

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

RAPPORT À L'ATTENTION
DU PARLEMENT
1 janvier 2008 – 31 décembre 2009



TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS	5-6
Formulaire d'enregistrement	7-8

1. RAPPORT STATISTIQUE	9
-------------------------------	----------

Remarques préliminaires	9
-------------------------	---

1. Description	10
-----------------------	-----------

A. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	10
--	-----------

1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	10-11
2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil	12
3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde	13
4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	14
4.1. Données générales	14
4.2. Femmes domiciliées à l'étranger	15
5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse	16

B. DONNÉES PSYCHO-SOCIALES	17
-----------------------------------	-----------

6. Situations de détresse invoquées	17
-------------------------------------	----

C. DONNÉES MÉDICALES	18
-----------------------------	-----------

7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	18
8. Causes d'échec de la contraception	19

D. ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT	20
---	-----------

9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	20
10. Anesthésie	21
11. Durée d'hospitalisation	22
12. Complications	23

2. Tabulations croisées	24
--------------------------------	-----------

1. SITUATION DE DÉTRESSE	24
---------------------------------	-----------

1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle	24
1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle	24
1.3. Situation de détresse et âge	25
1.4. Situation de détresse et état civil	26
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants	27

2. MÉTHODE DE CONTRACEPTION	28
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	28-29
2.2. Méthode de contraception et état civil	30
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants	31-32
3. MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSE	33
3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications	33
3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie	34
3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge	35
3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	36
4. DURÉE D'HOSPITALISATION	37
4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	37
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	37
5. HÔPITAL OU CENTRE	38
5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	38
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	39
5.3. Hôpital ou centre et complications	40
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	40
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	41
5.6. Hôpital ou centre et anesthésie	42
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	42
ANNEXE 1	43-44
Remarques concernant la sous-rubrique «autres» du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	
ANNEXE 2	45-48
Les interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines	

2. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	49
--	-----------

INTRODUCTION	50
1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES	51
Tableau - Centres	
Tableau - Hôpitaux	

2. INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES	51
Tableau - Centres	
Tableau - Hôpitaux	
3. APERÇU GÉNÉRAL	51
Tableau - Centres	
Tableau - Hôpitaux	

3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	52
---	-----------

1. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES	53
A. CENTRES EXTRAHOSPITALIERS	53
1. Composition et fonctionnement du service	53
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	54
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	55-56
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention	56-57
B. HÔPITAUX	57
1. Composition et fonctionnement du service	57
2. Cas d'accueil et d'assistance qui doivent être signalés	58
3. Suggestions en vue d'améliorer la prévention	58
2. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION NÉERLANDOPHONES	59
A. CENTRES	59
1. Composition et fonctionnement du service	59
2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées	59-61
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	61
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention	62-64

B. HÔPITAUX	64
1. Composition et fonctionnement	64-65
2. Méthodes d'accueil et d'assistance	65
3. Cas d'accueil et d'assistance signalés	65
4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées	65

CONCLUSIONS	66-68
--------------------	--------------

4. OUVRAGES REÇUS	69
--------------------------	-----------

1. RAPPORTS	69-71
--------------------	--------------

2. ARTICLES GÉNÉRAUX ET TRAVAUX	71-74
--	--------------

5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION	75
---	-----------

1. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	76
---	-----------

2. COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	77
--	-----------

6. TEXTES DE LOI	78
-------------------------	-----------

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse	78-80
2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation	81-84

Avant-propos

Le Parlement voudra bien trouver ici le onzième rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, Commission instituée par la loi du 13 août 1990. Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2008 et 2009.

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

- en août 1992, sur l'état des travaux après quelques mois de fonctionnement;
- en août 1993, sur les enregistrements couvrant la période du 1er octobre au 1er décembre 1992;
- en août 1994, sur les enregistrements couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1993;
- en août 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 et 2006, sur les enregistrements couvrant respectivement les années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005;
- en décembre 2008, sur les enregistrements couvrant les années 2006-2007 ; la tardivité de cette dernière communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos du rapport relatif à cette période.

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

Ce rapport se divise, comme les précédents, en trois parties.

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

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

La troisième partie fournit une synthèse des données que les services d'information francophones et néerlandophones ont transmises dans leurs rapports annuels.

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

La Commission tout entière renouvelle ses remerciements chaleureux aux membres du personnel administratif mis à sa disposition pour l'enregistrement et le traitement des données, et rend hommage à leur dévouement et à leur compétence, en soulignant que leur tâche fut rendue plus difficile cette année en raison de modifications du système informatique.

Formulaire d'enregistrement - recto

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

(version 2005)

Formulaire à envoyer à la Commission d'évaluation relative à l'interruption de grossesse dans les quatre mois qui suivent l'interruption de grossesse (voir verso svp) Le présent talon est renvoyé comme accusé de réception du formulaire à l'adresse ci-dessous indiquée par le médecin

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

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date de réception

N° de code du médecin :

Date d'encodage :

N° de code de l'établissement :

N° de référence :

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date d'encodage

Date de réception :

N° du code du médecin :

N° de référence

N° de code de l'établissement

1 Date a) Demande d'interruption de grossesse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) 1^{er} entretien avec le service d'information: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) interruption de grossesse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 Femme a) âge: <input type="text"/> <input type="text"/> b) état civil : 1. Non mariée 2. mariée 3. divorcée 4. Veuve c) nombre d'enfants mis au monde : d) domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Pays si domicile à l'étrangers (*) 7. Limbourg 8. Luxembourg 1. Anvers 9. Namur 3. Flandre occidentale 11 -Brabant flamand 4. Flandre orientale 12.-Brabant wallon 5. Hainaut 13. Région de Bruxelles-Capitale 6. Liège PAYS : (*) _____ 3 a) État de détresse invoqué par la femme (voir verso svp) <input type="text"/> <input type="text"/> 1, 2 ou 3 numéros à remplir : 3 b) si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai <input type="text"/> <input type="text"/> de 12 semaines : 1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse <input type="text"/> <input type="text"/> pour la santé de la femme : (*) (*) _____ 2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance wordt. : (*) (*) _____	4 Déclaration faite par la femme concernant a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées au <input type="text"/> <input type="text"/> cours du cycle de la contraception 01. aucune 10. stérilisation homme 02. coït interrompu 11. stérilisation femme 03. abstinence périodique 12. stérilisation des deux 04. spermicides 13. « pilule du lendemain 05. diaphragme 14. implant 06. préservatif 15. patch 07. pilule 16. Anneau vaginal 08. Injection contraceptive 17. Methode NFP 09. DIU (dispositif intra-utérin) 18. Autres méthodes: _____ b) cause de l'inefficacité : 1. N'a pas utilisé de méthode contraceptive <input type="text"/> 2. Utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode 3. Méthode contraceptive a été inefficace malgré une bonne utilisation 4. Ne sait pas 5 Methode appliquée pour interrompre la grossesse :: <input type="text"/> a) méthode d'interruption de grossesse : 1. aspiration 4. mifépristone 2. curetage & dilatation 5. mifépristone + curetage 3. prostaglandine 6. autres methode _____ b) anesthésie: <input type="text"/> 1. aucune 2. loco-régionale 3. narcose 4. autres : _____ c) durée d'hospitalisation : 1. aucune (ambulatoire) <input type="text"/> 2. hospitalisation : 24 heures ou moins 3. hospitalisation : plus de 24 heures 6 Complications: 1. aucune 2. perte de sang estimée à plus de 500 ml <input type="text"/> 3. perforation 4. déchire du col utérin 5. autres : _____
---	---

Formulaire d'enregistrement - verso

Adresse: Commission nationale d'Evaluation
Rue de l'Autonomie 4 – 2^e étage.
1070 BRUXELLES

Rubrique 3 a) 1, 2 ou 3 numéros de code à remplir

- 00. Problèmes de santé de la femme enceinte
- 01. Problèmes de santé de l'enfant à naître
- 02. Problèmes de santé mentale

- 13. Femme se sent trop jeune
- 14. Femme se sent trop âgée
- 15. Etudiante
- 16. Isolée
- 17. Pas de souhait d'enfant pour le moment (étalement familial)
- 18. Famille complète

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle
- 22. Situation de logement

- 30. Relation récemment rompue
- 31. Partenaire n'accepte pas la grossesse
- 32. Relation occasionnelle
- 33. Relation trop récente
- 34. Relation hors mariage
- 35. Problèmes de couple
- 36. Problèmes relationnels avec l'entourage
- 37. Problèmes juridiques liés au divorce

- 40. Viol
- 41. Inceste

- 50. Etrangère en situation administrative précaire
- 99. Autre, à préciser

1. RAPPORT STATISTIQUE

Remarques préliminaires

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

La rubrique “autres” mentionnée dans les tableaux dans les situations de détresse invoquées, les méthodes anticonceptionnelles, les méthodes d’interruption de grossesse, d’anesthésie et les complications sont détaillées dans l’ANNEXE 1

Les données sur les interruptions de grossesse après la période de 12 semaines sont mentionnées dans l’ANNEXE 2.

1. DESCRIPTION

A. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

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

âge	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
12	2	1	0,01	0,01
13	14	12	0,08	0,06
14	89	66	0,48	0,35
15	189	191	1,02	1,01
16	359	363	1,93	1,92
17	554	524	2,98	2,78
18	712	723	3,83	3,83
19	774	794	4,16	4,21
20	932	964	5,01	5,11
21	907	955	4,88	5,06
22	929	940	5,00	4,98
23	968	966	5,21	5,12
24	893	983	4,80	5,21
25	937	933	5,04	4,94
26	875	820	4,71	4,35
27	873	915	4,69	4,85
28	887	879	4,77	4,66
29	774	829	4,16	4,39
30	763	862	4,10	4,57
31	675	725	3,63	3,84
32	733	733	3,94	3,88
33	643	686	3,46	3,64
34	631	606	3,39	3,21
35	589	570	3,17	3,02
36	577	494	3,10	2,62
37	547	468	2,94	2,48
38	416	467	2,24	2,47
39	387	390	2,08	2,07
40	308	334	1,66	1,77
41	239	234	1,29	1,24
42	186	175	1,00	0,93
43	98	112	0,53	0,59
44	70	73	0,38	0,39
45	35	41	0,19	0,22
46	15	24	0,08	0,13
47	8	13	0,04	0,07
48	3	3	0,02	0,02
49	3	1	0,02	0,01
50	0	1	0,00	0,01
51	0	0	0,00	0,00
52	1	0	0,01	0,00
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

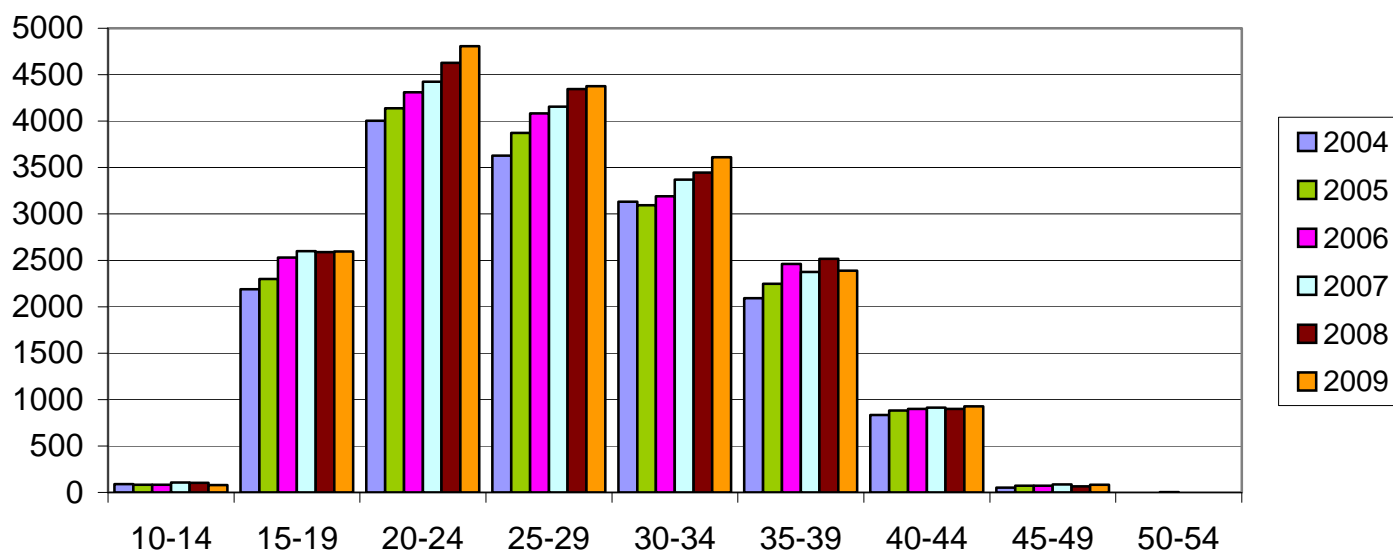
moyenne d'âge en 2008 : **27,34**

moyenne d'âge en 2009: **27,33**

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

âge catégorie	nombre						%					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10-14	88	84	83	107	105	79	0,55	0,50	0,47	0,59	0,56	0,419
15-19	2188	2301	2531	2601	2588	2595	13,66	13,78	14,35	14,42	13,92	13,75
20-24	4002	4139	4310	4423	4629	4808	24,98	24,79	24,43	24,53	24,89	25,48
25-29	3628	3873	4084	4156	4346	4376	22,65	23,20	23,15	23,05	23,37	23,19
30-34	3131	3093	3191	3369	3445	3612	19,54	18,53	18,09	18,68	18,53	19,14
35-39	2094	2248	2463	2375	2516	2389	13,07	13,47	13,96	13,17	13,53	12,66
40-44	836	882	901	915	901	928	5,22	5,28	5,11	5,07	4,85	4,918
45-49	53	74	74	87	64	82	0,33	0,44	0,42	0,48	0,34	0,435
50-54	1	0	3	0	1	1	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,005
total	16021	16694	17640	18033	18595	18870	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
pas de réponse	3	2	0	0	0	0						
total gén.	16024	16696	17640	18033	18595	18870						

d'après l'âge de la femme



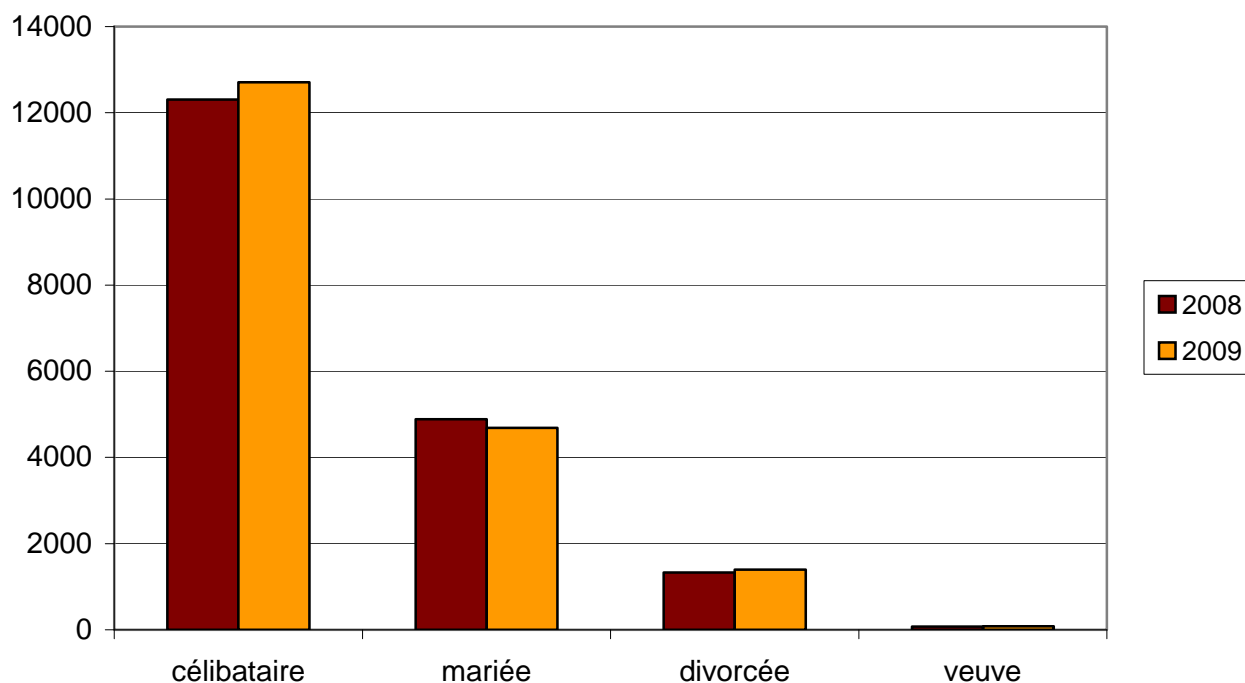
Selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les cliniques spécialisées des Pays-Bas ont pratiqué des interruptions de grossesse sur des femmes provenant de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg, dont vous trouverez le nombre ci-dessous .

En 2008: **336** ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.
En 2009: **342** ont été pratiquées dans les cliniques frontalières de Eindhoven, Goes et Maastricht.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

état civil	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
célibataire	12306	12711	66,18	67,36
mariée	4886	4688	26,28	24,84
divorcée	1331	1393	7,16	7,38
veuve	72	78	0,39	0,41
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

état civil



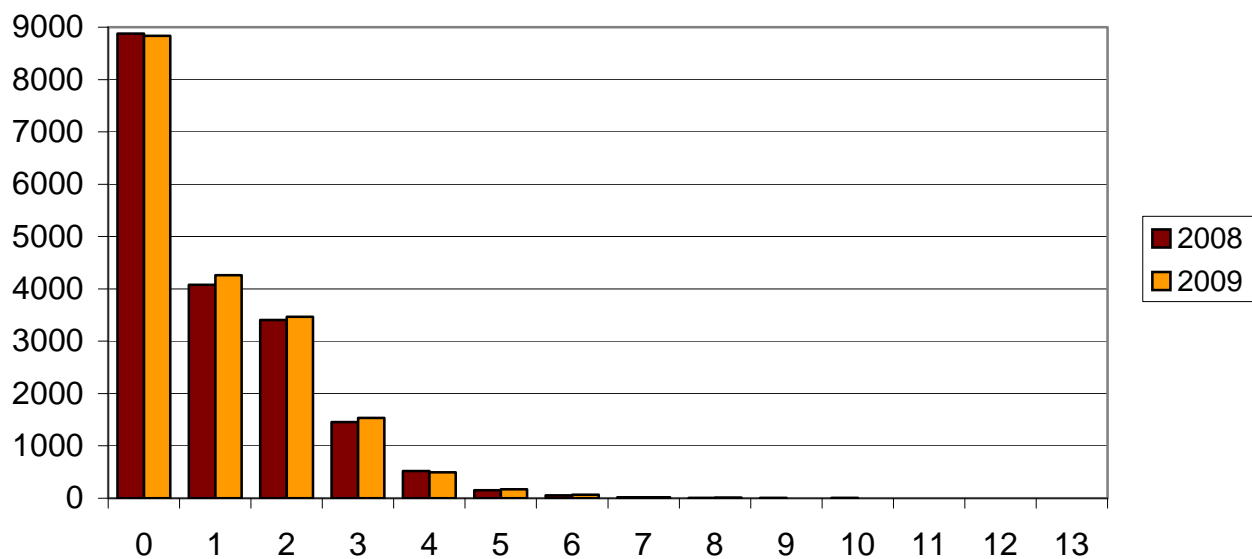
Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes.

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

enfants	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
0	8879	8833	47,75	46,81
1	4079	4262	21,94	22,59
2	3407	3469	18,32	18,38
3	1458	1537	7,84	8,15
4	521	495	2,80	2,62
5	152	171	0,82	0,91
6	58	70	0,31	0,37
7	20	17	0,11	0,09
8	9	11	0,05	0,06
9	4	2	0,02	0,01
10	8	2	0,04	0,01
11	0	0	0,00	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	0	1	0,00	0,01
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

nombre d'enfants

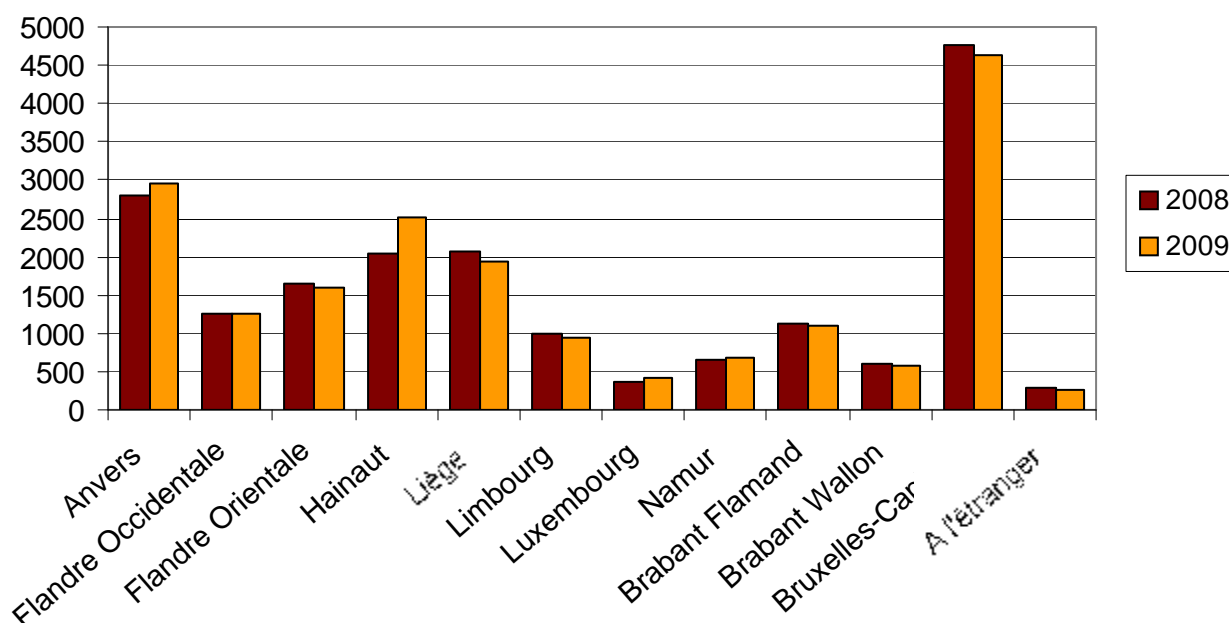


4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

4.1. Données générales

domicile	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
Anvers	2791	2946	15,01	15,61
Flandre Occidentale	1260	1259	6,78	6,67
Flandre Orientale	1642	1603	8,83	8,49
Hainaut	2052	2522	11,04	13,37
Liège	2064	1949	11,10	10,33
Limbourg	989	931	5,32	4,93
Luxembourg	379	428	2,04	2,27
Namur	643	681	3,46	3,61
Brabant Flamand	1125	1095	6,05	5,80
Brabant Wallon	597	566	3,21	3,00
Bruxelles -Capitale	4762	4638	25,61	24,58
A l'étranger	291	252	1,56	1,34
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

IVG selon le domicile de la femme



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

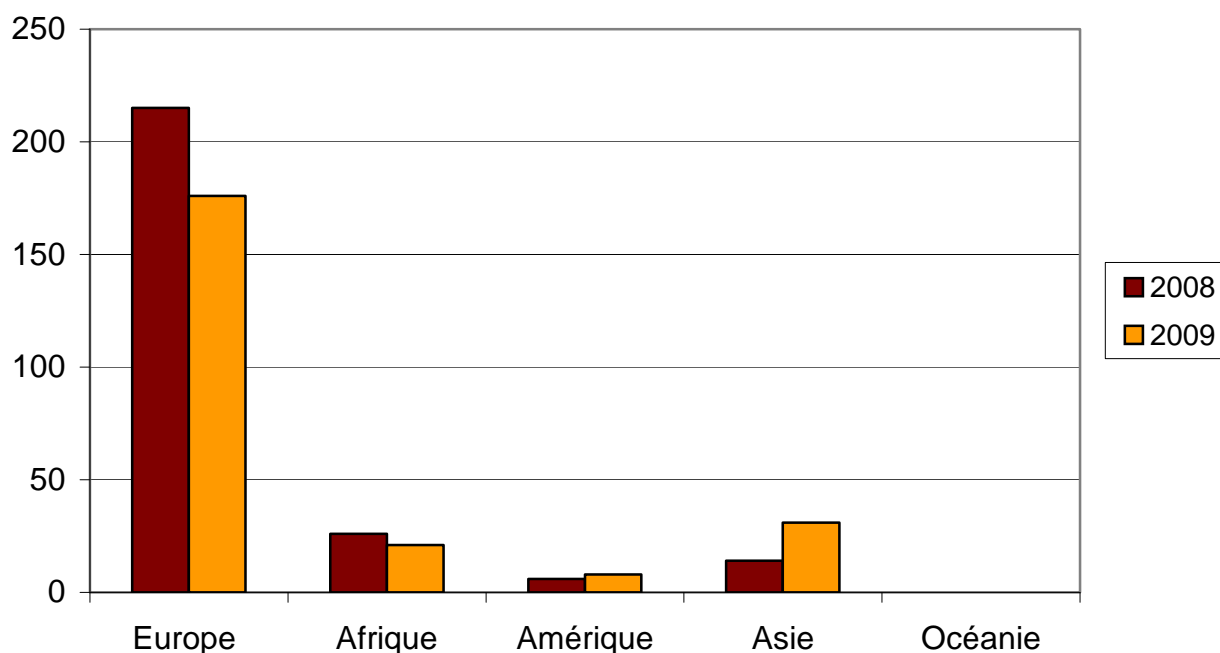
origine	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
Europe	215	176	82,38	74,58
Afrique	26	21	9,96	8,90
Amérique	6	8	2,30	3,39
Asie	14	31	5,36	13,14
Océanie	0	0	0,00	0,00
total	261	236	100,00	100,00
pas de réponse	7	16		
total général	268	252		

Les totaux de ce tableau diffèrent de ceux du tableau précédent en ce qui concerne les femmes domiciliées à l'étranger.

Cette différence est due au fait que les déclarantes n'ont pas toujours mentionné le pays d'origine.

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

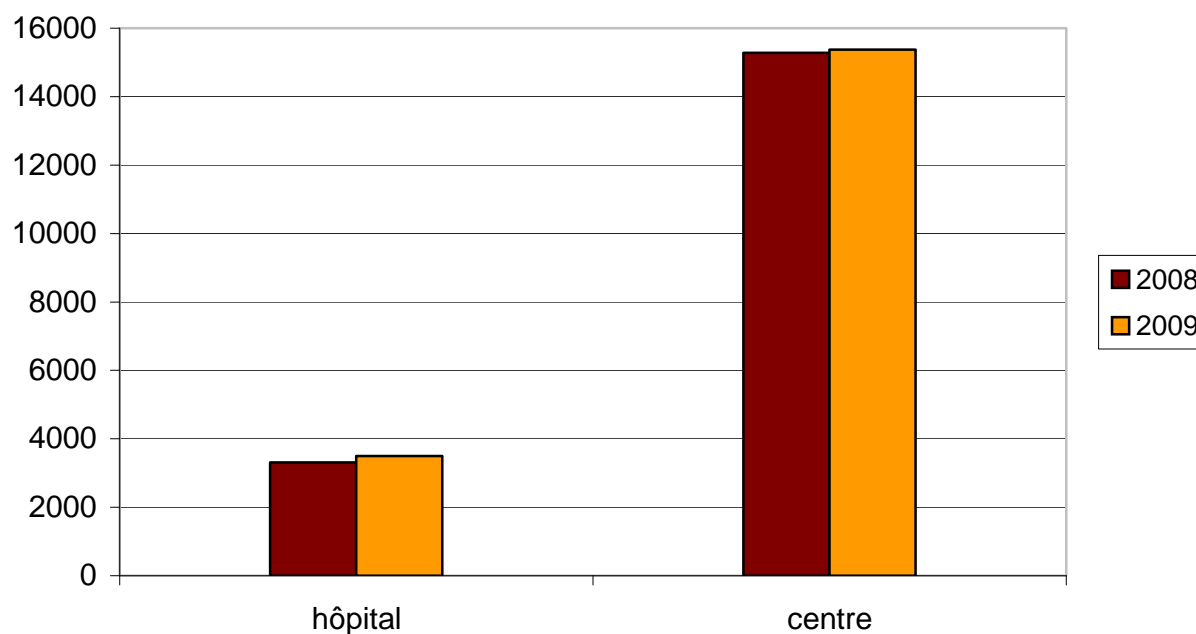
femmes domiciliées à l'étranger



5. Établissements où se pratique l'interruption de grossesse

institution	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
hôpital	3312	3493	17,81	18,51
centre	15283	15377	82,19	81,49
total général	18595	18870	100,00	100,00

proportion centre / hôpital



B. DONNÉES PSYCHO-SOCIALES

6. Situations de détresse invoquées

Liste des situations de détresse

A.00 Problèmes de santé de la femme enceinte
 A.01 Problèmes de santé de l'enfant à naître
 A.02 Problèmes de santé mentale
 B.13 La femme se sent trop jeune
 B.14 La femme se sent trop vieille
 B.15 Étudiante
 B.16 Femme isolée
 B.17 Pas de souhait d'enfant pour le moment
 B.18 Famille complète

C.20 Problèmes financiers
 C.21 Situation professionnelle
 C.22 Problèmes de logement

D.30 Relation récemment rompue
 D.31 Le partenaire n'accepte pas la grossesse
 D.32 Relation occasionnelle
 D.33 Relation trop récente
 D.34 Relation hors mariage
 D.35 Problèmes de couple
 D.36 Problèmes relationnels avec l'entourage
 D.37 Problèmes juridiques liés au divorce

E.40 Viol
 E.41 Inceste

F.50 Réfugiée politique

G.99 Autres

Catégories de situations de détresse

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

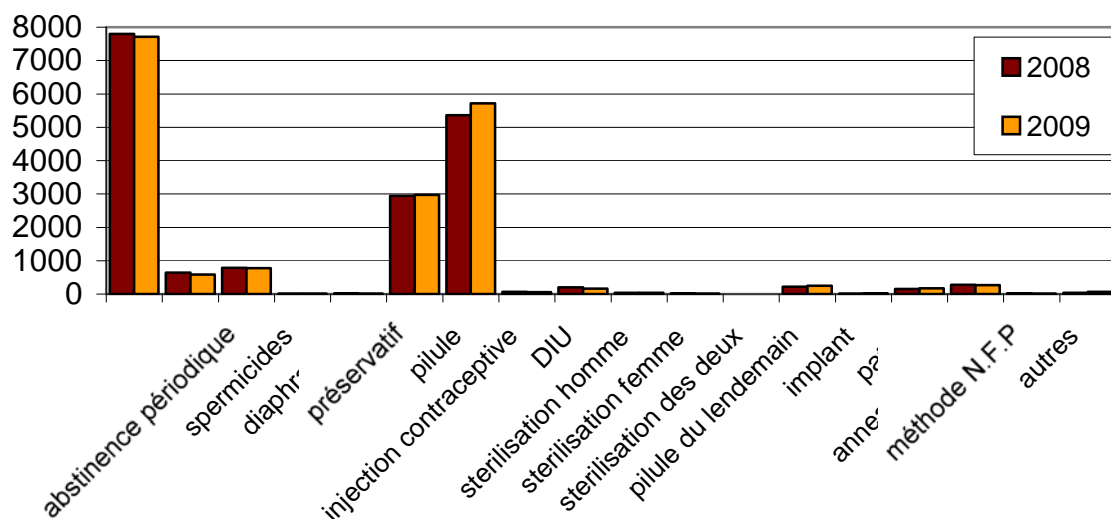
liste	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
A.00	571	550	2,02	1,87
A.01	337	309	1,19	1,05
A.02	244	284	0,86	0,97
B.13	3478	3403	12,33	11,58
B.14	737	698	2,61	2,37
B.15	2606	2615	9,24	8,90
B.16	865	981	3,07	3,34
B.17	4489	4659	15,91	15,85
B.18	3110	3029	11,02	10,31
C.20	2064	2323	7,31	7,90
C.21	1450	1589	5,14	5,41
C.22	418	510	1,48	1,74
D.30	1517	1716	5,38	5,84
D.31	799	764	2,83	2,60
D.32	693	762	2,46	2,59
D.33	1357	1553	4,81	5,28
D.34	728	656	2,58	2,23
D.35	1362	1456	4,83	4,95
D.36	356	378	1,26	1,29
D.37	125	112	0,44	0,38
E.40	63	68	0,22	0,23
E.41	0	2	0,00	0,01
F.50	495	529	1,75	1,80
G.99	353	447	1,25	1,52
total	28217	29393	100,00	100,00

C. DONNÉES MÉDICALES

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

méthode	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
aucune	7796	7711	41,93	40,86
coït interrompu	647	584	3,48	3,09
abstinence périodique	784	779	4,22	4,13
spermicides	10	14	0,05	0,07
diaphragme	18	13	0,10	0,07
préservatif	2942	2977	15,82	15,78
pilule	5365	5721	28,85	30,32
injection contraceptive	63	59	0,34	0,31
DIU	199	162	1,07	0,86
stérilisation homme	38	38	0,20	0,20
stérilisation femme	15	14	0,08	0,07
stérilisation des deux	2	1	0,01	0,01
pilule du lendemain	218	249	1,17	1,32
implant	9	16	0,05	0,08
patch	157	177	0,84	0,94
anneau vaginal	274	273	1,47	1,45
méthode N.F.P	18	12	0,10	0,06
autres	40	70	0,22	0,37
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

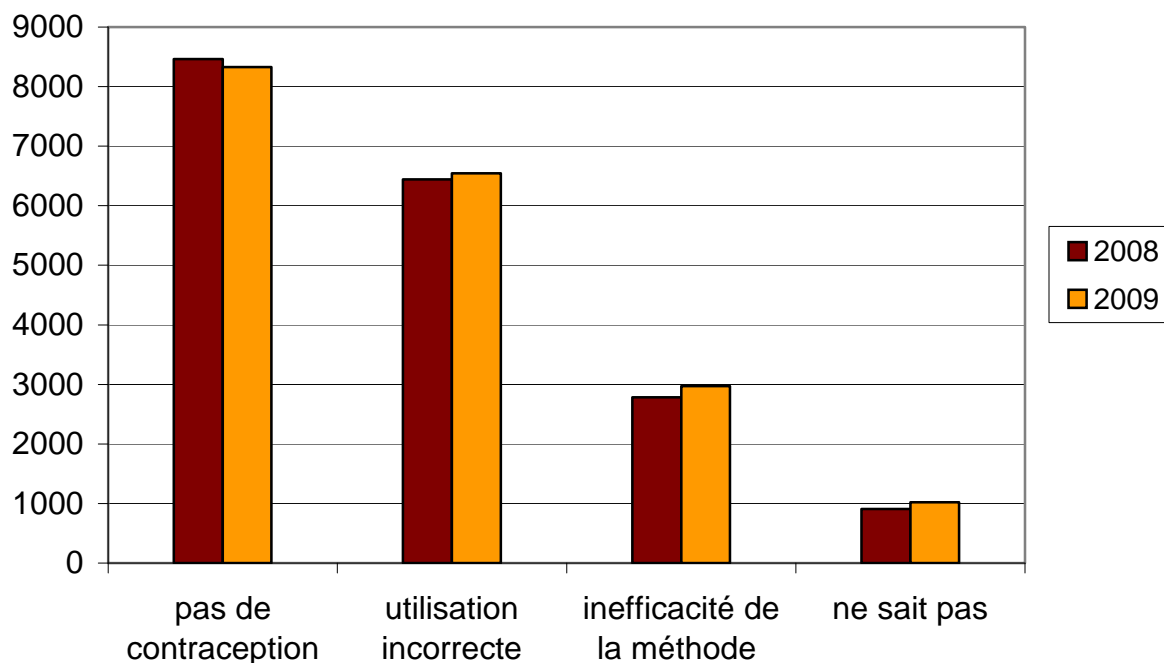
méthodes de contraception



8. Causes d'échec de la contraception

cause	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
pas de contraception	8461	8331	45,50	44,15
utilisation incorrecte	6441	6542	34,64	34,67
inefficacité de la méthode	2784	2974	14,97	15,76
ne sait pas	909	1023	4,89	5,42
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

causes d'échec



Ces chiffres ont été établis à partir des déclarations faites par les femmes et ne peuvent être recoupés scientifiquement. La Commission ne possède pas de renseignements quant à la fréquence de l'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.

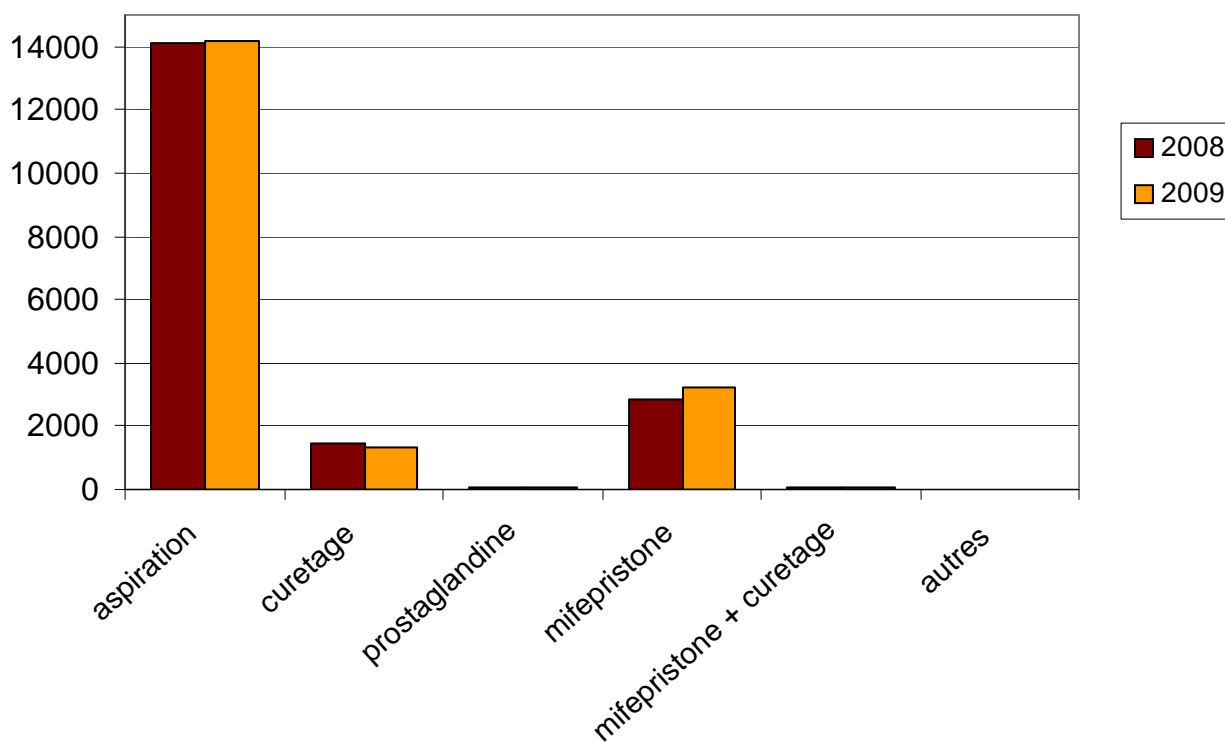
La publication de ces chiffres ne contient aucun jugement de valeur quant à la fiabilité des méthodes utilisées. Cette réflexion concerne les tableaux 7 et 8.

D. ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

méthode	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
aspiration	14097	14177	75,81	75,13
curetage	1436	1308	7,72	6,93
prostaglandine	94	80	0,51	0,42
mifépristone	2871	3236	15,44	17,15
mifépristone + curetage	74	53	0,40	0,28
autres	23	16	0,12	0,08
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

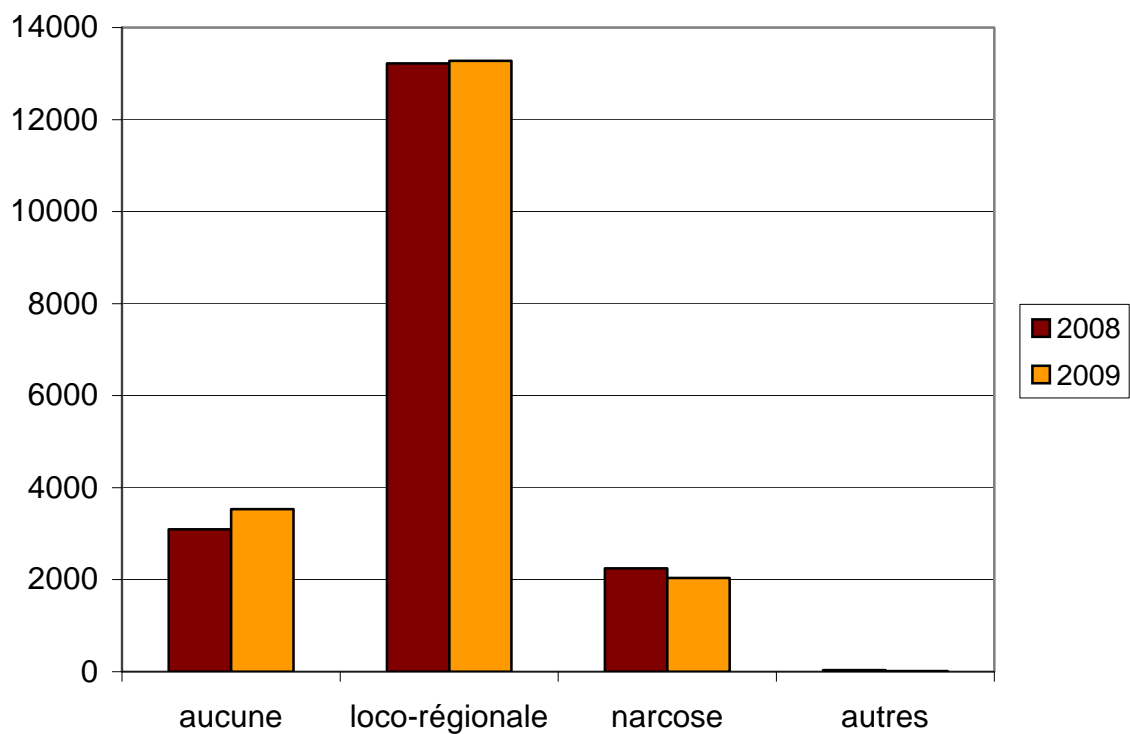
méthodes d'IVG



10. Anesthésie

méthode	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
aucune	3096	3536	16,65	18,74
loco-régionale	13219	13280	71,09	70,38
narcose	2246	2040	12,08	10,81
autres	34	14	0,18	0,07
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

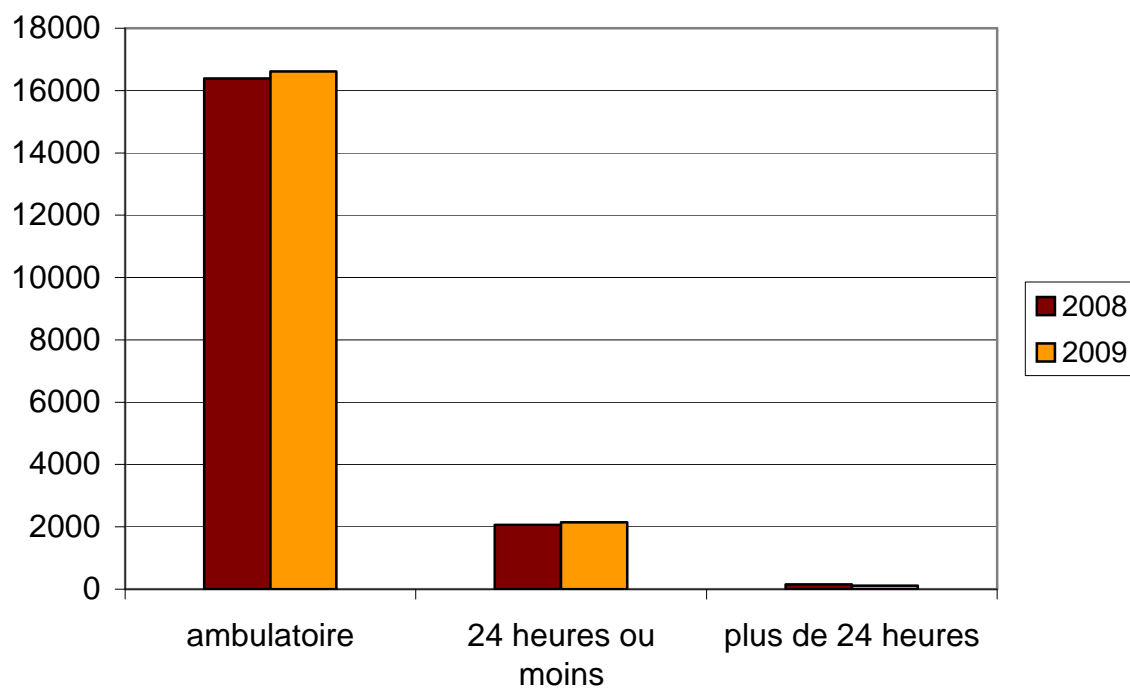
anesthésie



11. Durée d'hospitalisation

type	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
ambulatoire	16383	16612	88,10	88,03
24 heures ou moins	2063	2142	11,09	11,35
plus de 24 heures	149	116	0,80	0,61
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

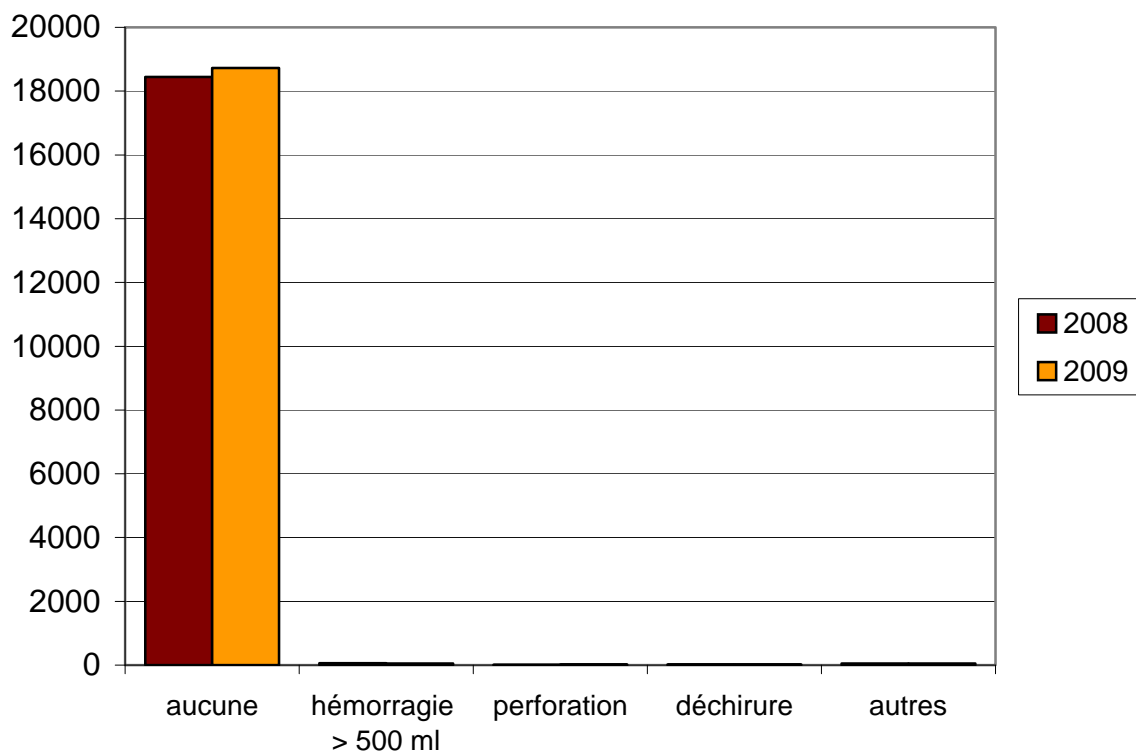
Durée d'hospitalisation



12. Complications

type	nombre		%	
	2008	2009	2008	2009
aucune	18447	18725	99,20	99,23
perte de sang > 500 ml	61	49	0,33	0,26
perforation	12	16	0,06	0,08
déchirure	20	25	0,11	0,13
autres	55	55	0,30	0,29
total	18595	18870	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18595	18870		

complications



2. TABULATIONS CROISÉES

1. SITUATION DE DÉTRESSE

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

domicile	nombre d'IVG		avec C		% avec C	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Anvers	2791	2946	450	650	11,44	14,68
Flandre Occidentale	1260	1259	158	214	4,02	4,83
Flandre Orientale	1642	1603	252	297	6,41	6,71
Hainaut	2052	2522	505	741	12,84	16,73
Liège	2064	1949	391	341	9,94	7,70
Limbourg	989	931	177	180	4,50	4,06
Luxembourg	379	428	99	123	2,52	2,78
Namur	643	681	136	188	3,46	4,24
Brabant Flamand	1125	1095	185	199	4,70	4,49
Brabant Wallon	597	566	149	158	3,79	3,57
Bruxelles -Capitale	4762	4638	1342	1280	34,13	28,90
A l'étranger	291	252	88	58	2,24	1,31
total	18595	18870	3932	4429	100,00	100,00

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

domicile	nombre d'IVG		avec B		% avec B	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Anvers	2791	2946	2304	2571	15,07	16,70
Flandre Occidentale	1260	1259	1102	1031	7,21	6,70
Flandre Orientale	1642	1603	1495	1329	9,78	8,63
Hainaut	2052	2522	1644	1961	10,76	12,74
Liège	2064	1949	1721	1560	11,26	10,13
Limbourg	989	931	844	865	5,52	5,62
Luxembourg	379	428	333	295	2,18	1,92
Namur	643	681	508	521	3,32	3,38
Brabant Flamand	1125	1095	986	985	6,45	6,40
Brabant Wallon	597	566	479	472	3,13	3,07
Bruxelles -Capitale	4762	4638	3644	3601	23,84	23,39
A l'étranger	291	252	225	205	1,47	1,33
total	18595	18870	15285	15396	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.

1.3. Situation de détresse et âge

1.3.1. Nombre

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	2	0	41	40	146	159	291	309
sit. détresse personnelle	153	105	3518	3511	3940	4028	2546	2647
sit. détresse matérielle	3	0	311	378	1238	1400	1123	1245
problèmes relationnels	10	11	553	600	1843	2043	2013	1999
viol - inceste	3	1	9	12	15	18	15	18
réfugiée politique	0	1	38	39	119	142	149	163
autres	1	0	36	51	94	125	87	110
total	172	118	4506	4631	7395	7915	6224	6491

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	334	314	236	229	97	90	5	2	0	0
sit. détresse personnelle	2143	2223	1921	1792	981	974	83	104	0	1
sit. détresse matérielle	751	864	405	405	100	122	1	8	0	0
problèmes relationnels	1387	1574	891	883	236	274	4	13	0	0
viol - inceste	15	12	5	9	1	0	0	0	0	0
réfugiée politique	115	111	58	63	15	9	0	1	0	0
autres	67	85	57	54	10	19	1	3	1	0
total	4812	5183	3573	3435	1440	1488	94	131	1	1

1.3.2. Pourcentage

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	1,16	0,00	0,91	0,86	1,97	2,01	4,68	4,76
sit. détresse personnelle	88,95	88,98	78,07	75,82	53,28	50,89	40,91	40,78
sit. détresse matérielle	1,74	0,00	6,90	8,16	16,74	17,69	18,04	19,18
problèmes relationnels	5,81	9,32	12,27	12,96	24,92	25,81	32,34	30,80
viol - inceste	1,74	0,85	0,20	0,26	0,20	0,23	0,24	0,28
réfugiée politique	0,00	0,85	0,84	0,84	1,61	1,79	2,39	2,51
autres	0,58	0,00	0,80	1,10	1,27	1,58	1,40	1,69
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	6,94	6,06	6,61	6,67	6,74	6,05	5,32	1,53	0,00	0,00
sit. détresse personnelle	44,53	42,89	53,76	52,17	68,13	65,46	88,30	79,39	0,00	100,00
sit. détresse matérielle	15,61	16,67	11,34	11,79	6,94	8,20	1,06	6,11	0,00	0,00
problèmes relationnels	28,82	30,37	24,94	25,71	16,39	18,41	4,26	9,92	0,00	0,00
viol - inceste	0,31	0,23	0,14	0,26	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	2,39	2,14	1,62	1,83	1,04	0,60	0,00	0,76	0,00	0,00
autres	1,39	1,64	1,60	1,57	0,69	1,28	1,06	2,29	100,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4.1. Nombre

situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	569	571	502	471	77	98	4	4
sit. détresse personnelle	10566	10782	3808	3668	863	889	48	57
sit. détresse matérielle	2711	3157	980	979	233	282	8	11
problèmes relationnels	4853	5282	1209	1186	835	892	40	41
viol - inceste	41	53	11	8	11	8	0	1
réfugiée politique	300	324	165	164	24	35	6	6
autres	235	303	88	114	28	28	2	2
total	19275	20472	6763	6590	2071	2232	108	122

1.4.2. Pourcentage

situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	2,95	2,79	7,42	7,15	3,72	4,39	3,70	3,28
sit. détresse personnelle	54,82	52,67	56,31	55,66	41,67	39,83	44,44	46,72
sit. détresse matérielle	14,06	15,42	14,49	14,86	11,25	12,63	7,41	9,02
problèmes relationnels	25,18	25,80	17,88	18,00	40,32	39,96	37,04	33,61
viol - inceste	0,21	0,26	0,16	0,12	0,53	0,36	0,00	0,82
réfugiée politique	1,56	1,58	2,44	2,49	1,16	1,57	5,56	4,92
autres	1,22	1,48	1,30	1,73	1,35	1,25	1,85	1,64
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfants

1.5.1. Nombre

situation de détresse	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	380	353	337	315	280	290	99	127
sit. détresse personnelle	7912	7881	2601	2673	2674	2734	1347	1386
sit. détresse matérielle	1729	1918	1087	1265	734	829	261	288
problèmes relationnels	3675	3878	1745	1895	1041	1105	339	368
viol - inceste	33	38	15	15	10	7	5	8
réfugiée politique	202	226	150	138	83	107	38	36
autres	211	252	68	111	46	56	15	22
total	14142	14546	6003	6412	4868	5128	2104	2235

situation de détresse	4		5		>5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	39	35	6	16	11	8
sit. détresse personnelle	505	459	143	158	103	105
sit. détresse matérielle	76	88	28	31	17	10
problèmes relationnels	96	106	27	35	14	14
viol - inceste	0	1	0	1	0	0
réfugiée politique	16	17	4	4	2	1
autres	10	4	3	2	0	0
total	742	710	211	247	147	138

1.5.2. Pourcentage

situation de détresse	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	2,69	2,43	5,61	4,91	5,75	5,66	4,71	5,68
sit. détresse personnelle	55,95	54,18	43,33	41,69	54,93	53,32	64,02	62,01
sit. détresse matérielle	12,23	13,19	18,11	19,73	15,08	16,17	12,40	12,89
problèmes relationnels	25,99	26,66	29,07	29,55	21,38	21,55	16,11	16,47
viol - inceste	0,23	0,26	0,25	0,23	0,21	0,14	0,24	0,36
réfugiée politique	1,43	1,55	2,50	2,15	1,71	2,09	1,81	1,61
autres	1,49	1,73	1,13	1,73	0,94	1,09	0,71	0,98
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	4		5		>5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
santé	5,26	4,93	2,84	6,48	7,48	5,80
sit. détresse personnelle	68,06	64,65	67,77	63,97	70,07	76,09
sit. détresse matérielle	10,24	12,39	13,27	12,55	11,56	7,25
problèmes relationnels	12,94	14,93	12,80	14,17	9,52	10,14
viol - inceste	0,00	0,14	0,00	0,40	0,00	0,00
réfugiée politique	2,16	2,39	1,90	1,62	1,36	0,72
autres	1,35	0,56	1,42	0,81	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2. MÉTHODE DE CONTRACEPTION

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	57	44	1106	1046	1829	1888	1842	1759
coït interrompu	0	0	46	54	117	110	152	143
abstinence périodique	0	0	36	27	102	119	162	176
spermicides	0	0	0	3	3	1	1	5
diaphragme	0	0	2	1	1	3	7	4
préservatif	38	24	580	577	716	675	603	631
pilule	8	9	728	798	1603	1754	1303	1364
injection contraceptive	1	0	9	6	20	14	17	15
DIU	1	0	10	8	36	25	48	45
stérilisation homme	0	0	0	1	4	5	4	5
stérilisation femme	0	0	0	1	0	1	2	2
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	1
pilule du lendemain	0	2	30	19	62	86	61	63
implant	0	0	1	4	0	2	3	4
patch	0	0	15	25	44	50	44	49
anneau vaginal	0	0	22	20	82	67	74	84
méthode N.F.P	0	0	2	3	1	0	8	3
autres	0	0	1	2	9	8	15	23
total	105	79	2588	2595	4629	4808	4346	4376

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	1474	1528	1049	977	402	424	37	44	0	1
coït interrompu	154	122	140	110	37	41	1	4	0	0
abstinence périodique	195	191	183	181	100	78	6	7	0	0
spermicides	2	2	4	3	0	0	0	0	0	0
diaphragme	7	3	1	2	0	0	0	0	0	0
préservatif	487	528	375	373	134	161	8	8	1	0
pilule	927	1001	613	604	173	176	10	15	0	0
injection contraceptive	8	15	5	7	3	2	0	0	0	0
DIU	43	46	38	26	23	10	0	2	0	0
stérilisation homme	6	8	15	12	9	7	0	0	0	0
stérilisation femme	3	4	7	4	3	2	0	0	0	0
stérilisation des deux	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	33	53	28	21	4	5	0	0	0	0
implant	4	2	0	3	1	1	0	0	0	0
patch	33	32	17	17	3	3	1	1	0	0
anneau vaginal	59	59	33	32	3	11	1	0	0	0
méthode N.F.P	2	3	4	3	1	0	0	0	0	0
autres	7	15	3	14	5	7	0	1	0	0
total	3445	3612	2516	2389	901	928	64	82	1	1

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	54,29	55,70	42,74	40,31	39,51	39,27	42,38	40,20
coït interrompu	0,00	0,00	1,78	2,08	2,53	2,29	3,50	3,27
abstinence périodique	0,00	0,00	1,39	1,04	2,20	2,48	3,73	4,02
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,12	0,06	0,02	0,02	0,11
diaphragme	0,00	0,00	0,08	0,04	0,02	0,06	0,16	0,09
préservatif	36,19	30,38	22,41	22,24	15,47	14,04	13,87	14,42
pilule	7,62	11,39	28,13	30,75	34,63	36,48	29,98	31,17
injection contraceptive	0,95	0,00	0,35	0,23	0,43	0,29	0,39	0,34
DIU	0,95	0,00	0,39	0,31	0,78	0,52	1,10	1,03
stérilisation homme	0,00	0,00	0,00	0,04	0,09	0,10	0,09	0,11
stérilisation femme	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,02	0,05	0,05
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
pilule du lendemain	0,00	2,53	1,16	0,73	1,34	1,79	1,40	1,44
implant	0,00	0,00	0,04	0,15	0,00	0,04	0,07	0,09
patch	0,00	0,00	0,58	0,96	0,95	1,04	1,01	1,12
anneau vaginal	0,00	0,00	0,85	0,77	1,77	1,39	1,70	1,92
méthode N.F.P	0,00	0,00	0,08	0,12	0,02	0,00	0,18	0,07
autres	0,00	0,00	0,04	0,08	0,19	0,17	0,35	0,53
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	42,79	42,30	41,69	40,90	44,62	45,69	57,81	53,66	0,00	0,00
coït interrompu	4,47	3,38	5,56	4,60	4,11	4,42	1,56	4,88	0,00	0,00
abstinence périodique	5,66	5,29	7,27	7,58	11,10	8,41	9,38	8,54	0,00	0,00
spermicides	0,06	0,06	0,16	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
diaphragme	0,20	0,08	0,04	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	14,14	14,62	14,90	15,61	14,87	17,35	12,50	9,76	100,00	0,00
pilule	26,91	27,71	24,36	25,28	19,20	18,97	15,63	18,29	0,00	0,00
injection contraceptive	0,23	0,42	0,20	0,29	0,33	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
DIU	1,25	1,27	1,51	1,09	2,55	1,08	0,00	2,44	0,00	0,00
stérilisation homme	0,17	0,22	0,60	0,50	1,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation femme	0,09	0,11	0,28	0,17	0,33	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,03	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,96	1,47	1,11	0,88	0,44	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00
implant	0,12	0,06	0,00	0,13	0,11	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,96	0,89	0,68	0,71	0,33	0,32	1,56	1,22	0,00	0,00
anneau vaginal	1,71	1,63	1,31	1,34	0,33	1,19	1,56	0,00	0,00	0,00
méthode N.F.P	0,06	0,08	0,16	0,13	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	0,20	0,42	0,12	0,59	0,55	0,75	0,00	1,22	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

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. Nombre

méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	5058	5010	2101	2040	603	621	34	40
coït interrompu	349	317	232	219	64	48	2	0
abstinence périodique	407	420	312	290	62	65	3	4
spermicides	5	11	3	1	2	2	0	0
diaphragme	14	4	3	7	1	2	0	0
préservatif	2108	2151	660	618	168	197	6	11
pilule	3694	4100	1291	1218	362	382	18	21
injection contraceptive	44	40	11	15	7	4	1	0
DIU	107	90	78	59	13	13	1	0
stérilisation homme	10	13	25	22	3	3	0	0
stérilisation femme	6	8	6	5	3	1	0	0
stérilisation des deux	0	1	2	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	163	190	45	44	9	15	1	0
implant	5	8	3	7	1	1	0	0
patch	98	121	43	45	12	10	4	1
anneau vaginal	204	193	50	62	18	17	2	1
méthode N.F.P	11	9	6	2	1	1	0	0
autres	23	25	15	34	2	11	0	0
total	12306	12711	4886	4688	1331	1393	72	78

2.2.2. Pourcentage

méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	41,10	39,41	43,00	43,52	45,30	44,58	47,22	51,28
coït interrompu	2,84	2,49	4,75	4,67	4,81	3,45	2,78	0,00
abstinence périodique	3,31	3,30	6,39	6,19	4,66	4,67	4,17	5,13
spermicides	0,04	0,09	0,06	0,02	0,15	0,14	0,00	0,00
diaphragme	0,11	0,03	0,06	0,15	0,08	0,14	0,00	0,00
préservatif	17,13	16,92	13,51	13,18	12,62	14,14	8,33	14,10
pilule	30,02	32,26	26,42	25,98	27,20	27,42	25,00	26,92
injection contraceptive	0,36	0,31	0,23	0,32	0,53	0,29	1,39	0,00
DIU	0,87	0,71	1,60	1,26	0,98	0,93	1,39	0,00
stérilisation homme	0,08	0,10	0,51	0,47	0,23	0,22	0,00	0,00
stérilisation femme	0,05	0,06	0,12	0,11	0,23	0,07	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,01	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	1,32	1,49	0,92	0,94	0,68	1,08	1,39	0,00
implant	0,04	0,06	0,06	0,15	0,08	0,07	0,00	0,00
patch	0,80	0,95	0,88	0,96	0,90	0,72	5,56	1,28
anneau vaginal	1,66	1,52	1,02	1,32	1,35	1,22	2,78	1,28
méthode N.F.P	0,09	0,07	0,12	0,04	0,08	0,07	0,00	0,00
autres	0,19	0,20	0,31	0,73	0,15	0,79	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfants

2.3.1. Nombre

méthode	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	3691	3520	1803	1849	1376	1384	591	607
coït interrompu	225	205	137	132	175	153	77	60
abstinence périodique	282	268	165	176	183	204	106	94
spermicides	6	8	1	3	1	2	1	1
diaphragme	9	5	2	1	3	6	2	1
préservatif	1722	1704	533	520	428	444	184	229
pilule	2501	2656	1216	1322	1023	1068	400	450
injection contraceptive	23	20	18	19	13	10	5	6
DIU	53	42	48	47	65	47	24	17
stérilisation homme	7	7	10	4	7	15	9	10
stérilisation femme	0	4	3	3	6	4	3	2
stérilisation des deux	1	1	0	0	0	0	1	0
pilule du lendemain	133	155	36	53	29	26	12	11
implant	1	5	2	4	3	4	2	2
patch	58	73	35	41	37	33	14	22
anneau vaginal	147	132	58	69	44	51	19	15
méthode N.F.P	5	8	3	0	4	2	2	2
autres	15	20	9	19	10	16	6	8
total	8879	8833	4079	4262	3407	3469	1458	1537

méthode	4		5		>5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	217	219	68	74	50	58
coït interrompu	26	17	6	12	1	5
abstinence périodique	39	25	6	8	3	4
spermicides	0	0	0	0	1	0
diaphragme	2	0	0	0	0	0
préservatif	57	54	12	20	6	6
pilule	143	154	51	49	31	22
injection contraceptive	2	2	1	2	1	0
DIU	6	6	2	1	1	2
stérilisation homme	4	0	1	1	0	1
stérilisation femme	3	1	0	0	0	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	6	4	2	0	0	0
implant	1	1	0	0	0	0
patch	10	5	1	0	2	3
anneau vaginal	3	4	1	2	2	0
méthode N.F.P	2	0	1	0	1	0
autres	0	3	0	2	0	2
total	521	495	152	171	99	103

méthode	0		1		2		3	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	41,57	39,85	44,20	43,38	40,39	39,90	40,53	39,49
coït interrompu	2,53	2,32	3,36	3,10	5,14	4,41	5,28	3,90
abstinence périodique	3,18	3,03	4,05	4,13	5,37	5,88	7,27	6,12
spermicides	0,07	0,09	0,02	0,07	0,03	0,06	0,07	0,07
diaphragme	0,10	0,06	0,05	0,02	0,09	0,17	0,14	0,07
préservatif	19,39	19,29	13,07	12,20	12,56	12,80	12,62	14,90
pilule	28,17	30,07	29,81	31,02	30,03	30,79	27,43	29,28
injection contraceptive	0,26	0,23	0,44	0,45	0,38	0,29	0,34	0,39
DIU	0,60	0,48	1,18	1,10	1,91	1,35	1,65	1,11
stérilisation homme	0,08	0,08	0,25	0,09	0,21	0,43	0,62	0,65
stérilisation femme	0,00	0,05	0,07	0,07	0,18	0,12	0,21	0,13
stérilisation des deux	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00
pilule du lendemain	1,50	1,75	0,88	1,24	0,85	0,75	0,82	0,72
implant	0,01	0,06	0,05	0,09	0,09	0,12	0,14	0,13
patch	0,65	0,83	0,86	0,96	1,09	0,95	0,96	1,43
anneau vaginal	1,66	1,49	1,42	1,62	1,29	1,47	1,30	0,98
méthode N.F.P	0,06	0,09	0,07	0,00	0,12	0,06	0,14	0,13
autres	0,17	0,23	0,22	0,45	0,29	0,46	0,41	0,52
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	4		5		>5	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	41,65	44,24	44,74	43,27	50,51	56,31
coït interrompu	4,99	3,43	3,95	7,02	1,01	4,85
abstinence périodique	7,49	5,05	3,95	4,68	3,03	3,88
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00
diaphragme	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	10,94	10,91	7,89	11,70	6,06	5,83
pilule	27,45	31,11	33,55	28,65	31,31	21,36
injection contraceptive	0,38	0,40	0,66	1,17	1,01	0,00
DIU	1,15	1,21	1,32	0,58	1,01	1,94
stérilisation homme	0,77	0,00	0,66	0,58	0,00	0,97
stérilisation femme	0,58	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	1,15	0,81	1,32	0,00	0,00	0,00
implant	0,19	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	1,92	1,01	0,66	0,00	2,02	2,91
anneau vaginal	0,58	0,81	0,66	1,17	2,02	0,00
méthode N.F.P	0,38	0,00	0,66	0,00	1,01	0,00
autres	0,00	0,61	0,00	1,17	0,00	1,94
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre

complication	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	14032	14119	1392	1274	92	76
hémorragie	27	19	23	13	0	0
perforation	8	8	4	7	0	1
déchirure	7	12	12	13	0	0
autres	23	19	5	1	2	3
total	14097	14177	1436	1308	94	80

complication	mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	2839	3193	71	50	21	13
hémorragie	8	15	2	1	1	1
perforation	0	0	0	0	0	0
déchirure	1	0	0	0	0	0
autres	23	28	1	2	1	2
total	2871	3236	74	53	23	16

3.1.2. Pourcentage

complication	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	99,54	99,59	96,94	97,40	97,87	95,00
hémorragie	0,19	0,13	1,60	0,99	0,00	0,00
perforation	0,06	0,06	0,28	0,54	0,00	1,25
déchirure	0,05	0,08	0,84	0,99	0,00	0,00
autres	0,16	0,13	0,35	0,08	2,13	3,75
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

complication	mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	98,89	98,67	95,95	94,34	91,30	81,25
hémorragie	0,28	0,46	2,70	1,89	4,35	6,25
perforation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
déchirure	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	0,80	0,87	1,35	3,77	4,35	12,50
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie

3.2.1. Nombre

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	206	238	53	61	31	48
loco-régionale	12726	12869	326	304	51	28
narcose	1148	1068	1053	937	8	1
autres	17	2	4	6	4	3
total	14097	14177	1436	1308	94	80

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	2784	3165	9	14	13	10
loco-régionale	76	62	33	14	7	3
narcose	4	8	32	24	1	2
autres	7	1	0	1	2	1
total	2871	3236	74	53	23	16

3.2.2. Pourcentage

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	1,46	1,68	3,69	4,66	32,98	60,00
loco-régionale	90,27	90,77	22,70	23,24	54,26	35,00
narcose	8,14	7,53	73,33	71,64	8,51	1,25
autres	0,12	0,01	0,28	0,46	4,26	3,75
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aucune	96,97	97,81	12,16	26,42	56,52	62,50
loco-régionale	2,65	1,92	44,59	26,42	30,43	18,75
narcose	0,14	0,25	43,24	45,28	4,35	12,50
autres	0,24	0,03	0,00	1,89	8,70	6,25
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.3.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aspiration	80	62	2056	2047	3549	3673	3202	3229
curetage	10	6	184	187	351	317	347	294
prostaglandine	0	0	6	4	18	17	27	22
mifépristone	14	11	327	353	693	786	748	813
mifépristone + curetage	1	0	13	4	15	13	15	15
autres	0	0	2	0	3	2	7	3
total	105	79	2588	2595	4629	4808	4346	4376

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aspiration	2599	2668	1904	1750	661	685	45	62	1	1
curetage	277	244	187	190	76	63	4	7	0	0
prostaglandine	17	18	19	10	5	9	2	0	0	0
mifépristone	532	660	394	432	151	168	12	13	0	0
mifépristone + curetage	14	14	8	4	7	3	1	0	0	0
autres	6	8	4	3	1	0	0	0	0	0
total	3445	3612	2516	2389	901	928	64	82	1	1

3.3.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aspiration	76,19	78,48	79,44	78,88	76,67	76,39	73,68	73,79
curetage	9,52	7,59	7,11	7,21	7,58	6,59	7,98	6,72
prostaglandine	0,00	0,00	0,23	0,15	0,39	0,35	0,62	0,50
mifépristone	13,33	13,92	12,64	13,60	14,97	16,35	17,21	18,58
mifépristone + curetage	0,95	0,00	0,50	0,15	0,32	0,27	0,35	0,34
autres	0,00	0,00	0,08	0,00	0,06	0,04	0,16	0,07
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
aspiration	75,44	73,86	75,68	73,25	73,36	73,81	70,31	75,61	100,00	0,00
curetage	8,04	6,76	7,43	7,95	8,44	6,79	6,25	8,54	0,00	0,00
prostaglandine	0,49	0,50	0,76	0,42	0,55	0,97	3,13	0,00	0,00	0,00
mifépristone	15,44	18,27	15,66	18,08	16,76	18,10	18,75	15,85	0,00	0,00
mifépristone + curetage	0,41	0,39	0,32	0,17	0,78	0,32	1,56	0,00	0,00	0,00
autres	0,17	0,22	0,16	0,13	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.4.1. Nombre

hospitalisation	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ambulatoire	13108	13149	551	481	39	31
24 heures ou moins	974	1005	864	808	18	20
plus de 24 heures	15	23	21	19	37	29
total	14097	14177	1436	1308	94	80

hospitalisation	mifépristone		mifépr. + curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ambulatoire	2652	2935	28	13	5	3
24 heures ou moins	171	273	34	33	2	3
plus de 24 heures	48	28	12	7	16	10
total	2871	3236	74	53	23	16

3.4.2. Pourcentage

hospitalisation	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ambulatoire	92,98	92,75	38,37	36,77	41,49	38,75
24 heures ou moins	6,91	7,09	60,17	61,77	19,15	25,00
plus de 24 heures	0,11	0,16	1,46	1,45	39,36	36,25
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

hospitalisation	mifépristone		mifépr. + curetage		autres	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ambulatoire	92,37	90,70	37,84	24,53	21,74	18,75
24 heures ou moins	5,96	8,44	45,95	62,26	8,70	18,75
plus de 24 heures	1,67	0,87	16,22	13,21	69,57	62,50
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. DURÉE D'HOSPITALISATION

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	2865	3174	13021	13014	478	421	19	3
	24 heures ou moins	198	329	133	221	1725	1586	7	6
	plus de 24 heures	33	33	65	45	43	33	8	5
	total	3096	3536	13219	13280	2246	2040	34	14

4.1.2. %	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	92,54	89,76	98,50	98,00	21,28	20,64	55,88	21,43
	24 heures ou moins	6,40	9,30	1,01	1,66	76,80	77,75	20,59	42,86
	plus de 24 heures	1,07	0,93	0,49	0,34	1,91	1,62	23,53	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	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	16322	16548	18	19	6	3	3	5	34	37
	24 heures ou moins	1995	2077	34	22	2	11	17	19	15	13
	plus de 24 heures	130	100	9	8	4	2	0	1	6	5
	total	18447	18725	61	49	12	16	20	25	55	55

4.2.2. %	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	88,48	88,37	29,51	38,78	50,00	18,75	15,00	20,00	61,82	67,27
	24 heures ou moins	10,81	11,09	55,74	44,90	16,67	68,75	85,00	76,00	27,27	23,64
	plus de 24 heures	0,70	0,53	14,75	16,33	33,33	12,50	0,00	4,00	10,91	9,09
	total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. HÔPITAL OU CENTRE

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre	domicile	hôpital		centre		nombre d'IVG	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
	Anvers	56	44	2735	2902	2791	2946
	Flandre Occidentale	47	36	1213	1223	1260	1259
	Flandre Orientale	169	167	1473	1436	1642	1603
	Hainaut	1043	1434	1009	1088	2052	2522
	Liège	548	430	1516	1519	2064	1949
	Limbourg	13	14	976	917	989	931
	Luxembourg	23	32	356	396	379	428
	Namur	65	53	578	628	643	681
	Brabant Flamand	184	164	941	931	1125	1095
	Brabant Wallon	140	123	457	443	597	566
	Bruxelles-Capitale	1006	980	3756	3658	4762	4638
	A l'étranger	18	16	273	236	291	252
	Total	3312	3493	15283	15377	18595	18870

5.1.2. Pourcentage (*)	domicile	hôpital	centre	total	hôpital	centre	total
		2008	2008		2009	2009	
	Anvers	2,01	97,99	100,00	1,49	98,51	100,00
	Flandre Occidentale	3,73	96,27	100,00	2,86	97,14	100,00
	Flandre Orientale	10,29	89,71	100,00	10,42	89,58	100,00
	Hainaut	50,83	49,17	100,00	56,86	43,14	100,00
	Liège	26,55	73,45	100,00	22,06	77,94	100,00
	Limbourg	1,31	98,69	100,00	1,50	98,50	100,00
	Luxembourg	6,07	93,93	100,00	7,48	92,52	100,00
	Namur	10,11	89,89	100,00	7,78	92,22	100,00
	Brabant Flamand	16,36	83,64	100,00	14,98	85,02	100,00
	Brabant Wallon	23,45	76,55	100,00	21,73	78,27	100,00
	Bruxelles-Capitale	21,13	78,87	100,00	21,13	78,87	100,00
	A l'étranger	6,19	93,81	100,00	6,35	93,65	100,00

(*) = pourcentage par rapport au nombre d'IVG par province

2. TABULATIONS CROISÉES

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2.1. Nombre

institution	10-14		15-19		20-24	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	22	14	396	428	756	821
centre	83	65	2192	2167	3873	3987
total	105	79	2588	2595	4629	4808

institution	25-29		30-34		35-39	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	792	787	674	690	476	527
centre	3554	3589	2771	2922	2040	1863
total	4346	4376	3445	3612	2516	2390

institution	40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	179	213	16	14	1	0
centre	722	715	48	68	0	1
total	901	928	64	82	1	1

5.2.2. Pourcentage

institution	10-14		15-19		20-24	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	20,95	17,72	15,30	16,49	16,33	17,08
centre	79,05	82,28	84,70	83,51	83,67	82,92
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

institution	25-29		30-34		35-39	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	18,22	17,98	19,56	19,10	18,92	22,05
centre	81,78	82,02	80,44	80,90	81,08	77,95
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

institution	40-44		45-49		50-54	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	19,87	22,95	25,00	17,07	100,00	0,00
centre	80,13	77,05	75,00	82,93	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre	complication	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aucune	3262	3433	15185	15292
	hémorragie	22	27	39	22
	perforation	4	6	8	10
	déchirure	7	11	13	14
	autres	17	16	38	39
	total	3312	3493	15283	15377

5.3.2. %	complication	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aucune	98,49	98,28	99,36	99,45
	hémorragie	0,66	0,77	0,26	0,14
	perforation	0,12	0,17	0,05	0,07
	déchirure	0,21	0,31	0,09	0,09
	autres	0,51	0,46	0,25	0,25
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	1460	1653	14923	14959
	24 heures ou moins	1708	1728	355	414
	plus de 24 heures	144	112	5	4
	total	3312	3493	15283	15377

5.4.2. %	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	ambulatoire	44,08	47,32	97,64	97,28
	24 heures ou moins	51,57	49,47	2,32	2,69
	plus de 24 heures	4,35	3,21	0,03	0,03
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.5.1. Nombre	méthode	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aspiration	1744	1912	12353	12265
	curetage	902	677	534	631
	prostaglandine	55	60	39	20
	mifépristone	534	790	2337	2446
	mifépristone + curetage	54	38	20	15
	autres	23	16	0	0
	total	3312	3493	15283	15377

5.5.2. Pourcentage	méthode	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aspiration	52,66	54,74	80,83	79,76
	curetage	27,23	19,38	3,49	4,10
	prostaglandine	1,66	1,72	0,26	0,13
	mifépristone	16,12	22,62	15,29	15,91
	mifépristone + curetage	1,63	1,09	0,13	0,10
	autres	0,69	0,46	0,00	0,00
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6.1. Nombre	anesthésie	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aucune	649	956	2447	2580
	loco-régionale	766	877	12453	12403
	narcose	1874	1647	372	393
	autres	23	13	11	1
	total	3312	3493	15283	15377

5.6.2. %	anesthésie	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	aucune	19,60	27,37	16,01	16,78
	loco-régionale	23,13	25,11	81,48	80,66
	narcose	56,58	47,15	2,43	2,56
	autres	0,69	0,37	0,07	0,01
	total	100,00	100,00	100,00	100,00

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

5.7. Nombre	après 12 semaines	hôpital		centre	
		2008	2009	2008	2009
	danger pour la mère	4	1	0	0
	danger pour l'enfant	119	80	2	0
	danger pour la mère + l'enfant	4	4	2	0
	total	127	85	2	0

après 12 semaines	danger pour la mère		danger pour l'enfant		danger pour la mère + l'enfant	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
hôpital	4	1	119	80	4	4
centre	0	0	2	0	0	0
total	4	1	121	80	4	4

Remarques concernant la sous-rubrique “ autres” du document d’enregistrement d’une interruption de grossesse

1. Les “autres” situations de détresse

Les situations de détresse invoquées à la rubrique « autres » représentent, pour l’année 2008, 257 réponses et pour l’année 2009, 435 réponses ;

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

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

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

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

Les raisons les plus souvent invoquées	2008	2009
Pas prête – pas de souhait d’enfant	62	116
Culture	59	99
Problèmes liés au géniteur (géniteur pas libre, doute sur la paternité, problèmes de santé, décès, violence, en prison, âge etc..)	49	69
Accouchements trop récents, enfants en bas-âge	16	36
Enfants malades ou handicapés, etc	22	21
Situation sociale	12	16
Santé et prise de médicaments	12	24
Problèmes administratifs	2	23
<u>Divers</u> : drogue, décès d’un proche, viol, prostitution, enfants placés, reprises d’études.	23	31
total	257	435

2. Les “autres” méthodes de contraception

La rubrique “autres” est fréquemment utilisée quand le médecin déclare plus d’une méthode.

Ces autres méthodes anticonceptionnelles sont entre autres :

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

3. Les “autres” méthodes d’interruption de grossesse

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

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

4. Les “autres” méthodes d’anesthésie

En 2008 et 2009, cette rubrique a été complétée respectivement 9 et 10 fois, avec les méthodes suivantes : anesthésie épidurale et générale, pompe anti-douleur dipidolor, meopa+citanest et intraveineuse.

5. Les “autres” complications

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

Les interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines

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

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

En 2008, 129 interruptions de grossesse pratiquées au-delà du délai de douze semaines ont été enregistrées.

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

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

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

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

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

1. Affections chromosomiques

- anomalies chromosomiques ;
- trisomie 13 (syndrome de Patou) ;
- trisomie 18 (syndrome d'Edwards) ;
- trisomie 21 (syndrome de Down) avec une ou plusieurs anomalies ;

- trisomie 21 CAV complète ;
- triploïdie 69XYY ;
- monosomie ;
- nanisme ;
- syndrome de Klinefelter XXY ;
- syndrome de Turner 45XO.

2. Malformations

- syndrome de Vacterl ;
- hygroma kystique ;
- myéloméningocèle ;
- neurofibromatose ;
- myopathie de Duchêne ;
- syndrome Bardet-Biedl ;
- dysplasie squelettique ;
- neuropathie de Charcot-Marie-Tooth ;
- holoprosencéphalie ;
- malformation cérébrale de Dandy-Walker, hydrocéphalie ;
- ancéphalie ;
- anencéphalie avec spina bifida ;
- anamnios ;
- exencéphalie ;
- retard de croissance, hypoplasie pulmonaire et anhydramnios ;
- malformation congénitale létale, dysplasie rénale avec anhydramnios à 17 semaines ;
- dysplasie rénale congénitale avec anamnios ;
- acéphalie ;
- pentalogie de Cantrell ITG à 13 semaines ;
- acranie ;

- polycystose rénale bilatérale, anamnios, hydrocéphalie, encéphalocèle ;
- malformation du tube neural du thorax au sacrum ;
- jumeaux siamois avec un seul corps ;
- troubles rénaux, holoprosencephalie, hydramnion, absence d'anus ;
- rétrognathie, enfant de sexe masculine à l'apparence féminine, spina bifida ;
- vessie hypertrophiée ;
- omphalocèle, spina bifida ;
- méningocèle ;
- scoliose, omphalocèle, arthrogrypose ;
- malformation cardiaque grave/cardiopathie ;
- hypoplasie pulmonaire sur anamnios à 16 semaines ;
- hydrocéphalie ;
- encéphalocèle ;
- tétralogie de Fallot/anamnios ;
- megacystis, syndrome de Prune-Belly ;
- arthrogrypose ;
- agénésie septale, dilatation intestinale ;
- spina bifida aperta ;
- arthrogrypose des membres inférieurs ;
- malformation cardiaque létale ;
- syndrome cardio facial ;
- cardiopathie avec isomérisme ;
- malformations multiples : hydrocéphalie, arthrogrypose ;
- omphalocèle Foie ;
- spina bifida, hydroencéphalie ;
- hypoplasie du ventricule gauche ;
- cœur monoventriculaire ;
- anhydramnios par rupture des membranes, hypoplasie rénale ;
- dysplasie rénale bilatérale ;

- PPRM (rupture prématurée des membranes) ;
- rupture des membranes avant terme, anamnios ;
- malformations multiples ;
- malformation digestive, rénale et cardiaque ;
- malformation rénale non opérable ;
- retard de croissance intra-utérin ;
- sténose de l'aqueduc ;
- anomalies squelettiques multiples ;
- dysplasie squelettique létale ;
- malformations congénitales multiples sans diagnostic clair ;
- pieds bots ;
- maladie foétale incurable ;
- hydrops foetal ;
- atrophie des reins, non viable ;
- malformation congénitale de la vessie ;
- anomalie foétale ;
- tumeur pulmonaire chez l'enfant ;
- retard de croissance intra-utérin à 23 semaines, anamnios ;
- retard de croissance, malformations multiples ;
- anémie du fœtus irréversible ;
- problèmes rénaux.

3. Affections tératogènes

- toxoplasmose congénitale ; malformations cérébrales multiples ;
- infection à cytomégalovirus ;
- toxoplasmose ;
- médicaments tératogènes ;
- rubéole entre 7 et 11 semaines ;

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 12 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 francophones

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre D'IVG. pratiquées		nombre de requêtes "rejetées"		% requêtes "rejetées" par rapport au nombre de requêtes	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
30	30	11.041	10.995	8.806	9.125	2.235	1.870	20,24	17,00

Hôpitaux francophones

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont après délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
24	24	3.617	3.212	3.189	2.730	118	125	428	482	11,83	15,00

2. INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES

Centres néerlandophones

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre D'IVG. pratiquées		nombre de requêtes "rejetées"		% requêtes "rejetées" par rapport au nombre de requêtes	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
8	8	8.597	9.136	7.705	7.778	892	1.358	10,38	14,86

Hôpitaux néerlandophones

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont après délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
13	9	551	490	453	397	61	36	98	93	17,79	18,98

3. APERÇU GÉNÉRAL

Centres

nombre de centres		nombre d'IVG pratiquées	
2008	2009	2008	2009
38	38	16.511	16.903

Hôpitaux

nombre d'hôpitaux		nombre d'IVG pratiquées		- dont après délai de 12 semaines	
2008	2009	2008	2009	2008	2009
37	33	3.642	3.127	179	161

3. ANALYSE DES

RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION

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

Les 30 centres extrahospitaliers pratiquant des IVG ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2008 et en 2009 ; pour ce qui concerne les hôpitaux et cliniques, 24 nous ont fait parvenir un rapport, tant en 2008 qu'en 2009.

Comme lors des années précédentes, les institutions pointent

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

Les centres qui se trouvent dans des certains quartiers populaires constatent une précarité de plus en plus grandissante, des familles de plus en plus pauvres (revenu minimum d'une personne isolée : 860 €/mois – revenu minimum pour un couple et 2 enfants : 1.805 €/ mois). Un centre bruxellois mentionne que +/- 30% de ses patientes n'ont pas de couverture sociale.

A. CENTRES EXTRAHOSPITALIERS

1. Composition et fonctionnement du service

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

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

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

Comme déjà signalé dans les rapports précédents, les services d'information font tant de la prévention que de la prise en charge de l'IVG ; par prévention on entend une démarche préventive globale prônée par le GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement) : «favoriser le développement personnel, l'autonomie, la responsabilité dans les domaines affectif, sexuel, familial et social). Un centre résume son travail comme suit : « débroussailler la demande via un travail psycho-social de qualité pour que la femme puisse faire son choix – vigilance à l'appartenance religieuse, culturelle ou philosophique – prévenir les récidives – entendre le vécu de l'IVG », attention particulière à l'encadrement psychologique de l'IVG.

Le travail d'accueil se déroule en 3 phases :

a) Avant l'IVG

Un ou plusieurs entretiens pré-IVG sont prévus ; il s'agit d'informer quant au choix des différentes méthodes (médicale ou instrumentale – anesthésie locale ou générale, milieu hospitalier ou extra-hospitalier), déculpabiliser et sensibiliser aux méthodes contraceptives : le but de cette première consultation est de créer un climat de confiance et de répondre aux questions. Ensuite, la consultation médicale sera pratiquée (anamnèse, prise de sang, examen gynécologique, test urinaire, échographie, évaluation de la contraception) La patiente sera également informée des dispositions de la loi (délai de réflexion d'une semaine, limite des 12 semaines de conception)

b) Pendant l'IVG

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

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

c) Après l'IVG

La femme se présente 2 à 3 semaines après l'intervention afin de voir comment l'intervention a été vécue et vérifier s'il n'y a eu aucune complication.

La problématique de la sensibilisation à l'hygiène intime et à la contraception future est également abordée.

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

- La grande inégalité des femmes devant le coût de la contraception
- Le constat généralisé d'une population de plus en plus précarisée et fragilisée ; (pour certaines, difficultés d'accéder aux soins de santé ou encore à prendre en charge le coût des déplacements en transport en commun) ; un isolement social, une fragilisation psychique. (Par exemple, le nombre de rendez-vous manqués reste une préoccupation pour les équipes).
- Le constat de la récurrence et la complexification de certaines problématiques individuelles, conjugales, familiales vécues par les femmes et/ou couples qui demandent une IVG.; répétitions de relations chaotiques.
- Le constat d'une pression culturelle.
- La problématique des femmes n'ayant pas de couverture sociale et ne pouvant assumer le coût d'une IVG. Un centre de Bruxelles mentionne que 30% de ses patientes sont dans le cas.
- L'augmentation de la période d'attente entre la prise de rendez-vous et le premier rendez-vous : 10 jours en moyenne.
- Les demandes tardives ; la plupart de ces demandes concernent des grossesses de 14 à 15 semaines. Comme le signale un centre : « *Il s'avère nécessaire d'une part de déterminer l'ampleur de la question des demandes de 12-14 semaines et l'interaction avec la durée de la période d'attente pour avoir un rendez-vous, et d'autre part s'interroger sur le délai légal actuel ; la durée de six jours entre le premier entretien et le deuxième rendez-vous* » ; actuellement, ces patientes sont dirigées vers les Pays-Bas ; cela alourdit le coût et le vécu psychologique, surtout lorsqu'il s'agit de mineures.
- La gestion de la douleur : une préoccupation importante.
- Le nombre important de femmes (allant jusqu'à 50% dans certains centres) qui ne prennent pas de moyen de contraception. Un centre nous fait part de ses hypothèses quant à leur non-utilisation :
 1. *absence de relations affectives stables ;*
 2. *difficultés de compréhension quant à l'utilisation des méthodes contraceptives;*
 3. *les fausses croyances concernant les conséquences de la contraception : prise de poids, stérilité, cancer ;*
 4. *représentations erronées quant au coût de la pilule contraceptive ;*
 5. *difficultés de mentalisation et d'anticipation : la vie est uniquement appréhendée dans l'immédiateté ;*
 6. *les manifestations d'un désir d'enfant, et en particulier le désir d'enfant comme comblant un désir existentiel, affectif et identitaire.*
- La prise en charge des IVG médicamenteuses : plus lourde pour l'équipe soignante et pour la patiente (durée, douleurs, saignements, effets secondaires des médicaments).

- Les mouvements mondiaux de population et la présence en Belgique d'un grand nombre de femmes provenant de pays où l'accès à la contraception est mauvais ou inexistant nous amène une population qui utilise l'IVG comme moyen de régulation des naissances. Un centre mentionne : « *Ces femmes n'ont pas un vécu culpabilisé par leur demande d'IVG et ces situations nouvelles doivent questionner les accueils psychologisants et parfois dramatisants que l'on pense en phase avec le vécu des patientes.* »
- La mention dans quelques rapports de la honte et de la culpabilité qu'éprouvent certaines femmes ; leur angoisse et leur détresse sont très importantes.

4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

- Proposer davantage d'animations (prévention) dans les écoles, auprès des populations précarisées ou récemment arrivées en Belgique, dans les lieux de promotion de la santé, dans les endroits festifs ; via des brochures et des infos plus dynamiques, d'utiliser des spots radio-télévision.
- Au vu des chiffres, la prévention des jeunes adultes doit être améliorée ; certaines initiatives comme SEXandCo, MODUS FIESTA, offrent en milieux festifs une approche en éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) ; de telles initiatives doivent être encouragées.
- Poursuivre le dépannage gratuit de plaquettes de pilules contraceptives et de préservatifs dans les centres, ainsi que la distribution gratuite de pilules du lendemain dans les centres de planning familial.
- Promouvoir l'utilisation correcte des moyens de contraception, lutter contre les fausses croyances en matière de contraception et faire connaître la pilule du lendemain.
- Prévoir une information plus complète des médecins sur la contraception, notamment lors de la prise d'antibiotiques.
- Envisager une meilleure prise en charge financière de la contraception ; veiller à une meilleure égalité financière de toutes les femmes devant la contraception, peu importe le moyen choisi.
- Proposer la gratuité de la contraception aux personnes en situation de précarité financière : personnes bénéficiant du statut BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée) et du statut OMNIO dont peuvent bénéficier les ménages à petits revenus.
- Envisager un programme d'accompagnement des femmes et des couples qui désirent garder leur enfant, afin que les femmes puissent mener leur grossesse à terme et élever leur enfant dans des conditions sociales, économiques et psychologiques optimales (notamment via le fonds maribel social).

- Veiller à améliorer l'offre dans les centres (il faut plus ou moins 10 jours entre la prise de RV et le RV) – Résoudre le problème du manque de médecins en promouvant l'IVG à la maison, sous certaines conditions.
- Déterminer l'ampleur de la question « coût et vécu » psychologique plus lourde pour les patientes prises en charge après la 12^{ème} semaine, surtout pour les mineures d'âge. La femme dont la grossesse dépasse le terme de la loi présente presque toujours un problème de santé sociale et/ou psychologique qui devrait être considéré pour légitimer un avortement thérapeutique.

B. HÔPITAUX

1. Composition et fonctionnement du service

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

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

Le travail d'accueil se déroule en 3 phases :

a) Avant l'IVG

L'accueil est assuré par le service social pendant les heures normales de bureau ; les services travaillent sur base de rendez-vous ; ce rendez-vous renseigne déjà la femme sur le déroulement de la prise en charge (accueil, consultation gynécologique). Il s'agit de clarifier sa demande, de la rassurer, l'informer sur les alternatives et aides, et lui permettre de prendre une décision en toute liberté. A sa demande, la patiente peut rencontrer une psychologue.

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

b) Pendant l'IVG

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

c) Après l'IVG

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

2. Cas d'accueil et d'assistance signalés

- L'IVG reste tabou ; des femmes ont peur d'en parler et ce, par crainte d'être incomprises ou jugées. Alors que l'avortement est pratiqué quotidiennement et ce, dans le cadre légal, c'est un sujet encore très délicat. Le débat « pour ou contre l'avortement est toujours d'actualité. Or, il ne s'agit pas d'être pour ou contre, mais de défendre un droit fondamental, celui du choix. L'avortement reste connoté négativement ; c'est toujours un acte pour lequel les femmes se sentent obligées d'avoir une bonne raison.
- La méconnaissance de la pilule du lendemain, confusion pilule du lendemain et pilule abortive, manque de développement de la contraception masculine.
- La problématique lorsque le géniteur est à l'origine de la demande d'IVG, et qu'elle n'est pas entièrement partagée par la patiente.

3. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

- Intensifier les animations scolaires et les recentrer sur les moyens de contraception. Information obligatoire via l'enseignement, tous réseaux confondus, dispensée par des professionnels de la prévention.
- Envisager un encadrement psychologique spécifique pour les dénis de grossesse (découverte souvent après 28 semaines).
- Subventionner davantage les services d'accueil chargés de la contraception.
- Changer la dénomination des stérilets pour éviter l'amalgame stérile/stérilet.
- Rendre la contraception gratuite selon des critères sociaux (modèle français)
- Faire de la publicité pour la pilule du lendemain, souvent inconnue ; confusion pilule du lendemain et pilule abortive.
- Inciter les médecins généralistes et les gynécologues à prendre davantage de temps pour expliquer et répondre aux questions de leurs patientes quant à la contraception souvent mal comprise ; sensibilisation des médecins traitants sur les interactions de certains traitements sur l'efficacité de la pilule (antibiotiques).
- Faire participer les sages-femmes à l'instauration d'une contraception en post-partum.
- Développement de la contraception masculine.

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

A. CENTRES

1. Composition et fonctionnement du service

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

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

b. Six des huit centres IVG, chapeautés par l'a.s.b.l. LUNA (unie van Nederlandstalige abortuscentra), l'union des centres IVG néerlandophones, ont transmis conjointement le rapport de leur institution pour l'année 2009. Ces rapports témoignent de l'attention et de l'accompagnement dont bénéficient les femmes sur les plans psychosocial et médical. Les centres apportent une réponse commune à propos de la rubrique accueil et assistance, rubrique sur laquelle ils souhaitent par ailleurs attirer l'attention. La principale information écrite mise à disposition en ce qui concerne l'avortement et les méthodes appliquées consiste en des brochures.

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

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

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

2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

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

a Avant l'interruption de grossesse

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

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

L'examen préliminaire consiste en un entretien psychosocial et une consultation médicale.

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

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

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

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

b Pendant l'interruption de grossesse

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

- aspiration ou avortement médicamenteux-, mais un contrôle ainsi qu'un dernier entretien sont toujours prévus.

c Après l'interruption de grossesse

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

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

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

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

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

Il est intéressant d'attirer une nouvelle fois l'attention sur le fait que des patientes doivent être orientées vers les Pays-Bas pour **les interventions au-delà des 14 semaines d'aménorrhée. Une modification de la loi afin d'obtenir un remboursement INAMI pour une IVG pratiquée lors du deuxième trimestre serait à envisager ; aussi longtemps que ces avortements tardifs figureront dans le Code pénal belge, aucune solution technique ne pourra être envisagée sur la base des directives de la sécurité sociale européenne.**

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

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

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

4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention

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

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

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

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

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

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

Certaines d'entre elles se sont déjà entretenues à plusieurs reprises avec des médecins ou d'autres prestataires d'aide. Pourtant, cette mesure est également d'application pour ces femmes et le délai de réflexion ne commence à compter qu'à partir du moment où elles se présentent à la première consultation au centre. Pour ces femmes, le temps d'attente inutile, et la charge psychique que cela représente, s'avère fort préjudiciable pour la gestion de la situation et, de façon plus générale, pour leur bien-être psychique.

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

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

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

Outre les problèmes psychosociaux auxquels les femmes dans cette situation sont confrontées, un problème financier se pose fréquemment lorsque ces femmes veulent subir une interruption de grossesse à l'étranger. Dès lors, pour les femmes dont les possibilités financières sont limitées, la réalité est qu'elles sont contraintes d'avoir un enfant non désiré parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer une intervention à l'étranger.

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

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

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

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

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

Un autre centre formule encore trois propositions :

- Une meilleure diffusion de l'information concernant la pilule du lendemain, dont l'existence et la disponibilité sont encore trop peu connues, surtout des jeunes ;
- davantage d'information à l'école sur l'emploi **correct** des contraceptifs et pour briser le tabou qui entoure la sexualité; dans l'information sur l'utilisation du préservatif, il faudrait insister sur la nécessité d'un moyen contraceptif supplémentaire;
- une nouvelle réduction du prix des contraceptifs : en effet, souvent, les jeunes, les indigents, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour illégal ne peuvent financièrement pas se les procurer.

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

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

B. HÔPITAUX

Remarque préliminaire:

Cinq établissements ont transmis au total 16 formulaires d'enregistrement pour 2009 concernant les avortements thérapeutiques.

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

1. Composition et fonctionnement

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

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

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

2. Méthodes d'accueil et d'assistance

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

3. Cas d'accueil et d'assistance signalés

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

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

- mener des campagnes de sensibilisation concernant l'usage de contraceptifs, et principalement à l'intention des allophones ;
- permettre la discussion sur les contraceptifs chez les jeunes, et principalement sur l'utilisation correcte de ceux-ci;
- améliorer l'accès aux contraceptifs, principalement pour les femmes en situation précaire.

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

Conclusions

1. Comme il avait été relevé dans les trois rapports précédents, qui portaient sur les années 2002-2003 et 2004-2005 et 2006-2007, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2008-2009 doivent être corrigés. Si, du nombre total des interruptions volontaires de grossesse pratiquées en Belgique (1), on déduit le nombre de femmes domiciliées à l'étranger qui font pratiquer une interruption de grossesse dans notre pays (2) et si on y ajoute le nombre de femmes belges et luxembourgeoises qui la font pratiquer aux Pays-Bas (3) ainsi que le nombre des déclarations introduites trop tard (4) et qui ne sont donc pas reprises dans les tableaux de la première partie, on obtient les résultats suivants:

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
(1)	10.380	10.737	11.243	12.628	12.666	11.999	12.734	13.762	14.775
(2)	-163	-216	-188	-275	-253	-240	-354	-340	-353
(3)	+2.794	+2.314	+2.247	+2.019	+1.813	+1.567	+1.557	+1.473	+1334
(4)	+463	+380	+96	+161	+31	+256	+0	+28	+422
	13.474	13.215	13.398	14.533	13.857	13.582	13.937	14.923	16.178

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(1)	14.791	15.595	16.024	16.696	17.640	18.033	18595	18870
(2)	-414	-349	-392	-295	-296	-314	-291	-252
(3)	+1.224	+1.091	+984	+913	+857	+851	+830	+803
(4)	+115	+370	+316	+553	+0	+135	+172	+0
	15.716	16.707	16.932	17.867	18.201	18.705	19.306	19.421

2. Pour des raisons multiples qui ont varié dans le temps, les chiffres contenus dans le présent rapport, comme ceux contenus dans les rapports précédents, ne sont pas d'une précision scientifique.
En effet:

- pour des raisons qui demeurent inexpliquées, il y a des différences de nombre entre les déclarations d'IVG faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art.

- la Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie; elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis; et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. Bref, la Commission est complètement tributaire des données qui lui sont fournies.

3. Que ce soit en données brutes (tableau 1.A.1 de la première partie) ou en données corrigées (cfr. ci-dessus), le nombre total des interruptions volontaires de grossesse communiquées à la Commission a continué à augmenter en 2008 et 2009 par rapport aux années précédentes, cette croissance paraissant relativement régulière. La Commission insiste sur ce que, si la statistique des IVG fait apparaître une évidente croissance numérique, cette croissance peut avoir plusieurs causes différentes, parmi lesquelles une amélioration de la manière dont la loi du 13 août 1990 créant la Commission d'évaluation est connue et perçue, et donc appliquée, par le monde médical.
4. Comme la Commission l'a fait observer à plusieurs reprises, et spécialement dans ses quatre derniers rapports, une étude pluridisciplinaire pourrait essayer d'interpréter l'ensemble de ces données à la lumière d'autres données (démographiques, médicales, psychologiques, socio-économiques, politiques et culturelles) évaluées par ailleurs. Le danger serait donc de tirer des conclusions hâtives des données dont la Commission dispose et qu'elle communique dans le présent rapport,. Sous cette réserve fondamentale, on ne peut cependant qu'être frappé par les faits suivants :

a) la population recensée de la Belgique a augmenté au cours des dernières années ; c'est la raison pour laquelle le ratio obtenu en divisant le nombre total des naissances en Belgique, tel qu'il est établi par l'Institut national de la statistique, et le nombre total des avortements tel qu'il est communiqué à la Commission, est relativement stable : il oscille entre 141 et 152 IVG déclarées pour 1.000 naissances vivantes pour la période 2001-2008 ;

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

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

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

Peut-être une modification de la loi pourrait-elle, en permettant de recueillir des données plus complètes sur les femmes qui recourent à l'IVG, contribuer à mieux cibler le travail spécifique de prévention. On songe à des données plus précises sur la situation de fait, plutôt que d'état civil, sur la situation socio-économique, sur la nationalité.

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

a) La prévention des grossesses non désirées, et donc des interruptions de grossesse, passe nécessairement par la promotion du respect de soi-même et de l'autre et par une prise de responsabilité à l'égard d'un tiers potentiel. Les jeunes surtout, aussi bien les garçons que les filles, doivent être conscients de leur fécondité et doivent pouvoir en assumer la responsabilité.

Une information spécialisée ainsi qu'une éducation appropriée sont donc indispensables, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu scolaire, pour leur apprendre à appréhender convenablement les relations affectives et sexuelles ainsi que leur fécondité.

L'amélioration de la qualité de cette éducation suppose l'intégration de l'éducation sexuelle et relationnelle dans les programmes de formation des futurs enseignants. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une information actualisée permettant un meilleur accès à toutes formes de contraception pourrait ensuite porter tous ses fruits.

b) La liberté de la femme de choisir entre poursuivre sa grossesse ou l'interrompre doit être garantie à tout moment. A cette fin, il faut mettre les femmes en mesure de résister aux pressions tendant à les inciter à avorter ou à les en empêcher. Les circonstances financières ne devraient pas non plus entrer en ligne de compte dans la prise de décision.

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

Depuis 1992, la Commission établit tous les deux ans un rapport qui, conformément à la loi qui l'institue, est communiqué au Parlement fédéral. Or, la compétence de prendre des mesures préventives "en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse" a été en principe attribuée aux communautés; bon nombre des suggestions qui précèdent en sont au demeurant l'illustration. La Commission prend donc la liberté, comme elle l'a fait pour le rapport précédent, de communiquer aussi celui-ci aux parlements communautaires.

4. OUVRAGES REÇUS

1. RAPPORTS:

a) BELGIQUE:

- BELLENS, R., CRAEYMEERSCH, G., VAN CROMBRUGGE, L., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1991, Gent, 1992, 52 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1992, Gent, 1993, 28 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1993, Gent, 1994, 52 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1994, Gent, 1996, 54 p.
- id., Kollektief Antikonceptie, Jaarverslag 1997, Gent, 1999, 56 p.
- Centrum voor Algemeen Welzijn Sjerp VUB, Jaarverslag 1998, 46 p.
- CRZ, Jaarverslag 2005, 32 p.
- Kind en Gezin, Jaarverslag 2003, 63 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2003, 157 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2004, 193 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2005, 199 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2006, 195 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2007, 191 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2008, 198 p.
- Kind en Gezin, Het kind in Vlaanderen 2009, 211 p.
- MORBE, E., De abortuswet en de evaluatiecommissie, schets van de totstandkoming, 2005, 252 p.
- Avortement : Libertés en danger, Actes du colloque international du 12 décembre 2005 à Bruxelles, FPS.
- VAN DEPUTTE, C., Een analyse van de discussie over het al dan niet strafbaar stellen van abortus, licentiaatsverhandeling 2006-2007.

b) ÉTRANGER:

CANADA :

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

DANEMARK :

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

FRANCE :

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

PAYS-BAS :

- N., Jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid inzake het toezicht op de naleving van de Wet afbreking zwangerschap, 1987, Tweede Kamer, 1989-90, 18386, n° 33, 34 et 36 ;
- id., 1988, Tweede Kamer, 1990-91, 18386, n°. 37, 39 et 41 ;
- id., 1989 -90, Tweede Kamer, 1991-92, 18386, n°. 44.
- RADEMAKERS, J., Abortus in Nederland, Jaarverslag landelijke abortusregistratie, 1987-88, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1990, 90 p.
- id., 1989-90, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1992, 62 p.
- id., 1991-92, Stimezo-onderzoek, Utrecht, 1995, 54 p.
- Jaarrapportage 2002 van de Wet afbreking zwangerschap, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 18 p.
- Jaarrapport 2003, Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg, 206 p.
- Jaarrapportage 2004 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, augustus 2005. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 20 p.
- Jaarrapportage 2005 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, oktober 2006. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 38 p.
- Jaarrapportage 2006 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, november 2007. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.
- Jaarrapportage 2007 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, november 2008. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.
- Jaarrapportage 2008 van de wet afbreking zwangerschap, Den Haag, december 2009. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 36 p.

ESPAGNE:

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

ROYAUME-UNI :

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

ÉTATS-UNIS :

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

ROUMANIE:

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

2. ARTICLES GÉNÉRAUX ET TRAVAUX

- ABELOOS-FOUREZ, M.Th., Onderzoek betreffende de vrouw in noodsituatie in het kader van de wetgeving over de zwangerschapsafbreking, Brussel, 1995, 16 p.
- Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, Studiedienst en beleidsondersteuning, Cel Vrouwen en Ontwikkeling, Genderverslag 1997-1998, Verslag aan het Parlement, februari 1999.
- BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries – International Family Planning Perspectives, 1998.
- BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, T., Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion : A 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, in Population, 1974, n° 2, p. 326-341.
- id., L'avortement légal en France, in Populations et Sociétés, janvier 1985, n° 187.
- id., L'avortement en Europe, in Espace, Populations, Sociétés, 1989-2, p. 225-238.
- id., L'avortement en Europe, in Vie Sociale, 1992, n° 11-12, p. 5-11.
- CAMUS, F., L'avortement en Grande-Bretagne : bilan de la réforme, in Vie Sociale, 1992, nr. 11-12, p. 51-60.

- CENTRUM VOOR FAMILIALE STUDIES, Abortus voor het Parlement, Brussel, 1979, 23 p.
- id., De Wet Veil : enquête in Frankrijk, Brussel, 1979, 36 p.
- CLIQUET, R., (red.), Abortus Provocatus, C.B.G.S., Studies en Documenten, nr. 2, De Sikkels, Antwerpen, 1972, 508 p..
- CLIQUET, R., CALLENS, M. (red.), Gezinsvorming in Vlaanderen, C.B.G.S., Monografie 1993/1, Brussel, 1993,
- COCK, P., Hulp bij ongewenste zwangerschap, juridisch en sociaal vademecum (losbladig), Federatie C.G.S.O., Gent, 1991.
- de BEAUFORT, I.D., DUPUIS, H.M. (red.), Handboek Gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen - Maastricht, 1988, 681 p.
- DEHAENE, T., Zwangerschap uitgewist ?, Over beleving en begeleiding na abortus, Davidsfonds Leuven, 1998, 126 p.
- FEDERATIE C.G.S.O., Abortus, waar een wet is, is een weg (dépliant), Gent, 1993, 178 p.
- FRANCOIS, K., Abortus : De Nationale Evaluatiecommissie die toeziet op de abortuswet, Humanistisch Verbond, Antwerpen, 1994, 116 p.
- GACEHPA, La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique : enquête réalisée en 1985, Bruxelles, 1987, 24 p.
- HENSHAW, S., SINGH, S., HAAS, T., The Incidence of Abortion Worldwide, International Family Planning Perspectives, 1999.
- HENSHAW, S., SINGH, S., HAAS, T., Readings on induced abortion, volume 2 : a world review 2000, International Family Planning Perspectives and Detailed Tables, Allan Guttmacher Institute, 2001.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, Progress postponed, Abortion in Europe in the 1990s, Londen, 1993, 173 p.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, Abortion in Europe, volume 28, n° 2, autumn 2000.

- KAMINSKI, H., CROST, M., Les interruptions de la grossesse, J. Gynécol.Obstet. Biol. Reprod., Parijs, 1991, 20, p. 767-773.
- KNÖFERL, Dr. G. e.a., Modellprogramm - "Beratungsstellen § 218", Band 127, Kohlhammer, Stuttgart, 1981, 262 p.
- KOLLEKTIEF ANTIKONCEPTIE, Ongewenste Zwangerschap (brochure d'accueil), Gent, 1993.
- MARQUES-PEREIRA, B., L'interruption Volontaire de Grossesse, in Courrier Hebdomadaire n°. 1127 en 1128, CRISP, Brussel, 1986, 41 + 46 p.
- id., l'Avortement en Belgique, Editions de l'Université, Brussel, 1989, 166 p.
- MINISTERE DE LA CULTURE ET DES AFFAIRES SOCIALES DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE, Grossesse en question (brochure d'information), e.c.a. CEDIF en GACEHPA, Bruxelles, 1993, 55 p.
- MINISTERIE VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU (I.H.E.) Gezondheid in het federale België en zijn Gemeenschappen, Brussel, 1993, 191 p.
- MOREAU N., Dr. SWENNEN B. , Dr. ROYNET D., et l'équipe du GACEHPA , Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : Eléments pour une meilleure prévention, GACEPHA ASBL, Bruxelles, 2006, 151 p.
- MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, Avortement et contraception, démographie, Parijs, 1993.
- Idem, Avortement et application de la loi – Aide-memoire législatif, Paris, 1996.
- Idem, L'avortement, un droit a 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, Antwerpen, 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.

- RIEMSLAGH, M., VANMECHELEN, B., Abortus voorgoed voorbij ? Lannoo Campus, 2003, 156 p.
- TERRENOIRE, G., L'interruption volontaire de grossesse en Europe, Les cahiers du Comité National d'Ethique, 2001, 7 p.
- TISSOT, B., VEKEMANS, M., L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins, Bruxelles, 1990, 80 p. + annexes
- TOUSSAINT, Ph., (red.), L'avortement, Complexe, Brussel, 1973, 195 p.
- VAN ASSCHE, E., (red.), Ongewenste Zwangerschap, handboek hulpverlening, ACCO, Leuven, 1992, 170 p.
- VAN BILSEN, P.M.A., VISSER, A., Effecten van seksuele voorlichting aan jongeren, een literatuurstudie, I.H.F., Brussel, 1993, 82 p.
- VAN DEN BERGH, A.S., de methode FINKS, STIMEZO, Den Haag, 1977, 157 p.
- VAN WESTERING, F., SPANJAARD, H., Zo zit dat, Margriet reeks, De Geïllustreerde Pers, Weert, 1990, 95 p.
- VENNEN, F., L'opposition à l'avortement - du lobby au commando, BERG INTERNATIONAL, Collection pensée politique et sciences sociales, 1995, 197 blz.
- VISSER, A., GEERAERT, A., LEHERT, P., Seksualiteit en relatievorming : anticonceptie in België, ACCO, Leuven, 1991, 181 blz.
- VISSER, A., GEERAERT, A., LEHERT, P., Sexualité et contraception : Les relations dans les couples en Belgique, De Boeck Université, Brussel, 1993, 174 blz.
- WITTE, E., De liberalisering van de abortuswetgeving in België (1970-1990), Rapporten en perspectieven omtrent Vrouwenstudies, nr. 4., VUB Press, Brussel, 1993.
- ZUCKER-ROUVILLOIS, E., La loi française sur l'Interruption Volontaire de Grossesse: sa construction, in Vie Sociale, 1992, nr. 11-12, blz. 13-50.

5. COMPOSITION

DE LA COMMISSION
NATIONALE
D'ÉVALUATION
INTERRUPTION DE
GROSSESSE

**1. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE DE LA LOI DU
3 AVRIL 1990 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE
(A.R. du 14 octobre 2009)**

Membres effectifs

1° en tant que docteurs en médecine:

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

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

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

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

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

Membres suppléants:

1° en tant que docteurs en médecine:

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| - M. Marc Cosyns (N) | - Mme Valérie Albert (F) |
| - M. Jan De Lepeleire (N) | - Mme Nathalie Carlier (F) |
| - M. Paul Deschepper (N) | - Mme Isabelle Dumont (F) |
| - Mme Anne Verougstraete (N) | - M. Thierry Fobe (F) |

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

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| - M. Stefaan Callens (N) | - Mme Eléonore Delwaide (F) |
| - Mme An Vijverman (N) | - M. Jean-Marc Wolter (F) |

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

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| - Mme Karline Demasure (N) | - Mme Violaine De clerck (F) |
| - Mme Isabelle Schotte (N) | - Mme Claire Quevrin (F) |

2. COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

- Mme Anne-Marie Sacré-Bastin (F)
- Mme Marie-Jeanne Ribbens (N)
- Mme Karine Delatte (F)
- Mme Lydie Cappelmans (F)
- M. Kristiaan Coppens (N)
- Mme Celine Lievens (N)

6. TEXTES DE LOI

1. Loi du 3 avril relative à l'interruption de grossesse

Publication au MONITEUR BELGE du 5 avril 1990 :

3 avril 1990 – Loi relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code

Au nom du Peuple belge,
Nous, Ministres réunis en Conseil,

Vu l'arrêté du 3 avril 1990 constatant que le Roi se trouve dans l'impossibilité de régner ;

Vu les articles 25,69,79, alinéa 3, et 82 de la Constitution.

Les Chambres ont adopté et Nous, Ministres réunis en Conseil, sanctionnons ce qui suit :

Article 1er.

L'article 348 du Code pénal est remplacé par la disposition suivante :

“Article 348. Celui qui médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion. Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué.”

Article 2.

L'article 350 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

“Article 350. Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes :

1° a) l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;

b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande, soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit :

- a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse ;
- b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés ;
- c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

L'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder. Cette déclaration sera versée au dossier médical.

4° Au-delà du délai de douze semaines, sous les conditions prévues aux 1°, b), 2° et 3°, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être pratiquée que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assurera le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis sera joint au dossier.

5° Le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.
Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention."

Article 3.

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

"Article 351. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante francs à deux cents francs."

Article 4.

L'article 352 du Code est remplacé par la disposition suivante :

« Article 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention ait été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et aux travaux forcés de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti."

Article 5.

L'article 353 du même Code est abrogé.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 3 avril 1990.

Texte de l'article 349 du Code pénal

Article 349. Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six francs à trois cents francs.

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante francs à cinq cents francs.

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

Publication au MONITEUR BELGE du 20 avril 1990:

13 Août 1990 – Loi visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code

Baudouin, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit

Article 1er

§ 1er. Il est institué une Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse.

§ 2. La Commission est composée de seize membres, dont neuf femmes et sept hommes. Ils sont désignés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins professeurs de médecine dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec celle de membre d'une des Assemblées législatives et avec celle de membre du Gouvernement ou d'un Exécutif.

Les membres de la Commission sont nommés, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, dans le respect de la parité linguistique et de la représentation pluraliste, et pour une période de quatre ans qui peut être prorogée. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants.

La Commission est présidée par un néerlandophone et un francophone. Les présidents sont élus par les membres de la Commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

§ 3. La Commission établit à l'attention du Parlement, pour le 31 août 1992, et par la suite tous les deux ans :

- a) un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3 ;
- b) un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de l'application de la loi ;
- c) le cas échéant, des recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse.

Pour l'accomplissement de cette mission, la Commission peut s'informer auprès des pouvoirs et organismes concernant le planning familial, la parenté responsable et la contraception.

Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune instance, y compris le pouvoir judiciaire.

Article 2

La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse. Ce document comportera

- 1) l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin ;
- 2) l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse;
- 3) l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;
- 4) l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;
- 5) une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance ;
- 6) l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information ;
- 7) l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité ;
- 8) l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 1^{er}, dans les quatre mois de l'interruption de grossesse.

Article 3

La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1^o, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne :

- le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement ;
- le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur la base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4^o, du Code pénal ;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l'établissement.

A ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :

- la composition et le fonctionnement du service ;
- les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées;
- le nombre de consultations;
- éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

Article 4

La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales. Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. La commission d'évaluation désigne les membres de ce personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Article 5

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission d'évaluation ainsi que les indemnités de ses membres sont à charge du budget du Ministère de la Santé publique.

Article 6

Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui aura été adressé, omettra de transmettre les documents d'enregistrement visés à l'article 2 ou les rapports annuels visés à l'article 3 à la Commission d'évaluation dans les délais prévus, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante francs à cinq mille francs.

Le chapitre VII et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées par la présente loi.

Article 7

Toute personne qui, en quelque qualité que ce soit, prête son concours à l'application de la présente loi, est par la même responsable du secret des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de cette mission. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Article 8

Un débat se tiendra à la Chambre et au Sénat dans les six mois du dépôt des premiers rapports et, le cas échéant, des recommandations de la Commission d'évaluation, visés à l'article 1^{er}, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle les Chambres législatives sont dissoutes et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de Gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 13 août 1990