



Fédération Laïque de Centres de Planning Familial

# RAPPORT SECTORIEL 2017

**FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL asbl**

**Siège bruxellois :** Rue de la Tulipe, 34 – 1050 Bruxelles • **Siège wallon :** Rue Lelièvre, 5 – 5000 Namur  
**Tél.** +32 (0)2 502 82 03 • **Fax** +32 (0)2 503 30 93 • **e-mail** flcpf@planningfamilial.net

[www.planningfamilial.net](http://www.planningfamilial.net) • [www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be) • [www.sexandco.info](http://www.sexandco.info)

N° D'ENTREPRISE BE0 431 746 109 - IBAN : BE24 0013 23 87 9238 - BIC : GEBABEBB

Membre de  **IPPF** International Planned Parenthood Federation  
European Network



## Table des matières

<b>A. Introduction .....</b>	<b>1</b>
1) Contexte légal .....	1
2) Méthodologie.....	1
<b>B. Description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur du planning familial ...3</b>	
1) État des lieux et composition du secteur .....	3
2) Le terrain : les missions et les pratiques professionnelles des centres de planning familial .....	4
2.1 Les missions des centres de planning familial .....	4
2.2 Les pratiques professionnelles .....	6
2.2.1 Le travail pluridisciplinaire.....	6
2.2.2 Le travail en réseau .....	7
2.2.3 Saturation des services.....	8
2.2.4 L'informatisation : recours aux technologies de l'information et de la communication (TIC) ...	8
2.2.5 La fonction de coordination et de gestion administrative du centre .....	9
3) Contexte institutionnel .....	10
<b>C. Analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur du planning familial.....</b>	<b>11</b>
1) Évolution des politiques sociales et de santé.....	11
1.1 La délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planning familial .....	11
1.2 La modification de la loi réglementant les professions des soins de santé mentale .....	11
1.3 La loi relative à la levée du secret professionnel des travailleurs sociaux.....	12
1.4 Le décret relatif à la Promotion de la santé .....	12
1.5 La réforme e-Santé.....	13
2) Évolution des profils et des problématiques .....	13
2.1 Une vue d'ensemble .....	14
2.2 Quelques points d'attention.....	15
2.2.1 Augmentation de la demande sociale : précarisation du public et complexification des demandes.....	15
2.2.2 Pénurie de médecins généralistes et pratiquant l'avortement.....	17
2.2.3 Le public primo-arrivant .....	17
2.2.4 Santé mentale .....	18
2.2.5 Contraception .....	19
2.2.6 L'interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	20
<b>D. Conclusion : analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur de planning familial avec les nouvelles problématiques sociales et de santé.....</b>	<b>22</b>
1) Sur le terrain.....	22
2) Contexte institutionnel .....	23
<b>E. Bibliographie.....</b>	<b>25</b>

## **A. Introduction**

---

### **1) Contexte légal**

En son article 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 le 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 ou à l'exhaustivité. Il se présente davantage comme une retranscription d'informations issues de diverses sources : les rapports d'activités des centres, les statistiques issues des encodages dans le programme de gestion Jade, un travail d'évaluation des activités de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF) réalisé en 2016, ainsi qu'une enquête menée auprès de nos centres membres. Nous avons tenté de dégager de ces différentes sources les éléments récurrents qui confirment les grandes tendances concernant notre secteur, tel que nous avons pu les appréhender lors de nombreux débats avec nos centres membres.

Ce rapport sectoriel a notamment été rédigé sur base des rapports d'activités des années 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016 des 22 centres bruxellois laïques, tant pour les données quantitatives que qualitatives.

Le programme de gestion Jade, mis en place en 2013, nous a permis de tirer un certain nombre de statistiques relatives aux activités des centres de planning familial. Elles permettent d'établir un état des lieux quantitatif du secteur et d'en saisir l'évolution sur les cinq dernières années. Néanmoins, cette source amène pour biais de ne fournir que des informations partielles, en ce sens que les statistiques ne peuvent être estimées fiables qu'à partir de l'année 2015. Avant cette année, l'utilisation partielle et non homogénéisée parmi les centres ne permet de saisir qu'une part des activités via l'encodage.

En 2016, dans le cadre de la fin de notre contrat-programme en Éducation permanente (2012-2016) et de la régionalisation de la Promotion de la santé, un bilan des cinq dernières années a été mené afin de nous aider à repenser notre projet. C'est pourquoi nous avons choisi d'évaluer nos actions et de

déterminer les priorités ainsi que les objectifs à atteindre en collaboration avec nos membres. Cette évaluation fait partie intégrante d'une approche prospective – qui prend en compte le temps passé et à venir, une approche quantitative et qualitative. Si l'objectif premier de cette démarche fut d'évaluer les actions stratégiques menées par la FLCPF, différents constats réalisés par nos centres membres dans ce cadre se sont révélés très éclairants quant aux réalités du secteur. Nous nous en sommes donc saisi afin d'en faire rapport dans ce document.

Pour terminer, une double enquête a été rédigée et soumise aux 22 centres de planning laïques bruxellois. La première d'entre elles s'est présentée sous la forme d'un fichier Excel afin de récolter des données chiffrées sur les différentes activités des centres (accueils, consultations, EVRAS selon le type de public, etc.). La seconde enquête est un Google Form dont l'objectif est de questionner les travailleurs sur certaines pratiques professionnelles et problématiques sociales et de santé, identifiées notamment sur base du premier rapport sectoriel, et ce afin d'en mesurer subjectivement l'évolution au cours des cinq dernières années. Cela a également été l'occasion de les questionner sur les pratiques et problématiques identifiées comme neuves ou récentes et n'ayant pas fait l'objet d'une analyse dans le précédent rapport sectoriel. Douze centres ont répondu au Google Form (soit un taux de réponse de 54%) et dix ont communiqué des informations via le document Excel (soit un taux de réponse de 45%). Cette enquête ne permet donc pas de dégager des conclusions représentatives, mais indique néanmoins des tendances.

Enfin, il est important de garder à l'esprit, à la lecture de ce document, qu'en aucune manière il est possible de généraliser sans nuance les éléments développés ci-après à l'ensemble du secteur du planning familial bruxellois. Si des tendances et constats prépondérants peuvent se dégager, les pratiques, le public et les problématiques rencontrées varient d'un centre à l'autre.

## **B. Description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur du planning familial**

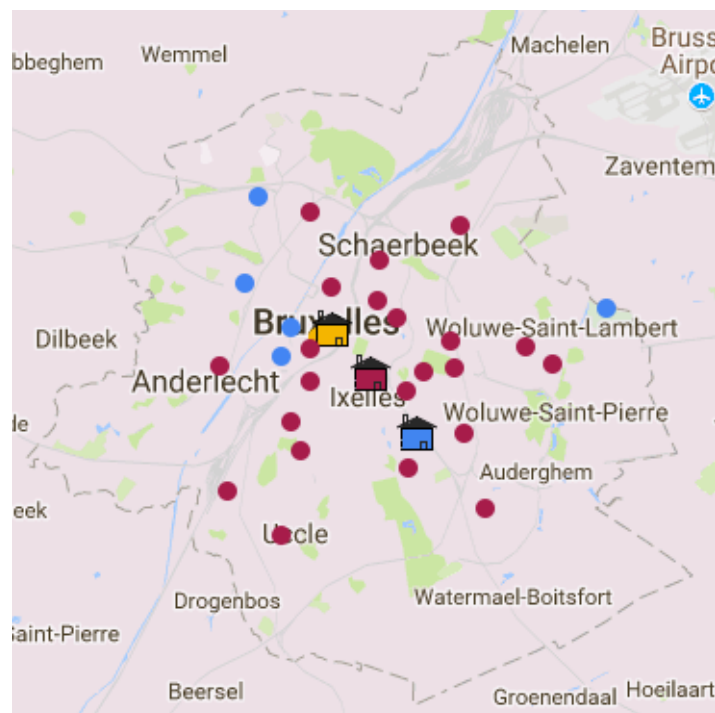
### **1) État des lieux et composition du secteur**

Les centres de planning familial sont des services ambulatoires faisant preuve d'une expertise sur toutes les questions liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle : la sexualité, la contraception, la grossesse, l'avortement, les infections sexuellement transmissibles (IST), les difficultés conjugales, l'adolescence, les relations parents-enfants, les relations amoureuses...

Les centres accueillent, informent, orientent et proposent des consultations médicales, sociales, psychologiques, juridiques, en toute confidentialité et dans le respect des convictions, des orientations sexuelles et des identités de genre de chacun. Certains centres proposent également des consultations de médiation conjugale et/ou familiale, de conseil conjugal et de sexologie.

Chaque équipe de planning familial est composée d'animateurs et animatrices formé.e.s à l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS). Ils réalisent des animations à la demande d'une école ou d'autres types d'institutions, à l'intérieur ou à l'extérieur du centre, seuls ou en partenariats avec d'autres intervenants sociaux (PMS, PSE, associations thématiques). Ils peuvent également être partenaires au sein d'une « cellule EVRAS ».

En Région de Bruxelles-Capitale, il existe vingt-sept centres de planning familial agréés par la COCOF. Vingt-deux d'entre eux sont membres de la FLCPF. La carte ci-dessous permet de visualiser leur répartition sur le territoire bruxellois.



## **2) Le terrain : les missions et les pratiques professionnelles des centres de planning familial**

### ***2.1 Les missions des centres de planning familial***

L'activité des centres de planning familial se distingue en trois grands volets, complémentaires toutefois l'un de l'autre : l'accueil, les consultations et les activités collectives de prévention.

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 des pressions auxquelles il peut être soumis* »<sup>1</sup>. Bien plus qu'un simple secrétariat médical, l'accueil est un premier contact avec l'utilisateur via lequel il pourra déjà bénéficier d'une aide et d'un soutien. Il s'agit déjà bien d'un acte psycho-médico-social.

Le décret ambulatorio de 2009 prévoit que les centres de planning organisent **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.

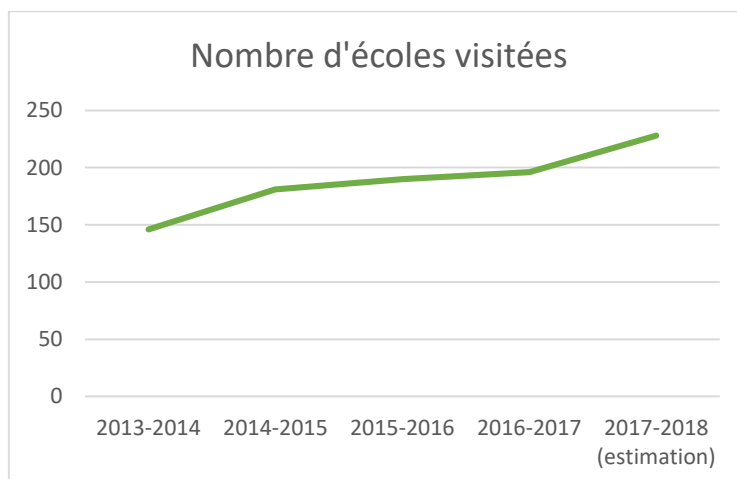
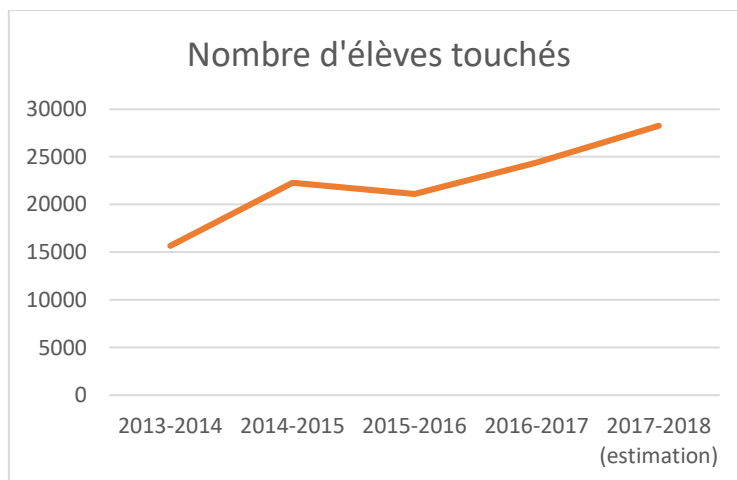
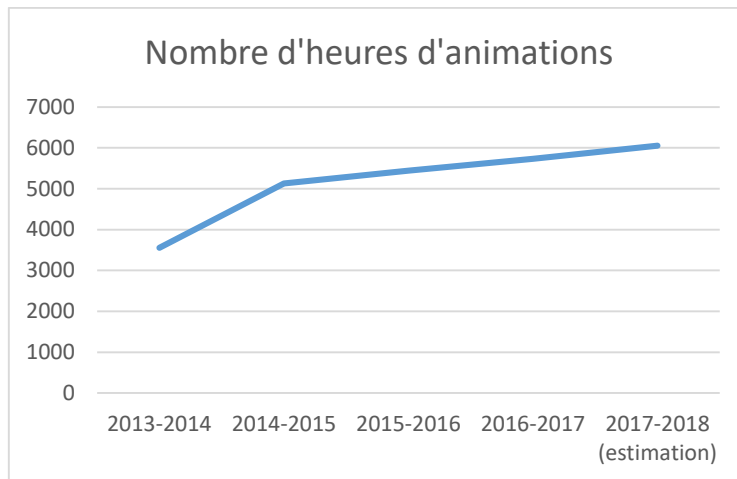
Le décret impose également aux centres de planning familial « *d'organiser **des activités de prévention**, afin de préparer les jeunes à la vie affective, relationnelle et sexuelle, d'assurer l'information et de susciter la réflexion auprès des adultes, sur ce thème* ».

En 2013, avec la mise en application du logiciel Jade, les activités de prévention EVRAS en milieu scolaire ont commencé à être encodées. L'usage accru du logiciel par les centres permet d'affiner les chiffres d'année en année, mais surtout de constater une constante augmentation des heures d'animations dispensées dans les écoles bruxelloises. Ainsi, entre l'année scolaire 2013-2014 et l'année scolaire 2017-2018<sup>2</sup>, l'augmentation du nombre d'heures d'animations dispensées est de 70%, l'augmentation du nombre d'élèves touchés est de 80% et l'augmentation du nombre d'écoles visitées est de 56%.

---

<sup>1</sup> Fédération Laïque de Centres de Planning Familial. *Charte de l'accueil*, p1.

<sup>2</sup> Basé sur des prévisions.



Le travail de prévention en EVRAS a été fortement investi par les centres ces dernières années. L'augmentation du financement public a favorisé le développement de cette activité en interne, et ainsi augmenté le nombre d'heures dispensées aux élèves. Pour certains centres, la prévention scolaire est devenue l'une de leurs activités principales, alors qu'elle était relativement minime il y a plusieurs années. Cela n'est néanmoins pas sans conséquence sur leur organisation interne. Nous y reviendrons plus tard.

Toujours en matière de prévention EVRAS en milieu scolaire, la FLCPF et les centres de planning familial promeuvent depuis plusieurs années un dispositif plus intégré : les cellules EVRAS. Celles-ci se créent au

sein des écoles à leur demande. Elles sont composées d'acteurs pédagogiques de l'école (enseignants, éducateurs, direction), du centre PMS ou PSE, de travailleurs d'un ou plusieurs centres de planning familial et éventuellement d'autres associations thématiques ou de jeunesse (ex. AMO). Les parents peuvent également être associés au projet. Chacune de ces cellules est coordonnée par un coordinateur extérieur formé à cet effet par la FLCPF. L'objectif de ces cellules est de pérenniser le travail de prévention à l'intérieur de l'école sur le long terme et d'intégrer le projet de la cellule dans le projet d'établissement.

Aujourd'hui, il existe neuf cellules sur le territoire bruxellois, dont deux dans l'enseignement fondamental, trois dans l'enseignement spécialisé et quatre dans l'enseignement secondaire ordinaire. Dans un avenir proche, quatre autres nouvelles cellules pourraient également voir le jour.

Au-delà des activités de prévention en milieu scolaire, les centres de planning familial sont également très actifs dans d'autres types d'institutions accueillant des publics spécifiques (soins psychiatriques, personnes en situation de handicap, aînés, etc.), en milieu carcéral, dans le secteur de l'aide à la jeunesse, les adultes en formation, en milieux festifs, etc.

## ***2.2 Les pratiques professionnelles***

Ces multiples missions psycho-médico-sociales se traduisent notamment par des pratiques professionnelles tantôt spécifiques au secteur du planning familial, tantôt caractéristiques du secteur ambulatoire bruxellois. Déjà identifiées en 2009-2011 lors de la rédaction du premier rapport sectoriel, certaines de ces pratiques ont pris depuis encore plus d'importance, voire sont devenues de véritables enjeux pour garantir la qualité du travail ambulatoire.

### **2.2.1 Le travail pluridisciplinaire**

La pluridisciplinarité est LA spécificité du planning familial au sein de l'ambulatoire bruxellois. S'il ne fallait citer qu'une pratique professionnelle pour définir le secteur, ce serait sans aucun doute celle-ci. À l'heure où se développe une tendance à la rationalisation et à la segmentation du secteur ambulatoire, le planning familial est le secteur transversal par excellence. En effet, les bénéficiaires peuvent trouver en un seul endroit une réponse multiple à, bien souvent, de multiples problèmes. Là où l'accessibilité (aussi bien physique que psychique) des services de santé et sociaux de l'ambulatoire relève du parcours du combattant pour une majorité de bénéficiaires – surtout précarisés –, le planning familial est un endroit où, une fois le climat de confiance installé, l'utilisateur pourra rencontrer en un seul lieu plusieurs professionnels qui géreront les différents aspects de son dossier de manière coordonnée.

Le centre Aimer Jeunes exemplifie bien cela dans son rapport d'activités de l'année 2012 : *« Lors de la consultation médicale, toute la pertinence du travail pluridisciplinaire en planning familial apparaît de manière criante. En effet, notre public plutôt jeune et souvent paupérisé bénéficie grandement de la*



*possibilité d'accéder facilement, dans un lieu déjà connu, de consultations sociales, psychologiques ou juridiques, au départ d'une demande médicale. Les renvois vers les autres consultations sont fréquents, judicieux et utiles »<sup>3</sup>.*

La précarisation croissante des bénéficiaires et la complexité accrue de leurs demandes justifient pleinement la pluridisciplinarité offerte par les centres de planning familial.

### **2.2.2 Le travail en réseau**

Bien que la pluridisciplinarité caractérise le secteur du planning familial, le champ d'action d'un centre reste restreint au champ relationnel, affectif et sexuel. Pour toute démarche sociale et/ou de santé qui relèverait d'un autre champ, les centres de planning familial sont souvent amenés à travailler en réseau avec d'autres secteurs associatifs, que ce soit l'ambulatoire ou au-delà. Dans l'enquête menée auprès des centres, 85% des répondants ont déclaré faire régulièrement, voire souvent, appel au réseau local pour réorienter un bénéficiaire.

*« Nous travaillons régulièrement en collaboration avec d'autres services : CPAS, administrations publiques, mission locale, syndicat des locataires, services sociaux divers, partenaires syndicaux, autres services ambulatoires...où nous orientons les consultants, étant donné les limites d'action de nos missions »<sup>4</sup>.*

Selon les cas, la réorientation sera totale, mais parfois les dossiers des bénéficiaires seront gérés conjointement par différents services. Cela peut entraîner une surcharge de travail non négligeable pour les travailleurs sociaux. Cette surcharge est rarement visible et difficilement valorisable. Ce travail de relais s'appuie le plus souvent sur le seul engagement professionnel des travailleurs qui agissent en l'absence de cadre institutionnel soutenant : *« il manque d'un cadre commun d'intervention qui permette d'unifier l'action vers des objectifs partagés »<sup>5</sup>.*

Enfin, il faut également souligner que la réorientation est souvent difficile, voire impossible pour certains. La surcharge des autres services, la distance géographique entre ceux-ci, la méconnaissance de la ville au-delà de son quartier, la méconnaissance des transports en commun, le manque de moyens financiers, les difficultés liées au langage ... sont tout autant d'obstacles qui peuvent couper court à la résolution du dossier d'un bénéficiaire. Dans l'enquête menée auprès des centres, 56% des répondants ont déclaré être régulièrement, voire souvent, dans l'impossibilité de réorienter un bénéficiaire pour cause de saturation des autres services.

---

<sup>3</sup> Aimer Jeunes ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles : S.a, p23.

<sup>4</sup> Planning Marolles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles : S.a, p53.

<sup>5</sup> PLASTIC (2016). *Groupes de travail sur l'offre conjointes et l'accessibilité*. Ixelles : CBCS.

### **2.2.3 Saturation des services**

D'année en année, la saturation croissante des services de planning familial engendre une pression de plus en plus forte sur les équipes. 86% des répondants à l'enquête constatent une saturation croissante de leur service depuis ces 5 dernières années. La consultation psychologique semble particulièrement touchée. Les demandes en consultations sociales et juridiques sont de plus en plus nombreuses. Le dilemme entre l'accueil de tous et l'accès pour tous aux soins de santé d'une part, et le maintien d'une offre de soins de qualité d'autre part, reste toujours sans réponse. De plus, « *la surcharge de travail due à une augmentation des demandes pose un véritable problème quant au bien-être des travailleurs au sein du centre* »<sup>6</sup>.

Enfin, la situation est d'autant plus compliquée que l'ensemble des services de l'ambulatoire se trouve en état de saturation, rendant la réorientation des bénéficiaires difficile, voire impossible.

### **2.2.4 L'informatisation : recours aux technologies de l'information et de la communication (TIC)**

La pratique professionnelle en centre de planning familial a fortement évolué face à l'informatisation de la gestion dans son ensemble : gestion des soins de santé, gestion administrative, communication. 71.5% des centres répondants à l'enquête déclarent avoir eu recours de manière accrue aux TIC durant ces 5 dernières années.

Cela s'explique d'une part par l'arrivée de la Plateforme de services des CPF appelée « Doris » et le logiciel-métier nommé « Jade ». Le premier est un outil de communication permettant aux centres adhérents de se tenir informé de ce qu'il se passe dans le secteur (news, presse, ressources, offres d'emplois, etc.) ; le second est un programme informatique de gestion intégrée permettant aux centres adhérents de gérer l'ensemble de leurs activités en un seul endroit : encodage des dossiers des bénéficiaires, suivi psycho-médico-social des bénéficiaires (encodage des consultations), dossier médical complet du bénéficiaire (avec fonctions de facturation, de vérification d'assurabilité et de prescriptions électroniques), encodage des activités de prévention, exportation de statistiques et de rapports, cartographies des activités de prévention en milieu scolaire, gestion administrative de la facturation des consultations, etc. Autant de fonctions qui aujourd'hui s'informatisent de plus en plus. En quelque sorte, Jade a anticipé la réforme à laquelle le secteur de la santé s'apprête à être confronté : la réforme e-Santé qui vise à informatiser l'ensemble de la gestion des soins de santé à l'horizon 2020. Par ailleurs, dans le cadre de son projet d'étude programmatique, la COCOF a également pour objectif d'informatiser l'ensemble des services de l'ambulatoire bruxellois, moyen par lequel elle aurait la possibilité de récolter une série de données à propos d'une part du public qui fréquente les services ambulatoires et d'autre

---

<sup>6</sup> Planning Marolles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles :. S.a, p4.

part, à propos des activités réalisées par ces mêmes services, et ce, dans l'objectif d'adapter au mieux l'offre à la demande.

Bref, l'informatisation se glisse partout. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que cela doit poursuivre un objectif de simplification des tâches de gestion quotidienne, pour offrir aux travailleurs la possibilité d'investir davantage le terrain psycho-médico-social.

### **2.2.5 La fonction de coordination et de gestion administrative du centre**

Sur le plan institutionnel, les pratiques professionnelles au sein des centres de planning familial sont fortement influencées par le cadre agréé par la COCOF, et le grief probablement le plus important se situe au niveau de l'absence de financement de la fonction de coordination et de gestion, couplée à l'obligation d'être tenue par un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Cette problématique est largement pointée depuis de nombreuses années déjà, plusieurs centres en faisant état dans leurs rapports d'activités annuels.

La totalité des centres interrogés dans le cadre de l'enquête s'accorde à dire que le travail administratif et de coordination s'accroît d'année en année. D'aucuns ajoutent que « *le travail administratif prend beaucoup de place et alourdit notre travail de prise en charge clinique* »<sup>7</sup>. Avant de conclure : « *nous manquons foncièrement d'un poste de coordination rémunéré* »<sup>8</sup>. Financer l'engagement de professionnels compétents pour le travail de coordination et de gestion permettrait aux centres de réattribuer les forces de travail actuellement sollicitées pour ces tâches aux missions premières des centres de planning familial.

Cet accroissement du travail de coordination et administratif est également à mettre en parallèle avec l'augmentation du nombre et de la complexité des demandes des bénéficiaires. Cela entraîne une surcharge de travail généralisée, non sans impact sur le bien-être des travailleurs. Et sans moyens supplémentaires pour y remédier. D'autant plus que la précarisation croissante du public amène régulièrement les centres de planning à minimiser le coût des consultations, diminuant ainsi leurs rentrées financières, et les empêchant de dégager des marges pour investir dans le travail de gestion.

La demande à la COCOF est ici double : financer le poste de coordinateur et envisager des extensions de cadre.

---

<sup>7</sup> Fédération laïque de centres de planning familial (2017). *Enquête menée auprès des centres membres*.

<sup>8</sup> Ibidem.

### 3) Contexte institutionnel

Ces différentes pratiques professionnelles prennent place dans un paysage institutionnel en pleine mutation, induite entre autres par la VI<sup>ème</sup> réforme de l'État. Les politiques publiques de santé et d'aide sociale prennent un nouveau visage caractérisé d'une part par une doctrine économique libérale, qui induit une logique de concurrence, et d'autre part par la définition d'objectifs chiffrés, mesurables et quantifiables au détriment de la qualité, « *laissant la primauté aux chiffres sur les lettres* »<sup>9</sup>.

Le morcellement du cadre législatif segmente le secteur de l'ambulatoire (complexité administrative pour les usagers) alors même que les acteurs du secteur social-santé sont en demande d'une politique sociale et de santé intersectorielle promouvant des objectifs partagés. Ils ne peuvent que constater un désinvestissement de l'État en matière de solidarité sociale (réduction des dépenses, régression des législations en matière d'accessibilité des droits sociaux) couplé à un management ponctuel, à court terme, alors que le secteur manque cruellement d'une vision globale avec des objectifs intégrés.

La ponctualité des politiques et des objectifs, le management par le chiffre et par appel à projets mettent à mal la diversité des pratiques et la pluralité des modes d'intervention, et instaure la concurrence entre les acteurs. Ce type de gouvernance, basé sur un financement par thématique et par projet, doit n'être idéalement mobilisé que de manière complémentaire et secondaire, au risque de fragiliser les forces sur le terrain (précarisation de l'emploi et éphémérisation des ressources sur le terrain). Or, cela se structure de plus en plus et se traduit dans des textes législatifs (Décret Cohésion sociale, Décret Promotion de la santé, etc.).

De plus, ce mode de gestion par appel à projets met entre les mains du commanditaire la responsabilité de définir les objectifs et le sens de l'action, au détriment des associations à qui l'on soustrait toute capacité critique et novatrice<sup>10</sup>.

Il est important de repenser la gestion des politiques publiques en matière de santé et d'aide sociale, en favorisant une vision globale aux objectifs partagés et intégrés et où les acteurs politiques et associatifs définiront conjointement des objectifs pérennes au profit des usagers.

---

<sup>9</sup> Centre bruxellois de coordination sociopolitique (2016). *Gouverner par appel à projet, dompter l'associatif*. Ixelles : WILLAERT A., <http://www.cbcs.be>.

<sup>10</sup> Ibidem.

## **C. Analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre le secteur du planning familial**

---

### **1) Évolution des politiques sociales et de santé**

Le secteur du planning familial a été traversé par l'évolution de nombreuses politiques sociales et de santé ces cinq dernières années.

#### ***1.1 La délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planning familial***

Les centres de planning familial délivrent depuis de très nombreuses années la pilule contraceptive et la pilule du lendemain à toute jeune fille ou femme qui en fait la demande. Cette délivrance a été soutenue et financée par les pouvoirs publics pendant de nombreuses années, ce qui est toujours d'actualité en Région bruxelloise. Pourtant, cette pratique courante de notre secteur fait état d'un manque de reconnaissance que le pouvoir fédéral aurait pu combler. En effet, en mai 2017, deux propositions de loi qui visaient à autoriser les centres de planning familial à donner la pilule ou la pilule du lendemain, en ce compris les membres du personnel autres que le pharmacien ou le médecin, ont été rejetées en commission parlementaire. Ce refus a entériné l'illégalité de la situation, tolérée, et même financée par les autorités régionales, dans les faits. Le secteur du planning familial souhaite néanmoins qu'un cadre légal vienne protéger cette activité, essentielle pour le droit d'accès la contraception et prévenir les grossesses non désirées.

#### ***1.2 La modification de la loi réglementant les professions des soins de santé mentale***

En juillet 2016, à l'initiative du cabinet de la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block, le parlement fédéral a voté une nouvelle loi modifiant :

- La loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé
- L'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé
- La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Cette nouvelle loi traite entre autres des soins de santé mentale et notamment de la pratique de la psychothérapie. Elle ne définit plus la psychothérapie comme une profession, mais comme un traitement. De plus, elle conditionne l'accès à la profession. Si cela vise un objectif de qualité louable en « luttant contre le charlatanisme », cette réforme présente néanmoins un risque pour les travailleurs du secteur ambulatoire et notamment ceux travaillant dans des institutions telles que les centres de planning familial.

Si, en vertu des décrets légiférant les secteurs de l'ambulatoire wallon et bruxellois, les centres de planning familial ne sont pas missionnés et agréés pour exercer la psychothérapie, cette loi a néanmoins

des conséquences indirectes pouvant leur porter préjudice, tant sur le plan juridique (civil et pénal) que sur le plan professionnel (contradiction avec la loi sur les contrats de travail).

En raison de ces risques encourus par les services de plusieurs secteurs ambulatoires et de santé mentale en général, les représentants de ceux-ci se sont mobilisés et ont déposé des recours en suspension et en annulation auprès de la Cour Constitutionnelle. Cette dernière a suspendu les articles incriminés en attendant de rendre sa décision sur l'annulation.

### **1.3 La loi relative à la levée du secret professionnel des travailleurs sociaux**

En 2017 également, le Parlement fédéral, sur une initiative de la N-VA, a adopté une proposition de loi relative à la levée du secret professionnel des travailleurs sociaux et ce, malgré l'importante mobilisation contre le texte. Les assistants sociaux des CPAS se voient dès à présent dans l'obligation de communiquer de manière proactive des renseignements au sujet des personnes qui font l'objet d'une enquête concernant des infractions terroristes. « *Les modifications du Code d'instruction criminelle telles qu'elles ont été votées ce 4 mai 2017 [...] contraignent les institutions d'aide sociale et leur personnel à signaler au procureur du Roi les informations dignes de constituer les indices sérieux d'une infraction terroriste* »<sup>11</sup>. Bien que cette loi ne concerne pas directement le secteur du planning familial, elle n'est pas sans susciter des inquiétudes dans le chef des travailleurs sociaux qui travaillent dans le secteur associatif du social-santé. Outre le fait que cette loi ne sert en rien la lutte contre le terrorisme, le risque demeure que le législateur étende la loi à l'ensemble des professions tenues au secret : « *le fait d'avoir ciblé les assistants sociaux des CPAS alors que le secret professionnel couvre sous le même vocable l'ensemble des professions ci-dessus [journaliste, prêtres, médecin, avocat] doit éveiller notre méfiance. D'abord parce qu'il n'y a aucune logique à adopter une loi ciblant spécifiquement les assistants sociaux, et que donc, une fois votée, la cohérence du droit appellera à l'étendre à l'ensemble des professions tenues au secret* »<sup>12</sup>.

### **1.4 Le décret relatif à la Promotion de la santé**

En février 2016, le Parlement francophone bruxellois a adopté un nouveau décret relatif à la politique de promotion de la santé. Ce texte met en œuvre les nombreuses compétences transférées à la Région dans le cadre de la VI<sup>ème</sup> réforme de l'État.

---

<sup>11</sup> Le Forum-Bruxelles contre les inégalités (2017). *Le secret professionnel, empêché ? Évolution et mise en danger du secret professionnel*. Saint-Gilles : DEGIMBE Ph., p21.

<sup>12</sup> ENGLERT Y. (2017). *Lettre ouverte du recteur de l'ULB au Premier ministre sur le secret professionnel des assistants sociaux*. La Libre, <http://www.lalibre.be>.

La promotion de la santé s'articulera dorénavant autour d'un plan quinquennal. Les priorités seront à l'initiative de la ministre, tandis que les acteurs de terrain seront chargés de les mettre en œuvre.

Ce Décret de promotion à la santé exemplifie bien cette structuration de la gouvernance par appel à projet, discuté plus haut : des appels à projets seront lancés par le Collège sur base du plan et les acteurs de terrain verront leur action évaluée après trois ans, afin d'assurer la qualité et l'efficacité de leur projet.

### **1.5 La réforme e-Santé**

Le plan d'action fédéral e-Santé, approuvé par tous les ministres fédéraux et régionaux en charge de la Santé publique, soit pas moins de 9 représentants politiques, est un plan d'informatisation de la gestion des soins de santé datant de 2013. Il a été réactualisé en 2015 pour une période de trois ans, en vue de sa mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

La ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique déclarait le 14 octobre 2015 lors de l'actualisation du plan e-Santé 2013-2018 : « *On n'arrêtera plus l'utilisation des technologies numériques dans le cadre des soins de santé* ».

Ce plan a pour objectif de généraliser l'utilisation informatisée de l'ensemble des services de santé par tous les acteurs du secteur des soins de santé (dossier médical informatisé, facturation électronique auprès des organismes assureurs, prescriptions électroniques pour les pharmaciens, etc.). La réforme e-Santé, qui prévoit également le partage d'informations entre prestataires via le système des Hub, nécessite que les différents secteurs de santé s'adaptent et se modernisent. Elle n'est pas non plus sans causer des inquiétudes auprès des travailleurs en termes de protection des données et secret professionnel.

## **2) Évolution des profils et des problématiques**

En termes d'évolution du profil des bénéficiaires des centres de planning familial, l'absence de données exhaustives et fiables au début des années 2010 empêche d'apporter une analyse fine de l'évolution sociodémographique du public des centres. Toutefois, nous pouvons donner une vue d'ensemble de la situation en 2016 et raisonnablement penser que cela n'a pas énormément évolué en cinq ans.

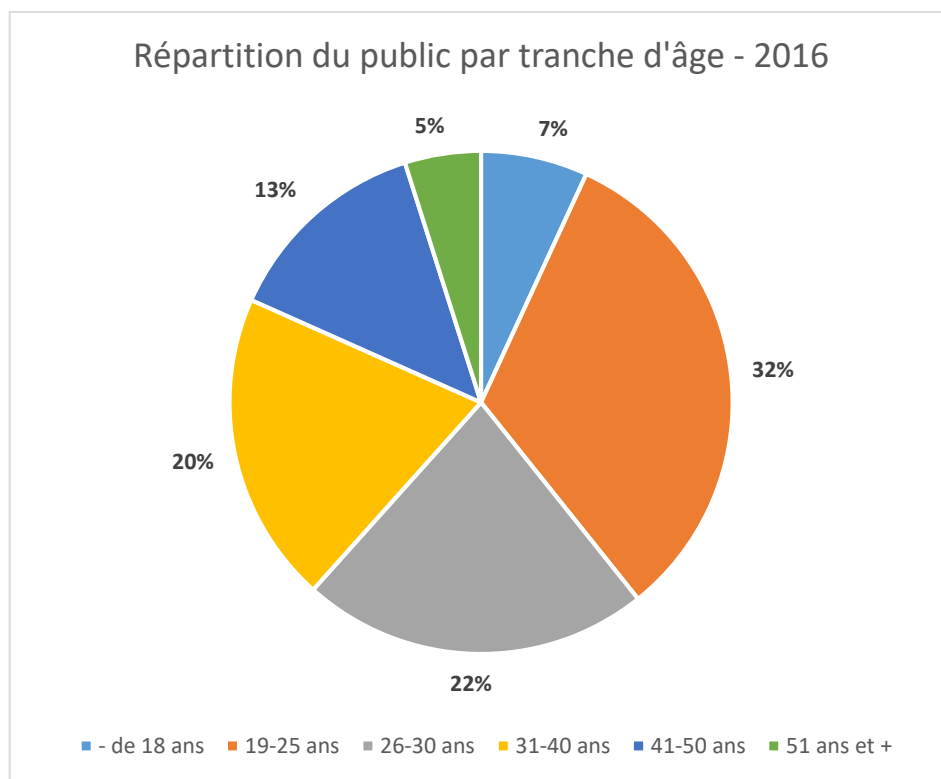
Par contre, dans un second temps, nous pouvons présenter quelques tendances, ou nouvelles, ou qui se sont fortement affirmées ces dernières années. Intimement liées aux problématiques sociales et de santé, elles seront présentées conjointement.

## 2.1 Une vue d'ensemble

Le public du centre de planning familial est en moyenne composé de 87% de femmes et 13% d'hommes, tout type de consultation confondu. Les hommes fréquentent le plus souvent les centres de planning familial pour le dépistage IST dans le cadre des consultations médicales, mais aussi pour les consultations sociales et juridiques.

75% des usagers des centres vivent en Région de Bruxelles-Capitale.

Enfin, en moyenne, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 19-25 ans, suivie par les tranches 26-30 ans et 31-40 ans.



Les **consultations sociales** sont de plus en plus demandées. Le motif principal est la situation précaire dont on peine à sortir. Cela peut concerner le logement, le surendettement, le décrochage administratif, la demande de régularisation, mais aussi des situations de violence et de maltraitance que ce soit au sein du foyer ou sur le lieu de travail. En matière de droit social, ce qui revient systématiquement comme difficulté est la complexité administrative du système de soins et d'aide sociale face à laquelle l'utilisateur, déjà fragilisé, ne sait plus comment agir. « *Ces personnes se retrouvent en rupture sociale, confrontées à de nombreuses démarches administratives* »<sup>13</sup>. Les assistants sociaux en centres de planning sont

<sup>13</sup> Centre de planning familial et de sexologie de Forest ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p10.



régulièrement amenés à suivre un dossier bien au-delà de la simple consultation. Une part de travail invisible, peu valorisé.

Le droit familial est largement abordé en **consultation juridique**, pour laquelle la demande va croissante également (séparation, divorce, garde des enfants, charges financières, etc.).

La santé mentale va faire l'objet d'un paragraphe spécifique ci-après tant il s'agit d'une problématique importante et récurrente au sein des plannings : la saturation des **consultations psychologiques**. La demande est telle que la majorité des centres se doivent de refuser les nouvelles demandes et de réorienter.

La demande en **médiation familiale** est également en augmentation et les médiateurs accueillent principalement des parents en situation de séparation conflictuelle (garde des enfants, etc.).

La demande de **consultation médicale** reste importante. Les permanences médicales ont beaucoup de succès. Les usagers semblent apprécier la rapidité d'accès à une consultation médicale. Le planning familial semble combler une demande à laquelle la médecine privée ou hospitalière ne peut probablement pas répondre en suffisance.

## **2.2 Quelques points d'attention**

### **2.2.1 Augmentation de la demande sociale : précarisation du public et complexification des demandes**

Dans le cadre de notre enquête, 100% des centres répondants ont affirmé constater une précarisation croissante de leur public. Parmi eux, 85% considèrent également que les demandes des bénéficiaires se complexifient, en raison de problématiques multifactorielles.

Dans son rapport d'activités 2016, le centre de planning familial et de sexologie de Forest apporte quelques chiffres qui permettent d'exemplifier cela : *« au niveau socioprofessionnel, plus d'un tiers de nos prestataires sont sans emploi et dépendent financièrement soit du chômage, du CPAS, ou de la mutuelle. 5% sont pensionnés, 5% n'ont aucun revenu. Nous accueillons aussi un public d'étudiants (près de 20 %). Ces différents chiffres montrent que nous accueillons majoritairement un public précarisé sur le plan socioprofessionnel »*<sup>14</sup>.

Déjà en 2012, ce constat était fait : *« il ne fait aucun doute qu'une tranche de plus en plus importante de la population s'appauvrit. Nous constatons des demandes d'aide de base venant de personnes tantôt sans domicile fixe, tantôt en situation illégale et de toute manière vivant en dessous du seuil de pauvreté. [...] Les facteurs de précarisation sont plus nombreux qu'auparavant et fragilisent davantage. Cette*

---

<sup>14</sup> Centre de planning familial et de sexologie de Forest ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p5.

*fragilité s'exprime entre autres au travers des demandes d'aide sociale. Par ailleurs, nous constatons que la demande se formule différemment, de manière plus morcelée, agressive et critique »<sup>15</sup>.*

En 2016, quatre ans plus tard, le constat est le même. Dans son rapport d'activités, le centre Marconi note : *« La plupart des personnes qui consultent bénéficient de revenus de remplacement (revenus d'intégration sociale, allocation de mutuelle, allocation de chômage, allocation de reconnaissance de personne handicapée, pension) ou n'ont pas de revenus, ou encore des revenus peu stables (travail au noir aléatoire pour les personnes en situation de séjour illégal, par exemple) »<sup>16</sup>.*

Cette précarité se généralise par ailleurs à toutes les dimensions de la vie quotidienne. Les patients qui se présentent en centres de planning familial rencontrent le plus souvent un ensemble de difficultés financières, sociales et juridiques, ce qui nécessite une prise en charge globale. Ils sont demandeurs de plusieurs types de consultations au sein du planning. Les principaux problèmes rencontrés par les usagers précarisés sont le chômage, le surendettement, l'absence de papiers, l'insalubrité du logement, le décrochage administratif, couplés à des situations psychologique et de santé fragiles. Les personnes en situation illégale sont de plus en plus nombreuses à se présenter en centres de planning familial, et les travailleurs de centres rencontrent également un nombre croissant de femmes sans domicile fixe.

Les centres de planning familial considèrent de leurs devoirs d'être accessible de manière inconditionnelle, ce qui implique d'apporter de l'aide et des soins aux franges les plus précarisées de la population bruxelloise. Cela a un impact financier certain pour les centres qui ne peuvent se prévaloir de rentrées financières importantes. Au plus le nombre de patients à faibles revenus augmente, au plus les fonds propres des centres diminuent. Ce modèle n'est évidemment pas tenable à longue échéance.

Dans son rapport d'activités 2016, le centre d'Evere rapportait ceci : *« L'ensemble des fonds propres (recettes des consultations) a encore diminué par rapport à l'année précédente. Cela s'explique en partie par le fait que le nombre de personnes qui ne paient pas l'entièreté du tarif a fortement augmenté »<sup>17</sup>.*

Par ailleurs, ce coût est d'autant plus important que, comme indiqué plus haut, la prise en charge des bénéficiaires précarisés se doit le plus souvent d'être globale.

La difficulté financière des centres dans ce contexte de précarisation se présente également lorsque les bénéficiaires sont à ce point en difficultés qu'ils ne sont plus couverts par la mutuelle. Ils ne peuvent dès lors bénéficier du tiers-payant, ou d'autres mécanismes censés faciliter l'accès aux soins de santé. Cela fragilise d'autant plus la santé financière des centres. Ainsi dans son rapport d'activités 2015, le Groupe Santé Josaphat fait le constat suivant : *« le public n'ayant pas de sécurité sociale reste un constat*

---

<sup>15</sup> Planning familial d'Auderghem – Le Castra ASBL (2013). *Rapport d'activités du centre 2012*. Auderghem : S.a, p11.

<sup>16</sup> Centre de consultation et de planning familial Marconi ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p20.

<sup>17</sup> Planning familial d'Evere ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Evere : S.a, p4.

*inquiétant confirmé par les données statistiques annuelles »*<sup>18</sup>. De par leur situation précaire, ils sont bien sûr encore moins en mesure de payer le prix plein des soins de santé. Dès lors, les centres sont amenés à faire bénéficier à ces usagers le montant réduit auquel ils auraient droit en tant qu'affiliés à une mutuelle, sans pour autant pouvoir percevoir le solde de la part de l'organisme assureur. Dans le cadre de l'enquête, 65% des centres répondants ont déclaré voir leurs pertes financières augmenter du fait des problèmes d'assurabilité des usagers.

### **2.2.2 Pénurie de médecins généralistes et pratiquant l'avortement**

71,5% des centres interrogés dans le cadre de l'enquête menée pour la rédaction de ce rapport indiquent avoir des difficultés à trouver un médecin généraliste pour maintenir leur offre de soins. En plus des médecins généralistes, certains attirent également l'attention sur la difficulté de trouver des médecins gynécologues.

Parmi les centres pratiquant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et ayant répondu à l'enquête, 88% ajoutent qu'ils rencontrent des difficultés à trouver un médecin qui pratique l'avortement.

75% des IVG en Belgique sont pratiquées dans un centre extrahospitalier et rares sont les médecins gynécologues qui y travaillent<sup>19</sup>.

Les travailleurs du secteur constatent aussi un certain désintérêt de la part de la profession : « *la nouvelle génération de gynécologues ne se rend plus compte de la précarité de la situation concernant l'interruption volontaire de grossesse en Belgique. Ils pensent que c'est un combat gagné et qu'il n'y a plus lieu de s'investir, qu'il n'y a plus lieu de militer »*<sup>20</sup>.

L'IVG est un acte qui relève de plus en plus de la médecine généraliste. En Fédération Wallonie-Bruxelles, 80 médecins pratiquent chaque année environ 15.000 interventions. L'Université Libre de Bruxelles enseigne la seule formation IVG du pays que seule une poignée de médecins généralistes suit annuellement. En 2017, il n'y aura qu'un seul diplômé. La vague des militants « soixante-huitard » est proche de la retraite et peu de jeunes se forment. Le risque de pénurie est réel : la moitié des médecins spécialisés a plus de 55 ans<sup>21</sup>.

### **2.2.3 Le public primo-arrivant**

Dans le contexte de la crise migratoire, les centres de planning familial sont, depuis quelques années, amenés à accompagner, parmi leurs bénéficiaires, des personnes primo-arrivantes. Outre que la méconnaissance de la langue d'une part et du système de santé belge d'autre part sont déjà des

---

<sup>18</sup> Groupe Santé Josaphat ASBL (2016). *Rapport d'activités 2015*. Schaerbeek : S.a, p20.

<sup>19</sup> Question à la Une. *L'avortement : la grande hypocrisie ?*. QUACH Thi Diêm, RTBF, 11 octobre 2017, 27 minutes.

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Ibidem.

obstacles importants pour l'accès aux soins et à l'aide sociale de ces personnes, la multiculturalité confronte aussi parfois les systèmes de pensées sur des thématiques éthiquement délicates.

En 2012 déjà, le centre Lemans rapportait que « *les familles migrantes [...] sont brutalement confrontées à cette culture très différente de celle du pays d'origine, et aux arbitrages délicats entre la loyauté à la culture d'origine et l'intégration à la société d'accueil* »<sup>22</sup>.

En 2016, le centre des Marolles constatait également que « *la tranche d'âge « 0-14 » est constituée pour la quasi-totalité de cas de fillettes qui sont en Belgique pour être protégées des mutilations génitales, mariages forcés et privations de libertés fondamentales* »<sup>23</sup>.

Ces problématiques (mutilations génitales, mariages forcés, certificat de virginité, etc.) ne sont toutefois pas généralisées. Peu de centres y sont confrontés et à une fréquence marginale. Par exemple, dans le cadre de l'enquête menée auprès des centres, 93% ont répondu ne pas avoir constaté ces dernières années une augmentation des demandes liées à des mutilations génitales féminines.

Au-delà des confrontations culturelles, ces nouveaux bénéficiaires, de par leur situation socio-économique, accroissent davantage la précarisation du public des centres. Le nombre de personnes sans-papier qui fréquentent les services ambulatoires, et notamment les centres de planning familial, ne cesse d'augmenter et la zone de non-droit dans laquelle ces personnes se retrouvent ne cesse de s'élargir (difficulté d'accès à l'aide médicale urgente)<sup>24</sup>. Par ailleurs, dans des cas de difficultés psycho-médico-sociales, l'absence de titre de séjour peut réellement devenir un paramètre bloquant l'accès aux soins et/ou à l'aide : « *droit d'asile et droit familial sont [...] régulièrement en complète opposition* »<sup>25</sup>.

#### **2.2.4 Santé mentale**

Tout comme semble également l'indiquer le taux de saturation élevé des consultations psychologiques, nombreux sont les centres à constater une augmentation des demandes en matière de santé mentale. Dans le cadre de l'enquête, 71% des centres ont confirmé ce constat.

Témoignage de la grande précarité psycho-médico-sociale dans laquelle se trouve la majorité des bénéficiaires, cette hausse de la demande en soins psychologiques traduit la recherche d' « *une voie d'accès à une certaine compréhension de leur mal-être* »<sup>26</sup>. La souffrance énoncée est bel et bien d'ordre

---

<sup>22</sup> Planning familial Lemans ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Etterbeek : S.a, p48.

<sup>23</sup> Planning Marolles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles : S.a, p12.

<sup>24</sup> PREVOST M. et al., « Ateliers d'échanges de pratiques autour de la précarité », in *Santé Conjuguée*, n°71 (2015), p11.

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Centre de planning familial et de sexologie de Forest ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p17.

psychique, mais force est de constater que le malaise social et la précarité économique viennent compliquer cette parole<sup>27</sup>.

Au cours de ces cinq dernières années, plusieurs centres ont constaté une augmentation des demandes de la part du public adolescent, notamment pour des consultations psychologiques ou sociales (décrochage scolaire, phobie scolaire, difficultés relationnelles avec l'entourage familial, difficultés affectives, etc.). Les demandes d'accompagnement des grossesses et de la parentalité des adolescent.e.s sont également en augmentation.

*« Les demandes d'un accompagnement psychologique pour les enfants et les familles sont en nette augmentation par rapport aux années antérieures. En 2012, nous avons reçu 5 fois plus de familles et le double d'enfants que pendant l'année 2011 »<sup>28</sup>. Voici le constat que le centre d'Evere faisant il y a cinq ans, en 2012. Depuis lors, plusieurs centres s'accordent à dire que les demandes de consultations psychologiques pour les enfants sont de plus en plus nombreuses.*

Toutefois, le centre d'Auderghem ajoute : *« l'accueil enfant reste une spécificité à laquelle il est difficile de répondre sans professionnels qualifiés pour accueillir ce travail avec une équipe pour le soutenir »<sup>29</sup>.*

### **2.2.5 Contraception**

En matière de problématiques de santé, celle de l'accès à la contraception est au cœur des missions des centres de planning familial. Or, ces dernières années, elle est quelque peu mise à mal par l'information qui en est donnée au travers des médias : les pilules contraceptives de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération présenteraient un risque thrombo-embolique. Récemment encore, la presse se faisait l'écho d'études démontrant un lien entre contraception hormonale et cancer du sein.

Ce constat a été rapporté par de nombreux centres qui sont souvent confrontés à des jeunes filles et femmes remettant en cause leur contraception, voire souhaitant l'arrêter complètement.

*« Cette année, nous avons été très souvent confrontées aux conséquences du battage médiatique autour du risque thrombo-embolique lié à la contraception orale, en particulier aux pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération. En effet, certaines patientes sont venues nous demander de changer de pilule pour une de 2<sup>ème</sup> génération, d'autres ayant arrêté « sauvagement » leur pilule et se retrouvant enceintes »<sup>30</sup>.*

---

<sup>27</sup> Centre de planning familial et de sexologie de Forest ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p17.

<sup>28</sup> Planning familial d'Evere ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Evere : S.a, p4.

<sup>29</sup> Fédération laïque de centres de planning familial (2017). *Enquête menée auprès des centres membres*.

<sup>30</sup> Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Watermael-Boitsfort : S.a, p15.

Cette méfiance pousse les jeunes filles à s'intéresser à d'autres moyens contraceptifs, là où la pilule contraceptive a longtemps été le contraceptif le plus utilisé. Ainsi, elles sont de plus en plus nombreuses à opter pour le stérilet.

« Un certain nombre de patientes désirent abandonner cette contraception au profit de moyens non hormonaux. Nous plaçons de plus en plus de stérilets »<sup>31</sup>.

« De plus en plus de patientes optent pour le stérilet »<sup>32</sup>.

« Des jeunes filles optent des plus en plus pour une méthode non hormonale, à savoir le stérilet en cuivre »<sup>33</sup>.

Dans le cadre de l'enquête, 79% des centres répondants ont indiqué avoir constaté une augmentation de la méfiance vis-à-vis de la contraception hormonale et une diminution du recours à celle-ci.

Cela n'est pas nécessairement inquiétant lorsque la patiente se réoriente vers un autre moyen de contraception fiable. Cela peut même être intéressant, car cela porte à la connaissance des patientes le panel de contraceptifs existants.

D'autres néanmoins optent pour des méthodes moins fiables (retrait, calcul des dates), d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas parfaitement maîtrisées. Cela augmente réellement le risque de grossesse, non désirée du surcroît. Il y a encore un vaste travail de prévention et de promotion de la santé à réaliser à ce sujet.

## 2.2.6 L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Plusieurs centres rapportent, dans leurs rapports d'activités de ces dernières années, une diminution constatée des IVG.

Ainsi, le Groupe Santé Josaphat indique une « diminution globale de la demande d'IVG auprès du secteur du planning familial »<sup>34</sup>. Le centre de Watermael-Boitsfort relate également que « les demandes d'interruption volontaire de grossesse adressées à notre centre ont encore diminué en 2016 »<sup>35</sup>. Tout comme les centres de Saint-Gilles<sup>36</sup> et de Saint-Josse<sup>37</sup>.

---

<sup>31</sup> Centre de consultation et de planning familial Marconi ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest : S.a, p10.

<sup>32</sup> Centre de planning familial et de sexologie d'Ixelles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Ixelles : S.a, p23.

<sup>33</sup> Planning familial d'Auderghem – Le Cafra ASBL (2017). *Rapports d'activités 2016*. Auderghem : S.a, p13.

<sup>34</sup> Groupe Santé Josaphat ASBL (2016). *Rapport d'activités 2015*. Schaerbeek : S.a, p6.

<sup>35</sup> Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Watermael-Boitsfort : S.a, p12.

<sup>36</sup> La Famille Heureuse Saint-Gilles – Centre communal de planning familial et d'éducation sexuelle et affective ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Saint-Gilles : S.a, p18.

<sup>37</sup> La Famille Heureuse – Centre laïque belge de planning familial ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Saint-Josse : S.a, p3.

Aujourd'hui, le secteur du planning familial ne détient aucun chiffre fiable concernant le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées en centres extrahospitaliers. Seules des estimations peuvent être formulées. La Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse est chargée de fournir annuellement des données, mais le dernier rapport date de 2011 !

Grâce à Jade, aux rapports d'activités de nos centres, et à l'enquête menée auprès d'eux, nous avons quelques chiffres, mais qui restent partiels<sup>38</sup>. Pour Bruxelles, la tendance générale semble en effet démontrer une baisse d'environ 10% des IVG entre 2012 et 2016 au sein de nos centres. Mais ceci n'est qu'une moyenne, et ne semble pas se vérifier dans tous les centres. Dans le cadre de l'enquête, 50% des centres pratiquant l'IVG ayant répondu à l'enquête ont précisé avoir constaté une baisse des avortements, tandis que l'autre moitié des centres ont répondu par la négative. Les chiffres rapportés montrent également, selon les centres, une augmentation, un maintien ou une diminution du nombre d'avortements pratiqués. Si la tendance générale semble montrer une baisse, cela ne semble donc pas être une réalité pour tous les centres.

Par ailleurs, les causes de cette baisse générale ne sont pas connues : est-ce le résultat d'une meilleure prévention ? Où les patientes se tournent-elles vers des structures hospitalières ou des cliniques privées ?

Enfin, cette diminution pose également la question du financement. En effet, les centres de planning familial pratiquant l'avortement sont subsidiés par l'INAMI au nombre d'IVG pratiquées. Cette baisse constatée des interruptions de grossesse, qui ne peut être que souhaitée, entraîne donc des difficultés financières pour les centres. Il y a, dans ce cas-ci, une incohérence presque schizophrénique des politiques en matière de santé : l'une favorisant la prévention, tandis que l'autre entraîne une inquiétude pour les centres qui y voient une perte de moyens.

---

<sup>38</sup> Ils ne concernent que les centres laïques et la totalité des centres pratiquant l'IVG n'ont pas répondu à l'enquête.

## **D. Conclusion : analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur de planning familial avec les nouvelles problématiques sociales et de santé**

---

### **1) Sur le terrain**

Les centres de planning familial sont les acteurs ambulatoires spécialisés dans la vie relationnelle, affective et sexuelle. Ils sont compétents tant sur le plan médical que psycho-social. Leur offre de service est complète et pluridisciplinaire. Outre l'offre de soins et des prestations sociales, ils sont également des acteurs de prévention et de promotion de la santé. Leur offre s'adresse inconditionnellement à toute personne qui en exprime le besoin.

Toutefois, il s'avère que le public bruxellois des centres de planning familial de la Région Bruxelles-Capitale est largement précarisé, et de surcroît féminin. Cette précarisation va par ailleurs croissante, ce qui n'est pas sans inquiéter les acteurs du social-santé, sans compter les impacts négatifs sur leur situation financière.

Outre que la demande est précaire, elle est également en augmentation : les consultations, surtout médicales et psychologiques, sont saturées. La demande pour les consultations sociales et juridiques se renforce. Depuis de nombreuses années, les centres de planning familial sont nombreux à attirer l'attention des autorités sur la nécessité d'augmenter les cadres. Cette saturation de l'offre s'accompagne également d'une augmentation du travail administratif et de coordination, du fait des exigences décrétales, privant le terrain psycho-médico-social de forces vives. À cet égard, le secteur revendique une revalorisation salariale du mi-temps administratif chargé de la comptabilité, ainsi que la reconnaissance et le subventionnement du poste de coordination.

De plus, la rigidité du cadre horaire défini pour l'accueil et les consultations constitue un obstacle au développement des activités des centres, et de facto restreint l'accessibilité pour le public. Une extension de cadre de l'accueil ou la possibilité d'organiser des consultations en-dehors de l'horaire de l'accueil favoriserait grandement celle-ci.

Toujours en termes de force de travail, au niveau fédéral, il devient urgent de pallier la pénurie de médecins généralistes qui se rapproche. Quoiqu'en pense notre ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, cette pénurie est réelle et les centres rencontrent de plus en plus de difficulté à recruter des médecins, qui plus est des médecins généralistes ayant été formés à la pratique de l'avortement. L'accessibilité à ce droit doit être impérativement maintenue, voire renforcée, ce qui signifie que l'offre de formation doit être amplifiée tout comme la sensibilisation des futurs praticiens.



En matière d'accès aux soins, il ne nous est pas possible de conclure ce rapport en ne mentionnant pas l'importance de maintenir les conditions favorisant l'accès des femmes et des hommes à la contraception, et notamment à la pilule contraceptive et la pilule du (sur)lendemain. Celles-ci doivent toujours pouvoir être délivrées gratuitement au sein des centres. Outre l'amélioration de l'accès à la contraception, cet acte de délivrance est également un moment privilégié pour aborder avec les femmes les nombreuses facettes de leur vie relationnelle, affective et sexuelle.

Sur le plan de la prévention, il nous faut saluer l'augmentation de l'enveloppe annuelle consacrée à la prévention EVRAS en milieu scolaire par la ministre en charge des compétences de l'Action sociale et de la Famille. Passée de 300.000 € à 500.000 € entre 2013 et 2017, cette enveloppe annuelle a permis d'augmenter considérablement le nombre d'heures d'animation dispensées dans les écoles bruxelloises par les centres de planning familial. Si ce budget permet également aux centres de renforcer leur équipe d'animateurs par de nouveaux engagements, on ne peut malheureusement pas ne pas mentionner la précarité de cet emploi (temps partiel, durée déterminée, turn-over). Comme cela a été discuté *supra*, la gouvernance par appel à projets et objectifs quantitatifs crée malgré elle un climat libéral de concurrence dont les travailleurs sont les premiers à subir les pressions induites. Ce budget supplémentaire annuellement débloqué est important, mais il doit idéalement s'accompagner d'un plan stratégique pluriannuel promouvant des objectifs de qualité.

## **2) Contexte institutionnel**

De manière générale, ce nouveau paradigme de gouvernance, dans le cadre duquel la définition des objectifs sociaux et de santé est mise entre les mains des autorités publiques, nécessite également de s'assurer préalablement et en concertation avec eux que les services disposent des moyens sur le terrain pour les atteindre.

L'accessibilité aux soins ne sera également que renforcée si le cadre législatif se voulait plus cohérent, favorisant la coordination des actions entre tous les acteurs de l'ambulatoire, voire du secteur social-santé. Fluidifier les trajectoires intersectorielles des bénéficiaires ne peut que leur être favorable. Faire tomber les barrières limitant l'accès aux soins et à l'aide sociale implique également de réfléchir à une meilleure intégration des forces en présence, en veillant toutefois à ne pas gommer les spécificités de chaque acteur – la pluridisciplinarité en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle pour les centres de planning – dont les actions doivent se penser complémentaires.

*« Un positionnement politique clair avec le développement d'une vision globale intersectorielle permettrait que les acteurs travaillent ensemble et faciliterait la concertation pour améliorer l'efficience »<sup>39</sup>.*

Enfin, la meilleure politique de santé est celle qui intègre tous les déterminants sociaux de la santé (mobilité, emploi, logement, environnement, etc.). Cela implique que les objectifs de santé doivent être intégrés à l'ensemble des politiques publiques bruxelloises.

---

<sup>39</sup> PLASTIC (2016). *Groupes de travail sur l'offre conjointes et l'accessibilité*. Ixelles : CBCS.

## E. Bibliographie

---

1. Aimer Jeunes ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles :. S.a, 52 pages.
2. Centre bruxellois de coordination sociopolitique (2016). *Gouverner par appel à projet, dompter l'associatif*. Ixelles :. WILLAERT A., <http://www.cbcs.be>.
3. Centre de consultation et de planning familial Marconi ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest :. S.a, 32 pages.
4. Centre de planning familial et de sexologie de Forest ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Forest :. S.a, 34 pages.
5. Centre de planning familial et de sexologie d'Ixelles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Ixelles :. S.a, 45 pages.
6. Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Watermael-Boitsfort :. S.a, 46 pages
7. Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Watermael-Boitsfort :. S.a, 68 pages.
8. ENGLERT Y. (2017). *Lettre ouverte du recteur de l'ULB au Premier ministre sur le secret professionnel des assistants sociaux*. La Libre, <http://www.lalibre.be>.
9. Fédération Laïque de Centres de Planning Familial. *Charte de l'accueil*, 5 pages.
10. Fédération laïque de centres de planning familial (2017). *Enquête menée auprès des centres membres*.
11. Groupe Santé Josaphat ASBL (2016). *Rapport d'activités 2015*. Schaerbeek :. S.a, 55 pages.
12. La Famille Heureuse – Centre laïque belge de planning familial ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Saint-Josse :. S.a, 28 pages.
13. La Famille Heureuse Saint-Gilles – Centre communal de planning familial et d'éducation sexuelle et affective ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Saint-Gilles :. S.a, 44 pages.
14. Le Forum-Bruxelles contre les inégalités (2017). *Le secret professionnel, empêché ? Évolution et mise en danger du secret professionnel*. Saint-Gilles :. DEGIMBE Ph., 28 pages
15. Planning familial d'Auderghem – Le Cafra ASBL (2013). *Rapport d'activités du centre 2012*. Auderghem :. S.a, 25 pages.

16. Planning familial d'Auderghem – Le Cafra ASBL (2017). *Rapports d'activités 2016*. Auderghem :. S.a, 30 pages.
17. Planning familial d'Evere ASBL (2017). *Rapport d'activités 2016*. Evere :. S.a, 28 pages.
18. Planning familial Lemans ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Etterbeek :. S.a, 89 pages.
19. Planning Marolles ASBL (2013). *Rapport d'activités 2012*. Bruxelles :. S.a, 93 pages.
20. PLASTIC (2016). *Groupes de travail sur l'offre conjointes et l'accessibilité*. Ixelles :. CBCS.
21. PREVOST M. et al., « Ateliers d'échanges de pratiques autour de la précarité », in *Santé Conjuguée*, n°71 (2015), 22 pages.
22. Question à la Une. *L'avortement : la grande hypocrisie ?* QUACH Thi Diêm, RTBF, 11 octobre 2017, 27 minutes.