



table des matières

AVANT-PROPOS

7-8

1. RAPPORT STATISTIQUE

9

1. Description

11

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

11

- | | |
|--|-------|
| 1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme | 11-12 |
| 2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil | 13 |
| 3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde | 14 |
| 4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme | 15 |
| 4.1. Données générales | 15 |
| 4.2. Femmes domiciliées à l'étranger : division par continent | 16 |
| 5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse | 17 |

B. DONNEES PSYCHOSOCIALES

18

- | | |
|-------------------------------------|----|
| 6. Situations de détresse invoquées | 18 |
|-------------------------------------|----|

C. DONNEES MEDICALES

19

- | | |
|--|----|
| 7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois | 19 |
| 8. Causes d'échec de la contraception | 20 |

D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

21

- | | |
|--|----|
| 9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse | 21 |
| 10. Anesthésie | 22 |
| 11. Durée d'hospitalisation | 23 |
| 12. Complications | 24 |

2. Tabulations croisées

25

1. Situation de détresse

25

- | | |
|--|----|
| I.1. Domicile de la femme et situation de détresse invoquant des raisons matérielles | 25 |
| I.2. Domicile de la femme et recours à des raisons personnelles | 25 |
| I.3. Age et situation de détresse | 26 |
| I.4. Situation de détresse et état civil | 27 |
| I.5. Situation de détresse et nombre d'enfants | 28 |

2. Méthode de contraception

29

- | | |
|---|-------|
| 2.I. Méthode de contraception et tranches d'âge | 29-30 |
| 2.2. Méthode de contraception et état civil | 31 |
| 2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants | 32-33 |

table des matières ►



3. Méthode d'interruption de grossesse 34

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

4. Durée d'hospitalisation 38

4.I. Durée d'hospitalisation et anesthésie	38
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	39

5. Hôpital ou centre 40

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

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

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

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS 51

INTRODUCTION 52

1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES 53

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux et cliniques	53

2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES 53

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux et cliniques	53

3. APERCU GENERAL 53

Tableau – Centres	53
Tableau – Hôpitaux	53



3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

55

1. ANALYSE DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES 56

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

2. ANALYSE DES SERVICES D'INFORMATION NEERLANDOPHONES 66

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

CONCLUSIONS

76-78

table des matières ►



4. OUVRAGES RECUS

79

I. RAPPORTS **80-81**

II. ARTICLES GENERAUX ET TRAVAUX **82-84**

COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE

DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE **85-86**

COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF

DE LA COMMISSION NATIONALE D'EVALUATION

DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

87

NOTES

88-89



AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

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

avant-propos ➤



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

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



1. RAPPORT STATISTIQUE

1. rapport statistique ➤



Remarques préliminaires

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

La rubrique "autres" mentionnée dans les tableaux reprenant les situations de détresse invoquées, les moyens de contraception, les méthodes d'interruption de grossesse, d'anesthésie et les complications a été détaillée à l'annexe I.

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





1. Description

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

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

Moyenne d'âge
2004 : 27,43

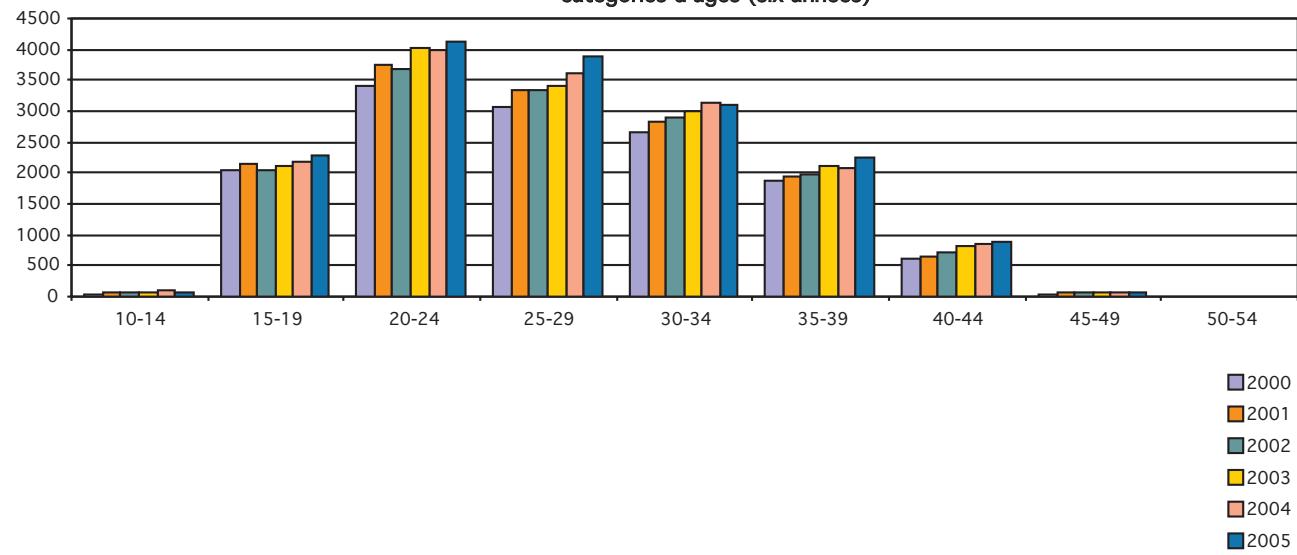
Moyenne d'âge
2005 : 27,44

1. rapport statistique ➤



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

catégories d'âges (six années)



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

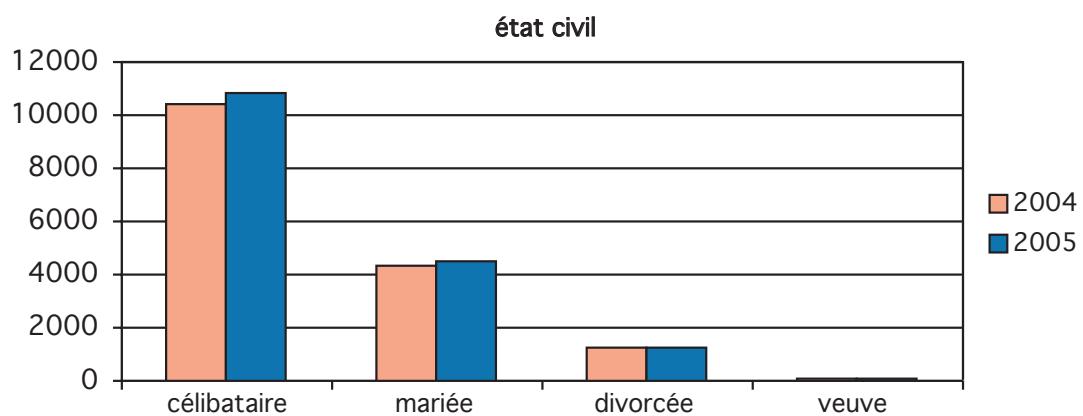
En 2004 : 475 dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

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



2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

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

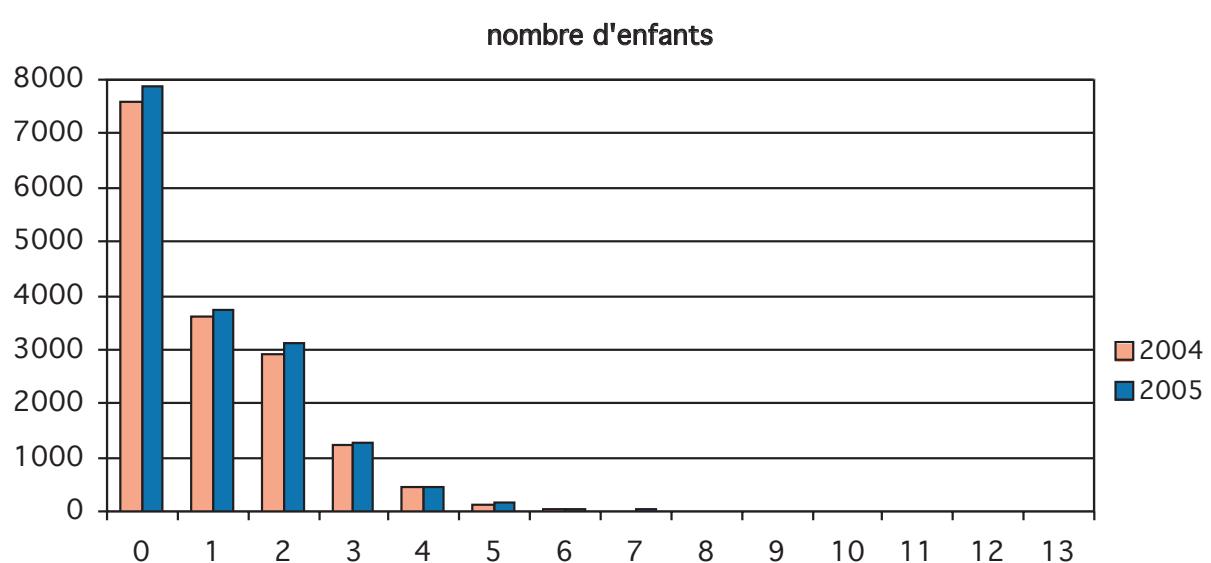


Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes. Ainsi, une femme dont l'état civil est "mariée" peut vivre en couple avec son conjoint ou avec un autre partenaire, ou encore vivre seule, et une femme dont l'état civil est "célibataire"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



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

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



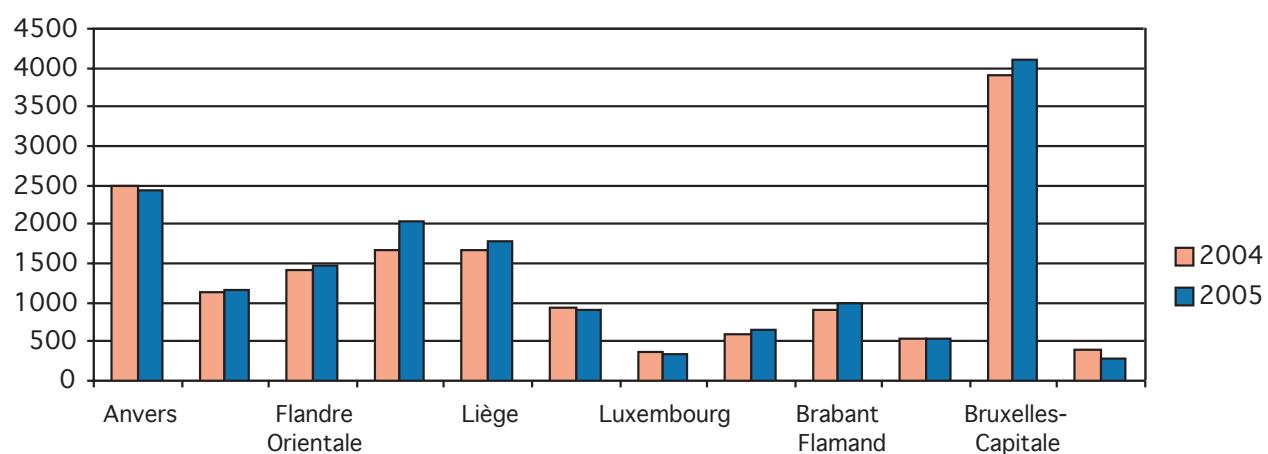


4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

4.1. Données générales

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

IVG selon le domicile de la femme

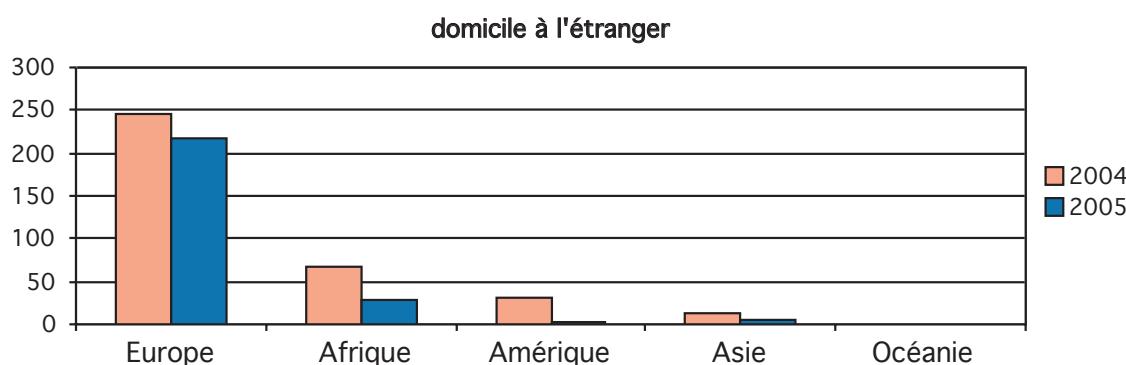




4.2. Les femmes domiciliées à l'étranger : division par continent

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

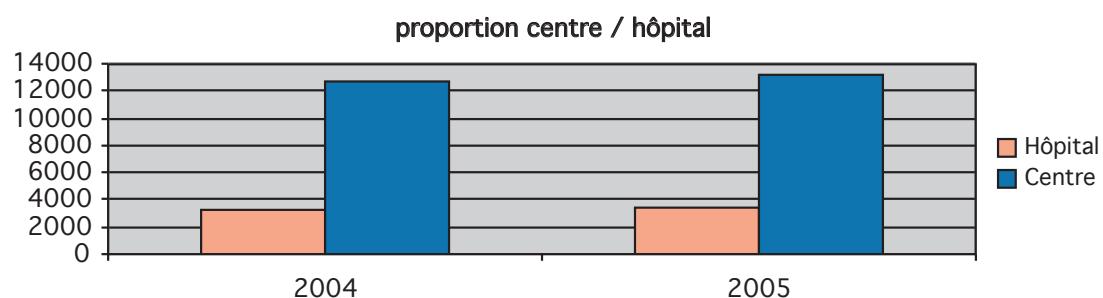
Les totaux de ce tableau diffèrent de ceux du tableau précédent en ce qui concerne les femmes domiciliées à l'étranger; cette différence est due au fait que les déclarantes n'ont pas toujours mentionné le pays d'origine. Les chiffres les plus exacts sont donc ceux qui figurent au tableau précédent 4.1.





5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse

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





B. DONNEES PSYCHO-SOCIALES

6. Situations de détresse invoquées

Liste des situations de détresse

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

Catégories de situations de détresse

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

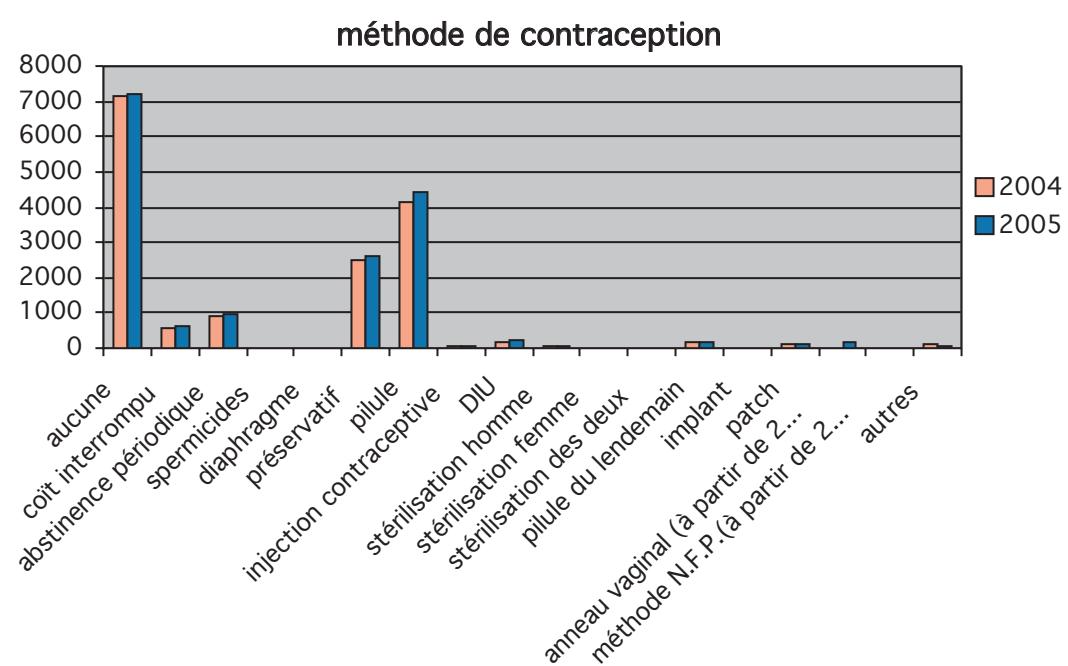
liste	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
A.00	436	465	1,81	1,85
A.01	258	271	1,07	1,08
A.02	201	212	0,83	0,84
B.13	2908	2856	12,07	11,36
B.14	616	687	2,56	2,73
B.15	1917	2198	7,96	8,74
B.16	924	1000	3,83	3,98
B.17	3547	3750	14,72	14,91
B.18	2608	2800	10,82	11,14
C.20	1976	1955	8,20	7,77
C.21	1148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



C. DONNEES MEDICALES

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

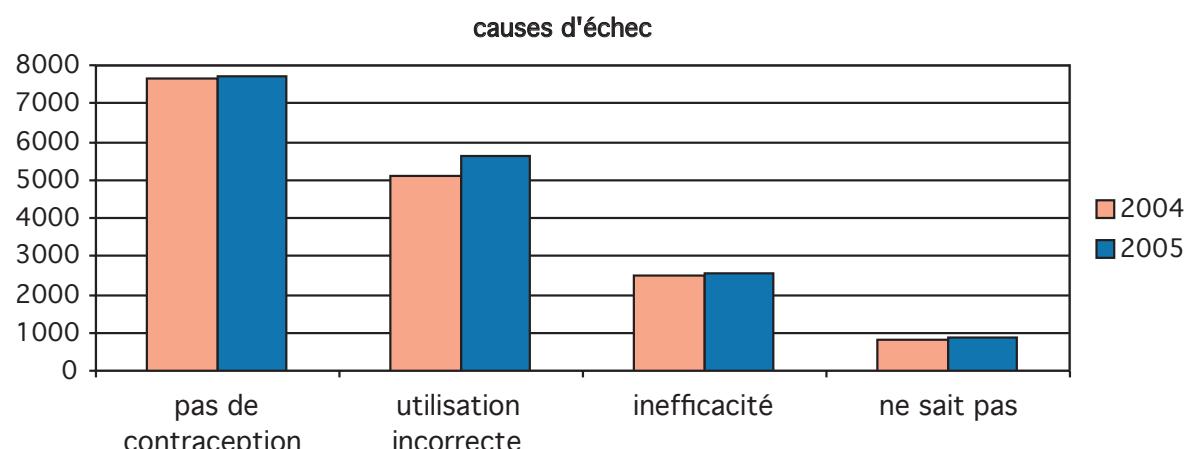
méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aucune	7168	7230	44,74	43,30
coït interrompu	581	639	3,63	3,83
abstinence périodique	910	947	5,68	5,67
spermicides	12	17	0,07	0,10
diaphragme	13	19	0,08	0,11
préservatif	2495	2592	15,57	15,52
pilule	4168	4429	26,02	26,53
injection contraceptive	32	37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





8. Causes d'échec de la contraception

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



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

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

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

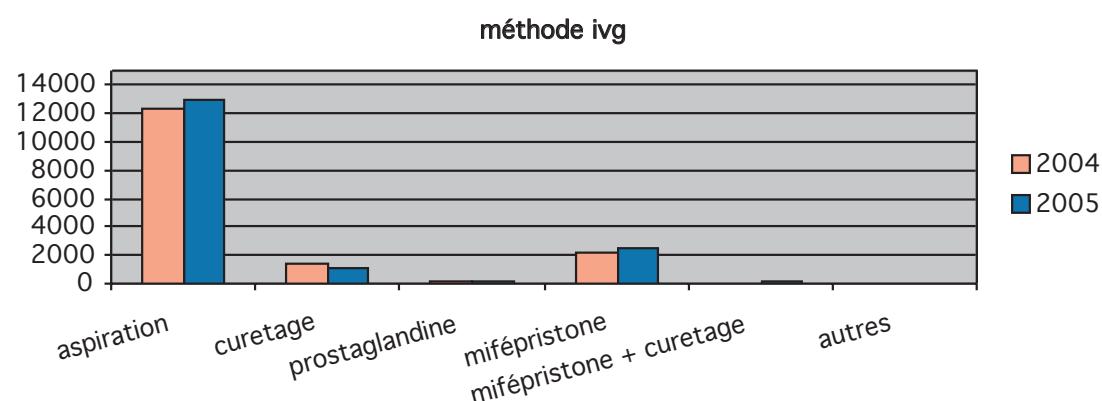
Cette réflexion concerne les tableaux 7 et 8.



D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

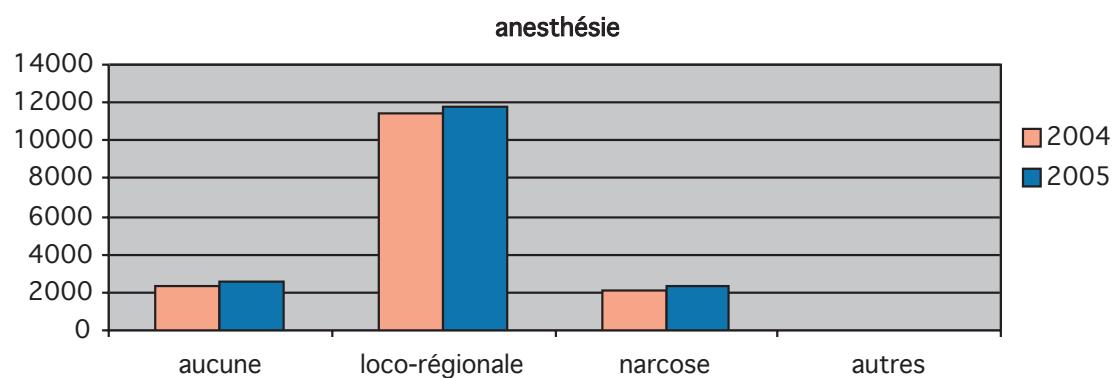
méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aspiration	12286	12974	76,75	77,72
curetage	1343	1060	8,39	6,35
prostaglandine	137	131	0,86	0,78
mifépristone	2175	2430	13,59	14,56
mifépristone + curetage	64	85	0,40	0,51
autres	3	14	0,02	0,08
total	16008	16694	100,00	100,00
pas de réponse	16	2		
total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





10. Anesthésie

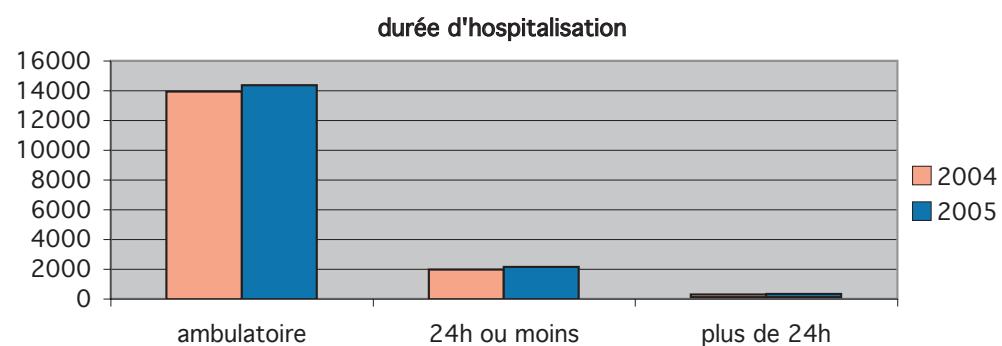
méthode	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
aucune	2338	2568	14,59	15,38
loco-régionale	11491	11809	71,72	70,73
narcose	2153	2291	13,44	13,72
autres	40	28	0,25	0,17
total	16022	16696	100,00	100,00
pas de réponse	2	0		
total général	16024	16696		





11. Durée d'hospitalisation

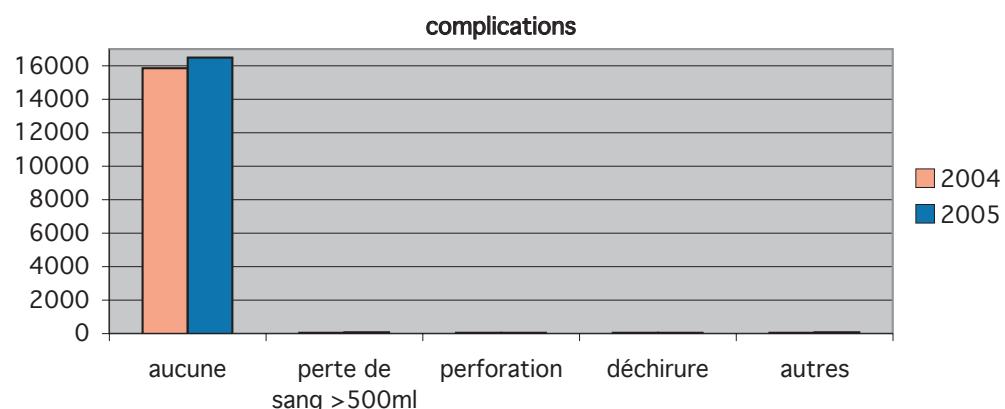
type	nombre		pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
ambulatoire	13912	14370	86,83	86,07
24h ou moins	1977	2135	12,34	12,79
plus de 24h	134	191	0,84	1,14
total	16023	16696	100,00	100,00
pas de réponse	1	0		
total général	16024	16696		





12. Complications

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





2. Tabulations croisées

1. SITUATION DE DETRESSE

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

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

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

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

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

1. rapport statistique ➤



1.3.1. Nombre

âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	2	0	25	21	143	149	213	214
sit. de détresse personnelle	116	119	2829	2928	3160	3351	2091	2274
sit. de détresse matérielle	2	1	318	336	1106	1105	994	1044
problèmes relationnels	13	11	582	562	1624	1672	1666	1797
viol-inceste	1	2	11	12	15	20	17	9
réfugiée politique	2	0	40	51	186	158	196	218
autres	0	0	24	19	73	82	75	64
total	136	133	3829	3929	6307	6537	5252	5620
âge	30-34		35-39		40-44		45-49	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	259	265	194	223	54	73	5	3
sit. de détresse personnelle	1833	1881	1570	1739	852	916	65	83
sit. de détresse matérielle	647	687	341	351	93	85	3	3
problèmes relationnels	1386	1280	733	764	213	201	14	16
viol-inceste	10	11	7	4	2	2	0	0
réfugiée politique	156	127	67	77	22	17	1	0
autres	80	56	46	46	11	13	2	1
total	4371	4307	2958	3204	1247	1307	90	106

1.3.2. Pourcentage

âge	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	1,47	0,00	0,65	0,53	2,27	2,28	4,06	3,81
sit. de détresse personnelle	85,29	89,47	73,88	74,52	50,10	51,26	39,81	40,46
sit. de détresse matérielle	1,47	0,75	8,31	8,55	17,54	16,90	18,93	18,58
problèmes relationnels	9,56	8,27	15,20	14,30	25,75	25,58	31,72	31,98
viol-inceste	0,74	1,50	0,29	0,31	0,24	0,31	0,32	0,16
réfugiée politique	1,47	0,00	1,04	1,30	2,95	2,42	3,73	3,88
autres	0,00	0,00	0,63	0,48	1,16	1,25	1,43	1,14
total	100,00							
âge	30-34		35-39		40-44		45-49	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	5,93	6,15	6,56	6,96	4,33	5,59	5,56	2,83
sit. de détresse personnelle	41,94	43,67	53,08	54,28	68,32	70,08	72,22	78,30
sit. de détresse matérielle	14,80	15,95	11,53	10,96	7,46	6,50	3,33	2,83
problèmes relationnels	31,71	29,72	24,78	23,85	17,08	15,38	15,56	15,09
viol-inceste	0,23	0,26	0,24	0,12	0,16	0,15	0,00	0,00
réfugiée politique	3,57	2,95	2,27	2,40	1,76	1,30	1,11	0,00
autres	1,83	1,30	1,56	1,44	0,88	0,99	2,22	0,94
total	100,00							



1.4.1. Nombre

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

1.4.2. Pourcentage

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



1.5.1. Nombre

situation de détresse	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	280	287	259	289	231	230	86	79
sit. de détresse personnelle	6359	6700	2159	2334	2282	2447	1096	1156
sit. de détresse matérielle	1605	1582	967	1023	662	685	226	229
problèmes relationnels	3132	3310	1621	1602	948	935	289	314
viol-inceste	34	39	13	11	10	6	6	2
réfugiée politique	293	284	182	172	122	127	46	41
autres	159	136	80	65	45	50	18	19
total	11862	12338	5281	5496	4300	4480	1767	1840
situation de détresse	4		5		>5			
	2004	2005	2004	2005	2004	2005		
santé	29	36	6	16	4	11		
sit. de détresse personnelle	429	437	118	139	97	78		
sit. de détresse matérielle	68	61	25	17	11	15		
problèmes relationnels	96	103	31	26	14	15		
viol-inceste	0	2	2	0	0	0		
réfugiée politique	19	12	6	9	2	3		
autres	4	7	4	3	1	1		
total	645	658	192	210	129	123		

1.5.2. Pourcentage

situation de détresse	0		1		2		3	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
santé	2,36	2,33	4,90	5,26	5,37	5,13	4,87	4,29
sit. de détresse personnelle	53,61	54,30	40,88	42,47	53,07	54,62	62,03	62,83
sit. de détresse matérielle	13,53	12,82	18,31	18,61	15,40	15,29	12,79	12,45
problèmes relationnels	26,40	26,83	30,69	29,15	22,05	20,87	16,36	17,07
viol-inceste	0,29	0,32	0,25	0,20	0,23	0,13	0,34	0,11
réfugiée politique	2,47	2,30	3,45	3,13	2,84	2,83	2,60	2,23
autres	1,34	1,10	1,51	1,18	1,05	1,12	1,02	1,03
total	100,00							
situation de détresse	4		5		>5			
	2004	2005	2004	2005	2004	2005		
santé	4,50	5,47	3,13	7,62	3,10	8,94		
sit. de détresse personnelle	66,51	66,41	61,46	66,19	75,19	63,41		
sit. de détresse matérielle	10,54	9,27	13,02	8,01	8,53	12,20		
problèmes relationnels	14,88	15,65	16,15	12,38	10,85	12,20		
viol-inceste	0,00	0,30	1,04	0,00	0,00	0,00		
réfugiée politique	2,95	1,82	3,13	4,29	1,55	2,44		
autres	0,62	1,06	2,08	1,43	0,78	0,81		
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		



2. METHODE DE CONTRACEPTION

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

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

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

2.1.1. Nombre

1. rapport statistique ➤



2.1.2. Pourcentage

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

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



2.2. Méthode de contraception et état civil

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

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

2.2.1. Nombre

2.2.2. Pourcentage

1. rapport statistique ➤



2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

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

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

2.3.1. Nombre



2.3.2. Pourcentage

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

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



3. METHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre

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

3.1.2. Pourcentage

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



3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie

3.2.1. Nombre

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

3.2.2. Pourcentage

	aspiration		curetage		prostaglandine		mifépristone		mifepr.+ curetage		autres	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
aucune	0,74	0,66	2,98	3,68	59,12	54,96	97,38	97,08	7,81	10,59	0,00	14,29
loco-régionale	88,78	88,20	35,37	21,89	28,47	38,93	2,25	2,22	23,44	27,06	66,67	35,71
narcose	10,32	11,04	61,36	74,25	2,92	2,29	0,23	0,53	68,75	61,18	33,33	28,57
autres	0,16	0,10	0,30	0,19	9,49	3,82	0,14	0,16	0,00	1,18	0,00	21,43
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



3.3.1. Nombre

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

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

3.3.2. Pourcentage

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

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



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

3.4.1. Nombre

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

3.4.2. Pourcentage

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



4. DUREE D'HOSPITALISATION

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre

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

4.1.2. Pourcentage

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



4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2.1. Nombre

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

4.2.2. Pourcentage

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



5. HOPITAL OU CENTRE

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre

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

5.1.2. Pourcentage par rapport au nombre d'avortements par province

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



5.2.1. Nombre

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

5.2.2. Pourcentage

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

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





5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
aucune	3195	3400	12670	13092
hémorragie	19	34	26	29
perforation	17	13	12	14
déchirure	19	21	12	11
autres	17	30	28	38
total	3267	3498	12748	13184

5.3.2. Pourcentage

	hôpital		centre	
	2004	2005	2004	2005
aucune	97,80	97,20	99,39	99,30
hémorragie	0,58	0,97	0,20	0,22
perforation	0,52	0,37	0,09	0,11
déchirure	0,58	0,60	0,09	0,08
autres	0,52	0,86	0,22	0,29
total	100,00	100,00	100,00	100,00



5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre

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

5.4.2. Pourcentage

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



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

5.5.1. Nombre

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

5.5.2. Pourcentage

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



5.6.1. Nombre

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

5.6.2. Pourcentage

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

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

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



ANNEXE 1

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

1. Les "autres" situations de détresse

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

Il est à noter que la sous-rubrique "99. Autres" a été très souvent utilisée pour insister sur le fait que la grossesse était absolument non désirée, qu'il n'y avait pas de désir d'enfant. Cela concernait en 2004, 71 cas parmi les "autres" réponses. En 2005, ce chiffre était de 14, bien qu'il existe une rubrique destinée à recueillir cette information.

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

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

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

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

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



Les réponses données sont les suivantes :

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

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

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

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

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

4. Les "autres" méthodes d'anesthésie

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

5. Les "autres" complications

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

Les réponses données sont les suivantes :

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



ANNEXE 2

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

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

En vertu de l'article 350, 4^e, 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^e, b), 2^e et 3^e du même Code, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

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

En 2005, 116 interruptions de grossesse au-delà de douze semaines ont été enregistrées, cinq pour cause de péril grave pour la santé de la femme et 105 en raison d'une affection grave ou incurable chez l'enfant. Trois interruptions ont été pratiquées en raison d'une combinaison de risques pour la mère et pour l'enfant.

À l'examen des documents d'enregistrement, il s'avère que le péril grave pour la santé de la femme recouvre les cas suivants : contamination HIV, éclampsie, septicémie, troubles du rythme cardiaque, maladie de Crohn, mort fœtale intra-utérine, rupture prématurée de la poche des eaux, hémorragie intraventriculaire, embolie pulmonaire bilatérale, cirrhose hépatique.





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

1. Affections chromosomiques

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

2. Malformations

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

3. Affections tératogènes

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

1. rapport statistique





2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS

2. Rapports annuels
des établissements de soins ➤



INTRODUCTION

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

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

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

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

- 1 Les IVG refusées par les établissements doivent être mentionnées mais il est possible que l'IVG ait été pratiquée dans une autre structure que celle où la demande a été initialement faite.
Il n'y a donc pas là de refus au sens strict.
- 2 Ont également été classées comme "rejet" ou "refus" les conditions suivantes dont la liste n'est pas exhaustive :
- la femme ne vient pas au rendez-vous ;
 - la suite réservée à la demande est inconnue ;
 - la femme n'est pas enceinte au moment de la demande ;
 - une fausse couche est survenue pendant la période d'attente ;
 - la grossesse dépasse le délai de douze semaines et la femme est orientée vers l'étranger ;
 - la grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai a dépassé 12 semaines après la période d'attente de 6 jours ;
 - la femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie ;
 - la femme est orientée vers un autre centre belge ;
 - la femme décide de poursuivre sa grossesse ;
 - la femme est orientée vers un service d'adoption.



1. Institutions francophones

Centres

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

Hôpitaux et cliniques

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

2. Institutions néerlandophones

Centres

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

Hôpitaux et cliniques

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

3. Aperçu général

Centres

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

Hôpitaux

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

2. Rapports annuels des établissements de soins





3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

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



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

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

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

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

Les institutions bruxelloises signalent toujours une augmentation du nombre d'IVG chez les jeunes ainsi que l'accroissement de leur fréquentation par des personnes émanant des communautés culturelles arabe, turque, espagnole, congolaise, sud-américaine. Ces institutions, interpellées par les aspects multiculturels de leur travail, insistent sur la nécessité d'une information qui puisse efficacement s'adresser à ce public, c'est-à-dire, non seulement dans les langues des communautés les plus représentées, mais aussi tenant compte de leurs appartenances religieuses et philosophiques .

L'ensemble des centres se dit aussi toujours de plus en plus confronté à des personnes au statut précaire, sans couverture sociale ou connaissant de réelles difficultés financières à qui ils proposent de faire payer l'IVG à leur rythme sur base d'une reconnaissance de dette. Si la dette n'est pas honorée, c'est le centre qui supporte les frais. Il y a donc demande d'une reconnaissance effective de l'acte pluridisciplinaire qu'est l'IVG dans son mode de subsidiation.

A. CENTRES EXTRAHOSPITALIERS

1. Définition et composition

En Communauté française, tous les centres extrahospitaliers sont des centres de planning familial. Les services d'information des centres extrahospitaliers sont le plus souvent composés d'une dizaine de personnes dont les intervenants sont le plus souvent des psychologues, des assistants sociaux et des médecins. Parfois les équipes se sont adjointes des juristes, des kinésithérapeutes, des sexologues et/ou des conseillers conjugaux ou encore une infirmière sociale ou du personnel administratif. Le public visé est aussi bien adolescent qu'adulte et les équipes semblent vouloir s'adapter aux demandes en tenant compte des spécificités inhérentes aux différentes classes d'âge.



2. Fonctionnement du service

Les activités des services d'information des centres s'inscrivent habituellement aussi bien dans une démarche préventive que dans la prise en charge de l'interruption de grossesse proprement dite.

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

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

Selon la philosophie des centres, lesquels adhèrent le plus souvent au GACEHPA (*Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement*), les centres soulignent qu'ils entendent favoriser le développement personnel de la patiente, son autonomie, sa responsabilité et son bien-être dans les domaines de la vie affective, sexuelle, familiale et sociale.

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

L'accueil

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

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

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

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



- mettre en garde quant aux conséquences possibles sur la vie du couple ou de la famille ;
- permettre de prendre conscience des enjeux liés à la décision, quelle qu'elle soit ;
- ouvrir un espace de parole où il sera question de la prévention en matière de vie affective et sexuelle ;
- informer sur les droits et aides possibles, ainsi que sur les possibilités d'adoption,
- orienter éventuellement vers le juriste ou l'assistante sociale ;
- informer et dédramatiser quant à l'intervention proprement dite ;
- mettre au point une contraception future, clarifier les choses quant à une éventuelle résistance à cet égard, passée ou future.

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

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

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

La consultation médicale

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

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

L'intervention

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Le suivi

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

Un travail de déculpabilisation doit parfois être entrepris.

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

Un centre résume ses impressions quant à l'accueil comme suit : "la qualité de l'accueil et de l'accompagnement est de toute façon un bon moyen de prévention de futures grossesses non désirées, de difficultés psychologiques ultérieures liées à celles-ci...Précisons que l'objectif de nos accueils est de permettre à la femme/au couple de prendre la moins mauvaise décision (étant donné le contexte et le moment où elle/il se trouve) ; ce que nous offrons à la femme/au couple, c'est un lieu de parole où le travailleur social va prendre le temps d'écouter la femme/le couple, lui permettre de prendre du recul par rapport à ce qu'il/elle est en train de vivre, de mûrir sa décision...".

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



“ L'accompagnement permet à la femme de prendre une décision plus librement, en connaissance de cause, en sachant mieux ce que représentera l'IVG ou la poursuite de la grossesse. Il favorise une prévention des difficultés psychologiques et médicales liées à un avortement.

Il favorise la mise en place d'un suivi de contraception.

Les “post” permettent de continuer le travail de prévention, de responsabilisation et de faciliter la poursuite du processus de deuil”.

Il est notamment aussi spécifié que "la qualité de l'accueil, la personnalisation de la relation et l'approche globale de la personne favorisent la réduction des complications médicales et/ou psychologiques de l'IVG".

L'IVG peut alors être vécue comme "une étape difficile dans un processus de maturation et un moment de réceptivité accrue aux messages de prévention et de responsabilisation ".

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

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

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

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

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



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

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

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

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

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

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



B. HOPITAUX ET CLINIQUES

1. Composition

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

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

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

2. Fonctionnement du service

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

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

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

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

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



De plus en plus d'hôpitaux accueillent la femme et une personne de son choix au cours d'un entretien individuel par une personne formée à l'écoute.

Un service social personnalisé a parfois été mis en place pour résoudre les problèmes annexes à la demande d'IVG (logement, mutuelle, minimex, éthyisme...) et donner toutes informations nécessaires.

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

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

Une accueillante oriente vers les différents intervenants.

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

- les entretiens des services d'information consistent le plus souvent en une clarification de la demande, une gestion de l'ambiguité et une information sur la contraception qui se prolonge parfois en une vérification de son application après l'IVG. Une information est aussi donnée quant à l'aspect médical de l'intervention ;
- certains hôpitaux dispensent une information sur la contraception dans les écoles environnantes ;
- les services d'information servent aussi à informer, selon la loi, sur les alternatives à l'avortement .

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

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

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



3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

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

- certaines femmes expriment qu'elles se sentent plus en sécurité ou moins "stigmatisées" dans un hôpital ;
- les difficultés inhérentes à l'usage de langues étrangères (anglais, arabe, persan, espagnol...) empêchent certaines patientes de passer par le service d'information et ce sont des médecins pratiquant ces langues qui se sont occupés de l'accueil ;
- une législation claire concernant l'accueil et l'information des femmes devrait être prévue, par exemple, il est nécessaire d'insister sur l'obligation légale du service d'information même dans le cadre d'une IVG médicamenteuse ;
- les patientes en situation illégale ont pu bénéficier d'une procédure administrative d'urgence leur permettant d'avoir accès aux soins nécessaires ;
- beaucoup de patientes hésitantes face à l'IVG l'ont fait, poussées par la crainte de l'avenir, face au peu de moyens financiers. Un hôpital souligne la différence qui existe entre désir d'enfant et désir de grossesse. Cet hôpital a organisé l'accueil et l'information des femmes dans une optique de prise en charge très orientée sur la psychologie ;
- la contraception doit, dans bien des cas, être longuement expliquée et il y a souvent lieu de surmonter des a priori négatifs concernant la pilule ;
- il y a parfois confusion entre la pilule du lendemain et la pilule abortive ;
- il y a méconnaissance de la pilule du lendemain ;
- une institution signale que "l'angoisse d'être seule et de devoir assumer un enfant, la crainte de perdre un emploi, la peur de ne pouvoir poursuivre une ambition professionnelle déjà bien engagée, l'impossibilité de pouvoir faire face à la pression familiale et sociale, à la charge financière que représente l'éducation d'un enfant" constituent les motivations d'un nombre non négligeable de femmes pour interrompre leur grossesse. ;
- l'IVG médicamenteuse est perçue comme une solution plus souple, plus naturelle d'interruption de grossesse ;
- l'IVG médicamenteuse amène une banalisation de l'interruption de grossesse.



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

Les hôpitaux suggèrent de mettre en pratique ce qui suit :

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

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



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

A. CENTRES

1. Composition et fonctionnement du service

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

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

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

Les quatre autres se limitent à mentionner quelques données sommaires et à renvoyer aux rapports des années précédentes.

c. La principale information mise à disposition sur papier concernant l'avortement et les méthodes appliquées consiste en des brochures éditées par l'asbl C.C.N.A.C. (Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra), à laquelle les centres sont affiliés. Les centres des grandes villes disposent en outre de dépliants qui s'adressent à la population féminine allochtone dans leur langue.

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

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





2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

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

a. Avant l'interruption de grossesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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



b. Pendant l'interruption de grossesse

Tous les centres offrent un accompagnement psychosocial du traitement. Un deuxième entretien s'effectue au préalable avec une assistante sociale, afin de vérifier que la femme ne nourrit aucun doute, ni n'a de raisons de connaître des problèmes pour accepter sa décision. Il est ensuite discuté du traitement post-opératoire et des moyens contraceptifs existants.

Le délai diffère en fonction de l'intervention (aspiration ou avortement médicamenteux), mais un dernier entretien est toujours prévu avec la femme.

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

c. Après l'interruption de grossesse

Il va de soi que l'opération est suivie d'un contrôle médical et éventuellement d'un entretien avec le médecin.

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

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

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

En ce qui concerne les groupes dits vulnérables :

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Renvois à l'étranger

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

Sous-groupes de patientes ayant recours à l'avortement

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

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



prescription médicale (adolescentes, dans une moindre mesure les 20-30 ans, ou encore 1 femme marocaine sur 4 qui n'ont pas utilisé de contraceptifs) et des problèmes physiques résultant de l'usage de contraceptifs. D'autres raisons sont la connaissance incorrecte des moyens de contraception (pour les femmes d'Europe centrale et orientale, d'Afrique subsaharienne et du Moyen- et Extrême-Orient), la conviction d'être stérile au moment de la fécondation ou le fait qu'il s'agissait d'un premier rapport sexuel ou d'un rapport sexuel imprévu ou encore d'un désir de maternité ambivalent ;

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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



B. HOPITAUX

1. Composition et fonctionnement

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

2. Méthode d'accueil et d'assistance

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

Un seul hôpital rapporte en détail le fonctionnement de son service d'information. Les méthodes d'accueil et d'assistance appliquées sont en l'occurrence similaires à celles des centres IVG : dialogue sur la situation de détresse, alternatives à l'avortement, explications relatives au déroulement de l'intervention et aux risques y afférents.

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

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

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



3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

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

Un service d'information en zone métropolitaine constate qu'un nombre élevé de femmes allochtones, de femmes en séjour illégal et de demandeuses d'asile n'ont qu'une connaissance limitée voire inexiste de la contraception, et réagissent différemment sur le plan émotionnel face à l'avortement en considérant ce dernier comme une forme de contraception.

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

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

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

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

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



CONCLUSIONS

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

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

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

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



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

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

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

4. Comme la Commission l'a fait souvent observer, et spécialement dans ses rapports de 2002 et de 2004, une étude pluridisciplinaire pourrait essayer d'interpréter l'ensemble de ces données à la lumière d'autres données (démographiques, médicales, psychologiques, socio-économiques, politiques et culturelles) évaluées par ailleurs. Le danger serait donc de tirer, des données dont la Commission dispose et qu'elle communique dans le présent rapport, des conclusions hâtives.

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

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

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

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



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

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

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

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



4. OUVRAGES RECUS

4. Ouvrages reçus ➤



I. RAPPORTS :

a. BELGIQUE :

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

b. ETRANGER :

CANADA :

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

DANEMARK :

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

FRANCE :

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



PAYS-BAS :

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

ESPAGNE :

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

ROYAUME-UNI :

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

ETATS-UNIS :

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

ROUMANIE :

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

4. Ouvrages reçus ➤





II. ARTICLES GENERAUX ET TRAVAUX

ABELOOS-FOUREZ, M.Th., Onderzoek betreffende de vrouw in noedsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking, Bruxelles, 1995, 16 p.

Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1988, Verslag aan het Parlement, février 1999.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CENTRUM VOOR FAMILIALE STUDIES, Abortus voor het Parlement, Bruxelles, 1979, 23 p.

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

CLIQUE, R. (red.), Abortus Provocatus, C.B.G.S., Studies en Documenten, n° 2., De Sikkel, Anvers, 1972, 508 p..

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

COCK, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademeicum (losbladig), Federatie C.G.S.O., Gand, 1991.

de BEAUFORT, I.D., DUPUIS, H.M. (red.), Handboek Gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen - Maastricht, 1988, 681 p.

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

FEDERATIE C.G.S.O., Abortus 178 p. : waar een wet is, is een weg (vouwfolder), Gand, 1993 .

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



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

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

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

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

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

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

KNÖFERL, Dr. G. e.a., Modellprogramm - "Beratungsstellen § 218", Band I27, Kohlhammer, Stuttgart, 1981, 262 p.

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

MARQUES-PEREIRA, B., L'interruption volontaire de grossesse, Courrier Hebdomadaire n° 1127 et 1128, CRISP, Bruxelles, 1986, 41 + 46 p.
id., L'avortement en Belgique, Editions de l'Université, Bruxelles, 1989, 166 p.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Ouvrages reçus ►



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

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

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

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

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

VAN BILSEN, P.M.A., VISSER, A., *Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie*, I.H.F., Bruxelles, 1993, 82 p.

VAN DEN BERGH, A.S., de methode FINKS, STIMEZO, La Haye, 1977, 157 p.

VAN WESTERING, F., SPANJAARD, H., *Zo zit dat, Margriet reeks*, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 p.

VENNER, F., *L'opposition à l'avortement - du lobby au commando*, BERG INTERNATIONAL, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 p.

VISSER, A., GEERAERT, A., LEHERT, P., *Seksualiteit en relativering : anticonceptie in België*, ACCO, Louvain, 1991, 181 p.

les couples en Belgique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993 VISSER, A., GEERAERT, A., LEHERT, P., *Sexualité et contraception : Les relations dans*, 174 p.

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

ZUCKER-ROUVILLOIS, E., *La loi française sur l'interruption volontaire de grossesse: sa construction*, Vie Sociale, 1992, n° 11-12, p 13-50.



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

Membres effectifs :

1° en tant que docteurs en médecine :

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

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

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

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

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

4. Ouvrages reçus ►



Membres suppléants :

1° en tant que docteurs en médecine :

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

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

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

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

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





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

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

4. Ouvrages reçus



NOTES



