



FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL
RAPPORT SECTORIEL 2012

Table des matières

.....	1
1 CONTEXTE LÉGAL.....	2
2 MÉTHODOLOGIE.....	3
3 DESCRIPTION DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL.....	4
3.1 Accueil.....	4
3.2 Consultations.....	5
Consultations médicales.....	5
Interruptions volontaires de grossesse (IVG).....	6
Consultations psychologiques et sexologiques.....	6
Consultations sociales.....	7
Consultations juridiques et médiation familiale.....	8
Consultations de conseil conjugal.....	8
3.3 Activités de prévention.....	8
3.4 Coordination et gestion administrative.....	9
3.5 Réunions.....	10
4 ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ QUE RENCONTRE LE SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL.....	11
4.1 Accueil.....	11
4.2 Précarité.....	12
4.3 Santé mentale.....	14
4.4 Sutures d'hymen et certificats de virginité.....	15
4.5 Sexualité et handicap.....	16
4.6 Identités de genres et orientations sexuelles.....	17
4.7 Animations scolaires.....	17
5 ANALYSE DE L'ADÉQUATION DE L'OFFRE DE SERVICE DU SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL AVEC LES NOUVELLES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ.....	19
6 CONCLUSION.....	20
7 BIBLIOGRAPHIE.....	21

1 CONTEXTE LÉGAL

En son Art. 163. § 1er., le décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé du 5 mars 2009 prévoit que :

« Les organismes [de coordination et les organismes représentatifs et de coordination] élaborent, au moins tous les cinq ans, un rapport qui contient, pour chaque secteur représenté par l'organisme :

1° une description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur;

2° une analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre leur secteur;

3° une analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec ces nouvelles problématiques sociales et de santé »

2 MÉTHODOLOGIE

Le présent document ne prétend pas à l'exactitude parfaite ou à l'exhaustivité; il se présente davantage comme une interprétation libre des rapports d'activités des centres. Nous avons tenté de dégager de ces rapports les éléments récurrents qui confirment les grandes tendances concernant notre secteur, telles que nous avons pu les appréhender lors de nombreux débats avec les centres de planning familial. Le chapitre 3 (« description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur du planning familial ») présente toutefois une série de données quantitatives tirées des rapports.

Notre rapport sectoriel a été réalisé sur base des rapports d'activités 2009, 2010 et 2011 de 22 de nos centres bruxellois¹ pour les données quantitatives et des rapports 2011 uniquement pour les aspects qualitatifs.

Une autre source utilisée dans la rédaction de ce rapport est l'enquête que nous avons menée auprès de nos centres en avril 2012. Partant du constat qu'un simple dénombrement des consultations ou des animations scolaires ne suffisait pas pour rendre compte de l'activité réelle de nos centres, nous leur avons demandé de nous fournir l'image d'une « semaine-type » en termes d'affectation de la force de travail de l'ensemble de l'équipe. Nous avons reçu 11 réponses sur 22 centres. La compilation de ces réponses fournit donc l'image de l'activité d'un centre « moyen » (au sens statistique) et totalement virtuel de la FLCPF. Il va de soi que les pratiques entre centres sont extrêmement différentes et que les réponses manquantes auraient pu modifier l'image fournie. Nous pensons cependant que, malgré ce biais important, l'exercice est intéressant, notamment pour

1 Le 23^e, celui de Laeken, n'ayant ouvert ses portes qu'en 2011

l'orientation des politiques publiques.

Nous avons au maximum « laissé parler » nos centres au moyen d'analyses ou de vignettes tirées des rapports d'activités et ce particulièrement dans le chapitre 4 (« analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur du planning familial »). Outre une lecture que nous espérons plus vivante et agréable, nous pensons qu'ils sont les mieux placés pour illustrer les évolutions de leur secteur.

3 DESCRIPTION DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL

3.1 Accueil

Élément central de la pratique professionnelle en planning familial, l'accueil est défini par la FLCPF comme « *un premier lieu d'écoute où la demande du consultant est clarifiée, afin de lui permettre d'opérer ses choix en matière de sexualité et de vie affective le plus indépendamment possible des pressions auxquelles il peut être soumis.* »²

S'il est particulièrement difficile de déterminer exactement le nombre de « prestations d'accueil » et leur volume horaire, une enquête réalisée auprès de 11 de nos centres en 2012 montre que l'accueil représenterait en moyenne environ 26 % du volume de travail total.

En termes d'évolution des pratiques professionnelles et si l'on considère l'accueil dans son acception la plus large, ces dernières années ont été marquées par un recours accru aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) : création et entretien d'un site web, communication avec les usagers via e-mail, etc.

L'amélioration des pratiques en termes d'accueil est un souci constant de nos centres. Il s'est notamment traduit ces dernières années chez certains de nos centres par un doublement voire un triplement (Aimer à l'ULB³) du nombre d'accueillants présents lorsque cela était possible.

Beaucoup de nos centres ont par ailleurs choisi l'accueil comme thématique de leur démarche d'évaluation qualitative (DEQ). Un exemple de ce qui a pu être entrepris nous est fourni par le CPS-XL :

« *Enquête auprès de notre public et dans le réseau.*

2 FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL, Charte de l'accueil, p.1

3 AIMER À L'ULB, Rapport d'activités 2011, p.5

Analyse de l'outil statistique.

Amélioration de la convivialité de la salle d'attente (rafraîchissement des peintures, installation d'un poste de musique, diffuseur d'huiles essentielles).

Importants travaux pour l'installation d'un WC supplémentaire pour le confort de nos patientes.

Relevé de nos procédures d'accueil, réactualisation et mise en évidence afin qu'elles soient claires et accessibles »⁴

3.2 Consultations

Le décret ambulatorio de 2009 impose aux centres de planning familial d'organiser des consultations médicales, psychologiques, sociales et juridiques. De manière facultative, les centres sont également autorisés à organiser des consultations en sexologie, en conseil conjugal et en médiation familiale.

Selon l'enquête réalisées auprès de 11 de nos centres en 2012, le pôle « consultations » représenterait environ 36 % du volume de travail total

Consultations médicales

Voici le tableau reprenant le nombre de consultations médicales entre 2009 et 2011 (consultations IVG comprises).

2009	2010	2011
42.185	42.137	42.043

Attention : données indisponibles pour le CPS-Forest

On le voit, le volume des consultations médicales reste stable pendant la période concernée (autour de 42 000 consultations par an). C'est presque le double du volume des consultations psychologiques et sexologiques, ce qui démontre que notre secteur demeure extrêmement « médicalisé ».

Certains centres remarquent toutefois une nette augmentation (CCFS) voire une saturation (Aimer Jeunes) de la demande en consultations médicales.

L'offre de services en matière de consultations médicales est mise en péril par la pénurie de médecins généralistes en action sociale/santé. Cette situation, qui concerne également le secteur de la toxicomanie, rend parfois très difficile le recrutement voire même le strict respect du cadre légal (0,16 ETP minimum). Le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la

⁴ CPS-XL, Rapport d'activités 2011, p.9

santé s'est saisi de la question.

Vu le contexte de pénurie, les centres sont parfois contraints à rémunérer leurs médecins au-delà de leurs moyens : *« les honoraires médicaux, pèsent de plus en plus lourds sur les moyens financiers du centre. En effet, ces honoraires ne sont pas couverts par la COCOF, seules 35 heures de réunion d'équipe sont subsidiées à 21€, pour une année. »*⁵

Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Voici le tableau reprenant le nombre d'IVG réalisées entre 2009 et 2011 :

2009	2010	2011
4.590	4.898	4.962

Notons qu'il s'agit ici du nombre total d'IVG pratiquées dans les centres COCOF, les centres pluralistes bruxellois n'en pratiquant pas.

Le volume des IVG réalisées dans les centres bruxellois agréés COCOF a donc subi une augmentation de 7,5 % entre 2009 et 2010. C'est plus du double de la moyenne nationale (+3,6%⁶). Ce phénomène mériterait d'être étudié, notamment en envisageant le lien possible entre IVG et précarisation des bruxelloises.

Le nombre d'IVG réalisées dans les centres bruxellois agréés COCOF passe de 24,32 % du total national en 2009 à 25,34 % en 2011.

Le contexte de pénurie de médecins met également en péril la pratique de l'IVG : *« Ce qui est (...) préoccupant, c'est la diminution du nombre de plages IVG. Il est de plus en plus difficile de trouver des médecins formés à la pratique de l'avortement et souhaitant travailler en planning familial. Or, seuls les centres de planning offrent un accompagnement à la fois professionnel et chaleureux, mais aussi en toute discrétion et sans jugement moral. »*⁷

Concernant la méthode pratiquée pour l'IVG, certains de nos centres (Free Clinic et Groupe Santé Josaphat notamment) évoquent une augmentation du recours à la méthode médicamenteuse : de 37,3 % à 45 % pour le Groupe Santé Josaphat entre 2009 et 2011, de 13,2 % à 15,9 % pour la Free Clinic entre 2010 et 2011. Cette tendance est confirmée par les rapports de la Commission nationale d'évaluation de la loi.

5 CPS-FOREST, Rapport d'activités, p.3

6 D'après les chiffres des rapports 2010 et 2012 de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse

7 CENTRE SÉVERINE, Rapport d'activités 2011, p.31

Consultations psychologiques et sexologiques

Voici le tableau reprenant le nombre de consultations psychologiques et sexologiques entre 2009 et 2011 :

2009	2010	2011
22.572	23.482	22.133

Attention : données indisponibles pour le CAFRA

Beaucoup de nos centres (Aimer Jeunes, CPS-XL, Planning familial d'Evere, Planning familial de Woluwé-Saint-Pierre, Plan F) évoquent une saturation préoccupante des plages de consultations psychologiques. D'autres centres (Aimer à l'ULB, La Famille Heureuse de Saint-Gilles, le Groupe Santé Josaphat) voient leur volume de consultations diminuer sans que cela soit nécessairement lié à une baisse de la demande.

En termes d'évolution des pratiques professionnelles, certains de nos centres (Collectif Contraception Santé des Femmes et CPS-XL notamment) ont opté pour une amélioration de l'analyse de la demande :

« Pour optimiser au mieux notre offre, nous avons amélioré en août le carnet spécifique aux demandes de consultations psychologiques. Chaque demande est répertoriée dans ce carnet, où sont notées les coordonnées de la personne, mais aussi ses disponibilités précises, la manière dont elle a connu le centre, le type de demande et de situation, etc... Cette analyse plus pointue de la demande nous permet d'orienter au mieux les patients vers l'un ou l'autre thérapeute. Depuis la mise en place de ce carnet, la proportion du nombre de places restées libres a quelque peu diminué. »⁸

Consultations sociales

Il a été impossible d'extraire le volume total des consultations sociales des rapports d'activités de nos centres. En effet, si certains centres tiennent la comptabilité des consultations, d'autres raisonnent en termes de dossiers ouverts. En outre, les prestations des assistants sociaux mêlent la plupart du temps des plages d'accueil et des consultations sociales au sens strict.

Sur base de l'enquête réalisée auprès de 11 de nos centres en 2012, les consultations sociales pourraient représenter environ 15 % du total horaire des consultations. Ce pourcentage est une estimation à considérer avec beaucoup de prudence.

En termes d'évolutions des pratiques professionnelles, un nombre significatif de nos centres (Aimer

⁸ COLLECTIF CONTRACEPTION SANTÉ DES FEMMES, Rapport d'activités 2011, p.27

Jeunes, Bureaux de Quartiers, CPF d'Uccle, CPS-Forest notamment) évoquent une diminution de l'activité strictement « sociale » au profit de l'affectation des assistants sociaux à d'autres tâches : coordination, accueil, accompagnement IVG, animations scolaires, etc.

Un exemple-type de ce phénomène nous est fourni par le centre Bureaux de Quartiers :

« Nous remarquons depuis quelques temps une légère diminution des consultations sociales. Une des raisons serait peut-être que l'assistante sociale est la personne qui assure le plus de consultations d'accueil et qu'elle y gère souvent directement des demandes sociales. Un autre élément serait plus d'ordre structurel : c'est l'assistante sociale qui assure la fonction de coordinatrice. Le temps consacré à cette fonction est directement pris sur le temps octroyé au travail social dans le cadre agréé CoCoF. Nous constatons à ce niveau là une nette augmentation d'un travail administratif. »⁹

Consultations juridiques et médiation familiale

A nouveau, il a été impossible d'extraire le volume total des consultations juridiques des rapports d'activités de nos centres. Certains centres comptabilisent les consultations tandis que d'autres raisonnent en termes de dossiers ouverts.

Sur base de l'enquête réalisée auprès de 11 de nos centres en 2012, les consultations juridiques et la médiation familiale pourraient représenter environ 8 % du total horaire des consultations. Encore une fois, ce pourcentage est une estimation à considérer avec beaucoup de prudence.

Consultations de conseil conjugal

Voici le tableau reprenant le nombre de consultations de conseil conjugal entre 2009 et 2011 :

2009	2010	2011
4.779	5.148	4.521

Attention : données indisponibles pour le CAFRA et le CPS-Forest

Ici, aucune tendance nette ne se dessine. Certains centres évoquent une stabilité du nombre des consultations (CAFRA), d'autres une diminution (Bureaux de Quartiers), d'autres encore une saturation (CPF d'Uccle).

3.3 Activités de prévention

Le décret ambulatoire de 2009 impose aux centres « d'organiser des activités de prévention, afin de

⁹ BUREAUX DE QUARTIERS, Rapport d'activités 2011, p.35

préparer les jeunes à la vie affective, relationnelle et sexuelle, d'assurer l'information et de susciter la réflexion auprès des adultes, sur ce thème.»

Sur base de l'enquête réalisée en 2012 auprès de 11 de nos centres, le pôle « animations/prévention » pourrait représenter environ 6 % du volume de travail total. Ce pourcentage inclut les temps de préparation, de réunion, d'évaluation, etc. Il est à nouveau à considérer avec une extrême prudence.

En 2012, un relevé complet des animations scolaires en EVAS¹⁰ réalisées par les centres agréés par la COCOF a été établi sous l'impulsion du cabinet du ministre Emir Kir et des deux fédérations concernées (FLCPF et FCPPF).

Pour l'année scolaire 2011-2012, ce sont en tout 3 564 h (périodes) qui ont été prestées dans les écoles bruxelloises francophones dont 90 % l'ont été par les centres membres de la FLCPF.

Selon ce relevé, 95 % des animations ont eu lieu dans l'enseignement normal tandis que 5 % ont eu lieu dans l'enseignement spécialisé.

Toujours selon ce relevé, dans l'enseignement secondaire normal, 39 % des animations ont eu lieu en technique ou professionnel tandis que 33 % ont eu lieu dans l'enseignement général. A noter ce biais important : une catégorie « non-précisé » de 28 %. Certaines écoles regroupant plusieurs filières, il a parfois été impossible de classer les heures d'animations.

Beaucoup de nos centres évoquent une demande croissante d'animations en milieu scolaire, demande à laquelle ils ne peuvent répondre :

« Le volume de demandes adressées et de motivations et idées dans l'équipe dépasse les possibilités concrètes de réalisation dans le cadre actuel. »¹¹

Face à ce phénomène, certains services ont décidé de recentrer leur projet :

« Ces dernières années, la quantité des animations étant devenue trop importante, nous avons choisi de privilégier ce travail de proximité »¹²

L'inscription au budget 2013 de la COCOF d'un montant de 300 000 € pour renforcer l'EVAS en milieu scolaire pourrait permettre de mieux répondre à la demande.

Signalons enfin que si les animations scolaires représentent la grande majorité des activités de prévention, de nombreux autres projets s'inscrivent dans la perspective d'une EVAS pour toutes et tous : animations en AMO, en maisons de quartiers, groupes de parole pour femmes, stands de

10 Éducation à la vie affective et sexuelle

11 AIMER JEUNES, Rapport d'activités 2011, p.39

12 BUREAUX DE QUARTIERS, Rapport d'activités 2011, p.57

prévention en milieu festif (projet Sex&Co), etc.

3.4 Coordination et gestion administrative

Si la COCOF finance un mi-temps administratif dans les centres de planning familial, le décret de 2009 impose aussi qu'il y ait une personne chargée de la coordination générale. Cette fonction n'est pas financée.

Or selon notre enquête de 2012, les fonctions de gestion administrative et de coordination représenteraient en moyenne environ 22 % du volume total de travail au sein d'un centre, la charge étant soit répartie entre plusieurs travailleurs, soit assumée par une ou deux personnes (souvent des assistants sociaux) :

« Nos travailleurs sociaux ont parfois beaucoup de responsabilités différentes à assumer. En effet, en plus de leurs consultations sociales, ils prennent en charge un travail de gestion, promotion et de réseau nécessaire au bon fonctionnement de notre centre. De plus, aucune heure n'est subsidiée pour assumer les fonctions d'administrateur et de coordinateur. Or, nous n'avons pas une santé financière nous permettant de payer des heures supplémentaires sur nos fonds propres. Dès lors, parfois acculés par le temps, un choix est prioritairement établi et c'est l'encodage qui en souffre entre autres. »¹³

Selon nos centres, la charge de travail administratif ne cesse d'augmenter depuis la mise en place du décret ambulatorio : contrôle accru de l'administration, DEQ, travail en réseau, enquêtes à répétition (DEQ-T¹⁴, étude programmation, relevé des activités EVAS), etc.

La FLCPF plaide en conséquence pour le financement par la COCOF d'au moins un mi-temps supplémentaire pour assurer la fonction de coordination reconnue par le décret.

3.5 Réunions

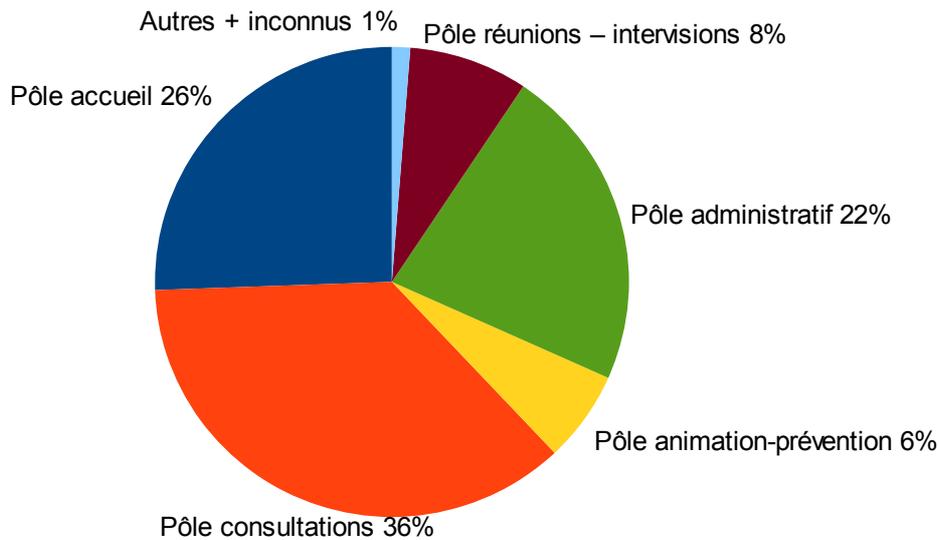
Selon notre enquête de 2012, le pôle « réunions » représenterait environ 8 % du volume de travail total au sein d'un centre de planning familial.

En conclusion de ce chapitre, et en dépit des réserves déjà exprimées, nous tenons à fournir le diagramme suivant, basé sur l'enquête de 2012, qui permet de visualiser ce que pourrait bien être l'activité « réelle » d'un centre de planning familial bruxellois « moyen », au-delà de la notion de « cadre » :

13 CPS-FOREST, Rapport d'activités 2011, p.11

14 Démarche d'évaluation qualitative transversale, initiée par les partenaires sociaux

Proportions des activités d'un CPF bruxellois (2012)



4 ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ QUE RENCONTRE LE SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL

4.1 Accueil

Nos centres évoquent une difficulté croissante de la prise en charge au niveau de l'accueil : demandes complexes, personnes précarisées (ceci fera l'objet d'un sous-chapitre), en situation de crise, souffrant de pathologies mentales lourdes et nécessitant un suivi médico-psycho-social global.

Ce travail de première ligne est similaire à celui d'autres services sociaux et ne concerne pas uniquement les aspects liés à la vie affective et sexuelle. Un exemple de ces demandes complexes nous est fourni par le CPF d'Uccle :

« Un homme d'une trentaine d'années arrive à l'accueil pour une demande de rendez-vous chez la juriste. Il part et revient quelques minutes plus tard disant qu'il pense qu'il aurait plutôt besoin d'une consultation sociale. L'accueillante l'invite alors à s'asseoir et lui expliquer sa difficulté. Il est Marocain, arrivé en Belgique sans papier, qu'il obtiendra plus tard par l'intermédiaire d'un mariage. Sa femme et lui ne s'entendent plus du tout. Elle le met à la porte et Monsieur ne souhaite pas retourner chez lui car il y a trop de pression psychologique. Il suit une formation pour trouver un travail mais est actuellement sans argent pour trouver un logement. Les démarches au CPAS ne

lui ont pas permis d'obtenir une aide financière. Désespéré, il souhaite trouver un lieu calme pour dormir le soir. Il n'est pas possible pour lui de retourner dormir chez lui. « C'est trop dur psychologiquement » dit-il. Il est déterminé à s'en sortir et ira dans un service social d'hébergement en urgence. L'accueillante essaie de voir si d'autres pistes sont possibles : l'aide de la famille ou d'amis, l'accès à un compte en banque en commun avec son épouse...mais rien ne semble possible. Elle l'orientera alors vers une consultation sociale et lui conseillera de prendre un avis auprès de notre juriste. »¹⁵

Les demandes non-liées à la vie affective et sexuelle demeurent cependant minoritaires et le centre de planning familial se fait un devoir de réorienter les usagers vers les services le plus compétents concernant ces demandes. La déontologie du travailleur social impose néanmoins que l'on prenne le temps de « l'accroche » du bénéficiaire : il s'agit de ne pas le perdre en route après ce contact de première ligne

4.2 Précarité

La paupérisation des publics est de loin la problématique la plus évoquée par nos centres : elle est présente dans la quasi-totalité des rapports d'activités :

Au niveau des **consultations médicales**, ce phénomène se remarque surtout en termes « d'assurabilité » des usagers :

« Les données 2011 confirment le constat, fait depuis plusieurs années, d'une précarisation et une fragilité sociale grandissante du public fréquentant le centre. Une proportion importante du public est sans couverture sociale : pas de mutuelle ou une mutuelle pas en ordre (17% + 6% inconnu ou autres). Cette différence est plus importante quant à des demandes d'accompagnement IVG (30%) »¹⁶

« Les personnes ne bénéficiant pas des interventions d'une mutuelle faute d'être assurées sont systématiquement orientées chez l'assistante sociale, qui propose de les aider, quand la chose est possible, à trouver des solutions pour régulariser leur situation vis à vis de la mutuelle. La chose reste cependant problématique pour le nombre croissant de personnes sans papiers qui s'adressent au planning, et la procédure « d'aide médicale urgente » est assez lourde et n'est pas toujours correctement appliquée par les C.P.A.S »¹⁷

Lorsque les patients sont en ordre de mutuelle :

15 CPF D'UCCLE, Rapport d'activités 2011, p.13

16 GROUPE SANTÉ JOSAPHAT, Rapport d'activités 2011, p.29

17 PF LEMAN, Rapport d'activités 2011, p.15

« Nous continuons comme par le passé, à pratiquer le tiers payant ; mais de plus en plus, les patients ne savent même plus nous payer le ticket modérateur. Cela confirme la paupérisation croissante de notre public »¹⁸

A ceci s'ajoute un phénomène qui n'est pas lié à la paupérisation des publics mais qui pèse parfois lourd sur le financement des consultations médicales :

« Les patientes affiliées à une maison médicale ne sont pas remboursées pour les soins dispensés par un médecin généraliste et le centre ne peut donc pas se faire rembourser les deux tiers de la consultation »¹⁹

En conséquence, et faute d'avoir une garantie suffisante concernant le statut de la patiente, certains centres se voient obligés de réclamer le coût total de la consultation. Fort heureusement, des conventions locales existent parfois avec des maisons médicales.

Au niveau des **consultations psychologiques et de conseil conjugal**, la précarisation des usagers s'illustre notamment par le recours de plus en plus fréquent au tarif réduit :

« La proportion de consultations psy à tarif réduit représente 72% pour 63% en 2010 et le prix moyen a été de 14,-€, soit une diminution de 12% par rapport à 2010. Cette diminution, la première depuis très longtemps, indique une paupérisation de la clientèle du centre. »²⁰

Cette situation n'est bien évidemment pas sans conséquences sur le financement des centres.

Terminons par cette analyse du CAFRA dans son chapitre consacré aux **consultations sociales** :

« Les facteurs de précarisation sont plus nombreux qu'auparavant et fragilisent davantage. Cette fragilité s'exprime entre autres au travers des demandes d'aide sociale. Nous constatons que la demande se formule différemment, de manière plus morcelée, agressive et critique. Morcelée, car face à la multiplication des services d'aide sociale spécialisés, la personne a les plus grandes peines à pouvoir ou à savoir déposer ses difficultés globalement. Agressive aussi parce que la personne en demande est elle-même soumise à des agressions, des injustices et s'en défend finalement par une agressivité proportionnelle à celle ressentie. Critique enfin, dès lors que la personne demanderesse constate les richesses extérieures, le fossé croissant séparant les très riches des plus modestes et des pauvres. Ceux-ci n'acceptent plus seulement une aide sous forme résiduelle alors que la société économique et mercantile les sollicite par la création de nouveaux

18 CPS-FOREST, Rapport d'activités 2011, p.15

19 LA FAMILLE HEUREUSE DE SAINT-JOSSE, Rapport d'activités 2011, p.7

20 AIMER À L'ULB, Rapport d'activités 2011, p.15

besoins »²¹

Et par ce plaidoyer du Planning Familial des Marolles :

« Nous constatons que le taux de personnes non insérées dans un circuit traditionnel de travail est en nette augmentation, à savoir 41,52% contre 24,45 en 2010 ! Nous côtoyons une couche de population paupérisée et ça ne fait qu'augmenter au fil des années. Quand nous parlons d'usagères bénéficiant d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté, nous faisons ici référence aux personnes émanant du CPAS, aux chômeurs, aux sans-papiers,... C'est pourquoi il nous semble impératif de poursuivre notre politique sociale par l'application du tiers-payant, d'aide médicale urgente, de cartes médicales, d'étalement de paiements, de reconnaissance de dettes et même de diminution de tarifs et gratuité ! Notre centre ne conçoit pas de refuser ces personnes sous prétexte de difficultés financières ! Chaque personne a droit à une aide quelle qu'elle soit ! »²²

4.3 Santé mentale

Un nombre significatif de nos centres évoque également un accroissement des problèmes de santé mentale parmi leurs bénéficiaires.

Le Planning Familial Marconi :

« Cette année encore, les personnes ayant des difficultés sociales liées à une problématique de santé mentale ont été nombreuses à consulter. Que ce soit des personnes en dépression, maniaco-dépressives, psychotiques, dépendantes, ... elles ont, à un moment donné, laissé tomber la gestion administrative de leur quotidien (factures impayées, mutuelle pas en ordre, ...). Il faut alors les aider à se remettre à jour pour que les difficultés sociales ne soient pas source d'un stress encore plus grand.»²³

Le Groupe Santé Josaphat :

« Les chiffres révèlent une augmentation spectaculaire pour la dépression comme motif de consultation. Dès lors, on passe de 14% en 2010 à 30 % en 2011. Nous pourrions déduire que ces chiffres semblent corroborer avec les études sur l'augmentation de la dépression en général dans le monde. D'ailleurs, les patients rencontrés au planning sont souvent suivis par un psychiatre ou un médecin traitant pour un traitement médicamenteux (anxiolytique, antidépresseurs,...). Force est de constater que le contexte socio-économique inquiétant et ses exigences administratives crée chez

21 LE CAFRA, Rapport d'activités 2011

22 PLANNING FAMILIAL DES MAROLLES, Rapport d'activités 2011, p.16

23 PF MARCONI, Rapport d'activités 2011, p.18

les individus beaucoup d'insécurités et d'angoisses. »²⁴

4.4 Sutures d'hymen et certificats de virginité

Depuis quelques années déjà, le secteur du planning familial est confronté à des demandes de sutures d'hymen et d'établissement de certificats de virginité. Au sein de notre fédération, de telles demandes posent bien évidemment question. Les professionnel-le-s des centres de la FLCPF sont partagés entre certaines des valeurs qui fondent leur action (féminisme, dignité du corps de la femme, combat contre la soumission à l'ordre social et à l'ordre patriarcal,...) et l'état de nécessité dans lequel se trouve parfois la demandeuse (souffrance, risque d'exclusion voire de violence). Il existe donc un réel débat dans notre fédération.

On connaît mal l'ampleur du phénomène et le traitement qui en est fait en planning familial : bien souvent, ce sont les médecins qui se trouvent seuls confrontés à ces demandes.

Afin de briser l'isolement des professionnel-le-s concerné-e-s et de mieux sensibiliser et comprendre les pratiques en la matière, la FLCPF s'est dotée d'un outil : fiches-patientes inspirées de celles pour les IVG et vademecum les accompagnant. L'objectif est d'établir progressivement un réseau inter-centres de travailleurs sensibilisés aux questions relatives à la virginité. La mise en place de ce réseau est toujours en cours.

A l'heure actuelle toutefois, seul le Planning Familial des Marolles applique cette méthode d'accompagnement des demandes liées à la virginité et reçoit les demandes d'autres centres ou d'autres institutions. Le centre en a également fait le thème de sa démarche d'évaluation qualitative. Voici quelques données chiffrées tirées du rapport d'activités des Marolles :

« Les demandes liées à la virginité ou la reconstruction d'hymen représentent 238 consultations pour l'année 2011. Il est à noter que ces demandes peuvent émerger à l'accueil ou en consultation médicale et peuvent en rester au stade de la simple prise d'information. En effet, dans ce dernier cas de figure, 19.7% des patientes arrivent directement en consultation médicale normale, tandis que 21% arrivent à l'accueil. Le certificat de virginité est une autre demande formulée par des patientes dans 5% des cas aussi bien à l'accueil qu'en médical. En ce qui concerne les sutures d'hymen, on peut mettre en évidence qu'il y a plus d'entretiens que de d'interventions : 26% des femmes suivent le protocole habituel (un entretien d'accueil pré et un pré médical) tandis que 13.4% ont effectivement recours à l'intervention. On peut imaginer que l'entretien aura permis à ces femmes d'envisager d'autres alternatives ou induit une autre réflexion par rapport à leurs

24 GROUPE SANTÉ JOSAPHAT, Rapport d'activités 2011, p.36

situations.»²⁵

4.5 Sexualité et handicap

L'accessibilité (au sens large et non uniquement en termes de mobilité) des services du planning familial aux personnes en situation de handicap qu'il soit physique ou mental est une préoccupation qui a pris de l'ampleur au cours de ces dernières années.

En 2009, via un arrêté de la COCOF, un « *centre de ressources* » était mis à disposition de toute personne concernée par la prise en charge de la vie relationnelle, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. Le centre de ressources a notamment pour missions de collecter, de traiter et de diffuser des données (nationales et internationales), des outils et des formations existants relatifs à la prise en charge de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap ou pouvant être transposés à celle-ci, de répondre aux questions posées, de saisir le comité de référence également institué par l'arrêté et d'alimenter sa réflexion, d'organiser des échanges de pratiques entre professionnels et d'organiser annuellement ou tous les deux ans un colloque présentant les travaux et les avancées dans le secteur. Il est hébergé par la FLCPF. Le centre de ressources est encadré par un « *groupe-pilote* » constitué notamment de travailleurs du secteur :

« Nous travaillons en étroite collaboration avec le centre ressource « handicap et sexualité » de la FLCPF, centre soutenu par le ministère ayant en charge les personnes handicapées. Les demandes qui clairement relèvent des objectifs d'un centre de planning familial (animations auprès des enfants en âge scolaire, consultations individuelles) sont traitées directement par nos soins. Les autres sont relayées au centre ressource où, après discussion, elles sont dispatchées et prises en charge par les personnes ressources, ou par d'autres centres de planning (quand par exemple la proximité géographique l'indique). »²⁶

Notons que le Planning Familial de Watermael-Boitsfort est reconnu pour son expertise en la matière et développe de nombreuses actions, y compris depuis peu à destination de personnes atteintes de surdité.

4.6 Identités de genres et orientations sexuelles

Autre problématique ayant pris une certaine ampleur ces dernières années : celle de l'accueil des personnes LGBTQI²⁷ en centres de planning familial.

25 PLANNING FAMILIAL DES MAROLLES, Rapport d'activités 2011, pp.69-70

26 PF DE WATERMAEL-BOITSFORT, Rapport d'activités 2011, pp.29-30

27 Lesbiennes, Gays, Bisexuel-le-s, Transgenres, Transsexuel-le-s, Queer et Intersexes

On le comprend aisément, le planning familial est naturellement et historiquement « hétérocentré », ses fondamentaux étant l'accès à la contraception et à l'avortement.

La question de la spécificité de l'accueil de ces personnes divise au sein de notre secteur. Pour les uns, il n'y a pas matière à problème dans la mesure où un « *centre laïque de planning familial est un lieu ouvert à toutes et tous sans discrimination* »²⁸. Pour les autres, l'approche de ces publics nécessite une réflexion, des formations et des outils spécifiques.

Les centres Plan F et Aimer Jeunes s'inscrivent dans cette dernière tendance. Le Plan F organise depuis quelques années des consultations spécifiques à destination des lesbiennes et s'ouvre progressivement aux gays et aux trans'. Aimer Jeunes a fait de la question de la sensibilisation aux stéréotypes de genres le thème de sa démarche d'évaluation qualitative :

*« Depuis l'année 2010, nous souhaitons également développer de façon plus précise une expertise quant aux questions de genres aussi bien à l'accueil que dans l'ensemble de nos consultations et en animation EVAS. Nous souhaitons en outre acquérir une compétence plus pointue dans l'accueil du public LGBT. »*²⁹

Signalons encore que les animateurs du projet de prévention en milieu festif Sex&Co ont souhaité entamer un processus de « déshétérocentrisation » de leur stand dès 2011 et ont participé à la Belgian Pride la même année.

4.7 Animations scolaires

Un nombre significatif de nos centres se plaint d'une dégradation du climat lors des animations scolaires, sous l'influence de facteurs tels que le consumérisme, la pornographie sur internet, les violences, les stéréotypes, etc .

Le Collectif Contraception :

« Nous arrivons en fin d'année scolaire à bout de souffle suite aux animations. Il ne s'agit pas de lassitude par rapport à l'importance de faire des animations mais plutôt de notre patience qui est mise à rude épreuve. Nous nous interrogeons avec un grand sentiment d'impuissance. En effet, nous sommes confrontées à des adolescents surexcités par le sujet avec des images de l'amour très influencées par les médias, internet, le porno et la violence ambiante. La réaction de certains élèves est de refuser cette influence, de se protéger de cet envahissement. Nous nous retrouvons donc souvent dans une même classe avec ceux « qui savent » et ceux qui ne veulent pas savoir. Ce

28 FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL, Charte de l'accueil, p.1

29 AIMER JEUNES, Rapport d'activités 2011, p.45

qui engendre de la violence, des jugements, de l'irrespect entre pairs. »³⁰

Aimer à l'ULB :

« Nous gardons profondément le sentiment de la nécessité de l'EVAS dans tous les domaines où nous la pratiquons. Nous avons parfois pu avoir le sentiment que la situation se dégradait. Cette année en particulier des demandes nous ont été faites pour de jeunes adolescents quant à leur vision des relations hommes-femmes, quant à une prévention des violences dans ces rapports. Nous avons aussi été interpellés par les résurgences (?) anti-droit à l'avortement, ou les discours prétendument « bio » (la pilule, c'est dangereux, cela empêche l'orgasme,...), parfois tenus par de jeunes ados même pas extrémistes, avec les « meilleures intentions ». Nous avons aussi été interpellés dans une grosse école secondaire par certains parents remettant en cause nos méthodes d'EVAS, et peut-être même le bien-fondé de nos actions. »³¹

Fort heureusement, d'autres expériences se passent extrêmement bien en dépit de l'aspect sensible des sujets abordés. Ce fut notamment le cas pour le Planning Familial de Watermael-Boitsfort lors des représentations de la pièce de théâtre-action « Amours mortes » qui traite des mariages forcés :

« Les animations qui ont suivi les représentations ont été extrêmement riches en réflexions. Nous avons une appréhension à aborder la question des mariages forcés avec des personnes issues de l'immigration, à savoir stigmatiser le public « cible ». Nous n'avons pas rencontré cette difficulté. Néanmoins nous avons toujours pris soin de resituer l'action dans le cadre du soutien aux personnes qui ont besoin d'aide parce qu'opprimées (à mettre en lien avec les missions d'un centre de planning) et qu'il ne s'agissait pas de critiquer les mariages arrangés, ce que de nombreux jeunes de diverses communautés acceptent et souhaitent. »³²

5 ANALYSE DE L'ADÉQUATION DE L'OFFRE DE SERVICE DU SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL AVEC LES NOUVELLES PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ

Le principal constat, qui vaut plus que probablement pour l'ensemble des services de l'ambulatoire bruxellois, est celui de l'accroissement de la demande sociale. Crise économique, précarisation, chômage, boom démographique bruxellois induisent cet accroissement.

30 COLLECTIF CONTRACEPTION SANTÉ DES FEMMES, Rapport d'activités 2011, p.

31 AIMER À L'ULB, Rapport d'activités 2011, p.19

32 PF DE WATERMAEL-BOITSFORT, Rapport d'activités 2011,

Dans ce contexte, il convient de protéger les individus les plus discriminés et, en ce qui nous concerne, ceux qui le sont au niveau de leur sexualité et de leur vie affective : femmes en premier lieu mais aussi populations migrantes, personnes en situation de handicap, minorités sexuelles, etc.

Nos plages de consultations psychologiques et, dans une moindre mesure, médicales sont souvent saturées. Nous en concluons que le financement global de l'offre de service se justifie pleinement et devra sans doute être revu à la hausse dans les années qui viennent.

En termes de consultations médicales, si la situation est aujourd'hui globalement vivable, nous craignons qu'elle ne devienne particulièrement critique à moyen terme en raison de la pénurie croissante de médecins généralistes en action sociale/santé. Or pour le planning familial, l'aspect médical est bien entendu essentiel : nos consultations, consacrées exclusivement à la santé sexuelle et reproductive et majoritairement aux femmes (contraception, IVG, « petite gynécologie »), sont des lieux indispensables, bénéficiant à la fois d'un haut degré d'expertise et de la confidentialité nécessaire.

En termes d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, nous tenons à insister sur le fait que nos centres ne parviennent déjà pas à satisfaire toutes les demandes des écoles. L'inscription en 2012 de l'EVAS dans le décret-missions est une avancée majeure que nous saluons. Mais si l'on souhaite que cette éducation soit dispensée par des acteurs compétents et formés, il conviendra d'y affecter les moyens correspondants. Le précédent ministre de l'Action sociale et de la Famille ne s'y est pas trompé en faisant inscrire au budget 2013 de la COCOF un effort supplémentaire de 300 000 € pour la renforcer via le planning familial. La Fédération Wallonie-Bruxelles doit également prendre ses responsabilités en la matière.

Enfin, le secteur du planning familial devrait à notre avis pouvoir étendre sa couverture de publics spécifiques quelque peu délaissés en matière de santé sexuelle. Nous pensons ici en premier lieu aux personnes en situation de handicap et aux publics LGBTQI. Ceci implique de nombreuses réflexions dans les services, le développement des compétences au sein du secteur et des moyens financiers supplémentaires.

6 CONCLUSION

Comme on l'a vu, le sous-secteur du planning familial est confronté, comme tous ses partenaires de l'ambulatoire bruxellois, au contexte de crise et de précarisation des usagers.

Son approche spécifique liée à la vie affective et sexuelle lui permet toutefois d'envisager les problématiques sous un angle différent et complémentaire : celui de la santé sexuelle et

reproductive et des droits sexuels et reproductifs.

L'OMS définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités* ».

Tendre vers cet état de bien-être, c'est prioritairement prendre en compte ce qui l'empêche et tenter de réduire les facteurs de discrimination en matière de sexualité : rapports femmes/hommes, précarité, situation de handicap, etc. C'est la mission historique du mouvement du planning familial, son « ADN social » et son horizon pour les années à venir.

7 BIBLIOGRAPHIE

Rapport d'activités 2009, 2010 et 2011 des centres suivants :

AIMER JEUNES

PLANNING FAMILIAL DES MAROLLES

PLAN F

GOUPE SANTÉ JOSAPHAT

BUREAUX DE QUARTIERS

PLANNING FAMILIAL LEMAN

COLLECTIF CONTRACEPTION SANTÉ DES FEMMES

AIMER À L'ULB

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE SEXOLOGIE D'IXELLES (CPS-XL)

FREE CLINIC

LA FAMILLE HEUREUSE DE SAINT-GILLES

CENTRE SÉVERINE

PLANNING FAMILIAL D'EVERE

PLANNING FAMILIAL WOLUWÉ-SAINT-PIERRE

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL D'AUDERGHEN (LE CAFRA)

PLANNING FAMILIAL DE WATERMAEL-BOITSFORT

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE CONSULTATION D'UCCLE

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE SEXOLOGIE DE FOREST (CPS-FOREST)

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL MARCONI

CENTRE DE CONSULTATIONS FAMILIALES ET SEXOLOGIQUES (CCFS)

LA FAMILLE HEUREUSE DE SAINT-JOSSE

Rapports 2010 et 2012 de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse