





Novembre 2023



## FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

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](mailto:flcpf@planningfamilial.net)  
[www.planningfamilial.net](http://www.planningfamilial.net) | [www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be) | [www.evras.be](http://www.evras.be)  
N° d'entreprise BE0 431 746 109 | IBAN BE24 0013 23 87 9238 | BIC GEBABEBB



# Table des matières

---

P. 5	<b>Table des matières</b>
P. 6	<b>Liste des acronymes</b>
P. 7	<b>Pour aller vite Nos 50 recommandations</b>
P. 17	<b>Introduction</b>
P. 18	Le planning familial et la Fédération laïque de centres de planning familial
P. 20	Mémoire
P. 21	<b>Des droits et de la santé sexuelle et reproductive</b>
P. 24	Nos recommandations générales
P. 25	<b>Améliorer les politiques de santé sexuelle et reproductive pour un accès plus large à des outils de prévention et des soins plus qualitatifs</b>
P. 26	Généraliser l'information et l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
P. 29	Garantir et améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse
P. 32	Améliorer l'accès à une contraception choisie et adaptée
P. 35	Réduire la prévalence des IST dont le VIH et les HPV
P. 38	<b>Protéger et promouvoir les droits sexuels et reproductifs des personnes vulnérables en santé sexuelle et reproductive</b>
P. 39	Éléments transversaux à propos de la situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive
P. 43	Les personnes victimes de violences basées sur le genre
P. 44	Les personnes LGBTQI+
P. 45	Les personnes en situation de handicap
P. 46	Les femmes et les minorités de genre en situation de grande précarité
P. 47	<b>Garantir un accès qualitatif, juste et équitable aux services de santé sexuelle et reproductive par le renfort des moyens et des conditions de travail des CPF</b>
P. 48	Renforcer le financement structurel
P. 51	Lutter contre la pénurie de médecins en médecine sociale et praticien·nes de l'IVG
P. 54	Garantir l'effectivité des droits dans le contexte d'informatisation des soins
P. 57	<b>La FLCPF soutient aussi...</b>
P. 58	<b>Bibliographie</b>
P. 59	<b>Sources des encarts «Chiffres-clés»</b>

# Liste des acronymes

<b>AEQUES</b>	Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur
<b>AMU</b>	Aide médicale urgente
<b>ARES</b>	Académie de recherche et d'enseignement supérieur
<b>CPF</b>	Centre de planning familial
<b>CPVS</b>	Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles
<b>DMG</b>	Dossier médical global
<b>DPP</b>	Dossier pharmaceutique partagé
<b>DSSR</b>	Droits et santé sexuels et reproductifs
<b>EVRAS</b>	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
<b>FLCPF</b>	Fédération laïque de centres de planning familial
<b>FSF</b>	Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes
<b>GACEHPA</b>	Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement
<b>HPV</b>	Human Papillomavirus
<b>HSH</b>	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LGBTQI+</b>	Lesbienne, gay, bisexuelle, trans *, queer, intersexe et plus
<b>NEETs</b>	Jeunes n'étant ni à l'emploi, ni dans l'enseignement, ni en formation
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PSH</b>	Personne en situation de handicap
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>SAM</b>	Migrante originaire d'Afrique subsaharienne
<b>TROD</b>	Test rapide à orientation diagnostique
<b>VBG</b>	Violences basées sur le genre
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VRAS</b>	Vie relationnelle, affective et sexuelle



## Pour garantir les droits sexuels et reproductifs et améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive pour tous et toutes, la FLCPF recommande prioritairement

---

- 1 D'accorder une plus grande attention à la santé sexuelle et reproductive dans le champ de la santé et en assurer une meilleure prise en compte dans le cadre des politiques de prévention et de promotion à la santé, de santé publique et d'action sociale.
- 2 De promouvoir la recherche en matière de santé sexuelle et reproductive, dans ses multiples dimensions, sans la circonscrire au VIH et aux autres IST et à la santé prénatale et maternelle.
- 3 D'œuvrer à l'adaptation des cursus de formation initiale des métiers médicaux, paramédicaux, de l'action sociale et des sciences psychologiques pour y intégrer des modules de formation médicale, sociologique, historique, psychologique et juridique en matière de santé sexuelle et reproductive pour pouvoir identifier les besoins spécifiques et informer les personnes concernées, dont celles en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive, sur leurs droits et les réorienter adéquatement et qualitativement.
- 4 Dans un objectif multiple de prévention, d'égalité des chances, d'égalité de genre, de lutte contre les discriminations et les violences, et de lutte contre le non-recours aux droits et aux soins, de financer régulièrement des campagnes publiques de communication, inclusives et adaptées, sur les sujets de la santé sexuelle et reproductive (contraception, EVRAS, IVG, etc.), sur les lois et les droits y afférents, et pour en déconstruire les idées reçues, les tabous et les préjugés.

## Pour améliorer les politiques de santé sexuelle et reproductive en vue d'offrir un accès plus large à des outils de prévention et des soins plus qualitatifs, la FLCPF recommande prioritairement

---

### EVRAS

- 5 De mettre en place un cadastre dynamique complet pour monitorer la généralisation de l'EVRAS scolaire.

---

- 6 De promouvoir et financer l'intégration pérenne de l'EVRAS dans le projet pédagogique des établissements scolaires.

---

- 7 De financer annuellement des campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention des pouvoirs organisateurs et des directions d'écoles de l'enseignement ordinaire et spécialisé.

---

- 8 De financer et pérenniser le modèle des Stratégies Concertées EVRAS pour coordonner la réflexion et la stratégie de généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire et favoriser la mise en réseau des acteurs de l'EVRAS.

---

- 9 De renforcer et soutenir le financement de l'action des centres de planning familial en matière d'EVRAS non scolaire.

---

- 10 De financer des campagnes d'information et de sensibilisation à propos de l'EVRAS à l'attention du grand public afin d'en valoriser les bénéfices et de déconstruire les idées reçues à son propos.

## IVG

- 11 D'adopter une nouvelle loi relevant du droit médical et qui assouplit les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse tel que l'allongement du délai gestationnel à 20 semaines de grossesse, la suppression du délai d'attente de 6 jours entre la première consultation et l'intervention médicale, la suppression des sanctions pénales prévues à l'encontre des bénéficiaires et des médecins, la suppression de l'obligation d'informer sur les différentes possibilités d'accueil de l'enfant à venir, la sanction de la clause de conscience institutionnelle, l'élargissement de la notion de délit d'entrave.
- 12 D'œuvrer à l'inscription dans les cursus de formation en médecine, en soins infirmiers, et de sage-femme d'un module de formation obligatoire à la médecine sociale, à la pratique de l'IVG et sur la législation y afférente.
- 13 D'organiser la gratuité de l'IVG sans distinction de statut administratif ou d'état civil.

## Contraception

- 14 D'étendre à toutes les personnes en âge de procréer l'intervention spécifique prévue par l'Arrêté Royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans et pour les bénéficiaires ayant droit à une intervention majorée et organiser dans ce cadre la gratuité réelle d'une diversité de moyens contraceptifs afin de garantir le choix de la méthode la plus adaptée.
- 15 De légaliser la délivrance de la contraception d'urgence par du personnel psycho-social spécifiquement formé à l'accueil des services agréés pour l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle, dont les centres de planning familial.
- 16 De financer des campagnes régulières de prévention à propos de la diversité des méthodes contraceptives et de leur application, sur base d'informations complètes et de qualité scientifique.
- 17 D'octroyer des budgets adaptés à la recherche et au développement afin d'autoriser la mise sur le marché d'une diversité de méthodes, tant les méthodes dites féminines que masculines.

## VIH et autres IST

- 18 De maintenir les efforts concernant les campagnes d'information et de sensibilisation, notamment sur le dépistage.

---

- 19 De favoriser l'accès anonyme et gratuit au dépistage (complet ou TROD) ainsi qu'aux traitements préventifs du VIH (PrEP et TPE), en élargissant la liste des services compétents et des professionnel·les habilité·es.

---

- 20 De systématiser les campagnes de sensibilisation à propos du dépistage des HPV auprès des femmes et personnes concernées de 25 à 64 ans, notamment par l'introduction d'un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus.

---

- 21 De systématiser les campagnes d'information et de sensibilisation sur les enjeux de la vaccination contre les HPV, à l'attention des enfants et adolescentes (9-18 ans) et de leurs parents.

---

- 22 D'élargir l'accès à et le remboursement de la vaccination contre les HPV à toutes jusque 26 ans, aux hommes gays et bisexuels (et autres HSH) jusque 40 ans, et aux personnes immunodéprimées ou vivant avec le VIH sans limite d'âge.

# Pour protéger et promouvoir les droits sexuels et reproductifs des personnes vulnérables en santé sexuelle et reproductive, la FLCPF recommande prioritairement

---

## Publics vulnérables

- 23 De développer la collecte de données statistiques et la recherche sur l'état de santé et les besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive.

---

- 24 De financer l'EVRAS non scolaire pour améliorer l'accès des publics vulnérables à une information et des outils adaptés en santé sexuelle et reproductive et pour renforcer la lutte contre les stéréotypes, les discriminations et les violences.

---

- 25 De renforcer les moyens financiers des centres de planning familial pour permettre à leurs professionnel·les de se former aux réalités et besoins spécifiques de différents publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.

---

- 26 D'informer, former et sensibiliser l'ensemble des professionnel·les psycho-(para)médico-socio-éducatives et les professionnel·les de la police et de la justice sur les droits et besoins des publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive, et à l'identification des mécanismes de discriminations et de violences.

---

- 27 D'améliorer l'accès financier à l'aide et aux soins en santé sexuelle et reproductive des publics ayant des besoins particuliers en matière de prise en charge, notamment via la création de codes INAMI spécifiques ou la généralisation de la pratique du tiers-payant.

## Violences

- 28 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes victimes de violences basées sur le genre les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.
- 29 De pérenniser et poursuivre le déploiement des Centres de Prise en charge des Victimes de violence sexuelles (CPVS).
- 30 De clarifier le cadre juridique dans le sens de garantir un cadre de travail protecteur aux professionnel·les de la première ligne d'aide et de soins lors de situation de suspicion de violences, en particulier à l'égard de mineures, afin de faciliter la levée du secret professionnel.
- 31 De renforcer les réponses d'hébergements d'urgence à destination des victimes de violences par des financements durables et adaptés des structures existantes et la création de nouvelles.

## LGBTQI+

- 32 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes LGBTQI+ les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.
- 33 De favoriser le remboursement des soins gynécologiques et urologiques pour les personnes transgenres et les personnes intersexuées, y compris l'IVG, l'ensemble des moyens de contraception et les autres soins de santé genrés.
- 34 De faciliter l'accès aux soins de santé spécifiques (thérapies hormonales, chirurgies d'affirmation de genre...) pour les personnes transgenres et intersexuées, et leur assurer le libre choix des professionnel·les de santé en ne conditionnant pas leur remboursement à une prise en charge par une clinique de genre ou un hôpital de référence.

## Handicap

- 35 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes en situation de handicap les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.
- 36 De renforcer les moyens financiers des centres de planning familial afin de procéder à des aménagements pour développer l'accès de leur service aux personnes en situation de handicap (accès PMR, matériel adapté, supports visuels, etc.).
- 37 De soutenir le développement de projets qui facilitent les rencontres entre PSH et adapter les modes de subventionnement des institutions afin de favoriser la vie relationnelle, affective et sexuelle des bénéficiaires et de leurs partenaires, en particulier lors qu'ils et elles ne sont pas usagères des mêmes institutions.

## Précarité

- 38 D'appliquer de manière spécifique aux publics des femmes et minorités de genre vivant en situation de (très) grande précarité les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.
- 39 De former les travailleuses de l'aide sociale de première ligne (notamment des CPAS) aux enjeux de santé publique et aux réalités psychosociales et juridiques de l'IVG afin de lutter contre l'entrave et le non-recours à l'AMU dans le cadre de demande d'interruption de grossesse.
- 40 De développer une procédure d'aide médicale urgente simplifiée et accélérée pour permettre à toute personne qui le demande de bénéficier gratuitement d'une IVG dans les délais prescrits par la loi, de la contraception d'urgence ainsi que de traitements et de soins préventifs (dépistage, PrEP, TPE) et des autres IST dans les délais prescrits par les recommandations médicales.

## Pour garantir un accès qualitatif, juste et équitable aux services de santé sexuelle et reproductive, la FLCPF recommande prioritairement

---

- 41 De financer la fonction de coordination et de gestion administrative au minimum à hauteur d'un équivalent temps plein, calculé sur la base moyenne d'une ancienneté de 10 ans et d'un barème 1/80.

---

- 42 De valoriser et financer le travail de réseau, de concertation et la collaboration entre acteurs de la première ligne, mais aussi avec les acteurs spécialisés, pour la prise en charge et l'accompagnement pluridisciplinaire des bénéficiaires, et particulièrement des personnes en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive.

---

- 43 De valoriser et financer le développement de la fonction 0,5 (ou inclusive) en centre de planning familial et permettre une prise en charge adaptée des personnes aux besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

---

- 44 De revaloriser de manière pérenne les frais de fonctionnement.

---

- 45 D'œuvrer à l'inscription dans les cursus de formation en médecine, en soins infirmiers, et de sage-femme d'un module de formation obligatoire à la médecine sociale, à la pratique de l'IVG et sur la législation y afférent.

---

- 46 De revaloriser le financement des centres de planning familial pour la rémunération des médecins indépendantes.

---

- 47 D'étendre la liste des actes (para)médicaux pouvant être réalisés par les sages-femmes dont la prescription et la délivrance des médicaments pour les IVG médicamenteuses, l'assistance des médecins pour les IVG chirurgicales, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, la prescription et la délivrance de l'ensemble des contraceptifs disponibles aussi en-dehors du post-partum, la prescription et la pose du dispositif intra-utérin, la prescription pour les dépistages du VIH et des autres IST.
- 
- 48 D'octroyer un n° INAMI à chaque centre de planning familial en les intégrant à la liste des dispensateurs de soins.
- 
- 49 D'invisibiliser complètement sur le relevé des prestations et des remboursements les pseudo-codes INAMI relatifs à l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée.
- 
- 50 De mettre en place une procédure automatique, commune à toutes les mutuelles, de masquage des informations relatives aux prestations et remboursements des personnes à charge à partir de l'adolescence (âge à déterminer, par ex. 12 ans).
-



# Le planning familial et la Fédération laïque de centres de planning familial

Les débuts du planning familial en Belgique ont été marqués par le paradoxe – créé par le législateur – de l’interdiction de la promotion de la contraception d’une part et de l’avortement d’autre part. Plusieurs affaires retentissantes font prendre conscience de l’incohérence d’une législation qui condamne l’interruption de grossesse tout en interdisant l’information sur la contraception, pourtant premier outil de prévention des grossesses non désirées, et reste impuissante devant l’avortement clandestin et ses graves conséquences.

C’est dans ce contexte que sont créés au début des années ’60 les premiers centres de planning familial (CPF) en Belgique, à Gand d’abord, à Bruxelles ensuite. L’époque sera aussi marquée par l’apparition de la pilule contraceptive qui va opérer une véritable révolution dans le domaine de la planification familiale. Au début des années ’70, « l’affaire Peers » fera éclater au grand jour la lutte pour la dépenalisation de l’interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette affaire conduira à l’abrogation de la loi de 1923 sur la contraception et amènera les CPF à prendre ouvertement position en faveur de la dépenalisation totale de l’IVG. Certains décideront alors d’en pratiquer eux-mêmes dans le cadre de leurs consultations : c’est l’origine du Groupe d’Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l’Avortement (GACEHPA) dont la majorité des membres sont également affiliés à la Fédération francophone belge pour le Planning familial et l’Éducation sexuelle, première dénomination de l’actuelle Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF).

Née en 1972 du regroupement des premiers centres de planning familial francophones en Belgique, la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial est la première fédération de centres de planning familial. Elle regroupe aujourd’hui 42 CPF wallons et bruxellois. La moitié de ses membres pratiquent des interruptions volontaires de grossesse. La FLCPF est également le représentant francophone auprès de l’International Planned Parenthood Federation (IPPF) au travers de son association membre – la Fédération belge pour la santé et les droits sexuels et reproductifs – qu’elle compose avec Sensoa, Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

**Depuis l’origine, l’objet social de la FLCPF est la promotion et la défense de la santé<sup>1</sup> et des droits sexuels et reproductifs comme 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 chacun·e a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d’accéder à des services qui appuient ce droit.**

1 – À comprendre tel que l’Organisation Mondiale de la Santé définit la santé, à savoir « 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. 2022. « Constitution de l’Organisation Mondiale de la Santé ». En ligne. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>. Consulté le 19 octobre 2022.

Cet objet social articule les différents services de la fédération autour de la protection des acquis, l'extension de leur champ d'application et la promotion de la qualité et de la spécificité du travail des centres de planning familial. En effet, elle poursuit également son but par la coordination et le soutien de ses centres de planning familial membres. Elle mène et réalise diverses actions qui visent à renforcer le pouvoir d'agir des individus sur leurs conditions de vie, de pouvoir opérer des choix éclairés et d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, dans une perspective de bien-être global et d'émancipation individuelle et collective sans aucune discrimination quelle qu'elle soit.

Si l'histoire ancre les débuts du planning familial dans les combats pour les droits à l'avortement et à la contraception, il serait réducteur de limiter l'action des centres de planning à ces seuls champs de la santé sexuelle et reproductive. L'épidémie du sida dans les années '80 et '90 mèneront les centres à développer un travail de prévention dans les écoles et à assoir les bases d'une future politique de généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Dans les années 2000, dans un contexte d'avancée des droits pour les personnes LGBTQI+, le planning familial s'engage sans équivoque en faveur de l'autodétermination en matière d'orientations sexuelles et d'identités de genre. En 2009, en devenant le centre de ressources « Sexualité & Handicap » bruxellois, la FLCPF et ses membres entendent visibiliser les droits universels mais les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap en matière de santé et de vie relationnelle, affective et sexuelle. Ou encore en 2015, dans le contexte de crise migratoire, la fédération et les centres se dressent aux côtés des migrantes du Parc Maximilien et s'engagent pour la défense des droits sexuels et reproductifs des publics en situation de grande précarité.

Depuis 1999, la FLCPF s'affiche comme laïque dans son intitulé, finalement en conformité avec les valeurs qui ont présidé à sa création. La laïcité doit ici être comprise comme une conception du monde et de l'organisation de la cité, un choix de société. Pour paraphraser le philosophe français André Comte-Sponville, « *d'un point de vue laïque, les droits de l'homme* », qui incluent les droits sexuels et reproductifs, « *ne sont pas une idéologie, encore moins une religion. Ce n'est pas une croyance, c'est une volonté. Pas une opinion, une loi. On a le droit d'être contre. Pas de les violer* »<sup>2</sup>.

Notre fédération se veut aussi féministe et indépendante. 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 ou 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.

---

2 — COMTE-SPONVILLE A. *Dictionnaire philosophique*. PUF, 2001

# Mémoire

---

C'est pourquoi, à l'approche de nouvelles élections régionales et fédérales et d'une nouvelle législature, la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial formule dans son nouveau mémoire 50 recommandations. **Toutes ont pour objectif final d'améliorer l'accès aux et de garantir la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive dans notre pays**, traduction la plus effective de la protection et de la réalisation des droits sexuels et reproductifs, droits humains protégés par plusieurs textes internationaux, européens et belges.

Après une brève présentation de ce que sont les droits sexuels et reproductifs, ce mémoire expose en trois sections plusieurs enjeux et recommandations.

La première section traite d'enjeux et formule des recommandations relatives à l'amélioration de politiques de santé sexuelle et reproductive pour un accès plus large à des outils de prévention et des soins plus qualitatifs.

La seconde section traite d'enjeux et formule des recommandations transversales et spécifiques relatives à la protection et la promotion des droits sexuels et reproductifs des publics particulièrement vulnérables en la matière, en mettant en exergue les réponses à apporter pour tenir compte de leurs besoins spécifiques.

La troisième section traite d'enjeux et formule des recommandations relatives à l'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive par le renfort des moyens et des conditions de travail des centres de planning familial.

---



**A** l'origine, les centres de planning familial sont issus d'initiatives personnelles beaucoup plus que d'organisations ou de groupes constitués. Des militants et militantes se réunissent pour agir dans une optique de libre examen. C'est ainsi que plus de 20 ans de désobéissance citoyenne et de pratique illégale de l'interruption volontaire de grossesse, au risque d'arrestations et de procès, conduiront à un changement de législation. Ce combat est à l'origine de celui qui vise à la reconnaissance des **droits sexuels et reproductifs comme des droits humains fondamentaux pour toutes et tous**.

La **santé sexuelle** est définie comme un état global de « bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité »<sup>3</sup>. Pour avoir les meilleures chances d'être en bonne santé sur le plan sexuel et reproductif, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués. Ces principes et valeurs sur lesquels se fonde l'action de la FLCPF s'inscrivent dans le cadre des références internationales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Les **droits sexuels**, tels que présentés dans la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF, sont des droits humains fondamentaux, et sont par définition universels, inaliénables et indivisibles. L'État doit dès lors garantir le respect, la protection et la sauvegarde des droits sexuels de chacun·e et créer les conditions lui permettant de prendre et de réaliser des décisions autonomes pour sa propre vie et être respectés dans ses choix. Ceci implique d'une part **l'absence de toute forme de discrimination ou de stigmatisation**, quelle qu'elle soit par exemples de race, de religion, de genre, de handicap, d'orientation sexuelle, philosophique ou politique, basée sur l'âge, sur 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 et vulnérables, aux informations, à l'éducation et aux prestations dont ils ont besoin en matière de sexualité et de santé sexuelle**. Toutes et tous, de manière universelle mais proportionnée, « doivent disposer des moyens d'agir pour prendre des décisions concernant leur santé et leur bien-être, les soins et les traitements qu'ils choisissent et reçoivent, et accéder au système de santé »<sup>4</sup>.

Cette approche fondée sur les droits s'appuie sur un ensemble de traités et de déclarations d'envergure mondiale, dont la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 qui reconnaît « le droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction »<sup>5</sup>.

Lutter contre la discrimination et la stigmatisation et pour l'accès universel et proportionné aux services de santé sexuelle et reproductive implique de développer une démarche de **prévention et de promotion inclusive de toutes les diversités** qui composent notre société ; de la diversité des orientations sexuelles, des identités de genre et des caractéristiques sexuées, de la diversité des corps, des origines

3 — Organisation Mondiale de la Santé (2022). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. En ligne <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>. Consulté le 19 octobre 2022.

4 — International Planned Parenthood Federation (2008). Déclaration des droits sexuels de l'IPPF. International Planned Parenthood Federation, Royaume-Uni : Londres. Disponible en ligne : <https://www.ippf.org>

5 — Nations Unies (1995). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Nations Unies, New York. En ligne <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/27/PDF/N9523127.pdf?OpenElement>

raciales, du statut socio-économique et administratif, de la diversité des handicaps, physiques, mentaux, légers, lourds... cette diversité doit également apparaître dans l'information et l'éducation qui doivent être adaptées aux publics auxquels elles sont destinées, **sous peine de renforcer le non-recours aux droits et aux soins.**

En inscrivant la dignité et les besoins des bénéficiaires au centre de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques de soins de santé sexuelle et reproductive, il s'agit d'assurer le respect, la protection et la réalisation des droits humains de chacune et chacun et de protéger son choix, libre et éclairé. Selon l'IPPF, **ces droits sont le droit à l'information, le droit à l'accès, le droit de choisir, le droit à la sécurité, le droit à l'intimité, le droit à la confidentialité, le droit à la dignité, le droit au confort, le droit à la continuité et le droit à la liberté d'opinion** en ce qui concerne sa santé sexuelle et reproductive.

Or, aujourd'hui, ces objectifs de protection des droits et d'accès à l'information, à l'éducation et aux soins de santé sexuelle pour toutes et tous butent sur :

- La montée des conservatismes et la remise en cause - parfois détournée, de plus en plus frontale - 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, la race, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, philosophique ou politique, l'âge, 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.

Si grâce aux mouvements féministes, ces dernières années ont été marquées par des évolutions notables en matière de libération de la parole autour de l'égalité des genres, de la lutte contre les violences et les discriminations basées sur le genre, et plus largement en matière de droits sexuels, ce domaine de la santé reste malgré tout encore trop couvert de tabous. Cette chape de plomb est entretenue par le désintérêt de l'État, des institutions médicales, universitaires et académiques qui accordent encore bien trop peu de crédit à cet aspect de la santé, notamment en matière de recherche et de formation des professionnel·les. Contrairement à d'autres régions francophones du globe, tel que la France, la Suisse ou le Québec, la Belgique ne s'empare guère, ou que de manière fragmentée, de ce champ de la santé dans ses politiques de santé publique, de recherche scientifique et de formation. Il en découle une invisibilisation de ces enjeux de santé, qui restent trop peu connus, faute notamment de données et de statistiques officielles exploitables. À l'exception de la santé maternelle et infantile et de la prévalence du VIH et des autres IST, parfois de la contraception, le reste du domaine de la santé sexuelle et reproductive reste trop peu documenté. Cet état de fait concourt à la culture du tabou et participe à l'absence de mesure et d'évaluation possible de l'état de santé sexuelle et reproductive de la population.

## Nos recommandations générales

**Afin de garantir les droits sexuels et reproductifs et d'améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive pour tous et toutes, nous recommandons prioritairement :**

- 1 D'accorder une plus grande attention à la santé sexuelle et reproductive dans le champ de la santé et en assurer une meilleure prise en compte dans le cadre des politiques de prévention et de promotion à la santé, de santé publique et d'action sociale. **Les réformes de la première ligne d'aide et de soins** bruxelloise (Plan Social-Santé Intégré) et wallonne (Proxisanté) en devraient être les premières occasions.
- 2 De promouvoir la recherche en matière de santé sexuelle et reproductive, dans ses multiples dimensions, sans la circonscrire au VIH et aux autres IST et à la santé prénatale et maternelle.
- 3 D'œuvrer à l'adaptation des cursus de formation initiale des métiers médicaux, paramédicaux, de l'action sociale et des sciences psychologiques pour y intégrer des modules de formation médicale, sociologique, historique, psychologique et juridique en matière de santé sexuelle et reproductive pour pouvoir identifier les besoins spécifiques et informer les personnes concernées, dont celles en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive, sur leurs droits et les réorienter adéquatement et qualitativement.
- 4 Dans un **objectif multiple de prévention, d'égalité des chances, d'égalité de genre, de lutte contre les discriminations et les violences, et de lutte contre le non-recours aux droits et aux soins**, de financer régulièrement des campagnes publiques de communication, inclusives et adaptées, sur les sujets de la santé sexuelle et reproductive (contraception, EVRAS, IVG, etc.), sur les lois et les droits y afférents, et pour en déconstruire les idées reçues, les tabous et les préjugés.

Améliorer  
les politiques  
de santé sexuelle  
et reproductive pour  
un accès plus large  
à des outils  
de prévention  
et des soins  
plus qualitatifs



# Généraliser l'information et l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

## Enjeu

La promotion de la santé sexuelle et reproductive, et la protection des droits y afférent, impliquent le droit à une éducation et à une information fiable, complète, adaptée et de qualité. L'accès à ce droit garantit que les décisions individuelles prises en matière de santé sexuelle et reproductive le soient dans le cadre d'un consentement libre et informé, dans le respect de soi et des autres, et dans une visée émancipatrice. Or, l'accès à cette éducation et information est loin d'être généralisé, et particulièrement auprès des personnes qui souffrent le plus des inégalités sociales de santé.

## Objectifs

- I. Généraliser l'EVRAS en milieu scolaire : toutes les élèves scolarisées dans l'enseignement obligatoire en Fédération Wallonie-Bruxelles doivent bénéficier d'un parcours EVRAS continu, quel que soit leur parcours scolaire, et adapté à leurs besoins.
- II. Accroître l'accès effectif à une information et une EVRAS adaptées pour les publics les plus touchés par les inégalités sociales et les plus éloignés de l'information en matière de santé sexuelle et reproductive.

## Développement

Combat historique du planning familial, l'accès à une information et une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle **de qualité et adaptée pour l'ensemble de la population, y compris les groupes vulnérables, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie**, est au cœur de nos préoccupations et nos missions. L'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 large. La finalité de l'EVRAS est que chacun·e puisse s'épanouir sexuellement et affectivement, tant physiquement qu'émotionnellement, dans la liberté, l'égalité, le respect et la responsabilité envers l'autre et soi-même.

Si à ses origines, l'EVRAS soutenait principalement une approche de prévention en matière de sexualité (du VIH, des IST, des grossesses non désirées, etc.), aujourd'hui d'autres enjeux justifient toujours plus d'y recourir : ceux du sexisme (60 % des jeunes belges subissent des pressions pour se conformer à l'image

stéréotypée de l'homme ou de la femme), des violences sexuelles (une Belge sur deux a déjà été exposée à une forme de violence sexuelle), ou encore de l'inceste, de la pornographie, du harcèlement.

Malgré son inscription depuis 2012 dans le décret définissant les missions prioritaires de l'école et la signature en 2013 d'un Protocole d'Accord relatif à la généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire entre la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), la Région wallonne et la Commission communautaire française (COCOF), cette généralisation peine à se réaliser et **beaucoup d'élèves de l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire et spécialisé, n'en bénéficient pas**. Face à ce constat, la FLCPF et O'Yes lancent fin 2018 l'initiative de rassembler une trentaine d'acteurs des mondes associatif, universitaire et de l'enseignement pour former les Stratégies Concertées EVRAS (SCE). Les objectifs originaux de ce projet sont (1) la recherche d'un consensus autour d'un référentiel opérationnel en matière d'EVRAS scolaire et (2) le renforcement de la pertinence et de la cohérence des pratiques et des contenus en regard des normes de qualité internationales et des besoins des jeunes.

Grâce au plaidoyer de la Plateforme EVRAS dont la FLCPF est membre, les trois entités politiques francophones entament en 2020 de nouvelles discussions en faveur d'une révision du Protocole d'Accord. Le nouvel Accord de coopération qui en découle est voté par les trois parlements en septembre 2023 et développe davantage les balises d'une réelle politique publique de généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire. La FLCPF salue et se réjouit de cette avancée bien que de nombreux défis restent à relever.

Promouvoir la généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire est stratégique. L'obligation scolaire s'appliquant dès 5 ans, c'est à travers ce public-cible que l'on peut toucher un maximum de jeunes aujourd'hui mais aussi « investir » dans la quasi-totalité des adultes de demain. Mais il serait erroné de croire que cette stratégie dispense de généraliser l'EVRAS dans d'autres milieux de vie et à d'autres âges. En Belgique, **nombre de personnes sont encore privées d'un accès à l'information relative à leur santé sexuelle**. 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 toutes à l'EVRAS, entravant ainsi leur droit fondamental « d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » reconnu en 1994 dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) et réaffirmé lors de la Conférence Mondiale des Femmes (Pékin, 1995).

## Chiffres clés

**Moins de 15%** des élèves bruxelloises ont déjà bénéficié d'une animation EVRAS à l'école.

**Moins de 10%** des élèves wallonnes ont déjà bénéficié d'une animation EVRAS à l'école.

## Recommandations

**Pour généraliser l'EVRAS en milieu scolaire, nous recommandons prioritairement :**

- 5 De mettre en place un cadastre dynamique complet pour monitorer la généralisation de l'EVRAS scolaire.
- 6 De promouvoir et financer l'intégration pérenne de l'EVRAS dans le projet pédagogique des établissements scolaires.
- 7 De financer annuellement des campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention des pouvoirs organisateurs et des directions d'écoles de l'enseignement ordinaire et spécialisé.
- 8 De financer et pérenniser le modèle des Stratégies Concertées EVRAS pour coordonner la réflexion et la stratégie de généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire et favoriser la mise en réseau des acteurs de l'EVRAS.

**Pour améliorer l'accès effectif à une information et une EVRAS adaptées à l'attention des publics les plus touchés par les inégalités sociales et les plus éloignés de l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, nous recommandons prioritairement :**

- 9 De renforcer et soutenir le financement de l'action des centres de planning familial en matière [d'EVRAS non-scolaire](#).
- 10 De financer des campagnes d'information et de sensibilisation à propos de l'EVRAS à l'attention du grand public afin d'en valoriser les bénéfices et de déconstruire les idées reçues à son propos.

### Niveaux de compétences

- Fédération Wallonie-Bruxelles
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

# Garantir et améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse

## Enjeu

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse est un droit fondamental à disposer de son corps et un enjeu de santé publique. En Belgique, le cadre légal prévoit toujours des conditions qui restreignent le droit à l'IVG, ainsi que des sanctions pénales à l'égard des femmes et personnes qui y ont recours et des médecins en cas de non-respect de celles-ci. Par ailleurs, les autorités publiques n'organisent pas suffisamment les conditions d'un accès effectif à ce droit sur le terrain.

## Objectifs

- I. Développer et garantir un cadre juridique et politique favorable à l'IVG.
- II. Assurer un système de santé favorable à l'IVG, accessible à toutes et tous, abordable et efficace.

## Développement

En Belgique, l'IVG a été partiellement dépénalisée le 3 avril 1990. À cette époque, l'avortement était toujours interdit sauf exceptions et respect simultané de plusieurs conditions (délai gestationnel de 12 semaines de grossesse maximum, délai de 6 jours entre la première consultation et l'intervention médicale, etc). Mais chaque année, parce qu'elles ont dépassé le délai prévu par la loi, environ 500 femmes et personnes concernées se déplacent aux Pays-Bas pour bénéficier d'une IVG, au prix d'un peu plus de 1000€. Une autre réalité est aussi celle des femmes et personnes concernées qui n'ont pas les moyens – financiers et/ou logistiques – de recourir à l'avortement à l'étranger et qui devront, par conséquent, assumer une grossesse, un accouchement et un enfant non désirés.

C'est avec regret que la FLCPF a reçu le vote, le 15 octobre 2018, de la nouvelle loi qui ne modifie rien, ou presque, des conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Si quelques modifications législatives sont saluées, cela n'implique que peu de changements sur le plan pratique, c'est-à-dire dans l'accès effectif et facilité à l'IVG.

Car il ne suffit pas que la loi garantisse un droit ; encore faut-il organiser les conditions qui permettent de le réaliser concrètement. L'un des défis aujourd'hui relève du recrutement de médecins formés à la pratique de l'IVG. L'OMS dé-

crit le manque de personnel formé comme l'un des obstacles les plus critiques limitant l'accès aux soins pour l'avortement sécurisé. Depuis plusieurs années, le secteur alerte les autorités publiques sur la [difficulté croissante que les centres de planning familial rencontrent à recruter des médecins formés à la pratique de l'IVG](#), dans le contexte plus global de pénurie de médecins. Cette situation est d'autant plus problématique que près de 85% des IVG en Belgique sont réalisées dans les centres extrahospitaliers.

L'accessibilité financière est également déterminante. Si le coût de l'intervention [n'est pas pris en charge par la mutuelle](#), celui-ci s'élève à plus de 550 euros, ce qui peut représenter un frein évident. Les personnes en situation de séjour irrégulier peuvent théoriquement recourir à l'aide médicale urgente (AMU), [mais cette procédure est dans la pratique largement inadaptée à l'IVG](#) et les situations de non-recours sont nombreuses.

Alors qu'environ 18 000 interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées en Belgique chaque année, et que plusieurs centaines de femmes et personnes concernées ne peuvent y recourir, la loi du silence entoure toujours l'avortement : les bénéficiaires parlent peu de leur avortement et un sentiment de honte et de culpabilité pèse encore trop souvent sur les personnes qui choisissent d'interrompre une grossesse. Ce silence permet aux discours anti-choix de proliférer, notamment sur les réseaux sociaux et sur internet. Les campagnes de désinformation menées par les activistes anti-avortement ne font qu'amplifier le stigma qui entoure le recours à l'interruption volontaire de grossesse et constituent parfois de véritables entraves à l'accès à l'IVG.

La FLCPF continue de **défendre le droit à l'avortement** et considère que l'accès à l'IVG est un **droit fondamental des femmes et personnes concernées à disposer de leur corps, ainsi qu'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 d'attente de 6 jours.

## Chiffres clés

**12** est le nombre maximal de semaines de grossesse pour recourir à l'IVG en Belgique.

**500** femmes et personnes concernées environ doivent recourir à l'IVG aux Pays-Bas chaque année.

## Recommandations

**Pour assurer un cadre juridique et politique favorable à l'IVG, nous recommandons prioritairement :**

- 11 D'adopter une nouvelle loi relevant du droit médical et qui assouplit les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse tel que l'allongement du délai gestationnel à 20 semaines de grossesse, la suppression du délai d'attente de 6 jours entre la première consultation et l'intervention médicale, la suppression des sanctions pénales prévues à l'encontre des bénéficiaires et des médecins, la suppression de l'obligation d'informer sur les différentes possibilités d'accueil de l'enfant à venir, la sanction de la clause de conscience institutionnelle, l'élargissement de la notion de délit d'entrave.

**Pour assurer un système de santé favorable à l'interruption volontaire de grossesse, accessible à toutes, abordable et efficace, nous recommandons prioritairement :**

- 12 D'œuvrer à l'inscription dans les cursus de formation en médecine, en soins infirmiers, et de sage-femme d'un module de formation obligatoire à la médecine sociale, à la pratique de l'IVG et sur la législation y afférente.
- 13 D'organiser la gratuité de l'IVG sans distinction de statut administratif ou d'état civil.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Fédération Wallonie-Bruxelles

# Améliorer l'accès à une contraception choisie et adaptée

## Enjeu

Toute personne en âge de procréer doit pouvoir s'approprier la démarche contraceptive et choisir la méthode qui lui convient le mieux en fonction de sa situation personnelle, sociale et relationnelle, afin d'avoir le choix d'avoir des enfants, quand et combien. Ceci conditionne fortement l'efficacité contraceptive, or cette liberté de choix n'est pas, dans la pratique, organisée de manière optimale.

## Objectifs

- I. Adapter les cadres législatifs afin de faciliter pour tous.tes l'accès à la contraception la plus adaptée et au moindre coût.
- II. Accroître l'accès à une information globale, exacte et adaptée au grand public, concernant les différentes méthodes contraceptives et leur application.

## Développement

La contraception hormonale est l'une des innovations majeures du 20ème siècle pour les femmes qui y ont trouvé un moyen efficace de maîtriser leur fertilité. La pilule contraceptive est aujourd'hui la méthode de contraception la plus prescrite et la plus utilisée dans le monde. Pourtant, il existe un grand nombre de contraceptions : si certaines sont connues de toutes et tous (préservatifs, pilules, dispositifs intra-utérins), d'autres (cape cervicale, implant, progestatifs injectables, anneau vaginal, diaphragme, patch hormonal ou encore la vasectomie et la stérilisation) sont davantage ignorées par les femmes\*<sup>6</sup>, les hommes\*<sup>7</sup>, et les médecins. Cette ignorance partagée peut amener les femmes\* à vivre un long **parcours d'errance contraceptive, augmentant le risque de grossesse non désirée.**

La majorité de ces méthodes contraceptives s'adressent aux femmes\*. Outre les préservatifs et la vasectomie, les hommes\* n'ont pas d'autres moyens fiables et scientifiquement valides de gérer leur fertilité et d'assumer une part de la charge contraceptive au sein du couple. C'est pourquoi il importe de soutenir la recherche et le développement de nouvelles méthodes contraceptives testiculaires afin d'en accroître la diversité sur le marché.

6 — En matière de contraception, lorsque nous utilisons le terme « femme », nous le faisons suivre d'un astérisque pour identifier les femmes cisgenre et les personnes disposant d'organes reproducteurs féminins. Nous n'utilisons pas le terme « femmes et personnes concernées », comme pour d'autres thématiques, car cela peut porter à confusion quant aux personnes visées, puisque toute personne en âge de procréer, en ce compris les hommes cisgenre donc, est supposée être concernée par sa contraception. Or, à ce sujet, il paraît important de continuer à souligner l'inégalité de genre qui persiste en matière de prise en charge de la fertilité.

7 — Hommes cisgenres et personnes disposant d'organes reproducteurs masculins.

Toutefois, afin de permettre à chacune de faire valoir son droit à disposer de son corps, l'accessibilité à une diversité de méthodes ne suffit pas. Le coût financier de la contraception est aussi un obstacle à son accès, ou à un usage adapté de celle-ci ; certaines personnes pouvant opter pour une méthode moins coûteuse mais inadaptée. Il est encore tôt pour évaluer les bénéfices de l'extension de l'intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les bénéficiaires jusqu'à 25 ans (entrée en vigueur en 2020), mais les médecins-expertes composant le comité scientifique chargé de l'étude et de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'IVG en Belgique (2023) ont estimé plausible l'effet du remboursement des contraceptifs pour les jeunes de moins de 21 ans à partir de 2004 sur le taux d'avortement décroissant dans ces tranches d'âge. À l'inverse, le nombre d'IVG dans la tranche d'âge des 25-39 ans augmente, tout comme l'âge moyen des personnes qui recourent à l'IVG (de 27,32 ans en 2011 à 29,22 ans en 2021). Au regard de ces chiffres, le comité scientifique lui-même **recommande l'extension au-delà de 25 ans de l'intervention spécifique** dans le coût des contraceptifs. Par ailleurs, il convient de répéter que la promotion de contraceptifs génériques participe aussi à l'accessibilité financière.

Il est également utile de rappeler qu'une grossesse non désirée peut survenir dans diverses situations et qu'aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100%. Ainsi, le recours à la contraception d'urgence s'avère dès lors parfois nécessaire. Si l'accessibilité notamment financière à la pilule d'urgence s'est vue grandement améliorée ces dernières années, son accessibilité physique et informationnelle pose encore des difficultés. C'est pourquoi, pour renforcer celle-ci, nous plaidons pour **la légalisation de la délivrance de la pilule d'urgence par du personnel psycho-social** dans les centres de planning familial. Cette mesure renforcerait et protégerait le droit de recourir à la contraception d'urgence gratuitement, en toute confidentialité, en bénéficiant d'un accompagnement et d'une prise en charge globale appropriée, par des professionnel·les spécifiquement formé·es à la santé sexuelle et reproductive.

## Chiffres clés

**29,22** est l'âge moyen des femmes et personnes concernées qui recourent à l'IVG en 2021.

**91,1/100** est le score de la Belgique en 2023 en matière d'accès aux moyens contraceptifs et à des services de conseils et d'information. Bien que ce nombre soit élevé et remarquable, il diminue depuis 2020, année où il était de 96,4 !

## Recommandations

**Pour adapter les cadres législatifs de manière à faciliter l'accès à toutes à la contraception la plus adaptée et au moindre coût, nous recommandons prioritairement :**

14 D'étendre à toutes les personnes en âge de procréer l'intervention spécifique prévue par l'Arrêté Royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans et pour les bénéficiaires ayant droit à une intervention majorée et organiser dans ce cadre la gratuité réelle d'une diversité de moyens contraceptifs afin de garantir le choix de la méthode la plus adaptée.

15 De légaliser la délivrance de la contraception d'urgence par du personnel psycho-social spécifiquement formé à l'accueil des services agréés pour l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle, dont les centres de planning familial.

**Pour accroître l'accès à une information globale, exacte et adaptée concernant les différentes méthodes contraceptives, nous recommandons prioritairement :**

16 De financer des [campagnes régulières de prévention](#) à propos de la diversité des méthodes contraceptives et de leur application, sur base d'informations complètes et de qualité scientifique.

17 D'octroyer des budgets adaptés à la recherche et au développement afin d'autoriser la mise sur le marché d'une diversité de méthodes, tant les méthodes dites féminines que masculines.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Fédération Wallonie-Bruxelles
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

# Réduire la prévalence des IST dont le VIH et les HPV

## Enjeu

Si le **VIH** est aujourd'hui très bien pris en charge sur le plan médical jusqu'à en contrôler la virémie et empêcher la transmission par voie sexuelle, son dépistage reste insuffisant tant sur le plan de sa précocité que de sa fréquence chez les populations particulièrement touchées par cette épidémie (HSH, SAM, etc.). Quant aux **papillomavirus humains (HPV)**, ils peuvent causer différents types de cancers sans distinction de genre. Combiner des dépistages réguliers avec la vaccination réduit considérablement le risque. Or, tant l'un que l'autre sont sous-exploités.

## Objectifs

- I. Accroître l'accès des populations clés aux outils de prévention, de réduction des risques et de dépistage du **VIH et des autres IST**.
- II. Développer la politique de prévention des **HPV** par l'augmentation du taux de couverture vaccinale pour toutes, tout en augmentant la fréquence des dépistages indiqués, notamment par le biais de l'information et de la sensibilisation.

## Développement

Les hommes gays et bisexuels, ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), et les personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne (SAM), dont une grande part des femmes, sont largement surreprésenté·es parmi les nouvelles contaminations au **VIH**. Les autres personnes migrantes, les personnes transgenres, les travailleurs·euses du sexe, les usager·es de drogues injectables et les personnes détenues sont également particulièrement exposé·es. Ces mêmes groupes sont également disproportionnellement touchés par d'autres IST comme la **chlamydia, la gonorrhée et la syphilis**.

La Belgique fait partie des pays d'Europe occidentale affichant les taux les plus élevés de nouveaux diagnostics d'infection **au VIH** (6,3/100 000 habitant·es). 30% des diagnostics positifs enregistrés en 2021 ont été posés tardivement. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) peuvent ignorer qu'elles sont séropositives pendant un temps considérable avant le diagnostic. Elles ne peuvent dès lors pas bénéficier d'un traitement efficace et contri-

buer involontairement à la transmission de l'infection à VIH. En 2020, il est estimé que 8,5% des PVVIH ignorait leur statut sérologique.

Dans ce contexte, il est primordial de **renforcer les stratégies de dépistage**, notamment du VIH par le TROD (test rapide à orientation diagnostique).

Les **HPV** font partie des infections sexuellement transmissibles les plus répandues : environ 70 à 80% de la population sexuellement active sera en contact avec ces virus au cours de sa vie sexuelle. Près d'une quinzaine de souches sont à l'origine de condylomes ou de lésions précancéreuses qui peuvent engendrer des cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis et de la gorge.

En matière de lutte contre les HPV, il est essentiel d'augmenter le taux de couverture vaccinale, ce qui implique d'une part une meilleure information des parents (concernant la vaccination dans le cadre de la médecine scolaire) et d'autre part, un élargissement de la vaccination de rattrapage pour certains public-cibles, et a minima pour toutes jusque 26 ans.

Par ailleurs, organiser des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus avec invitation personnelle (comme pour le cancer du sein ou le cancer colorectal) augmenterait sensiblement le taux de dépistage.

Cet effort de dépistage auprès des populations clés doit par ailleurs s'accompagner d'un **renforcement de l'accès à l'information et aux outils de prévention et de réduction des risques** du VIH et des autres IST : préservatifs (externes et internes), traitements préventifs pré- et post-exposition du VIH (PrEP et TPE), vaccination (VHA, VHB, HPV), etc. Afin de faciliter l'accès aux traitements préventifs du VIH, il serait utile d'élargir les types de services compétents et de professionnels habilités à les prendre en charge, notamment en médecine générale et en centre de planning familial.

## Chiffres clés

2 diagnostics positifs au VIH par jour en 2021.

50% de couverture vaccinale contre les HPV chez les adolescentes de 14 ans en FWB.

## Recommandations

**Pour accroître l'accès des populations clés aux outils de prévention, de réduction des risques et de dépistage liés au VIH et aux autres IST, nous recommandons prioritairement :**

- 18 De maintenir les efforts concernant les [campagnes d'information et de sensibilisation](#), notamment sur le dépistage du VIH et des autres IST.
- 19 De favoriser l'accès anonyme et gratuit au dépistage (complet ou TROD) ainsi qu'aux traitements préventifs du VIH (PrEP et TPE), en élargissant la liste des services compétents et des professionnel·les habilité·es.

**Pour augmenter la fréquence des dépistages et le taux de couverture vaccinale contre les HPV, nous recommandons prioritairement :**

- 20 De systématiser les campagnes de sensibilisation à propos du dépistage des HPV auprès des femmes et personnes concernées de 25 à 64 ans, notamment par l'introduction d'un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- 21 De systématiser les campagnes d'information et de sensibilisation sur les enjeux de la vaccination contre les HPV, à l'attention des enfants et adolescents (9-18 ans) et de leurs parents.
- 22 D'élargir l'accès à et le remboursement de la vaccination contre les HPV à toutes jusque 26 ans, aux hommes gays et bisexuels (et autres HSH) jusque 40 ans, et aux personnes immunodéprimées ou vivant avec le VIH sans limite d'âge.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Fédération Wallonie-Bruxelles
- Région wallonne
- Commission communautaire française



# Éléments transversaux à propos de la situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive

## Enjeu transversal

Dans une perspective d'émancipation individuelle et collective, de justice sociale et d'égalité des chances et de genre, l'effectivité des droits à la santé sexuelle et reproductive doit être garantie à toutes et tous, en accordant une attention particulière aux réalités et besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive. Ceci implique **l'accès à une information, une éducation, des soins et des services de santé sexuelle adaptés.**

## Objectifs transversaux

- I. Renforcer la connaissance des besoins et des réalités de vie et l'accès à l'information des publics concernés et de leur entourage.
- II. Renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge adaptées des services, notamment de santé sexuelle et reproductive.

## Développement

En Belgique, nombre de personnes sont encore privées de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive ou n'y accèdent que de manière partielle et incomplète. **Le genre et les orientations sexuelles, le handicap, le milieu de vie, le logement précaire ou absent, la barrière linguistique ou culturelle, 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 le déficit d'accès à l'information et aux services, les publics vulnérables en santé sexuelle sont particulièrement exposés aux discriminations et aux violences.**

Par vulnérabilité, nous entendons l'état et le processus par lequel des (groupes de) personnes sont privées des moyens matériels, physiques ou psychiques de jouir ou de bénéficier des droits et des infrastructures de base disponibles au reste de la population. Par conséquent, les droits de ces per-

sonnes restent inopérants et les besoins largement insatisfaits. L'état de vulnérabilité n'est pas un attribut de la personne mais s'articule très étroitement à l'organisation et au fonctionnement de la société.

Ces besoins en soins non rencontrés concernent les publics les plus désavantagés au niveau socio-économique (**personnes sans titre de séjour, travailleur-euses du sexe, NEETs, personnes sans-abri, etc.**) mais aussi les plus fragilisés socialement (**femmes victimes de violences, personnes âgées isolées, usageres de drogues, personnes racisées, LGBTQI+, en situation de handicap...**). De plus, la stigmatisation et la discrimination générées par la situation de vulnérabilité (handicap, orientation sexuelle, identité de genre, parcours migratoire, etc.) durant le parcours de soin amènent souvent à vouloir précisément éviter les soins médicaux.

La **discrimination** est vécue par une personne lorsque celle-ci « *subit un traitement moins favorable que d'autres dans une situation comparable, au seul motif qu'elle appartient ou est considérée comme appartenant à [...] une certaine catégorie de personnes, et que ce traitement n'a pas de justification raisonnable et objective* »<sup>8</sup>. Moins évidente à repérer, « *la discrimination structurelle fait partie intégrante de nos sociétés et se manifeste par des normes, des schémas de comportement et des attitudes qui font obstacle à l'égalité des chances et à une égalité réelle* »<sup>9</sup>. La discrimination devient **intersectionnelle** « *lorsqu'une personne est victime de discrimination pour deux ou plusieurs motifs, qui agissent simultanément et interagissent d'une manière inséparable, produisant des formes distinctes et spécifiques de discrimination* »<sup>10</sup>. Ainsi, en 1995, la Conférence mondiale sur les femmes de Beijing a entériné le fait que l'âge, le handicap, le statut social et économique, et l'appartenance ethnique et raciale pouvaient être à l'origine de difficultés particulières pour les femmes. Il en a découlé l'élaboration d'un cadre de reconnaissance des formes multiples et coexistantes de discrimination.

Il reste difficile de quantifier l'impact de ces situations de vulnérabilité sur l'état de santé du fait de l'absence de récolte de données spécifiques, de représentativité dans les études statistiques et de l'analyse croisée de ces données avec des variables contextuelles. Cette invisibilisation participe aussi au renforcement des inégalités en ne permettant pas la prise en compte de ces besoins spécifiques dans l'organisation de soins de santé et de l'aide sociale, dans la formation des professionnel·les et donc dans les prises en charge. Or, les besoins spécifiques de ces personnes appellent des réponses spécifiques qui ne leur sont pas proposées.

8 – Conseil de l'Europe (s. date). *L'intersectionnalité et la discrimination multiple*. Conseil de l'Europe. Strasbourg, France. En ligne. <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

9 – Ibidem.

10 – Ibidem.

Cinq types d'obstacles à l'accès aux soins de santé renforcent ces inégalités en défaveur des personnes en situation de vulnérabilité :

- **Les attitudes et stéréotypes** de la part des professionnel·les de la santé peuvent mener à des discriminations, parfois inconscientes. Elles ont souvent pour origine – ou sont renforcées par – une méconnaissance de la situation et du contexte de vulnérabilité et des besoins spécifiques qui y sont liés.
- **Le déficit de connaissances et de compétences** de la plupart des professionnel·les de la santé qui ne sont pas formé·es à reconnaître les signes cliniques propres aux personnes en situation de vulnérabilité et à identifier leurs besoins spécifiques.
- **La communication** entravée par la faible littératie en santé des bénéficiaires, la fracture numérique, l'utilisation par les professionnel·les d'un langage compliqué et technique, ou de matériel de communication inadéquat, le manque chronique de disponibilité et d'écoute des professionnel·les.
- **Les obstacles organisationnels** : système inflexible de prise de rendez-vous, pas de possibilité pour des consultations plus longues, manque de temps, rareté des services ou des professionnel·les spécialisés, manque de moyens pour la formation, signalisation inadaptée, pratiques médicales inadaptées, etc.
- **Les obstacles d'ordre politique et social** : manque de financement des soins et services, et encore moins pour l'adaptation de leur pratique (consultations longues, accueil personnalisé) mais aussi manque de ressources financières des personnes elles-mêmes.

## Recommandations transversales

**Pour renforcer la connaissance des besoins, la visibilisation des réalités de vie et l'accès à l'information des publics concernés et de leur entourage, nous recommandons prioritairement :**

23 De développer la collecte de données statistiques et la recherche sur l'état de santé et les besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive.

24 De financer l'EVRAS non scolaire pour améliorer l'accès des publics vulnérables à une information et des outils adaptés en santé sexuelle et reproductive et pour renforcer la lutte contre les stéréotypes, les discriminations et les violences.

**Pour renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge adaptées des services, notamment de santé sexuelle et reproductive, nous recommandons prioritairement :**

25 De renforcer les moyens financiers des centres de planning familial pour permettre à leurs professionnel·les de se former aux réalités et besoins spécifiques de différents publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.

26 D'informer, former et sensibiliser l'ensemble des professionnel·les psycho-(para)médico-socio-éducatif·ives<sup>11</sup> et les professionnel·les de la police et de la justice sur les droits et besoins des publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive, et à l'identification des mécanismes de discriminations et de violences.

27 D'améliorer l'accès financier à l'aide et aux soins en santé sexuelle et reproductive des publics ayant des besoins particuliers en matière de prise en charge, notamment via la création de codes INAMI spécifiques<sup>12</sup> ou la généralisation de la pratique du tiers-payant.

11 — Enseignement ordinaire et spécialisé, enfance, aide à la jeunesse, handicap, institution, maison d'hébergement, première ligne d'aide et de soin, promotion de la santé, acteurs bas-seuil, etc.

12 — Séance plus longue, consultation blanche, co-consultation, nombre plus important de séances remboursées...

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Fédération Wallonie-Bruxelles
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

## Les personnes victimes de violences basées sur le genre

### Chiffres clés

90% des victimes prises en charge par les CPVS sont des femmes (cis- et trans-genes).

98% des auteurs sont des hommes.

La protection et la promotion des droits sexuels impliquent le droit à une vie relationnelle, affective et sexuelle saine, épanouie et libre de contrainte ou menace. Or, les violences basées sur le genre, qu'elles soient conjugales, intrafamiliales ou sexuelles, découlent des inégalités de genre, sont systémiques et d'ampleur sociétale. Les violences basées sur le genre (VBG) touchent majoritairement les femmes et les filles, ainsi que les personnes minorisées (personnes racisées, LGBTQI+, handicapées, précarisées, etc). Pour prévenir et lutter contre les VBG, il est fondamental de s'attaquer aux inégalités, de faire évoluer les normes de genre et les institutions discriminatoires. Une politique publique efficace en matière de lutte contre les VBG est **une politique qui agit sur la prévention par l'information et la sensibilisation, qui garantit aux victimes l'accès à des services d'aide disponibles et adaptés, remet en cause les normes sociales inéquitables, réforme les lois discriminatoires et renforce les réponses juridiques.**

**Pour prévenir et lutter contre les violences basées sur le genre, nous recommandons prioritairement :**

- 28 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes victimes de violences basées sur le genre [les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive](#).
- 29 De pérenniser et poursuivre le déploiement des Centres de Prise en charge des Victimes de violence sexuelles (CPVS).
- 30 De clarifier le cadre juridique dans le sens de garantir un cadre de travail protecteur aux professionnel·les de la première ligne d'aide et de soins lors de situation de suspicion de violences, en particulier à l'égard de mineur·es, afin de faciliter la levée du secret professionnel.
- 31 De renforcer les réponses d'hébergements d'urgence à destination des victimes de violences par des financements durables et adaptés des structures existantes et la création de nouvelles.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

## Les personnes LGBTQI+

### Chiffres clés

Les personnes LGB-TQI+ sont **2 à 3 fois** plus exposées aux violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles.

**48%** des infections au VIH sont diagnostiquées chez les hommes gays, bi ou HSH.

Les FSF ont **4 fois plus** de risque de contracter une IST (sauf VIH).

Les identités de genre, les orientations sexuelles et les caractéristiques sexuées sont des déterminants qui peuvent affecter l'état de santé sexuelle et l'inclusion dans les parcours de soin. Malgré des avancées sociales et légales importantes ces vingt dernières années, différentes études en sciences sociales et santé publique établissent un état de santé moins bon chez les personnes LGBTQI+ que chez les personnes hétérosexuelles et cisgenres. La prévalence de beaucoup d'affections chez les personnes LGBTQI+ est liée à un manque de suivi médical dont l'accès inadéquat s'explique notamment par **des conditions de vie moins favorables, la discrimination et l'isolement** menant souvent à plus de précarité sociale. Les personnes LGBTQI+ sont également confrontées au **manque d'information et de formation des professionnel·les** qui se manifeste par une attitude hétérocisnormative, la persistance de stéréotypes, un inconfort à aborder les orientations et pratiques sexuelles, ainsi qu'une méconnaissance de leurs besoins et de leurs réalités.

**Pour améliorer l'accès aux soins de santé sexuels et reproductifs des personnes LGBTQI+, nous recommandons prioritairement :**

- 32 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes LGBTQI+ [les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive](#).
- 33 De favoriser le remboursement des soins gynécologiques et urologiques pour les personnes transgenres et les personnes intersexuées, y compris l'IVG, l'ensemble des moyens de contraception et les autres soins de santé genrés.
- 34 De faciliter l'accès aux soins de santé spécifiques (thérapies hormonales, chirurgies d'affirmation de genre...) pour les personnes transgenres et intersexuées, et leur assurer le libre choix des professionnel·les de santé en ne conditionnant pas leur remboursement à une prise en charge par une clinique de genre ou un hôpital de référence.

### Niveau de compétences

→ Fédéral

## Les personnes en situation de handicap

### Chiffres clés

20% des PSH vivant en institution ont la possibilité d'avoir un·e partenaire sexuel·le contre 90% de celle qui vivent de manière autonome.

4 fois plus de besoins de soins de santé non satisfaits chez les PSH.

Les recherches et les expériences de terrain montrent la persistance de discriminations importantes à l'égard des personnes en situation de handicap (PSH) en matière de santé et de droits sexuels, ainsi qu'une prise en compte déficitaire des réalités que recouvrent les situations de handicap dans les politiques publiques de promotion de la santé.

Outre les difficultés à accéder à des soins de santé sexuelle adaptés, les PSH peinent encore à faire valoir leur droit à l'autodétermination, à la vie privée et intime ainsi qu'à une information fiable et accessible. L'accès à une éducation relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) adaptée dès le plus jeune âge et tout au long de la vie est donc un enjeu majeur.

Il est par ailleurs important de donner l'opportunité aux PSH de développer des aptitudes et des compétences sociales au travers d'interactions multiples, d'être valorisées dans leur rôle social et de prendre part aux décisions qui les concernent. Or, **ces opportunités sont extrêmement limitées. Elles le sont plus encore lorsque le handicap implique une relation de dépendance et que la vie relationnelle, affective et sexuelle est influencée par les choix de tiers et un environnement institutionnel** qui peuvent entraver, freiner ou soutenir son épanouissement.

**Pour favoriser l'exercice effectif des droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap dans les meilleures conditions possibles, nous recommandons prioritairement :**

- 35 D'appliquer de manière spécifique au public des personnes en situation de handicap [les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive](#).
- 36 De renforcer les moyens financiers des centres de planning familial afin de procéder à des aménagements pour développer l'accès de leur service aux personnes en situation de handicap (accès PMR, matériel adapté, supports visuels, etc.).
- 37 De soutenir le développement de projets qui facilitent les rencontres entre PSH et adapter les modes de subventionnement des institutions afin de favoriser la vie relationnelle, affective et sexuelle des bénéficiaires et de leurs partenaires, en particulier lors qu'ils et elles ne sont pas usager·ères des mêmes institutions.

### Niveaux de compétences

- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

## Les femmes et les minorités de genre en situation de grande précarité

### Chiffre clé

Entre 10 et 20% des personnes sans autorisation de séjour bénéficient effectivement de l'AMU.

Migrantes, travailleuse du sexe, sans-abri, en prison... Les femmes et les minorités de genre au parcours de vie particulièrement complexe et au (très) faible niveau socio-économique peinent à réaliser leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive. **Outre leur faible niveau de littératie en santé, l'une des principales raisons à cela réside dans l'application inadéquate du cadre légal qui leur réserve pourtant des droits.** En Belgique, le système d'assurance obligatoire maladie-invalidité offre une couverture théorique de 99 % des soins de santé. En pratique, une partie non négligeable de la population éprouve cependant des difficultés pour accéder aux soins. Ces besoins en soins non rencontrés concernent les publics les plus désavantagés au niveau socio-économiques mais aussi les plus fragilisés socialement. Pour ces personnes en situation de précarité, la santé n'est souvent pas une priorité. Elles sont pourtant plus à risque de problèmes liés à leur santé sexuelle et reproductive : non-dépistage des maladies et infections sexuellement transmissibles, accès tardif aux soins de santé prénatals, risque accru de morbidité et mortalité périnatales, violences sexuelles, etc.

**Pour que chaque femme et personne appartenant aux minorités de genre, indépendamment de son revenu ou de son statut administratif, puisse accéder à une information et des services de santé gratuits, accessibles et adaptés à ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, nous recommandons prioritairement :**

- 38 D'appliquer de manière spécifique aux publics des femmes et minorités de genre vivant en situation de (très) grande précarité [les recommandations transversales formulées pour les publics vulnérables en santé sexuelle et reproductive.](#)
- 39 De former les travailleur·euses de l'aide sociale de première ligne (notamment des CPAS) aux enjeux de santé publique et aux réalités psychosociales et juridiques de l'IVG afin de lutter contre l'entrave et le non-recours à l'AMU dans le cadre de demande d'interruption de grossesse.
- 40 De développer une procédure d'aide médicale urgente simplifiée et accélérée pour permettre à toute personne qui le demande de bénéficier gratuitement d'une IVG dans les délais prescrits par la loi, de la contraception d'urgence ainsi que de traitements et de soins préventifs (dépistage, PrEP, TPE) et des autres IST dans les délais prescrits par les recommandations médicales.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

# Garantir un accès qualitatif juste et équitable aux services de santé sexuelle et reproductive par le renfort des moyens et des conditions de travail des CPF



# Renforcer le financement structurel

## Enjeu

Alors que le volume de l'activité et le nombre de bénéficiaires annuels des centres de planning familial sont de plus en plus importants, leurs rentrées financières, elles, diminuent. Entre (1) la précarisation croissante des publics dont la participation financière aux consultations diminue, (2) l'augmentation des coûts liée à l'inflation sans être complètement prise en charge par l'indexation des subsides, et (3) la rationalisation des moyens publics suivant une logique budgétaire court-termiste associée à la surcharge administrative, les missions d'intérêt général et de cohésion sociale des services sont compromises par manque de moyens. Or, la conjonction des crises sanitaire, économique, environnementale et géopolitique, accélère la dégradation sociale et exacerbe les inégalités.

## Objectifs

- I. Garantir à l'ensemble de la population, quel que soit le statut (mutueliste, BIM, AMU ou sans couverture), un service de santé sexuelle et reproductive qualitatif, complet, adapté, accessible de manière inconditionnelle et dans un délai raisonnable.
- II. Valoriser le travail social en donnant les moyens aux centres de planning familial de proposer des conditions de travail attractives et gratifiantes.

## Développement

La précarisation croissante des publics qui fréquentent les centres de planning familial a un effet direct sur la situation financière des services puisque leur participation financière est l'une des sources principales de rentrées propres. Celles-ci doivent financer la part des frais de fonctionnement et de rémunération non couverte par le subside public. 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 couvre pas.

**La rationalisation des moyens publics est par ailleurs inversement proportionnelle à la charge administrative qui en entoure la gestion.**

Or, les fonctions de coordination d'une part et administrative d'autre part, pourtant requises par les cadres légaux et réglementaires des CPF pour satisfaire aux conditions d'agrément (et à juste titre car elles sont indispensables au fonctionnement des services), ne sont toujours pas valorisées à la hauteur des responsabilités qu'elles engagent. Désignée parmi les travailleurs·euses de l'association, la personne chargée de la coordination générale doit, sans formation adéquate, assumer cette fonction sur son temps de travail à l'origine dédié à la mission psycho-médico-sociale du service.

Compte tenu de la complexification croissante des situations rencontrées parmi les bénéficiaires, les travailleuses sont souvent amenées à travailler en réseau et conjointement avec d'autres associations. Cela peut entraîner une charge de travail conséquente, **rarement visible et difficilement valorisable. Ce travail de relais s'appuie le plus souvent sur le seul engagement des travailleuses qui agissent en l'absence de cadre réglementaire soutenant**, notamment sur le plan financier. D'autant que l'expérience de la participation au travail de réseau est le plus souvent jugée positive par les équipes qui soulignent le gain de fluidité et l'adéquation répartition des prises en charge. Mais le manque de temps généré par **l'augmentation et la complexification des prises en charge en interne d'une part, et l'augmentation de la charge et des obligations administratives d'autres part, permet d'autant moins de consacrer les ressources adéquates aux concertations**. Dans le même ordre d'idée, la pratique de l'outreaching et le développement d'une fonction 0,5 (ou inclusive) peinent à se formaliser dans le quotidien des CPF par manque de moyens et de cadre soutenant, ce temps de travail étant peu valorisé par les autorités administratives. Or, dans une logique d'universalisme proportionnée et d'égalité des chances, elle est de plus en plus recommandée et soutenue politiquement.

## Recommandations

Afin de doter les centres de planning familial des moyens leur permettant de répondre de manière qualitative, complète, adaptée, inconditionnelle et dans un délai raisonnable aux besoins de leurs publics, quel que soit leur statut socio-administratif, nous recommandons prioritairement :

- 41 De financer la fonction de coordination et de gestion administrative au minimum à hauteur d'un équivalent temps plein, calculé sur la base moyenne d'une ancienneté de 10 ans et d'un barème 1/80.
- 42 De valoriser et financer le travail de réseau, de concertation et la collaboration entre acteurs de la première ligne, mais aussi avec les acteurs spécialisés, pour la prise en charge et l'accompagnement pluridisciplinaire des bénéficiaires, et particulièrement des personnes en situation de vulnérabilité en santé sexuelle et reproductive.
- 43 De valoriser et financer le développement de la fonction 0,5 (ou inclusive) en centre de planning familial et permettre une prise en charge adaptée des personnes aux besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive.
- 44 De revaloriser de manière pérenne les frais de fonctionnement.

### Niveaux de compétences

- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

# Lutter contre la pénurie de médecins en médecine sociale et praticien·nes de l'IVG

## Enjeu

Une loi qui garantit un droit en matière de santé reste inopérante si, sur le terrain, les conditions d'organisation de l'accès effectif à ce droit et aux soins qui en découlent ne sont pas réunies. En matière d'accès à l'interruption volontaire de grossesse, la pénurie croissante de médecins formés à la médecine sociale, et plus particulièrement à la pratique de l'IVG, menace l'effectivité de ce droit protégé par la loi.

Cette pénurie participe également à limiter l'accès à d'autres soins de santé sexuelle et reproductive, tels que les dépistages du VIH et des autres IST ou l'accès à la contraception et la contraception d'urgence.

## Objectifs

- I. Garantir, en organisant concrètement les conditions, l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse en centre de planning familial.
- II. Garantir, en organisant concrètement les conditions, un accès large à l'offre de service médicale des centres de planning familial.

## Développement

La loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse garantit dans une large mesure le droit des femmes et personnes enceintes à interrompre leur grossesse. La sécurité sociale rend l'accès à l'IVG quasiment gratuit pour les personnes en ordre de mutuelle. **Toutefois, ces droits restent inopérants si les conditions d'organisation effective de l'accès aux soins sur le terrain ne sont pas réunies.**

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, mais encore plus précisément du trop faible nombre de médecins formés à la pratique de l'IVG. **L'OMS décrit le manque de personnel formé comme l'un des obstacles les plus critiques limitant l'accès aux soins pour l'avortement sécurisé alors que 85% des IVG en Belgique sont pratiquées dans les centres extrahospitaliers.** L'enjeu d'y voir travailler un nombre suffisant de médecins pratiquant l'avortement est crucial pour garantir un accès effectif à l'avortement dans ces structures.

En 2022, l'Agence pour l'évaluation de la qualité 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. Elle pointe que les cursus de formation en master accordent une très grande attention aux spécialisations, au détriment des autres types de médecine. Dans son avis du 30 juin 2022, l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) réfutait pourtant la nécessité de modifier le programme des cours en médecine afin de valoriser la médecine sociale et la pratique de l'IVG. Cette conclusion ne correspond pas non plus aux expériences et aux constats posés par de nombreux·euses médecins, ni aux conclusions de plusieurs travaux universitaires, 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, composé de médecins désigné·es par les recteur·rices des sept universités qui organisent un cursus médical complet.

Outre la trop faible formation et sensibilisation des futures médecins à la médecine sociale et la pratique de l'IVG, le financement de l'activité médicale en CPF ne permet pas aux centres de proposer aux candidat·es médecins un niveau de rémunération décent et attractif. Ce mécanisme de financement 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 via le remboursement des consultations et des actes techniques par l'INAMI. Or, **une large part du public des CPF n'est pas affiliée à une mutuelle ou n'y est pas en ordre d'affiliation**<sup>13</sup>. **Une proportion importante de l'activité médicale n'est donc pas financée via l'INAMI.** Obligés de compléter sur fonds propres, les gestionnaires de centres ne peuvent pas proposer une rémunération aussi élevée que dans le privé sans risquer de mettre un peu plus à mal la situation financière de leur service.

C'est dans ce contexte que se justifie, d'une part, de [garantir l'accès à la contraception d'urgence](#) à l'accueil des CPF, et d'autre part, d'envisager **l'élargissement des actes (para-)médicaux pouvant être assumés de manière autonome par les sages-femmes** dans le cadre de la consultation médicale. Cela permettrait aux CPF de continuer à offrir une activité médicale spécifique en santé sexuelle et reproductive de base tout en réduisant quelque peu la pression sur le recrutement des médecins souvent difficiles à trouver.

## Chiffres clés

**88%** des CPF bruxellois interrogés en 2019 rencontrent des difficultés à recruter des médecins pratiquant l'IVG.

**60%** des CPF interrogés en 2022 ont constaté auprès de leurs médecins récemment recruté·es un manque d'information au sujet de la pratique de l'IVG.

**84%** des étudiant·es interrogé·es dans le cadre d'un mémoire de recherche disent vouloir être mieux formé·es pour traiter de l'IVG dans leur pratique.

13 — À titre d'exemple, 37% pour les CPF bruxellois COCOF.

## Recommandations

**Afin de garantir l'organisation d'une offre médicale permettant un large accès aux soins de santé sexuelle et reproductive en CPF, et particulièrement à l'IVG, nous recommandons prioritairement :**

- 45 D'œuvrer à l'inscription dans les cursus de formation en médecine, en soins infirmiers, et de sage-femme d'un module de formation obligatoire à la médecine sociale, à la pratique de l'IVG et sur la législation y afférent.

---

- 46 De revaloriser le financement des centres de planning familial pour la rémunération des médecins indépendantes.

---

- 47 D'étendre la liste des actes (para)médicaux pouvant être réalisés par les sages-femmes dont la prescription et la délivrance des médicaments pour les IVG médicamenteuses, l'assistance des médecins pour les IVG chirurgicales, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, la prescription et la délivrance de l'ensemble des contraceptifs disponibles aussi en-dehors du post-partum, la prescription et la pose du dispositif intra-utérin, la prescription pour les dépistages du VIH et des autres IST.

### Niveaux de compétences

- Fédéral
- Fédération Wallonie-Bruxelles
- Région wallonne
- Commission communautaire française
- Commission communautaire commune

# Garantir l'effectivité des droits dans le contexte d'informatisation des soins

## Enjeu

L'informatisation croissante de la gestion des soins de santé complexifie le travail administratif des centres de planning familial, service de santé de première ligne qui n'est pas reconnu comme dispensateur de soins de santé au sens de la *Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé*. En outre, cela pénalise une partie des bénéficiaires dont les droits à la confidentialité, à la sécurité, à l'accès notamment financier et à la continuité des soins en matière de santé sexuelle et reproductive ne sont plus garantis par la faute de l'État lui-même.

## Objectifs

- I. Garantir à toutes et tous, mineures et majeures, la confidentialité de la prise en charge en centre de planning familial.
- II. Favoriser la simplification administrative en lien avec l'informatisation de la gestion des soins de santé.

## Développement

Le secteur de la santé a connu une importante évolution ces dernières années en raison de la digitalisation croissante de la gestion des soins de santé. Contrairement aux effets attendus, cela ne s'accompagne malheureusement pas d'un allègement et d'une simplification administrative pour les gestionnaires des services. La réforme e-Health a au contraire entraîné des difficultés techniques dans la gestion administrative des dossiers (liées aux certificats e-Health et n° INAMI des médecins). Mais cette informatisation des soins de santé a surtout un **impact inquiétant sur la garantie de la confidentialité, pourtant un droit en matière de santé sexuelle et reproductive et pilier central de la pratique en centre de planning familial (!)**.

e-Santé, e-Mut, DMG, DPP : la problématique de la non-garantie de la confidentialité pour les patientes de CPF s'identifie surtout 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 via les relevés des prestations et des remboursements fournis par les mutualités sur les comptes en ligne des personnes titulaires. De plus, les personnes sous la titularisation d'une personne tierce (un·e parent, un·e conjoint·e) ne sont pas toujours informées de l'ouverture d'un DMG pour leur compte au-

près de leur médecin traitant·e. 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 ou de la titulaire. La communication bancaire liée au versement contient elle-même une part des informations liées à la prestation médicale.

Aussi, le ticket modérateur lié aux actes techniques (ex. prise de sang, etc.) est directement facturé par les laboratoires d'analyse au ou à la bénéficiaire via un courrier à son domicile. Certains anciens résultats d'analyse, prescrits par un·e autre prestataire, sont également automatiquement communiqués au ou à la demandeur·euse d'une analyse. Enfin, le Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP) permet à chaque prestataire de soin (hôpital, pharmacien·ne, médecin) d'accéder à l'historique des prescriptions médicales des 12 derniers mois.

Dans cette situation, 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 patient·es mineur·es dépendant de leurs parents/tuteurs·rices ou les patient·es majeur·es dépendant de leur partenaire. Celles et ceux-ci s'adressent à un CPF sur des sujets intimes, voire tabous, susceptibles de les mettre en danger (pressions, violences conjugales et 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 confidentielle leur prise en charge est de supporter entièrement les coûts de leurs soins et de ne pas demander l'intervention de la mutuelle. Mais ceci n'est pas une option abordable pour de nombreux·euses 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. Toutes les mutuelles répondent ne rien pouvoir faire, les procédures de remboursement des tickets modérateurs étant générées automatiquement via le système du tiers-payant. 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 et médical.

### Chiffre clé

**49%** des jeunes ne réaliseraient pas de dépistage IST s'il existait une possibilité que leurs parents soient au courant.

## Recommandations

**Pour améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive dans le contexte d'informatisation des soins de santé, tout en garantissant le respect des droits des patients, nous recommandons :**

- 48 D'octroyer un n° INAMI à chaque centre de planning familial en les intégrant à la liste des dispensateurs de soins. En plus de faciliter le travail administratif, cela permettrait également d'octroyer des codes nomenclature spécifiques aux consultations de planning qui pourraient ne pas être repris sur les relevés des prestations.
- 49 D'invisibiliser complètement sur le relevé des prestations et des remboursements les pseudo-codes INAMI relatifs à l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée. Malgré un ajustement procédé par l'INAMI en décembre 2021, la correspondance entre le libellé et les pseudo-code peut toujours être trouvée via Nomensoft ;
- 50 De mettre en place une procédure automatique, commune à toutes les mutuelles, de masquage des informations relatives aux prestations et remboursements des personnes à charge à partir de l'adolescence (âge à déterminer, par ex. 12 ans).

### Niveau de compétences

→ Fédéral

## La FLCPF soutient aussi...

---

Les recommandations de **SENSOA** : <https://www.sensoa.be/memorandum-verkiezingen-2024>

Les recommandations de la **Plateforme EVRAS**, dont elle est membre.

Les recommandations de la **Plateforme Abortion Right !**, dont elle est membre : <https://www.abortionright.eu/2023/09/26/memorandum-de-la-plateforme-abortion-right-elections-belges-2024/>

Les recommandations du **Comité interuniversitaire, multidisciplinaire et indépendant** en charge de l'étude et de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique dans son rapport remis au Parlement fédéral en avril 2023 : [https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk\\_FR\\_versie.pdf](https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk_FR_versie.pdf)

Les objectifs du **Plan VIH 2020-2026** : <https://hiv-plan.be/fr/plan-vih-2020-2026/introduction/>

Les recommandations formulées dans la récente étude réalisée par **ACTE, ULB & BSI** sur l'Offre et les besoins de services pour les personnes en situation de handicap à Bruxelles, en particulier celles concernant l'accès aux soins de santé (p. 114 – Lot 2) et la vie relationnelle, affective et sexuelle (p. 269 – Lot 2) : [https://acte.ulb.be/images/PDF/ACTE\\_Cadastre\\_PSH\\_Volet2.pdf](https://acte.ulb.be/images/PDF/ACTE_Cadastre_PSH_Volet2.pdf)

Les recommandations de **Médecins du Monde Belgique** dans sa note d'intention « Accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'aide médicale urgente (AMU) pour les femmes sans accès aux soins en Belgique » : [https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20juin%202022%20Mdm\\_1.pdf](https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20juin%202022%20Mdm_1.pdf)

Les recommandations du **CPAM des Stratégies Concertés VIH-IST** dans son état des lieux de l'accès aux soins de santé IST/VIH/VHC des publics vulnérables en Belgique francophone (à paraître en 2023).

Les recommandations de **I.Care asbl** dans son rapport « Parle avec elle : quand des femmes détenues se racontent en prison » : [https://www.i-careasbl.be/files/ugd/a3c73e\\_18b3c8fa90e44372911e4afae9098267.pdf](https://www.i-careasbl.be/files/ugd/a3c73e_18b3c8fa90e44372911e4afae9098267.pdf)

Les recommandations de **l'UNIPSO** notamment en matière de financement adéquat, de subventionnement efficace et adapté, de professionnalisation, de valorisation de l'impact social des associations du non-marchand, de simplification administrative et de digitalisation inclusive : [https://www.unipso.be/IMG/pdf/memorandum\\_unipso\\_elections\\_2024-2029\\_.pdf](https://www.unipso.be/IMG/pdf/memorandum_unipso_elections_2024-2029_.pdf) (p22 à 26).

# Bibliographie

AEQUES (2022). *Évaluation du cursus Médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles : analyse transversale*. Bruxelles, Belgique : s. éd.

Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse (2023). *Rapport à l'attention du Parlement*. 1er janvier 2020-31 décembre 2021.

Comité interuniversitaire, multidisciplinaire et indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique (2023). *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*.

Conseil de l'Europe (s. date). *L'intersectionnalité et la discrimination multiple*. Conseil de l'Europe. Strasbourg, France. En ligne. <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

Contraception policy Atlas Europe (2023). [https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception\\_Policy\\_Atlas\\_Europe2023.pdf](https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf).

Contribution externe. (2023). « Généralisons enfin l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle ». *La Libre*. En ligne. 30 juin. <https://www.lalibre.be/>.

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].

Deblonde J., De Rouck M., Montourcy M., Serrien B., Van Beckhoven D. (2021). « Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique - Rapport 2021 ». Sciensano (Bruxelles, Belgique). Disponible en ligne.

Deblonde J., Serrien B., De Rouck M., Montourcy M., Van Beckhoven D. (2022). « Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique - Rapport 2022 ». Sciensano (Bruxelles, Belgique). Disponible en ligne.

Déom, V., Ben Abdelhafi dh, L., & al (2020). Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles. Évaluation des activités de Médecins du Monde en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019. Bruxelles : Médecins du Monde Belgique.

Enquête Waddist : <https://sites.arteveldehogeschool.be/dejongeredenkt/wat-waddist>

Giami A., De Colomby P. (2008). « Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête "Handicap, incapacités, dépendance" (HID) » in *European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap*, Elsevier Masson.

International Planned Parenthood Federation (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. International Planned Parenthood Federation, Royaume-Uni : Londres. Disponible en ligne : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)

International Planned Parenthood Federation (2022). *Directives cliniques centrées sur les clients pour des soins de santé sexuelle et reproductive*. International Planned Parenthood Federation, Royaume-Uni : Londres. Disponible en ligne : <https://www.ippf.org/resource/client-centered-clinical-guidelines>.

Organisation mondiale de la Santé (2016). Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204495>.

Organisation Mondiale de la Santé (2022). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. En ligne. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>. Consulté le 19 octobre 2022.

Organisation Mondiale de la Santé (2021). *Une omniprésence dévastatrice : une femme sur trois dans le monde est victime de violence. Les jeunes femmes sont parmi les plus à risque selon l'OMS*. Communiqué de presse. Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Plan national VIH 2020-2026 proposé par le Comité de Monitoring et mis en place par la Conférence Interministérielle Santé publique du 24 février 2014. En ligne.

Nations Unies (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Nations Unies, New York. En ligne. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/27/PDF/N9523127.pdf?OpenElement>

Ricour C, Desomer A, Dauvrin M, Devos C. *Comment Améliorer l'accès aux soins de santé des personnes en situation de handicap intellectuel ? – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 361Bs. D/2022/10.273/62.

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keynaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., Loran, V., Derluyn, I. (2015). *What health care for undocumented migrants in Belgium ?*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 257. D/2015/10 273/111

Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jespers V, Hanquet G. (2019). *Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV – Synthèse*. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 308Bs. D/2019/10.273/12.

Thunus S., Donner A., Creten A. & Walker C. (2023). *Melting point: situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise*. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Disponible sur : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

## Sources des encarts « Chiffres-clés »

### Page 27

En l'absence de monitoring actualisé et complet, ces données sont estimées à partir de l'activité des centres de planning familial bruxellois et wallons membres de la FLCPF dont les données sont encodées dans le logiciel métier Jade.

### Page 30

Loi du 15 octobre 2018 relative à l'IVG : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/15.10.18.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/15.10.18.pdf)

### Page 30

Données estimées par le secteur associatif lui-même, en partie soutenues par les données disponibles dans les rapports de la Commission nationale d'évaluation de la loi.

### Page 33

Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'IVG (2023) : [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport\\_2020-2021\\_fr\\_-\\_fevrier\\_2023.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_2020-2021_fr_-_fevrier_2023.pdf)

### Page 33

Contraception policy Atlas Europe (2023) : [https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception\\_Policy\\_Atlas\\_Europe2023.pdf](https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf)

### Page 36

Rapport Sciensano « Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH » (2022) : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport\\_vih\\_2022\\_fr.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_vih_2022_fr.pdf)

### Page 36

Thiry N, Gerkens S, Cornelis J, Jaspers V, Hanquet G. (2019). Analyse coût-efficacité de la vaccination des garçons contre le virus HPV – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 308Bs. D/2019/10.273/12.

### Page 43

Chiffres des Centres de prises en charge des violences sexuelles - CPVS (2021) : <https://cpvs.belgium.be/fr>

### Page 43

Chiffres des Centres de prises en charge des violences sexuelles - CPVS (2021) : <https://cpvs.belgium.be/fr>

### Page 44

Rapport préliminaire WECARE de l'Observatoire du Sida et des sexualités (2023).

### Page 44

Rapport Sciensano « Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH » (2022) : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport\\_vih\\_2022\\_fr.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_vih_2022_fr.pdf)

### Page 44

Rapport préliminaire WECARE de l'Observatoire du Sida et des sexualités (2023).

### Page 45

GIAMI A., DE COLOMBY P. Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête "Handicap, incapacités, dépendance" (HID) in European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap, Elsevier Masson, 2008.

### Page 45

Conseil européen – Conseil de l'Union européenne. Infographie – Le handicap dans l'UE : <https://www.consilium.europa.eu/fr/infographics/disability-eu-facts-figures/>

### Page 46

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., Lorant, V., Derluyn, I. What health care for undocumented migrants in Belgium?. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 257. D/2015/10.273/111

### Page 52

Enquête interne

### Page 52

Enquête interne

### Page 52

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].

### Page 55

Enquête Waddist : <https://sites.arteveldehogeschool.be/dejongeredenk/wat-waddist>

## FÉDÉRATION LAÏQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

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](mailto:flcpf@planningfamilial.net)

[www.planningfamilial.net](http://www.planningfamilial.net) | [www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be) | [www.evras.be](http://www.evras.be)

N° d'entreprise BE0 431 746 109 | IBAN BE24 0013 23 87 9238 | BIC GEBABEBB

N° de dépôt légal. D/2023/12.700/4

Edition responsable : FLCPF – rue de la Tulipe 34 1050 Ixelles

