10.380	10.737	11.243	12.628	12.666	11.999	12.734
(2)	-163	-216	-188	-275	-253	-240	-354
(3)	+2.794	+2.314	+2.247	+2.019	+1.813	+1.567	+1.557
(4)	+463	+380	+96	+161	+31	+256	+0
	13.474	13.215	13.398	14.533	13.857	13.582	13.937

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
(1)	13.762	14.775	14.791	15.595	16.024	16.696
(2)	-340	-353	-414	-349	-392	-295
(3)	+1.473	+1.334	+1.224	+1.091	+984	+913
(4)	+28	+422	+115	+370	+316	+553
	14.923	16.178	15.716	16.707	16.932	17.867

2. Om verschillende redenen, die wijzigden in de loop der jaren, hebben de gegevens in dit verslag, zoals deze opgenomen in de vorige verslagen, geen wetenschappelijke precisie. Immers :
- om redenen die tot nog toe onverklaard zijn, zijn er verschillen in de aantallen tussen de individueel opgestelde 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.
3. Of het nu om brute gegevens gaat (tabel I.A.I van deel I) of om verbeterde gegevens (cfr: hierboven), het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen meegedeeld aan de Commissie blijft stijgen in 2004 en 2005 ten opzichte van voorgaande jaren.

Il faut observer à cet égard qu'en 2004, onze nouveaux hôpitaux, c'est-à-dire des hôpitaux qui n'avaient communiqué aucune donnée jusque-là, ont fait des déclarations pour un total de 261 interruptions de grossesse, auxquels se sont ajoutés en 2005 treize autres nouveaux hôpitaux qui ont fait des déclarations pour un total de 397 interventions.

On notera qu'une lettre rappelant la loi et les obligations qui en découlent, a été envoyée à toutes les institutions de Belgique le 14 décembre 2004.

Ceci montre bien que, si la statistique des IVG fait apparaître une croissance numérique, celle-ci peut avoir plusieurs causes différentes, parmi lesquelles une amélioration de la manière dont la loi du 13 août 1990 créant la Commission nationale d'évaluation est perçue, et donc appliquée par le monde médical.

4. Comme la Commission l'a fait souvent observer, et spécialement dans ses rapports de 2002 et de 2004, 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.

Peut-être une modification de la loi du 13 août 1990 pourrait-elle, en permettant de recueillir des données plus complètes sur les femmes qui recourent à l'IVG, mieux cibler le travail spécifique de prévention. On songe à des données plus spécifiques sur la situation de fait, sur l'état civil, sur la situation socio-économique, sur la nationalité, etc ...

Sous la réserve exprimée ci-dessus, on ne peut cependant qu'être frappé par le fait que c'est dans la région de Bruxelles-Capitale qu'ont lieu 24,5 % du total des interruptions de grossesse déclarées (tableau I.A.4.I de la première partie), que près de 30 % des femmes s'y déclarent en situation de détresse matérielle (tableau 2.I.1.I de la première partie) et que c'est précisément la région du Royaume qui connaît le taux de chômage le plus élevé.

La Commission constate par ailleurs que depuis l'année 2000, la proportion des IVG déclarées pour les tranches d'âge 10-14 et 15-19 ans est de l'ordre de 14 % du total.

3. Analyse des rapports annuels des services d'information ►

In dat opzicht dient in acht te worden genomen dat in 2004, elf nieuwe hospitalen – t.t.z. hospitalen die tot dan toe geen enkel gegeven hadden meegedeeld – aangiften hebben gedaan voor een totaal van 261 zwangerschapsafbrekingen, waaraan voor 2005 dertien andere nieuwe hospitalen werden toegevoegd die in totaal 397 aangiften hebben gedaan.

Op 14 december 2004 werd naar alle betrokken Belgische instellingen een brief gestuurd waarbij de wet en de verplichtingen die er uit voortvloeien in herinnering werd gebracht.

Dit toont aan dat, als de statistiek van de zwangerschapsafbrekingen een numerieke stijging laat zien, deze groei meerdere verschillende oorzaken kan hebben, waaronder een betere manier waarop de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een Evaluatiecommissie wordt gepercipieerd, en bijgevolg toegepast, door de medische wereld.

4. Zoals de Commissie vroeger vaak heeft laten opmerken, en in het bijzonder in haar verslagen van 2002 en 2004, 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 verslag meedeelt.

Misschien zou een wijziging van de wet van 13 augustus 1990, waarbij wordt toegelaten meer specifieke gegevens in te zamelen omtrent de vrouwen die overgaan tot zwangerschapsafbreking, beter toelaten de inspanning in te schatten die gericht is op aangepaste preventie.

Men denkt hierbij aan meer precieze cijfers over de feitelijke situatie en niet de burgerlijke stand, de socio-economische situatie of nog de nationaliteit ...

Mits bovenvermeld voorbehoud, kan men niet anders dan getroffen worden door het feit dat 24,5% van het totaal aantal aangegeven zwangerschapsafbrekingen (tabel I.A.4.I. van deel I), uitgevoerd worden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dat ongeveer 30% van de vrouwen verklaren zich in een materiële noodsituatie te bevinden (tabel 2.I.1.I. van deel I) en dat dit precies de regio is binnen het Koninkrijk met het hoogste werkloosheidscijfer.

De Commissie stelt overigens vast dat sedert het jaar 2000, de verhouding van het aantal aangegeven abortussen in de leeftijdscategorieën van 10 tot 14 en 15 tot 19 jaar, 14 % van het totaal bedraagt.

3. Analyse van de jaarverslagen van de voorlichtingsdiensten ►

5. Comment faire baisser le nombre des interruptions volontaires de grossesse?

Conformément à l'article 1er, § 3, c), de la loi du 13 août 1990, la Commission pense pouvoir faire les suggestions suivantes:

- a. La prévention des grossesses non désirées, et donc des interruptions de grossesse, passe nécessairement par la promotion du respect de soi-même et de l'autre, et par une prise de responsabilité à l'égard d'un tiers potentiel. Une information actualisée permettant un meilleur accès à toutes les formes de contraception devrait ensuite être disponible.
Les jeunes surtout, aussi bien les garçons que les filles, doivent être conscients de leur fécondité et doivent pouvoir en assumer la responsabilité.
Une information spécialisée ainsi qu'une éducation appropriée sont donc indispensables, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu scolaire, pour leur apprendre à appréhender convenablement les relations affectives et sexuelles ainsi que leur fécondité.
L'amélioration de la qualité de cette éducation suppose l'intégration de l'éducation sexuelle et relationnelle dans les programmes de formation des futurs enseignants.
- b. La liberté de la femme de choisir entre poursuivre sa grossesse ou l'interrompre doit être garantie à tout moment. A cette fin, il faut mettre les femmes en mesure de résister aux pressions tendant à les inciter à avorter ou à les en empêcher.
Les circonstances financières ne devraient pas non plus entrer en ligne de compte dans la prise de décision.
Une meilleure infrastructure d'accueil des femmes et des très jeunes enfants pourrait d'ailleurs contribuer à la garantie de cette liberté.
- c. La Commission souligne l'intérêt qu'il y aurait à prendre connaissance des suggestions formulées par les institutions, tant centres que cliniques et hôpitaux.

Depuis 1992, la Commission établit tous les deux ans un rapport qui, conformément à la loi qui l'institue, est communiqué au Parlement fédéral. Or, la compétence de prendre des mesures préventives "en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse" a été en grande partie attribuée aux Communautés; bon nombre des suggestions qui précèdent en sont au demeurant l'illustration. La Commission prend donc la liberté de communiquer désormais son rapport aussi aux Parlements communautaires.

5. Hoe kan men het aantal zwangerschapsafbrekingen doen dalen ?

Overeenkomstig artikel I, §3, c), van de wet van 13 augustus 1990, meent de Commissie volgende suggesties te mogen doen :

- a. De preventie van ongewenste zwangerschappen – en dus van zwangerschapsafbrekingen – begint bij het stimuleren van respect voor zichzelf en voor de ander en van verantwoordelijkheid naar een mogelijke derde. Aansluitend moet er geactualiseerde informatie beschikbaar zijn over en een betere toegang tot alle vormen van contraceptie.
Specifiek naar jongeren, zowel jongens als meisjes, moet het bewustzijn van vruchtbaarheid gestimuleerd worden en moeten ze leren hoe ze hiervoor verantwoordelijkheid kunnen dragen. Om hen te leren omgaan met relaties, seksualiteit en vruchtbaarheid is een goede vorming en voorlichting, zowel op school als daarbuiten, vereist.
De kwaliteit van deze vorming veronderstelt de opname van relationele en seksuele vorming in de opleidingsprogramma's van toekomstige leerkrachten.
- b. De vrouw moet steeds vrij kunnen beslissen of zij haar zwangerschap al dan niet wil afbreken. Er moet voor gezorgd worden dat vrouwen kunnen weerstaan aan de sociale druk van personen die hen willen aanzetten tot abortus of dit net willen verhinderen.
Ook financiële motieven mogen de keuze van de vrouw niet bepalen.
Een betere onthaalaccommodatie voor de vrouwen en zeer jonge kinderen zou er bovendien toe bijdragen om deze keuzevrijheid te waarborgen.
- c. De Commissie vraagt aandacht voor de suggesties geformuleerd door de instellingen, zowel de centra als de ziekenhuizen.

Sedert 1992, stelt de Commissie om de twee jaar een evaluatieverslag op dat overeenkomstig de wet die haar heeft opgericht, wordt overgemaakt aan het federaal Parlement. Nochtans werd de bevoegdheid om preventieve maatregelen te nemen "met het oog op het doen dalen van zwangerschapsafbrekingen" grotendeels toegewezen aan de gemeenschappen ; een goed aantal van de hoger vermelde suggesties zijn er trouwens de illustratie van. De Commissie neemt derhalve de vrijheid om haar verslag voortaan ook over te maken aan de parlementen van de gemeenschappen.

4. OUVRAGES RECUS

4. Ouvrages reçus ►

RAPPORT PARLEMENTAIRE BISANNUEL

79

4. ONTVANGEN WERKEN

4. Ontvangen werken ►►

2-JAARLIJKS VERSLAG PARLEMENT | 79

I. RAPPORTS :

a. BELGIQUE :

- BELLENS, R., CRAEYMEERSCH, G., VAN CROMBRUGGE, L., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1991, Gand, 1992, 52 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1992, Gent, 1993, 28 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1993, Gent, 1994, 52 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1994, Gent, 1996, 54 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1997, Gent, 1999, 56 p.
- Centrum voor Algemeen Welzijn Sjerp VUB., Jaarverslag 1998, 46 p.
- Kind en Gezin, Jaarverslag 2003, 63 blz.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2003, 157 blz.
- MORBE, E., De abortuswet en de evaluatiecommissie, schets van de totstandkoming, 2005, 252 blz.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2004, 193 blz.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2005, 199 blz.
- CRZ, Jaarverslag 2005, 32 blz.

b. ETRANGER :

CANADA :

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

DANEMARK :

- N., Statistik om prevention 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 I., Paris, 1991, 101 p.

I. RAPPORTEN :

a. BELGIE :

- 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.
- MORBE, E., De abortuswet en de evaluatiecommissie, schets van de totstandkoming, 2005, 252 blz.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2004, 193 blz.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2005, 199 blz.
- cRZ, Jaarverslag 2005, 32 blz.

b. BUITENLAND :

CANADA :

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

DENEMARKEN :

- N., Statistik om prevention og aborter 1988, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1989, 82 blz.
- id., 1990, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1992, 93 blz.

FRANKRIJK :

GUIGNON, N., Les interruptions volontaires de grossesse en France de 1980 à 1989, SESI, Bureau ST I., Parijs, 1991, 101 blz.

PAYS-BAS :

- N., Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, n° 33, 34 et 36 ;
- id., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, n° 37, 39 et 41 ;
- id., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, n° 44.
- RADEMAKERS, J., Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 p.
- id., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 p.
- id., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 p.
- Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 18 blz.
- Jaarrapport 2003, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 206 blz.

ESPAGNE :

- N., Interrupcion Voluntaria Del Embarazo, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 p.
- id., 1994, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1995, 248 p.

ROYAUME-UNI :

- N., Abortion statistics, 1990, England and Wales, Series AB n° 217, O.P.C.S., Londres 1991, 73 p.
- N., Abortion Act, 1967, Compendium of Guidance, Department of Health, Londres, 1995, 95 p.

ETATS-UNIS :

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

ROUMANIE :

Abortion and contraception in Romania, A strategic assessment of Policy, Programme and Research Issues, WHO-Geneva 2005, East European Institute for reproductive health, 51 p.

4. Ouvrages reçus

NEDERLAND :

- N., Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, nrs 33, 34 en 36 ;
- id., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, nrs. 37, 39 en 41 ;
- id., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, nr. 44.
- RADEMAKERS, J., Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 blz.
- id., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 blz.
- id., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 blz.
- Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 18 blz.
- Jaarrapport 2003, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 206 blz.
- Jaarrapportage 2004 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, augustus 2005. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 20 blz.

SPANJE :

- N., Interrupcion Voluntaria Del Embarazo, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 blz.
- id., 1994, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1995, 248 blz.

VERENIGD KONINKRIJK :

- N., Abortion statistics, 1990, England and Wales, Series AB nr. 217, O.P.C.S., London, 1991, 73 blz.
- N., Abortion Act, 1967, Compendium of Guidance, Department of Health, London, 1995, 95 blz.

VERENIGDE STATEN :

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

ROEMENIE :

Abortion and contraception in Romania, A strategic assessment of Policy, Programme and Research Issues, WHO-Geneva 2005, East European Institute for reproductive health, 51 blz.

4. Ontvangen werken ►►

II. ARTICLES GENERAUX 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 1997-1988, Verslag aan het Parlement, février 1999.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Reasons Why Women Have Induced Abortions : Evidence from 27 Countries – International Family Planning Perspectives, 1998.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion : A Worldwide Review – 1999.

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

BELLO, P., DOLTO, C., SCHIFFMANN, A., Contraception, grossesse, IVG, Guide pratique, 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, p. 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, C.B.G.S., Studies en Documenten, n° 2., De Sikkel, Anvers, 1972, 508 p..

CLIQUET, R., CALLENS, M. (red.), Gezinsvorming in Vlaanderen, C.B.G.S., Monografie 1993/1, Bruxelles, 1993, 178 p.

COCK, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum (losbladig), Federatie C.G.S.O., 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 C.G.S.O., Abortus 178 p. : waar een wet is, is een weg (vouwfolder), Gand, 1993 .

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

II. ALGEMENE ARTIKELLEN 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 1997-1988, Verslag aan het Parlement, februari 1999.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Reasons Why Women Have Induced Abortions : Evidence from 27 Countries – International Family Planning Perspectives, 1998.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion : A Worldwide Review 1999.

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

BELLO, P., DOLTO, C., SCHIFFMANN, A., Contraception, grossesse, IVG, Guide pratique, Editions du Seuil, Parijs, 1983, 189 blz.

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

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

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

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

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

CENTRUM VOOR FAMILIALE STUDIES, Abortus voor het Parlement, Brussel, 1979, 23 blz.

id., De Wet Veil : enquête in Frankrijk, Brussel, 1979, 36 blz.

CLIQUET, R., (red.), Abortus Provocatus, C.B.G.S., Studies en Documenten, nr. 2., De Sikkell, Antwerpen, 1972, 508 blz..

CLIQUET, R., CALLENS, M. (red.), Gezinsvorming in Vlaanderen, C.B.G.S., Monografie 1993/1, Brussel, 1993,

COCK, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum (losbladig), Federatie C.G.S.O., 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 C.G.S.O., Abortus 178 blz : waar een wet is, is een weg (vouwfolder), Gent, 1993 .

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

GACEHPA, La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique : enquête réalisée en 1985, 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, Londres, 1993, 173 p.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, Abortion in Europe, volume 28, n°2, autumn 2000.

KAMINSKI, H., CROST, M., Les interruptions de la grossesse, J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod., Paris, 1991, 20 p. 767-773.

KNÖFERL, Dr. G. e.a., Modellprogramm - "Beratungsstellen § 218", Band 127, Kohlhammer, Stuttgart, 1981, 262 p.

KOLLEKTIEF ANTIKONCEPTIE, Ongewenste Zwangerschap (onthaaltbrochure), 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, Editions de l'Université, Bruxelles, 1989, 166 p.

MINISTERE DE LA CULTURE ET DES AFFAIRES SOCIALES DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE, Grossesse en question (brochure d'information), CEDIF et GACEHPA, Bruxelles, 1993, 55 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT (I.H.E.) La santé dans la Belgique fédérale et ses communautés, Bruxelles 1993, 191 p.

MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, Avortement et contraception, démographie, Paris, 1993.

Avortement et application de la loi – Aide-mémoire législatif, Paris, 1996.

L'avortement, un droit à protéger (oppositions et opposants en France), Paris, 1995.

N., L'interruption volontaire de grossesse en centres extra-hospitaliers, Les cahiers du GERM, Collection Expériences et Analyses, GACEPHA, II, 1993, n° 225, Bruxelles, 1993, 42 p.

N., Choosing Abortion, Women's Information Network, Dublin, 1993, 40 p.

PHILIPPE, J., Omtrent abortus, Dagboek van een dokter, EPO, Anvers, 1985, 128 p.

RAHMAN A., KATZIVE L. and HENSHAW S.K., A global review of laws on induced abortion 1985-1997, International Family Planning Perspectives.

4. Ouvrages reçus >>

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

HENSHAW, S., SINGH, S., HAAS, T., The Incidence of Abortion Worldwide, International Family Planning Perspectives, 1999.

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

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s, Londen, 1993, 173 blz.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, Abortion in Europe, volume 28, n° 2, autumn 2000.

KAMINSKI, H., CROST, M., Les interruptions de la grossesse, J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod., Parijs, 1991, 20, blz. 767-773.

KNÖFERL, Dr. G. e.a., Modellprogramm - "Beratungsstellen 218", Band 127, Kohlhammer, Stuttgart, 1981, 262 blz.

KOLLEKTIEF ANTIKONCEPTIE, Ongewenste Zwangerschap (onthaalbrochure), Gent, 1993.

MARQUES-PEREIRA, B., L'interruption Volontaire de Grossesse, in Courrier Hebdomadaire nrs. 1127 en 1128, CRISP, Brussel, 1986, 41 + 46 blz.
id., L'avortement en Belgique, Editions de l'Université, Brussel, 1989, 166 blz.

MINISTERE DE LA CULTURE ET DES AFFAIRES SOCIALES DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE, Grossesse en question (informatiebrochure), i.s.m. CEDIF en GACEHPA, Brussel, 1993, 55 blz.

MINISTERIE VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU (I.H.E.) Gezondheid in het federale België en zijn Gemeenschappen, Brussel, 1993, 191 blz.

MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, Avortement et contraception, démographie, Parijs, 1993.

Avortement et application de la loi – Aide-memoire législatif, Paris, 1996.

L'avortement, un droit à protéger (oppositions et opposants en France), Paris, 1995.

N., L'interruption Volontaire de Grossesse en Centres extra-hospitaliers, Les cahiers du GERM, Collection Expériences et Analyses, GACEPHA, II, 1993, 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.

4. Ontvangen werken ►

RIEMSLAGH, M., VANMECHELEN, B., Abortus voorgoed voorbij ? Lannoo Campus, 2003, 156 blz.

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

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

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

VAN ASSCHE, E., (red.), Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening, ACCO, Louvain, 1992, 170 p.

VAN BILSEN, P.M.A., VISSER, A., Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie, 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.

les couples en Belgique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993 VISSER, A., GEERAERT, A., LEHERT, P., Sexualité et contraception : Les relations dans, 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° 11-12, p 13-50.

RIEMSLAGH, M., VANMECHELEN, B., Abortus voorgoed voorbij ? Lannoo Campus, 2003, 156 blz.

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

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

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

VAN ASSCHE, E., (red.), Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening, ACCO, Leuven, 1992, 170 blz.

VAN BILSEN, 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, in Vie Sociale, 1992, nr. 11-12, blz. 13-50.

COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE (A.R. du 29 novembre 2002)

Membres effectifs :

1° en tant que docteurs en médecine :

- M. Marc Cosyns (N)
- M. Alfons Van Orshoven (N)
- 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° en tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

- M. Herman Nys (N)
- M. Roger Lallemand (F)
- M. Jules Messinne (F) - Président
- Mme Jacqueline Dalcq-Depoorter (F)

3° 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) - Présidente
- Mme Monique Rifflet (F)

4. Ouvrages reçus ▶

**SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE
EVALUATIECOMMISSIE BELAST MET DE EVALUATIE
VAN DE WET VAN 3 APRIL 1990 BETREFFENDE
DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING
(K.B. van 29 november 2002)**

Effectieve leden :

1° in de hoedanigheid van geneesheer :

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

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

- Dhr. Jules Messinne (F) – Président
- Dhr. Herman Nys (N)
- Dhr. Roger Lallemand (F)
- Mevr. Jacqueline Dalcq-Depoorter (F)

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

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

4. Ontvangen werken >>

Membres suppléants :

1° 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° 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° 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)

Plaatsvervangende leden :

1° 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° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat :

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

3° 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
(A.R. du 29 novembre 2002)**

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

4. Ouvrages reçus

**SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER
VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE BELAST
MET DE EVALUATIE VAN DE WET VAN 3 APRIL 1990
BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING
(K.B. van 29 november 2002)**

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOTA'S

[illegible]

[illegible]

[illegible]

