



PLAIDOYER POLITIQUE

Recueil de positions



INTRODUCTION	4
RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	6
L'accès à l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) pour toutes et tous et dans tous les milieux de vie.....	7
Un accès sûr et garanti à l'interruption volontaire de grossesse.....	9
L'accès aux moyens de contraception.....	11
Renforcer la lutte contre les IST, dont le VIH et les hépatites.....	13
La lutte contre les violences de genre, sexuelles et intrafamiliales.....	15
Réduire les inégalités sociales de santé sexuelle et reproductive.....	17
Réduire les inégalités sociales de santé sexuelle et reproductive des personnes LGBTQI+.....	17
Réduire les inégalités sociales de santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap.....	19
Réduire les inégalités sociales de santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de grande précarité, y compris les femmes en situation de séjour irrégulier.....	20
RECOMMANDATIONS RELATIVES AU CADRE INSTITUTIONNEL DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL ET LEUR FINANCEMENT	22
La pénurie croissante de médecins généralistes et gynécologues, particulièrement celles et ceux formé.e.s à la pratique de l'avortement.....	23
Octroyer un Numéro INAMI aux centres de planning familial.....	24
Maintenir les aides à l'emploi en Région Wallonne.....	25
Réforme du décret ambulatoire bruxellois : garantir les spécificités du planning familial et leur reconnaissance en tant qu'acteurs des droits et de la santé sexuelle et reproductive.....	26
Le décret du 23 janvier 2014 modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action sociale et Santé relatives aux centres de planning familial et son arrêté d'exécution du 15 mai 2014.....	27
La reconnaissance et la valorisation de la fonction de coordinateur.rice de centre de planning familial.....	28



INTRODUCTION

La **Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)** regroupe et représente 42 des 107 centres de planning familial basés sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. 21 de ses centres pratiquent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dont 20 sont membres du Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA). La FLCPF est également reconnue comme organisme d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et est membre de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Ce **recueil de positions politiques** a pour objectif de servir de document de référence pour l'élaboration des stratégies de plaidoyer de la FLCPF pour les années à venir. Il est d'autant plus nécessaire que se dérouleront le 26 mai prochain les élections fédérales, régionales et européennes annonçant l'ouverture d'une nouvelle législature.

En Belgique, dans les années 1960, dans l'objectif de permettre aux femmes et aux couples d'être autonomes dans le cadre de leur vie sexuelle, affective et familiale, contre toutes les pressions qui peuvent peser sur elles et eux, des centres d'information et, parfois de consultations médicales, voient le jour. Ces premiers centres ouvrent la voie à la création d'un tout nouveau secteur ambulatoire, véritable innovation sociale à l'époque : les centres de planning familial, qui seront bientôt reconnus comme experts généralistes de **la santé et des droits sexuels et reproductifs**.

Défiant, à l'époque, la pénalisation de la publicité des moyens de contraception et de la pratique de l'avortement pour venir en aide à des femmes se trouvant en situation de détresse ou simplement désireuses de vivre une sexualité libre et épanouie, le planning familial a gardé cette image de fer de lance du droit à l'accès aux contraceptifs et à l'avortement.

Le droit à la planification familiale vit notamment la mise à la disposition des femmes des avancées médicales et pharmacologiques qui permettent le contrôle de la fécondité, offrant ainsi une des conditions nécessaires à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Il serait pourtant réducteur de limiter aujourd'hui le planning familial aux droits à l'avortement et à la contraception. Des éléments autres que la possibilité de contrôler la fécondité entrent en compte dans l'action quotidienne des centres qui vise l'épanouissement au sens large des individus dans leur sexualité et leur vie affective. C'est pourquoi, outre l'information sur les moyens de contraception et leur mise à disposition, et l'information sur l'avortement et sa pratique, les centres offrent également des services médicaux, préventifs, éducatifs, sociaux, psychologiques ou encore juridiques. Afin d'assurer un accompagnement complet et d'encadrer au mieux ces services, les centres de planning familial sont spécialisés dans l'accueil pluridisciplinaire psycho-médico-social des bénéficiaires en leur offrant une écoute et une réponse de première ligne.

Notre époque et notre pays ont connu des avancées indéniables telles que les dépenalisations que nous soulignons plus haut. Il serait pourtant erroné de croire qu'elles sont définitivement acquises. La vigilance reste à l'ordre du jour au vu des manifestations inquiétantes de mouvements anti-avortement, de positions et d'idéologies rétrogrades et de certaines attaques législatives (in)directes^{1,2}.

Aussi, défendre ces droits, c'est les maintenir en pratique au sein d'un paysage social, politique et économique toujours en mouvement. Raison pour laquelle il est impératif que les centres de planning familial, historiquement en première ligne dans la lutte pour l'accès à la contraception et à l'IVG, poursuivent leur travail et s'adaptent afin de rester inscrits dans ce paysage.

¹ Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 e 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.

En effet, d'autres défis subsistent tandis que de nouveaux surgissent : IST, problèmes d'intégration, multiculturalité, paupérisation, homophobie, hypersexualisation des jeunes, violence, parentalité, etc., autant de défis auxquels le secteur du planning familial est aujourd'hui appelé à répondre pour garantir à chacun l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs afin de vivre librement sa vie sexuelle et amoureuse.

Situé en première ligne, le planning familial est ouvert à la complexité de la sexualité et de la vie affective en les abordant autant médicalement, psychologiquement, socialement et juridiquement, que par l'information et la prévention. Il agit, aujourd'hui, aussi bien pour et avec les femmes que pour et avec les hommes. Il intègre les diversités identitaires aussi bien sur le plan du milieu social, de la culture et de la religion que sur celui de l'orientation sexuelle.

En effet, notre fédération se veut **indépendante et laïque**. Elle n'affiche aucune couleur politique particulière et défend une conception démocratique et progressiste du planning familial. Celle-ci ne tolère **aucune restriction des droits sexuels et reproductifs** pour motif religieux, culturel, racial, socio-économique et lié au genre et à l'orientation sexuelle. Elle considère également que l'individu est le seul détenteur de ses droits et de sa destinée et que la société est l'espace collectif qui doit lui permettre de se construire dans la dignité.

Notre fédération se proclame également **féministe** en ce sens qu'elle **promeut l'égalité de genre** à tous les niveaux de la société, et particulièrement en matière de santé et de droits sexuels. Il nous paraît indispensable d'associer les hommes et les femmes à une refonte de la société vers plus d'égalité. Les valeurs de respect mutuel et d'épanouissement personnel pour lesquels nos centres agissent quotidiennement s'intègrent en effet dans un rapprochement des genres et non dans leur confrontation.

POUR LA DÉFENSE DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS, LA FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL RECOMMANDE :

- De faire preuve d'une vigilance toute particulière face aux tendances conservatrices, régressives et réactionnaires en matière de droits sexuels et reproductifs, et plus particulièrement en ce qui concerne l'avortement, et de mettre en œuvre des politiques qui promeuvent **un accès à la santé sexuelle et reproductive pour tous.tes dans le respect de la liberté et du droit de chacun.e à disposer de son corps et de son droit à l'autodétermination**.
- Dans l'élaboration des politiques publiques relatives à la santé, de considérer celle-ci telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est-à-dire comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ».
- D'élaborer les politiques publiques de santé qui visent l'émancipation en tenant compte de **tous les déterminants sociaux de la santé** (environnement, logement, emploi, etc.).
- De consulter le secteur du planning familial, reconnu comme **expert en santé sexuelle et reproductive**, dans le cadre de la conceptualisation et la mise en application des politiques en matière de santé sexuelle.

² Loi modifiant diverses dispositions relatives à la réglementation concernant l'enfant sans vie votée au Parlement le 13 décembre 2018 et entrant en vigueur le 31 mars 2019.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

L'ACCÈS À L'ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE (EVRAS) POUR TOUTES ET TOUS ET DANS TOUS LES MILIEUX DE VIE

Dans la mesure où la sexualité est une composante fondamentale de la vie humaine et de la vie en société, l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) est « *un processus éducatif qui implique notamment une réflexion en vue d'accroître les aptitudes des jeunes à opérer des choix éclairés favorisant l'épanouissement de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et le respect de soi et des autres. Il s'agit d'accompagner chaque jeune vers l'âge adulte selon une approche globale dans laquelle la sexualité est entendue au sens large et inclut notamment les dimensions relationnelle, affective, sociale, culturelle, philosophique et éthique* »³ en favorisant le développement d'une sexualité libre, autonome et responsable et une réduction des inégalités.

Au-delà du public jeune, l'EVRAS constitue un processus de développement des aptitudes individuelles en matière de sexualité dans tous les milieux de vie et à tous les âges. L'EVRAS est un droit. Il découle naturellement du « *droit d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction* », droit fondamental reconnu dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) et réaffirmé lors de la quatrième conférence mondiale des femmes (Pékin, 1995). L'EVRAS s'articule intimement au droit à une sexualité libre, à la question de l'émancipation de l'individu et à la liberté de disposer de son corps.

Cela implique aussi le droit à une éducation et à une information suffisantes garantissant que les décisions individuelles prises en matière de santé sexuelle et reproductive le soient dans le cadre d'un consentement libre et informé.

Depuis 2012, l'EVRAS est inscrite dans le décret définissant les missions prioritaires de l'école en Fédération Wallonie Bruxelles. En 2013, la Communauté française, la Région wallonne et la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale ont adopté le Protocole d'Accord relatif à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire. Malgré ces dispositifs, cette généralisation n'est toujours pas effective et beaucoup d'élèves n'en bénéficient pas aujourd'hui. Ce déficit est à mettre en lien avec l'absence d'un plan stratégique et de cadres de référence coordonnés et concertés pour l'EVRAS, mais aussi avec l'inadéquation des moyens mis en œuvre et la faible sensibilisation des pouvoirs organisateurs des établissements scolaires.

Mais plus largement, en Belgique, nombre de personnes sont encore privées d'un accès à l'information relative à la santé sexuelle, ou n'y accèdent que de manière partielle et incomplète. Les inégalités sociales, l'environnement, les milieux de vie (ouverts ou fermés), le logement (précaire ou absent), la différence de langue ou de culture, le genre et les orientations sexuelles, le parcours individuel, la situation administrative, etc. sont autant de déterminants qui privent l'accès pour tou.te.s à l'EVRAS entravant ainsi leur droit « *d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction* ».

³ Protocole d'accord entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, relatif à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire (2013).

AFIN DE PERMETTRE À CHACUN.E DE FAIRE VALOIR CES DROITS EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE, NOUS RECOMMANDONS

- D'opérer en faveur de l'accès à une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle de qualité et inclusive, c'est-à-dire pour tou.te.s, à tous les âges, à toutes les étapes de la vie et dans tous les milieux de vie.
- De poursuivre les efforts visant la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles sur base du Protocole d'accord signé en 2013.

PLUS SPÉCIFIQUEMENT, NOUS RECOMMANDONS

- **L'instauration obligatoire d'interventions en EVRAS** tant dans le **milieu scolaire**, de la maternelle à la fin des humanités, que dans **les autres milieux de vie**, en encourageant **l'implication de l'ensemble des acteurs encadrant les publics** (acteurs de promotion de la santé, animateurs.rices EVRAS, acteurs scolaires, éducateurs.rices, personnels d'institution, familles, etc.).
- D'assurer une **sensibilisation continue des établissements scolaires et des institutions extra- et non-scolaires** pour la mise en œuvre d'interventions EVRAS.
- De mettre en œuvre une **formation de base** en éducation relationnelle, affective et sexuelle à destination des enseignants.es et du personnel des institutions.
- De **valoriser le financement de l'EVRAS** des centres de planning familial dans les milieux scolaires et non scolaires, tant en Wallonie qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et de financer l'implémentation de **cellules EVRAS** dans les établissements scolaires et les institutions.
- D'organiser et financer **la professionnalisation de l'EVRAS**, via
 - La validation et un soutien à la mise en place d'une **stratégie concertée en matière d'EVRAS** entre tous les acteurs impliqués afin d'accroître la cohérence et la pertinence des pratiques d'intervention et de maximiser l'atteinte des objectifs de la généralisation par la définition d'un **cadre de référence EVRAS commun**.
 - La création et l'octroi d'un **label** assurant la qualité des interventions et **la formation** des intervenants EVRAS, assurée entre autres par les professionnel.le.s du planning familial comme acteurs de référence.
 - L'usage, par tous les acteurs EVRAS, d'un **outil de recueil de données commun** afin d'obtenir une vision globale et complète de l'avancée de la généralisation de l'EVRAS dans l'enseignement obligatoire sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

UN ACCÈS SÛR ET GARANTI À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

En octobre 2018, le Parlement fédéral a voté 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'une proposition rédigée par la majorité gouvernementale. Cette nouvelle loi n'inscrit plus l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le cadre du Code pénal mais ne dépénalise 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 réflexion de 6 jours – alors même qu'elles constituent encore aujourd'hui des obstacles à la réalisation de ce droit pour de nombreuses femmes. Par l'immobilisme qu'elle consacre, cette loi continuera d'alimenter le système hypocrite qui consiste à réorienter les femmes hors délai légal vers l'étranger.

La FLCPF considère que l'accès à l'IVG est un droit fondamental des femmes à disposer de leur corps et un enjeu de santé publique. Elle défend une vision progressiste des conditions qui encadrent la pratique, notamment par un allongement du délai gestationnel légal et la suppression du délai de réflexion de 6 jours actuellement.

La dépénalisation réelle de l'IVG est d'autant plus nécessaire qu'au même moment, en Commission Justice, le ministre de la Justice Koen Geens présentait son projet de loi pour l'élaboration d'une « nouvelle réglementation concernant l'enfant sans vie », approuvé par cette même Commission en octobre 2018. Adopté par le Parlement le 13 décembre 2018, cette loi est entrée en vigueur le 31 mars 2019. La FLCPF s'oppose fermement à toute modification de la législation qui entend accorder le statut de personne au fœtus et cadencier toute revendication visant l'allongement du délai gestationnel légal de l'IVG. De plus, la FLCPF dénonce le conditionnement de la sortie de l'IVG du Code pénal consentie par la majorité gouvernementale à l'aboutissement de ce dossier sur le statut de l'embryon. La FLCPF soutient bien évidemment la nécessité d'accorder aux parents en deuil un processus d'accompagnement psycho-médico-social. Mais le projet de loi du ministre de la Justice ne prévoit aucun dispositif de ce type. Des améliorations de cette prise en charge sont pourtant nécessaires et doivent être d'un autre ordre que juridique et administratif. Ce n'est évidemment pas une loi qui répare les deuils. La Loi du 20 février 2017 modifiant le Code civil en ce qui concerne la reconnaissance prénatale d'un enfant par un parent non marié représente elle aussi une menace au droit à l'IVG. Elle prévoit, pour les couples non mariés, que le/la co-parent.e puisse réaliser, avec le consentement de la mère, une déclaration de reconnaissance de paternité ou de comaternité auprès de l'État civil avant la naissance de l'enfant et à tout moment de la grossesse. Cette mesure offre une garantie d'établissement de la filiation avec l'enfant (et dès lors toutes les protections juridiques qui en découlent) en cas de décès du père ou de la co-parente avant la naissance de l'enfant. Cependant, les moyens avancés pour y répondre sont au détriment du droit à l'avortement. La possibilité de reconnaître l'enfant dès la conception de celui-ci – et donc lui octroyer une personnalité même indépendamment d'un statut juridique légal – fait craindre un glissement normatif qui peut induire dans le chef de la femme enceinte des pressions sociales, psychologiques et bien sûr éthiques quant à son (éventuel) souhait de procéder à une interruption volontaire de grossesse.

Le risque d'entrave à l'IVG que comportent ces lois rappelle combien il est nécessaire et urgent de décriminaliser totalement l'interruption volontaire de grossesse.

Par ailleurs, d'autres mesures sont encore à prendre pour garantir à toutes un accès effectif et sûr à l'IVG : la pénurie de médecins formés à la pratique de l'IVG engendre une difficulté supplémentaire pour les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse. Il est plus que nécessaire d'inclure dans le cursus de formation des facultés de médecine de toutes les universités un module de formation à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

Enfin, il est grand temps que le gouvernement fédéral dote la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse d'une assise scientifique. Les travaux réalisés par celle-ci jusqu'en 2011 sont purement statistiques sans qu'aucune analyse scientifique ne soit fournie, et ne permettent en aucun cas de nourrir une réflexion constructive et scientifiquement fiable autour de l'interruption volontaire de grossesse.

AFIN D'ASSURER À CHAQUE FEMME UN ACCÈS SÛR À L'IVG, TANT SUR LE PLAN MÉDICAL ET PSYCHOLOGIQUE QUE SUR LE PLAN JURIDIQUE, NOUS RECOMMANDONS

- D'inscrire la **révision des conditions d'accès** prévues par la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse l'IVG dans la **déclaration de politique générale** du gouvernement fédéral.
- La **modification des conditions d'accès à l'avortement** afin d'en favoriser l'accès aux femmes au nom de leur droit à disposer de leur corps et à leur autodétermination :
 - Allongement du délai gestationnel jusqu'à 20 semaines de conception
 - Suppression du délai de réflexion
- D'empêcher et sanctionner pénalement la **clause de conscience institutionnelle**.
- De **supprimer l'obligation**, pour le médecin, d'informer la femme enceinte des « *diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître* ».
- De prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer, par tous les canaux, une **information complète, exacte et neutre sur le droit et l'accès à l'IVG**. Cela passe notamment par la prise en charge d'un **référencement adéquat** sur des sites internet officiels et la mise à disposition des coordonnées de toutes les structures agréées à la pratique de l'IVG. Tout **délit de désinformation** doit être pénalement sanctionné.
- De transformer la **Commission nationale d'évaluation** en un organisme de recherche qui rassemble en son sein des experts en sociologie, en épidémiologie et en santé sexuelle et reproductive afin de récolter des données permettant des analyses scientifiques.
- De faire inscrire dans le cursus de formation en médecine un **module de formation au planning familial et à l'IVG** dans toutes les facultés de médecine.
- De **garantir**, sur le plan juridique et légal, le **droit d'accès à l'interruption volontaire (IVG) et médicale (IMG) de grossesse** en s'assurant qu'aucune autre initiative législative, directement ou indirectement, ne menace ce droit et ne représente une entrave à celui-ci.
- De **revenir à la précédente législation**, en vigueur avant décembre 2018, réglant l'octroi d'un statut à un embryon issu d'une fausse couche ou d'un enfant né sans vie.
- La **mise en place de protocoles d'accompagnement spécifiques** dans les hôpitaux et les centres extrahospitaliers pour les personnes confrontées à un deuil prénatal, comprenant entre autres des consultations psycho-médico-sociales de longue durée et un meilleur remboursement forfaitaire de cette prise en charge.
- De faire inscrire à **l'article 329bis §2 du Code Civil** que la déclaration de reconnaissance paternelle prénatale auprès de l'officier de l'État Civil **ne peut en aucun cas constituer une entrave au droit de la femme à recourir à une IVG** dans le cas où cette reconnaissance interviendrait en deçà du délai gestationnel légal de l'IVG.

L'ACCÈS AUX MOYENS DE CONTRACEPTION

Depuis sa résolution du 6 juin 2002, le Parlement européen recommande à ses États membres :

- *de fournir une information globale quant aux méthodes efficaces et responsables de régulation des naissances, en garantissant un accès égal pour toutes et tous à une gamme de moyens contraceptifs de qualité et aux méthodes de connaissance de la fécondité ;*
- *de s'efforcer de fournir gratuitement – ou à moindre coût – des moyens contraceptifs et des services de santé sexuelle et génésique aux groupes défavorisés à cet égard ;*
- *de promouvoir le recours à la contraception d'urgence (à des prix abordables et sans formalités) en tant que pratique normalisée dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ;*
- *d'encourager la recherche scientifique dans le domaine de la contraception destinée aux hommes, de manière à assurer l'égalité des femmes et des hommes en ce qui concerne les effets de l'utilisation des méthodes de contraception.*

Ce combat pour une accessibilité aux contraceptifs fiables à moindre coût est, depuis longtemps déjà, l'une des préoccupations majeures du mouvement du planning familial en général et des centres affiliés à notre fédération en particulier. Garantir cette accessibilité sur le plan financier requiert la promotion des contraceptifs génériques. En effet, s'agissant d'une mesure publique, il convient de maximiser l'impact de celle-ci au regard de son coût pour la collectivité. En conséquence, et dans le respect absolu du libre choix, il convient d'encourager la délivrance de génériques pour éviter qu'un surcoût du contraceptif ne devienne un facteur de discrimination économique supplémentaire.

En particulier, la FLCPF appelle à une plus grande prévention et de meilleures conditions d'accès à la contraception pour les femmes adultes qui ne disposent pas nécessairement d'une information complète et de moyens financiers suffisants pour supporter le coût d'une contraception.

Outre l'accessibilité financière, l'un des défis actuels consiste aussi à offrir une information complète aux femmes et aux hommes en matière de diversité contraceptive ainsi que sur l'application de ces différentes méthodes. Si la pilule contraceptive est la méthode la plus utilisée dans le monde, il existe un grand nombre d'alternatives, plus ou moins connues, parfois mieux adaptées aux situations individuelles. Mais certaines sont encore trop ignorées des femmes, des hommes et du personnel de santé.

Aussi, la contraception masculine constitue un enjeu social important par la promesse d'une contraception davantage partagée mais elle peine à se réaliser. Pour permettre le libre choix, l'accès à l'information complète et de qualité est essentiel. A cet égard, la FLCPF soutient également la réflexion autour des nouvelles approches contraceptives mais rappelle que l'information de qualité repose sur l'évidence scientifique.

AFIN DE FAVORISER L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION POUR TOU.TE.S ET PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES, NOUS RECOMMANDONS

- D'introduire la **gratuité**, pour **tous les âges**, de **tous les moyens contraceptifs**.
- De financer régulièrement des **campagnes de prévention et d'information** à propos de la **diversité des méthodes contraceptives**, tant féminines que masculines, et conçues en collaboration avec les fédérations de planning familial et les autres parties prenantes concernées.
- De **pérenniser les mesures** relatives à la prise en charge des demandes de pilules contraceptives et de la contraception d'urgence par les travailleurs non médicaux des centres de planning familial.
- De financer et promouvoir la recherche, le développement et l'information des **contraceptifs masculins**.
- De mettre en place des campagnes de prévention et de meilleures conditions d'accès, notamment financières, à la contraception **pour les femmes adultes**.

RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES IST, DONT LE VIH ET LES HÉPATITES

Si le VIH est aujourd'hui très bien pris en charge sur le plan médical jusqu'à contrôler la virémie et empêcher la transmission par voie sexuelle, son dépistage parmi les populations touchées par cette épidémie (principalement les gays, bisexuels et autres HSH⁴ et FSF⁵ ainsi que les migrant.es subsahariens dont une grande part de femmes) reste encore insuffisant tant sur le plan de sa précocité que de sa fréquence. À cela s'ajoute la recrudescence de certaines IST, comme la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis, qui touchent particulièrement les jeunes, les FSF, les trans*, les usager.ère.s de drogues, les prostitué.e.s/travailleur.se.s du sexe, les détenu.e.s.

Dans l'approche de prévention combinée qui prévaut aujourd'hui, la qualité, le ciblage, la diversification et la couverture de l'offre de dépistage constituent un maillon crucial dans la chaîne d'acteurs allant du préventif au curatif. De plus, il s'agit aussi d'assurer une entrée dans le système de soins pour une prise en charge et une mise sous traitement le plus rapidement possible.

Ces enjeux sont d'autant plus importants que prend fin en 2019 le Plan national VIH 2014-2019. Il s'agit d'élaborer urgemment un nouveau plan en concertation avec tous les acteurs concernés. De plus, outre le VIH, ce plan doit également intégrer *a minima* des mesures concernant les autres IST, et plus spécifiquement celles en recrudescence (Chlamydia, Gonorrhée, Syphilis, Hépatites, HPV). Aussi, suite à différentes études, il apparaît clairement qu'une personne vivant avec le VIH (PVVIH) avec une charge virale indétectable ne transmet pas le VIH. Pourtant, certaines résistances persistent dans le chef des autorités politiques et une minorité de médecins. Nous plaillons pour une reconnaissance politique et médicale du message « I = I »⁶, et un travail d'information et de sensibilisation à l'attention du public afin de lutter contre les discriminations et la stigmatisation des PVVIH.

Parallèlement, en 2018, l'Arrêté royal portant application de l'article 124, 1° de la *Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé* est entré en vigueur. Il a pour objectif d'encadrer le dépistage du VIH par le Test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD). En ce sens, il est primordial de renforcer les stratégies de démedicalisation par l'accès des formations TROD aux centres de planning familial et leur financement. Il serait par ailleurs utile d'élargir cet arrêté royal au dépistage rapide du Virus de l'Hépatite C (VHC).

Enfin, en 2017, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) publiait un avis portant sur la vaccination contre les infections causées par l'Human Papillomavirus (HPV). Il est urgent d'appliquer les recommandations du CSS en élargissant la prévention vaccinale du HPV à tous les autres cancers qui implique le HPV, au-delà de la seule prévention du cancer du col de l'utérus.

Pour terminer, la FLCPF attire l'attention sur la sous-utilisation des ressources et acteurs des centres de planning familial en matière de dépistage des IST. En effet, en tant qu'experts de la santé sexuelle, les centres de planning familial devraient être mieux considérés et intégrés aux divers organes de concertation travaillant sur les politiques de santé de lutte contre le VIH et les IST.

⁴ Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

⁵ Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

⁶ Indétectable = Intransmissible

POUR RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES IST, DONT LE VIH ET LES HÉPATITES, NOUS RECOMMANDONS

- La mise en place d'un **nouveau Plan national VIH et IST**.
- La reconnaissance par la Conférence interministérielle « Santé Publique » des **centres de planning familial comme acteurs de prévention et de soins en matière d'IST dont le VIH**.
- De financer des **campagnes d'informations et de sensibilisation** à l'attention du public et des professionnel.le.s à propos du **HPV (Papillomavirus)**.
- Assurer la mise en œuvre de la **campagne de vaccination gratuite** contre le HPV chez les **adolescents.es de 9 à 14 ans** conformément aux recommandations du KCE.
- De mettre en place, sur base des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé, une **campagne de vaccination de rattrapage du HPV** pour les femmes et hommes de 15 à 26 ans, les HSH jusque 26 ans inclus, et les personnes immunodéprimées⁷ sans limite d'âge, tant chez les médecins généralistes que dans les centres de planning familial.
- L'élargissement du **dépistage TROD** à toutes les infections sexuellement transmissibles pour lesquelles il est adapté.

⁷ Patients transplantés et personnes vivant avec les VIH (PVVIH).

LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES DE GENRE, SEXUELLES ET INTRAFAMILIALES

Violences sexuelles, violences conjugales, violences intrafamiliales, violences liées à l'honneur : ces violences, réprimées par la loi et prises en compte dans des conventions internationales, sont essentiellement subies par les femmes et les enfants, mais peuvent aussi toucher les hommes. Une étude réalisée par Amnesty International dans 28 États européens en 2014 indique que les violences faites aux femmes toucheraient 31% des femmes de plus de 15 ans, soit 13 millions de personnes.

Une partie significative des violences a lieu dans le cadre privé familial. Elles sont plus difficiles à détecter et également moins faciles à admettre pour les victimes. Il est également connu que la grossesse constitue une période particulièrement propice aux violences de genre. Ces constats montrent la nécessité de la mise à l'agenda de cette thématique dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

La FLCPF dénonce les violences faites aux femmes mais également les manquements politiques concernant les atteintes aux droits sexuels et reproductifs des femmes, reconnus comme droits humains depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994). Ces atteintes sont nombreuses et diversifiées : contraintes ou interdictions liées à la contraception et/ou à l'IVG, violences physiques et/ou psychologiques, faisant suite ou non à un début de grossesse (non-)désirée, marchandisation des corps féminins dans le cadre d'une prostitution contrainte, mutilations génitales et non-respect de l'intégrité physique, violences sexuelles, restriction de l'accès à une information neutre et complète et de l'accès à la santé, non-respect du droit à la vie privée, mariages forcés, etc.

Par ailleurs, la police joue un rôle central dans la prévention, la protection et la gestion des risques, comme l'impose la Convention d'Istanbul. Or, c'est l'arbitraire qui domine encore souvent au sein des commissariats. Il est nécessaire de mettre en place une formation systématique des policiers.ère.s pour une prise en charge efficace et respectueuse des victimes de violences liées au genre. Ce type de formation devrait être d'ailleurs étendu à toute personne susceptible de réceptionner le témoignage et/ou la plainte des victimes (travailleur.se.s psycho-médico-sociaux, personnel de la Justice, de la police, des structures hospitalières).

AFIN DE LUTTER CONTRE LES VIOLENCES DE GENRE, SEXUELLES ET INTRAFAMILIALES, NOUS RECOMMANDONS

- De mettre en œuvre les moyens nécessaires pour une **application effective des différentes conventions ratifiées par la Belgique** sur les plans international, national et régional, et en particulier la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul).
- De mettre en place une **concertation permanente** entre les différents pouvoirs subsidiants afin de garantir une **allocation efficiente des ressources** destinées aux luttes contre les violences.
- De mettre en place une **formation systématique des agents de police** pour une prise en charge efficace et respectueuse des victimes de violence.
- Implémenter davantage de **Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles** qui répondent au besoin d'amélioration d'une prise en charge globale des victimes de violence sexuelle.
- De donner davantage de moyens aux **instances judiciaires** afin d'assurer une **comparution en justice rapide** des cas de violences.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

L'accès à l'information, à la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des prestations de qualité et adaptées aux réalités et particularités des publics, fait partie des droits sexuels de tous.tes. Pourtant, en Belgique, nombre de personnes sont encore privées de ces droits ou n'y accèdent que de manière partielle et incomplète. Le genre et les orientations sexuelles, le milieu de vie, le logement (précaire ou absent), la différence de langue ou de culture, la méconnaissance du système et de l'offre de santé, le parcours individuel et les conditions qui entourent les pratiques sexuelles (sexe tarifé, violence, tabous), la situation sociale, économique et administrative sont autant de déterminants qui ont des effets directs sur l'état de santé sexuelle. Par ailleurs, outre l'accès à l'information et aux services, les publics vulnérables en santé sexuelle sont particulièrement exposés aux discriminations et à la violence.

Parallèlement, l'accès aux droits et aux soins en santé sexuelle et reproductive pose également la question de l'accueil des publics marginalisés et/ou précarisés dans les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que de leur accessibilité réelle, tant géographique que financière.

Il est urgent que les autorités adoptent un plan de santé publique dont une partie doit être spécifiquement consacrée à la santé sexuelle et qui intègre des objectifs et des stratégies adaptés aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, telles que les personnes LGBTQI+, les détenu.e.s, les personnes en situation de handicap, les aîné.e.s ; les migrant.e.s, les personnes ayant une maladie chronique, les travailleur.se.s du sexe, les personnes vivant en institution (ouverte ou fermée), les personnes usagères de drogues, etc.

L'élaboration d'un tel plan nécessite par ailleurs d'établir préalablement un diagnostic approfondi et précis des besoins spécifiques de chacun de ces publics.

Seule la mise en place de stratégies globales et cohérentes, construites en concertation avec les acteurs de la santé sexuelle et reproductive, en particulier du planning familial, et ceux des secteurs social-santé permettra de réduire les inégalités sociales de santé sexuelle et d'améliorer l'état de santé sexuelle des populations vulnérables

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES PERSONNES LGBTQI+

Malgré des avancées sociales et légales importantes ces vingt dernières années concernant l'acceptation de la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre (OSIG), des inégalités sociales dans le domaine de l'accès à des soins de santé adéquats persistent encore à l'encontre des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres, queer et intersexes (LGBTQI+).

Les personnes LGBTQI+ présentent un état de santé globalement plus défavorable que la population dite hétérosexuelle, avec une prévalence plus importante de certains problèmes (dépression, anxiété, tentative de suicide, pathologies chroniques, IST, dépendances). Les principaux freins à l'usage des services de santé par les personnes LGBTQI+ concernent l'offre de services, comme par exemple l'inconfort à aborder le genre et les sexualités, la méconnaissance des réalités de vie et des besoins des personnes LGBTQI+ par les travailleur.se.s psycho-médico-sociaux, voire parfois du fait de comportements discriminatoires de la part de professionnel.le.s.

Par ailleurs, les discriminations et les violences à l'égard des LGBTQI+ en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre (homophobie, lesbophobie, biphobie, transphobie, etc.) affectent profondément les personnes qui en sont victimes et constituent des atteintes aux droits humains. Malheureusement, rares sont

ceux qui signalent ces abus et ces actes par méconnaissance des dispositions juridiques et par crainte de subir des violences institutionnelles.

En 2017, la Commission européenne a publié le rapport « *Health 4 LGBTQI+ : Reducing health inequalities experienced by LGBTQI+ people* » qui formule des recommandations de différents ordres afin de réduire les inégalités de santé et les discriminations auxquelles font face les personnes LGBTQI+ dans l'accès aux services de santé et la relation avec les professionnel.le.s psycho-médico-sociaux.

Les auteurs du rapport préconisent notamment (1) d'approfondir les recherches concernant les inégalités de santé et les soins des personnes LGBTQI+, (2) d'intégrer les personnes LGBTQI+ dans les recherches, politiques et décisions relatives à la santé et l'accès aux soins, ou encore (3) de diriger l'action politique vers l'information des professionnel.le.s de santé sur les besoins, spécificités et inégalités structurelles qui touchent au quotidien les personnes LGBTQI+.

Il est urgent d'améliorer la prise en charge des personnes LGBTQI+ dans les structures de soins, dont l'approche est encore largement orientée vers un public supposé hétérosexuel et cisgenre⁸.

La mise en œuvre de cycles de formation des professionnel.le.s psycho-médico-socio-juridiques doit s'atteler à dépathologiser les vies et les corps des personnes trans* et intersexe, et à améliorer la connaissance des besoins et des obstacles rencontrés par les personnes LGBTQI+ dans leur parcours de soins afin de lutter contre leur marginalisation.

AFIN DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES PERSONNES LGBTQI+, NOUS RECOMMANDONS

- De financer la recherche sur les inégalités de santé et les soins des personnes LGBTQI+ ;
- D'intégrer l'expertise des acteurs de la société civile LGBTQI+ dans les recherches, politiques et décisions relatives à la santé et l'accès aux soins ;
- De diriger l'action politique vers la formation des professionnel.le.s de santé pour une prise en charge de qualité des personnes LGBTQI+ et de leurs soins, ne présupposant pas l'hétérosexualité ou la cisnormativité du patient ;
- D'améliorer et d'adapter les services de soins de santé aux personnes LGBTQI+, en ce compris les structures de soins de santé mentale.
- Assurer le remboursement des soins gynécologiques et andrologiques pour les personnes trans*.

⁸ Dont le genre correspond au sexe assigné à la naissance.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Malgré certaines avancées significatives, les recherches et les expériences de terrain montrent la persistance de discriminations vis-à-vis des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap (PSH). La majorité d'entre elles peinent encore à faire valoir leur droit à une vie affective et relationnelle, à la sexualité, à la santé sexuelle et aux prestations nécessaires en la matière, ainsi qu'à une éducation à la vie affective et sexuelle continue et adaptée à leurs besoins.

Manque de reconnaissance, absence d'information et d'accompagnement, persistance d'une représentation sociale moralisatrice et simplificatrice... les possibilités d'accès à une vie amoureuse et sexuelle restent encore limitées pour la plupart d'entre elles. Même si cette thématique émerge de plus en plus fréquemment dans les débats de société, la sexualité des PSH reste souvent tabou, invisible ou improbable pour les tiers (professionnel.le.s, familles, entourage) qui y occupent pourtant une place centrale.

La FLCPF, et notamment son Centre de ressources Sexualités & Handicaps, a pour objectif de faire évoluer cette situation et plaide pour la mise en œuvre de campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention de l'ensemble des acteurs concernés et la mise en place de cycles de formation sur la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap à destination des professionnel.le.s des secteurs de l'enseignement, de la santé, de la promotion de la santé, et du handicap.

Elle plaide aussi pour le rapprochement des secteurs du handicap et de la santé sexuelle, en particulier les centres de planning familial (CPF), et encourage les institutions à rédiger et à mettre en œuvre des chartes qui prévoient la mise en place de projets qui intègrent la dimension affective et sexuelle dans la vie communautaire, dans la prise en charge et le projet personnel de chaque bénéficiaire. En ce sens, elle apporte déjà, via le Centre de ressources Sexualités & Handicaps, un soutien aux institutions (scolaires, de jour et d'hébergement) désireuses d'intégrer la vie affective et sexuelle dans leur projet.

AFIN DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, NOUS RECOMMANDONS

- De renforcer la prise en compte des droits et des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap dans les prestations de santé sexuelle et reproductrice, notamment l'accès à une éducation à la vie affective et sexuelle ;
- De mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductrice et les droits sexuels des personnes en situation de handicap à l'attention de la population générale, mais surtout des PSH et de leur entourage (famille, proches, institutions) et des services de santé sexuelle et reproductrice.
- De mettre en place des formations vis-à-vis des professionnel.le.s du secteur de l'enseignement, de la santé, de la promotion de la santé, et du handicap sur la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap, adaptées aux particularités et aux réalités propres des différentes situations de handicap.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ, Y COMPRIS LES FEMMES EN SITUATION DE SÉJOUR IRRÉGULIER

L'accès limité aux soins et services de santé sexuelle de nombreuses femmes en situation de précarité, même celles bénéficiant d'une carte médicale ou inscrite à une mutuelle, s'explique par un manque d'information, de moyens, en raison de la méconnaissance du système de soins et de l'offre et/ou d'une mauvaise expérience avec ces services.

En outre, pour les femmes en situation de grande précarité et en séjour irrégulier, l'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive pose également la question de l'accueil dans les services et de leur accessibilité géographique et financière. Les principaux obstacles sont la barrière de la langue, la prise en compte des réalités vécues (violences, sans-abrisme, prostitution, absence totale de revenu, etc.), les démarches administratives éventuelles.

De plus, la complexité des procédures d'accès à l'Aide Médicale Urgente (AMU), méconnues des femmes et différentes pour chaque CPAS, constitue un frein supplémentaire pour les femmes en situation de séjour irrégulier.

Cette difficulté d'accès à l'AMU est d'autant plus problématique lorsque ces femmes souhaitent recourir à une interruption volontaire de grossesse (IVG), mais aussi plus largement à des soins de santé sexuelle et reproductive (suivi de grossesse, accouchement, contraception). En Belgique, le recours à une IVG étant conditionné au respect d'un délai légal de 12 semaines de grossesse, la lenteur et la lourdeur des démarches liées à l'AMU découragent nombres d'entre elles de recourir à cette aide.

La FLCPF plaide pour une simplification et une standardisation des procédures d'octroi de l'Aide Médicale Urgente afin de garantir aux femmes en situation de séjour irrégulier l'effectivité de leurs droits en matière de santé, et particulièrement de santé sexuelle, et d'accès aux soins.

Elle recommande également de diffuser auprès des acteurs de santé sexuelle une information précise sur la procédure d'aide médicale et spécifiquement pour les soins de santé sexuelle. Il est par ailleurs tout aussi nécessaire d'améliorer l'information à destination des femmes en situation de précarité sur les soins et les services de santé sexuelle auxquels elles ont droit.

AFIN DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES EN SITUATION DE SÉJOUR IRRÉGULIER, NOUS RECOMMANDONS :

- De réformer, sur base des recommandations du KCE, l'AMU en vue de faciliter l'introduction de la demande, d'harmoniser les soins de santé couverts et de standardiser les procédures ;
- De prévoir une procédure accélérée et adaptée d'octroi de l'AMU aux femmes en situation de séjour irrégulier souhaitant recourir à des soins de santé sexuelle et reproductive, et particulièrement à une IVG compte tenu des conditions prévues par la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;
- De prendre des initiatives pour améliorer la collaboration entre les différents prestataires de services concernés ;
- De sensibiliser les acteurs de l'action sociale et autres relais pertinents à la santé sexuelle des femmes en grande précarité ;



**RECOMMANDATIONS RELATIVES
AU CADRE INSTITUTIONNEL
DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL
ET LEUR FINANCEMENT**

LA PÉNURIE CROISSANTE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET GYNÉCOLOGUES, PARTICULIÈREMENT CELLES ET CEUX FORMÉ.E.S À LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT

Depuis plusieurs années, les centres de planning familial attirent l'attention des autorités sur leur difficulté à engager des médecins pour maintenir leur offre de soins. Dans le cadre d'une enquête réalisée en 2017 auprès des centres bruxellois, 71,5% d'entre eux indiquaient être confrontés à cette pénurie.

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

Pourtant, 80% des interruptions volontaires de grossesse en Belgique sont pratiquées dans un centre extrahospitalier. En Fédération Wallonie-Bruxelles, 80 médecins pratiquent chaque année environ 15.000 interventions. Ce manque criant de professionnel.le.s représente un réel obstacle à l'accès à l'IVG.

Cette pénurie semble s'expliquer par divers facteurs :

- La méconnaissance et le manque d'information à l'attention des étudiants.es en médecine sur le travail en centre de planning familial et sur la possibilité de suivre un cursus de formation spécifique à la pratique de l'IVG à l'université.
- La faible offre de formation, et le caractère facultatif de celle-ci, dans les facultés de médecine.
- Le manque de valorisation et de reconnaissance qui entraîne un désintérêt de la part de la profession :
 - Le manque de moyens financiers des centres de planning familial ne leur permet pas de proposer un niveau de rémunération attrayant aux médecins candidat.e.s ;
 - Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse n'est pas valorisé aussi bien sur le plan technique que sur le plan de la reconnaissance par les pairs.
 - La nouvelle génération de médecins et de gynécologues méconnaît la précarité de la situation concernant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse en Belgique. Ils pensent que le combat est gagné et qu'il n'y a plus lieu de militer.

Dans un contexte globalement morose concernant le droit et l'accès à l'IVG en Belgique, le manque de professionnel.le.s formés.es constitue un obstacle de plus à la réalisation effective de ce droit, complémentairement à la législation qui l'encadre.

NOUS PLAIDONS DÈS LORS POUR QU'UN MODULE D'INFORMATION, DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION À LA PRATIQUE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET AU TRAVAIL EN CENTRE DE PLANNING FAMILIAL SOIT INTÉGRÉ AU CURSUS DE FORMATION EN MÉDECINE DE TOUTES LES UNIVERSITÉS.

OCTROYER UN NUMÉRO INAMI AUX CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

Dans le contexte de la réforme fédérale e-Santé, qui vise l'informatisation de la gestion de l'ensemble des soins de santé (e-facturation, e-tarifcation, prescription électronique, vérification électronique de l'assurabilité des bénéficiaires via MyCareNet, ...), les centres de planning familial sont confrontés à une difficulté d'ordre technique. Ces derniers ne disposant pas de numéro INAMI, toutes ces démarches électroniques doivent être réalisées par les médecins sur base de leur certificat e-Health et donc de leur numéro INAMI propre.

Cela occasionne plusieurs désagréments :

- Avant la mise en place de l'informatisation de la gestion des soins de santé, tous les actes administratifs liés aux consultations médicales étaient réalisés par les équipes administratives du centre de planning. Du fait de l'obligation de passer aujourd'hui par le N° INAMI du ou de la médecin pour réaliser ces actes (e-assurabilité, e-facturation, e-tarifcation, etc.), ces derniers dorénavant lui reviennent. Cela a pour effet corollaire, pour le centre, de devoir rémunérer davantage le/la médecin pour le temps de travail supplémentaire presté pour réaliser cette gestion administrative. Ou, inversement, le/la médecin réalise ces actes sur son temps de travail initialement destiné à des plages de consultations pour les bénéficiaires. Cela réduit donc l'accès aux soins des premiers concernés. Ou encore, certains centres ne pouvant se permettre ni la première option, ni la seconde, reportent jusqu'à la dernière échéance le passage à l'informatisation, se risquant à « louper le train » et à se mettre en porte-à-faux vis-à-vis des obligations légales.
- Un médecin qui dispose d'un numéro INAMI a la possibilité de mandater une tierce personne pour « partager » ce numéro, effectuer des actes grâce à celui-ci. Le/la médecin n'a toutefois la possibilité de délivrer qu'un seul mandat. La plupart des médecins travaillant en planning partagent leur temps de travail aussi dans un cabinet médical ou une maison médicale. Généralement, celui/celle-ci préfère mandater un/e autre médecin de ces deux types de structures. Le centre de planning ne peut donc pas en profiter, alors que cela lui permettrait de répondre aux difficultés exposées au paragraphe précédent.
- Les honoraires des médecins qui prestent dans un CPF sont rétribués à l'institution ; le/la médecin étant généralement rémunéré.e par le centre sur base d'une convention à un taux horaire bien défini. Néanmoins, la facturation électronique des consultations ne pouvant se faire que sur base du certificat e-Health du médecin, cela entraîne une surestimation de leurs revenus au moment de l'imposition fiscale alors même qu'ils/elles ne perçoivent par ces honoraires.

NOUS PLAIDONS DÈS LORS POUR QUE LES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL SOIENT INTÉGRÉS À LA LISTE DES DISPENSATEURS DE SOINS POUVANT BÉNÉFICIER D'UN N° INAMI, OU À MINIMA D'UN N° INAMI ADMINISTRATIF, AFIN QU'ILS PUISSENT RÉALISER LEUR TRAVAIL DANS DES CONDITIONS OPTIMALES ET EN TOUTE CONFORMITÉ AVEC LA RÉFORME E-SANTÉ. EN ATTENDANT CETTE MODIFICATION, IL EST ÉGALEMENT DEMANDÉ QUE L'AUTORISATION SOIT DONNÉE AU MÉDECIN DE DÉLIVRER UN SECOND MANDAT AFIN QUE LES CENTRES DE PLANNING PUISSENT EN BÉNÉFICIER.

MAINTENIR LES AIDES À L'EMPLOI EN RÉGION WALLONNE

Initié il y a quelques mois par le Gouvernement wallon, l'avant-projet de décret destiné à réformer le dispositif des Aides à l'emploi (APE) a été adopté par le Gouvernement wallon en 3^{ème} lecture le 4 octobre 2018. Le projet de réforme a ensuite été discuté dans le cadre d'une Commission parlementaire le 4 décembre dernier. Néanmoins, à l'heure d'écrire ces lignes, le projet était enterré pour cette législature, faute de majorité au parlement wallon.

Dans sa forme actuelle, le système APE en Wallonie concerne 60 000 travailleur.se.s et plus de 4000 employeurs du secteur associatif ou des pouvoirs locaux. Le Gouvernement wallon souhaitait revoir ce système dans l'objectif annoncé de le rendre moins complexe et plus transparent.

L'élément majeur de cette réforme est le transfert des budgets, jusqu'aujourd'hui gérés par le portefeuille ministériel de l'emploi, aux politiques fonctionnelles : chaque ministre du Gouvernement se verra attribuer une enveloppe en lien avec ses compétences et déterminera sa politique pour soutenir l'emploi dans les secteurs qu'il gère et attribuer les aides en fonction.

Le secteur du non-marchand (représentant 18.385 ETP) redoute que la réforme mène à la perte de financements importants, et donc potentiellement de nombreux emplois, en raison d'une nouvelle méthode de calcul défavorable selon la situation initiale de chaque institution.

L'UNIPSO, dont la FLCPF est membre, demande au futur gouvernement wallon de garantir que le budget APE transféré aux politiques fonctionnelles restera consacré au financement de l'emploi dans le secteur non marchand en vue du maintien à long terme des activités.

LA FLCPF PLAIDE POUR LE MAINTIEN D'UN FINANCEMENT AU MOINS ÉQUIVALENT AU FINANCEMENT ACTUEL DU SECTEUR DU PLANNING FAMILIAL SOUS LA FUTURE ENVELOPPE FONCTIONNELLE « SANTÉ ». CETTE RÉFORME NE PEUT INDUIRE D'EFFETS NÉGATIFS SUR L'EMPLOI EN CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DÉJÀ CONFRONTÉS À DE GRANDES DIFFICULTÉS EN TERMES DE MOBILISATION DE RESSOURCES FINANCIÈRES ET HUMAINES.

RÉFORME DU DÉCRET AMBULATOIRE BRUXELLOIS : GARANTIR LES SPÉCIFICITÉS DU PLANNING FAMILIAL ET LEUR RECONNAISSANCE EN TANT QU'ACTEUR DES DROITS ET DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

A l'instar des maisons médicales, la création de centres de planning familial au début des années 70 représentait une réelle « innovation sociale ». Créé en réaction à l'absence de réponses aux besoins et aux combats de l'époque, ce modèle de prise en charge multidisciplinaire de la santé des femmes et des couples est aujourd'hui reconnu et financé.

Évolution des publics et de la demande sociale, réformes du secteur ambulatoire et des politiques sociales... Le contexte sociopolitique de l'action sociale et de la santé change, les pratiques professionnelles et les réalités des publics aussi.

Entre rupture et continuité, quels sont les nouveaux enjeux de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Belgique ? Qui sont les acteurs de la SSR en Belgique et quels liens les CPF entretiennent-ils avec eux ? Comment répondre, seuls et avec les autres, aux questions que pose l'évolution des demandes et des politiques publiques aux associations « à profit social » et aux acteurs de la SSR sur leur identité, leur rôle et les réponses qu'elles proposent ? Comment penser le modèle de centres de planning familial dans le système de soins de santé de demain ?

Ces questions, le secteur du planning familial bruxellois doit se donner les moyens d'y répondre, surtout dans le contexte actuel de réforme du *Décret 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*. Les objectifs visés par cette réforme sont (1) d'adapter l'offre de services aux besoins de la population bruxelloise (publics de plus en plus divers et précaires, des situations de plus en plus complexes, des difficultés croissantes d'accès aux services), (2) d'intégrer les nouvelles pratiques de terrain (reconnaissance et valorisation des réponses innovantes apportées par les services ambulatoires), (3) d'améliorer la qualité des services et la cohérence entre les acteurs et secteurs. Dans ce contexte, des garanties sont annoncées : durée indéterminée des agréments des services, maintien des volumes d'emplois et des budgets, application des accords du non marchand. La FLCPF veillera attentivement à la mise en œuvre effective de ces garanties.

Consciente du stade encore précoce de ce projet de réforme, et des nombreuses modalités qu'il reste encore à définir, la FLCPF, ainsi que l'Interfédération Ambulatoire (IFA) dont elle est membre, ne manqueront toutefois pas d'assurer un travail de veille, mais aussi d'être force de proposition, afin que cette réforme se pense dans l'intérêt des travailleur.se.s du secteur social et de santé bruxellois, mais surtout dans l'intérêt des bénéficiaires de ces services de première ligne, et en particulier les services de santé sexuelle et reproductive tels que les CPF.

LA FLCPF PLAIDE POUR QUE L'ACCÈS AUX DROITS ET À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE SOIT RECONNU COMME UN DROIT SPÉCIFIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET COMPRIS COMME UN LEVIER D'ÉMANCIPATION SOCIALE. L'EXPERTISE, LA PLURIDISCIPLINARITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES SOINS OFFERTS ACTUELLEMENT PAR LES TRAVAILLEUR.SE.S DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DOIVENT ÊTRE RECONNUS ET GARANTI.

LE DÉCRET DU 23 JANVIER 2014 MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET SANTÉ RELATIVES AUX CENTRES DE PLANNING FAMILIAL ET SON ARRÊTÉ D'EXÉCUTION DU 15 MAI 2014

Le décret du 23 janvier 2014 modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action sociale et de Santé relatives aux centres de planning familial et son Arrêté d'exécution du 15 mai 2014 ont quelque peu transformé le paysage du secteur du planning familial en Région wallonne. D'un mécanisme de financement basé sur un système à points, les centres de planning familial wallons sont depuis lors financés sur base d'une enveloppe forfaitaire dont les conditions sont précisées dans l'Arrêté. Ce dernier joint à ce mode de financement un mécanisme annuel d'indexation et de majoration valable pour une durée de 5 ans, soit jusqu'au 15 mai 2019. La FLCPF appelle ardemment le.la futur.e ministre wallon.ne de l'Action sociale et de la Santé à maintenir ce mécanisme d'indexation et de majoration pour les années à venir, sans quoi il.elle plongerait les centres de planning familial wallons dans une grande difficulté financière alors même que le cadre financier déterminé en 2014 n'a jamais été adapté à la hausse aux modifications des réalités de travail sur le terrain : augmentation et complexification des demandes du public bénéficiaire, modifications des demandes des usager.ère.s qui nécessitent une adaptation des services proposés mais qui ne sont pas valorisés dans le cadre du décret actuel, services saturés et impossibilité de répondre à toutes les demandes légitimes et pertinentes des usager.ère.s, augmentation des obligations légales qui accroît la charge de travail administratif, etc. Plus globalement, il est urgent de revoir les modalités de financement des centres afin de leur permettre de poursuivre leur travail social et de promotion de la santé sexuelle et reproductive.

En ce sens, entre 2016 et 2017, les fédérations de planning familial ont réalisé une évaluation du décret et de son arrêté afin qu'ils correspondent davantage aux réalités de travail des équipes sur le terrain. Le résultat de cette évaluation a été remis à l'administration en juin 2018. La FLCPF appelle les autorités publiques wallonnes à étudier attentivement les améliorations proposées et à les mettre en œuvre dans des délais raisonnables.

Enfin, la FLCPF plaide pour une modification du mécanisme de financement de la délégation syndicale inter-centres, qui découle de l'adaptation du décret en 2014 et est réglé par une convention collective de travail signée par les deux fédérations laïque et pluraliste. En effet, l'entièreté des frais qui relèvent de la fonction de délégué.e syndical.e pour laquelle un.e travailleur.se de centre de planning a été mandaté.e est totalement à la charge du centre où le.la délégué.e réalise par ailleurs ses missions de travailleur.se social.e. Or, en 2014, au moment de la réécriture du décret, l'enveloppe financière réservée à cette représentation a été incluse dans l'enveloppe subsidiaire globale et ainsi répartie entre tous les centres de planning wallon (toutes fédérations confondues) alors que, d'une part, seuls deux centres réalisent des frais de représentation syndicale, et d'autre part, seuls les centres laïques et pluralistes sont représentés par celle-ci.

CONCERNANT LE DÉCRET WALLON DU 23 JANVIER 2014 RELATIF AUX CENTRES DE PLANNING FAMILIAL, LA FLCPF PLAIDE POUR :

- **La poursuite des mécanismes d'indexation et de majoration de la subvention au-delà du 15 mai 2019 ;**
- **Une revalorisation de l'enveloppe financière forfaitaire afin de permettre aux centres de réaliser leurs missions qui s'adaptent aux nouvelles réalités de terrain ;**
- **La mise en œuvre des propositions d'améliorations du décret déposées par les quatre fédérations de planning familial ;**
- **Un mécanisme de financement de la délégation syndicale inter-centres juste et équitable pour les centres qui engagent des frais à cet égard.**

LA RECONNAISSANCE ET LA VALORISATION DE LA FONCTION DE COORDINATEUR.RICE DE CENTRE DE PLANNING FAMILIAL

À Bruxelles, la structure et la composition de l'équipe pluridisciplinaire des centres de planning familial sont définies par les décrets du 5 mars 2009 et du 20 juillet 2016, ce dernier modifiant certaines dispositions du premier. Dans cette dernière version, il est stipulé que la « *personne chargée de la coordination générale du service* » doit être désignée parmi les travailleur.se.s de l'ASBL. Outre le fait que cette fonction n'est pas reconnue parmi la liste des fonctions pouvant bénéficier de financements publics, les missions relevant de la coordination générale ont été réduites à peau de chagrin dans la version modifiée du décret : alors que dans la version antérieure du décret, le.la coordinateur.rice général.e était chargé.e de (1) la gestion journalière de l'équipe et de son information, (2) des missions de représentation extérieure de l'ASBL et (3) du respect des conditions, normes et dispositions du décret, dans sa version modifiée, celui.celle-ci est supposé.e n'être plus que chargé.e (1) du rôle d'interlocuteur.rice vis-à-vis des services du Collège et (2) de la transmission d'informations et documents entre le Collège et l'équipe. Il s'agit là d'une description très réductrice des tâches que prennent en charge au quotidien les coordinateurs.rices des centres bruxellois. Ils et elles plaident pour une redéfinition et une valorisation financière du rôle de coordinateur.rice prenant en compte le travail réel effectué sur le terrain.

En Région wallonne, le décret du 23 janvier 2014 précise également que la gestion journalière est confiée à un membre de l'équipe du pôle « accompagnement pluridisciplinaire » qui comprend les fonctions médicale, psychologique, juridique et sociale, et facultativement les fonctions sexologiques et de conseil conjugal. Pour cette gestion journalière, le décret prévoit l'allocation d'une enveloppe annuelle de 900€ par ETP du cadre.

Pour beaucoup, ces législations ont des effets significatifs sur la capacité des équipes à mener à bien leurs missions sociales. Les autorités publiques ne consacrent pas aux structures des moyens pour répondre aux injonctions qu'elles leur adressent, avec pour effet corollaire de les fragiliser dans la réalisation de leurs missions sociales et de santé.

Or, l'évolution des modèles de gestion des structures associatives a fait de cette fonction, à l'origine bénévole, un véritable métier pour lequel la maîtrise d'une série de connaissances et de compétences pointilleuses est nécessaire. Mais la fonction de coordinateur.rice de centre de planning familial semble ne pas avoir profité du processus de professionnalisation qui a concerné le secteur dans les années 1980. La maîtrise ou non des compétences de gestion par le coordinateur.rice du centre peut avoir des effets déterminants sur le projet global de la structure et donc sur son projet social. Les équipes des centres constatent un accroissement des tâches de gestion et administratives par le biais d'obligations de plus en plus nombreuses auxquelles elles doivent répondre. Cela a pour effet de les détourner de leurs missions sociales. La demande en soins ambulatoires de la population est de plus en plus importante et de plus en plus complexe à traiter (problématique multifactorielle). A contrario, les cadres du personnel et de financement des centres restent quant à eux constants. De nombreux centres se trouvent confrontés à un phénomène de saturation et ne peuvent plus répondre à certaines demandes.

C'EST POURQUOI NOUS PLAIDONS EN FAVEUR DE LA RECONNAISSANCE DANS LES DÉCRETS DE LA FONCTION DE COORDINATEUR.RICE DE CENTRE DE PLANNING FAMILIAL, DU FINANCEMENT DE LA FORMATION CONTINUE ET D'AU MINIMUM UN DEMI ÉQUIVALENT TEMPS-PLEIN (VARIABLE EN FONCTION DU NOMBRE DE TRAVAILLEUR.SE.S) DANS CHAQUE CENTRE DE PLANNING FAMILIAL.