

**Sénat et Chambre
des représentants
de Belgique**

SESSION DE 1999-2000(*)

31 AOÛT 2000

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 1998 - 31 décembre 1999)

(*) Tweede zitting van de 50e zittingsperiode.

**Belgische Senaat
en Kamer van
volksvertegenwoordigers**

ZITTING 1999-2000(*)

31 AUGUSTUS 2000

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 1998 - 31 december 1999)

(*) Deuxième session de la 50^e législature.

SOMMAIRE

INHOUD

	Pages
AVANT-PROPOS	5
1. RAPPORT STATISTIQUE	7
1. Description	7
A. Données socio-démographiques	7
1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	7
2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil	10
3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde	11
4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	12
4.1. Données générales	12
4.2. Les femmes domiciliées à l'étranger: division par continent	13
5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse	13
B. Données psycho-sociales	14
6. Situations de détresse invoquées	14
6.1. Cas pour lesquels une seule situation de détresse a été invoquée	14
6.2. Fréquence de mention de chaque situation de détresse	15
C. Données médicales	16
7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	16
8. Causes d'échec de la contraception	17
D. Aspects médico-techniques du traitement	18
9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	18
10. Anesthésie	18
11. Durée d'hospitalisation	19
12. Complications	19
2. Tabulations croisées	20
1. Situation de détresse	20
1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (catégorie C)	20
1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (catégorie B)	20
1.3. Âge et situation de détresse	21
1.4. Situation de détresse et état civil	22
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants	23
2. Méthode de contraception	24
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	24

	Blz.
VOORWOORD	5
1. STATISTISCH VERSLAG	7
1. Beschrijving	7
A. Sociaal-demografische gegevens	7
1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw	7
2. De zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat	10
3. De zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht	11
4. De zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw	12
4.1. Algemene gegevens	12
4.2. De vreemdelingen: indeling per werelddeel	13
5. Instellingen waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd	13
B. Psycho-sociale gegevens	14
6. Ingeroepen noodsituaties	14
6.1. Registratie van één enkele noodsituatie	14
6.2. Meldfrequentie van elke noodsituatie	15
C. Medische gegevens	16
7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand	16
8. Oorzaak falen	17
D. Medisch-technische aspecten van de behandeling	18
9. Methode van zwangerschapsafbreking	18
10. Verdoving	18
11. Opnameduur	19
12. Verwikkelingen	19
2. Gekruiste tabellen	20
1. Noodsituatie	20
1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (categorie C)	20
1.2. Woonplaats van de vrouw en het invoeren van persoonlijke redenen (categorie B)	20
1.3. Leeftijd en noodsituatie	21
1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat	22
1.5. Noodsituatie en aantal kinderen	23
2. Voorbehoedmiddelen	24
2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën	24

2.2. Méthode de contraception et état civil	27	2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat	27
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants	28	2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen	28
3. Méthode d'interruption de grossesse	30	3. Methode van zwangerschapsafbreking	30
3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications	30	3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwickelingen	30
3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie	30	3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving	30
3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge	31	3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën	31
3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	32	3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur	32
4. Durée d'hospitalisation	32	4. Opnameduur	32
4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	32	4.1. Opnameduur en verdoving	32
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	33	4.2. Opnameduur en verwickelingen	33
5. Hôpital ou centre	33	5. Ziekenhuis of centrum	33
5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	33	5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw	33
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	34	5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën	34
5.3. Hôpital ou centre et complications	35	5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen	35
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	36	5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur	36
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	36	5.5. Ziekenhuis of centrum et méthode van zwangerschapsafbreking	36
5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie	37	5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving	37
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	37	5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken	37
Annexe 1: Remarques concernant la sous-rubrique « autre » (réponse) du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	38	Bijlage 1: Toelichting bij de sub-rubriek « andere » in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking	38
Annexe 2: Les interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines	40	Bijlage 2: Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken	40
2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	41	2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG	41
Introduction	41	Inleiding	41
1. Institutions néerlandophones	42	1. Nederlandstalige instellingen	42
Tableau — Centres néerlandophones	42	Tabel — Nederlandstalige centra	42
Tableau — Hôpitaux néerlandophones	42	Tabel — Nederlandstalige ziekenhuizen	42
2. Institutions francophones	43	2. Franstalige instellingen	43
Tableau — Centres francophones	43	Tabel — Franstalige centra	43
Tableau — Hôpitaux francophones	43	Tabel — Franstalige ziekenhuizen	43

3. Aperçu général	43	3. Overzicht	43
Tableau — Centres	43	Tabel — Centra	43
Tableau — Hôpitaux	—	Tabel — Ziekenhuizen	—
3. RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	44	3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN	44
Rapports annuels des services d'information néerlandophones	44	Analyse van de jaarverslagen van de Nederlands- talige voorlichtingsdiensten	44
A. Centres	44	A. Centra	44
1. Composition et fonctionnement	44	1. Samenstelling en werking van de dienst	44
2. Méthodes d'accueil et d'assistance appli- quées	44	2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	44
3. Cas d'accueil et d'assistance qui méritent d'être signalés	45	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	45
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	46	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	46
B. Hôpitaux	47	B. Ziekenhuizen	47
1. Composition et fonctionnement	47	1. Samenstelling en werking	47
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	47	2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	47
3. Cas d'accueil et d'assistance qui méritent d'être signalés	47	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient te worden gewezen	47
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	48	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	48
Rapports annuels des services d'information fran- cophones	48	Analyse van de jaarverslagen van de Franstalige voorlichtingsdiensten	48
A. Centres extrahospitaliers	48	A. Centra	48
1. Définition et composition	48	1. Definitie en samenstelling	48
2. Fonctionnement du service	49	2. Werking van de dienst	49
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	52	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	52
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	52	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	52
B. Hôpitaux et cliniques	52	B. Ziekenhuizen en klinieken	52
1. Composition	52	1. Samenstelling	52
2. Fonctionnement du service	53	2. Werking van de dienst	53
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	54	3. Gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden	54
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	54	4. Voorstellen om de preventie inzake onge- wenste zwangerschappen te verbeteren	54
4. OUVRAGES REÇUS	56	4. ONTVANGEN WERKEN	56
I. Rapports	56	I. Rapporten	56
II. Articles généraux et travaux	57	II. Algemene artikelen en werken	57
CONCLUSIONS	61	BESLUITEN	61

AVANT-PROPOS

Le Parlement voudra bien trouver ici le rapport de la commission nationale d'Évaluation créée par la loi du 13 août 1990 et chargée de l'évaluation de l'application des dispositions concernant l'interruption volontaire de grossesse, couvrant maintenant les années 1998 et 1999.

La commission a le profond regret de devoir faire part du décès de l'un de ses membres les plus actifs et efficients: le docteur R. Clara, décédé le 19 août de cette année.

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

En application de la loi, la commission présente maintenant son rapport portant sur les enregistrements effectués au cours des années 1998 et 1999. Certains tableaux montrent une évolution portant sur les quatre dernières années. Le lecteur voudra donc bien se référer aux précédents rapports s'il veut suivre l'évolution depuis l'année 1993.

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

Ce rapport, tout comme les précédents, se subdivise en trois parties:

La première partie traite du rapport statistique. Et tout comme précédemment, cette partie a été réalisée grâce à la collaboration active du Dr. J.P. Dercq, conseiller général auprès du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Le rapport statistique comprend deux sections: la première présente les données dites «brutes» socio-démographiques, psychosociales et médicales. La seconde section établit des corrélations fines entre ces données brutes.

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

La troisième partie fournit une analyse des données que les services d'information francophones et néerlandophones ont transmis à la commission dans leurs rapports annuels.

La commission est pleinement consciente de la difficulté que représente la formulation de recom-

VOORWOORD

Het Parlement gelieve hierbij het verslag te vinden van de Nationale Evaluatiecommissie opgericht bij wet van 13 augustus 1990 en belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen betreffende de zwangerschapsafbreking, en zulks over de jaren 1998 en 1999.

De commissie betreurt het overlijden van een van haar meest actieve en efficiënte leden: Prof. Dr. R. Clara, overleden op 19 augustus van dit jaar.

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 en in augustus 1996 werden de verslagen over de registratie respectievelijk van de jaren 1993 en 1994-1995 voorgesteld. In augustus 1998 volgde het verslag over de registratie tijdens de jaren 1996 en 1997.

In toepassing van de wet, dient de commissie thans haar verslag in over de registratie tijdens de jaren 1998-1999. Bepaalde tabellen tonen de evolutie gedurende de laatste vier jaar. Voor het overige gelieve de lezer, indien hij de evolutie vanaf 1993 wenst te kennen, de vroegere rapporten te raadplegen.

Opnieuw wenst de commissie er aan te herinneren dat zij slechts kan beschikken over de inlichtingen die ze krachtens de wet aan de betrokken artsen en instellingen voor gezondheidszorg mag vragen.

Zoals het vorige, bevat ook dit verslag drie delen:

Het eerste is het statistisch verslag. Zoals ook vroeger het geval was, kwam het tot stand dankzij de actieve samenwerking met Dr. Dercq, adviseur-generaal bij het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Het statistisch 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 vergaande 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 toegestuurd.

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

De commissie geeft er zich rekenschap van dat het uiterst moeilijk is aanbevelingen te doen met het oog

mandations qui pourraient aboutir à des initiatives législatives éventuelles ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer l'accompagnement et le suivi des femmes en état de détresse.

À la fin de ce rapport, elle se permettra néanmoins d'attirer l'attention du Parlement sur certaines constatations à propos desquelles des suggestions précises peuvent être avancées.

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

op eventuele wetgevende initiatieven of andere maatregelen die kunnen leiden tot het verminderen van het aantal zwangerschapsafbrekingen en tot het verbeteren van de begeleiding en de opvang van vrouwen die zich in een noodtoestand bevinden.

Toch zal de commissie het zich veroorloven om, op het einde van dit verslag, de aandacht van het Parlement te vestigen op enkele vaststellingen, die kunnen leiden tot specifieke aanbevelingen.

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

1. RAPPORT STATISTIQUE**REMARQUES PRÉLIMINAIRES**

La rubrique « pas de réponse », mentionnée dans les tableaux, signifie que le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse transmis par le médecin, ne contient pas de réponse à la dite rubrique.

La rubrique « autres » mentionnée dans les tableaux afférents aux situations de détresse invoquées, aux méthodes contraceptives, aux méthodes d'interruption de grossesse, aux méthodes d'anesthésie ainsi qu'aux complications a fait l'objet de remarques détaillées qui se trouvent en annexe 1.

Les informations complémentaires sur les cas d'interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines sont données en annexe 2.

1. DESCRIPTION**A. Données socio-démographiques****1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme****1. STATISTISCH VERSLAG****VOORAFGAANDE OPMERKINGEN**

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

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

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

1. BESCHRIJVING**A. Sociaal-demografische gegevens****1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw**

Âge Leeftijd	Nombre. — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
12	1	1	0,01	0,01
13	10	4	0,08	0,03
14	47	28	0,39	0,22
15	145	144	1,21	1,13
16	267	301	2,23	2,36
17	416	417	3,47	3,27
18	457	511	3,81	4,01
19	496	616	4,13	4,84
20	637	629	5,31	4,94
21	550	607	4,58	4,77
22	586	668	4,88	5,25
23	535	594	4,46	4,66
24	546	620	4,55	4,87
25	588	568	4,90	4,46
26	579	600	4,83	4,71
27	564	575	4,70	4,52
28	536	544	4,47	4,27
29	483	574	4,03	4,51
30	506	566	4,22	4,44
31	459	453	3,83	3,56
32	483	509	4,03	4,00
33	467	431	3,89	3,38

Âge Leef tijd	Nombre. — <i>Aantal</i>		%	
	1998	1999	1998	1999
34	409	428	3,41	3,36
35	398	445	3,32	3,49
36	356	392	2,97	3,08
37	312	321	2,60	2,52
38	295	299	2,46	2,35
39	240	258	2,00	2,03
40	205	198	1,71	1,55
41	154	147	1,28	1,15
42	117	120	0,98	0,94
43	72	74	0,60	0,58
44	36	37	0,30	0,29
45	27	27	0,23	0,21
46	12	20	0,10	0,16
47	3	5	0,03	0,04
48	1	1	0,01	0,01
49	1	1	0,01	0,01
50	2	1	0,02	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	11 998	12 734	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	0		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Âge moyen 1998 : 27,32.

Âge moyen 1999 : 27,24.

Gemiddelde leeftijd in 1998 : 27,32.

Gemiddelde leeftijd in 1999 : 27,24.

	Nombre — <i>Aantal</i>		%	
	1998	1999	1998	1999
10-14	58	33	0,48	0,26
15-19	1 781	1 989	14,84	15,62
20-24	2 854	3 118	23,79	24,49
25-29	2 750	2 861	22,92	22,47
30-34	2 324	2 387	19,37	18,75
35-39	1 601	1 715	13,34	13,47
40-44	584	576	4,87	4,52
45-49	44	54	0,37	0,42
50-54	2	1	0,02	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	11 998	12 734	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	0		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Totaux généraux des sept dernières années :

1993: 10 380
1994: 10 737
1995: 11 243
1996: 12 628
1997: 12 266
1998: 11 999
1999: 12 374

Algemeen totaal van de zeven laatste jaren :

1993: 10 380
1994: 10 737
1995: 11 243
1996: 12 628
1997: 12 266
1998: 11 999
1999: 12 374

Catégories d'âges — *Leeftijdscategorieën*

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

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

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

En 1998: 1 567 dont 1 088 ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

En 1999: 1 557 dont 949 ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

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

In 1998: 1 567 waarvan 1 088 werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

In 1999: 1 557 waarvan 949 werden uitgevoerd in de grensklinieken van Eindhoven, Goes en Maastricht.

Évolution sur les quatre dernières années :

Sans vouloir en tirer des conclusions prématurées, voici un aperçu de l'évolution de ces quatre dernières années :

1^o nombre d'enregistrements d'interruption de grossesse enregistrés par la Commission d'évaluation;

2^o nombre d'interruptions de grossesse pratiquées sur des femmes domiciliées à l'étranger;

3^o nombre d'interruptions de grossesse pratiquées sur des femmes belges aux Pays-Bas;

4^o nombre d'enregistrements communiqués tardivement.

Evolutie van de laatste vier jaren :

Zonder dat hieruit voorbarige besluiten mogen getrokken worden, volgt hier een eerste overzicht van de evolutie van de laatste vier jaren :

1^o door de Commissie geregistreerde zwangerschapsafbrekingen;

2^o zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in het buitenland;

3^o zwangerschapsafbrekingen in Nederland uitgevoerd op Belgische (en Luxemburgse) vrouwen;

4^o laattijdig ingestuurde aangiften.

	1996	1997	1998	1999
1 ^o	12 628	12 266	11 999	12 734
2 ^o	– 275	– 253	– 240	– 354
3 ^o	2 019	1 813	1 567	1 557
4 ^o	161	31	256	—
Total. — <i>Totaal</i>	14 533	13 857	13 582	13 937

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

2. Dezwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat

État civil <i>Burgerlijke staat</i>	Nombre. — <i>Aantal</i>		%	
	1998	1999	1998	1999
Célibataire. — <i>Ongehuwd</i>	6 978	7 677	58,18	60,30
Mariée. — <i>Gehuwd</i>	3 842	3 912	32,04	30,73
Divorcée. — <i>Gescheiden</i>	1 092	1 056	9,11	8,29
Veuve. — <i>Weduwe</i>	81	86	0,68	0,68
Total. — <i>Totaal</i>	11 993	12 731	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	6	3		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

État civil — *Burgerlijke staat*

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

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

Les données officielles de l'état civil (célibataire, mariée, divorcée, veuve) ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes.

De officiële gegevens van de burgerlijke staat (on-gehuwd, gehuwd, gescheiden, weduwe) laten niet toe zich een idee te vormen over de feitelijke leefsituatie van de patiënten.

3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde**3. De zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht**

Enfants — Kinderen	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
0	5 697	6 180	47,49	48,53
1	2 577	2 662	21,48	20,90
2	2 231	2 323	18,60	18,24
3	978	1 073	8,15	8,43
4	330	336	2,75	2,64
5	117	94	0,98	0,74
6	39	34	0,33	0,27
7	18	21	0,15	0,16
8	2	4	0,02	0,03
9	3	0	0,03	0,00
10	2	5	0,02	0,04
11	1	0	0,01	0,00
12	1	1	0,01	0,01
13	0	1	—	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	11 996	12 734	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	3	0		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

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

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

4.1. Données générales

4. De zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

4.1. Algemene gegevens

Domicile — Woonplaats	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Anvers. — Antwerpen	1 781	1 846	14,85	14,50
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	1 023	1 047	8,53	8,22
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	1 336	1 379	11,14	10,83
Hainaut. — Henegouwen	1 678	1 788	13,99	14,04
Liège. — Luik	1 423	1 396	11,87	10,96
Limbourg. — Limburg	551	605	4,59	4,75
Luxembourg. — Luxemburg	216	219	1,80	1,72
Namur. — Namen	440	481	3,67	3,78
Brabant wallon. — Vlaams-Brabant	686	625	5,72	4,91
Brabant wallon. — Waals-Brabant	364	376	3,04	2,95
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	2 243	2 606	18,70	20,47
À l'étranger. — Buitenland	252	365	2,10	2,87
Total. — Totaal	11 993	12 733	100,00	100,00
Pas de réponse. — Geen antwoord	6	1		
Total général. — Algemeen totaal	11 999	12 734		

IVG selon le domicile de la femme

Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

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

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

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

4.2. De vreemdelingen: indeling per werelddeel

Origine — Afkoms	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Europe UE. — <i>Europa EG</i>	131	215	56,96	62,68
Europe hors UE. — <i>Europa excl. EG</i>	39	31	16,96	9,04
Afrique. — <i>Afrika</i>	28	51	12,17	14,87
Amérique. — <i>Amerika</i>	20	33	8,70	9,62
Asie. — <i>Azië</i>	12	11	5,22	3,21
Océanie. — <i>Oceanië</i>	0	2	—	0,58
Total. — <i>Totaal</i>	230	343	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	22	22		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	252	365		

Les femmes pour lesquelles le pays du domicile est inconnu ne sont pas mentionnées.

De vrouwen van wie het land waarin ze verblijven niet gekend is, zijn niet vermeld.

Domicile à l'étranger
Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland

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

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

5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse

5. Instellingen waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd

Type — Type	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — <i>Ziekenhuis</i>	2 984	3 491	24,87	27,42
Centre. — <i>Centrum</i>	9 014	9 242	75,13	72,58
Total. — <i>Totaal</i>	11 998	12 733	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	1	1		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

B. Données psycho-sociales

6. Situations de détresse invoquées

24 situations de détresse sont proposées dans le questionnaire; le nombre de combinaisons de situations de détresse est très élevé. C'est pourquoi les situations de détresse ont été groupées en 7 catégories:

- A: Santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître
- B: Raisons personnelles
- C: Raisons financières ou matérielles
- D: Problèmes du couple ou de la famille
- E: Grossesse suite à un viol ou un inceste
- F: Réfugiée politique
- G: Autres

6.1. Cas pour lesquels une seule situation de détresse a été invoquée

B. Psycho-sociale gegevens

6. Ingeroepen noodsituaties

Een lijst met 24 noodsituaties is opgenomen in het registratiedocument. Het aantal combinaties van noodsituaties ligt zeer hoog. Daarom werden de noodsituaties in 7 categorieën ondergebracht:

- A: Lichamelijke of geestelijke gezondheid van moeder of kind dat zal worden geboren
- B: Persoonlijke redenen
- C: Financiële en materiële redenen
- D: Relatiele of familiale redenen
- E: Zwangerschap na verkrachting of incest
- F: Politiek vluchteling
- G: Andere redenen

6.1. Registratie van één enkele noodsituatie

Situation — Situatie	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
A	344	262	4,85	4,91
B	4 171	3 033	58,77	56,86
C	583	303	8,21	5,68
D	1 582	1 372	22,29	25,72
E	41	34	0,58	0,64
F	144	178	2,03	3,34
G	232	152	3,27	2,85
Total. — Totaal	7 097	5 334	100,00	100,00

Situations de détresse (une seule situation cochée) Noodsituaties (slechts één van de noodsituaties werd aangestipt)

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

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

6.2. *Fréquence de mention de chaque situation de détresse**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

6.2. *Meldfrequentie van elke noodsituatie**Lijst van noodsituaties:*

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

Liste <i>Lijst</i>	Nombre. — <i>Aantal</i>		%	
	1998	1999	1998	1999
A.00	379	350	1,83	1,59
A.01	182	209	0,88	0,95
A.02	199	209	0,96	0,95
B.13	2 383	2 551	11,50	11,59
B.14	708	691	3,42	3,14
B.15	1 753	1 929	8,46	8,76
B.16	947	1 010	4,57	4,59
B.17	2 457	2 679	11,86	12,17
B.18	2 333	2 405	11,26	10,93
C.20	2 093	2 135	10,10	9,70
C.21	1 177	1 130	5,68	5,13
C.22	335	314	1,62	1,43
D.30	920	1 063	4,44	4,83
D.31	607	586	2,93	2,66
D.32	481	531	2,32	2,41
D.33	802	942	3,87	4,28
D.34	473	506	2,28	2,30
D.35	839	938	4,05	4,26
D.36	281	281	1,36	1,28
D.37	179	124	0,86	0,56
E.40	52	49	0,25	0,22
E.41	7	0	0,03	—
F.50	246	373	1,19	1,69
G.99	887	1 004	4,28	4,56
Total. — <i>Totaal</i>	20 720	22 009	100,00	100,00

C. Données médicales

C. Medische gegevens

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

7. Demeestgebruikte voorbehoedmiddel gedurende de laatste maand

Méthode Methode	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	4 774	5 208	39,84	40,91
Coït interrompu. — <i>Coït interruptus</i>	789	747	6,58	5,87
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	831	979	6,94	7,69
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	24	6	0,20	0,05
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	14	11	0,12	0,09
Préservatif. — <i>Condoom</i>	2 057	2 048	17,17	16,09
Pilule. — <i>Pil</i>	3 153	3 405	26,31	26,75
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	45	25	0,38	0,20
DIU. — <i>IUD</i>	175	164	1,46	1,29
Stérilisation homme. — <i>Sterilisatie man</i>	31	32	0,26	0,25
Stérilisation femme. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	19	23	0,16	0,18
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	1	—	0,01
Pilule du lendemain. — <i>Morning after’pil</i>	35	46	0,29	0,36
Implant. — <i>Implant</i>	0	2	—	0,02
Autres. — <i>Andere</i>	35	32	0,29	0,25
Total. — <i>Totaal</i>	11 982	12 729	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	17	5		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Moyen de contraception (quatre années) — Voorbehoedmiddel

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

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

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

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

En outre, la Commission ne possède aucun renseignement concernant la fréquence de l'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.

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

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

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

8. Causes d'échec de la contraception**8. Oorzaak falen**

Cause — Oorzaak	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Pas de contraception. — <i>Geen meer toegepast</i>	5 348	5 760	45,36	45,43
Utilisation incorrecte. — <i>Niet correct toegepast</i> . . .	3 706	3 996	31,43	31,51
Inefficacité. — <i>Gefaald</i>	2 021	2 162	17,14	17,05
Ne sait pas. — <i>Weet niet</i>	715	762	6,06	6,01
Total. — <i>Totaal</i>	11 790	12 680	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	209	54		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Causes d'échec — Oorzaak falen

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

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

**D. Aspects médico-techniques
du traitement**

**C. Medisch-technische aspecten
van de behandeling**

9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse

9. Methode van zwangerschapsafbreking

Méthode Methode	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Aspiration. — <i>Vacuümaspiratie</i>	10 275	10 788	85,68	84,74
Curetage. — <i>Curettage</i>	1 581	1 859	13,18	14,60
Prostaglandine. — <i>Prostaglandine</i>	118	76	0,98	0,68
Autres. — <i>Andere</i>	18	8	0,15	0,06
Total. — <i>Totaal</i>	11 992	12 731	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	7	3		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Méthode IVG — Methode van zwangerschapsafbreking

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

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

10. Anesthésie

10. Verdoving

Méthode Methode	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	72	80	0,60	0,63
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	10 246	10 548	85,43	82,84
Narcose. — <i>Narcose</i>	1 593	2 027	13,28	15,92
Autres. — <i>Andere</i>	83	78	0,69	0,61
Total. — <i>Totaal</i>	11 994	12 733	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	5	1		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

Anesthésie — Verdoving

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

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

11. Durée d'hospitalisation**11. Opnameduur**

Type Type	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	10 486	11 177	87,42	87,77
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 176	1 235	9,80	9,70
Plus que 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	333	322	2,78	2,53
Total. — <i>Totaal</i>	11 995	12 734	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	4	0		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

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

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

Hospitalisation — Opnameduur**12. Complications****12. Verwikkelingen**

Type Type	Nombre — Aantal		%	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	11 893	12 643	99,21	99,39
Perte de sang > 500 ml. — <i>Bloedverlies > 500 ml</i>	38	31	0,32	0,24
Perforation. — <i>Perforatie</i>	17	14	0,14	0,11
Déchirure. — <i>Cervixscheur</i>	15	12	0,13	0,09
Autres. — <i>Andere</i>	25	21	0,21	0,17
Total. — <i>Totaal</i>	11 988	12 721	100,00	100,00
Pas de réponse. — <i>Geen antwoord</i>	11	13		
Total général. — <i>Algemeen totaal</i>	11 999	12 734		

2. TABULATIONS CROISÉES

1. Situation de détresse

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

Domicile. — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec C — Met C		% avec C — % met C	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Anvers. — Antwerpen	1 781	1 846	273	319	15,33	17,28
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	1 023	1 047	271	207	26,49	19,77
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	1 336	1 379	171	198	12,80	14,36
Hainaut. — Henegouwen	1 678	1 788	671	644	39,99	36,02
Liège. — Luik	1 423	1 396	396	325	27,83	23,28
Limbourg. — Limburg	551	605	19	28	3,45	4,63
Luxembourg. — Luxemburg	216	219	57	55	26,39	25,11
Namur. — Namen	440	481	134	146	30,45	30,35
Brabant wallon. — Vlaams-Brabant	686	625	114	100	16,62	16,00
Brabant wallon. — Waals-Brabant	364	376	96	110	26,37	29,26
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	2 243	2 606	672	841	29,96	32,27
À l'étranger. — Buitenland	252	365	92	95	36,51	26,03
Total. — Totaal	11 993	12 733	2 966	3 068	24,73	24,09

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

Domicile. — Woonplaats	Nombre d'IVG — Aantal abortussen		Avec B — Met B		% avec B — % met B	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Anvers. — Antwerpen	1 781	1 846	1 165	1 230	65,41	66,63
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	1 023	1 047	787	791	76,93	75,55
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	1 336	1 379	950	946	71,11	68,60
Hainaut. — Henegouwen	1 678	1 788	1 182	1 219	70,44	68,18
Liège. — Luik	1 423	1 396	1 052	1 037	73,93	74,28
Limbourg. — Limburg	551	605	417	472	75,68	78,02
Luxembourg. — Luxemburg	216	219	156	161	72,22	73,52
Namur. — Namen	440	481	283	335	64,32	69,65
Brabant flamand. — Vlaams-Brabant	686	625	511	458	74,49	73,28
Brabant wallon. — Waals-Brabant	364	376	246	257	67,58	68,35
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	2 243	2 606	1 411	1 709	62,91	65,58
À l'étranger. — Buitenland	252	365	161	255	63,89	69,86
Total. — Totaal	11 993	12 733	8 321	8 870	69,38	69,66

Ces deux tableaux reprennent donc l'origine des patientes qui ont invoqué au moins une raison matérielle ou une raison personnelle parmi les trois possibilités de réponse (les patientes peuvent invoquer plus d'une situation de détresse).

2. GEKRUISTE TABELLEN

1. Noodsituatie

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

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

Deze twee tabellen vermelden dus de woonplaats van de patiënten die ten minste één materiële of één persoonlijke reden hebben ingeroepen. (Patiënten kunnen meer dan één reden inroepen).

1.3. Leeftijd en noodsituatie

1.3.1. Aantal

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Santé. — <i>Gezondheid</i> . . .	193	209	157	159	45	46	6	2	0	0
Situation de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	1 548	1 599	1 404	1 530	694	698	52	64	3	2
Situation de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i> . .	680	662	377	363	78	70	4	2	0	0
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	924	1 004	519	569	143	136	7	12	0	1
Viol-inceste. — <i>Verkrachting-incest</i>	12	8	10	6	2	2	0	0	0	0
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	44	71	22	44	4	7	1	0	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	231	271	165	202	65	53	6	11	0	0
Totaal. — <i>Totaal</i>	3 632	3 824	2 654	2 873	1 031	1 012	76	91	3	3

1.3.2. Percentage

[illegible]

[illegible]

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat

1.4.1. Nombre

1.4.1. Aantal

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	Célibataire — <i>Ongehuwd</i>		Mariée — <i>Gehuwd</i>		Divorcée — <i>Gescheiden</i>		Veuve — <i>Weduwe</i>	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Santé. — <i>Gezondheid</i>	321	326	359	361	74	71	6	9
Situation de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	6 553	7 193	3 269	3 262	689	707	65	75
Situation de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	2 188	2 245	1 099	1 047	299	271	20	14
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	2 856	3 236	990	1 067	692	671	43	28
Viol-inceste. — <i>Verkrachting-incest</i>	33	40	15	9	10	5	1	2
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	141	238	87	157	12	11	6	11
Autres. — <i>Andere</i>	521	606	358	415	132	131	9	15
Total. — <i>Totaal</i>	12 613	13 884	6 177	6 318	1 908	1 867	150	154

1.4.2. Pourcentage

1.4.2. Percentage

[illegible]

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Nombre

1.5.1. Aantal

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	0		1		2		3	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Santé. — <i>Gezondheid</i>	195	205	234	217	190	218	81	84
Situation de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	5 526	6 010	1 744	1 795	1 886	1 947	927	1 002
Situation de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	1 562	1 588	963	936	658	667	281	271
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i>	2 372	2 706	1 220	1 237	654	716	233	264
Viol-inceste. — <i>Verkrachting-incest</i>	27	33	15	8	9	10	5	2
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	104	183	58	91	53	78	16	42
Autres. — <i>Andere</i>	476	533	201	244	220	238	86	104
Total. — <i>Totaal</i>	10 262	11 258	4 435	4 528	3 670	3 874	1 629	1 769

Situation de détresse — <i>Noodsituatie</i>	4		5		> 5	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Santé. — <i>Gezondheid</i>	43	36	13	4	3	4
Situation de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsituatie</i>	317	345	112	91	46	79
Situation de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	88	85	38	18	5	14
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	71	54	25	15	5	11
Viol-inceste. — <i>Verkrachting-incest</i>	0	1	1	1	1	5
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	12	14	2	6	0	4
Autres. — <i>Andere</i>	24	27	5	14	7	7
Totaal. — <i>Totaal</i>	555	562	196	149	67	124

1.5.2. Pourcentage

1.5.2. Percentage

[illegible]

Situation de détresse <i>Noodsituatie</i>	4		5		> 5	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Santé. — <i>Gezondheid</i>	7,75	6,41	6,63	2,68	4,48	3,23
Situation de détresse personnelle. — <i>Persoonlijke noodsi-</i> <i>tuatie</i>	57,12	61,39	57,14	61,07	68,66	63,71
Situation de détresse matérielle. — <i>Materiële noodsituatie</i>	15,86	15,12	19,39	12,08	7,46	11,29
Problèmes relationnels. — <i>Relationele problemen</i> . . .	12,79	9,61	12,76	10,07	7,46	8,87
Viol-inceste. — <i>Verkrachting-incest</i>	0,00	0,18	0,51	0,67	1,49	4,03
Réfugiée politique. — <i>Politiek vluchteling</i>	2,16	2,49	1,02	4,03	0,00	3,23
Autres. — <i>Andere</i>	4,32	4,80	2,55	9,40	10,45	5,65
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2. Méthode de contraception

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre

2. Voorbehoedmiddelen

2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën

2.1.1. Aantal

Méthode — <i>Methode</i>	10-14		15-19		20-24		25-29	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	33	16	764	913	1 142	1 262	1 071	1 195
Coït interrompu. — <i>Coïtus interruptus</i>	4	4	73	93	157	145	177	161
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i> . . .	0	1	75	84	149	169	150	177
Spermicides. — <i>Spermicide</i>	0	0	0	1	3	0	7	2
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0	0	1	2	1	1	2	3
Préservatif. — <i>Condoom</i>	15	9	485	462	497	543	400	374
Pilule. — <i>Pil</i>	6	3	367	416	850	953	860	877
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	0	0	7	2	11	5	10	8
DIU. — <i>IUD</i>	0	0	4	4	22	16	44	37
Stérilisation masculine. — <i>Sterilisatie man</i>	0	0	1	0	1	1	10	4
Stérilisation féminine. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0	0	0	0	1	0	2	2
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — <i>«Morning after» pil</i>	0	0	3	10	15	15	6	10
Implant	0	0	0	0	0	0	0	1
Autres. — <i>Andere</i>	0	0	1	1	5	8	6	8
Total. — <i>Totaal</i>	58	33	1 781	1 988	2 854	3 118	2 745	2 859

2.1.2. Percentage

[illegible]

[illegible]

2.2. Voorbehoedmiddel en burgerlijke staat

2.2.1. Aantal

[illegible]

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

2.3.1. Nombre

2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen

2.3.1. Aantal

Méthode Methode	0		1		2		3	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	2 340	2 662	1 043	1 083	834	853	343	402
Coït interrompu. — <i>Coitus interruptus</i>	328	294	170	160	165	188	83	77
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	345	388	156	199	193	220	102	123
Spermicide. — <i>Spermicide</i>	8	2	5	2	5	1	4	1
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	4	7	6	1	2	0	1	2
Préservatif. — <i>Condom</i>	1 278	1 276	312	312	293	297	120	114
Pilule. — <i>Pil</i>	1 301	1 463	801	816	624	675	279	309
Injection contraceptive. — <i>Prikkpil</i>	17	9	15	4	6	3	4	5
DIU. — <i>IUD</i>	30	28	40	48	74	57	23	21
Stérilisation masculine. — <i>Sterilisatie man</i>	6	2	7	10	11	12	5	8
Stérilisation féminine. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	2	1	3	6	7	6	5	7
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	0	0	0	0	1
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> » pil	21	34	5	5	6	5	2	1
Implant	0	0	0	1	0	1	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	11	12	10	15	8	2	5	2
Total. — <i>Totaal</i>	5 691	6 178	2 573	2 662	2 228	2 320	976	1 073

Méthode Methode	4		5		> 5	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	128	133	57	38	26	37
Coït interrompu. — <i>Coitus interruptus</i>	29	20	8	4	5	4
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	23	31	6	14	6	4
Spermicide. — <i>Spermicide</i>	2	0	0	0	0	0
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	1	1	0	0	0	0
Préservatif. — <i>Condom</i>	40	36	10	10	3	3
Pilule. — <i>Pil</i>	93	102	33	25	21	15
Injection contraceptive. — <i>Prikkpil</i>	1	2	2	1	0	1
DIU. — <i>IUD</i>	6	8	1	1	1	1
Stérilisation masculine. — <i>Sterilisatie man</i>	2	0	0	0	0	0
Stérilisation féminine. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	2	2	0	1	0	0
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	0	0	0	0	0	0
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> » pil	1	0	0	0	0	1
Implant	0	0	0	0	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	1	1	0	0	0	0
Total. — <i>Totaal</i>	329	336	117	94	62	66

2.3.2. Pourcentage

2.3.2. Percentage

Méthode Methode	0		1		2		3	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	41,12	43,09	40,54	40,68	37,43	36,77	35,14	37,47
Coït interrompu. — <i>Coitus interruptus</i>	5,76	4,76	6,61	6,01	7,41	8,10	8,50	7,18
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	6,06	6,28	6,06	7,48	8,66	9,48	10,45	11,46
Spermicide. — <i>Spermicide</i>	0,14	0,03	0,19	0,08	0,22	0,04	0,41	0,09
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0,07	0,11	0,23	0,04	0,09	—	0,10	0,19
Préservatif. — <i>Condoom</i>	22,46	20,65	12,13	11,72	13,15	12,80	12,30	10,62
Pilule. — <i>Pil</i>	22,86	23,68	31,13	30,65	28,01	29,09	28,59	28,80
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	0,30	0,15	0,58	0,15	0,27	0,13	0,41	0,47
DIU. — <i>IUD</i>	0,53	0,45	1,55	1,80	3,32	2,46	2,36	1,96
Stérilisation masculine. — <i>Sterilisatie man</i>	0,11	0,03	0,27	0,38	0,49	0,52	0,51	0,75
Stérilisation féminine. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,04	0,02	0,12	0,23	0,31	0,26	0,51	0,65
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	—	—	—	—	—	—	—	0,09
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> » pil	0,37	0,55	0,19	0,19	0,27	0,22	0,20	0,09
Implant	—	—	—	0,04	—	0,04	—	—
Autres. — <i>Andere</i>	0,19	0,19	0,39	0,56	0,36	0,09	0,51	0,19
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Méthode Methode	4		5		> 5	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	38,91	39,58	48,72	40,43	41,94	56,06
Coït interrompu. — <i>Coitus interruptus</i>	8,81	5,95	6,84	4,26	8,06	6,06
Abstinence périodique. — <i>Periodieke onthouding</i>	6,99	9,23	5,13	14,89	9,68	6,06
Spermicide. — <i>Spermicide</i>	0,61	—	—	—	—	—
Diaphragme. — <i>Pessarium</i>	0,30	0,30	—	—	—	—
Préservatif. — <i>Condoom</i>	12,16	10,71	8,55	10,64	4,84	4,55
Pilule. — <i>Pil</i>	28,27	30,36	28,21	26,60	33,87	22,73
Injection contraceptive. — <i>Prikpil</i>	0,30	0,60	1,71	1,06	—	1,52
DIU. — <i>IUD</i>	1,82	2,38	0,85	1,06	1,61	1,52
Stérilisation masculine. — <i>Sterilisatie man</i>	0,61	—	—	—	—	—
Stérilisation féminine. — <i>Sterilisatie vrouw</i>	0,61	0,60	—	1,06	—	—
Stérilisation des deux. — <i>Sterilisatie beiden</i>	—	—	—	—	—	—
Pilule du lendemain. — « <i>Morning after</i> » pil	0,30	—	—	—	—	1,52
Implant	—	—	—	—	—	—
Autres. — <i>Andere</i>	0,30	0,30	—	—	—	—
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. Méthode d'interruption de grossesse

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre

	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettage		Prostaglandine — Prostaglandine		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	10 208	10 719	1 548	1 842	116	73	18	6
Hémorragie. — <i>Bloedverlies</i>	25	23	12	5	1	1	0	2
Perforation. — <i>Perforatie</i>	8	10	9	3	0	1	0	0
Déchirure. — <i>Cervixscheur</i>	10	8	5	3	0	1	0	0
Autres. — <i>Andere</i>	17	16	7	5	1	0	0	0
Total. — <i>Totaal</i>	10 268	10 776	1 581	1 858	118	76	18	8

3.1.2. Pourcentage

	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettage		Prostaglandine — Prostaglandine		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	99,42	99,47	97,91	99,14	98,31	96,05	100,00	75,00
Hémorragie. — <i>Bloedverlies</i>	0,24	0,21	0,76	0,27	0,85	1,32	0,00	25,00
Perforation. — <i>Perforatie</i>	0,08	0,09	0,57	0,16	0,00	1,32	0,00	0,00
Déchirure. — <i>Cervixscheur</i>	0,10	0,07	0,32	0,16	0,00	1,32	0,00	0,00
Autres. — <i>Andere</i>	0,17	0,15	0,44	0,27	0,85	0,00	0,00	0,00
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie

3.2.1. Nombre

Anesthésie — Verdoving	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curettage		Prostaglandine — Prostaglandine		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	39	46	27	31	4	3	2	0
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	9 508	9 995	630	490	104	59	1	1
Narcose	663	683	919	1 325	8	12	3	7
Autres. — <i>Andere</i>	64	63	5	13	2	2	12	0
Total. — <i>Totaal</i>	10 274	10 787	1 581	1 859	118	76	18	8

3. Methode van zwangerschapsafbreking

3.1. Methode van zwangerschapsafbrekingenverwikkelingen

3.1.1. Aantal

3.1.2. Percentage

3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving

3.2.1. Aantal

[illegible]

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

3.4.1. Nombre

	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curetage		Prostaglandine — Prostaglandine		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	9 414	9 962	965	1 165	87	46	16	1
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	753	771	416	454	7	7	0	3
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	107	55	200	240	24	23	2	4
Total. — <i>Totaal</i>	10 274	10 788	1 581	1 859	118	76	18	8

3.4.2. Pourcentage

	Aspiration — Aspiratie		Curetage — Curetage		Prostaglandine — Prostaglandine		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	91,63	92,34	61,04	62,67	73,73	60,53	88,89	12,50
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	7,33	7,15	26,31	24,42	5,93	9,21	0,00	37,50
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	1,04	0,51	12,65	12,91	20,34	30,26	11,11	50,00
Total. — <i>Total</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. Durée d'hospitalisation

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre

	Aucune — Geen		Loco-régionale — Loco-regionaal		Narcose — Narcose		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	51	63	9 838	10 195	519	843	77	75
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	17	14	383	335	772	885	4	1
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	4	3	25	18	302	299	2	2
Total. — <i>Totaal</i>	72	80	10 246	10 548	1 593	2 027	83	78

4.1.2. Pourcentage

	Aucune — Geen		Loco-régionale — Loco-regionaal		Narcose — Narcose		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	70,83	78,75	96,02	96,65	32,58	41,59	92,77	96,15
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	23,61	17,50	3,74	3,18	48,46	43,66	4,82	1,28
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	5,56	3,75	0,24	0,17	18,96	14,75	2,41	2,56
Total. — <i>Totaal</i>	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

3.4.2. Percentage

4. Opnameduur

4.1. Opnameduur en verdoving

4.1.1. Aantal

4.1.2. Percentage

4.2. Durée d'hospitalisation et complications**4.2. Opnameduur en verwikkelingen****4.2.1. Nombre****4.2.1. Aantal**

	Aucune — Geen		Hémorragie — Bloedverlies		Perforation — Perforatie		Déchirure — Cervixscheur		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	10 434	11 126	16	13	6	8	8	6	14	11
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 142	1 214	16	8	7	5	5	4	6	4
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	316	303	6	10	4	1	2	2	5	6
Total. — <i>Totaal</i>	11 892	12 643	38	31	17	14	15	12	25	21

4.2.2. Pourcentage**4.2.2. Percentage**

	Aucune — Geen		Hémorragie — Bloedverlies		Perforation — Perforatie		Déchirure — Cervixscheur		Autres — Andere	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	87,74	88,00	42,11	41,94	35,29	57,14	53,33	50,00	56,00	52,38
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	9,60	9,60	42,11	25,81	41,18	35,71	33,33	33,33	24,00	19,05
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	2,66	2,40	15,79	32,26	23,53	7,14	13,33	16,67	20,00	28,57
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. Hôpital ou centre**5. Ziekenhuis of centrum****5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme****5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw****5.1.1. Nombre****5.1.1. Aantal**

Domicile — Woonplaats	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum		Nombre d'IVG — Aantal abortussen	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Anvers. — <i>Antwerpen</i>	68	58	1 712	1 788	1 781	1 846
Flandre occidentale. — <i>West-Vlaanderen</i>	29	22	994	1 025	1 023	1 047
Flandre orientale. — <i>Oost-Vlaanderen</i>	212	284	1 124	1 095	1 336	1 379
Hainaut. — <i>Henegouwen</i>	989	1 113	689	675	1 678	1 788
Liège. — <i>Luik</i>	625	555	798	841	1 423	1 396
Limbourg. — <i>Limburg</i>	7	7	544	597	551	605
Luxembourg. — <i>Luxemburg</i>	25	40	191	179	216	219
Namur. — <i>Namen</i>	113	86	327	395	440	481
Brabant flamand. — <i>Vlaams-Brabant</i>	166	200	520	425	686	625
Brabant wallon. — <i>Waals-Brabant</i>	108	166	256	210	364	376
Bruxelles-Capitale. — <i>Brussel-Hoofdstad</i>	610	918	1 633	1 688	2 243	2 606
À l'étranger. — <i>Buitenlanders</i>	31	42	221	323	252	365
Total. — <i>Totaal</i>	2 983	3 491	9 009	9 241	11 993	12 733

5.1.2. Pourcentage

5.1.2. Percentage

Domicile — Woonplaats	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Anvers. — Antwerpen	2,28	1,66	19,00	19,35
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	0,97	0,63	11,03	11,09
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	7,11	8,14	12,48	11,85
Hainaut. — Henegouwen	33,15	31,88	7,65	7,30
Liège. — Luik	20,95	15,90	8,86	9,10
Limbourg. — Limburg	0,23	0,20	6,04	6,46
Luxembourg. — Luxemburg	0,84	1,15	2,12	1,94
Namur. — Namen	3,79	2,46	3,63	4,27
Brabant flamand. — Vlaams-Brabant	5,56	5,73	5,77	4,60
Brabant wallon. — Waals-Brabant	3,62	4,76	2,84	2,27
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	20,45	26,30	18,13	18,27
À l'étranger. — Buitenlanders	1,04	1,20	2,45	3,50
Total. — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.1.3. Hôpital ou centre exprimé en % par rapport
au nombre d'IVG dans chaque province

5.1.3. Verdeling ziekenhuizen en centra naar de
woonplaats van de vrouw, uitgedrukt in percentage

Domicile — Woonplaats	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Anvers. — Antwerpen	3,82	3,14	96,13	96,86
Flandre occidentale. — West-Vlaanderen	2,83	2,10	97,17	97,90
Flandre orientale. — Oost-Vlaanderen	15,87	20,59	84,13	79,41
Hainaut. — Henegouwen	58,94	66,25	41,06	37,75
Liège. — Luik	43,92	39,76	56,08	60,24
Limbourg. — Limburg	1,27	1,32	98,73	98,68
Luxembourg. — Luxemburg	11,57	18,26	88,43	81,74
Namur. — Namen	25,68	17,88	74,32	82,12
Brabant flamand. — Vlaams Brabant	24,20	32,00	75,80	68,00
Brabant wallon. — Waals Brabant	29,67	44,15	70,33	55,85
Bruxelles-Capitale. — Brussel-Hoofdstad	27,20	35,23	72,80	64,77
À l'étranger. — Buitenlanders	12,30	11,51	87,70	88,49

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën

5.2.1. Nombre

5.2.1. Aantal

	10-14		15-19		20-24		25-29	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — Ziekenhuis	18	5	416	561	633	832	715	807
Centre. — Centrum	40	28	1 364	1 428	2 221	2 286	2 035	2 054
Total. — Totaal	58	33	1 780	1 989	2 854	3 118	2 750	2 861

	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — Ziekenhuis	594	613	422	489	172	170	14	14	0	0
Centre. — Centrum	1 728	1 773	1 178	1 226	412	406	30	40	2	1
Total. — Totaal	2 322	2 386	1 600	1 715	584	576	44	54	2	1

5.2.2. Pourcentage

5.2.2. Percentage

	10-14		15-19		20-24		25-29	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — Ziekenhuis	31,03	15,15	23,37	28,21	22,18	26,68	26,00	28,21
Centre. — Centrum	68,97	84,85	76,63	71,79	77,82	73,32	74,00	71,79
Total. — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — Ziekenhuis	25,58	25,69	26,38	28,51	29,45	29,51	31,82	25,93	0,00	0,00
Centre. — Centrum	74,42	74,31	73,63	71,49	70,55	70,49	68,18	74,07	100,00	100,00
Total. — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen

5.3.1. Nombre

5.3.1. Aantal

Complications Verwickelingen	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — Geen	2 924	3 437	8 969	9 205
Hémorragie. — Bloedverlies	20	19	18	12
Perforation. — Perforatie	14	10	3	4
Déchirure. — Scheur	8	8	7	4
Autres. — Andere	15	15	10	6
Total. — Totaal	2 981	3 489	9 007	9 231

5.3.2. Pourcentage

5.3.2. Percentage

Complications Verwickelingen	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — Geen	98,09	98,51	99,58	99,72
Hémorragie. — Bloedverlies	0,67	0,54	0,20	0,13
Perforation. — Perforatie	0,47	0,29	0,03	0,04
Déchirure. — Scheur	0,27	0,23	0,08	0,04
Autres. — Andere	0,50	0,43	0,11	0,06
Total. — Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre

Durée d'hospitalisation — Opnameduur	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	1 495	1 955	8 991	9 221
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	1 156	1 214	20	21
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	331	322	2	0
Total. — <i>Totaal</i>	2 982	3 491	9 013	9 242

5.4.2. Pourcentage

Durée d'hospitalisation — Opnameduur	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Ambulatoire. — <i>Ambulant</i>	50,13	56,00	99,76	99,77
24 heures ou moins. — <i>24 uur of minder</i>	38,77	34,78	0,22	0,23
Plus de 24 heures. — <i>Meer dan 24 uur</i>	11,10	9,22	0,02	0,00
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.5.1. Nombre

Méthode — Methode	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	1 806	1 904	8 469	8 883
Curetage. — <i>Curettage</i>	1 137	1 547	444	312
Prostaglandine	34	33	84	43
Autres. — <i>Andere</i>	4	7	14	1
Total. — <i>Totaal</i>	2 981	3 491	9 011	9 239

5.5.2. Pourcentage

Méthode — Methode	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aspiration. — <i>Aspiratie</i>	60,58	54,54	93,99	96,15
Curetage. — <i>Curettage</i>	38,14	44,31	4,93	3,38
Prostaglandine	1,14	0,95	0,93	0,47
Autres. — <i>Andere</i>	0,13	0,20	0,16	0,01
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

5.4.1. Aantal

5.4.2. Percentage

5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

5.5.1. Aantal

5.5.2. Percentage

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie**5.6. Ziekenhuis of centrum en verdooving****5.6.1. Nombre****5.6.1. Aantal**

Anesthésie — Verdooving	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	39	40	33	40
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	1 345	1 402	8 901	9 145
Narcose	1 580	2 012	13	15
Autres. — <i>Andere</i>	17	37	66	41
Total. — <i>Totaal</i>	2 981	3 491	9 013	9 241

5.6.2. Pourcentage**5.6.2. Percentage**

Anesthésie — Verdooving	Hôpital — Ziekenhuis		Centre — Centrum	
	1998	1999	1998	1999
Aucune. — <i>Geen</i>	1,31	1,15	0,37	0,43
Loco-régionale. — <i>Loco-regionaal</i>	45,12	40,16	98,76	98,96
Narcose	53,00	57,63	0,14	0,16
Autres. — <i>Andere</i>	0,57	1,06	0,73	0,44
Total. — <i>Totaal</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines**5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken**

	Danger pour la mère — <i>Gevaar voor de moeder</i>		Danger pour l'enfant — <i>Gevaar voor het kind</i>	
	1998	1999	1998	1999
Hôpital. — <i>Ziekenhuis</i>	8	5	24	29
Centre. — <i>Centrum</i>	0	0	0	0
Total. — <i>Totaal</i>	8	5	24	29

ANNEXE 1

Remarques concernant la sous-rubrique «autre» (réponse) du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse

N'ayant pas trouvé, dans le formulaire d'enregistrement, de proposition qui «colle» suffisamment avec leur situation, des femmes ont opté pour la sous-rubrique «99-autres», seule ou en combinaison avec d'autres réponses.

1. Les «autres» situations de détresse

On a plus souvent opté, en 1998 et 1999, pour la rubrique «99-autres»: dans 948 cas, c'est-à-dire 7,90% des cas en 1998 et dans 1 001 cas, c'est-à-dire 7,86% des cas en 1999.

En 1996, on recourait à cette rubrique dans 6,8% des cas et en 1997 dans 5,12% des cas.

Il est à noter que la sous-rubrique «99-autres» a été très utilisée pour insister sur le fait que la grossesse était absolument non désirée, qu'il n'y avait pas de désir d'enfant. Cela concernait en 1998 74,26% des «autres» réponses et en 1999 76,92%.

Les situations de détresse invoquées à la rubrique «autres» en 1998 et 1999 sont les suivantes:

- prostitution;
- problèmes de santé du partenaire;
- toxicomanie;
- souhait du partenaire;
- problèmes de santé psychique;
- enfants trop jeunes;
- relation adultère;
- problèmes médicaux d'autres enfants;
- partenaire violent;
- raisons culturelles ou religieuses;
- âge du partenaire (trop jeune ou trop âgé);
- HIV;
- partenaire détenu;
- pas de désir d'enfant en ce moment;
- période de deuil;
- mauvais traitement;
- pression sociale;
- homosexualité, relation occasionnelle;
- relation instable.

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

Cette rubrique a été moins utilisée que les autres années. En 1996, cette rubrique a été cochée 53 fois sur 12 609 dossiers (0,42% des cas). En 1997, elle a été cochée 39 fois sur 12 251 dossiers (0,32% des cas).

En 1998, elle a été cochée 33 fois sur 11 999 dossiers (0,28% des cas) et en 1999, 25 fois sur 12 734 dossiers (0,20% des cas).

Ces réponses sont les suivantes:

- allaitement maternel;

BIJLAGE 1

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

1. «Andere» noodsituaties

Bij het invullen van de registratiedocumenten werd opnieuw meer geopteerd voor de sub-rubriek «99-andere»: in 948 gevallen, dat wil zeggen 7,90% van de verzoeken in 1998 en in 1 001 gevallen, dat wil zeggen 7,86% van de verzoeken in 1999.

In 1996 betrof het 6,8% en in 1997 5,12% van de verzoeken.

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 1998 betrof het 74,26% van de «99-andere»-antwoorden. In 1999 76,92% van de «99-andere»-antwoorden.

Andere ingeroepen noodsituaties in 1998 en 1999 zijn onder meer:

- prostitutie;
- gezondheidsproblemen bij de partner;
- toxicomanie;
- wens van de partner;
- psychische gezondheidsproblemen;
- te jonge kinderen;
- overspelige relatie;
- medische problemen bij andere kinderen;
- gewelddadige partner;
- culturele of religieuze redenen;
- leeftijd partner (te jong of te oud);
- HIV;
- gedetineerde partner;
- geen kinderwens voor bepaalde leeftijd;
- rouwperiode;
- mishandeling;
- sociale druk;
- homoseksueel, occasionele relatie;
- onstabiele relatie.

2. »Andere» anticonceptiemethoden

Deze rubriek wordt minder gebruikt dan de vorige jaren. In 1996 werd deze rubriek 53 maal op 12 609 ingevuld, dit is 0,42% van het totaal. In 1997 ging het om 39 dossiers op 12 251, dit is 0,32%.

In 1998 werd de rubriek «andere» anticonceptiemethoden 33 maal op 11 999 ingevuld, dit is 0,28% van het totaal. In 1999 ging het om 25 dossiers op 12 734, dit is 0,20%.

Deze «andere» anticonceptiemethoden zijn onder meer:

- borstvoeding;

- injection vaginale;
- méthode Billings;
- longue période d'infécondité de l'homme et/ou de la femme;
- Ogino;
- contrôle de la fécondité par ordinateur (Anglais);
- méthode africaine;
- méthode de la température;

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

79 réponses sur un total de 11 999 (0,65 % des cas) ont été relevées en 1998. Dans 74 de ces cas, cette rubrique a été utilisée pour mentionner que de la prostaglandine avait été administrée simultanément à l'aspiration.

En 1999, cela représentait 7 réponses sur 12 734 (soit 0,054 % des cas).

4. *Les «autres» méthodes d'anesthésie*

En 1998, cette rubrique a fait l'objet de 41 réponses sur 11 999 (soit 0,34 % des cas). Dans 40 de ces cas, cette rubrique a été utilisée pour signaler qu'une intraveineuse de sédatif et de calmant avait été administrée.

En 1999, la rubrique a fait l'objet de 40 réponses sur un total de 12 734 (soit 0,31 %). Ici encore, l'intraveineuse de sédatif et de calmant a été signalée.

5. *Les «autres» complications*

En 1998, cette rubrique a été remplie dans 26 cas sur 11 999 cas (soit 0,22 % des cas).

En 1999, la rubrique a été cochée 25 fois sur un total de 12 734 dossiers (0,20 % des cas).

Ces réponses sont les suivantes :

- deuxième aspiration pour cause de rétention;
- pyrexie;
- crainte de perforation;
- choc vagal;
- laparoscopie;
- rétention;
- allergie xylocaïne;
- crise d'asthme;
- salpingite;
- endométrite;
- hyperventilation et tétanie;
- hypotension.

- vaginale spoeling;
- Billings-methode;
- lange periode van onvruchtbaarheid van man en/of vrouw;
- ogino;
- vruchtbaarheidscontrole door middel van computer;
- Afrikaanse methode;
- temperatuurmeting.

3. *«Andere» methode van zwangerschapsafbreking*

In 1998 werden 79 gevallen op 11 999 gemeld, dit is 0,66 %. In 74 gevallen werd deze rubriek gebruikt om te melden dat naast de vacuümaspiratie ook prostaglandine werd toegediend.

In 1999 betrof het 7 antwoorden verstrekt op 12 734, dit is 0,054 % van het totaal.

4. *«Andere» methoden van verdoving*

In 1998 werd deze rubriek 41 maal op 11 999 ingevuld, dit is 0,34 %. In 40 gevallen werd deze rubriek gebruikt om te melden dat intraveneuze sedatie en pijnstilling werd toegediend.

In 1999 betrof het 40 antwoorden verstrekt op 12 734, dit is 0,31 % van het totaal. Ook hier werd in de meerderheid van de gevallen melding gemaakt van intraveneuze sedatie en pijnstilling.

5. *«Andere» verwikkelingen*

In 1998 werd deze rubriek 26 maal ingevuld op 11 999 dossiers, dit is 0,22 %.

In 1999 ging het om 25 antwoorden op een totaal van 12 734, dit is 0,20 %

Deze antwoorden zijn de volgende :

- tweede aspiratie wegens retentie;
- pyrexie;
- vrees voor perforatie;
- vagale shock;
- laparoscopie;
- retentie;
- allergie xylocaïne;
- astma-crisis;
- salpingitis;
- postpartum endometritis;
- hyperventilatie met titanie;
- hypotensie.

ANNEXE 2

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

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

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

32 interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées en 1998 dont 8 pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 24 en raison d'une affection grave ou incurable chez l'enfant.

En 1999, la situation était la suivante : 34 interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines dont 5 pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 29 en raison d'une affection grave ou incurable chez l'enfant à naître.

À l'examen des documents d'enregistrement, les cas de péril grave pour la santé de la femme sont les suivants : instabilité mentale, syndrome d'angoisse-dépression avec risque de suicide, prise de différents médicaments, septicémie, purpura idiopathique thrombocytopénique, éclampsie grave, choria amnionitis, radiations au début de la grossesse, épilepsie.

Les affections graves et incurables dont serait atteint l'enfant s'il naissait qui ont été signalées sont les suivantes :

— maladies chromosomiques : trisomie 13 (syndrome de Patau), trisomie 18 (syndrome d'Edwards), trisomie 21 (syndrome de Down)

— maladies héréditaires : immunodéficience complète, myopathie, ...

— malformations : syndrome de Potter (dysplasie nerveuse), syndrome de Dandy Walker, hydrocéphalie, anencéphalie, spina bifida, ...

— maladies tératogènes : infection et cytomégalovirus, prise de médicaments pour l'épilepsie, prise de lithium, ...

BIJLAGE 2

Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken

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

Overeenkomstig artikel 350, 4^o, van het Strafwetboek kan na de termijn van twaalf weken de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald bij artikel 350, 1^o, b), 2^o en 3^o, van hetzelfde wetboek slechts worden afgebroken, indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indient 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 1998 werden er 32 zwangerschapsafbrekingen, uitgevoerd na een periode van 12 weken, geregistreerd. 8 ervan werden verricht wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw. 24 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind.

In 1999 lagen de cijfers als volgt : 34 zwangerschapsafbrekingen waarvan 5 wegens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw, 29 wegens de uiterst zware of ongeneeslijke kwaal bij het ongeboren kind.

Bij onderzoek van de registratiedocumenten, blijkt dat als ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw volgende aandoeningen worden gemeld : mentale onstabieliteit, angstig-depressief syndroom met risico op zelfverminking/zelfmoord, inname verschillende medicijnen, septicemie, idiopathische trombocytopenische purpura, chorea amnionitis, ernstige eclampsie, radiatie tijdens begin zwangerschap, zware epilepsie, ...

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

— als chromosonale aandoeningen : trisomie 13 (syndroom van Patau), trisomie 18 (syndroom van Edwards), trisomie 21 (syndroom van Down) ...

— als erfelijke aandoeningen : volledige immuniteitsdeficiëntie, myopathie, ...

— als malformatieve aandoeningen : syndroom van Potter (nierdysplasie), syndroom van Dandy Walker, hydrocefalie, anencefalie, spina bifida, ...

— als teratogene aandoeningen : infectie met cytomegalovirus, inname van medicatie voor epilepsie, inname van lithium, ...

2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**INTRODUCTION**

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

De plus, certaines institutions (les hôpitaux principalement) ne déclarent pas de nombre de demandes d'interruption de grossesse. Cela introduit une incertitude dans l'interprétation du résultat final.

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 d'interruptions 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;

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG**INLEIDING**

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

Bovendien vermelden bepaalde instellingen (vooral ziekenhuizen) het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking niet doch wel het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen. Dit leidt tot onzekerheid bij de interpretatie van het eindresultaat.

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 plaatsvindt 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;

— 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 la grossesse;

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

1. INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES

Centres néerlandophones

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998 (1)	1999	1998	1999
7	7	6 281	6 561	5 442	5 547	705	928	11,224	14,144

(1) Un centre n'a pas rempli la rubrique « refusé ».

— 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 adoptie-dienst.

1. NEDERLANDSTALIGE INSTELLINGEN

Nederlandstalige centra

Nederlandstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen				Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/ aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
1998	1999	1998	1999	Pendant délai 12 semaines — Vóór 12 weken		Après délai 12 semaines — Na 12 weken		1998	1999	1998	1999
				1998	1999	1998	1999				
9(1)	9(2)	339	443	260	331	11	45	68	67	20,058	15,124
1(3)	1(3)	—	—	292	268	—	—	—	—	—	—

(1) Deux institutions font savoir qu'ils n'ont pas pratiqué d'IVG, c'est-à-dire que 7 hôpitaux ont pratiqué des IVG.

(2) Deux institutions font savoir qu'ils n'ont pas pratiqué d'IVG, c'est-à-dire que 8 hôpitaux ont pratiqué des IVG.

(3) Une seule institution a communiqué uniquement le nombre d'IVG pratiquées pendant le délai de 12 semaines.

(1) Twee instellingen lieten weten geen zwangerschapsafbrekingen te hebben uitgevoerd, dit wil zeggen dat in 7 ziekenhuizen zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd.

(2) Eén instelling liet weten geen zwangerschapsafbreking te hebben uitgevoerd, dit wil zeggen dat in 8 ziekenhuizen zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd.

(3) In 1998 en in 1999 heeft één enkele instelling enkel het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen vóór 12 weken meegedeeld.

2. INSTITUTIONS FRANCOPHONES

2. FRANSTALIGE INSTELLINGEN

Centres francophones

Franstalige centra

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
24	24	5 573	5 782	4 177	4 515	1 172	1 267	21,03	21,91

Hôpitaux et cliniques francophones

Franstalige ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux et cliniques — Aantal ziekenhuizen		Nombre de requêtes — Aantal verzoeken		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen		Nombre de requêtes rejetées — Aantal afgewezen verzoeken		% de rejets par/aux requêtes — % afgewezen t.o.v. aantal verzoeken	
				Pendant un délai de 12 semaines — Vóór 12 weken	Après un délai de 12 semaines — Na 12 weken				
1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
23	23	3 258	4 624	2 956	3 962	45	38	530	624
								16,27	13,49

Le rapport reprend strictement les données fournies par les institutions.

Les formulaires à compléter par les institutions comprenaient à partir de 1998 un détail explicite des requêtes «rejetées», ce qui explique peut-être l'augmentation de ce nombre pour les centres par rapport aux précédentes années.

Het rapport neemt de gegevens verschaft door de instellingen strikt over.

De formulieren die door de instellingen moeten worden ingevuld bevatten vanaf 1998 uitvoerige uitleg over de «afgewezen» verzoeken. Dit verklaart misschien de stijging van dit aantal voor de centra ten opzichte van de vorige jaren.

3. APERÇU GÉNÉRAL

3. OVERZICHT

Centres

Centra

Nombre de centres — Aantal centra		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
1998	1999	1998	1999
31	31	9 619	10 062

Hôpitaux

Ziekenhuizen

Nombre d'hôpitaux — Aantal ziekenhuizen		Nombre d'IVG pratiquées — Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
1998	1999	avant 12 semaines — vóór 12 weken	après 12 semaines — na 12 weken
		1998	1999
33	33	3 508	4 561
			56
			83

3. RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION NÉERLANDOPHONES

A. CENTRES

1. Composition et fonctionnement

a) Huit personnes en moyenne travaillent dans le service d'information. Ces équipes pluridisciplinaires sont composées de juristes, psychologues, assistants sociaux, infirmières, conseillers conjugaux et de personnel administratif.

b) La plupart des centres ont communiqué en détail le fonctionnement du service. Tous les centres dispensent aussi bien une assistance psychosociale que juridique aux personnes qui le consultent. Si une femme choisit d'avorter, elle reçoit une information médicale complète ainsi que des conseils pratiques comme par exemple à propos de la visite préliminaire à l'intervention, l'intervention elle-même et l'accompagnement qui suit l'intervention.

c) Les brochures des centres sont comparables. La plupart de ces brochures sont disponibles en plusieurs langues. Des brochures explicatives quant aux solutions alternatives comme l'adoption, élever son enfant soi-même sont aussi disponibles, ... Différents centres disposent aussi de brochures d'information sur la contraception, la sexualité, le divorce, les allocations familiales, ...

d) Un centre a, en 1998, établi son fonctionnement et sa structure propres. Après une radioscopie, les fonctions et les tâches ont été reformulées. Il en a résulté notamment la création de groupes de travail (médecins, collaborateurs psychosociaux, infirmières).

Le but ultime de ce centre est d'offrir un ensemble de soins de haut niveau à la clientèle.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

a) Avant l'interruption de grossesse

L'entretien psychosocial est la technique la plus utilisée. Le fait de mener la grossesse à son terme ou non est clarifié dès le premier entretien au service d'information. Le discours individuel de la femme reste un élément principal. On porte une attention particulière sur le processus qui a mené à la question de l'interruption de grossesse.

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

A. CENTRA

1. Samenstelling en werking van de dienst

a) Gemiddeld zijn een achttal personen werkzaam in de voorlichtingsdienst. Deze multidisciplinaire ploegen bestaan uit juristen, psychologen, maatschappelijk assistenten, sociaal-verpleegkundigen, gezinsadviseurs, artsen en administratieve medewerkers.

b) De meeste centra zetten de werking van de dienst in detail uiteen. Alle centra verlenen zowel psycho-sociale als juridische ondersteuning aan de personen die op consultatie komen. Indien de vrouw voor een zwangerschapsafbreking kiest, krijgt ze uitvoerig medische informatie, namelijk praktische raadgevingen met betrekking tot het vooronderzoek, de ingreep en begeleiding na de ingreep.

c) De folders van de centra zijn vergelijkbaar. De meeste folders zijn in verschillende talen beschikbaar. Er zijn tevens folders met betrekking tot alternatieven, bijvoorbeeld adoptie, het kind zelf opvoeden, ... Verschillende centra beschikken tevens over infofolders over voorbehoedmiddelen, seksualiteit, SOA, echtscheiding, kinderbijslag, ...

d) In 1998 sleutelde één van de centra aan de eigen werking en structuur. Na doorlichting werden functies en takenpakketten geherformuleerd. Het resulteerde onder andere in het installeren van werkgroepen (artsen, psycho-sociale medewerkers, verpleegkundigen).

Het ultieme doel van dit centrum is het bereiken van een kwalitatief hoogstaand zorgpakket voor de cliënteel.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

a) Vóór de zwangerschap

Het psycho-sociaal gesprek is de meest gebruikte techniek. Bij de eerste consultatie in de voorlichtingsdienst komt de besluitvorming met betrekking tot het al dan niet uitdragen van de zwangerschap aan bod. Het individueel verhaal van de vrouw staat centraal. Er wordt aandacht besteed aan het proces dat leidde tot de vraag naar zwangerschapsafbreking.

Il y est aussi question des alternatives possibles, de l'avortement et d'un programme de contraception. Si la femme reste ambivalente ou si la décision reste psychologiquement difficile, un soutien supplémentaire est envisagé.

Un centre fait remarquer que sa manière de travailler n'est «ni culpabilisante, ni directive, ni routinière».

Un autre centre prévoit en plus des entretiens psychosociaux un soutien éducatif et social.

b) Pendant l'interruption de grossesse

Le contrôle de la douleur sont essentiellement pris en compte pendant l'interruption de grossesse.

Un centre a donné la possibilité à son personnel de suivre une formation en techniques d'hypnose afin de pouvoir autant que possible agir sur la prévention du traumatisme.

Un autre centre parle de l'efficacité de l'injection intraveineuse d'un calmant et d'un sédatif pour une clientèle qui en a eu besoin (60 %) ...

c) Après l'interruption de grossesse

Le follow-up commence dans la salle de repos, après l'intervention, par un dialogue.

Les femmes peuvent revenir au centre pour un contrôle ultérieur une à deux semaines après l'intervention. Ce dernier contrôle est facultatif et peut comprendre une visite médicale et/ou un entretien psychosocial.

Dans la mesure du possible, une collaboration étroite avec le médecin est maintenue.

3. Cas d'accueil et d'assistance qui méritent d'être signalés

Les centres sont régulièrement confrontés à des situations exceptionnelles où une attention et une énergie particulières doivent être apportées. Ceci concerne souvent des problèmes relationnels, sociaux, psychiques internes et de société.

Les problèmes sociaux et financiers sont ainsi légion: la plupart des femmes qui, en raison de problèmes financiers choisissent de ne pas de garder leur enfant sont en outre lourdement handicapées par le coût de l'aide dispensée par le centre.

Le fait qu'aucune subsideation ne soit prévue par l'autorité met les centres dans une situation difficile lorsqu'ils doivent aider des personnes économiquement faibles. Il est à remarquer que les «sans

Er wordt over alternatieven gesproken, over de zwangerschapsafbreking en over anticonceptiebeleid. Zijn er bij de vrouw nog twijfels of ligt de beslissing psychologisch moeilijk, dan wordt extra deskundige begeleiding voorzien.

Een centrum wijst er opnieuw op dat er «niet-culpabiliserend, niet-directief en niet-routinematig» wordt gewerkt.

Een ander centrum voorziet naast psycho-sociale gesprekken ook in opvoedkundige en sociale ondersteuning.

b) Tijdens de zwangerschapsafbreking

Tijdens de zwangerschapsafbreking wordt meer en meer gefocust op de pijnbeheersing.

Een centrum heeft aan zijn personeel de mogelijkheid geboden om zich te bekwamen in hypnotische technieken en dit om zoveel mogelijk trauma-preventief te werken.

Een ander centrum wijst op de weldadige invloed van intraveneuze pijnstilling en sedatie voor een groep cliënten die daar behoefte aan heeft (ongeveer 60 %).

c) Na de zwangerschapsafbreking

De follow-up gebeurt reeds in de rustkamer na de ingreep en dit door middel van een gesprek.

Eén à twee weken na de ingreep kunnen de vrouwen voor een nacontrole terecht in het centrum. Deze nacontrole is ofacultatief en kan uit een medisch- en/of psycho-sociaal gedeelte bestaan.

In de mate van het mogelijke wordt er in dit verband ook vaak met de verwijzende arts nauw samengewerkt.

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

De centra worden regelmatig geconfronteerd met situaties die uitzonderlijk zijn en waar extra zorg en energie aan moet worden besteed. Het gaat in die gevallen vaak om relationele, sociale, intra-psychische en maatschappelijke problemen.

Zo zijn sociaal-financiële problemen legio: vrouwen die onder meer omwille van financiële redenen niet voor de zwangerschap kiezen, worden nog eens zwaar belast met de kostprijs van de hulpverlening door de centra. De kostprijs van de zwangerschapsafbreking verhoogt hun financiële problemen nog meer.

Het feit dat er in Vlaanderen vanwege de overheid geen subsidiëring is voorzien, maakt dat de centra moeilijkheden ondervinden om financieel zwakke groepen te helpen. Er zijn ook steeds meer mensen

papiers», sans moyens financiers, ne peuvent payer l'intervention.

Certaines femmes, confrontées à des problèmes d'emploi, ont besoin de davantage d'entretiens post-IVG.

Un centre montre l'augmentation des personnes parlant une langue étrangère, ce qui amène des problèmes de communication.

Les femmes qui n'utilisent pas de contraceptif, ou chez lesquelles le moyen contraceptif «ne marche pas» (oubli de la pilule, condom déchiré, ...) pensent trop facilement qu'elles ne seront pas enceintes. Les femmes devraient davantage se rendre compte que «faire l'amour peut avoir pour conséquence d'être enceinte» et éviter le moindre risque en utilisant la pilule du lendemain. Différents centres ont une clientèle dont la grossesse n'est pas désirée qui se situe dans la tranche d'âge des teenagers. Il est à cet égard également remarqué que l'ouverture d'esprit de la famille et une information correcte par rapport aux moyens contraceptifs paraissent souvent manquer.

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

Les suggestions données par les centres sont reprises ci-dessous :

— des mesures devraient être prises pour diminuer le nombre d'avortements et amener un contrôle plus efficient de la fécondité. Au niveau de l'information concernant les moyens contraceptifs à l'école, des initiatives ont été prises ces dernières années avec l'aide d'institutions de formation spécialisées. Un centre plaide pour une information obligatoire quant aux contraceptifs dans les années terminales des différents niveaux de l'enseignement. Cela pourrait mener à une meilleure prévention des grossesses non désirées chez les écoliers et les étudiants.

Un autre centre fait remarquer qu'un nombre relativement élevé de jeunes filles suivant un enseignement à temps partiel viennent en consultation. Peut-être devrait-on donner dans ce type d'enseignement plus d'informations sur les moyens contraceptifs;

— le même centre pense que les médecins devraient mieux informer les patientes quant aux interactions possibles entre les anticonceptionnels et d'autres médicaments. Certains médicaments annihilent en effet le fonctionnement de la pilule et entraînent alors des grossesses non désirées;

— un autre centre insiste encore une fois sur l'importance d'une bonne information. Selon ce centre, l'usage de condoms comme prévention contre le virus HIV est une bonne chose, pourtant, son usage exclusif conduit à un accroissement du nombre de grossesses;

«zonder papieren», zonder financiële middelen die de ingreep niet kunnen betalen.

Sommige vrouwen hebben te kampen met verwerkingsproblemen en hebben nood aan meerdere nagesprekken.

Een centrum wijst op de toename van het aantal anderstalige vrouwen. Dit geeft vooral communicatieproblemen.

Vrouwen, die geen anticonceptie gebruikten of waarvan de anticonceptie faalde (pil vergeten, condoom gescheurd, ...) denken te gemakkelijk dat zij toch niet zwanger zullen geraken. Vrouwen zouden meer moeten beseffen dat «je van vrijen zwanger kan worden» en bij het minste risico de noodpil (morning-afterpil) gebruiken. Verschillende centra hebben een aantal cliënten met ongewenste zwangerschappen in de tienerleeftijd. Er wordt dan ook opgemerkt dat openheid binnen het gezin en tijdige voorlichting met betrekking tot anticonceptie vaak blijken te ontbreken.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

Hierna volgen enkele voorstellen die centra hieromtrent hebben geformuleerd:

— teneinde het aantal abortussen te verminderen zouden maatregelen moeten worden genomen om tot een nog efficiëntere vruchtbaarheidsbeheersing- en controle te komen. Op het niveau van anticonceptievoorlichting in het onderwijs werden de laatste jaren met de hulp van gespecialiseerde vormingsinstituten initiatieven genomen. Een centrum pleit voor een verplichte opname van «anticonceptiekennis» in de eindtermen van de verschillende onderwijsniveaus. Dit zou kunnen leiden tot nog meer preventie van ongewenste zwangerschappen bij scholieren en studenten.

Een ander centrum meldt dat relatief veel jonge meisjes uit het deeltijds onderwijs op consultatie komen. Misschien zou er in het deeltijds onderwijs meer werk van voorlichting in verband met anticonceptie kunnen worden gemaakt;

— hetzelfde centrum meent dat de geneesheren meer informatie betreffende wisselwerkingen tussen anticonceptie en andere medicijnen aan hun patiënten zouden moeten geven. Sommige medicijnen doen immers de werking van de anticonceptie teniet en veroorzaken op die manier ongewenste zwangerschappen;

— een ander centrum wijst eveneens op het belang van een goede voorlichting. Volgens dit centrum is het gebruik van condooms ter preventie van HIV-infecties zinvol, doch uit het uitsluitend gebruik van condooms zich in een toegenomen aantal zwangerschappen;

— une information accrue sur la pilule du lendemain et une meilleure disponibilité de celle-ci pourrait aussi avoir un effet bénéfique quant au nombre de grossesses non désirées. Selon un centre, une façon efficace de se servir de la pilule du lendemain pourrait faire diminuer de moitié le nombre d'avortements;

— des moyens pourraient aussi compléter l'information. Ainsi plaide un centre pour la diffusion gratuite de préservatifs et pour un remboursement complet de la pilule contraceptive par la sécurité sociale.

B. HÔPITAUX

1. Composition et fonctionnement

a) Un grand nombre d'hôpitaux n'a pas rempli complètement les rapports annuels. La commission ne dispose donc pas d'un rendu correct de la situation dans les hôpitaux concernés.

b) La plupart des services d'information des hôpitaux font partie du service social de l'hôpital ou sont intégrés dans un service d'accompagnement des patients. Dans d'autres hôpitaux, c'est le service gynécologie qui assure le travail du service d'information. Le service dispose en moyenne de cinq membres du personnel.

c) La plupart des services d'information sont composés de médecins (gynécologues, parfois psychiatres), d'infirmières et/ou d'assistants sociaux. Les institutions importantes peuvent mettre à disposition un psychologue ou un juriste. Un hôpital utilise un médiateur interculturel.

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

a) En général, peu ou pas du tout d'explication sont fournies à propos des méthodes d'accueil et d'assistance. Un certain nombre mentionne « nihil » ou « conforme aux dispositions de la loi ».

b) Il ressort des rapports qui ont été remplis correctement qu'en général l'entretien préliminaire porte sur les motivations de la femme, sur les solutions alternatives, ... Un accompagnement psychosocial peut avoir lieu ainsi qu'éventuellement une aide juridique. On veille également à apporter une information concernant la contraception.

3. Cas d'accueil et d'assistance qui méritent d'être signalés

Un hôpital avance qu'une attention devrait être apportée à l'accueil et à l'accompagnement des parents de mineurs.

— meer informatie over de morning-afterpil en een ruimere beschikbaarheid ervan zou eveneens een gunstig effect hebben op het aantal ongewenste zwangerschappen. Volgens een centrum zou een goede methode en gebruikswijze van de morning-afterpil het aantal zwangerschapsafbrekingen met de helft verminderen;

— tegenover kennis moeten ook middelen worden geplaatst. Zo pleiten centra voor gratis verspreiding van condooms en voor een volledige terugbetaling van de pil door het ziekenfonds.

B. ZIEKENHUIZEN

1. Samenstelling en werking

a) De jaarlijkse verslagen worden door een groot aantal ziekenhuizen niet volledig ingevuld. De commissie beschikt dan ook niet over een volledig en correct beeld van de situatie in de betrokken ziekenhuizen.

b) De meeste voorlichtingsdiensten in de ziekenhuizen maken deel uit van de sociale dienst van het ziekenhuis of zijn geïntegreerd in de dienst patiëntenbegeleiding. In andere ziekenhuizen is het zo dat de dienst « gynaecologie » de taak van voorlichtingsdienst vervult. Gemiddeld bestaan voorlichtingsdiensten uit 5 personeelsleden.

c) De meeste voorlichtingsdiensten zijn samengesteld uit artsen (gynaecologen, in bepaalde gevallen een psychiater), aangevuld met verpleegkundigen en/of maatschappelijk assistenten. In grotere ziekenhuizen is een psycholoog of jurist beschikbaar. Een ziekenhuis stelt een intercultureel bemiddelaar tewerk.

2. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

a) Algemeen gezien wordt in het verslag weinig of geen uitleg verschaft over de toegepaste methoden van opvang en hulp. Een aantal beperkt zich tot de vermelding « nihil » of « conform de bepalingen van de wet ».

b) Uit de verslagen die wel goed werden ingevuld, blijkt dat over het algemeen de intake-gesprekken handelen over de motivatie en argumentatie van de vrouw, over de mogelijke alternatieven, ... Tevens is er psycho-sociale begeleiding en eventueel juridische bijstand mogelijk. Ook wordt er aandacht besteed aan voorlichting rond anticonceptie.

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

Een ziekenhuis meent dat er ook aandacht aan de opvang en begeleiding van de ouders van minderjarige meisjes moet worden besteed.

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

On insiste sur le fait de stimuler l'utilisation de moyens contraceptifs, éventuellement via les médias, et pas seulement chez les jeunes mais aussi chez les plus de trente ans. La moitié des cas d'interruptions de grossesses est due à l'absence de contraception. Une diminution du prix des moyens contraceptifs est aussi proposée.

On dit aussi que la principale cause des grossesses non désirées chez les jeunes est le fait qu'ils utilisent uniquement des préservatifs. On devrait insister sur le fait que le préservatif doit d'abord être utilisé en prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. L'utilisation simultanée d'un autre moyen contraceptif (spermicide, pilule, ...) devrait être recommandée. On préconise aussi une information accrue dans les écoles secondaires de façon à ce que la sexualité soit moins taboue.

RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES

24 centres extrahospitaliers ont fait parvenir un rapport annuel à la commission en 1998 et 24 en 1999. 23 hôpitaux et cliniques ont fait parvenir un rapport annuel à la commission en 1998 et 23 en 1999.

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

La commission croit utile de répéter en gros ici ce qui avait été mentionné lors du précédent rapport puisque les commentaires émis n'en diffèrent quasiment pas, et elle insistera par après sur deux nouvelles questions qu'elle a jugé utile de poser dès 1998 aux institutions via leur rapport annuel, à savoir, « existait-il des cas d'accueil et d'assistance que vous souhaiteriez signaler ? » et, « compte tenu de votre expérience, auriez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées » ?

A. Centres extrahospitaliers

1. Définition et composition

En Communauté française, tous les centres extrahospitaliers sont des centres de planning familial, ce qui n'est pas le cas en Communauté flamande. 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 assistant(e)s sociaux (sociales)

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

Er wordt aangedrongen om het anticonceptiegebruik meer te stimuleren, eventueel via de media, en niet enkel bij jongeren maar ook bij 30-plussers. In de helft van de zwangerschapsafbrekingen zou geen anticonceptie worden gebruikt. Ook een verlaging van de kostprijs van anticonceptiva wordt voorgesteld.

Verder wordt er op gewezen dat één van de meest voorkomende redenen van ongewenste zwangerschappen bij jongeren het feit is dat zij enkel condooms gebruiken. De nadruk zou moeten worden gelegd op het feit dat het condoom voornamelijk ter voorkoming van seksueel overdraagbare aandoeningen dient te worden gebruikt. Het simultaan gebruik van een andere anticonceptivum (bijvoorbeeld zaaddodend middel, pil, ...) zou moeten worden aanbevolen. Ook meer voorlichting op de middelbare scholen zodat seksualiteit bij jongeren minder taboe wordt, wordt voorgesteld.

ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

In 1998 hebben 24 centra een jaarverslag naar de commissie gezonden. In 1999 waren er dit 25. Zowel in 1998 als in 1999 hebben 22 ziekenhuizen en klinieken een jaarverslag naar de commissie gezonden.

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

De commissie herhaalt *grosso modo* wat in het vorige rapport vermeld werd daar de geformuleerde opmerkingen nagenoeg niet verschillen. Nadien wordt de nadruk gelegd op de nieuwe vragen die sinds 1998 aan de instellingen via het jaarverslag gesteld worden, namelijk « zijn er gevallen van opvang en hulp waarop dient gewezen te worden » en « voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren ».

A. Centra

1. Definitie en samenstelling

In de Franse Gemeenschap zijn alle centra centra voor gezinsplanning. Dit is niet het geval in de Vlaamse Gemeenschap. De voorlichtingsdiensten van de centra zijn meestal samengesteld uit een tiental personen, meestal psychologen, maatschappelijk assistenten en artsen. Soms worden de teams bijgestaan door een jurist, kinesitherapeut, seksuoloog en/

et des médecins. Parfois les équipes se sont adjointes un(e) juriste, des kinésithérapeutes, des sexologues et/ou des conseillers conjugaux ou encore une infirmière sociale ou du personnel administratif. Le public visé est aussi bien adolescent qu'adulte et les équipes semblent vouloir s'adapter aux demandes en tenant compte des spécificités inhérentes aux différentes classes d'âge.

2. *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 tous moments dans notre travail quotidien d'accueil et de consultations. »

Selon la philosophie des centres, lesquels adhèrent le plus souvent au GACEPHA (Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement), le développement personnel de la patiente, son autonomie, sa responsabilité et son bien-être dans les domaines de la vie affective, sexuelle, familiale et sociale sont favorisés.

Eu égard à ce qui précède, les méthodes adoptées par les centres sont assez semblables et une impression d'uniformité 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.

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

- clarifier la demande,
- entendre la femme et/ou le couple dans ses difficultés,

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

2. *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 preventie meldt een centrum dat het met leerkrachten, schooldirecties en verantwoordelijken van jongerengroeperingen samenwerkt evenals met sociale werkers uit gemeenten en dit om de noden en verwachtingen van de jongeren en de doeltreffendheid van interventies beter te kunnen inschatten. Dit centrum voegt er aan toe dat het « vanzelfsprekend is dat preventie niet enkel dient te gebeuren door middel van vormingssessies in scholen en wijkverenigingen. Doch preventie dient ook dagelijks te gebeuren tijdens het onthaal en de raadplegingen ».

Volgens de filosofie van de centra, die meestal bij GACEPHA (Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement) zijn aangesloten, dient de persoonlijke ontwikkeling van de patiënte, haar autonomie, haar verantwoordelijkheidszin en haar welzijn op het vlak van het gevoels- seksueel, gezins- en sociaal leven te worden bevorderd.

Gelet op wat voorafgaat, zijn de door de centra toegepaste methoden nogal vergelijkbaar en bij het lezen van de verslagen van de centra krijgen we een indruk van gelijkvormigheid maar ook van een wil om « werkelijk » te handelen door kwaliteitswerk te leveren.

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 psycholoog of een speciaal opgeleide sociaal assistent.

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

- verduidelijken van de vraag;
- luisteren naar de vrouw en/of het koppel en haar/hun moeilijkheden;

- relever les pressions ou contraintes éventuelles qui pourraient intervenir dans la décision,
- permettre l'expression de la souffrance et de la culpabilité,
- 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,
- 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.

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

La consultation médicale

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

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

L'intervention

À la suite du délai minimal de réflexion d'une semaine, le jour de l'intervention, la patiente doit confirmer sa détermination à interrompre sa grossesse et est invitée à le faire par écrit. L'intervention se fait le plus souvent par aspiration, sous anesthésie locale. L'accueillante est souvent présente pour soutenir la femme tant au niveau physique que psychique. À la suite de l'intervention, une information est donnée par l'équipe sur les précautions à prendre durant les quinze jours qui suivent et une dernière mise au point

- de eventuele druk of hinder die de beslissing kan meebrengen naar voren brengen;
- de mogelijkheid bieden om pijn en schuldgevoel te uiten;
- waarschuwen voor mogelijke gevolgen van de beslissing op het leven als koppel en het familiaal leven;
- bewustwording van hetgeen op het spel gezet wordt door de beslissing;
- ruimte creëren voor gesprekken over preventie op het vlak van het gevoels- en seksueel leven;
- informatie verstrekken over de rechten en mogelijke hulpverlening, alsook over de adoptiemogelijkheden;
- eventueel doorverwijzen naar een jurist of een maatschappelijk assistent;
- informeren en relativeren wat de eigenlijke ingreep aangaat;
- een toekomstige anticonceptie uitwerken, de zaken toelichten in verband met een eventuele weerstand in het verleden of de toekomst hiertegen.

Een centrum legt de nadruk op het feit dat «het voorvalt dat vrouwen omwille van sociale onzekerheid voor een zwangerschapsafbreking kiezen en niet omdat ze geen kind willen». In zo een geval stellen de sociaal assistenten alles in het werk om deze vrouwen bij te staan: verzoeken bij het OCMW, het zoeken van een opvanghuis, het ordenen van het sociaal zekerheidsdossier, bemiddeling bij de ouders, ...

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

De medische raadpleging

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

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

De ingreep

Na afloop van een bedenktijd van minstens een week, moet de patiënte op de dag van de ingreep haar vastberadenheid om de zwangerschap af te breken bevestigen. Ze wordt gevraagd dit schriftelijk te doen. De ingreep gebeurt meestal door aspiratie onder lokale verdoving. De opvangpersoon is vaak aanwezig om de vrouw zowel psychisch als fysiek te steunen. Na afloop van de ingreep wordt informatie verstrekt omtrent de voorzorgsmaatregelen die de eerstvolgende veertien dagen moeten worden genomen.

est faite au niveau de la contraception. L'équipe reste disponible pour toute information et aide, médicale, morale ou autre.

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 ...»

«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.

Tevens wordt de anticonceptie nogmaals besproken. Het team blijft beschikbaar voor mogelijke verdere informatie van medische of andere aard.

De follow-up

Na twee à drie weken wordt de vrouw opnieuw ontvangen door een psycholoog of maatschappelijk assistent alsook door een arts. Er wordt haar gevraagd naar haar gevoelens naar aanleiding van de abortus. Indien het nodig blijkt, kan haar zowel psychologische als medische hulp worden geboden. Soms moet het schuldgevoel worden weggenomen. Een centrum meldt dat echtelijke consulten «na de ingreep» hoofdzakelijk om de volgende redenen worden gevraagd: depressieve beleving post-abortus, crisissituatie, angst, onbehagen, identiteitscrisis in verhouding tot de puberteit, familiale situatie, «de ups en downs in het bestaan».

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 het doel van ons onthaal is de vrouw/het koppel toe te laten de minst slechte beslissing te nemen (gelet op de context waarin zij zich bevindt/bevinden); wij bieden de vrouw/het koppel een gespreksmogelijkheid waarbinnen de sociale werker de tijd neemt om naar de vrouw/het koppel te luisteren, hen de mogelijkheid biedt afstand te nemen van hetgeen zij beleeft/beleven, de beslissing grondig te overwegen, ...»

«De begeleiding laat de vrouw toe onbelemmerd een beslissing te nemen, met kennis van zaken, zich bewust van wat een abortus of de voortzetting van de zwangerschap inhoudt. Het bevordert de preventie van psychologische en medische moeilijkheden naar aanleiding van de abortus. Het bevordert het opstarten van een follow-up van de anticonceptie. De «post» laten toe het preventiewerk en het bijbrengen van verantwoordelijkheidsgevoel verder te zetten en voortzetting van het rouwproces te vergemakkelijken.» Er wordt meer bepaald ook onderstreept dat «de kwaliteit van de opvang, de verpersoonlijking van de relatie en de globale benadering van de persoon gunstige elementen zijn voor de vermindering van medische en/of psychologische verwikkelingen van de vrijwillige zwangerschapsafbreking». De vrijwillige zwangerschapsafbreking kan dan worden ervaren als «een moeilijke periode in het volwassenwordingsproces en een moment van verhoogde gevoeligheid voor boodschappen die aanzetten tot preventie en verantwoordelijkheid».

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

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Les réponses montrent une augmentation des demandes émanant de personnes en attente du statut de réfugié ou en situation précaire 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 part leur instabilité involontaire et de la barrière de la langue (albanais, yougoslave, chinois ...)».

On signale aussi (il nous semble plus qu'avant) des cas de grossesse ayant dépassé le délai de douze semaines et envoyés vers la Hollande.

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».

Un centre rappelle qu'il n'existe toujours pas de code de remboursement spécifique de l'INAMI pour les IVG.

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 et former les professeurs comme adultes-relais. 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.

Rendre accessible les moyens contraceptifs par une meilleure politique d'information des jeunes et par le remboursement total de ces moyens.

B. Hôpitaux et cliniques

1. Composition

Comme auparavant, des services d'information structurés et destinés uniquement aux IVG sont en général moins présents au sein des hôpitaux où le plus souvent les demandes sont traitées par le gynécologue dans le cadre global de la consultation de gynécologie de l'hôpital. Certains hôpitaux, cependant, suivent

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

De antwoorden tonen een stijging aan van verzoeken afkomstig van personen die het statuut van vluchteling hebben aangevraagd of personen die zich in een onzekere behoeftige situatie bevinden, zonder statuut of dakloos. Een centrum signaleert zelfs dat «het uiterst moeilijk is om deze mensen behoorlijk te volgen, enerzijds wegens hun onvrijwillige onstabiele situatie anderzijds wegens de taalbarrière (Albanees, Joegoslavisch, Chinees ...)».

«Men meldt ons tevens (meer dan voordien?) zwangerschappen die de termijn van twaalf weken overschreden hebben en naar Nederland werden doorverwezen.»

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

Een centrum herinnert er aan dat er nog steeds geen specifieke terugbetalingcode van de RIZIV voor vrijwillige zwangerschapsafbreking bestaat

4. Voorstellen om de preventie in zake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

De quasi-algemene stellingname is om in elk geval het preventiewerk in de scholen te versterken en om de leraars te vormen tot volwassen bemiddelaars. Een seksuele of gevoelsopvoeding verplicht opleggen in het leerprogramma (alle netten). Deze opleiding zouden kunnen worden gevolgd door een bemiddelaar van een centrum voor gezinsplanning.

Het beter toegankelijk maken van de voorbehoedsmiddelen door een beter informatiebeleid voor jongeren en door een totale terugbetaling van deze middelen.

B. Ziekenhuizen en klinieken

1. Samenstelling

Zoals voordien zijn gestructureerde voorlichtingsdiensten die uitsluitend bestemd zijn voor vrijwillige zwangerschapsafbreking doorgaans minder aanwezig in de ziekenhuizen. De vragen worden er meestal door de gynaecoloog in het globaal kader van de gynaecologische raadpleging van het ziekenhuis

les techniques d'accueil et d'assistance prônées par le GACEHPA.

Le service se compose le plus souvent des médecins de l'établissement et parfois d'une infirmière, d'un(e) psychologue et/ou d'une assistante sociale.

Parfois, aucune structure spécifique n'a été mise en place et 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 certains hôpitaux collaborent avec un centre de planning familial se trouvant à proximité.

Un hôpital fait part de la mise sur pied d'une supervision du service d'information où différents thèmes sont abordés, notamment «les grossesses adolescentes, l'ambivalence de la demande, les demandes exprimées par le conjoint, le service psychologique après l'IVG, ...»

2. Fonctionnement du service

Il apparaît que les femmes sont le plus souvent dirigées vers une structure d'information et de soutien à l'initiative du médecin.

Les établissements procèdent chacun selon leur propre méthode, et si 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), certains témoignent d'une réelle prise en compte de l'intervention au niveau psychologique, social et prévoient des locaux réservés à cette activité.

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

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

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

Une remarque intéressante, déjà mentionnée auparavant, mérite ici d'être rapportée : «une grande proportion de jeunes en situation de grossesse non désirée est très bien informée. Il s'agit la plupart du

behandeld. Sommige ziekenhuizen werken echter volgens de door GACEPHA aanbevolen onthaal- en bijstandstechnieken.

Meestal bestaat de dienst uit artsen van de instelling, en soms uit een verpleegster, een psycholoog en/of maatschappelijk assistent.

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

Een ziekenhuis maakt melding van een supervisie van de voorlichtingsdienst waar verschillende onderwerpen aan bod komen, meer bepaald «zwangerschappen bij jongeren, dubbelzinnigheid van de aanvragen, aanvragen die door de partner worden ingediend, psychologische bijstand na de vrijwillige zwangerschapsafbreking, ...»

2. Werking van de dienst

Het blijkt dat de vrouwen het vaakst door een geneesheer naar een voorlichtings- en hulpverleningsstructuur worden doorverwezen.

De instellingen hebben elk hun eigen methode. Terwijl de dienstverlening soms enkel bestaat uit het systematisch verdelen van «*Grossesse en question*», «*Contraception en question*» en «*Sachez ce que vous faites*», brochures die zijn uitgegeven door de Franse Gemeenschap en door de farmaceutische firma Organon (de laatste brochure), geven andere ziekenhuizen daarentegen blijk van echt begrip voor de psychologische en sociale kant van de ingreep en stellen speciaal voor die activiteit bestemde lokalen ter beschikking.

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

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

— de gesprekken met voorlichtingsdiensten bestaan meestal uit het verduidelijken van de aanvraag, het verwerken van de dubbelzinnigheid en het informeren over anticonceptie waarvan de toepassing na de vrijwillige zwangerschapsafbreking soms verder wordt gecontroleerd.

Een interessante opmerking, die voordien reeds gemaakt werd, verdient hier vermeld te worden : «een groot deel van de ongewenste zwangere jongeren is wel goed geïnformeerd. Meestal is er sprake van een

temps de l'expression d'une pulsion inconsciente qui pèse souvent plus que l'information consciente»;

— 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.

Les remarques suivantes ont également été faites par certains services d'accueil hospitaliers:

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

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

— «pour améliorer la prévention des grossesses non désirées, les stérilets à utilisation de longue durée devraient être remboursés par la sécurité sociale et par le CPAS».

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Un hôpital signale que les difficultés inhérentes à l'usage de langues étrangères (anglais, arabe, perse, 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.

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

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

Plusieurs hôpitaux suggèrent d'intensifier la publicité sur l'existence des centres de planning familial dans les écoles secondaires.

L'accès à la contraception devrait être plus facile (gratuité de la pilule).

Un hôpital souligne l'importance de responsabiliser les garçons.

Un hôpital insiste sur la nécessité d'informer à tous âges sur l'emploi correct de la pilule, sur les risques d'oubli et sur l'incompatibilité de son utilisation avec certains médicaments.

Nécessité d'une information sur la pilule du lendemain (spots, films publicitaires) ou sur le stérilet et

onbewuste drang die vaak zwaarder doorweegt dan de bewuste informatie»;

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

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

Volgende opmerkingen werden ook gemaakt door sommige opvangdiensten van ziekenhuizen:

— «de patiënten die zich in de illegaliteit bevinden, kunnen profiteren van een administratieve spoedgevalprocedure 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»;

— «om de preventie van ongewenste zwangerschappen te verbeteren, zou het spiraaltje voor langdurig gebruik door de sociale zekerheid en het OCMW moeten worden terugbetaald».

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

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

Een ziekenhuis meent dat de onthaalprocedure niet systematisch voor alle aanvragen zou moeten worden toegepast, doch enkel voor «grensgevallen» die de arts zelf kan opsporen.

4. Voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren

Verschillende ziekenhuizen stellen voor in de middelbare scholen de ruchtbaarheid aan het bestaan van centra voor gezinsplanning op te voeren.

De toegang tot de anticonceptie zou vergemakkelijkt moeten worden (kosteloosheid van de pil).

Een ziekenhuis onderstreept dat het belangrijk is dat aan jongens verantwoordelijkheidsgevoel wordt gegeven.

Een ziekenhuis legt de nadruk op de noodzaak om alle leeftijden informatie te verstrekken omtrent het correct gebruik van de pil, de risico's bij nalatigheid en de onverenigbaarheid met bepaalde medicijnen.

De nood aan informatie over de morning-afterpil (reclamefilmpjes) of over het spiraaltje. Het wijzigen

changer la dénomination des stérilets pour éviter l'amalgame stérilet/stérilité.

Subventionner davantage les services d'accueil chargés de la contraception.

van de naam «sterilet» in het Frans en dit om verwarring tussen «sterilet/stérilité» (onvruchtbaarheid) te vermijden.

Een betere subsidiëring van de onthaaldiensten belast met anticonceptie.

4. OUVRAGES REÇUS

I. RAPPORTS:

a. BELGIQUE:

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

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

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

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

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

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

b. ÉTRANGER:

Canada:

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

Danemark:

* N., Statistik om prevention og aborter 1988, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1989, 82 p.

* id., 1990, Vitalstatistik, Copenhagen, 1992, 93 p.

France:

Guignon, N., Les interruptions volontaires de grossesse en France de 1980 à 1989, SESI, Bureau ST 1., Paris, 1991, 101 p.

Pays-Bas:

* N., Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, n^{os} 33, 34 et 36;

* id., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, n^{os} 37, 39 et 41;

* id., 1989-90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, n^o 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.

4. ONTVANGEN WERKEN

I. RAPPORTEN:

a. BELGIË:

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

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1992, Gent, 1993, 28 blz.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1993, Gent, 1994, 52 blz.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1994, Gent, 1996, 54 blz.

* id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1997, Gent, 1999, 56 blz.

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

b. BUITENLAND:

Canada:

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

Denemarken:

* N., Statistik om prevention og aborter 1988, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1989, 82 blz.

* id., 1990, Vitalstatistik, Kopenhagen, 1992, 93 blz.

Frankrijk:

Guignon, N., Les interruptions volontaires de grossesse en France de 1980 à 1989, SESI, Bureau ST 1., Parijs, 1991, 101 blz.

Nederland:

* N., Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, nrs. 33, 34 en 36;

* id., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, nrs. 37, 39 en 41;

* id., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, nr. 44.

* Rademakers, J., Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 blz.

* id., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 blz.

* id., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 p.

Espagne :

* N., Interrupción Voluntaria Del Embarazo, 1989, Min. Sanidad y Consumo, Madrid, 1991, 336 p.

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

Royaume-Uni :

* N., Abortion statistics, 1990, England and Wales, Series AB n° 217, OPCS, Londres, 1991, 73 p.

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

États-Unis :

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

II. ARTICLES 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, Gender-verslag 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 World-wide Review 1999.

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

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

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

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

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

* id., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 blz.

Spanje :

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

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

Verenigd Koninkrijk :

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

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

Verenigde Staten :

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

II. ALGEMENE ARTIKELEN EN WERKEN

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

Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Gendersverslag 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 World-wide Review 1999.

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

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

Blayo, C., L'enregistrement des avortements en Angleterre, au Pays de Galles et au Danemark, in Population, 1974, 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, Vie Sociale, 1992, n° 11-12, pp. 5-11.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaminski, H., Crost, M., Les interruptions de la grossesse, J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod., Paris, 1991, 20, pp. 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, in Courrier Hebdomadaire n°s 1127 et 1128, CRISP, Bruxelles, 1986, 41 + 46 p.

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

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

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

Centrum voor Familiale Studies, Abortus voor het Parlement, Brussel, 1979, 23 blz.

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

Cliquet, R. (red.), Abortus Provocatus, CBGS, Studies en Documenten, nr. 2, De Sikkell, Antwerpen, 1972, 508 blz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Knöferl, Dr. G. e.a., Modellprogramm — «Beratungsstellen § 218», Band 127, Kohlhammer, Stuttgart, 1981, 262 blz.

Kollektief Antikonceptie, Ongewenste Zwangerschap (onthaaltbrochure), Gent, 1993.

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

id., L'avortement en Belgique, Editions de l'Université, Brussel, 1989, 166 blz.

Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française de Belgique, Grossesse en question (brochure d'information), CEDIF et GACEHPA, Bruxelles, 1993, 55 p.

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

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

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.

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

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

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

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

Van Den Bergh, A.S., de methode FINKS, Stimezo, La Haye, 1977, 157 p.

Van Westering, F., Spanjaard, H., Zo zit dat, Margriet reeks, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 p.

Venner, F., L'opposition à l'avortement — du lobby au commando, Berg International, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 p.

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

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

Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française de Belgique, Grossesse en question (informatiebrochure), i.s.m. CEDIF en GACEHPA, Brussel, 1993, 55 blz.

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

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

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, Louvain, 1992, 170 blz.

Van Bilsen, P.M.A., Visser, A., Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie, IHF, Brussel, 1993, 82 blz.

Van Den Bergh, A.S., de methode FINKS, Stimezo, Den Haag, 1977, 157 blz.

Van Westering, F., Spanjaard, H., Zo zit dat, Margriet reeks, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 blz.

Venner, F., L'opposition à l'avortement — du lobby au commando, Berg International, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 blz.

Visser, A., Geeraert, A., Lehert, P., Seksualiteit en relatievorming: anticonceptie in België, ACCO, Louvain, 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, n^o 4, VUB Press, Bruxelles, 1993.

Zucker-Rouvillois, E., La loi française sur l'Interruption Volontaire de Grossesse: sa construction, Vie Sociale, 1992, n^{os} 11-12, pp. 13-50.

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.

CONCLUSIONS

Les chiffres globaux concernant les interruptions de grossesse communiqués à la Commission au cours des sept dernières années (1) ne permettent pas de tracer une ligne évolutive claire.

En effet, en déduisant des totaux le nombre de femmes domiciliées à l'étranger qui font pratiquer une interruption de grossesse en Belgique (2) et en y ajoutant le nombre (qui baisse lentement) de femmes belges et luxembourgeoises qui se rendent aux Pays-Bas pour se faire avorter (3), ainsi que le nombre des déclarations introduites trop tard et qui ne sont donc pas encore reprises dans les tableaux qui précèdent (4), on obtient les chiffres 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

Ces derniers chiffres ne permettent pas de faire des constatations significatives.

Au surplus, nous constatons une certaine discordance entre les chiffres qui nous sont communiqués par les médecins d'une part et par certaines institutions de soins d'autre part.

La Commission tient une nouvelle fois à attirer l'attention sur le nombre d'interruptions de grossesse chez les femmes de moins de 20 ans : elles représentent respectivement 15,32 % et 15,88 % du total des interruptions de grossesse enregistrées en 1998 et 1999. Les avortements chez les femmes mineures d'âge représentent respectivement pour ces deux années 11,20 % et 11,03 % du nombre total des interruptions de grossesse enregistrées.

La Commission ne peut donc que réitérer sa proposition déjà avancée dans ses rapports de 1996 et de 1998 :

«La Commission considère dès lors qu'il est absolument nécessaire de poursuivre et d'améliorer les efforts fournis en matière d'information pour les adolescentes, aussi bien au sein qu'en dehors des écoles.»

La Commission ne peut également que constater que les méthodes anticonceptionnelles, par ailleurs très efficaces, sont encore mal utilisées et devraient donc faire l'objet d'une information détaillée et continue auprès du grand public en général et plus particulièrement auprès des personnes concernées.

La Commission, impressionnée par la modicité en personnel et en moyens qui sont actuellement mis à la

BESLUITEN

De globale cijfers van de aan de Commissie gerapporteerde gevallen van zwangerschapsafbreking in de laatste zeven jaar (1), laten niet toe een duidelijke lijn vast te stellen.

Indien men het aantal vrouwen die in het buitenland gedomicilieerd zijn en die in België een zwangerschap laat afbreken (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 bovenstaande tabellen niet verwerkt konden worden (4), bijvoegt dan komt men tot de volgende cijfers :

Deze laatste cijfers laten niet toe relevante besluiten te formuleren.

Bovendien stellen wij een zekere discordantie vast binnen de cijfers ons gerapporteerd door de artsen enerzijds en door sommige instellingen voor gezondheidszorg anderzijds.

Opnieuw wenst de Commissie te wijzen op het grote aantal zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen jonger dan 20 jaar : zij vertegenwoordigen 15,32 % en 15,88 % van het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen in respectievelijk 1998 en 1999. Het aantal abortussen bij minderjarige vrouwen bedraagt respectievelijk voor deze twee jaren 11,20 % en 11,03 % van het totaal aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen.

De Commissie kan dan ook niet anders dan haar voorstel dat zij in haar rapporten van 1996 en 1998 heeft geformuleerd herhalen :

«De Commissie oordeelt dan ook dat het absoluut noodzakelijk is de inspanningen die geleverd worden tot een betere vorming en voorlichting van adolescenten zowel in als buiten de scholen voort te zetten en te verbeteren.»

De Commissie moet eveneens vaststellen dat de anticonceptiemethoden, die zeer efficiënt zijn, nog steeds niet correct gebruikt worden. Een gedetailleerde en continue voorlichting hieromtrent bij het grote publiek en bij de betrokkenen in het bijzonder lijkt dan ook aangewezen.

De Commissie, getroffen door de beperktheid in personeel en middelen waarmee de verschillende

disposition des différents services qui s'occupent de l'accueil des femmes en situation de détresse, recommande que des moyens plus importants soient fournis par les pouvoirs publics, aussi bien au niveau fédéral que communautaire, aux services d'accueil qui doivent assurer l'aide à ces femmes et aussi jouer un rôle de prévention. Ainsi, le nombre d'IVG pourrait en effet diminuer.

Il est bien entendu que non seulement les autorités fédérales mais aussi les autorités communautaires devront en cette matière prendre leurs responsabilités.

iensten die zich inzetten voor de opvang van vrouwen die in een noodsituatie verkeren, te kampen hebben, vraagt dringend dat de overheid, zowel op federaal als op communautair niveau, belangrijke bijkomende middelen zou toekennen aan de onthaaldiensten die deze vrouwen moeten helpen en tevens een preventierol hebben. Op deze wijze kan men het aantal zwangerschapsafbrekingen doen dalen.

Uiteraard zullen niet alleen de federale overheden maar ook de communautaire overheden terzake hun verantwoordelijkheden dienen te nemen.