

Les centres de planning familial

ACTEURS DE SANTÉ SEXUELLE
ET INSTIGATEURS DE CHANGEMENTS SOCIAUX



Mars 2024



FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL ASBL

Rue de la Tulipe, 34 — 1050 Bruxelles
Tél. +32 (0)2 502 82 03 | Fax +32 (0)2 503 30 93 | e-mail flcpf@planningfamilial.net
www.planningfamilial.net | www.loveattitude.be | www.evras.be | www.documentation-planningfamilial.net
N° d'entreprise BE0 431 746 109 | IBAN BE24 0013 23 87 9238 | BIC GEBABEBB

Table des matières

P. 5	Table des matières
P. 6	Liste des acronymes
P. 7	Préambule
P. 9	Contexte
P. 10	Contenu du dossier
P. 11	Le secteur des centres de planning familial et leurs missions
P. 14	L'accueil en centres de planning familial
P. 19	L'accompagnement individuel, de couple, de famille ou de groupe
P. 21	La mission d'information, d'éducation et de sensibilisation
P. 25	La pratique de l'interruption volontaire de grossesse
P. 31	Évolution des problématiques sociales et de santé et adéquation des pratiques professionnelles
P. 32	Les publics des centres de planning familial
P. 33	L'adéquation de l'offre de service
P. 33	À l'accueil
P. 36	En consultation médicale
P. 43	En consultation psychologique et de conseil conjugal et familial
P. 46	En consultation sociale
P. 50	En consultation juridique et de médiation familiale
P. 53	En activités d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
P. 55	L'invisible : contexte et pratiques
P. 56	Les fonctions de coordination et de gestion administrative du centre
P. 58	La situation financière des centres
P. 60	Les conditions de travail et l'impact sur les équipes
P. 61	Le travail en réseau
P. 62	La digitalisation des soins de santé
P. 64	Conclusion

Liste des acronymes

CPAS	Centre public d'action sociale
CPF	Centre de planning familial
CPMS	Centre psycho-médico-social
CPSE	Centre de promotion à la santé à l'école
CPVS	Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles
COCOF	Commission Communautaire Française
COCOM	Commission Communautaire Commune
DIU	Dispositif intra-utérin (stérilet)
DMG	Dossier médical global
DPP	Dossier Pharmacien Partagé
EVRAS	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FBSDRS	Fédération Belge pour la Santé et les Droits Reproductifs et sexuels
FCPC	Fédération des Centres de Planning et de Consultations
FCPPF	Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial
FLCPF	Fédération Laïque de Centres de Planning Familial
FSF	Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
GACEHPA	Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
OSIG	Orientation sexuelle et identité de genre
SAJ	Service de l'aide à la jeunesse
SPJ	Service de la protection de la jeunesse
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TROD	Test Rapide d'Orientati on Diagnostique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VRAS	Vie relationnelle, affective et sexuelle

Préambule



1 — Il existe trois autres fédérations de centres de planning familial : la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF), Sofélia (anciennement Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes) et la Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC).

La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF) a été créée en 1972 suite au regroupement militant des premiers centres de planning familial en Belgique. Elle est la plus importante des quatre fédérations de centres de planning familial en Belgique francophone puisqu'elle fédère aujourd'hui 42 centres de planning familial dont 22 implantés à Bruxelles et 20 en Wallonie¹. Parmi ceux-ci, 21 pratiquent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et 20 sont membres du Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA).

La FLCPF est agréée comme organisme général d'Education permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et comme organisme représentatif des centres agréés par la Commission Communautaire Française (COCOF) de la région de Bruxelles-Capitale. Elle est notamment aussi soutenue par les Services de Promotion de la Santé de la COCOF et de la Wallonie ainsi que par Actiris et le Forem. Elle est, avec Sensoa, membre de la Fédération belge pour la Santé et les Droits reproductifs et sexuels (FBSDRS) et est accréditée par l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

La FLCPF a pour but de promouvoir et de défendre la santé et les droits sexuels et reproductifs comme faisant partie intégrante des droits humains renforçant la liberté, la dignité et l'égalité des personnes ainsi que leur accès effectif aux informations et aux soins de santé dont elles ont besoin. La FLCPF considère que chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit y compris celui de procéder à une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Contexte

Le contexte actuel nécessite encore et toujours une vigilance accrue pour la sauvegarde des droits en santé sexuelle comme droits humains. Dans ce champ, on le sait, les victoires acquises par les mouvements progressistes suscitent régulièrement des levées de boucliers de mouvements conservateurs. Récemment, les réactions hostiles à l'implémentation d'heures d'animation en éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) à l'école, en fin de primaire et milieu du secondaire, nous l'ont encore prouvé. Les centres de planning familial et la FLCPF, au coeur du dispositif de généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire, ont adopté un plaidoyer fort en faveur de l'importance d'outiller les individus capables de participer pleinement à la création d'une société respectueuse, non discriminante et exempte de violences.

Par ailleurs, la complexification des demandes adressées aux centres de planning témoigne aussi de la multiplication des vulnérabilités sociales, économiques et de santé de leurs bénéficiaires. Nos membres sont les témoins directs de l'aggravation des inégalités sociales, assurant tant bien que mal un accueil inconditionnel à une population vulnérable mais peinent de plus en plus face à la saturation des services de première ligne dont ils souffrent eux-mêmes. La prise en compte des situations de pauvreté ou d'exclusion et des discriminations (parfois multiples) dans la prise en charge des publics justifient la défense du secteur de planning comme modèle holistique de prises en charge de la sexualité. La pluralité des dimensions (médicale, sociale, psychologique et juridique) prise en compte élargit les possibilités d'accès. Cette spécificité est essentielle sur une thématique qui véhicule encore nombre de tabous et de stéréotypes alors qu'elle n'a jamais été autant médiatisée.

Enfin, il convient aussi de souligner que les missions du secteur associatif et l'impact de leurs activités sur les publics finaux sont fortement affaiblis par le morcèlement des compétences institutionnelles et administratives qui imposent de plus en plus des logiques marchandes et de mise en concurrence à des fins de rationalisations économiques et budgétaires. La FLCPF est d'ailleurs membre du Collectif21, regroupement d'associations et de fédérations d'associations soucieuses de réfléchir, sensibiliser et mobiliser autour de la spécificité, de la légitimité et de la nécessité du fait associatif².

Pour toutes ses raisons, il nous semblait aujourd'hui essentiel de mettre en lumière l'importance de l'activité des centres de planning familial qui continuent d'être des acteurs primordiaux de l'émancipation des populations en termes de santé et de droits sexuels et reproductifs.

2 – www.collectif21.be

Contenu du dossier

Ce dossier se veut un état des lieux de l'activité des centres de planning familial membres de la FLCPF, réalisé à l'occasion de la rédaction du rapport sectoriel bruxellois, mission qui incombe à notre fédération en tant qu'organisme représentatif des centres agréés par la COCOF³. Nous y avons vu une opportunité d'étendre l'analyse aux centres de notre fédération sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, donc en ce compris nos membres wallons. Le travail sur la région bruxelloise permet de mettre en avant certaines données chiffrées à titre d'exemple. Sans pouvoir extrapoler aux centres wallons, ces données restent intéressantes à titre indicatif, au moins pour indiquer de grandes tendances.

Le document reprend une présentation circonstanciée du secteur et de ses différentes missions, l'évolution des problématiques sociales et de santé en lien avec l'adéquation des services ainsi que l'influence du contexte institutionnel sur les pratiques. Nous avons également voulu attirer l'attention sur des constats spécifiques importants qui, la plupart du temps, dépassent le seul secteur des centres de planning familial et constituent de véritables enjeux de société.

3 — Ce rapport sectoriel concerne les 27 centres agréés par la Commission Communautaire Française (COCOF), y compris les 5 centres de la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF).

Le secteur des centres de planning familial et leurs missions



Les centres de planning familial (CPF) sont des services ambulatoires offrant une expertise en santé sexuelle et reproductive, en ce compris la vie relationnelle, affective et sexuelle : sexualité, santé gynécologique, contraception, grossesse, interruption volontaire de grossesse, infections sexuellement transmissibles (IST), vie familiale, violences conjugales, intrafamiliales, sexuelles, basées sur le genre, identité de genre... sont des sujets centraux de leur pratique quotidienne. Si de par leur offre de service spécifique, ils sont parfois considérés comme des acteurs spécialisés de deuxième ligne, leur accessibilité et leur relation directe avec le-la bénéficiaire au quotidien en font des acteurs assumant une fonction évidente de première ligne d'aide et de soin, et même de plus en plus souvent d'accueil bas-seuil.

En Région de Bruxelles-Capitale, il existe 30 centres de planning familial dont 27 sont agréés par la Commission Communautaire Française (COCOF) et trois par la Commission Communautaire Commune (COCOM). Quinze de ces centres pratiquent des interruptions volontaires de grossesse. En Région wallonne, il existe 72 centres agréés dont seulement 17 pratiquent des avortements⁴. La FLCPF est la fédération la plus importante en regroupant 42 centres en Fédération Wallonie-Bruxelles dont 21 centres pratiquent des avortements.

Les tableaux ci-dessous présentent la répartition des implantations par région, province et commune ainsi que la couverture territoriale en termes de pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

Région bruxelloise	Nombre	IVG
Anderlecht	3	2
Auderghem	1	-
Berchem-Ste-Agathe	1	-
Bruxelles-Ville	6	4
Etterbeek	1	1
Evere	1	-
Forest	2	-
Ixelles	3	3
Jette	1	-
Laeken	1	-
Molenbeek	1	-
Saint-Gilles	1	1
Saint-Josse	1	1
Schaerbeek	2	1
Uccle	1	1
Watermael-Boitsfort	2	1
Woluwé-Saint-Lambert	2	-
Woluwé-Saint-Pierre	1	1
Total	31	16

4 – Certains centres ont plusieurs implantations (sièges secondaires ou antennes), particulièrement en Wallonie. En région wallonne, les 71 centres agréés comptent 76 implantations. En région bruxelloise, les 30 centres agréés comptent 31 implantations. Les tableaux de couverture territoriale tiennent compte des différentes implantations.

Région wallonne	Nombre	IVG		Nombre	IVG
Brabant wallon	10	2	Liège	20	4
Braine-l'Alleud	1	-	Aywaille	1	-
Genval	1	-	Fléron	1	-
Louvain-La-Neuve	1	1	Hannut	1	-
Nivelles	1	-	Herstal	1	-
Perwez	1	-	Huy	1	-
Tubize	2	1	Liège	8	2
Waterloo	1	-	Seraing	1	1
Wavre	2	-	Spa	1	-
Hainaut	29	7	Verviers	3	1
Ath	1	-	Visé	1	-
Binche	1	-	Waremme	1	-
Braine-le-Comte	1	-	Luxembourg	8	1
Charleroi	4	2	Arlon	2	1
Chimay	1	-	Bastogne	1	-
Comines	1	-	Libramont	2	-
Courcelles	1	1	Marche-en-Famenne	2	-
Erquelinnes	1	-	Virton	1	-
Fleurus	1	-	Namur	9	3
Frameries	1	-	Ciney	1	-
Gilly	1	-	Dinant	1	-
Jumet	1	1	Namur	4	2
La Louvière	3	1	Philippeville	1	-
Mons	3	1	Rochefort	1	1
Mouscron	1	-	Tamines	1	-
Peruwelz	1	-	Total	76	17
Saint-Ghislain	1	-			
Soignies	1	-			
Thuin	1	-			
Tournai	3	1			

Sur les sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive et à la vie relationnelle, affective et sexuelle, les professionnel·les de CPF accueillent, informent, orientent et proposent des accompagnements individuels, de couples, de familles ou collectifs sur les plans médical, social, psychologique et juridique, en toute confidentialité et dans le respect des convictions, des orientations sexuelles et des identités de genre de chacune.

Les missions des centres de planning familial se distinguent en trois grands volets complémentaires : (1) l'accueil, (2) les consultations individuelles, de couple, de famille et (3) les activités d'information, de prévention et de promotion à la santé⁵ relationnelle, affective et sexuelle.

5 – À comprendre ici, et tout au long de ce rapport, au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution

L'accueil en centres de planning familial

Chaque équipe de CPF est composée de professionnel·les psycho-médico-sociaux qui sont médecins (généralistes ou gynécologues), assistantes sociaux, psychologues, juristes, médiateur·rices familiaux, conseiller·ères conjugaux, sexologues. Plusieurs d'entre elles et eux sont formés·es à l'accueil spécifique en CPF. Élément central de la pratique professionnelle en planning familial, **l'accueil** est un premier lieu d'écoute où la demande du·de la bénéficiaire peut être déposée, où elle·il peut recevoir des informations et clarifications, dans un objectif d'*empowerment* et de l'outiller afin de lui permettre d'opérer ses choix en matière de sexualité et de vie affective. Bien plus qu'un simple secrétariat médical, l'accueil est une première forme d'accompagnement psycho-social à l'occasion duquel l'usager·ère peut déjà bénéficier d'une aide et d'un soutien.

Le travail à l'accueil ne se résume pas au travail réalisé au contact direct des bénéficiaires. Faute d'un cadre administratif suffisamment financé, les équipes psycho-sociales sont nombreuses dans les centres à se répartir le travail de gestion administrative autour des dossiers des patients. C'est souvent lors des heures creuses des permanences d'accueil que ce travail peut être réalisé morceau par morceau : encodage des activités, rédaction de rapports justificatifs, de PV de réunions, contacts avec les mutuelles, les laboratoires, les partenaires du réseau, d'autres organismes ou institutions dans le cadre de la concertation autour du bénéficiaire, suivi des facturations, etc. La charge de travail à réaliser et la très grande diversité des actes à effectuer amènent de plus en plus de centres à entamer une réflexion autour du « double accueil ».

Focus sur...

→ LE DOUBLE OU CO-ACCUEIL

La **pratique** du « double accueil » (ou co-accueil) se pense de plus en plus dans les CPF ces dernières années – et s’installe dans certains autant que faire se peut. Elle consiste à assurer les permanences d’accueil à deux, voire trois personnes. Cela demande évidemment des moyens humains et donc financiers, mais également logistiques (espaces physiques disponibles), or les « ressources immobilières » sont de plus en plus inaccessibles, particulièrement dans les grands centres urbains.

Pourtant la pratique mériterait de se développer car elle augmente sensiblement la qualité de l’accueil. Son intérêt est de pouvoir à la fois gérer les nombreuses tâches « anecdotiques » de l’accueil (prise de RDV, encodage, rédaction de documents, etc.), les situations de crise et/ou d’urgence, et les situations psycho-sociales plus « lourdes » ou longues à déposer, ce qui implique de pouvoir s’isoler plusieurs dizaines de minutes avec un·e bénéficiaire. Le co-accueil permet aussi d’accompagner plus sereinement et qualitativement des actes tels que la délivrance de la contraception d’urgence, la réalisation de test de grossesse ou des dépistages démedicalisés du VIH (TROD).

Enfin, mieux valoriser le co-accueil en CPF en inciterait aussi un plus grand nombre à développer des actions d’outreaching, pratique dont l’intérêt n’est plus à démontrer et de plus en plus soutenue politiquement. En effet, compte tenu des moyens humains limités, les CPF ne peuvent, dans la plupart des cas, pas consacrer des ressources à la fois aux permanences d’accueil (dont l’organisation est soumise à des obligations décrétales et réglementaires) et à des actions d’outreaching. Ils ne peuvent pas non plus réduire leurs plages de consultations qui sont leurs seules sources de rentrées financières sur fonds propres leur permettant de compléter substantiellement leur budget global.

Les demandes adressées à l'accueil d'un centre de planning familial sont variées :

- Information, questions, conseils concernant la vie relationnelle, affective et sexuelle (VRAS) : contraception d'urgence, préservatifs, méthodes contraceptives, test de grossesse, découverte d'une grossesse désirée ou non, interruption de grossesse, IST, questions sur la sexualité⁶, questions relatives à la santé gynécologique, difficultés familiales, problème psychologique, maltraitance/violence conjugale et/ou intrafamiliale, violence sexuelle, vie de couple, séparation, questionnaire sur l'identité de genre, parentalité, etc.
- Information, questions, conseils sur d'autres thématiques telles que les droits sociaux, le droit familial, l'accès au logement (situation de violence), etc.
- La réorientation interne et la prise de RDV
- La réalisation de formalités et démarches administratives⁷
- Orientation dans le réseau

L'accueil des centres de planning familial est également le lieu où la majorité des demandes de **contraception d'urgence** et de **test de grossesse** sont prises en charge et accompagnées. C'est une offre de service que le secteur maintient, malgré l'illégalité de la délivrance de la pilule d'urgence à l'accueil des CPF. Il faut également noter le passage quotidien, tant de personnes seules que de couples, qui viennent s'approvisionner en préservatifs disponibles gratuitement à l'accueil des centres de planning familial. Le nombre exact de préservatifs distribués est impossible à encoder par les centres, mais représente un volume important. À titre informatif, la centrale d'achat a fourni aux centres COCOF 37.000 préservatifs en 2017, 51.000 en 2018, 53.000 en 2019, 55.000 en 2020 et 67.950 en 2021. Ces chiffres correspondent aux commandes passées par les centres, ce qui autorise à penser que ce nombre répond aux besoins exprimés par les publics sur le terrain.

6 — Ex. Rapports sexuels, désir, plaisir, pratiques sexuelles, préférences sexuelles, orientations sexuelles, anatomie, virginité, hymen, etc.

7 — Ex. Lire, écrire, compléter un document, décoder une facture, mise en ordre à la mutuelle, etc.

8 — Proposition de loi du 17 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, afin de permettre la distribution gratuite de moyens contraceptifs et de la pilule du lendemain via les Centres de planning familial au moyen d'un « Pass contraception », Doc., Ch., 2015-2016, n° 1456/001 ;

Proposition de loi du 13 avril 2016 modifiant les lois coordonnées du 10 mai 2015 relatives à l'exercice des professions des soins de santé, afin de permettre la distribution de moyens de contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé par des organismes agréés, Doc., Ch., 2015-2016, n° 1759/001 ;

Proposition de résolution du 8 octobre 2019 visant la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle, Doc., Sén., 2019-2020, n°7-81/1

Proposition de loi du 30 mai 2022 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin de permettre la délivrance de la pilule d'urgence via les organismes agréés chargés de l'accueil, de l'information et de l'accompagnement des personnes, dans le cadre de la vie affective et sexuelle, Doc., Ch., 2021-2022, n° 2725/001.

Focus sur...

→ LA DÉLIVRANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE À L'ACCUEIL DES CPF

Les centres de planning familial délivrent depuis de nombreuses années la pilule d'urgence (dite aussi plus erronément « 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 le cas de la Commission Communautaire Française. Pourtant, **cette pratique professionnelle et historique** fait état d'un manque de reconnaissance par le pouvoir fédéral. Depuis 2015, plusieurs propositions de loi ou résolutions⁸ ont été déposées pour enfin légaliser – sans succès jusqu'à présent - la délivrance de la pilule d'urgence à l'accueil des centres de planning familial. Le secteur souhaite qu'un cadre légal vienne protéger cette activité, **essentielle pour le droit d'accès** à la contraception et prévenir les grossesses non désirées.

Assurer un accès rapide à la contraception d'urgence est primordial pour une prise en charge de qualité et limiter les effets potentiellement non souhaités pouvant être induits par un report ou un non-recours. L'avantage de la délivrance de ce type de dispositif à l'accueil des CPF est indéniable car, outre la rapidité de la prise en charge, la confidentialité et la gratuité pour toutes, les professionnelles de CPF veilleront à proposer une prise en charge holistique des bénéficiaires (détection d'éventuelles violences, évaluation d'un échec ou d'une absence de contraception, mise en place d'une contraception de long terme, dépistage des IST, etc.).

Face à la difficulté d'organiser des plages de consultations médicales à larges horaires (pour diverses raisons sur lesquelles nous reviendrons), le secteur continue de soutenir la nécessité de garantir cet accès à l'accueil dans un souci évident de santé publique et d'accès facilité aux droits.

À cet égard, il faut souligner le soutien constant de la Commission Communautaire Française qui se traduit depuis 2009 par le financement d'une centrale d'achat de moyens contraceptifs grâce à laquelle les centres de planning familial bruxellois agréés par la COCOF s'approvisionnent gratuitement en pilules contraceptives, pilules

d'urgences, dispositifs intra-utérins et préservatifs, ce qui permet d'en garantir la gratuité aux bénéficiaires, quel que soit leur statut administratif et social. Cette centrale d'achat bénéficie également aux centres wallons de la FLCPF en leur permettant l'achat à un coût préférentiel. Sans faire l'objet d'un subside spécifique en Wallonie, ces dépenses peuvent être justifiées dans les frais de fonctionnement des centres de planning familial wallons. Afin de soutenir le plaidoyer politique et d'élargir la sensibilisation du public, la FLCPF a réalisé différents outils. Un « *Vade-mecum pour la prise en charge des demandes de contraception d'urgence* » formalise la longue expérience des centres de planning familial et consolide leur expertise par une analyse actualisée de la littérature scientifique et des dernières recommandations internationales. Une brochure gratuite d'information « *La contraception d'urgence* », destinée au grand public, a également été éditée et un nouvel outil en ligne est venu compléter l'offre d'information en 2023. Le site www.macontraceptiondurgence.be, premier du genre en Belgique, propose un questionnaire anonyme qui, en 7 étapes et moins de 5 minutes, offre des solutions personnalisées aux personnes qui risquent une grossesse et souhaitent l'éviter. Il informe également sur l'utilisation, le coût et la délivrance de la contraception d'urgence.

L'accompagnement individuel, de couple, de famille ou de groupe

Une fois la demande déposée et clarifiée à l'accueil, les accueillantes peuvent proposer aux bénéficiaires d'être accompagnées en interne, via des consultations (individuelle, de couple, de famille) ou des projets plus collectifs comme des groupes de parole, des activités communautaires, etc. Selon les besoins exprimés et identifiés, une ou plusieurs professionnel·les collaboreront avec et autour du·de la bénéficiaire, de manière pluridisciplinaire le cas échéant.

A titre d'exemple, dans les centres bruxellois entre 2017 et 2021, les consultations médicales (+11,83%), psychologiques (+22,62%), sociales (+32,05%) et de conseil conjugal et familial (+20,71%) ont connu une croissance importante du volume d'activités. L'année 2020, qui correspond aux périodes de confinement les plus strictes de la pandémie, se traduit par une légère baisse du nombre de consultations, tous types confondus, excepté pour la consultation sociale qui a continué de croître. Il est également intéressant de remarquer que les consultations qui ont connu la croissance la plus importante « post-covid » (c'est-à-dire entre 2020 et 2021) sont les consultations sociales (+29,45%), conjugales et familiales (+24,27%) et psychologiques (+19,51%). Sans que ces chiffres soient directement transposables aux centres wallons, les effets négatifs qu'a eu la crise sur l'émergence d'une crise sociale, sur la santé mentale et la vie intrafamiliale ont été fortement documentés sur l'ensemble du territoire.

Focus sur...

→ LA PLURIDISCIPLINARITÉ DU TRAVAIL EN CENTRE DE PLANNING FAMILIAL

La pluridisciplinarité est LA spécificité du planning familial. S'il ne fallait citer qu'une pratique professionnelle pour définir le secteur, ce serait sans aucun doute celle-ci. Cette spécificité est essentielle sur une thématique qui véhicule encore nombre de tabous et stéréotypes alors qu'elle n'a jamais été autant médiatisée. Nous défendons un modèle de services à la population qui offre une approche holistique de la sexualité et qui entrecroise les dimensions médicales, sociales, psychologiques et juridiques. Le planning familial est un lieu de prise en charge transversale où les bénéficiaires peuvent trouver un éventail de réponses à, bien souvent, des problématiques complexes. L'utilisateur pourra y rencontrer une équipe de professionnel·les qui apporteront des réponses coordonnées aux différents aspects de sa situation.

Tandis que cette pluralité de portes d'entrée élargit les possibilités d'accès pour la population, la prise en charge croisée en un seul lieu offre indéniablement l'avantage de minimiser le non-recours et l'abandon induits par les réorientations multiples lorsqu'une même situation implique plusieurs réponses relevant de disciplines différentes. La précarisation croissante des bénéficiaires et la complexité accrue de leurs demandes justifient pleinement la pluridisciplinarité offerte par les centres de planning familial.

La mission d'information, d'éducation et de sensibilisation

9 — Décret de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, Moniteur Belge, 8 mai 2009, art. 13. Décret du parlement wallon du 22 janvier 2014 modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé relatives aux centres et aux fédérations de planning et de consultation familiale et conjugale, Moniteur Belge, 11 février 2014, art. 187.

Les professionnel·les qui assurent l'accueil et les consultations en CPF sont également formé·es à l'animation en Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) qu'ils et elles réalisent dans différents milieux de vie, seules ou en partenariats avec d'autres intervenants (CPMS, CPSE, associations thématiques, organisations de jeunesse, etc.).

Les décrets régionaux missionnent en effet les centres de planning familial pour organiser des activités d'information, de sensibilisation et d'éducation en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle⁹.

Chez les tout petits, ces animations sont l'occasion de sensibiliser les enfants à la gestion des émotions, à la relation à l'autre, à la perception de sa personne et de son corps, au respect de son intégrité physique et celle de l'autre, au concept de genre (couleurs, jouets, jeux, etc.). Vers 9-11 ans, la puberté, le corps et son évolution, et les relations affectives sont les principales thématiques des animations EVRAS. C'est aussi à cette période que les animateur·rices introduisent les échanges autour de la diversité (de genre, d'identité, d'orientation, de culture, d'origine, etc.) et de son respect.

Dans le secondaire, les animations EVRAS sont avant tout l'occasion de présenter ce qu'est un centre de planning familial et les services qu'il peut offrir. Les équipes constatent au quotidien à quel point c'est utile car les jeunes sont nombreux·ses à passer la porte du centre dans les jours ou les semaines qui suivent l'animation dans leur école. À l'adolescence, en plus des thématiques précitées, les animations EVRAS permettent d'aborder les sujets de la relation amoureuse et sexuelle, de la contraception, de la prévention/réduction des risques (grossesse, IST, violence), de la sexualité, etc. Nous verrons en infra à quel point l'espace numérique prend de plus en plus de place dans le traitement de ces sujets, mais également que certains sujets restent difficiles à aborder dans certaines classes.

En région bruxelloise, le travail de prévention et d'EVRAS en milieu scolaire a été fortement investi par les centres ces dix dernières années. L'augmentation du financement public a en effet favorisé le développement de cette activité dans les projets de centres, et ainsi augmenté le nombre d'heures dispensées aux élèves. Avant la période Covid, c'est-à-dire entre l'année scolaire 2016-2017 et l'année scolaire 2018-2019, le nombre d'heures d'animations EVRAS dispensées dans les écoles bruxelloises a augmenté de 14%, tout

comme le taux de couverture des écoles (+14%), tandis que le taux de couverture des élèves a augmenté de 22%.

En région wallonne, malgré l'absence de soutien spécifique pour cette activité avant septembre 2023, les heures d'animation affichent également une progression entre 2017 et 2019 dans les 20 centres de notre fédération. Avant la période Covid, en 2019, plus de 6.600 heures d'animation ont été réalisées, soit 10% de plus par rapport à 2017. Cela représente un taux de couverture de 14,40% en termes d'établissements scolaires et 6,25% en termes d'élèves, essentiellement dans l'enseignement secondaire et primaire ordinaire¹⁰.

10 — Pour rappel, ces chiffres ne concernent que les centres wallons de notre fédération, soit 20 centres sur 71. Les chiffres globalisés pour l'ensemble du secteur en Wallonie ne sont pas disponibles pour ces 5 dernières années.

Focus sur...

→ L'ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE (EVRAS) EN MILIEU SCOLAIRE

Dans différents milieux de vie et à tous les âges, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) est un processus éducatif qui accompagne les individus dans le développement de leurs connaissances, leurs compétences psychosociales, leurs attitudes et leurs valeurs en lien avec la sexualité dans sa définition la plus large¹¹. L'EVRAS vise à offrir les outils nécessaires aux enfants, aux jeunes et aux adultes pour se développer sur les plans affectif, relationnel et sexuel de manière respectueuse envers elles ou eux-mêmes et les autres.

Le milieu scolaire est apparu comme la porte d'entrée prioritaire pour mettre en place une éducation qui touche le plus grand nombre et contribue à lutter contre les inégalités en favorisant l'égalité des chances. L'école n'est pas seulement un lieu d'apprentissage mais aussi un lieu de vie collectif. Les animations EVRAS assurées par les centres de planning familial en milieu scolaire constituent l'un des vecteurs qui facilitent l'appropriation d'informations claires et objectives par les élèves en matière d'éducation à la sexualité. En partant de leurs représentations, de leurs connaissances, de leurs acquis et de leurs besoins, les animateurs et animatrices formés à l'EVRAS agissent en mobilisant les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être des jeunes par la création d'espaces de paroles propices à ces échanges.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, malgré les ressources déjà existantes et l'inscription depuis 2012 de l'EVRAS dans les missions de l'école, la généralisation de l'EVRAS n'est toujours pas effective dans l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire et spécialisé. C'est dans ce contexte que sont nées les Stratégies Concertées EVRAS portées par la FLCPF et O'Yes. Dans un processus collaboratif important incluant à la fois les professionnel·les de terrain et les publics auxquels ils ou elles s'adressent, un guide a été élaboré¹². Il propose des balises pour aider les acteurs et les actrices de l'EVRAS dans l'élaboration de leurs interventions et permettre à chaque enfant et jeune d'avoir accès aux mêmes informations. Les contenus élaborés par tranche d'âge ne sont que des repères et doivent être adaptés en fonction des besoins et attentes des publics.

11 — *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle*. UNESCO, 2018, p.18. www.unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_fre

12 — *Guide pour l'EVRAS : Balises et apprentissages à destination des acteurs et actrices de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle en milieu scolaire*. FLCPF - O'Yes, 2023, 303 p. www.evras.be

13 – <https://pactepourunenseignementexcellence.cfwb.be/mesures/evras/>

A la rentrée scolaire 2023, un accord de coopération entre la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Région wallonne et la Commission communautaire française a été voté. Il vise à rendre l'EVRAS effective pour tous les élèves de 6^e primaire et 4^e secondaire, à raison de 2 heures d'animations dispensées par des structures labellisées¹³. L'annonce de l'obligation de ces animations a fait polémique et provoqué une série de réactions conservatrices hostiles, parfois fondées sur une compréhension erronée des contenus et objectifs de l'EVRAS mais aussi sur une campagne massive de désinformation organisée par des groupuscules réactionnaires. Parler de sexualité avec les enfants à l'école suscite évidemment parfois de l'inquiétude et des interrogations légitimes de la part du grand public et particulièrement des parents. Face à ces réticences et au manque d'informations, la FLCPF avait déjà pris les devants en 2022, en réalisant une campagne de sensibilisation, en collaboration avec la Fédération Pluraliste des Centres de Planning Familial (FCPPF) et la Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (FAPEO). Une vidéo d'animation portant un message général sur l'EVRAS en milieu scolaire a été diffusée sur les principales chaînes de télévision francophones et différentes publications sur les réseaux sociaux répondaient aux questions des parents. L'objectif était d'informer sur la nécessité d'un parcours d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle tout au long de la scolarité, adapté au développement de l'enfant¹⁴.

14 – La vidéo d'animation portant un message général sur l'EVRAS a été diffusée sur les principales chaînes de télévision francophones. www.youtube.com/watch?v=XiySgJwPFz0

La pratique de l'interruption volontaire de grossesse

15 — Les centres extrahospitaliers sont conventionnés avec l'INAMI depuis 2003 ce qui réduit le coût, pour les personnes en ordre de cotisations à une mutuelle en Belgique, à plus ou moins 4,00€. A Bruxelles, un centre pratiquant des IVG est situé en milieu hospitalier et n'a pas ce type de convention avec l'INAMI.

16 — Abortuscentra. www.abortus.be

17 — Rapport à l'attention du Parlement 1 janvier 2020 – 31 décembre 2021. Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, 2023. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-attention-du-parlement-1-janvier-2020-31-decembre-2021>

18 — Seul le dernier rapport de la Commission d'évaluation de la loi sur l'IVG propose les chiffres en fonction du lieu d'implantation du centre ou de l'hôpital dans lequel l'intervention a eu lieu (cité Ibid.). Les rapports précédents ne répartissaient les chiffres géographiquement qu'en fonction du domicile de la femme.

Les centres de planning familial pratiquant des interruptions de grossesse (IVG) en Fédération Wallonie-Bruxelles sont conventionnés avec l'INAMI¹⁵. En Flandre, seules cinq cliniques d'avortement¹⁶ sont conventionnées et assurent 97% des interruptions de grossesse réalisées sur le territoire de la région¹⁷. Du côté francophone, les centres de planning familial réalisent environ 75% de l'ensemble des avortements réalisés à Bruxelles et en Wallonie (7.425 en 2020 et 7.388 en 2021)¹⁸.

Il convient de souligner que le nombre d'IVG pratiquées ne reflète pas la charge de travail réelle de l'accompagnement. Il faut en effet compter entre 3 et 5 consultations en moyenne par IVG pratiquée. A titre d'exemple, dans les centres bruxellois, cette moyenne a d'ailleurs augmenté ces cinq dernières années de 3,72 consultations par IVG en 2017 à 4,28 consultations par IVG en 2021. Concernant les IVG pratiquées ces cinq dernières années dans les centres bruxellois, une moyenne de 82% d'entre elles est généralement couverte par l'INAMI. Ce chiffre a toutefois baissé en 2021 et est passé d'une moyenne de 83% sur les quatre premières années (de 2017 à 2020) à 78% la dernière année (2021). Il conviendra de vérifier dans les prochaines années si cela annonce une tendance ou non.

Les IVG non couvertes par l'INAMI concernent principalement trois types de profils de patientes pour lesquelles, selon les situations, soit le « tarif GACEHPA » est pratiqué (200 euros), soit une demande d'aide médicale urgente (AMU) est introduite auprès du CPAS, soit le centre prend à sa charge l'entièreté ou une partie des coûts quand aucune des deux premières solutions n'est envisageable. Ces trois profils sont :

- les femmes qui ne disposent pas de couverture sociale belge (public très précaire) : désaffiliées, femmes en situation de séjour irrégulier, demandeuses d'asile, sans-abri, femmes originaires de pays interdisant ou restreignant fortement l'accès à l'IVG, etc. Il est toujours utile de rappeler que la procédure d'octroi de l'aide médicale urgente est inadéquate dans le cas d'une demande d'interruption volontaire de grossesse (trop lente et trop complexe) et représente un réel frein à la réalisation de ce droit dans notre pays. La récente note de plaidoyer rédigée par Médecins du Monde à partir de l'expérience du Hub humanitaire corrobore les recommandations formulées par la FLCPPF depuis de nombreuses années :

a) La formation et la sensibilisation des professionnel·les de première ligne d'aide et de soin, en ce compris les travailleuses sociaux des CPAS, pour un meilleur accueil, une meilleure prise en charge et une réorientation adéquate des femmes en situation de très grande vulnérabilité désireuses d'interrompre leur grossesse ;

b) Reconnaître l'IVG comme un soin urgent spécialisé – compte tenu du délai maximum légal de 12 semaines de grossesse - afin d'y appliquer des procédures simplifiées et accélérées d'octroi de l'AMU ;

c) Une harmonisation des pratiques des CPAS dans la mise en œuvre des procédures d'octroi de l'AMU ;

d) Garantir le libre choix du prestataire de soins, prévu par la loi, en évitant de recourir au conventionnement entre un CPAS et un ou quelques prestataires, et en élargissant les limites territoriales de l'action du CPAS aux limites du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, pour le cas précis d'une demande d'AMU pour une IVG ou des soins de santé sexuelle et reproductive.

→ les femmes et adolescentes qui, pour des raisons de confidentialité, demandent à ce que l'intervention ne soit pas prise en charge par la mutuelle afin d'éviter qu'elle apparaisse dans le relevé des prestations sur le compte du titulaire de l'assurance (parents, conjoint). Ce cas de figure est l'une des limites de la digitalisation de la gestion des soins de santé. Nous y reviendrons en infra ;

→ les ressortissantes étrangères qui disposent d'une couverture mutuelle dans leur pays (ex. ressortissantes françaises, communauté européenne).

À de très rares occasions, des femmes des deux derniers profils sont en mesure de prendre à leur charge la totalité du coût de l'IVG (soit environ 550 euros).

Focus sur...

→ LE FINANCEMENT INAMI DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE EN CENTRE EXTRAHOSPITALIER

Les centres de planning familial pratiquant l'avortement sont subsideés par l'INAMI au nombre d'IVG pratiquées (environ 550 euros par IVG pour l'ensemble de la procédure). La baisse constatée en moyenne des interruptions de grossesse, qui ne peut qu'être souhaitée sur le plan de la santé publique, se traduit néanmoins par des difficultés financières pour certains centres, particulièrement ceux qui accueillent un public très précaire qui ne peut participer financièrement au coût lorsque l'intervention n'est pas couverte par la mutuelle ou l'aide médicale urgente.

Il y a ici une contradiction dans les politiques de santé : l'une favorise la prévention (compétence régionale) dans le but de diminuer les grossesses non désirées et donc le recours à l'IVG, tandis que l'autre finance à l'acte, par le mécanisme de la couverture sociale (compétence fédérale), ce qui entraîne une inquiétude pour les centres qui perdent par là des moyens financiers. Or, ceux-ci financent la rémunération d'une partie du personnel et les honoraires des médecins, couvrent une partie des frais de matériel médical et des coûts d'entretien de celui-ci. Pour garantir la plus grande stabilité financière possible à ces centres, ces derniers recommandent que le financement de l'activité IVG soit forfaitaire et annuel.

L'évolution flagrante de ces cinq dernières années au sein des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement concerne le choix de la méthode d'interruption : médicamenteuse ou chirurgicale. Cette dernière méthode a longtemps été préférentiellement choisie par les patientes. Depuis 2018, même si la majorité des IVG sont encore pratiquées de cette manière, on observe une augmentation significative de la méthode médicamenteuse en centres extrahospitaliers (les CPF en Belgique francophone et abortuscentra en Belgique néerlandophone) : 25% des interruptions de grossesse en 2018 pour 30% en 2020 et 35% en 2021. La proportion en milieu hospitalier reste stable autour de 55% des avortements par la méthode médicamenteuse¹⁹.

Les périodes de confinement ne sont pas étrangères à cette **évolution de la pratique** des interruptions volontaires de grossesse en centre de planning familial. Mais outre l'effet de la crise de la Covid-19, l'augmentation du recours à la méthode médicamenteuse peut également s'expliquer par l'adaptation d'une des conditions prévues par la loi. En effet, la loi du 15 octobre 2018 assouplit la condition initiale de respecter un délai de six jours entre la première consultation et l'interruption de la grossesse. Désormais, lorsqu'une urgence est décelée, ce délai peut être réduit à 48 heures. Dans un certain nombre de situations, ceci permet probablement à la méthode médicamenteuse de rester une option, préférée par certaines femmes car moins invasive, mais ne pouvant être pratiquée que jusqu'à environ 7 semaines de grossesse. Ce délai a d'ailleurs aussi eu tendance à augmenter au fur et à mesure des améliorations de la pratique médicale, ce qui accroît le nombre d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse.

Focus sur...

→ L'ÉVOLUTION DU CADRE LÉGAL ENTOURANT LA PRATIQUE DE L'IVG EN BELGIQUE

Le mouvement du planning familial a toujours plaidé pour une dé-pénalisation complète de l'interruption volontaire de grossesse en Belgique, « dé-pénalisation » que la législation de 1990, compromis issu d'un débat parlementaire long de plusieurs années, ne prévoyait que très partiellement. Durant ces cinq dernières années, le débat autour du droit d'accès et à l'accès facilité à l'IVG a été vif, mais a progressé, bien que trop timidement. Il a néanmoins le mérite d'avoir remis sur la table un sujet important pour le droit des femmes à disposer de leur corps.

Ainsi à partir du début des années 2010, le milieu associatif féministe réamorce un mouvement militant appelant (1) à un assouplissement des conditions dans le cadre desquelles l'IVG doit être réalisée et (2) à la suppression des sanctions pénales prévues à l'encontre des médecins et des patientes. À partir de 2016, une série de propositions de loi allant globalement dans ce sens sont déposées par différents partis de l'opposition. Mais en octobre 2018, le Parlement fédéral vote la *Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code*, sur base d'un projet de loi rédigé par la majorité gouvernementale. Cette nouvelle loi n'inscrit plus l'IVG dans le cadre du Code pénal, mais ne dé-pénalise pour autant pas l'acte, s'il est pratiqué en dehors des conditions fixées par la loi, puisque des sanctions pénales sont maintenues à l'encontre des femmes et des médecins. De plus, cette loi continue de restreindre le droit à l'IVG en ne révisant pas les conditions d'accès les plus déterminantes – notamment le délai gestationnel de 12 semaines de conception et le délai de 6 jours – alors même qu'elles constituent encore aujourd'hui des obstacles à la réalisation de ce droit pour de nombreuses femmes. Dans le cadre des débats parlementaires qui avaient précédé, des auditions d'experts, parmi lesquels la FLCPF, avaient été organisées en Commission Justice aux mois de mai et juin 2018. La très grande majorité des experts invités plaident pourtant pour une modification progressiste de la législation. Dans le contexte politique des affaires courantes qui a suivi les élections de mai 2019, plusieurs partis politiques déposent de nouvelles propositions de loi pour adapter la législation de 2018. Le 20 décembre 2019 est votée en

Commission Justice une proposition de loi visant à assouplir les conditions d'accès à l'IVG et à supprimer les sanctions pénales prévues à l'égard des femmes et des médecins. Celle-ci était cosignée par les huit partis politiques que sont le PTB, le PS, le SP.A, ECOLO-GROEN, DéFI, le MR et l'Open VLD. Le 26 décembre 2019, le texte de la proposition de loi est envoyé au Conseil d'État qui remet un avis très largement positif le 24 février 2020. À partir de là, les partis opposés au texte – NV.A, Vlaams Belang, CD&V et CDH – ne cessent de déposer de nombreux amendements « prétextes » afin de solliciter à plusieurs reprises l'avis de Conseil d'État, qui finira par s'en agacer de manière sibylline dans ses derniers avis. Ces multiples recours au Conseil d'État seront une première historique dans les travaux du Parlement ; jamais une proposition de loi n'avait autant fait l'objet d'obstruction parlementaire. En parallèle, durant l'été 2020, les négociations autour de la formation d'un gouvernement fédéral s'accélérent et des tensions apparaissent autour de ce « dossier » de l'IVG. Celles-ci se traduiront dans l'accord de gouvernement par le renvoi des travaux en Commission Justice – qui avait pourtant voté pour la proposition de loi moins d'un an plus tôt – chargée de mener une étude d'évaluation et des travaux d'instruction supplémentaires. Les fédérations de centres de planning familial continuent de soutenir, avec le GACEHPA, et plus largement les membres de la Plateforme Abortion Right, la suppression des sanctions pénales, l'allongement du délai légal de grossesse au cours duquel une IVG peut être pratiquée, la suppression du délai, l'interdiction et la sanction d'une clause de conscience institutionnelle, un référencement adéquat d'une information complète, exacte et neutre sur les sites internet officiels... Nos revendications politiques²⁰ vont dans le sens des conclusions rendues en avril 2023 par le comité d'expert.es qui a été mandaté par les député.es de la majorité « Vivaldi » pour s'atteler aux opportunités de changement de la législation relative à l'IVG²¹.

Il ne sera jamais assez rappelé que, chaque année, environ 500 femmes se rendent aux Pays-Bas pour interrompre leur grossesse, faute de se trouver dans les conditions prévues par la loi belge. D'autres qui ne pourront pas être du voyage n'auront pas le choix que de recourir à l'avortement clandestin ou de poursuivre leur grossesse à terme. Il est honteux de faire encore aujourd'hui le constat que notre État, en raison d'ignominieux conflits idéologiques, n'est pas en mesure d'offrir une politique de santé publique respectueuse des femmes dont les situations de vie – parfois extrêmement précaires – ne permettent pas de poursuivre une grossesse à terme.

20 – Une synthèse des revendications de la FLCPF est disponible sur le site www.planningfamilial.net.

21 – Etude et évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique. Rapport académique à la demande de la majorité "Vivaldi" au niveau fédéral. Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, avril 2023, 300 p. www.vliir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk_FR_versie.pdf

Évolution des problématiques sociales et de santé et adéquation des pratiques professionnelles



Les publics des centres de planning familial

Les centres de planning familial sont nombreux à constater depuis plusieurs années la précarisation croissante de leur public. Sur le plan **socio-économique**, la proportion des personnes bénéficiant du chômage, de revenus de remplacement ou étant sans ressources ne cesse d'augmenter chaque année. C'est sans surprise que ce constat confirme les statistiques officielles. À l'échelle nationale le seuil de pauvreté dans notre pays varie peu en 2021, mais les disparités régionales sont plus marquées, montrant une situation plus précaire en région de Bruxelles-Capitale et en province de Hainaut²². Ce seuil est calculé sur base des indicateurs européens, essentiellement économiques qui montrent que le taux de pauvreté basé sur le revenu est supérieur pour les femmes, pour les ménages monoparentaux avec enfants dépendants et les ménages d'une personne seule, les personnes ayant un faible niveau d'éducation ainsi que pour les personnes nées à l'étranger, surtout hors de l'Union Européenne²³. Sachant que les plus précaires cumulent bien souvent ces situations, en Belgique, 19,30% de la population courent un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Les chiffres de Sciensano confirment de fortes inégalités socio-économiques pour l'ensemble des indicateurs de santé, allant des facteurs de risque à la morbidité et à la mortalité²⁴. Ces chiffres prennent en compte certains indicateurs de santé sexuelle comme ceux liés aux maladies sexuellement transmissibles et le VIH, ainsi que la santé mentale.

L'accroissement des difficultés financières des usager·ères a une double conséquence

- La première pour les bénéficiaires, en ce compris certain·es qui bénéficient d'un revenu de travail et/ou d'une couverture mutuelle ; ils et elles sont régulièrement amené·es à espacer leur visite, voire à interrompre leur suivi.
 - La seconde pour les CPF qui notent des répercussions de plus en plus importantes – voire criantes pour ceux situés dans les quartiers les plus pauvres de Bruxelles – sur leurs rentrées financières.
-

22 – Risque de pauvreté et d'exclusion sociale. STATBEL - Office belge de statistiques, 2023. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>

23 – Des faits et des chiffres. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2022. www.luttepauvrete.be/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/220328_nombrepauvres.pdf

24 – Inégalités de Santé in *Vers une Belgique en bonne santé*. Sciensano, KCE, INAMI, SPF Santé publique, 2023. www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante

L'adéquation de l'offre de service

Il convient de rappeler en préambule de cette section que la santé sexuelle et reproductive est un champ de la santé assez peu étudié et pour lequel nous disposons de peu de données et statistiques officielles. Quand elle fait l'objet d'études, le champ d'investigation est la plupart du temps réduit à la prévalence des IST, et parfois à la contraception, pour ce qui concerne la santé sexuelle ; au taux de natalité et à la mortalité maternelle et infantile pour ce qui concerne la santé reproductive. Dans le premier cas, l'angle adopté est généralement celui de la prévention et de la réduction des risques – à juste titre – qui participe aussi néanmoins à alimenter une vision négative de la sexualité. Tout le reste de la santé sexuelle est assez peu documenté.

À l'accueil

La forte paupérisation de la population a un effet a priori contradictoire : les demandes déposées à l'accueil sont marquées par une complexification des situations, de plus en plus multidimensionnelles (c'est notamment là que la pluridisciplinarité des équipes de centres de planning familial démontre tout son intérêt et sa plus-value), résultant du croisement de problématiques sociales, culturelles et de santé. Mais ceci implique pour les équipes d'accueillantes d'être de plus en plus, à la fois généralistes et diversifiées dans leur accueil, car certains aspects des problématiques déposées ne sont pas directement, voire parfois pas du tout, liés à des questions de santé sexuelle et reproductive ou de VRAS. Dans ces cas de figure, l'approche des professionnel·les de CPF reste d'accueillir, écouter, dé mêler et ensuite de s'appuyer sur le réseau pour réorienter la prise en charge de ce qui ne relève pas des missions directes du planning familial.

Les accueillantes notent également que, de plus en plus souvent, la demande apparaît de prime abord assez simple, mais s'avère en réalité explosive lorsqu'ils et elles « tirent les fils ». Régulièrement, une situation de violence apparaît en toile de fond. En effet, les équipes constatent faire de plus en plus régulièrement face à des situations de violences (intrafamiliales, conjugales, sexuelles). Soit, elles apparaissent de manière évidente dans les récits déposés, soit elles sont devinées en toile de fond. Nous ne reviendrons pas dans ce rapport sur l'impact de la crise de la Covid-19 et des confinements sur l'accroissement des situations de violences et de leur visibilité, très bien documentées par ailleurs, mais il est évident que les travailleuses de CPF en ont été les témoins à leur niveau. L'une des évolutions notables de ces dernières années à ce sujet est que lorsque les victimes s'adressent à l'accueil d'un CPF, c'est moins pour demander un accompagnement psychologique que de l'aide sociale et un avis juridique.

Focus sur...

→ LE DÉPISTAGE DÉMÉDICALISÉ TROD (Test Rapide d’Orientation Diagnostique)

Le TROD, outil de dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH, est une pratique professionnelle qui a émergé à l’accueil des CPF durant ces cinq dernières années. À la faveur de l’*Arrêté royal du 19 juillet 2018 portant application de l’article 24, 1° de la loi du 10 mai 2015 relative à l’exercice de soins de santé*, en vue d’encadrer les tests d’orientation diagnostique de l’infection du virus de l’immunodéficience humaine VIH, certains centres bruxellois se sont emparés de cette pratique dans le cadre d’un projet pilote mis en place par la FLCPF en 2018. Si le VIH est aujourd’hui très bien pris en charge au plan médical jusqu’à contrôler la virémie et empêcher la transmission par voie sexuelle, le dépistage du VIH parmi les populations touchées par cette épidémie (principalement les hommes gays et bisexuels, ou HSH, ainsi que les personnes migrantes originaires d’Afrique subsaharienne dont une majorité de femmes hétérosexuelles) reste encore insuffisant tant sur le plan de sa précocité que de sa fréquence. En 2021, 30% de personnes diagnostiquées positives au VIH le sont tardivement (Sciensano, 2022²⁵). L’enjeu est donc de réduire ce pourcentage de personnes qui ignorent leur statut sérologique.

Les populations cibles n’identifient pas nécessairement les CPF comme des ressources pour leur santé sexuelle et les toucher demande d’importants efforts de communication, d’outreach ou de partenariat avec d’autres structures, actions que les centres ont peu la possibilité de développer, faute de moyens. Néanmoins, l’expérience a démontré tout l’intérêt de cette pratique de dépistage lorsqu’elle est organisée dans le cadre des permanences d’accueil habituelles. Le TROD s’est en effet révélé être un moyen d’accroche pour une prise en charge plus globale, y compris médicalisée, du dépistage du VIH et des autres IST, mais aussi pour d’autres aspects de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Mais organiser le TROD à l’accueil des CPF nécessite, outre la formation spécifique des travailleurs·euses psychosociaux, du temps de travail et un espace d’accueil convivial dédiés. En effet, plusieurs centres aimeraient idéalement pouvoir proposer du TROD sans rendez-vous à l’accueil de leur centre, à l’instar de ce qui est proposé pour les tests de grossesse et la contraception d’urgence. Cela implique néanmoins la

25 – DEBLONDE J., SERRIEN B., DE ROUCK M., MONTOURCY M., VAN BECKHOVEN D. *Epidémiologie du Sida et de l’infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2021.* Sciensano, 2022, p.17. www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2021

présence de plusieurs travailleurs·euses à l'accueil et que l'ensemble de ceux·celles-ci soient formé·es au TROD. Le dépistage démedicalisé du VIH exemplifie parfaitement l'intérêt du co-accueil (voir supra), mais faute de moyens financiers pour adapter les cadres en ce sens, la pratique peine à s'ancre et à prendre de l'ampleur.

Entre 2019 et 2021, 205 TROD ont été réalisés au sein de 7 centres de planning familial participant au projet Be.Tested, dont un s'est révélé réactif. Le dépistage était motivé par une exposition au risque dans 70,30 % des cas. 6,93% des personnes rencontrées ont mentionné une rupture de préservatif, 3,47% un rapport non protégé avec une travailleuse du sexe et 0,50% un rapport avec un·e partenaire récemment diagnostiqué·e séropositif·ve au VIH. Aucun·e bénéficiaire n'a mentionné d'échange de matériel d'injection. Indépendamment de leurs pratiques sexuelles, il est estimé qu'environ 40% des personnes dépistées ne l'avaient jamais été auparavant.

En consultation médicale

La consultation médicale est sans conteste le service offert par les centres de planning familial de notre fédération qui connaît la plus grande fréquentation. Les deux motifs principaux pour la consultation médicale restent la **contraception** d'une part, et le dépistage et suivi des **IST** d'autre part. Les questions en lien avec la **grossesse** (test, diagnostic, suivi, questions, grossesse non désirée, information IVG, etc.) et les **infections** gynécologiques sont également des motifs très réguliers de consultation. Viennent ensuite les questions liées au dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, à la contraception d'urgence, à l'infertilité, à la vaccination HPV et contre les hépatites, au cycle menstruel (aménorrhée, dysménorrhée, etc.), à la ménopause (diagnostic et suivi), aux mutilations génitales.

Il nous semble intéressant de s'arrêter ici sur trois évolutions majeures qui se sont opérées ces cinq dernières années dans le cadre de l'activité médicale en CPF :

- le rapport à la contraception,
- l'accès au soin des personnes LGBTQI+ et
- la pratique de l'IVG médicamenteuse à domicile.

Le rapport à la contraception

Dans les centres de planning familial, les demandes en matière de contraception évoluent. Clairement, la question de la **charge contraceptive** s'immisce dans les discussions des couples. Ensemble ou séparément, les femmes se rendent dans un CPF pour envisager une autre contraception, **non hormonale** le plus souvent, tandis que les hommes (une minorité et un certain type de profil déjà bien informé et plutôt jeune) viennent se renseigner sur les moyens à leur disposition, le plus souvent avec un intérêt pour la **contraception thermique** (slip chauffant). Le corollaire : une plus grande visibilité de la **diversité des méthodes** contraceptives, challengeant ainsi le légendaire combo pilule-capote.

Ces évolutions dans les demandes formulées impliquent une adaptation de la part des professionnel·les de CPF, tant les médecins pour ce qui concerne les avancées médicales en matière de contraception que les professionnel·les psychosociaux qui ressentent le besoin de mieux jongler entre les différents types de contraception afin d'être complets et égaux dans la transmission de l'information.

Selon la dernière Enquête de Santé de Sciensano portant sur la santé sexuelle, la part de la pilule dans la distribution des types de contraception utilisés par les femmes sexuellement actives a baissé entre 2001 (63,2%) et 2018 (48,1%), bien qu'elle reste la méthode contraceptive la plus populaire, surtout chez les jeunes. En effet, le recours à la pilule diminue avec l'âge, au profit d'autres méthodes (DIU et stérilisation principalement). À l'inverse, la part du DIU (l'enquête ne précise pas s'il s'agit du DIU au cuivre ou hormonal ou les deux) a augmenté de 10,1% en 2001 à 25,8% en 2018 et son emploi est d'autant plus répandu dans les classes d'âge supérieures²⁶. Ces résultats corroborent les observations de terrain des professionnel·les de CPF.

Encore modestes, les demandes d'information concernant la contraception masculine (autres que le préservatif) sont toutefois de plus en plus fréquentes dans les centres de planning familial. Les centres rapportent que ces demandes sont le plus souvent formulées dans le contexte d'une vie de couple au sein duquel il y a une volonté de mieux répartir la charge contraceptive. Les couples et hommes concernés sont plutôt jeunes et déjà bien sensibilisés et informés à ce sujet. La demande porte généralement sur la contraception thermique (méthode non homologuée), et assez peu sur la vasectomie. Outre que les populations latines – contrairement aux populations anglo-saxonnes – sont moins familières avec le recours à la vasectomie comme méthode contraceptive, les professionnel·les des CPF font également l'hypothèse que les demandes de vasectomie sont directement orientées vers l'hôpital. Bien qu'il n'y ait pas d'obstacle technique majeur, la pratique de la vasectomie requiert une qualification en chirurgie, ce qui est rarement le cas dans les équipes médicales en centre extrahospitalier.

Bien que non homologuée, la plupart des centres estiment devoir être en mesure de répondre aux demandes d'informations concernant la contraception thermique, afin que le recours à cette méthode se fasse dans un cadre le plus professionnel possible. À cet égard, quelques centres ont mis en place des plages de consultations médicales spécifiquement dédiées à la contraception masculine. Toutefois, ce suivi demandant davantage de temps que pour la contraception féminine, il s'agit de trouver le juste équilibre entre répondre à une nouvelle forme de demande, à partir de ressources équivalentes, sans affaiblir le reste de l'offre médicale pour laquelle la demande en centre de planning familial est très importante.

L'accès aux soins des personnes LGBTQI+

En dehors des prises en charge plus traditionnelles et historiques que sont la contraception et le dépistage des IST, certains centres ont, ces dernières années, commencé à mettre en place des plages de consultations médicales spécifiques à l'attention des publics **trans*** et **inter***. Les enjeux liés à l'accès aux droits et à la santé sexuels et reproductifs des personnes LGBTQI+ prennent une place croissante ces dernières années, dans un contexte politique globalement favorable en Belgique, mais dans un contexte social d'inégalités et de discriminations, voire de violences, qui persistent. En effet, dans l'accès aux droits sexuels et reproductifs, les difficultés ne sont pas dues uniquement à une faible capacité matérielle, mais conjuguent de multiples aspects discriminatoires liés notamment à l'identité de genre.

Plusieurs études en sciences sociales et en santé publique ont visibilisé les raisons pour lesquelles, comme d'autres membres de la communauté LGBTQI+, les personnes **trans*** et **inter*** ont un moindre accès aux services de soins de santé. Le rapport de la Commission Européenne « Health 4 LGBTI » (2017), qui synthétise de nombreuses recherches européennes, fait état des causes structurelles des inégalités sociales de santé des personnes LGBTQI+ dans l'Union Européenne tant concernant leur état de santé que les freins à l'accès aux soins. Il pointe un état de santé général moins bon que dans la population hétérosexuelle : anxiété et dépressions, comportements à risque, manque de suivi médical qui explique une prévalence de certaines affections (cancer colorectal chez les HSH, cancer du col de l'utérus chez les FSF...), avec des spécificités selon les orientations sexuelles et identités de genre. Ces inégalités de santé sont notamment liées à des conditions de vie moins favorables, la discrimination et l'isolement menant souvent à plus de précarité sociale.

Bien qu'ils et elles manifestent généralement le souci de bien accueillir ce public, des difficultés liées à une attitude hétéronormative (présumer que son interlocuteur.trice est hétérosexuel.le) et cisnormative (présumer que cette personne n'est pas trans ni intersexe) peuvent être rencontrées par les professionnel·les de CPF. Ceci s'explique par un manque d'information, de formation, et la persistance de stéréotypes qui conduisent à un inconfort à aborder les pratiques et orientations sexuelles, un manque de vocabulaire adéquat, une méconnaissance des besoins et réalités de vie des patient·es, particulièrement concernant les personnes trans et intersexes. C'est pourquoi depuis 2018, la FLCPF accompagne les CPF dans l'adaptation de leurs pratiques via le projet « Plan LGBTQI+ » qui propose notamment des modules de formation et plusieurs conférences, colloques et webinaires. Depuis, plusieurs centres ont développé des plages d'accueil médical et/ou psychosocial spécifiques, et nous constatons dans les données quantitatives issues

de Jade, le « logiciel métier » utilisé par la majorité des centres de planning familial francophones, que davantage de personnes sont répertoriées dans la catégorie de genre « Autres » - même si la dénomination des catégories de genre mériterait d'évoluer pour mieux reconnaître et nommer les différentes identités - ce qui peut témoigner d'une plus grande vigilance à cette question lors de l'accueil d'une personne.

Les professionnel·les des centres de planning familial prennent de plus en plus conscience de l'importance d'un accueil inclusif pour les personnes LGBTQI+ et de l'intérêt de se former davantage sur les spécificités de ces publics en termes de prise en charge psychologique, médicale, sociale, juridique et administrative. Ils et elles sont également de plus en plus amenés à questionner l'inclusivité de leur posture et de leur langage en animation.

L'IVG médicamenteuse à domicile

La crise sanitaire de la Covid-19, et les différents confinements qu'elle a induits, a obligé d'élargir les pratiques en matière d'IVG, afin d'en garantir en tout temps l'accès pendant ces périodes. Ainsi, de nombreuses femmes se sont vues proposer de réaliser leur IVG médicamenteuse à domicile, accompagnées à distance par les accueillant·es et les médecins des centres.

Déjà avant 2020, quelques rares centres avaient entamé une réflexion quant à offrir cette possibilité – déjà pratiquée en France notamment – à leurs patientes, mais la crise sanitaire et les confinements ont précipité l'adaptation de cette pratique, même chez les centres les plus frileux. Lorsqu'une IVG médicamenteuse est réalisée à domicile, plusieurs mesures sont prises pour s'assurer que cela se passe dans de bonnes conditions. Lors de la consultation « pré-IVG », les accueillant·es évaluent l'intérêt de proposer à la patiente cette possibilité – proposition qu'elle peut évidemment refuser – et s'assurent des conditions dans lesquelles celle-ci se déroulerait (intimité, confidentialité, absence d'enfants, de violence conjugale, de troubles importants de la personnalité, mobilité). Un protocole de suivi médical spécifique a ainsi été élaboré et pourra servir à la poursuite de la réflexion sur l'élargissement de cette pratique.

En recourant autant que possible à l'IVG médicamenteuse à domicile pendant les périodes de confinement, l'utilisation de cette méthode a mathématiquement augmenté, ce qui explique en partie l'évolution montrée dans les chiffres des dernières années²⁷.

27 – Derniers rapports à l'attention du Parlement de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse. Op cit.

Focus sur...

→ LA PÉNURIE DE MÉDECINS EN CENTRE DE PLANNING FAMILIAL

L'activité médicale des centres de planning familial s'organise depuis plusieurs années dans le contexte généralisé de pénurie de médecins généralistes du côté francophone du pays. Mais plus spécifiquement, le secteur souffre du désintérêt de la profession pour la médecine sociale d'une part, et encore plus précisément du trop faible nombre de médecins formés à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse. La difficulté de recruter des médecins s'est encore accentuée ces dernières années. S'il y a une dizaine d'années, les centres les plus impactés étaient relativement isolés sur le plan géographique (zones rurales), ces dernières années, des centres bruxellois se sont trouvés dans l'incapacité de proposer à leur patientèle des plages de consultations IVG pendant plusieurs mois.

Outre le manque de médecins formés, la difficulté de recrutement a plusieurs autres explications, dont la trop faible sensibilisation des futurs médecins à la pratique de la médecine sociale. En novembre 2022, l'Agence d'évaluation de l'enseignement supérieur (Aeques) recommandait dans son rapport d'évaluation des études de médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles de mieux mettre en valeur dans les contenus de formation **la médecine générale, la médecine sociale et la médecine en santé publique** afin de couvrir les besoins de la société. Elle pointe que les cursus de formation en master accordent une très grande attention aux spécialisations, au détriment des autres types de médecine²⁸ : « *En master, une grande attention est accordée à toutes les spécialités/hyperspécialités dans les cours théoriques. C'est une évolution [...] qui conduit [à ce] que trop d'étudiants s'orientent vers une spécialisation et qu'un nombre insuffisant d'étudiants se dirigent vers la médecine générale ou médecine sociale, ces dernières étant moins visibles dans le programme du fait du faible nombre d'heures qui leur sont consacrées* »²⁹.

Également, le financement de l'activité médicale en CPF est mal calibré et empêche les centres de proposer aux candidats médecins un niveau de rémunération décent et attractif. En effet, la rémunération des médecins via le remboursement des consultations et des actes techniques par l'INAMI s'appuie sur le postulat que la très large majorité de la patientèle bénéficie d'une couverture mutuelle, participant ainsi à la rémunération des médecins.

28 — DBAUS M. La charge de travail des étudiants en médecine est excessive in *La Libre Belgique*, 23 novembre 2022. www.lalibre.be/belgique/enseignement/2022/11/23/la-charge-de-travail-des-etudiants-en-medicine-est-excessive-ZXYVEHGF3BE37PV7SXQGGR6144/

29 — Évaluation du cursus Médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles : analyse transversale. Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQUES), novembre 2022, p.39. www.aeqes.be/documents/AEQES-AT-MEDECINE-VERSION%20WEB.pdf

Or, si nous prenons l'exemple de Bruxelles - et on peut supposer une situation semblable, notamment dans le Hainaut qui présente également un indice élevé de précarité socio-économique³⁰ - environ **37%** des bénéficiaires des CPF bruxellois COCOF ne sont pas affiliés à la mutuelle ou n'y sont pas en ordre d'affiliation ou, pour une minorité de cas, bénéficie d'une assurance privée ou d'une mutuelle étrangère. Il est important de comparer ce chiffre à celui de l'ensemble de la population bruxelloise, dont la proportion de « personnes qui ne sont pas en ordre d'assurance maladie obligatoire et les travailleurs internationaux disposant d'une assurance maladie privée ou bénéficiant du système d'assurance maladie du pays dont ils sont ressortissants » est de **6,5%** en 2019 (2,4% pour l'ensemble de la population belge)³¹. Dès lors, une partie conséquente de la rémunération des médecins en CPF est financée sur fonds propres, dont les rentrées dépendent précisément du taux de participation financière des bénéficiaires aux consultations.

Dans son avis du 30 juin 2022, rédigé à la demande du cabinet de la Ministre Glatigny, l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) réfutait la nécessité de modifier le programme des cours en médecine afin de valoriser la médecine sociale et la pratique de l'IVG, ce qui est en partie contradictoire avec le récent rapport de l'Aeques. La conclusion de l'ARES ne correspond donc ni aux expériences et aux constats posés par de nombreux médecins, ni aux conclusions de plusieurs travaux universitaires³², ni aux recommandations du Comité interuniversitaire multidisciplinaire indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la législation sur l'IVG. Les fédérations de centres de planning familial poursuivront leur travail d'investigation pour renforcer davantage leur démonstration du trop faible nombre de jeunes médecins formés à la médecine sociale et à l'IVG³³.

C'est dans ce contexte que se justifie d'autant plus de poursuivre la délivrance de la contraception d'urgence à l'accueil des CPF. Compte tenu de la difficulté de recruter des médecins, et donc d'organiser des plages de consultation médicale à large horaire, c'est un moyen d'en garantir le plus large accès possible.

30 — Risque de pauvreté et d'exclusion sociale (2023). Op cit.

31 — Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019, p.10. www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

32 — A titre d'exemple, voir le travail de fin d'étude réalisé par DARCHAMBEAU L. (2021). *L'interruption volontaire de grossesse dans la formation des futurs médecins : sujet confortable et maîtrisé ? Résultats d'une enquête réalisée en 2021 auprès d'assistantes en médecine générale des trois universités francophones de Belgique.* [Mémoire de master de spécialisation en médecine générale, UCLouvain].

33 — Les membres de ce comité d'experts académiques ont été désignés par les recteurs et rectrices des sept universités belges qui organisent un cursus médical complet.

Outre les leviers d'une meilleure formation, sensibilisation et rémunération des médecins, **celui de l'élargissement des actes techniques (para)médicaux pouvant être assumés de manière autonome par les sages-femmes** dans le cadre de la consultation médicale, est essentiel. Cela permettrait aux centres de planning familial d'offrir à leur patientèle une activité médicale spécifique en santé sexuelle et reproductive de base (ex. prescription de la contraception en-dehors du post-partum, IVG médicamenteuse, etc.) tout en réduisant la pression sur le recrutement des médecins souvent difficiles à trouver. Aujourd'hui, quelques centres comptent une sage-femme dans leur équipe principalement pour des suivis de grossesse et la préparation globale à la naissance, mais cela ne constitue pas une alternative suffisante.

En consultation psychologique et de conseil conjugal et familial

Sans surprise, le constat de l'augmentation des besoins en santé mentale exprimés par la population reste d'actualité, et d'autant plus après les deux années de crises sanitaires et de confinement. Cela fait pourtant de nombreuses années que le secteur social-santé ambulatoire tire la sonnette d'alarme. Tous les centres de planning familial notent un afflux constant de demandes et expliquent devoir réorienter une partie de celles-ci, étant dans l'incapacité d'absorber des prises en charge supplémentaires. Mais cette réorientation est souvent une voie sans issue car le reste du réseau est tout aussi saturé, et la précarisation croissante du public rend inenvisageable un renvoi vers la profession libérale pour beaucoup de bénéficiaires.

La situation bruxelloise vient corroborer ce constat. Le nombre de consultations psychologiques pour l'ensemble des CPF bruxellois agréés par la COCOF a fortement augmenté de 23% entre 2017 et 2021. En moyenne, chaque bénéficiaire a dans ce cadre 7,27 contacts avec le centre. Sans surprise non plus, ce nombre moyen de consultations psychologiques par bénéficiaire a augmenté de 7,08 en 2017 à 8,36 en 2021. À noter que ce nombre moyen de contacts avait légèrement diminué en 2018 (6,54) et 2019 (6,82), pour ensuite repartir à la hausse en 2020 (7,55) et 2021 (8,36). Ces tendances sont similaires pour les consultations de conseil conjugal et familial dont le nombre a augmenté de 21% en cinq ans, avec un nombre moyen de consultations par bénéficiaire de 6,83. Ce chiffre avait également entamé une baisse entre 2017 (7,20) et 2020 (6,38) avant de repartir à la hausse en 2021 (7,36). Facultative, cette activité est organisée par près de deux tiers des centres.

Focus sur...

→ LA RÉFORME FÉDÉRALE DES SOINS PSYCHOLOGIQUES DE PREMIÈRE LIGNE

Une des réponses politiques à cette augmentation des besoins en santé mentale a été la réforme fédérale des soins de santé psychologiques de première ligne, négociée en 2020 par le fédéral et les entités fédérées, et mise en œuvre par les réseaux de soins de santé mentale à partir de septembre 2021.

Dotée d'un budget fédéral de 152 millions d'euros, elle entend favoriser l'accès financier aux soins psychologiques pour toute une partie de la population, adultes et enfants/adolescents. Si certaines de ses modalités constituent des avancées attendues par les différents secteurs de la santé mentale pour accroître et diversifier l'accès, elle reste dans son ensemble difficilement applicable pour des secteurs de première ligne ambulatoire comme celui des centres de planning familial : différence de statut des professionnels ; différence de traitement des patients en termes d'accès financier ; remboursement à l'acte qui s'articule difficilement avec la prévisibilité budgétaire ; modèle qui correspond peu aux pratiques communautaires ; modèle qui ne concerne que la population en ordre de mutuelle, ce qui n'est pas le cas de plus d'1/3 du public qui fréquente nos services ; inadéquation entre les obligations de partage d'informations en-dehors du service et le gage de confidentialité des centres de planning familial, etc.

Aussi, beaucoup de psychologues conventionnés dans le cadre de cette réforme reçoivent en privé, mais les situations accueillies en CPF sont tellement complexes et multidisciplinaires qu'elles impliquent d'être prises en charge par plusieurs types de professionnels. Ainsi, cette réforme s'appuie sur le postulat erroné qu'une offre égale à une autre.

Les attentes étaient fortes car les services entrevoyaient enfin la possibilité d'accroître un peu leur offre en soins de santé mentale, de décharger les listes d'attente, et de diminuer la pression sur les épaules des équipes psycho-sociales épuisées après deux années de crise. Force est de constater que la déception est grande, le réseau ambulatoire toujours aussi saturé et de nombreuses personnes encore laissées sur le carreau.

Les motifs principaux pour lesquels les bruxellois·es s'adressent aux centres de planning familial pour une prise en charge psychologique sont des sentiments de dépression, d'anxiété, de troubles de l'humeur, de panique (parfois liés au contexte sanitaire/de confinement), de solitude ; mais également des stress post-traumatiques, des phobies, des addictions. Ceux-ci peuvent intervenir dans des contextes de violences (intrafamiliales, conjugales, sexuelles, harcèlement dans le milieu scolaire, professionnel, etc.), de deuil (décès ou rupture d'une relation), à certains moments de transition ou étapes de la vie (adolescents, jeunes adultes).

Les bénéficiaires consultent également pour des difficultés de couples et/ou familiales, des questions de parentalité, de burn-out parental, de mal-être lié à la sphère affective et sexuelle. Certaines femmes consultent aussi autour des sujets de la grossesse désirée ou non, de la dépression post-partum, etc.

Enfin, les plus jeunes sont souvent pris en charge dans le cadre de problèmes d'intégration scolaire (harcèlement, décrochage, phobie), de burn-out étudiant, liés au passage à la vie adolescente ou adulte et qui peuvent soulever de nombreuses questions de l'ordre de la vie affective, relationnelle et sexuelle, de son rapport à soi, aux autres, etc.

Plus spécifiquement ces dernières années, et certainement à la suite de la crise sanitaire et des confinements, les centres remarquent justement **une part toujours plus importante** de jeunes qui s'adressent à eux avec des situations plus complexes à prendre en charge. Ce constat de la dégradation de l'état de santé mentale des jeunes est aussi posé par d'autres professionnel·les amené·es à les côtoyer, tels que les équipes des centres PMS³⁴.

34 — Déclaration d'état d'urgence psycho-médico-sociale. Lettre ouverte de plusieurs directions de Centres psycho-médico-sociaux in Le Soir, 8 octobre 2020.

En consultation sociale

Outre l'accueil, la consultation et l'accompagnement social, au carrefour de toutes les disciplines en centre de planning familial, est le lieu central où prendre conscience de la précarisation croissante de la population. Cette précarité se généralise à toutes les dimensions de la vie quotidienne. Les usager·ères 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.

Si, comme depuis des années, une partie de cette population précarisée est composée de personnes sans papiers, sans revenus, sans emploi, surendettées, aujourd'hui, la précarité remonte de plus en plus la pyramide socio-économique de la population. Des personnes disposant d'un revenu ne sont plus en capacité de payer le prix complet d'une consultation, ou espacent celles-ci par souci d'économie. Les travailleur·euses sociaux constatent des difficultés à entreprendre des démarches basiques chez des personnes *a priori* armées pour les réaliser de manière autonome et sans aide particulière. Face à des législations explicitement ou implicitement anti-sociales et de plus en plus complexes (changement constant d'interlocuteur, renvoi permanent d'un service vers un autre, délais de traitement extrêmement longs dans des situations d'urgence, désinformation et mésinformation), le seuil d'accès aux droits sociaux s'élève de plus en plus.

Il est aussi utile de rappeler que le travail social ne se résume pas au temps de consultation pris avec l'usager·ère, mais requiert de consacrer de plus en plus de temps en amont et en aval de la consultation pour la recherche d'information, la rédaction de courriers, l'échange d'information par téléphone/e-mail avec le·la bénéficiaire ou d'autres interlocuteurs, le temps de travail avec les collègues d'autres disciplines en interne, mais aussi dans d'autres structures. Plus exceptionnellement, le·la professionnel·le est amené·e à accompagner le·la bénéficiaire lors de ses démarches extra-muros. Tout ce travail est peu valorisé dans les encodages et les rapports ; il se peut aussi qu'il soit réalisé au détriment de plages horaires de consultation ou d'accueil, et donc à la défaveur du temps consacré à la rencontre avec les bénéficiaires, ce qui se traduit quantitativement par une baisse du nombre de consultations réalisées, interprétée le plus souvent

comme une diminution du travail produit alors même que celui-ci croît, mais devient invisible dans le rapportage.

Les différents motifs de consultation sociale relèvent globalement du droit social, du droit familial, du droit des étrangers, du droit du bail et du droit à la santé. Cela couvre des situations de vie liées :

→ À des difficultés économiques : perte d'emploi, chômage, surendettement, demande d'informations quant aux aides financières existantes (allocations, bourses, revenu d'intégration sociale, revenus de remplacement). Ce type de demande est croissante d'année en année et implique parfois une réorientation vers un service de médiation de dettes ;

→ À des difficultés de logement (insalubrité, démarches d'inscription pour le logement social et les agences immobilières sociales, arriérés, etc.) et pour lesquelles la demande d'aide découle souvent de situations de violences intrafamiliales (qui induit aussi parfois un accompagnement d'urgence pour une mise à l'abri) ;

→ À des difficultés ou du décrochage administratif : aide à la mise en ordre administrative, recherche de documents en ligne, constitutions de dossier pour la mutuelle, la sécurité sociale, la pension, l'aide juridique de première ligne (avocat Pro Deo), etc. ;

→ À la vie de famille/conjugale : démarches à effectuer pour obtenir les allocations familiales, pour une séparation, un divorce, le suivi social de la grossesse et autour de la naissance, mariage, cohabitation, inscription dans les crèches et les écoles, regroupement familial, etc.

Focus sur...

→ GUICHET ET FRACTURE NUMÉRIQUES : IMPACTS SUR LES PRATIQUES DES ÉQUIPES D'INTERVENTION SOCIALE

En matière de travail social, l'évolution notable de ces cinq dernières années est l'impact de la crise sanitaire et des confinements sur l'accélération de la numérisation de l'accès aux services socio-administratifs (services publics, banques, fournisseurs d'énergie, d'eau, services communaux, mutuelles, syndicats, CPAS, etc.). Si la vie digitale a permis de maintenir les contacts et l'accessibilité pendant les périodes de confinement, force est de constater qu'une série de services ont oublié de se déconfiner. En ne permettant (presque) plus d'accès physique, y compris pour les démarches d'accès aux droits les plus fondamentaux, ces services renforcent la fracture numérique et la désaffiliation administrative et sociale d'une partie de la population alors que certaines personnes ne disposent ni d'ordinateur, ni de connexion internet, ni de lecteur de carte d'identité, ni de suffisamment de crédit téléphonique que pour se permettre de patienter de longues minutes en ligne. La numérisation des guichets a disqualifié une partie des bénéficiaires qui assumaient de manière autonome une série de démarches auxquelles ils n'ont plus accès aujourd'hui, ou de manière limitée.

Déjà en 2021, les principaux constats du premier baromètre de l'inclusion numérique de la Fondation Roi Baudouin³⁵ étaient sans équivoque : *« Près d'un ménage sur trois avec des faibles revenus ne dispose pas de connexion internet. 40% de la population belge ont de faibles compétences numériques. Un chiffre qui monte à 75% chez les personnes avec des faibles revenus et un niveau de diplôme peu élevé. Elles sont respectivement 55% et 67% à ne pas effectuer de démarches administratives en ligne. »* L'édition 2022³⁶ vient encore de confirmer la numérisation accrue de notre société sans que cela ne se traduise par une augmentation des compétences numériques de la population. De nombreuses personnes, en particulier les plus vulnérables, continuent à rencontrer des difficultés face à la digitalisation des services.

Les services publics et privés n'assurant plus une partie du travail d'accompagnement de leurs administré·es/client·es, celles et ceux-ci se tournent vers les travailleu·euses des services de première ligne d'aide et de soin pour les aider dans leurs démarches, voire les faire

35 — Baromètre Inclusion Numérique. Fondation Roi Baudouin, 2021. www.kbs-frb.be/fr/quatre-belges-sur-dix-risque-d'exclusion-numerique

36 — Baromètre Inclusion Numérique. Fondation Roi Baudouin, 2022. www.kbs-frb.be/fr/barometre-inclusion-numerique-2022

réaliser par eux pour leur compte. Cela induit dès lors une surcharge de travail social significative pour les travailleur·euses de CPF qui sont de plus en plus souvent amené·es à réaliser un travail qui sort du cadre, faute de quoi une frange de la population ne ferait pas valoir ses droits. Ceci est d'autant plus lourd que cette désinsertion des services socio-administratifs s'accompagne en plus d'un sentiment de contrôle de la part de ces services publics : les travailleur·euses sociaux passent de plus en plus de temps à justifier les raisons pour lesquelles les usager·ères ont droit à une série d'aides.

Ce temps de travail supplémentaire dans l'accompagnement des bénéficiaires ne peut être consacré aux consultations ou à l'accueil, dont les plages horaires ont dû être réduites dans certains centres pour pouvoir répondre à l'augmentation de la demande sociale. Cela a aussi comme autres conséquences que, faute de temps, de nouveaux bénéficiaires ne peuvent plus être accueillis, tout comme une diminution du temps consacré au travail de réseau, alors même que celui-ci est encouragé.

En consultation juridique et de médiation familiale

La consultation juridique en centre de planning familial est une aide juridique de première ligne qui traite principalement de situations relevant du droit familial. Le travail d'accompagnement est, dans la grande majorité des cas, ponctuel et consiste pour l'essentiel en une première écoute, une analyse de la situation, de l'information et de l'orientation vers un·e avocat·e, un·e médiateur·rice familial·e, un autre service juridique spécialisé, le Bureau d'Aide Juridique (BAJ) ou d'autres services.

Tout comme pour le travail social, le travail d'accompagnement juridique demande également beaucoup de travail « invisible » en dehors des heures de consultation avec le·la bénéficiaire (recherche, rédaction de courriers, prises de contacts divers).

Les motifs de la consultation relèvent sensiblement des mêmes champs que pour l'accompagnement social, mais évidemment sous leurs aspects juridiques. C'est bien pourquoi, au sein des CPF, assistant·es sociaux et juristes travaillent souvent de concert autour de mêmes dossiers :

→ Droit de la famille : divorce, séparation, autorité parentale, contributions alimentaires, hébergement des enfants, non-respect des décisions judiciaires, sort du logement familial, répartition des biens et des dettes, filiation, adoption, régimes matrimoniaux....

Dans les consultations juridiques également, de plus en plus de situations rencontrées font état de violences intrafamiliales qui s'énoncent au détour de la conversation ;

→ Droit des personnes ;

→ Droit des étrangers : accès au territoire, obtention d'un titre de séjour, regroupement familial et droit international privé (mariage mixte, divorce à l'étranger) ;

→ Droit du bail

→ Le surendettement et les demandes d'information à propos de la médiation de dettes, et du règlement collectif de dettes.

Focus sur...

→ UN ACCOMPAGNEMENT SOCIOJURIDIQUE CROISSANT DES SITUATIONS DE VIOLENCES INTRAFAMILIALES

Comme expliqué dans la section consacrée à l'activité d'accueil, les prises en charge de situations de violences intrafamiliales, explicitement ou implicitement déposées auprès des professionnel·les de CPF, sont de plus en plus nombreuses. Mais lorsque les victimes s'adressent à l'accueil, c'est moins pour demander un accompagnement psychologique qu'avant tout de l'aide sociale et un avis juridique. Les situations relèvent aussi de plus en plus de la gestion de crise et d'urgence, et de mise à l'abri, avec dès lors un important travail de réseau à mobiliser en peu de temps. Ce type de situation est également un bon exemple de la prise en charge à la fois plus complexe, mais plus généraliste et diversifiée citée plus haut (mais aussi de l'intérêt du co-accueil) car le corollaire de ces demandes d'aide face à des situations de violences est une demande d'aide au logement qui fait d'ailleurs souvent partie des trois premiers motifs de consultation sociale en CPF. L'articulation entre le travail juridique et d'aide sociale est particulièrement prégnante dans ce type de situation.

Sur le plan purement juridique, les consultations pour ces motifs vont principalement porter sur des prises de renseignements sur les conséquences d'un dépôt de plainte et/ou d'une séparation dans un contexte de violences, sur la protection de la victime, sur les droits parentaux, sur la garde des enfants, sur les droits vis-à-vis du logement familial, sur le statut administratif (cartes de séjour, regroupement familial, etc.), mais également sur les étapes d'une éventuelle procédure judiciaire civile ou pénale.

En Belgique, une femme sur trois a été victime de violence physique ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans³⁷. Chaque jour, neuf viols sont déclarés, mais on estime que 90% des victimes ne portent pas plainte. Dans 79% des cas, la victime connaît son agresseur. 53% des victimes sont mineures. Enfin, 22% des femmes qui ont eu une relation de couple avec un homme déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles³⁸. Ces chiffres sont démonstratifs de l'ampleur des violences conjugales et sexuelles basées sur le genre. Depuis 2016, les violences sexuelles et conjugales sont passées de thématique émergente à un enjeu sociétal incontournable. De l'ouverture des CPVS, aux mouvements de victimes et féministes (#MeToo, #ba-

37 – Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE. Les résultats en bref. FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2014, 42 p. www.fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_fr.pdf

38 – Chiffres nationaux. SOS viol. www.sosviol.be/les-violences-sexuelles/chiffres-generaux/chiffres-nationaux/

lancetonporc, #Metoolnceste, #balancetonfolklore, #Meetoogay, #balancetonbar, etc.) en passant par la crise sanitaire qui a mis en lumière la forte prévalence des violences domestiques, plusieurs éléments ont permis de soutenir la prise de conscience sociétale de ces violences. À la libération de la parole des victimes succède maintenant le besoin de savoir les écouter et les accompagner au mieux. En cela, les centres de planning, par leur accessibilité et les liens privilégiés et historiques qu'ils ont avec les femmes et les publics vulnérabilisés sont une porte d'entrée stratégique pour accompagner les victimes. Mais la demande en support des professionnel.les ne cesse d'augmenter. C'est pourquoi la FLCPF a lancé en 2018 le projet DPO - pour Détection Prise en charge et Orientation des victimes de violences sexuelles et/ou conjugales. Ses objectifs sont de renforcer les liens inter-réseaux entre les différents types de professionnel.les susceptibles d'accueillir des femmes victimes de violences (secteurs social-santé, médical, de la justice, de la police, des administrations, etc.), de proposer un langage commun et d'améliorer la détection, la prise en charge et l'orientation des victimes, notamment via l'élaboration d'un outil papier, de formations spécifiques et de colloques annuels.

Certains centres de planning familial proposent également une prise en charge juridique plus spécifique : la médiation familiale. Il s'agit d'un processus de gestion de conflits dans lequel les membres de la famille demandent ou acceptent l'intervention confidentielle et impartiale d'une tierce personne, le·la médiateur·rice familial·e. Son rôle est d'amener les consultants à trouver eux-mêmes les bases d'un accord durable et mutuellement acceptable en tenant compte des besoins de chacun des membres de la famille et particulièrement de ceux des enfants. La médiation permet souvent d'éviter le recours à une procédure judiciaire coûteuse et longue.

En activités d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

Les années 2020 et 2021 ont sans conteste été également compliquées pour la réalisation des projets d'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS), que ce soit dans le milieu scolaire ou d'autres milieux de vie.

Dans les écoles, le premier confinement strict, qui a entraîné la fermeture totale des écoles, n'a évidemment pas permis de s'y rendre pour réaliser les animations programmées. Selon les possibilités de chacun, quelques centres ont pu, avec l'intermédiaire du corps pédagogique, entrer en contact avec certaines classes de manière digitale. D'autres ont réalisé de petites animations numériques transmises par l'intermédiaire des plateformes utilisées par les écoles. À partir de la rentrée de septembre 2020, avec l'organisation de l'enseignement hybride, quelques projets ont pu être menés, néanmoins plus facilement dans l'enseignement primaire, moins concerné par ce nouveau type d'organisation. Lorsque la remise à l'agenda s'avérait difficile, quelques centres ont organisé certains projets ou prises en charge à l'extérieur, dans les cours de récréation, à la sortie de l'école, mais également dans des parcs pour des projets adultes par exemple.

Cette période de crise a été sans commune mesure terrible pour les jeunes. À un moment de leur vie lors duquel la vie sociale joue un rôle central dans la construction de leur identité, ils et elles en ont été privées. Leur santé mentale en a été fortement impactée, en témoigne la hausse des demandes de prise en charge en santé mentale formulées par ce public. Cela a aussi été largement confirmé par plusieurs études et experts. À leur échelle, les animateurs et animatrices EVRAS des CPF en ont aussi été témoins.

Aujourd'hui encore, et sans surprise, les effets s'en font ressentir dans les classes. Certains centres rencontrent plus de difficultés qu'avant à tenir le cadre en animation, à gérer les groupes. Les animateur·rices font l'hypothèse d'un effet des confinements successifs qui ont impacté négativement les compétences sociales des jeunes qui n'ont pas appris, ou suffisamment assimilé, les codes de la vie en groupe. La violence à l'égard de l'autre s'exprime également plus facilement. Les animations EVRAS sont aussi un lieu où s'identifient des situations de violences intrafamiliales. Ces deux problématiques s'alimentent évidemment : comment expliquer à un enfant violent – verbalement ou davantage – en classe avec ses camarades et/ou professeurs qu'il s'agit de comportements inappropriés alors qu'il en est témoin ou victime tous les jours à la maison ? Et il ne s'agit pas nécessairement d'une situation isolée dans quelques classes. Dans certaines, tous les enfants de la classe, ou presque, témoignent de violences intrafamiliales.

Au niveau du contenu des animations, les animateur·rices assistent aussi à une polarisation des propos, notamment sur le sujet des orientations sexuelles et des identités de genre (OSIG). Dans certaines écoles, il reste encore très difficile, voire impossible, d'aborder ces sujets restés très tabous, alors qu'à l'inverse la parole se libère dans la société. Ce qui laisse penser que la libération de la parole d'un côté renforce aussi des discours homophobes et transphobes d'un autre. À l'inverse, dans d'autres classes, il y a une très forte revendication par de nombreux jeunes d'une identité LGBTQI+. Mais de manière générale, les animateur·rices constatent un réel intérêt des adolescent·es pour ces questions OSIG, d'où le besoin des professionnel·les de se former encore plus précisément sur ces sujets.

Une autre préoccupation qui ressort des animations EVRAS scolaire est la croissante exposition à la violence sur les réseaux sociaux, que ce soit dans les relations sociales (cyberharcèlement, discours violents, etc.) ou dans le rapport à la sexualité (exposition à la pornographie « trash »), et ce de plus en plus jeunes, puisque ces sujets commencent à être partagés en classe par des pré-adolescent·es de 5^{ème} ou 6^{ème} primaire. Dans ces cas, les animateur·rices veillent à axer les animations sur l'information et la sensibilisation aux réalités de la sexualité, et surtout aux questions et rapports de genre et de consentement que cela induit.

Enfin, les centres font le constat sur le terrain de l'impact de ces animations EVRAS sur les jeunes. En effet, plusieurs observent depuis longtemps une augmentation des demandes des jeunes concernés dans les jours ou semaines qui suivent une action de prévention, que ce soit une animation en milieu scolaire ou un autre type d'action dans un autre milieu de vie. Si cet effet est évidemment tout à fait souhaitable sur le plan de la prévention, il faut aussi souligner que cela crée un appel d'air à l'accueil des centres de planning qui, vu leur niveau de saturation, ne peuvent que rarement répondre tout de suite à la demande de prise en charge individuelle du·de la jeune. Ainsi, en favorisant la généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire, on crée une demande à laquelle on ne peut en réalité pas toujours répondre. C'est évidemment problématique, et cela rappelle la nécessité d'investir urgemment dans l'extension du cadre des services de première ligne.

L'invisible : contexte et pratiques



Cette dernière section aborde plusieurs enjeux relatifs au contexte de travail dans lequel s'opèrent les pratiques professionnelles et s'inscrivent les problématiques sociales, et qui les impactent directement. Si certains d'entre eux vivent aujourd'hui, dans une certaine mesure, dans le débat politique, ils n'en restent pas moins encore trop peu valorisés car leur impact sur la population n'est pas considéré comme suffisamment direct, et donc comme ne faisant pas partie des missions des services. Pourtant, ces contextes de travail sont inhérents au bon fonctionnement de ces structures, et donc à la qualité des services à la population.

Pour d'autres enjeux, comme la digitalisation de la gestion des soins de santé, il ne s'agit pas tant de le visibiliser pour mieux le valoriser. Au contraire, il s'agit d'alerter sur l'effet délétère d'une telle réforme sur les droits des patients, la garantie de la confidentialité et du secret médical.

Les fonctions de coordination et de gestion administrative du centre

A Bruxelles tout comme en Wallonie, les fonctions de coordination et de gestion administrative seront bientôt toutes deux reconnues comme conditions d'agrément.³⁹ Et à juste titre car elles sont indispensables au fonctionnement des services. Leur importance et leurs responsabilités se sont accentuées ces dernières années : complexification administrative, technicité grandissante du cadre législatif, accroissement des missions et des tâches dévolues aux services, multiplication des démarches administratives et autres rapports. Au regard de cela, l'inadéquation des moyens et de la reconnaissance accordée jusqu'ici par les pouvoirs publics reste d'autant plus injustifiable.

Si le caractère indispensable de ces fonctions n'est plus sujet à discussion, cela ne s'est néanmoins jamais traduit jusqu'ici par un financement *ad hoc* spécifique à la hauteur de la charge de travail. Aujourd'hui, la personne chargée de la coordination générale est désignée le plus souvent parmi les travailleurs·euses de l'association, donc parmi l'équipe psycho-médico-sociale du centre. La personne appelée à assumer cette fonction ne dispose dès lors que rarement de la formation adéquate, mais doit en plus l'assumer sur son temps de travail à l'origine dédié aux missions psycho-médico-sociales du service.

39 — En 2023, les cadres légaux et réglementaires, tant des CPF wallons que bruxellois, étaient en cours de révision par le législateur. Sous réserve du vote des textes au Parlement, la fonction de coordination sera explicitement reconnue comme faisant partie de l'équipe dans les deux législations. La fonction administrative était déjà reconnue dans le cadre légal et réglementaire bruxellois. Elle sera dorénavant aussi reconnue dans les textes wallons mais restera facultative.

La ou les personne(s) responsable(s) de la coordination assure(nt) notamment la gestion et l'organisation du service, anime(nt) l'équipe et reste(nt) attentive(s) à son bon fonctionnement, assume(nt) des décisions, veille(nt) au respect des différents cadres administratifs et légaux en vigueur. Elle(s) assume(nt) également la représentation du service auprès de leur fédération respective, du politique et de l'administration ; elle(s) participe(nt) activement à la constitution de réseaux de partenaires du champ social-santé de son quartier et de la région. Là encore, les évolutions sur le terrain et au niveau des orientations politiques soulignent l'importance croissante de ces missions au détriment des missions de base pour lesquelles le service est agréé et pour lesquelles le-la travailleur·euse est engagé·e à l'origine.

Comme pour la fonction de coordination, les tâches relevant de la gestion administrative sont de plus en plus importantes : il s'agit de répondre aux exigences des pouvoirs subsidiaires, de soutien à la gestion administrative, financière et logistique du service, d'appui à la gestion des ressources humaines... La numérisation des services s'accompagne également d'une multiplication des protocoles et des conditions à maîtriser et respecter. Il s'agit bien souvent d'un poste qui s'accompagne de certaines responsabilités, qui nécessite des compétences spécifiques et indispensables en constante évolution. L'absence ou l'insuffisance de personnel à cette fonction menace le fonctionnement et la durabilité du service, accroît la charge de travail de la coordination générale et pèse sur l'ensemble de l'équipe. La fonction administrative se meut de plus en plus en une fonction d'assistance à la coordination. Il est donc indispensable de la reconnaître à sa juste valeur.

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.

Financer l'engagement de professionnel·les disposant des compétences pour le travail de coordination et de gestion administrative permettrait aux centres de réattribuer les forces de travail actuellement sollicitées pour ces tâches aux missions premières des centres de planning familial.

La situation financière des centres

À plusieurs reprises dans ce rapport, il a été fait état de la précarisation croissante des bénéficiaires qui fréquentent les centres de planning familial, mais plus largement l'ensemble des services de première ligne d'aide et de soins. Et ceci a un effet direct sur la situation financière des CPF puisque la participation financière des bénéficiaires est l'une des sources principales de rentrées financières propres. Il faut rappeler qu'une partie des services à la population assurée par les CPF est de base gratuite : l'accueil, la prévention EVRAS, la consultation sociale, et dans certains centres la consultation juridique. Parmi les activités obligatoires, seules les consultations médicales et psychologiques sont donc susceptibles de générer des rentrées financières. Une diminution de la participation financière des bénéficiaires impacte donc mathématiquement à la baisse les rentrées propres des centres, alors qu'elles sont supposées financer la part des frais de fonctionnement et des frais de personnels non couverte par le subside public.

S'il était utile de le rappeler, ces mêmes frais de fonctionnement et de personnel connaissent ces dernières années une augmentation importante (indexation, inflation, ancienneté) que la seule indexation du subside lié à l'agrément ne peut couvrir (indexation qui intervient par ailleurs de manière décalée dans le temps, ce qui implique la capacité d'avance sur trésorerie).

Le plus inquiétant est que cette évolution encore conjoncturelle s'inscrit dans un contexte structurel de financement et de « contractualisation » avec le secteur associatif guidé par un paradigme néo-libéral qui précarise le travail social et en hypothèque la mission sociétale historique. Les autorités publiques recourent à des modalités de financement de plus en plus contraignantes, répondant à une vision de court terme, conditionnées à « un retour sur investissement » rapide qui ne se mesure qu'à coût de formules Excel. Une rationalisation des moyens inversement proportionnelle à la charge administrative qui en entoure la gestion, oblige à désinvestir la mission sociale du service, impactant ainsi négativement le « chiffre » qui permet précisément d'en justifier le financement.

« Des subsides structurels, qui sont donnés à une association pour l'aider à réaliser son but social, compris comme une dimension de l'intérêt commun, les pouvoirs publics privilégient de plus en plus les appels à projets, c'est-à-dire des subsides ponctuels, liés à la réalisation d'un projet spécifique. Cela engendre une forme d'insécurité et de précarité pour les associations qui sont contraintes de participer sans arrêt à des appels, et dont la survie dé-

pend de l'état des enveloppes budgétaires et du nombre de demandes. [...] La subside elle-même change de forme. Les multiples crises, notamment budgétaires, et le thème de l'endettement y sont sans aucun doute pour beaucoup. On fait remarquer au monde associatif qu'on ne peut tout simplement pas financer tout le monde, qu'il y a des enveloppes fermées, que la planète brûle alors il faut bien faire des efforts. Cependant, derrière ces considérations très « près de la bourse », il y a aussi une mentalité bureaucratique dont l'influence grandit d'année en année. Le néo-management n'est en effet pas cantonné aux grands groupes privés et concerne aussi le secteur public »⁴⁰.

Les crises que nous traversons ont démontré l'importance de nos services – tellement « essentiels » - qui assurent des missions d'intérêt général et de cohésion sociale. **Par manque de moyens, ces missions sont compromises. Les services ne pourront plus répondre aux demandes** alors même qu'elles sont en forte augmentation, conséquence de la crise économique et sociale que nous traversons.

Les conditions de travail et l'impact sur les équipes

Dans ce contexte, la vie d'équipe en interne a aussi évolué ces dernières années. Avec tous les constats et les évolutions superficiellement brossés ci-dessus (évolution des profils des publics, des problématiques, le manque de moyens des services, etc.), la charge mentale sur les équipes a fortement augmenté. La gestion de situations de crise est de plus en plus prégnante au quotidien. Il est souvent difficile de fermer la porte du centre en fin de journée car aucune solution n'a pu être trouvée pour plusieurs bénéficiaires. Corollaire à cette surcharge mentale et de travail, dans un contexte de sous-financement, le turn-over et la nécessité de prévenir les risques psycho-sociaux au travail méritent une attention particulière. La précarité des emplois et la pénibilité du travail de terrain dans les conditions actuelles engendrent le burnout, l'absentéisme, le renoncement, la démission, mais commencent également à rendre le recrutement de nouveaux profils fort difficile (assistantes et assistants sociaux, infirmières...), en plus de ceux historiquement en pénurie (médecins).

En lien avec la précédente section, les modalités d'agrément et de financement des services participent à cette précarisation de l'emploi en favorisant le recours à des temps partiels, de plus en plus difficiles à garantir à durée indéterminée compte tenu du recours grandissant au financement par appel à projets. Les conditions qui entourent également ces financements, ainsi que des aides à l'emploi type ACS, APE, Maribel, etc., laissent de moins en moins de flexibilité aux gestionnaires d'équipe lorsqu'il s'agit de recruter ou de remplacer des travailleurs·euses en partance ou en arrêt maladie, ce qui devient de plus en plus fréquent compte tenu du turn-over important.

Il y a un enjeu important de rétention des ressources humaines dans le secteur social-santé, et plus largement dans le non-marchand. Mais la multiplicité des dispositions légales et réglementaires, de plus en plus contraignantes et contradictoires, avec lesquelles doivent jongler les gestionnaires d'équipes pousse à la démission générale.

Le travail en réseau

Bien que la pluridisciplinarité caractérise le secteur du planning familial, l'expertise des CPF relève de la santé sexuelle et reproductive. 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.

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 travailleuses sociales. Cette surcharge est rarement visible et difficilement valorisable. Ce travail de relais s'appuie le plus souvent sur le seul engagement professionnel des travailleuses qui agissent en l'absence de cadre institutionnel soutenant. D'autant que l'expérience de leur participation au travail de réseau est le plus souvent jugée positive par les CPF qui soulignent le gain de fluidité et l'adéquate répartition des prises en charge, ce qui évite de multiplier des démarches. Mais le manque de temps généré par l'augmentation et la complexification des prises en charge ces dernières années ne permet plus de consacrer les ressources adéquates (en temps, en personnel) aux concertations. Et ce alors que le travail en réseau est de plus en plus promu par le politique, mais sans être financé et reconnu comme temps de travail.

Il faut également rappeler que la réorientation est toujours plus difficile, voire de plus en plus impossible. La saturation des autres services, la distance géographique, la méconnaissance de la ville au-delà de son quartier, les contraintes liées à la mobilité, le manque de moyens financiers, les difficultés liées au langage ... sont autant d'obstacles qui peuvent couper court à la résolution du dossier d'un bénéficiaire. Ces situations se sont d'autant plus exacerbées à la suite de la crise sanitaire et de la crise socio-économique qui en a découlé. Outre de financer du temps de travail spécifique au réseautage, il s'agit aussi de créer en amont les conditions de sa mise en œuvre.

La digitalisation des soins de santé

Une autre évolution importante de ces dernières années en termes de pratiques professionnelles : le renforcement de la **digitalisation des services**, d'autant plus suite à la crise sanitaire et aux confinements. Les pratiques de travail ont beaucoup évolué, que ce soit en termes de gestion de l'ASBL ou de prise en charge des bénéficiaires. Mais paradoxalement, cela ne s'accompagne pas d'un allègement et d'une simplification administrative. Les centres notent toujours un accroissement de la charge administrative liée à la gestion du service, à laquelle s'ajoutent les désagréments de l'informatique et le temps à consacrer à leur résolution, ainsi qu'à la formation pour l'acquisition de nouvelles compétences.

Mais, au-delà de l'impact sur la gestion d'une ASBL, cette informatisation des soins de santé a, de manière plus inquiétante, un impact sur la garantie de la confidentialité, pilier central de la pratique en centre de planning familial, et qui s'inscrit dans un enjeu plus large de protection des données.

Focus sur...

→ E-SANTÉ, E-MUT , DMG, DPP... OU COMMENT LE SECRET MÉDICAL N'EST PLUS

La problématique de la non-garantie de la confidentialité pour les patientes de centre de planning familial s'identifie à deux niveaux : l'informatisation des mutuelles (e-mut) et le dossier médical global (DMG). En cause, l'accès par des tiers à l'information sur les prestations de soins et les médicaments (achats de médicaments sous prescription) via les relevés des prestations et des remboursements fournis par les mutualités sur les comptes en ligne des personnes titulaires (e-mut). Selon les mutuelles, les informations disponibles varient un peu, mais globalement le titulaire du compte pourra y lire (1) la date de la prestation, (2) si pas le titre de la prestation, à tout le moins son code nomenclature, (3) si pas le nom du prestataire, à tout le moins son numéro INAMI. De plus, les personnes sous la titularisation d'une personne tierce (un.e parent.e, un.e conjoint.e) ne sont par ailleurs pas toujours informées de l'ouverture d'un DMG pour leur compte auprès du médecin traitant (permettant ainsi à la personne titulaire de bénéficier d'avantages complémentaires de la part de sa mutuelle). La conséquence de cela est que lorsqu'un.e patient.e paie son ticket modérateur au centre, et que celui-ci envoie l'attestation à la mutuelle, le remboursement se fait directement sur le compte bancaire du titulaire. La communication bancaire liée au versement contient elle-même une part des informations susmentionnées.

Actuellement, et du fait de la digitalisation massive de la gestion des soins de santé, les équipes des centres de planning familial ne peuvent plus garantir la confidentialité de leurs services et dès lors répondre aux besoins de discrétion de leurs bénéficiaires. Il s'agit plus spécifiquement de garantir la confidentialité pour les patientes mineures dépendant de leurs parents/tuteurs·rices ou les patientes majeures dépendant de leur partenaire. Celles et ceux-ci s'adressent à un CPF sur des sujets, au mieux intimes, voire tabous, si ce n'est, dans les pires des cas, les mettant en danger (pressions, violences conjugales, intrafamiliales, coercition reproductive). En tant que personnes à charge de la mutuelle d'une personne titulaire, ils et elles n'ont pas de contrôle sur les informations que peut consulter cette dernière. Leur seule option pour garder confidentiels leurs traitements/prises en charge, consultations ou médicaments est de supporter entièrement les coûts de leurs soins de santé et de ne pas demander l'intervention

de la mutuelle. Mais ceci n'est pas une option abordable pour de nombreux jeunes et personnes en situation de vulnérabilité économique ; ce qui peut créer des situations d'abandon, de report de soins ou de recherche d'alternatives dangereuses.

Des démarches ont déjà été entreprises par le secteur auprès de certaines mutualités pour les avertir de la situation et identifier des pistes de solutions. Mais toutes répondent ne rien pouvoir faire, les procédures de remboursement des tickets modérateurs étant générées automatiquement via le système du tiers-payant.

Plus récemment, c'est le DPP – ou Dossier Pharmacien Partagé – qui a fait son entrée sur scène. Ce dossier permet l'échange d'informations entre pharmaciens en leur donnant accès à l'historique des prescriptions médicales, moyennant le soi-disant consentement du patient.

Aujourd'hui, non seulement la confidentialité de la démarche des bénéficiaires en CPF ne peut plus être respectée, mais l'État lui-même organise les conditions qui mettent les professionnel.les de santé en porte-à-faux avec le secret professionnel/médical. *« Et l'accord du patient dans tout ça ? Bien que tout le monde dise respecter le RGPD, que la vie privée est un droit sacré et que tout risque d'abus sera évité, on instaure un système qui prône l'accord du patient par défaut. Son accord est implicite, le plus souvent lié au simple geste de fournir sa carte d'identité au médecin. Par contre, il doit explicitement manifester son refus de partage des données. Ce système induit un renversement de la logique du consentement. [...]. Que devient la garantie de la confidentialité ? À l'instar du consentement, la logique du secret médical se voit aussi renversée »⁴¹.*

41 — Nos données santé : une confidentialité menacée in *Le Soir*, 31 janvier 2022.

Conclusion

Les droits sexuels, tels que présentés dans la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF⁴², sont des droits humains fondamentaux, et sont par déduction universels, inaliénables et indivisibles. L'État doit dès lors garantir le respect, la protection et la sauvegarde des droits sexuels de chacune et créer les conditions lui permettant de prendre et de réaliser des décisions autonomes pour sa propre vie et être respecté·es dans ses choix. Ceci implique d'une part **l'absence de toute forme de discrimination ou de stigmatisation** fondées sur la sexualité, l'orientation sexuelle, le genre, le sexe, l'âge, l'état de santé ou le statut socio-économique, et d'autre part **l'accès** pour tous les groupes de la population, aussi pour les plus fragilisés, **aux informations, à l'éducation et aux prestations** dont ils ont besoin en matière de sexualité et de santé sexuelle.

Or, aujourd'hui, **l'accès** aux soins de santé sexuelle pour toutes et tous bute sur :

→ La montée des conservatismes en Europe et la remise en cause, parfois détournée, des acquis en matière de liberté et de droits sexuels et reproductifs ;

→ La persistance de différents types de discrimination ou de stigmatisation fondés sur le genre, l'orientation sexuelle, l'état de santé ou le statut socio-économique qui limitent l'accès aux services de soins et d'accompagnement en santé sexuelle de publics fragilisés ;

→ Des politiques sociales et économiques incapables d'endiguer le processus de précarisation à l'œuvre depuis plusieurs années d'une partie grandissante de la population et l'impact de cette précarisation croissante sur la demande sociale et l'accès aux soins des publics⁴³.

Face à ces constats, la nécessité de **défendre le modèle de centres de planning familial** comme élément central de l'accès à des soins et services de santé sexuelle de l'ensemble de la population est d'autant plus grande. Mais les travailleuses et travailleurs de CPF sont aujourd'hui de plus en plus confrontés à de nombreux enjeux qui sont :

→ La difficulté croissante de recruter les métiers de médecin, assistant·e social·e, infirmier·ère, etc. ;

→ La pression sur les centres qui ne parviennent plus à répondre à la **demande sociale** au regard de l'évolution socioéconomique : croissance démographique, augmentation des demandes non-couvertes par une assurance maladie (AMU, entre autres), complexification des demandes et des situations, saturation du réseau, perte d'autonomie des publics plus fragilisés face à la complexité du système d'aide, à la numérisation des contacts et à la charge administrative liée aux demandes.

42 – www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf

43 – Éducation permanente. Rapport général d'exécution 2017-2021. Perspectives 2022-2028. FLCPF, 2022, p.20.

→ L'augmentation forte des **demandes en santé mentale** et des situations aigües, dues entre autres à l'isolement, la détresse sociale et à des prises en charge plus tardives ;

→ L'aggravation de l'état de santé sexuelle et affective, la fragilisation et la complexification des situations de personnes qui cumulent de **multiples vulnérabilités sociales**, mais également la « sortie des radars » des services de santé sexuelle des plus vulnérables d'entre elles ;

→ Le nombre croissant des **violences déclarées** dont de nombreuses violences intrafamiliales ;

→ La **charge mentale des équipes** confrontées à la violence des récits et des réalités vécues par leurs publics, ainsi qu'à certains comportements agressifs de la part d'une partie de leur public poussé à bout par des situations inextricables.

→ Le **manque de moyens** pour répondre aux demandes de collaboration ou d'intervention de la part d'associations confrontées à des situations de violences, à des comportements sexuels transgressifs ou à des difficultés liées à une gestion saine de la vie affective et sexuelle de leurs bénéficiaires (centres Fedasil, centres d'hébergement d'urgence, maisons de soins psychiatriques, services spécialisés pour personnes en situation de handicap, etc.)⁴⁴.

44 – Ibid.

Rédaction : Aurélie PIESENS et Claudine CUEPPENS

D/2024/12.700/1

Editeur responsable : FLCPF Asbl – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles

N° d'entreprise 0431.746.109

© Tous droits de reproduction réservés



Avec le soutien

