

Table des matières

Préface.....	2
1. Préambule	4
1.1. Notre objectif	4
1.2. Nos engagements.....	4
1.3. Nos valeurs	4
1.4. Nos services.....	5
2. Les données globales	5
3. Les activités médicales.....	7
3.1. Notre mission générale	7
3.2. Une médecine pour tous.....	7
3.2.1. Notre clientèle cible	7
3.2.2. Nos réponses.....	7
3.3. Une activité de santé publique, de promotion de la santé	7
3.3.1. Prévention et éducation à la santé	8
3.3.2. Des choix en toute connaissance de cause	8
3.3.3. Renforcement du respect de sa propre personne et de son propre corps.....	8
3.4. Un centre de référence	8
3.5. Données sur l'activité médicale	9
3.5.1. Le volume d'activité	9
3.5.2. Les client(e)s du Planning Familial	10
3.5.3. Les raisons de consultation	11
3.5.4. Les axes de l'activité médicale	12
4. Les activités psychologiques	31
4.1. Bericht der Psychologischen MitarbeiterInnen	31
4.2. Le volume d'activité	34
4.3. Les client(e)s du Planning Familial	34
4.4. Les consultations	35
4.5. Statistiques concernant les abus sexuels	36
4.6. Statistiques des activités psychologiques 2012	38
5. L'accueil, l'accompagnement et le secrétariat	39
6. L'éducation sexuelle et affective	40
6.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective 2012	40
6.1.1. Plan d'action ESA national	40
6.1.2. Education sexuelle et affective dans l'enseignement primaire et secondaire.....	40
6.1.3. Maisons-Relais	40
6.1.4. Divers	41
6.1.5. Perspectives 2013	41
6.2. Chiffres et évolution.....	41
6.2.1. Lycées et écoles primaires	42
6.2.2. Formations de formateurs et réunions de concertation – Autres institutions	43
7. Conseil d'administration 2012	45
8. Les 3 centres de Planning Familial	47

Préface

Au Planning familial nous avons milité pour une libéralisation de la loi sur l'IVG, non pas pour des raisons politiques, dogmatiques ou idéologiques, mais par respect pour le libre choix de la femme – un de nos principes fondamentaux – et aussi par rapport à la réalité quotidienne que nous vivons dans nos centres où nos équipes sont confrontées chaque jour à des femmes en détresse à cause de grossesse non désirée.

Pouvons-nous leur faire la morale, les accabler, les traumatiser, les juger et condamner ? Pouvons-nous les abandonner et envoyer à l'Etranger ? Nous sommes convaincu(e)s que ce n'est pas là notre rôle ! L'Etat ne nous subventionne pas pour prêcher où imposer nos points de vue et croyances, mais pour livrer un service d'écoute, de conseil et d'aide dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Notre vision des choses n'est pas troublée par l'encens. Nous savons qu'il est de notre devoir de soutenir et d'accompagner les femmes dans leurs démarches quelles qu'elles soient ! C'est ce que nous pratiquions hier et c'est ce que nous allons pratiquer à l'avenir !

La loi modifiée n'est pas telle que nous la souhaitions, mais le législateur a parlé et nous nous adaptons aux changements.

En positif : La femme qui désire une IVG n'a plus besoin d'indications et d'autorisation, c'est elle qui décide. La femme mineure peut se faire accompagner par une personne majeure de son choix, si elle ne peut obtenir le consentement parental.

En négatif : La femme doit se rendre dans une consultation pré-IVG pas nécessairement souhaitée par elle.

Le Planning Familial travaille maintenant activement en mobilisant ses modestes ressources à la mise en place des nouvelles dispositions légales, dans un esprit positif et dans l'intérêt des femmes concernées. Nous apprécions l'initiative du Ministère de la Santé de convoquer tous les acteurs dans le domaine de la santé sexuelle à une table et de conjuguer nos compétences et moyens pour aider les femmes et pour partager la responsabilité concernant l'application de la loi IVG. Nous devons avoir 3 objectifs fondamentaux :

- conseiller les femmes de façon neutre et non-culpabilisante
- assurer un accès à l'IVG et une égalité de traitement à toutes les femmes
- assurer une réactivité maximale qui permet de ne pas dépasser les délais légaux et permettre l'IVG médicamenteuse le plus souvent possible

Nous ne perdons pas l'espoir de voir naître un jour au Luxembourg, comme dans d'autres pays européens, une clinique de santé sexuelle et reproductive où la personne humaine est considérée comme une personne qui, à différents moments de sa vie requiert différents soins et où sont pris en charge son désir d'enfant, sa grossesse non désirée, ses besoins contraceptifs, ses problèmes de santé sexuelle physique et psychique - infertilité, troubles d'érection, traitement des MST et bien sûr aussi la prévention.

Le Planning Familial a derrière lui une année 2012 difficile voire turbulente. Nous entamons maintenant une nouvelle ère avec bientôt un déménagement dans des espaces plus adaptés à nos activités élargies et avec de nouveaux défis. Nous sommes confiants en l'avenir, car nous pouvons compter sur une équipe solide et déterminée et un conseil d'administration volontaire.

Je remercie l'équipe du Ministère de la Famille en charge de notre dossier, qui s'engage pour nous et brave courageusement les restrictions budgétaires pour nous aider à survivre.

Je remercie notre équipe dans les 3 centres, aussi ceux et celles qui nous quittent parce que le moment est venu, pour leur engagement, leur courage face à la détresse, leur patience avec les patient(e)s et leur résistance face à la critique souvent injuste.

Je remercie les membres du C.A. et toutes les personnes qui nous soutiennent moralement et financièrement dans notre combat pour plus de justice sociale, pour plus de santé sexuelle et plus de tolérance et liberté !

Danielle Igniti, présidente

Mai 2013

Le Planning Familial en 2012

1. Préambule

Le droit à la santé est un droit humain fondamental.

1.1. Notre objectif

L'objectif du Planning Familial est de :

- promouvoir la santé sexuelle, reproductive et affective en tant que droit humain fondamental ;
- garantir l'accès à l'information et à des services de santé physique et mentale de qualité en matière de sexualité et de reproduction.

1.2. Nos engagements

Le Planning Familial œuvre pour la protection du droit des couples et des personnes à faire des choix personnels, informés et responsables, libres de toute forme de coercition et de violence en matière de sexualité et de reproduction.

Le Planning Familial milite pour que chacun(e) dispose de l'information et des moyens nécessaires pour faire de tels choix.

Le Planning Familial permet aux couples et aux personnes de décider librement et de manière responsable d'avoir ou non des enfants, d'espacer les naissances de sorte qu'ils se sentent prêts physiquement, moralement, financièrement pour les élever en bonne santé physique et mentale.

Le Planning Familial favorise et propage l'éducation à la santé sexuelle, reproductive et affective auprès de toutes et tous et en particulier dans l'intérêt des enfants, des adolescents, des personnes déficientes et marginalisées.

Le Planning Familial agit pour éliminer toute forme de violence à l'égard des femmes, des adolescents et des enfants et toute forme d'iniquités et d'inégalités fondées sur le genre.

Le Planning Familial s'engage pour que chacun(e) puisse attendre et obtenir dans ses rapports humains, y compris sexuels et affectifs, l'égalité, le plein consentement, le respect, y compris celui de l'intégrité physique et la responsabilité partagée.

1.3. Nos valeurs

Nos centres sont des lieux de parole et d'écoute, d'aide et d'échange, d'information et de formation.



Les trois centres de Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck sont ouverts à toutes et tous, sans discrimination d'aucune forme, sans distinction de nationalité, origine ethnique, race, âge, état civil, sexe, orientation sexuelle, confessions religieuses, philosophiques et politiques, situations financière et sociale.

Ces services se font dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité, de confidentialité, d'intimité, de dignité ainsi que dans le respect de l'opinion de chacun(e).

On peut y parler de tout. Il n'y a pas de sujets tabous. Nous écoutons sans préjugés et sans juger. Notre équipe est liée au secret professionnel.

Une attention particulière est portée aux jeunes, aux personnes marginalisées, démunies et vulnérables.

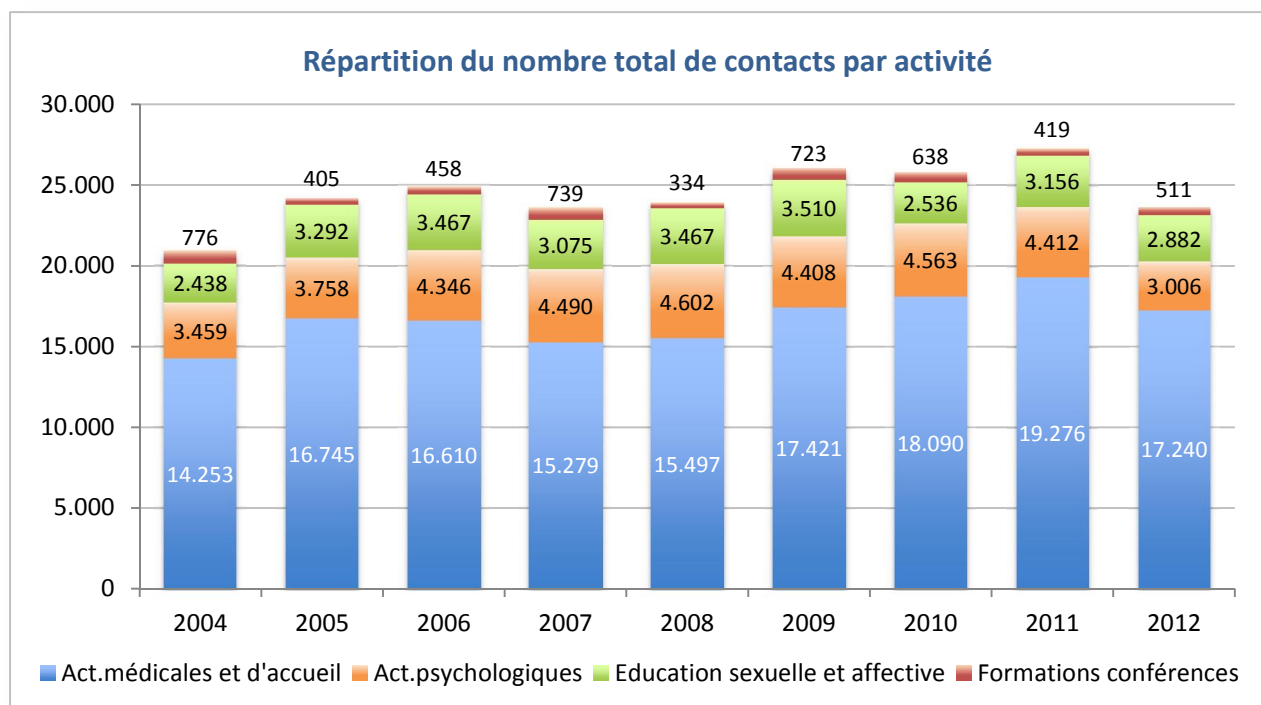
1.4. Nos services

Notre équipe est pluridisciplinaire et est composée de

- Médecins
- Psychologues
- Conseillère conjugale
- Assistantes
- Chargées d'éducation sexuelle et affective.

2. Les données globales

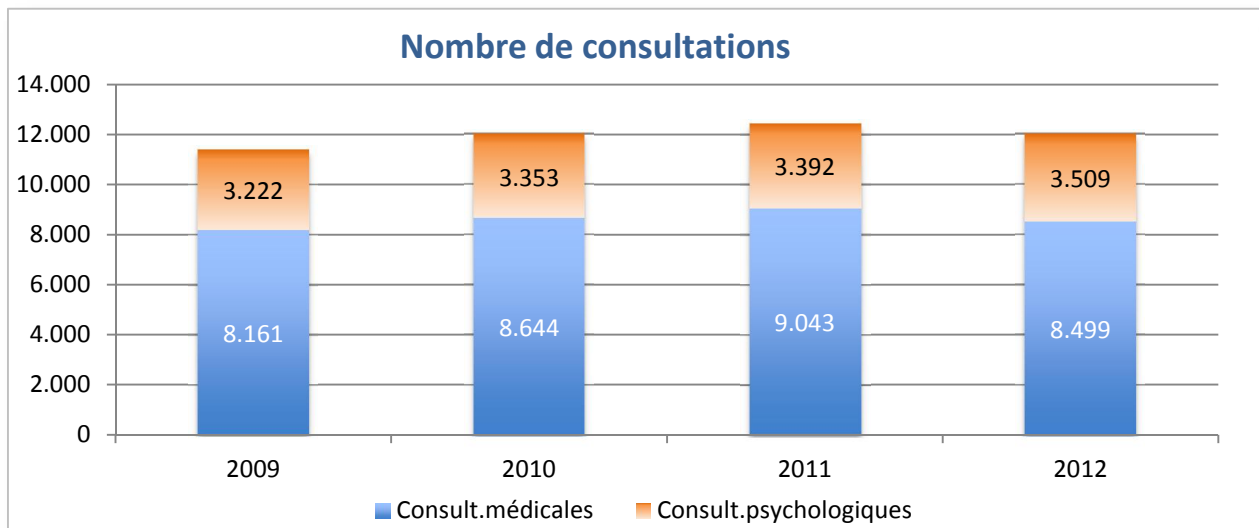
En 2012, les 3 centres de Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck ont répondu à **23.639 demandes** et presté **12.008 consultations**.



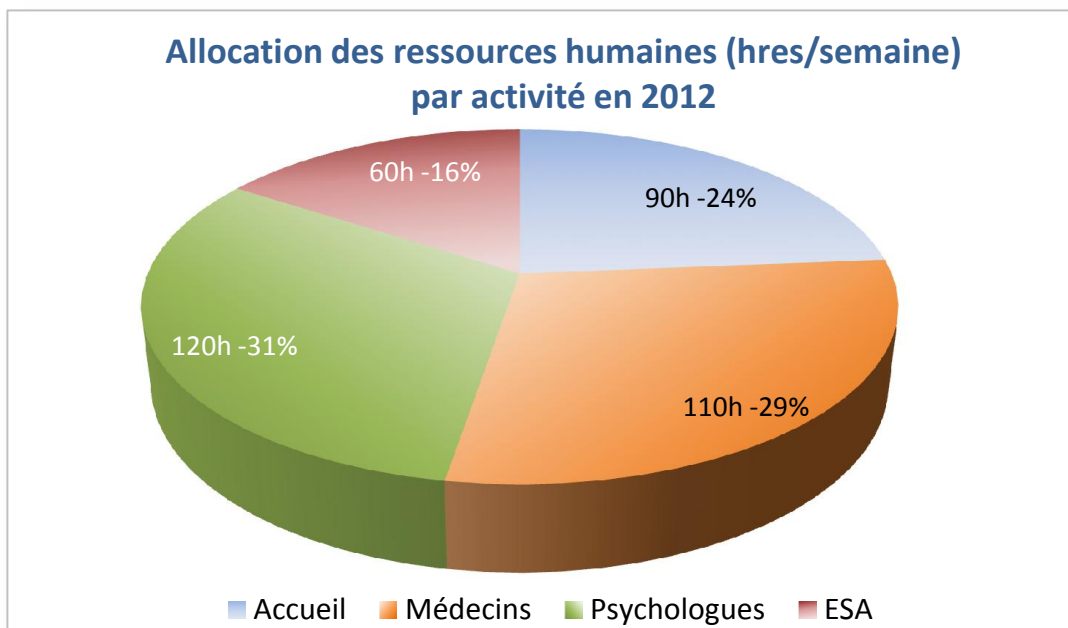
Le nombre de contacts englobe toutes les activités. Ces contacts se font par téléphone, par une visite aux centres, en consultations médicales ou psychologiques, au cours d'une séance d'information sexuelle et affective, mais aussi de plus en plus via email.

Les activités médicales et d'accueil englobent les prestations et actes des médecins ainsi que le travail de l'accueil c.à.d. le volet information et les prestations « guichet médical » (test de grossesse, pilule du lendemain, etc.).

2012 a vu une diminution d'un peu plus de 14% du nombre total de contacts, qui revient aux niveaux des années 2007-2008 mais ceci doit être nuancé par le nombre de consultations, qui avec 12 008 consultations, ne recule que d'à peine plus de 3% par rapport à 2011 et reste au niveau de 2010, essentiellement à cause de l'augmentation du nombre de consultations psychologiques, en hausse de 3,5 %.



Le nombre de consultations lui-même doit être relativisé. Alors que les consultations psychologiques ont connu une augmentation de 3.4 % (malgré un recul de 32% du nombre de contacts), le recul du nombre total de consultations au niveau médical (-6.0 %) ne reflète pas la transition qui s'est opérée vers des consultations plus « time-consuming », notamment au niveau des IVG dont le nombre a continué de croître (+20.5 % par rapport à 2011) et qui, contrairement à ce que pourrait laisser supposer une interprétation trop rapide des chiffres, a accentué la pression supportée par l'équipe médicale et la personne chargée de l'accueil des client(e)s.



La seule évolution dans l'allocation des ressources humaines en 2012 a été l'octroi d'un demi-poste (20h) supplémentaire, dont le besoin se faisait largement sentir, pour notre cellule ESA.

La part d'activité réalisée par les différents services n'est pas forcément en relation avec les ressources investies en personnel car les activités en sont diversement consommatrices. En effet, il faut bien plus de temps pour prester 1 consultation psychologique que médicale ou qu'informer 1 personne sur la sexualité et les relations, faire un test de grossesse ou encore délivrer une contraception d'urgence.

Le Planning Familial n'est pas une addition de services mais une complémentarité, une somme de compétences au service de toutes et tous sans discrimination d'aucune forme.

3. Les activités médicales

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive doit être garanti à toutes et tous. C'est un droit humain fondamental affirmé dans des conférences internationales majeures qui ont rassemblé un consensus parmi les 192 pays membres de l'ONU

(conférence du Caire de 1994 sur la population et le développement, 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes de Pékin en 1995).

3.1. Notre mission générale

Dans le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), notre rôle est de mettre à disposition de la population des consultations médicales comprenant des démarches diagnostiques et thérapeutiques, des prestations spécifiques de planning familial, avec une information approfondie sur la protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et sur les méthodes contraceptives disponibles, et enfin une prescription adaptée.



3.2. Une médecine pour tous

Le Planning Familial est ouvert à toutes et tous. Mais nous nous efforçons d'atteindre les personnes plus vulnérables.

3.2.1. Notre clientèle cible

- Adolescent(e)s et jeunes au début de leur vie sexuelle
- Personnes issues de la migration récente
- Personnes au statut précaire : requérants d'asile, sans papiers, personnes souffrant d'un handicap, personnes en situation fragilisée, en difficultés socio-économiques ou psychoaffectives, toxicodépendant(e)s, etc.

autant de personnes consultant difficilement une autre structure de soins perçue comme plus contraignante.

3.2.2. Nos réponses

Nous visons une accessibilité aisée tant sur le plan de notre **organisation** que sur le plan **géographique**.

Organisation :

Afin de garantir une réponse précoce et efficace aux client(e)s dont la situation change souvent rapidement, nous proposons un accueil sur rendez-vous et sans rendez-vous.

Localisation :

Nos consultations sont implantées de la même manière à Ettelbruck, Esch sur Alzette et Luxembourg.

Nous pratiquons une activité de type médecine **globale** et **spécialisée** en tenant compte du contexte **culturel et familial**.

Nous travaillons de manière interdisciplinaire en collaborant étroitement avec les autres métiers des équipes des centres planning familial: éducation sexuelle et affective, consultations psychologiques.

Nous orientons les patientes vers les structures médicales et paramédicales adaptées, si besoin : consultations pour infertilités, stérilités, procréation médicalement assistée, psychiatrie, consultations en relation avec le VIH-Sida, etc.

3.3. Une activité de santé publique, de promotion de la santé

Nous soutenons **toute initiative visant à promouvoir et améliorer la santé sexuelle et reproductive**.

3.3.1. Prévention et éducation à la santé

Par l'apprentissage à l'auto-observation et l'encouragement à des contrôles réguliers, nous sensibilisons, prévenons et visons la responsabilisation :

- Importance des contrôles gynécologiques réguliers, avec frottis cytologique du col utérin, recherche de chlamydia ou autre IST
- Apprentissage de l'auto-examen des seins mensuel à domicile
- Sensibilisation au dépistage du cancer du sein par mammographie dès 50 ans
- Information sur les signes et symptômes d'appel devant amener à consulter un médecin

Par des entretiens individualisés, une écoute bienveillante et professionnelle, par une approche centrée sur la personne, par des informations adaptées, nous favorisons la parole afin de permettre à chacun(e) d'améliorer sa capacité à prendre des décisions éclairées et libres en matière de santé sexuelle et reproductive, et à contrôler sa propre vie dans un but de responsabilisation.

3.3.2. Des choix en toute connaissance de cause

- Choix en matière de grossesse et de fertilité
- Connaissance des risques pour l'enfant et la mère en cas de grossesse
- (dépistage prénatal, influence de l'âge maternel, grossesse à l'adolescence, etc.)
- Choix en matière de contraception, préservation de la fertilité
- Choix en matière d'interruption de grossesse
- Connaissance des IST, des symptômes d'appel, comment s'en protéger

3.3.3. Renforcement du respect de sa propre personne et de son propre corps

- Prévention des abus sexuels, prévention des violences dans le couple et la famille
- Aspiration à vivre une sexualité épanouissante

3.4. Un centre de référence

Nous voulons jouer le rôle d'un centre de référence pour la promotion de la santé, la prévention et l'éducation.

En conduisant des recherches spécifiques à partir de notre pratique médicale de terrain, nous pouvons assurer un rôle de « sentinelle » vis-à-vis de l'émergence de nouveaux problèmes ou de l'augmentation de certaines pathologies auprès de notre clientèle.

En formant des relais en matière de promotion de la contraception :

- Formations pour les étudiants en médecine
- Formation continue pour les médecins généralistes
- etc..

En sensibilisant des acteurs clés :

- Personnels de jeunesse et santé
- En étant disponibles pour répondre aux questions d'autres professionnels
- En répondant aux sollicitations des médias (radio ,tv presse écrite)

Voilà l'esprit dans lequel nous avons essayé de mener le service médical en 2012 et l'état d'âme dans lequel nous avons reçu nos 2.756 patient(e)s au cours des 8.499 consultations de cette année.

Kaddour Annane, directeur médical

3.5. Données sur l'activité médicale

Consulter au Planning Familial est ouvert à toutes et tous, La consultation ne coûte rien, pas plus que les actes réalisés à cette occasion. Seule la souscription d'une carte client(e) annuelle de 15€ est proposée. Cette participation demeure facultative et le montant de 15€ est indicatif. Il peut être ajusté en fonction des moyens financiers de chacun(e).

Les mots-clés : dépister, prévenir et planifier, suivre et accompagner, écouter et dialoguer, collaborer

3.5.1. Le volume d'activité

Le volume de l'activité médicale a continué d'augmenter en 2011 (5%). Le nombre de consultations a progressé de 41% sur 3 ans avec ½ poste de médecin supplémentaire.

La diversification de l'offre de services entamée en 2009 (interruption volontaire de grossesse- suivi de grossesse- programmes de dépistage) et une ½ personne supplémentaire cette même année ont permis ce développement.

Les 6 médecins, représentant un peu moins que 3 postes à temps complet, ont presté **8.499 consultations** pour **2.756** patient(e)s dont 1.489 étaient nouvelles. Depuis 2009, la proportion des nouvelles clientes est supérieure à celles des anciennes. Ce constat est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de femmes s'adressant au Planning Familial en raison d'une grossesse non désirée, à savoir 718.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	croissance 2008- 2012
Ressources humaines (médecin)	2.25	2.75	2.75	2.75	2.75	0.5 poste
Consultations	6.397	8.161	8.644	9.043	8.499	33%
Ettelbruck	984	1.083	1.088	1.166	1.128	15%
Esch sur Alzette	1.662	1.754	1.736	1.943	1.846	11%
Luxembourg	3.751	5.324	5.820	5.934	5.525	47%

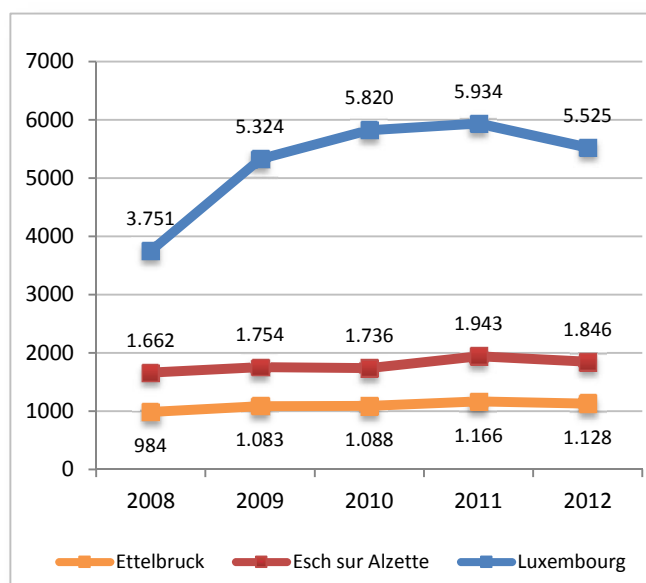
Luxembourg : + 47% (sur 4 ans)

L'augmentation des consultations pour grossesse non désirée et les interruptions de grossesse médicale au centre de Luxembourg, entraînant au minimum 4 consultations, expliquent pour une très grande part cette hausse.

En revanche les ressources en terme d'accueil et secrétariat médical sont restées les mêmes, à savoir 1 personne. Ceci s'avère aujourd'hui notoirement insuffisant et espérons que notre ministère de tutelle nous suivra dans cette analyse et nous accordera le renfort nécessaire.

Esch sur Alzette et Ettelbruck : +11% et 15% (sur 4 ans)

La demande de consultations reste soutenue. Une demi-journée de consultation médicale supplémentaire dans chacun des centres a été immédiatement absorbée. L'octroi d'un ½ poste supplémentaire de médecin basé au centre de Luxembourg nous a permis de transférer ces ressources.

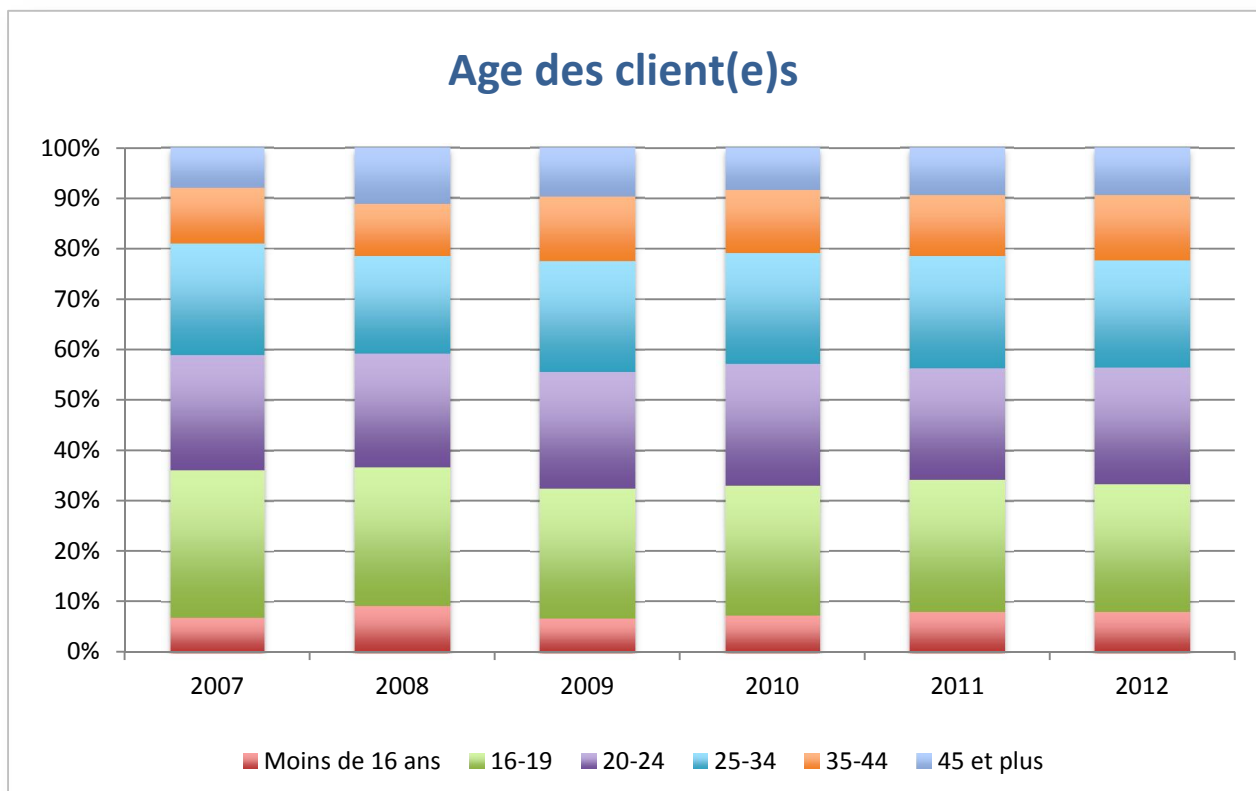


3.5.2. Les client(e)s du Planning Familial

La structure de notre clientèle, en termes d'origine, d'âge, de recrutement, de situation de vie n'évolue guère. Seul leur nombre ne cesse de progresser. La barre de 3.000 clientes a été dépassée cette année.

Qui sont-elles ?

Nous accueillons des femmes de tous âges, **de 13 à 88 ans**, qui qu'elles soient, d'où qu'elles viennent. De la puberté à la ménopause, nous les accueillons et les conseillons dans chacune de leur tranche de vie et nous nous adaptons constamment à l'évolution des demandes et des situations.



Age	Lux	Esch	Ett	Moy
Moins de 16 ans	5,2%	10,8%	9,9%	8,1%
16-19	22,2%	32,0%	24,0%	25,3%
20-24	22,5%	25,2%	22,0%	23,0%
< 25 ans	49,9%	68,0%	55,9%	56,3%
25-34	26,1%	15,5%	19,0%	21,3%
35-44	15,4%	8,7%	13,2%	13,0%
45 et plus	8,6%	7,7%	12,0%	9,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La répartition par âge de nos client(e)s n'évolue guère. Les moins de 16 ans représentent en 2012 toujours environ 8% de nos client(e)s et à l'autre bout de l'échelle, les plus de 45 % sont toujours à environ 9%. Mais globalement la population la plus jeune est maintenant à Esch où 68 % des client(e)s ont moins de 25 ans (contre 56 % en 2011) alors que la population la plus jeune était en 2011 à Ettelbruck avec 65%. La moyenne pour les trois centres est inchangée par rapport à 2011 avec 56 %.

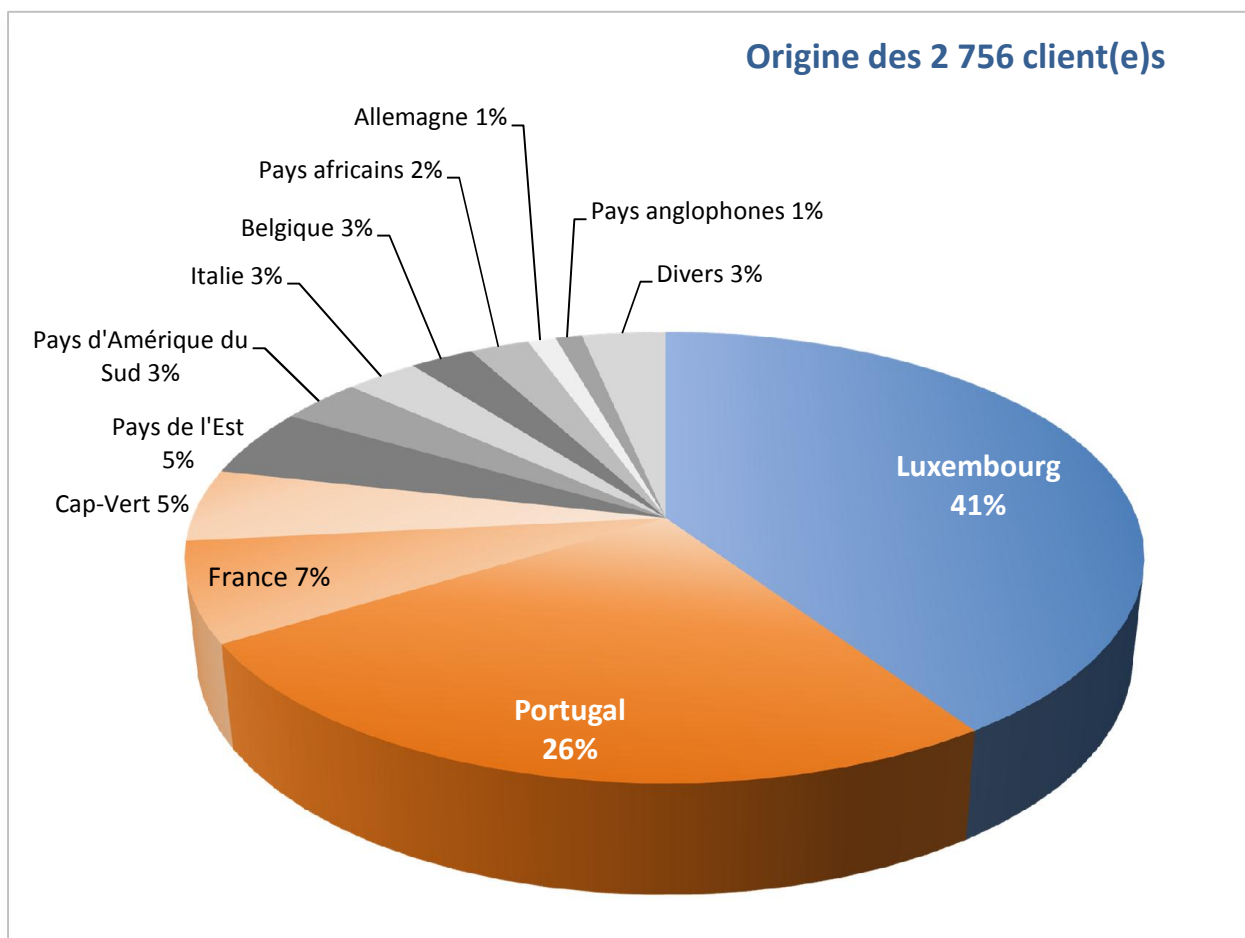
56% de nos clientes peuvent bénéficier du remboursement à 80% de la contraception depuis le 1^{er} janvier 2012

73% sont célibataires, et n'ont pas d'enfant. 45% sont en cours d'études. 8% se trouvent dans une situation précaire. 4% n'ont pas de caisse de santé.

Une gamme complète de services en matière de santé sexuelle et reproductive correspond à des besoins de santé primaire qu'il importe d'offrir à toute femme, quel que soit son âge et sa situation de vie.

D'où viennent-elles ?

Près de la moitié de nos client(e)s sont de nationalité luxembourgeoise (45% en moyenne- 60 % à Ettelbruck, 40% à Esch et Luxembourg) et plus d'un quart portugaise ou cap-verdienne (36 % à Esch) et le dernier quart partagé entre une quarantaine de nationalités. Les médecins des centres parlent essentiellement les 3 langues d'usage et l'anglais. Des traductions portugaises sont possibles à Luxembourg. En cas de difficultés majeures, l'ASTI offre des interprétariats sur place ou par téléphone dans de nombreuses langues d'usage au sein de la communauté immigrante au Luxembourg.



3.5.3. Les raisons de consultation

Les principaux motifs de visite restent :

- La contraception et les demandes d'informations : > 50%
- Le dépistage : 16%

L'IVG est une raison marginale de consultation mais consomme relativement plus de ressources car elle nécessite des consultations **longues, méticuleuses et répétées (au minimum 4 pour une IVG médicale)**.

Raisons de consultation	Nbre 2012	Var/%	Nbre 2011	Var/%	Nbre 2010	Var/%
Contraception	6.956	21,3%	7.554	22,0%	7.259	22,9%
Contraception urgence	1.190	3,6%	1.267	3,7%	1.050	3,3%
Tests de grossesse	1.765	5,4%	1.621	4,7%	1.484	4,7%
Consultations pour suivi de grossesse	109	0,3%	120	0,3%	112	0,4%
Consultation pour grossesse non désirée	658	2,0%	684	2,0%	0	0,0%
IVG	718	1,9%	583	1,7%	466	1,5%
Informations sexuelles et reproductives	7.355	22,5%	9.369	27,2%	8.292	26,2%
Autres informations - références externes	772	2,4%	278	0,8%	656	2,1%
Dépistage cancéreux (cervical)	2.383	7,3%	2.546	7,4%	2.441	7,7%
Vaccination HPV	73	0,2%	118	0,3%	135	0,4%
Screening HPV	10	0,0%	37	0,1%	35	0,1%
Dépistage Chlamydiae	681	2,1%	693	2,0%	703	2,2%
Dépistage HIV/SIDA	529	1,6%	84	0,2%	92	0,3%
Dépistage autres MST	842	2,6%	523	1,5%	438	1,4%
Dépistage mammaire	1.313	4,0%	1.593	4,6%	1.356	4,3%
Programme mammographie	80	0,2%	72	0,2%	48	0,2%
Examens gynécologiques	3.469	10,6%	3.710	10,8%	4.098	12,9%
Echographie	2.192	6,7%	2.110	6,1%	1.953	6,2%
Tests urinaires (interne)	279	0,9%	227	0,7%	204	0,6%
Autres examens	1.163	3,6%	1.081	3,1%	742	2,3%
Biopsie	14	0,0%	24	0,1%	8	0,0%
Colposcopie	21	0,1%	26	0,1%	17	0,1%
Consultation ménopause	91	0,3%	66	0,2%	65	0,2%
Consultation masculine	35	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	87	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	1	0,0%	2	0,0%	8	0,0%
Stérilités/infertilités	9	0,0%	15	0,0%	19	0,1%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	41	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Total	32.836	100%	34.403	100%	31.681	100%

Note : les raisons de consultation sont plus nombreuses que le nombre de contacts car 1 personne peut consulter le PF pour plusieurs raisons.

3.5.4. Les axes de l'activité médicale

Ecouter, être vigilant(e), dépister, conseiller, informer sont les maîtres mots à garder à l'esprit dans la pratique quotidienne

I. Le dépistage

Dépistage des infections sexuellement transmissibles

Il comporte en numéro un la recherche des HPV (Human Papilloma Virus) responsables des cancers du col de l'utérus, par la pratique d'un examen facile de réalisation : le frottis cervical.

Le nombre de frottis réalisés augmente régulièrement avec l'augmentation du nombre de nos patientes (*près de 85 % de frottis*).

Cela présente un double intérêt :

- Augmentation du dépistage des lésions cervicales débutantes,
- Augmentation du nombre d'HPV oncogènes retrouvés.

La recherche des *Chlamydiae* (trachomatis et psytacchi) se fait par le biais d'un prélèvement urinaire ou vaginal. Cette infection est la plus fréquente des maladies sexuellement transmissibles mais la très grande majorité des personnes porteuses n'ont aucun symptôme. Or, une infection non traitée peut avoir des conséquences graves. Elle est la cause numéro 1 de stérilité tubaire chez les femmes, elle peut provoquer des douleurs au moment des rapports sexuels et des algies pelviennes. Elle affecte principalement les jeunes de moins de 25 ans, soit 56% de nos patientes concernées

Qui dit santé sexuelle, dit prévention du VIH/SIDA. Au Luxembourg, des acteurs efficaces agissent dans les domaines du plaidoyer et de la sensibilisation, de la prévention, de l'accès au dépistage et au traitement ainsi que l'accompagnement des personnes séropositives ou ayant développé le SIDA ainsi que dans la recherche. Il n'en reste pas moins vrai que santé sexuelle et planning familial sont intimement liés. Le Planning Familial est donc actif dans le domaine de l'information mais aussi du dépistage. De nombreuses personnes s'adressent à notre accueil pour s'informer sur les possibilités de dépistage anonyme et gratuit. En consultation, nous encourageons et informons nos client(e)s de cette possibilité. Par ailleurs, la recherche du VIH/SIDA est prescrite aussi souvent que nécessaire avec le plein consentement des client(e)s.

Programme mammographie et dépistage du cancer du sein

Nous promouvons et participons au programme mammographie. Une partie non négligeable de notre clientèle a plus de 50 ans et se trouve de fait éligible dans le cadre de ce programme de dépistage systématique. Les gestes de prévention du cancer du sein font partie de notre pratique quotidienne. L'examen des seins est fait de façon systématique en consultation.

II. La prévention

Les programmes de prévention des MST et cancers féminins

Programme de dépistage systématique des « chlamydia trachomatis »

Les conclusions du projet pilote « chlamydia trachomatis » recommandaient l'instauration d'un programme de dépistage systématique au Planning Familial. Il a démarré courant novembre 2008, s'est poursuivi en 2009 (363 tests) et *intensifié depuis, 693 tests en 2011 et un montant pratiquement identique en 2012 (681).*

Programme de vaccination HPV

Dans la lignée du programme de vaccination initié par le Ministère de la Santé en 2008 au profit des jeunes filles de 12 à 17 ans révolus, le Planning Familial est actif tout en continuant à promouvoir la nécessité d'un suivi gynécologique et la pratique d'un frottis à intervalle régulier. 73 vaccinations ont été effectuées dans ce contexte (en net recul par rapport à 2009, année de rattrapage et même par rapport à 2012).

A l'instar d'autres pays comme la France qui offre la vaccination jusqu'à l'âge de 23 ans et comme semblent le suggérer les résultats des dernières études internationales, il y a un intérêt à vacciner au-delà du jour anniversaire des 18 ans. Mais en raison du coût élevé d'une vaccination complète (3 doses), il y a un réel problème d'accès. Un réajustement des délais de vaccination pourrait être utile.

La contraception

C'est le motif numéro 1 des consultations et c'est la meilleure façon d'éviter les grossesses non désirées et donc le recours à l'avortement. Cela s'explique aisément au regard de la « jeunesse » de nos patientes. 1/3 a moins de 20 ans et plus de 50% moins de 25 ans. De nombreuses jeunes filles sont donc à l'aube de devenir actives sexuellement ou commencent à l'être. Elles sont souvent étudiantes (45%) et/ou célibataires (73%) et ne se trouvent pas dans une tranche de vie où elles sont prêtes à accueillir un enfant.

Toutes les méthodes de contraception sont disponibles ou prescrites dans nos centres. Si besoin, elles sont offertes aux mineures et femmes en situation financière difficile.

A partir du 1^{er} janvier 2012, la contraception est remboursée à 80% aux jeunes de moins de 25 ans
59% des grossesses non désirées concernent des femmes de plus de 25 ans...

Un de nos objectifs est de faire bénéficier nos client(e)s d'une contraception adaptée à leur situation de vie et de les faire bénéficier des progrès scientifiques dans ce domaine. De fait, nous abandonnons progressivement les méthodes non dénuées de risque en cas d'utilisation prolongée (en particulier celles à base de depoprodasone, c.à.d. l'injection trimestrielle de progestatif).

1 331 demandes de préservatifs (+14 % par rapport à 2011) nous ont été faites. Fournis par le Ministère de la Santé, ils sont mis gratuitement à disposition des client(e)s dans nos 3 centres. Ils sont également distribués largement lors de manifestations publiques (festivals, projets dans les institutions scolaires et sociales) et au cours des séances d'informations sexuelles et affectives.

III. Le suivi de grossesse

Depuis 2009, le Planning Familial offre une possibilité de suivi de grossesses aux femmes qui le souhaitent avec tous les droits et garanties dont elles doivent bénéficier et la rigueur qui s'impose. Nous adressons au plus tard la femme enceinte à la maternité qu'elle a choisie pour les 2 dernières visites. Cette activité est marginale mais complète l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive offerts. Nous ne suivons pas de grossesse à risque.

IV. Les interruptions de grossesse

Préambule

Depuis 2009, l'équipe médicale a consolidé son savoir-faire en matière d'interruption et de suivi de grossesse, activités toutes deux initiées cette même année. En février 2009, le Planning Familial a commencé la pratique de l'IVG médicale jusqu'à 5 semaines de grossesse (ou 7SA)¹ dans son centre de Luxembourg.

En février 2010, le Planning Familial a signé une convention avec le CHL pour la pratique d'IVG chirurgicale jusqu'à 12 semaines de grossesse.

Le Planning Familial offre désormais un accès complet aux services d'interruption de grossesse, limité cependant par les ressources disponibles tant logistiques qu'humaines.

La situation

Même si le rôle principal du Planning Familial est la prévention ainsi que l'information sexuelle et affective, le taux zéro IVG est impossible. Un accès à l'IVG doit donc être garanti au Luxembourg puisque elle est légale dans certaines circonstances, élargies dans le projet de réforme de la loi.

C'est le cas au Planning depuis 2009 pour les IVG médicales (5 semaines de grossesse ou 7 semaines d'aménorrhée = 7 SA) ainsi que depuis 2010 pour les IVG chirurgicales (jusqu'à 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée = 14SA) réalisées à la maternité du CHL par le personnel du Planning Familial.

IVG au PF Luxembourg	2009	2010	2011	2012	Total	Evolution 2009/2012
Nombre IVG (MED < 7 SA)	245	366	441	507	1 559	107%
Nombre IVG par semaine	4.7	7.0	8.5	9.8	-	

La prévision 2012 qui était faite en 2011 (493 IVG) était légèrement en-deçà de la réalité (3%). Il est par contre impossible de se livrer en 2012 à une prévision de ce que seront les chiffres pour 2013 étant donné l'influence de nombreux facteurs nouveaux dont les impacts « tirent » dans des directions différentes :

- Le remboursement à 80% de la contraception pour les femmes de moins de 25 ans devrait théoriquement conduire à une diminution des GND, mais rien actuellement ne nous permet d'étayer cette hypothèse

¹ 5 semaines de grossesse correspondent à 7 semaines d'aménorrhées (7SA), c'est à dire 7 semaines après les dernières règles (l'ovulation intervenant en moyenne 2 semaines après le début des règles)

- Les nouvelles alarmantes qui ont circulé sur la gravité des effets secondaires de certains contraceptifs de 3^e génération peuvent-elles conduire à un recul de la contraception et aller dans le sens d'une augmentation des GND ? Il est encore trop tôt pour le dire, même si les premières études en France semblent montrer que le recul des ventes de contraceptifs de 3^e et 4^e génération (-23%) n'a pas été compensé par une hausse identique des ventes de contraceptifs de 2^e génération (+16%)
- L'entrée en vigueur de la loi du 12 décembre 2012 sur l'IVG autorise uniquement un gynécologue-obstétricien à prescrire et administrer la mifégyne, ce qui, faute d'autorisation d'embaucher du personnel supplémentaire possédant cette spécialité, conduira sans le moindre doute à une diminution drastique des capacités du Planning Familial à répondre à la demande des clientes

26% des 2.756 clientes du PF ont consulté pour une grossesse non planifiée comparé à 15 % en 2009
23% des clientes ont opté pour une interruption de grossesse (645), soit 4% de plus qu'en 2011

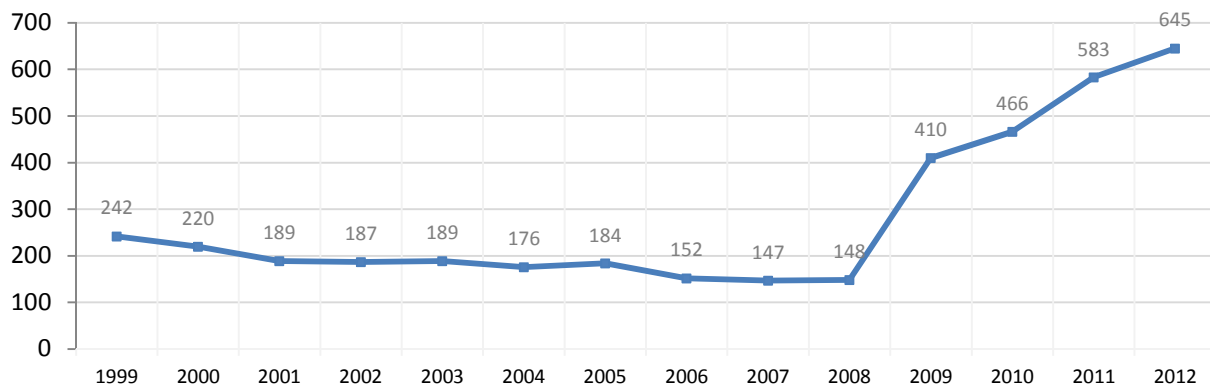
Année	2008	2009	2010	2011	2012	Remarques
Consultation pour grossesse non désirée (GND)	-	-	-	684	718	Données détaillées à partir de 2011
<i>Changement d'avis clairement exprimé</i>	-	-	-	101	73	
Demandes d'IVG confirmées	148	410	466	583	645	
<i>FC/GEU/GA (Fausse Couche / Grossesse Extra Utérine/Grossesse Arrêtée)</i>	-	-	-	13	7	<i>Patientes ayant opté pour une IVG, donc incluses dans nos statistiques de demandes d'IVG</i>
<i>Venues pour IVG (1^{ere} consultation) puis ne se sont plus représentées (IVG ailleurs, changement avis?)</i>	-	-	-	22	4	
<i>Décision de poursuivre la grossesse</i>	-	-	-	27	24	
S/total recours à l'IVG non nécessaire	-	0	18	62	35	Données détaillées à partir de 2011
IVG	148	410	448	521	610	

La tendance

Jusqu'en 2008, les demandes d'IVG faites à nos centres s'étaient stabilisées depuis quelques années à une moyenne de 150. Mais depuis que le Planning Familial offre une possibilité d'IVG, à la fois médicale et chirurgicale, avec prise en charge financière à 100% comme le prévoit la caisse de santé, les demandes ont fait surface au Luxembourg. Dans le même temps, les centres partenaires à l'étranger (le groupe CASA et la clinique de Heemstede aux Pays-Bas- le Planning Familial de Rochefort en Belgique, le CHR de Thionville-Metz) ont reporté de moins en moins d'avortements faits pour le compte de résidentes luxembourgeoises. Le tableau et graphique ci-après illustrent le phénomène.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	Remarques
IVG via le Planning Familial	148	410	448	521	610	
<i>Luxembourg</i>	-	245	385	463	558	
<i>Etranger</i>	148	125	63	58	52	
% IVG à l'étranger (via PF)	100%	34%	14%	11%	9%	⇒ le PF prend directement en charge 90% des IVG
IVG totales déclarées par les centres partenaires à l'étranger (FR-BE-NL)	300	212	125	124	119	
IVG "totales" recensées par PF	300	457	510	587	677	
%IVG "totales" à l'étranger	100%	46%	25%	21%	18%	

Evolution des demandes d'IVG (confirmées)



La tendance constatée ne témoigne donc pas du tout d'une augmentation du taux d'avortement, mais très logiquement d'une remontée de l'iceberg des IVG auparavant exportées mais aussi cachées au Luxembourg sous des appellations différentes. IVG rapatriées et IVG dévoilées ont fait grossir les chiffres depuis 2009.

La répartition géographique

On constate que *le tourisme de l'avortement est en forte diminution*. La quasi-totalité (90%) des demandes qui nous adressées sont prises en charge par du personnel PF. Cette solution a permis de garder un interlocuteur unique, une prise en charge globale et d'assurer un taux de contrôle précoce post-IVG de 100%. C'est un progrès estimable en matière de santé publique et d'équité entre les femmes.

De plus en plus de confrères, gynécologues surtout, généralistes parfois, nous adressent certaines de leurs patientes (62 patientes en 2011).

Centre	Demandes / IVG via le Planning Familial		
	IVG	%	Commentaires
Planning Familial: IVG MED (7SA)	507	83%	≈ 10 par semaine
PF/CHL LUX: IVG CHIR (14SA)	48	8%	90% par PF
Lux- autres	3	1%	
Total Luxembourg	558	91%	
France / Thionville	9	2%	97% par personnel PF
Belgique / Rochefort-Jemelle	2	0%	
NL- CASA	38	7%	
NL-Heemstede	1	0%	
Espagne	2	0%	
Total Etranger	52	9%	
Total IVG faites	610	100%	

Ces chiffres montrent la réactivité maximale de la structure Planning Familial. La majorité des IVG peuvent être réalisées par voie médicamenteuse, ce qui permet d'écarter tous risques anesthésiques.

L'âge moyen a baissé depuis 2009 de 7,8 à 7,2 semaines d'aménorrhée ou 5,2 semaines de grossesse. C'est à tous points de vue mieux pour la santé psychologique et physique des femmes.

Cependant, dans le meilleur des cas, c.à.d. lorsque la prise en charge globale est assurée par le Planning Familial, l'IVG est faite à 4,2 semaines de grossesse en moyenne. **La marge est donc très serrée pour obtenir une IVG**

médicale (max 5 semaines de grossesse). Ceci signifie que le choix entre les 2 méthodes (MED et CHIR) risque d'être hypothéqué maintenant que la loi réglementant l'IVG a entériné le principe de la consultation psycho-sociale obligatoire, hors hypothèse d'une (réelle) unité de lieu. Dans ce cas, au sein d'une même institution, les problèmes de délais pourraient encore être gérés au mieux.

Le pourcentage de grossesses hors délais a diminué et est maintenant stable à 4%

Ceci confirme que le nombre d'IVG hors délais a tendance à diminuer lorsqu'un accès légal, sûr, dans un environnement neutre et bienveillant existe. Les femmes trouvent leur chemin et ce, plus rapidement vers le professionnel de santé adéquat.

Ceci a un impact positif sur le terme moyen de toutes les IVG (5,2 semaines de grossesse via le Planning Familial sur 3 années) et sur la santé des femmes.

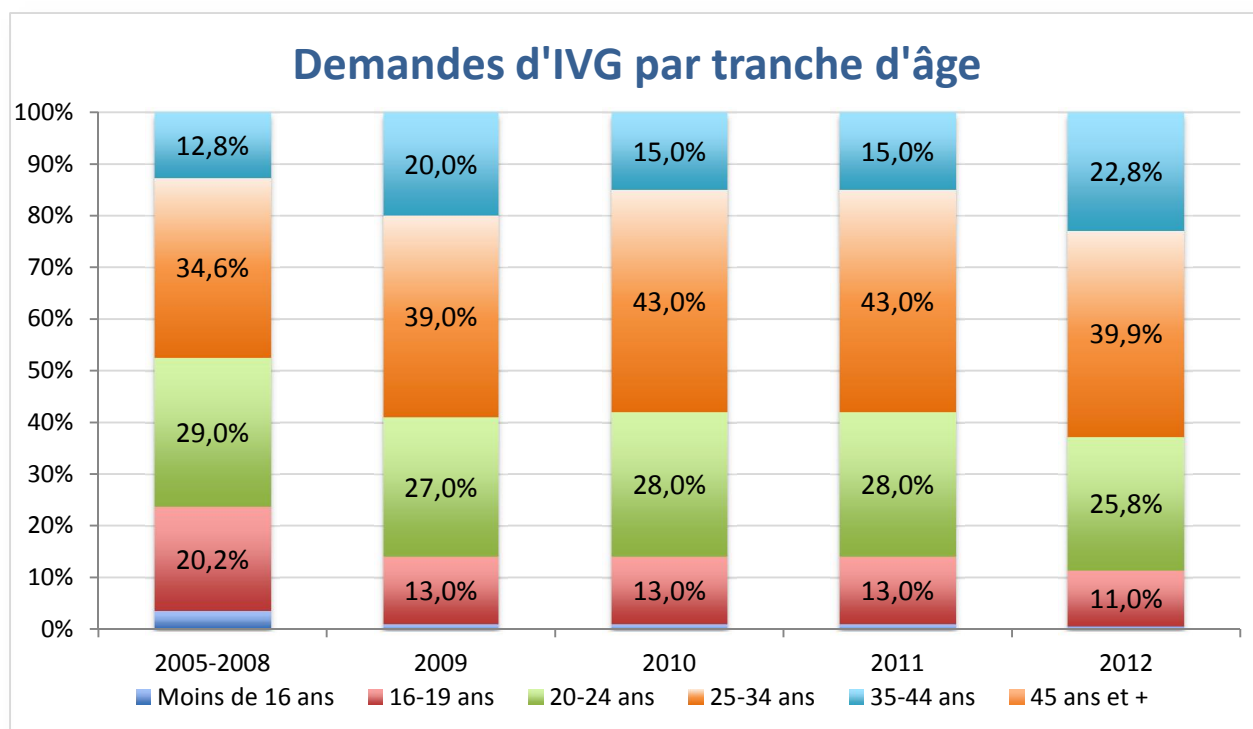
L'âge des femmes

Il n'y a pas d'âge type pour se trouver confrontée à une grossesse non désirée.

La moyenne d'âge est de 28,5 ans sur la période 2009-2012, une augmentation d'un an entre 2011 et 2012 essentiellement à cause d'une augmentation notable du pourcentage se situant dans la tranche d'âge de 35 à 44 ans.

En 2011, la plus jeune femme avait 14 ans et la plus âgée, 49 ans. 6 jeunes femmes avaient moins de 16 ans et 31 en tout étaient mineures, soit 5% du total.

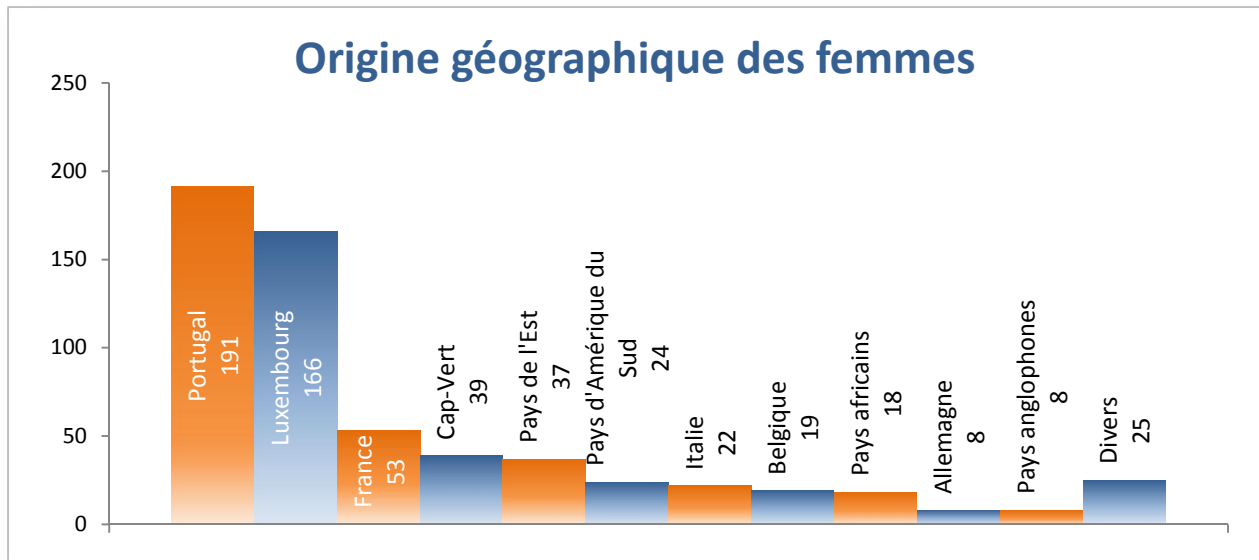
59.6% des femmes ont plus de 25 ans sur la période 2009-2012 (n=2104) comparé à 48% pendant la période 2005-2008 (n=548)



L'origine géographique des femmes

L'origine géographique des femmes ne correspond pas du tout aux données globales de la population... en particulier les luxembourgeoises sont sous-représentées. Elles s'adressent plus souvent à leur gynécologue. Les données 2012 non seulement confirment les 2 premières années d'observation mais semblent témoigner d'une

accentuation puisque sur l'ensemble des demandes d'IVG, l'origine géographique la plus représentée est maintenant le Portugal, qui devance le Grand-Duché.



En dehors des pays de l'ex Eu15, nous avons recensé plus de 40 nationalités différentes. 34 femmes ne parlaient aucune langue d'usage au Luxembourg.

La situation familiale, sociale et professionnelle des femmes (données 2011)

Ces données sont reportées par les femmes elles-mêmes. Elles comportent inévitablement un biais de « social acceptability ».

Leur mode de vie familiale est très diversifié :

- 67% des femmes ne vivent pas en couple. La moyenne sur 3 années d'observation montre que cette situation tend être plus fréquente.
 - Elles sont 15% à vivre seule avec leurs enfants.
- ⇒ 2 situations peu propices à l'accueil d'un enfant ?
- 46% n'ont pas d'enfants, à l'opposé 11% des femmes ont 3 enfants et plus. 18% ont déjà 2 enfants.

Leur situation socio-professionnelle est tout aussi diversifiée :

Toutes les catégories sociales sont représentées. Mais à la lumière des chiffres 2011 et de l'analyse des tendances sur 3 ans, nous pouvons conclure que la catégorie de femmes frappant à la porte du Planning Familial pour une IVG a globalement changé.

Globalement, la situation des femmes demandant une IVG s'est dégradée en 2011

- 71% ont dit ne pas connaître les conditions légales en vigueur au Luxembourg
- Elles étaient 21% dans ce cas en 2009 et 48% en 2010.
- 35 femmes ne parlaient aucune langue d'usage au Luxembourg.
- Elles ont atteint un niveau d'études moins élevé : 2% n'ont pas été scolarisées, 13% ont suivi l'école primaire et ne sont que 14% à avoir accompli des études universitaires, contre 25% en 2010.
- 21% étaient en cours d'études.
- Elles étaient moins nombreuses à avoir un emploi, 53% contre 57% en 2010.
- Elles étaient plus nombreuses à être ouvrières, 54% comparé à 15% en 2009.
- Parallèlement, elles n'étaient plus que 24% à avoir un statut d'employées contre 63% en 2009.
- 53% déclaraient que les revenus de la famille étaient insuffisants comparé à 36% en 2009.
- 34 femmes n'avaient pas de caisse de santé (sur 404 dossiers)

Profession (classification INSEE- France)	2009	2010	2011	Moyenne 2009/ 2011	Total sur 3 ans
Artisans	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%	1
Commerçants	2.2%	0.0%	0.4%	0.6%	4
Sous- total	3%	0%	0%	1%	5
Cadres	0.0%	0.0%	0.4%	0.2%	1
Prof. Libérales	0.0%	1.7%	2.0%	1.4%	9
Cadres fonction publique	0.7%	0.4%	0.4%	0.5%	3
Professeurs	0.7%	0.0%	0.4%	0.3%	2
Profession information	0.0%	1.2%	0.0%	0.5%	3
Cadres administratifs et commerce	6.6%	4.1%	6.0%	5.4%	34
Ingénieurs	2.2%	1.2%	1.2%	1.4%	9
Sous-total cadres	10%	9%	10%	10%	61
Instituteurs	3.6%	3.7%	3.2%	3.5%	22
Prof. intermédiaires santé et social	2.2%	5.8%	6.8%	5.4%	34
Prof. intermédiaires administratives	2.2%	1.2%	1.2%	1.4%	9
Techniciens	0.7%	0.0%	0.4%	0.3%	2
Agents de maîtrise	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%	1
Sous- total professions intermédiaires	9%	11%	12%	11%	68
Employés fonction publique	9.5%	5.4%	3.2%	5.4%	34
Policiers et militaires	0.0%	0.0%	0.4%	0.2%	1
Employés administratifs	21.2%	10.4%	6.0%	11.0%	69
Employés commerce	27.0%	19.9%	12.4%	18.5%	116
Services aux particuliers	5.1%	5.4%	1.6%	3.8%	24
Sous- total employées	63%	41%	24%	39%	244
Ouvriers qualifiés	7.3%	6.6%	7.2%	7.0%	44
Ouvriers non qualifiés	6.6%	32.8%	46.6%	32.5%	204
Ouvriers agricoles	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%	1
Sous- total ouvrières	15%	39%	54%	40%	249
Total données disponibles	100%	100%	100%	100%	627

Les raisons d'une grossesse non désirée

53% des femmes utilisaient un moyen de contraception moderne (hors méthode naturelle) moyenne sur 3 années d'observation

- Manque d'information ou mauvaise information (problème de compréhension – délivrance d'informations inadaptées : âge, langue ?)
- Mauvaise utilisation (oubli - mauvais usage- interaction médicamenteuse)
- Mauvaise accessibilité (problème dans le suivi de la contraception : RDV chez le médecin renouvellement d'ordonnance, coût)
- Norme contraceptive « inadaptée » (contraception « mal » adaptée à l'âge, au style et aux conditions de vie)
- Manque d'information et de compréhension vis- à vis de la contraception d'urgence
- 93% n'avaient pas pris la pilule du lendemain

Peu de femmes disent ne pas vouloir utiliser de moyens de contraception. Elles se trouvaient plutôt dans une situation de vie où elles pensaient ne pas avoir besoin d'une contraception régulière. Un nombre non négligeable de femmes ont alors utilisé des « méthodes naturelles », plus efficaces dans un contexte de désir d'enfants !

L'absence de contraception s'explique le plus souvent ainsi :

- Pas de partenaire
- Pas de partenaire régulier
- Préjugés sur la contraception
- Grossesse improbable (stérilité supposée, ménopause supposée)
- Ambivalence du désir de grossesse
- Et bien sûr, les problèmes d'accès (prescription médicale – coût de la de la contraception)
- Il faut garder à l'esprit que l'étude HBSC 2006 montre que les jeunes luxembourgeois(e)s sont parmi celles et ceux qui ont le plus de mal à dialoguer avec leurs parents. Pour les jeunes, le coût d'une visite médicale non prise en charge (si besoin de confidentialité vis à vis des parents) est élevé.

Etre à l'abri d'une grossesse non désirée dans la vie d'une femme qui désire 2 enfants, suppose d'être fiable pendant 7200 jours (20 ans en moyenne)....pas d'incident de parcours (pas de stress, de fatigue, de maladie, de décalage horaire, etc.). Cela doit faire réfléchir et inviter à une grande tolérance.

Les indications d'une interruption de grossesse

Aucune situation de grossesse non désirée n'était le résultat d'un acte criminel (article 12, c) :

- Viol : 0%

Aucune femme ne s'est trouvée dans le cas d'indication "eugénique" (article 12, b) :

- Risque pour l'enfant à naître (malformations) : 0%

L'ensemble des grossesses non désirées s'inscrivait dans le contexte d'une indication thérapeutique (article 12, a)

- Danger en cas de poursuite de la grossesse : 100%
 - Pour la santé physique : 1%
 - Pour la santé psychologique: 1%
 - Danger pour la santé physique et psychologique, *induit par les conditions de vie que la naissance pourrait entraîner* : 98 %

Dans ce contexte, nous avons été témoins de situations dramatiques, qu'il s'agisse de partenaire violent, de femmes réfugiées, de chantages intrafamiliaux et au sein de la relation.

Conclusions

Les statistiques 2011 confortent les observations des 2 premières années et confirment que toutes les femmes sont concernées par l'IVG. Nous avons pu dresser des portraits de femmes mais pas un profil.

1/3 des grossesses dans le monde, y compris pays développés, sont des grossesses non planifiées.

Chaque femme connaît en moyenne une grossesse non prévue dans sa vie et 1 femme sur 3 choisira de l'interrompre. Certaines études tendent à montrer qu'il s'agit d'une 1 femme sur 2.

La pratique médicale de l'IVG au Planning Familial : 1052 IVG en 3 ans

L'âge moyen de la grossesse au moment de l'IVG (< 5 semaines), un délai d'attente moyen de 7 jours, soit le délai minimal de réflexion requis par la loi entre la 1ère consultation et l'IVG, (sauf cas particulier de conflit aigu de grossesse), montrent l'extrême réactivité et efficacité du Planning Familial. Et de son équipe.

La pratique de 3 années montre qu'une structure non hospitalière telle que le Planning Familial est tout à fait adaptée à cette pratique. De plus le protocole mis en place et qui permet d'intervenir tôt, rend l'acte plus facile, l'IVG plus rapide et moins douloureuse, donc moins traumatisante et dommageable pour la santé physique et psychique des femmes.

Le succès de la méthode à 48 heures (pas de grossesse évolutive) sur 3 ans est de 99.7% (1.049 sur 1.052 IVG)

Le nombre d'incidents (besoin d'un geste supplémentaire) sur la même période est de 7 :

- 5 curetages après échec de myféline ou métrorragies avant cytotec
- 2 transferts au CHL pour surveillance supplémentaire de la patiente, après expulsion (pas de geste supplémentaire retour à domicile après quelques heures)

Le Planning Familial a mis au point une pratique innovante, le contrôle post-IVG précoce. A la fin de la journée d'observation au PF (soit environ 6 heures après la prise du médicament permettant l'expulsion), un contrôle échographique est pratiqué. Si l'expulsion n'a pas eu lieu, la patiente reviendra le lendemain. Cette procédure particulière a été totalement respectée par les femmes concernées, sauf 1.

Contrôle / « visite » post IVG précoce : 99,9%

Les femmes quittent le Planning Familial rassurées. En fait, la visite post IVG planifiée sous 10 jours au maximum pour garder la femme dans une démarche de consultation, est alors consacrée à faire le point sur la façon dont elles ont « digéré » l'IVG tant sur le plan physique que psychologique et de réserver un long moment à la discussion autour de la contraception.

Ce contrôle génère un surcroît de travail mais il confère à notre pratique une assurance qualité très élevée.

Limites et perspectives

Les conclusions faites en 2011 restent d'actualité :

1. **Les données collectées restent des données partielles** concernant les clientes du Planning Familial, ou venant sur recommandation, de plus en plus nombreuses, de confrères.

Une enquête nationale sur la santé sexuelle et reproductive fait défaut.

2. **Le problème en 2012 était encore et toujours logistique:** exigüité des locaux du Centre de Luxembourg, manque de personnel accompagnant et de médecins.

Dans les mêmes locaux avec le même personnel d'accueil/assistance médicale, à savoir 1 personne, le Planning Familial est passé de 0 IVG début 2009 à 1559 IVG médicales à fin 2012, avec 0.62 poste de médecin gynécologue comme ressource supplémentaire.

Or, il est un fait établi que le Planning Familial s'interdit d'opérer la moindre discrimination.

Une avancée majeure s'est cependant concrétisée en 2012 : le projet de déménagement qui était en discussion au niveau du MFAM a finalement reçu le feu vert et aboutira dans le dernier trimestre 2013 à un agrandissement de la surface de travail utile de l'ordre de 75 %.

Il était également acquis à fin 2012 que le Planning Familial disposera en 2013 d'un poste supplémentaire à l'accueil, ce qui mettra fin à une dramatique carence en personnel pour assurer l'accueil des client(e)s dans le respect des principes que nous nous sommes fixés.

La loi du 12 décembre 2012 fera par contre reposer l'activité IVG sur les épaules du seul gynécologue-obstétricien, ce qui risque de dégrader dramatiquement la capacité du Planning Familial à faire face en 2013 à une demande dont la croissance ne s'est pas démentie depuis 2009.

Plus que jamais, la création d'un centre de santé sexuelle et reproductive représenterait une plus-value indéniable en terme de santé publique.



Statistiques médicales 2012 - Tous centres	2012		2011		2010	
I. Données générales	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts	17.240	-10,6%	19.276	6,6%	18.088	3,8%
Nombre de clients	2.756	-8,6%	3.015	7,3%	2.810	2,7%
Clients nouveaux	1.489	-4,5%	1.559	2,7%	1.518	13,5%
RDV non observés	1.280	-10,9%	1.437	20,5%	1.193	5,4%
Nombre de consultations	8.499	-6,0%	9.043	4,6%	8.644	5,9%
II. Nationalités / origines	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Luxembourg	1.119	40,6%	1.303	43,2%	1.223	43,5%
France	197	7,1%	195	6,5%	189	6,7%
Belgique	70	2,5%	70	2,3%	73	2,6%
Allemagne	31	1,1%	27	0,9%	36	1,3%
Portugal	706	25,6%	701	23,3%	648	23,1%
Cap-Vert	143	5,2%	161	5,3%	145	5,2%
Italie	80	2,9%	91	3,0%	75	2,7%
Pays anglophones	29	1,1%	38	1,3%	22	0,8%
Pays d'Amérique du Sud	89	3,2%	102	3,4%	102	3,6%
Pays de l'Est	135	4,9%	123	4,1%	130	4,6%
Pays africains	65	2,4%	85	2,8%	72	2,6%
Divers	92	3,3%	119	3,9%	95	3,4%
III. Age	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Moins de 16 ans	222	8,1%	244	8,1%	205	7,3%
16-19	696	25,3%	786	26,1%	721	25,7%
Sous-Total moins de 20 ans	918	33,3%	1.030	34,2%	926	33,0%
20-24	635	23,0%	667	22,1%	681	24,2%
25-34	586	21,3%	670	22,2%	617	22,0%
35-44	359	13,0%	366	12,1%	351	12,5%
45 et plus	258	9,4%	282	9,4%	235	8,4%
Sous-Total plus de 35 ans	617	22,4%	648	21,5%	586	20,9%
IV. Etat civil	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Célibataire	1.971	71,5%	2.194	72,8%	2.050	73,0%
Marié(e) ou partenariat	538	19,5%	660	21,9%	619	22,0%
Divorcé(e) ou séparé(e)	178	6,5%	139	4,6%	119	4,2%
Séparé(e)	37	1,3%	5	0,2%	3	0,1%
Veuf(ve)	32	1,2%	17	0,6%	19	0,7%
V. Enfants	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
0	1.991	72,2%	2.194	72,8%	2.076	73,9%
1	343	12,4%	357	11,8%	341	12,1%
2	254	9,2%	276	9,2%	218	7,8%
3	115	4,2%	128	4,2%	125	4,4%
4 et plus	53	1,9%	60	2,0%	50	1,8%

VI. Couverture sociale	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Oui	2.653	96,3%	2.902	96,3%	2.704	96,2%
Non	103	3,7%	113	3,7%	106	3,8%
VII. Occupation	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Etudes	1.244	45,1%	1.366	45,3%	1.265	45,0%
Travail	1.065	38,6%	1.201	39,8%	1.127	40,1%
Recherche d'emploi indemnisée	142	5,2%	186	6,2%	214	7,6%
Recherche d'emploi non indemnisée	56	2,0%	66	2,2%	47	1,7%
Au foyer	209	7,6%	156	5,2%	133	4,7%
Retraite	40	1,5%	40	1,3%	24	0,9%
VIII. Mode de recrutement	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Clients, amis	1.618	58,1%	1.694	55,9%	1.551	55,0%
Famille	553	19,9%	612	20,2%	604	21,4%
médias	61	2,2%	87	2,9%	85	3,0%
Institutions scolaires	226	8,1%	252	8,3%	263	9,3%
Institutions sociales	93	3,3%	100	3,3%	87	3,1%
Médecins	115	4,1%	137	4,5%	115	4,1%
Interne Planning	74	2,7%	71	2,3%	48	1,7%
Police	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
Divers	43	1,5%	79	2,6%	65	2,3%
IX. Raisons de consultation	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Contraception	6.956	21,3%	7.554	22,0%	7.259	22,9%
Contraception urgence	1.190	3,6%	1.267	3,7%	1.050	3,3%
Tests de grossesse	1.765	5,4%	1.621	4,7%	1.484	4,7%
Consultations pour suivi de grossesse	109	0,3%	120	0,3%	112	0,4%
Consultation pour grossesse non désirée	658	2,0%	684	2,0%	0	0,0%
IVG	609	1,9%	583	1,7%	466	1,5%
Informations sexuelles et reproductives	7.355	22,5%	9.369	27,2%	8.292	26,2%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	772	2,4%	278	0,8%	656	2,1%
Dépistage cancéreux (cervical)	2.383	7,3%	2.546	7,4%	2.441	7,7%
Vaccination HPV	73	0,2%	118	0,3%	135	0,4%
Screening HPV	10	0,0%	37	0,1%	35	0,1%
Dépistage Chlamydiae	681	2,1%	693	2,0%	703	2,2%
Dépistage HIV/SIDA	529	1,6%	84	0,2%	92	0,3%
Dépistage autres MST	842	2,6%	523	1,5%	438	1,4%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	1.313	4,0%	1.593	4,6%	1.356	4,3%
Programme mammographie	80	0,2%	72	0,2%	48	0,2%
Examens gynécologiques	3.469	10,6%	3.710	10,8%	4.098	12,9%

IX. Raisons de consultation (suite)	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Echographie	2.192	6,7%	2.110	6,1%	1.953	6,2%
Tests urinaires (interne)	279	0,9%	227	0,7%	204	0,6%
Autres examens	1.163	3,6%	1.081	3,1%	742	2,3%
Biopsie	14	0,0%	24	0,1%	8	0,0%
Colposcopie	21	0,1%	26	0,1%	17	0,1%
Consultation ménopause	91	0,3%	66	0,2%	65	0,2%
Consultation masculine	35	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	87	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	1	0,0%	2	0,0%	8	0,0%
Stérilités/infertilités	9	0,0%	15	0,0%	19	0,1%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	41	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Total	32.727	100%	34.403	100%	31.681	100%
X. Contraception : détail	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Pilule	4610	66,3%	5274	69,8%	5099	70,2%
Nuvaring	450	6,5%	469	6,2%	414	5,7%
Patch	125	1,8%	139	1,8%	121	1,7%
Préservatif	1331	19,1%	1165	15,4%	1090	15,0%
Injection	335	4,8%	408	5,4%	413	5,7%
Stérilet	59	0,8%	65	0,9%	54	0,7%
Implanon	46	0,7%	34	0,5%	68	0,9%
XI. Contraception d'urgence : détail	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Pilule du lendemain - 72H	866	72,8%	1024	80,8%	964	91,8%
Pilule du lendemain - 120 H	324	27,2%	243	19,2%	86	8,2%

Statistiques médicales 2012 - Luxembourg		2012		2011		2010	
I. Données générales		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts		8.671	-10,0%	9.636	4,7%	9.201	8,8%
Nombre de clients		1.226	-15,9%	1.457	3,7%	1.405	-2,7%
Clients nouveaux		829	-11,2%	934	-1,1%	944	15,1%
RDV non observés		720	-13,6%	833	35,4%	615	22,0%
Nombre de consultations		5.525	-6,9%	5.934	2,0%	5.820	9,3%
II. Nationalités / origines		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Luxembourg		412	33,6%	554	38,0%	521	37,1%
France		115	9,4%	129	8,9%	120	8,5%
Belgique		33	2,7%	43	3,0%	50	3,6%
Allemagne		14	1,1%	15	1,0%	20	1,4%
Portugal		283	23,1%	278	19,1%	290	20,6%
Cap-Vert		60	4,9%	58	4,0%	71	5,1%
Italie		43	3,5%	47	3,2%	37	2,6%
Pays anglophones		26	2,1%	37	2,5%	20	1,4%
Pays d'Amérique du Sud		50	4,1%	63	4,3%	67	4,8%
Pays de l'Est		101	8,2%	91	6,2%	94	6,7%
Pays africains		31	2,5%	54	3,7%	43	3,1%
Divers		58	4,7%	88	6,0%	72	5,1%
III. Age		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Moins de 16 ans		64	5,2%	90	6,2%	92	6,5%
16-19		272	22,2%	345	23,7%	296	21,1%
20-24		276	22,5%	328	22,5%	342	24,3%
25-34		320	26,1%	372	25,5%	366	26,0%
35-44		189	15,4%	205	14,1%	194	13,8%
45 et plus		105	8,6%	117	8,0%	115	8,2%
IV. Etat civil		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Célibataire		868	70,8%	1.094	75,1%	1.050	74,7%
Marié(e) ou partenariat		283	23,1%	290	19,9%	287	20,4%
Divorcé(e) ou séparé(e)		68	5,5%	65	4,5%	60	4,3%
Séparé(e)		0	0,0%	0	0,0%	3	0,2%
Veuf(ve)		7	0,6%	8	0,5%	5	0,4%
V. Enfants		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
0		859	70,1%	1.043	71,6%	1.013	72,1%
1		163	13,3%	190	13,0%	190	13,5%
2		123	10,0%	138	9,5%	130	9,3%
3		53	4,3%	53	3,6%	49	3,5%
4 et plus		28	2,3%	33	2,3%	23	1,6%

VI. Mode de recrutement	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Clients, amis	797	65,0%	902	61,9%	824	58,6%
Famille	177	14,4%	236	16,2%	266	18,9%
médias	38	3,1%	58	4,0%	73	5,2%
Institutions scolaires	61	5,0%	68	4,7%	70	5,0%
Institutions sociales	40	3,3%	42	2,9%	48	3,4%
Médecins	87	7,1%	95	6,5%	74	5,3%
Interne Planning	17	1,4%	8	0,5%	7	0,5%
Police	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Divers	9	0,7%	48	3,3%	42	3,0%
VII. Raisons de consultation	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Contraception	2.987	16,1%	3.277	17,0%	3.165	17,4%
Contraception urgence	537	2,9%	593	3,1%	481	2,6%
Tests de grossesse	841	4,5%	852	4,4%	746	4,1%
Consultations pour suivi de grossesse	100	0,5%	93	0,5%	84	0,5%
Consultation pour grossesse non désirée	601	3,2%	626	3,2%	0	0,0%
IVG	605	3,3%	570	3,0%	460	2,5%
Informations sexuelles et reproductives	4.097	22,1%	5.423	28,1%	5.064	27,9%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	600	3,2%	87	0,5%	129	0,7%
Dépistage cancéreux (cervical)	1.339	7,2%	1.485	7,7%	1.516	8,4%
Vaccination HPV	27	0,1%	55	0,3%	67	0,4%
Screening HPV	7	0,0%	22	0,1%	24	0,1%
Dépistage Chlamydiae	606	3,3%	585	3,0%	518	2,9%
Dépistage HIV/SIDA	472	2,5%	48	0,2%	41	0,2%
Dépistage autres MST	478	2,6%	165	0,9%	144	0,8%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	942	5,1%	1.142	5,9%	1.036	5,7%
Programme mammographie	42	0,2%	37	0,2%	26	0,1%
Examens gynécologiques	1.969	10,6%	2.244	11,6%	2.858	15,7%
Echographie	1.755	9,5%	1.690	8,8%	1.552	8,5%
Tests urinaires (interne)	145	0,8%	110	0,6%	85	0,5%
Autres examens	152	0,8%	79	0,4%	79	0,4%
Biopsie	14	0,1%	24	0,1%	8	0,0%
Colposcopie	18	0,1%	25	0,1%	16	0,1%
Ordonnances		0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultation ménopause	72	0,4%	48	0,2%	43	0,2%
Consultation masculine	30	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	87	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	1	0,0%	1	0,0%	6	0,0%
Stérilités/infertilités	7	0,0%	10	0,1%	6	0,0%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	9	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	18.540	100%	19.291	100%	18.154	100%

Statistiques médicales 2012 - Esch	2012		2011		2010	
I. Données générales	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts	5.121	-21,3%	6.511	8,7%	5.992	-1,6%
Nombre de clients	820	-5,4%	867	17,6%	737	21,2%
Clients nouveaux	381	7,3%	355	10,6%	321	9,6%
RDV non observés	328	-15,7%	389	0,5%	387	5,8%
Nombre de consultations	1.846	-5,0%	1.943	11,9%	1.736	-1,0%
II. Nationalités / origines	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Luxembourg	309	37,7%	329	37,9%	303	41,1%
France	66	8,0%	51	5,9%	45	6,1%
Belgique	25	3,0%	16	1,8%	13	1,8%
Allemagne	11	1,3%	10	1,2%	8	1,1%
Portugal	242	29,5%	265	30,6%	214	29,0%
Cap-Vert	48	5,9%	71	8,2%	51	6,9%
Italie	26	3,2%	31	3,6%	26	3,5%
Pays anglophones	1	0,1%	1	0,1%	2	0,3%
Pays d'Amérique du Sud	33	4,0%	33	3,8%	28	3,8%
Pays de l'Est	14	1,7%	19	2,2%	16	2,2%
Pays africains	28	3,4%	23	2,7%	22	3,0%
Divers	17	2,1%	18	2,1%	9	1,2%
III. Age	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Moins de 16 ans	81	9,9%	101	11,6%	54	7,3%
16-19	197	24,0%	234	27,0%	220	29,9%
20-24	180	22,0%	152	17,5%	164	22,3%
25-34	156	19,0%	179	20,6%	136	18,5%
35-44	108	13,2%	97	11,2%	93	12,6%
45 et plus	98	12,0%	104	12,0%	70	9,5%
IV. Etat civil	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Célibataire	576	70,2%	598	69,0%	511	69,3%
Marié(e) ou partenariat	103	12,6%	223	25,7%	190	25,8%
Divorcé(e) ou séparé(e)	86	10,5%	39	4,5%	31	4,2%
Séparé(e)	36	4,4%	5	0,6%	0	0,0%
Veuf(ve)	19	2,3%	2	0,2%	5	0,7%
V. Enfants	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
0	576	70,2%	618	71,3%	536	72,7%
1	103	12,6%	95	11,0%	83	11,3%
2	86	10,5%	91	10,5%	56	7,6%
3	36	4,4%	44	5,1%	45	6,1%
4 et plus	19	2,3%	19	2,2%	17	2,3%

VI. Mode de recrutement	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Clients, amis	483	57,8%	496	56,9%	428	58,2%
Famille	188	22,5%	187	21,5%	167	22,7%
médias	8	1,0%	10	1,1%	6	0,8%
Institutions scolaires	71	8,5%	85	9,8%	81	11,0%
Institutions sociales	20	2,4%	28	3,2%	17	2,3%
Médecins	7	0,8%	15	1,7%	8	1,1%
Interne Planning	39	4,7%	32	3,7%	18	2,4%
Police	2	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Divers	17	2,0%	18	2,1%	9	1,2%
VII. Raisons de consultation	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Contraception	2.458	30,5%	2.943	30,8%	2.753	32,5%
Contraception urgence	447	5,5%	474	5,0%	401	4,7%
Tests de grossesse	609	7,5%	539	5,6%	510	6,0%
Consultations pour suivi de grossesse	3	0,0%	16	0,2%	17	0,2%
Consultation pour grossesse non désirée	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
IVG	0	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
Informations sexuelles et reproductives	1.113	13,8%	2.082	21,8%	1.612	19,0%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	30	0,4%	49	0,5%	373	4,4%
Dépistage cancéreux (cervical)	565	7,0%	596	6,2%	495	5,8%
Vaccination HPV	20	0,2%	37	0,4%	35	0,4%
Screening HPV	3	0,0%	13	0,1%	8	0,1%
Dépistage Chlamydiae	47	0,6%	85	0,9%	173	2,0%
Dépistage HIV/SIDA	38	0,5%	25	0,3%	41	0,5%
Dépistage autres MST	339	4,2%	337	3,5%	280	3,3%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	238	2,9%	290	3,0%	158	1,9%
Programme mammographie	25	0,3%	23	0,2%	12	0,1%
Examens gynécologiques	946	11,7%	931	9,8%	715	8,4%
Echographie	309	3,8%	287	3,0%	317	3,7%
Tests urinaires (interne)	127	1,6%	108	1,1%	113	1,3%
Autres examens	719	8,9%	700	7,3%	435	5,1%
Biopsie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Colposcopie	3	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Ordonnances	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultation ménopause	8	0,1%	3	0,0%	7	0,1%
Consultation masculine	5	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Stérilités/infertilités	1	0,0%	2	0,0%	7	0,1%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	18	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Total	8.072	100%	9.543	100%	8.466	100%

Statistiques médicales 2012 - Ettelbrück		2012		2011		2010	
I. Données générales		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts		3.448	10,2%	3.129	8,1%	2.895	0,7%
Nombre de clients		710	2,7%	691	3,4%	668	-2,3%
Clients nouveaux		279	3,3%	270	6,7%	253	12,4%
RDV non observés		232	7,9%	215	12,6%	191	-12,0%
Nombre de consultations		1.128	-3,3%	1.166	7,2%	1.088	0,5%
II. Nationalités / origines		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Luxembourg		398	56,1%	420	60,8%	399	59,7%
France		16	2,3%	15	2,2%	24	3,6%
Belgique		12	1,7%	11	1,6%	10	1,5%
Allemagne		6	0,8%	2	0,3%	8	1,2%
Portugal		181	25,5%	158	22,9%	144	21,6%
Cap-Vert		35	4,9%	32	4,6%	23	3,4%
Italie		11	1,5%	13	1,9%	12	1,8%
Pays anglophones		2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
Pays d'Amérique du Sud		6	0,8%	6	0,9%	7	1,0%
Pays de l'Est		20	2,8%	13	1,9%	20	3,0%
Pays africains		6	0,8%	8	1,2%	7	1,0%
Divers		17	2,4%	13	1,9%	14	2,1%
III. Age		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Moins de 16 ans		77	10,8%	53	7,7%	59	8,8%
16-19		227	32,0%	207	30,0%	205	30,7%
20-24		179	25,2%	187	27,1%	175	26,2%
25-34		110	15,5%	119	17,2%	115	17,2%
35-44		62	8,7%	64	9,3%	64	9,6%
45 et plus		55	7,7%	61	8,8%	50	7,5%
IV. Etat civil		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Célibataire		527	74,2%	502	72,6%	489	73,2%
Marié(e) ou partenariat		152	21,4%	147	21,3%	142	21,3%
Divorcé(e) ou séparé(e)		24	3,4%	35	5,1%	28	4,2%
Séparé(e)		1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Veuf(ve)		6	0,8%	7	1,0%	9	1,3%
V. Enfants		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
0		556	78,3%	533	77,1%	527	78,9%
1		77	10,8%	72	10,4%	68	10,2%
2		45	6,3%	47	6,8%	32	4,8%
3		26	3,7%	31	4,5%	31	4,6%
4 et plus		6	0,8%	8	1,2%	10	1,5%

VI. Mode de recrutement	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Clients, amis	338	46,7%	296	42,0%	299	44,0%
Famille	188	26,0%	189	26,8%	171	25,1%
médias	15	2,1%	19	2,7%	6	0,9%
Institutions scolaires	94	13,0%	99	14,1%	112	16,5%
Institutions sociales	33	4,6%	30	4,3%	22	3,2%
Médecins	21	2,9%	27	3,8%	33	4,9%
Interne Planning	18	2,5%	31	4,4%	23	3,4%
Police	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Divers	17	2,3%	13	1,8%	14	2,1%
VII. Raisons de consultation	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Contraception	1.511	24,7%	1.334	24,0%	1.341	26,5%
Contraception urgence	206	3,4%	200	3,6%	168	3,3%
Tests de grossesse	315	5,2%	230	4,1%	228	4,5%
Consultations pour suivi de grossesse	6	0,1%	11	0,2%	11	0,2%
Consultation pour grossesse non désirée	56	0,9%	57	1,0%	0	0,0%
IVG	4	0,1%	12	0,2%	3	0,1%
Informations sexuelles et reproductives	2.145	35,1%	1.864	33,5%	1.616	31,9%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	142	2,3%	142	2,5%	154	3,0%
Dépistage cancéreux (cervical)	479	7,8%	465	8,3%	430	8,5%
Vaccination HPV	26	0,4%	26	0,5%	33	0,7%
Screening HPV	0	0,0%	2	0,0%	3	0,1%
Dépistage Chlamydiae	28	0,5%	23	0,4%	12	0,2%
Dépistage HIV/SIDA	19	0,3%	11	0,2%	10	0,2%
Dépistage autres MST	25	0,4%	21	0,4%	14	0,3%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	133	2,2%	161	2,9%	162	3,2%
Programme mammographie	13	0,2%	12	0,2%	10	0,2%
Examens gynécologiques	554	9,1%	535	9,6%	525	10,4%
Echographie	128	2,1%	133	2,4%	84	1,7%
Tests urinaires (interne)	7	0,1%	9	0,2%	6	0,1%
Autres examens	292	4,8%	302	5,4%	228	4,5%
Biopsie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Colposcopie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ordonnances	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultation ménopause	11	0,2%	15	0,3%	15	0,3%
Consultation masculine	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	0	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Stérilités/infertilités	1	0,0%	3	0,1%	6	0,1%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	14	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Total	6.115	100%	5.569	100%	5.061	100%

4. Les activités psychologiques

4.1. Bericht der Psychologischen MitarbeiterInnen

Unser Psychologenteam besteht unverändert aus vier Psychologinnen und einem Psychologen. Wir sind in den drei Beratungsstellen des Planning Familial in Esch, Ettelbrück und Luxemburg mit insgesamt 120 Stunden die Woche vertreten.



Therap. Arbeit: Inhaltlich zeichnet sich unsere Arbeit durch Kontinuität und Qualität aus, alle Mitarbeiter befinden sich in einem permanenten Prozess von Fortbildung und Supervision und sind bemüht ihre Arbeit an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im Bereich der Psychotherapie zu orientieren. Dies demonstriert auch die Teilnahme an Kongressen und Seminaren.

Klientenzahlen: Die Problematik, mit der die KlientInnen sich bei uns präsentieren gehen von Beziehungsproblemen, Depressionen, Psychosomatische Beschwerden über Ängste, Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, bis in den Bereich der Traumabehandlung für Betroffene von sexueller Gewalt.

Insgesamt betreuten wir sowohl in Einzel-, Paar – und Familientherapien 742 Ratsuchende, hiervon 430 neue Klienten. Es kam zu 3509 Konsultationen, dies bedeutet dass im Schnitt jeder Klient zu fünf therapeutischen Sitzungen kam. Individuell variiert die Dauer der Therapie von einer einmaligen Beratungsstunde bis hin zu einer Langzeittherapie von über 20 Stunden

Der therapeutische Zugang zu den Klienten richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Ratsuchenden und nach den unterschiedlichen therapeutischen Methoden der TherapeutInnen..

So wünscht sich der eine Klient eine Gesprächs-oder Verhaltenstherapie zur Bewältigung seiner Probleme, für das ratsuchende Paar oder die Familie kann die systemische Therapie die entsprechende Lösung sein ,für andere ist eine tiefenpsychologische oder hypnotherapeutische Therapie die sinnvolle Unterstützung.

Traditionsgemäß stellt die Paar- und Sexualtherapie ein wichtiger Bereich unserer Arbeit im Planning dar. Gessellschaftlich haben sich die Strukturen in den letzten Jahren stark verändert.

Diese Veränderungen stellen eine besondere Herausforderung auch für uns TherapeutInnen da. Darauf möchte ich im Folgenden genauer eingehen.

PAARTHERAPIE – im Wandel der Zeit

Jeder von uns kennt heute mehr Paare, bei denen es kriselt, als solche, die sich in der Partnerschaft und Familie rundherum aufgehoben fühlen.

Liebe, Lust und Glück gemeinsam zu leben, dies ist in unserer Zeit ein überaus schwieriges Unterfangen. In unserer immer komplexer werdenden Welt können sich Paare nur noch in geringem Maße auf Traditionen verlassen, um ihre Beziehung zu gestalten .Partnerschaft und Liebe befindet sich in einem weitreichenden sozialen Wandel. Das Leben der Paare ist von vielen traditionellen Vorgaben und Zwängen befreit. Ökonomische Verpflichtungen und Abhängigkeiten spielen kaum noch eine große Rolle. Bindungsbereitschaft und Bindungskepsis existieren unverbunden nebeneinander. Wunsch und Wirklichkeit klaffen vorübergehend oder dauerhaft auseinander. Wir haben das Gefühl zwischen verschiedenen Lebensformen wählen zu können und nicht nur Lebensformen, sondern auch Lebenspartner .Neue Möglichkeiten schaffen aber auch neue Schwierigkeiten und Widersprüche. Wir sind hin und her gerissen zwischen dem Wunsch

nach Zweisamkeit bei gleichzeitigem Bedürfnis nach Autonomie und Selbstverwirklichung, zwischen Stabilität und Mobilität. Alles scheint möglich und überfordert uns doch gleichzeitig. Heute sind es vor allem psychische Sinnfunktionen, die Paare zusammenhalten – ganz im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen sozioökonomische Gründe in viel höherem Maß dafür ausschlaggebend waren, eine langfristige Partnerschaft einzugehen. Mit psychischer Sinnfunktion ist hier gemeint, dass Partnerschaften in heutigen westlichen Gesellschaftsstrukturen eher auf Prämissen wie „Liebe „ oder „Ideal“ aufgebaut wird als auf „Vernunft „ oder „Vereinbarung „. Partner sind auf den ersten Blick freier geworden, sich jeden Tag aufs Neue dafür oder dagegen zu entscheiden, die Beziehung aufrechtzuerhalten . Umso größer ist natürlich auch die Eigenverantwortung für die Beziehung und damit auch der Druck auf sich selbst und den Partner, und möglicherweise auch an die Paartherapie.

Moderne Beziehungen tendieren in gewisser Weise zu Verhandlungspartnerschaften, in denen Partner neue Arrangements für Partnerschaft und Beruf, Familienzeit und Eigenzeit, gemeinsame und eigene Hobbys aushandeln müssen.

Paare sind gefordert ihre Beziehung in größerer Eigenverantwortung zu gestalten.

Paartherapie muss sich in ihren Theoriedebatten wie Praxisangeboten den kulturellen und gesellschaftlichen Veränderungen und Herausforderungen stellen.

Die wichtigsten Entwicklungen im Wandel von Beziehungen und Familien sind:

- Unterschiedliche Formen nicht ehelicher Beziehungen etablieren sich neben der Ehe. „Getrennt zusammen sein“ und „unverheiratet zusammenleben“ etablieren sich als längerfristige Beziehungsmuster neben der Ehe.
- Die Ehe hat ihr Monopol verloren, Sexualität zu rechtfertigen und Beziehungen und Familien zu definieren und zu legitimieren.
- Heute ist ein Paar dort, wo zwei Menschen sagen, dass sie eins sind, unabhängig vom Geschlecht des Partners. Dies gilt auch für die Familie.
- Kinder wachsen immer seltener in traditioneller Weise bei beiden und miteinander verheirateten Eltern auf.
- Die Zahl gleichgeschlechtlicher Paare hat zugenommen und ist weitgehend etabliert bis hin zur Heirat und dem Aufziehen von Kindern.
- Scheidungen werden häufiger, werden nach wie vor als schmerzhaft erlebt, aber nicht als persönliches Scheitern, wie dies früher der Fall war.
- 30 Prozent der Trennungen führen übergangslos in eine neue feste Beziehung. 70 Prozent in eine kürzere oder längere Singlephase.
- Beziehungen beginnen früher, die jüngeren Generationen haben mehrere kürzere Beziehungen, und viele der Jüngeren leben zwischenzeitlich immer wieder als Single.
- Auch 60jährige leben häufiger als früher in relativ neuen und sexuell aktiven Partnerschaften. (s. R. Weber 2012)

Hier ist die Paartherapie gefordert , die Paare bei der Durchquerung immer wechselhafter und multioptionaler Abschnitte ihres Liebes- und Beziehungslebens zu begleiten. Hierbei versteht sie sich als prozess- und begegnungsorientiertes Verfahren, Erkennen und Erleben sind hierbei untrennbar miteinander verknüpft.

Aufgabe der TherapeutIN ist es, so zu agieren und reagieren, dass die Klienten mehr über sich selbst und ihre Partnerschaft erfahren wollen, Ereignisse in ihrem Leben auf neue Art verstehen wollen, neue Möglichkeiten entdecken und Neues ausprobieren und gute und kluge Entscheidungen treffen wollen.

Paartherapie oder Therapie generell ist eine Arbeitsbeziehung auf Zeit zur Verbesserung partnerschaftlicher Probleme, Bewältigung von Krisen, Klärung der Beziehung und Akzeptieren von Unterschieden und unlösbaren Problemen.

Übereinstimmend wurden in unterschiedlichsten Studien folgende positiven Effekte der Paartherapie festgestellt:

- das Verständnis der Partner füreinander hat zugenommen,
- die Partner gehen offener miteinander um,
- die Partner drücken ihre Gefühle häufiger und klarer aus
- die Partner reden öfter miteinander als vor der Therapie,
- die Partner vertrauen sich wieder stärker,
- die Partner lösen Konflikte besser,
- die Partner halten Vereinbarungen verbindlicher ein.

Im Jahr 2012 waren immer mehr Paare bereit sich in Therapie zu begeben. (In allen drei Zentren zusammen 81 Paare) Jedoch dauert es im Schnitt sechs Jahre vom Ausbruch der Krise bis zum Beginn der Therapie.

Manchmal hat das Paar sich schon soweit auseinander gelebt, dass es statt zu einer Paartherapie zu einer Trennungsberatung kommt. Aber auch dies kann hilfreich sein .

Paartherapie ist in der Gesellschaft angekommen, es ist eine Möglichkeit um Wege aus der Krise zu finden. Es geht nicht mehr darum, die große Liebe zu erhalten, sondern darum, nicht im Überangebot des Lebens verloren zu gehen.

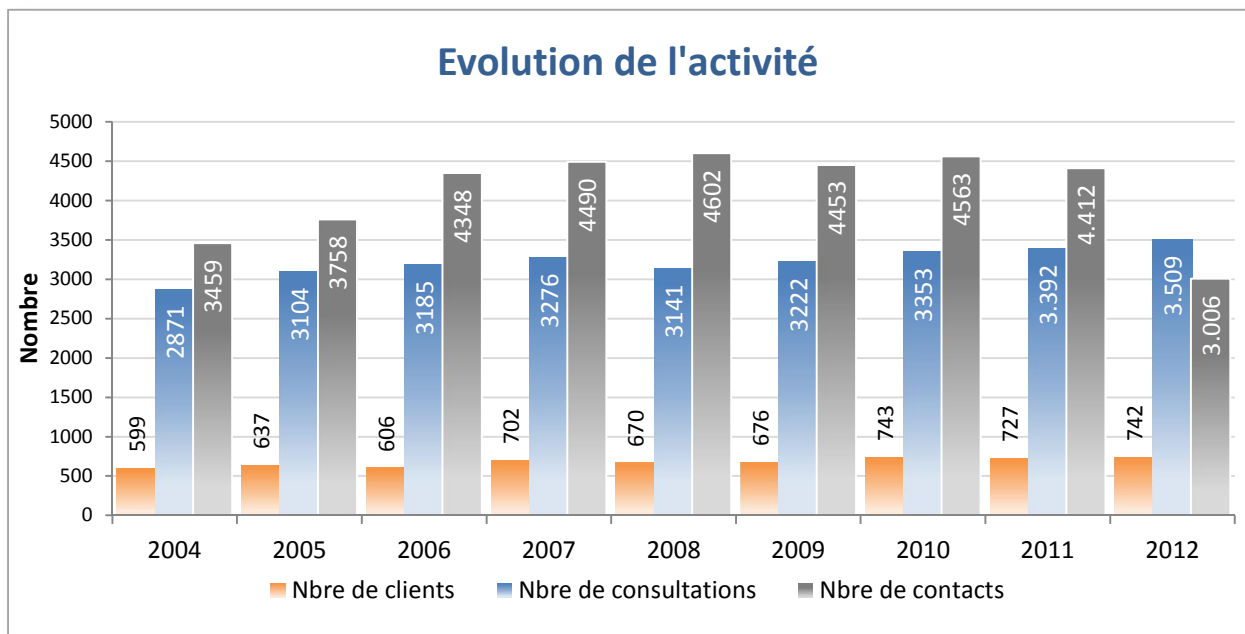
Einen Partner zu finden ist heute bei Internet und Co. kein Thema mehr, aber ihn zu halten wird schwieriger. Eine stabile Liebesbeziehung bedeutet auch einen Platz im Leben zu haben. Daran zu arbeiten und es als lohnenswert zu erachten wird selbstverständlicher. Es geht um den Erhalt von Kommunikation, von Nähe , von wirklicher Begegnung. Man möchte sich wieder emotional erreichen.

Hierfür kann im geschützten Raum der Paartherapie Platz sein. Vielleicht zum ersten mal wieder seit langem.

Andrea Lehnart, Diplompsychologin,
app. Psychologische Psychotherapeutin

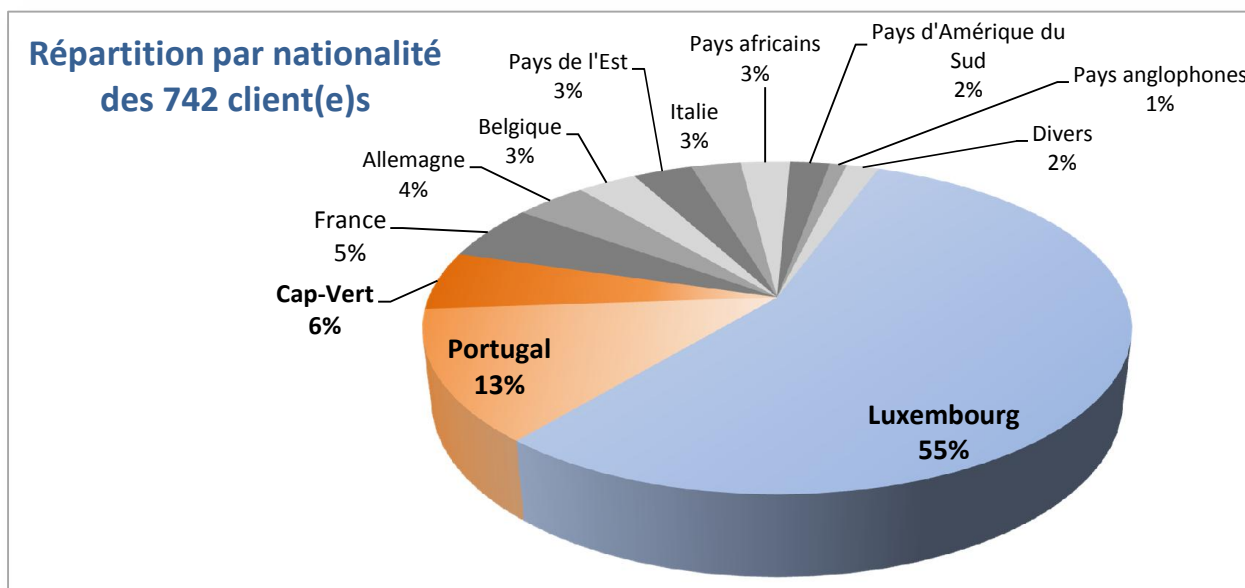
4.2. Le volume d'activité

Nous sommes 5 psychologues, dont 2 travaillant à 75% et 3 à mi-temps à avoir reçu en consultations **742 patients**, dont **430 nouveaux** patients. Nous avons presté **3.509 consultations (+3.4 %)** dans nos trois centres, Esch/Alzette, Ettelbruck et Luxembourg. Depuis 2004, le nombre de consultations a augmenté de **22 %** avec les mêmes ressources humaines. Mais malgré tous nos investissements, les listes d'attente sont malheureusement par moment très longues, ce qui nous oblige dans certains cas à renvoyer les demandeurs vers d'autres structures.



4.3. Les client(e)s du Planning Familial

La majorité de notre population est constituée de femmes (75%) et il est toujours choquant d'entendre que certaines d'entre elles vivent avec leurs enfants au seuil de la pauvreté et ceci dans un des pays les plus riches d'Europe. Les logements au Luxembourg sont hors de prix et il est honteux de constater qu'il n'y a eu aucun changement dans notre société ces dernières années.



Même si 55% des patient(e)s sont de nationalité luxembourgeoise, nous continuons à recevoir de plus en plus de nationalités différentes; 19% sont lusophones (portugais et cap-verdiens), 5% français, 4% allemands, 3% belges, etc. Ce multiculturalisme, facteur dont nous sommes très fiers, fait partie de la grande richesse du Planning Familial qui est un endroit pour tout un chacun, sans distinction sociale, culturelle, religieuse ou autre...

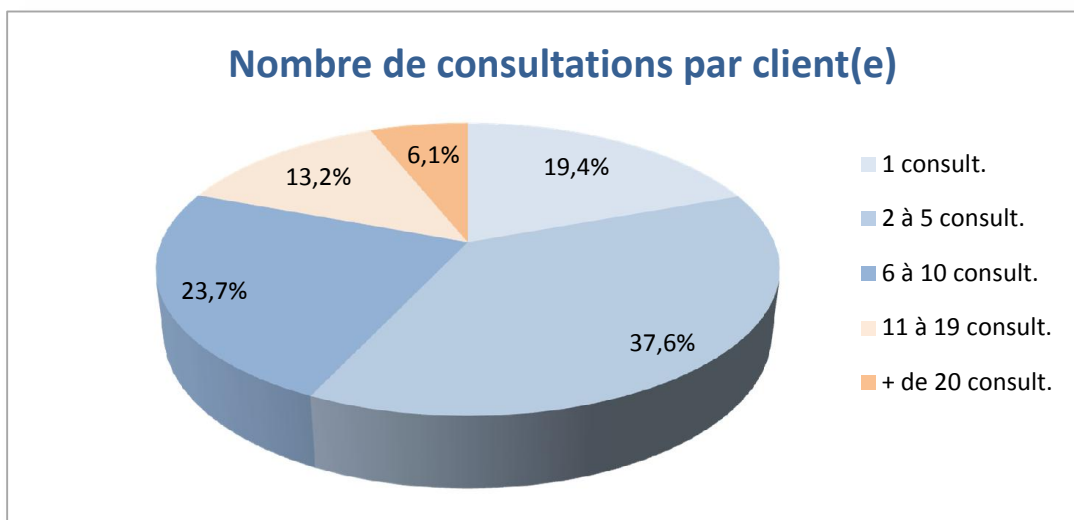
41% d'entre eux/elles viennent sur recommandation d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e).

11% nous sont adressé(e)s directement par notre équipe médicale. Ceci montre la complémentarité des services offerts, la transversalité au sein de l'équipe et le caractère un peu unique du Planning Familial.

En 3 ans, la part des médias est passée en peu de temps de 5% à 11%. Plus de 72% de nos client(e)s ont plus de 25 ans, pourcentage qui est resté relativement stable par rapport à 2011 (75%).

4.4. Les consultations

Le taux de « renouvellement » des client(e)s est de 58% ce qui est un bon indice au niveau de la durée moyenne des thérapies ; 75% des thérapies ont une durée inférieure ou égale à 10 séances. Cependant, 6% des client(e)s bénéficient d'un suivi sur un plus long terme (plus de 20 consultations).



L'équipe des psychologues est confrontée tous les jours à des demandes de personnes ayant de moins en moins de repères et de plus en plus de souffrances dans toutes les dimensions de vie. Nous constatons que les situations sont devenues plus multicomplexes et précaires exigeant des suivis beaucoup plus intenses. Il faut absolument maintenir des endroits de parole comme ceux du Planning Familial où l'être humain peut encore dire son « mal de vivre » sans être jugé ni contrôlé.

Raisons de consultation	2012	2011	2010
Problèmes relationnels	26%	29%	28%
Dépressions	17%	21%	18%
Violence sexuelle	7%	6%	9%
Troubles sexuels	7%	8%	10%
Sous-total problèmes sexuels	14%	14%	19%
Angoisses, panique	6%	8%	7%
Problèmes psychosomatiques	4%	4%	4%
Troubles de la personnalité	4%	0%	
Traumatisme(s)	4%	7%	4%
Conseil pré-post IVG	3%	2%	4%
Mobbing	3%	1%	1%
Problèmes d'éducation	3%	4%	4%
Troubles alimentaires	1%	1%	2%
Trans-sexualité	1%	0%	
Divers	15%	8%	10%
Total	100%	100%	100%

Si les principales problématiques prises en charge par les psychologues sont relativement constantes d'une année à l'autre, 2 remarques s'imposent :

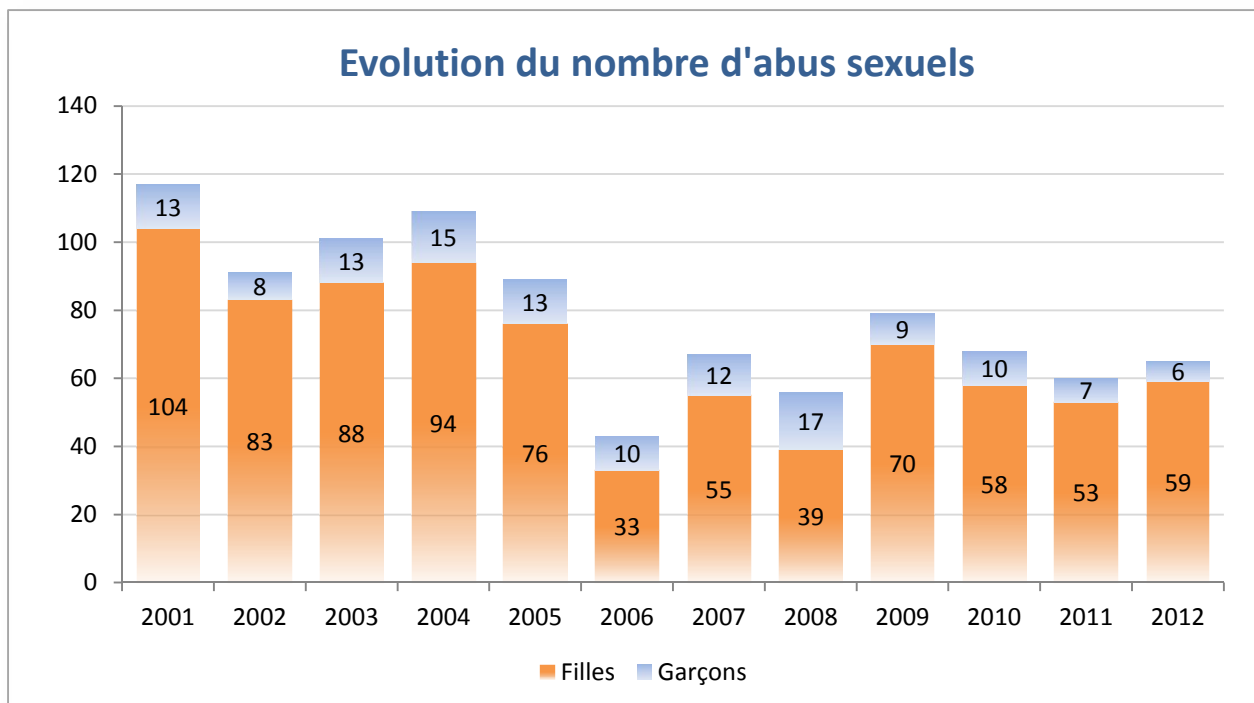
- Eu égard au nombre de grossesses non désirées (aboutissant à 610 IVG), relativement peu de personnes ont demandé à avoir un entretien psychologique avant ou après l'intervention (42 entretiens, mais contre seulement 27 en 2011).
- On observe une tendance à l'augmentation des consultations pour mobbing, même si celles-ci constituent un pourcentage minoritaire des raisons de consultation.

La complexité accrue des prises en charge, les situations dramatiques auxquelles nous sommes confrontées au quotidien, nous laissent parfois incrédules, vides et sans force. Des supervisions régulières et des possibilités d'intervention au sein de l'équipe sont indispensables pour pouvoir continuer à apporter à nos patient(e)s une écoute empathique, un regard neutre et bienveillant, une main tendue pour les aider à se relever et reprendre leur chemin de vie sur de bons pieds, avec de bons repères.

4.5. Statistiques concernant les abus sexuels

La prise en charge de personnes ayant subi des violences sexuelles, physiques ou psychologiques est une de nos préoccupations principales. Et malheureusement en 2012, nous avons à nouveau été confrontés à cette problématique lourde de conséquences pour les victimes et leur entourage : 65 personnes ont bénéficié de notre soutien, dont 59 de sexe féminin et 6 de sexe masculin. Comme chaque année, nous attirons l'attention sur le fait que ces statistiques ne reflètent hélas qu'une partie de l'iceberg. Dans ce domaine encore comme pour celui de la contraception, de l'avortement, des études d'envergure nationale font défaut pour évaluer sérieusement la situation.

La proportion des femmes victimes d'abus sexuels a tendance à remonter et a atteint les 90%.



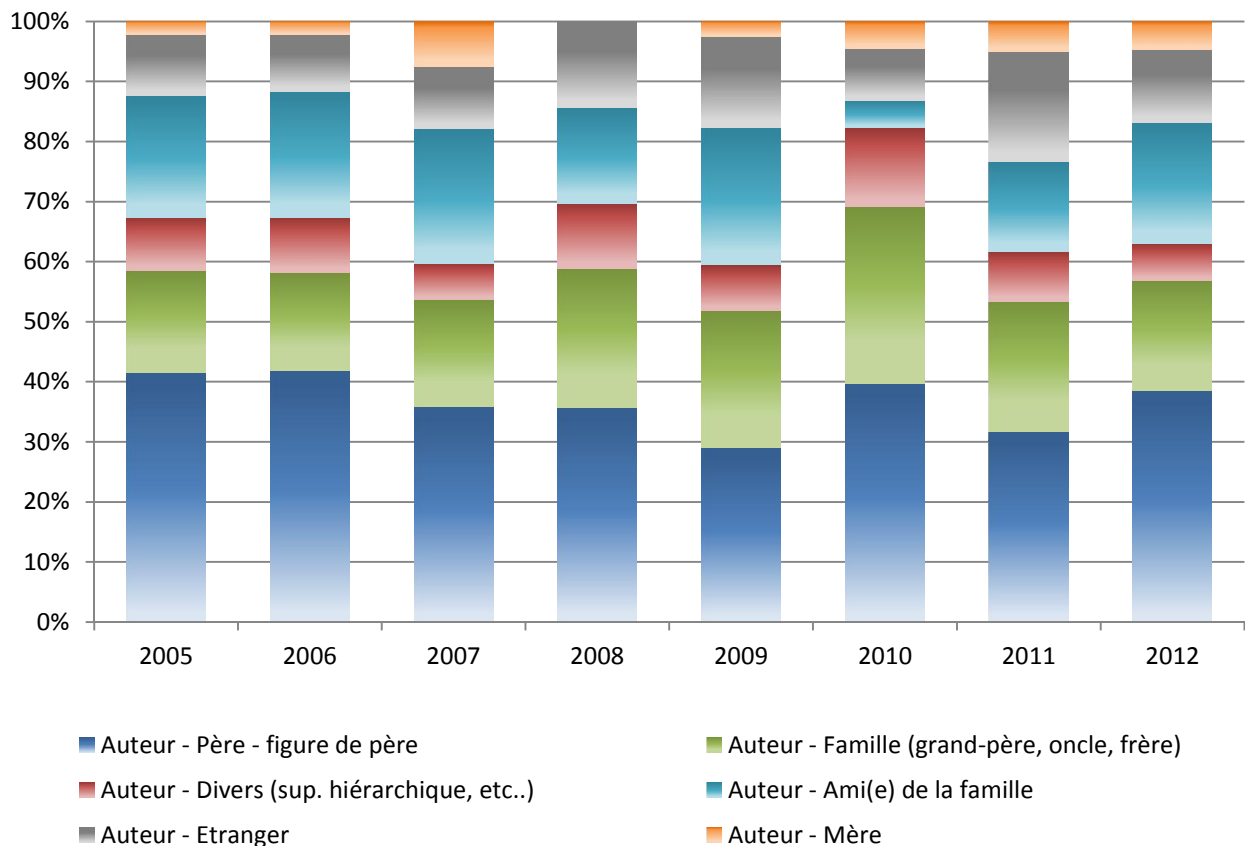
Note: le nombre d'abus sexuels ne comprend plus depuis 2006 les cas d'abus traités dans le cadre de supervision, d'où une baisse apparente mais somme toute très relative.

25% des personnes ont porté plainte, soit 16. C'est peu mais il est arrivé qu'aucune personne victime d'abus ne porte plainte certaines années (2004 et 2005), et en augmentation par rapport à 2011 (18%). C'est une action que l'on encourage mais qu'on ne peut jamais forcer.

La loi du 6 octobre 2009 a donné aux victimes d'infractions pénales des droits supplémentaires. Pour les faits qui se produiront à compter du 1er janvier 2010, le délai de prescription en matière d'abus sexuels concernant des mineur(e)s (et cela représente la quasi-totalité des cas que nous prenons en charge : 95%) ne commencera à courir qu'à partir de la majorité des victimes. Même si un enfant a subi des sévices sexuels, il pourra toujours déposer plainte, cinq ans après ses 18 ans ou dix ans s'il s'agissait d'un crime, comme le viol. Ceci est d'autant plus important que l'âge du début de la thérapie semble augmenter.

Age de début de la thérapie	2012	2011	2010	Age de début de l'abus	2012	2011	2010
Avant 17 ans	20%	27%	15%	De 0 à 3 ans	3%	7%	3%
De 18 à 29 ans	40%	41%	26%	De 4 à 10 ans	57%	50%	49%
De 30 à 40 ans	32%	25%	43%	De 11 à 18 ans	34%	38%	43%
De 41 à 50 ans	8%	5%	15%	Avant 18 ans	94%	95%	95%
Au-delà de 50 ans	0%	2%	1%	Au-delà de 18 ans	6%	5%	6%
Total	100%	100%	100%	Total	100%	100%	100%

Auteurs d'abus sexuels (65 en 2012)



4.6. Statistiques des activités psychologiques 2012

RUBRIQUE	ETTELBRUCK	ESCH/ALZETTE	LUXEMBOURG	TOTAL	EVOL. &%
DONNÉES GÉNÉRALES					
Nombre de contacts	956	1.085	965	3.006	-31,9%
Nombre de clients	196	278	268	742	2,1%
Nouveaux clients	94	184	152	430	-9,5%
RDV non observés	27	53	30	110	-63,5%
Nombre de consultations	988	1.309	1.212	3.509	3,4%
NATIONALITÉS - ORIGINES					
Luxembourg	125	147	140	412	55,5%
France	7	17	16	40	5,4%
Belgique	7	7	10	24	3,2%
Allemagne	15	0	14	29	3,9%
Portugal	18	51	26	95	12,8%
Cap-Vert	6	28	8	42	5,7%
Italie	2	6	12	20	2,7%
Pays anglophones	1	1	5	7	0,9%
Pays d'Amérique du Sud	1	5	10	16	2,2%
Pays de l'Est	4	12	8	24	3,2%
Pays africains	4	3	13	20	2,7%
Divers	5	2	6	13	1,8%
AGE					
<16	8	17	5	30	4,0%
16-19	24	30	19	73	9,8%
20-24	22	45	34	101	13,6%
25-34	40	82	76	198	26,7%
35-44	50	70	59	179	24,1%
45+	56	25	80	161	21,7%
ETAT CIVIL					
Célibataire	72	102	106	280	37,7%
Marié(e)	69	82	104	255	34,4%
Divorcé(e)	25	56	27	108	14,6%
Séparé(e)	19	17	16	52	7,0%
Vie maritale / pax	7	20	12	39	5,3%
Veuf(ve)	4	1	3	8	1,1%
MODE DE RECRUTEMENT					
Clients, amis	50	70	90	210	28,3%
Famille	40	32	19	91	12,3%
Médias	22	29	31	82	11,1%
Institutions scolaires	7	20	6	33	4,4%
Services sociaux	18	41	18	77	10,4%
Médecins	9	29	44	82	11,1%
Police, Justice	2	5	3	10	1,3%
Planning Familial	38	42	52	132	17,8%
Divers	10	10	5	25	3,4%
CLIENTS					
Femmes	136	213	211	560	75,5%
Hommes	60	65	57	182	24,5%
Couples	23	21	37	81	10,9%
Groupes thérapeutiques	0	0	0	0	0,0%
Supervision	0	2	0	2	0,3%
ENFANTS					
0	75	147	137	359	48,4%
1	43	50	45	138	18,6%
2	49	57	64	170	22,9%
3	22	17	17	56	7,5%
4 et plus	7	7	5	19	2,6%

5. L'accueil, l'accompagnement et le secrétariat



Depuis 4 ans que je travaille au centre d'Ettelbruck, je remarque que la détresse sociale et psychologique ne fait qu'augmenter. Les mots « **accueil** » et « **accompagnement** » prennent tout leur sens dans le travail effectué par les secrétaires / assistantes du Planning Familial. Je vais vous raconter notre quotidien.

Un jeune homme de 24 ans voulait se jeter sous un train. Heureusement un ami l'arrête et l'accompagne au Planning Familial, il est lui-même suivi par un de nos psychologues. Le matin-même, il est sorti de l'hôpital (besoin de lit...). En dépression, sous emprise d'alcool, il n'a pas d'endroit où aller, il est sans domicile, en rupture familiale. Lundi midi, je suis seule au bureau, tout le monde est en pause déjeuner, que faire... Ce soir-là, pas de place au foyer Ulysse, pas possible de joindre le médecin de garde à l'hôpital, lui aussi en pause (rappeler dans 1 heure...) mais cet homme est là, désespéré, au bout du rouleau... Que faire ? **écouter** sa détresse, simplement l'**entendre**, faire preuve d'**empathie**. **Agir** et obtenir à travers mon réseau partenarial, une solution rapide pour que cet homme ne soit pas à la rue, livré à lui-même. De coup de fil en coup de fil, je finis par trouver... ce soir-là, il ne dormira peut être pas à la rue, un médecin de l'hôpital va le recevoir... Il repart avec une lueur d'espoir, vers un endroit où aller...

A l'accueil, nous rencontrons ce type de situation avec des variantes, une histoire, un contexte différent, mais la détresse sociale / psychologique des gens est bien présente. Ils ont besoin de savoir qu'il existe des lieux comme le bureau d'accueil du Planning Familial, où ils vont être reçus et écoutés avec respect, sans jugement. Que dans la majorité des situations, ils trouveront une réponse à leur demande auprès du personnel du Planning Familial, dans le cas contraire ils seront réorientés vers des services appropriés.

Le premier contact reste le plus important, il va permettre aux personnes de se sentir en **confiance** et de pouvoir parler librement de leurs préoccupations.

Le téléphone sonne pour un rdv chez le psy, chez le médecin ou pour une information concernant la pilule, un retard de règles, un problème de couple. La sonnette d'entrée retentit... C'est le moment d'assurer le secrétariat médical (préparation des dossiers, du cabinet médical, nettoyage du matériel médical)... Donner la pilule du lendemain tout en questionnant et en faisant de la prévention... Arrive une jeune fille qui se plaint d'un père maltraitant... Une autre d'une mère intrusive qui veut vérifier si sa fille de 16 ans est toujours vierge... Faire un test de grossesse et annoncer la « bonne » ou la « mauvaise » nouvelle... Autant de moments de pleine disponibilité à l'autre.

Le reste du temps est consacré à des tâches administratives et de logistique :

- Statistiques
- Caisse
- Commande de matériel médical
- Commande de matériel divers pour le centre...
- Bon fonctionnement du centre

C'est toujours avec beaucoup de satisfaction que je remplis cette fonction variée et très enrichissante au niveau humain.

Gisèle Schintgen, secrétaire du centre d'Ettelbruck

6. L'éducation sexuelle et affective

6.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective 2012

6.1.1. Plan d'action ESA national

En ce qui concerne la constitution de notre équipe en 2012, nous avons pu profiter dans un premier temps de l'engagement de Monsieur Simon Görden qui était venu renforcer notre équipe début janvier 2012.

Il a été engagé afin de travailler essentiellement sur l'état des lieux et l'analyse des besoins en éducation sexuelle et affective - enquête lancée et financée par le Ministère de la Famille en vue d'élaboration d'un plan d'action national pour les années à venir.

La rédaction de l'enquête a été faite par Mr Gary Diderich de 4Motion et les recherches et interviews sur le terrain ont été en grande partie conduites par les membres de l'équipe d'ESA du Planning Familial dont Simon Görden.

C'était dans le cadre de cette enquête portée par quatre ministères (Famille, Santé, Mega et Education) que le Planning a pu bénéficier d'un soutien qui lui a permis d'ouvrir de nouvelles portes et de relancer des anciens contacts. Des collaborations étroites se sont formées notamment avec des institutions comme :

- la médecine scolaire du Ministère de la Santé,
- la médecine scolaire de la ligue médico-sociale,
- la médecine scolaire de la Ville de Luxembourg,
- différents intervenants de l'éducation nationale.

La Planning Familial a pu occuper un poste important de consultant et d'expert lors des réunions au Ministère et nous pouvons affirmer que ce travail de concertation et de rédaction, avec entre autres l'organisation de la journée du 10 mai 2012, nous a donné entière satisfaction.

Mais l'année 2012 a également été marquée par le départ de notre collaboratrice Catherine Majerus début du mois de septembre. Nous la remercions pour le travail constructif qu'elle a pu réaliser lors de ces dernières quatre années au sein de notre équipe !

6.1.2. Education sexuelle et affective dans l'enseignement primaire et secondaire

En ce qui concerne nos interventions dans les écoles primaires et secondaires, nous avons essayé de regrouper au possible à chaque fois deux classes tout en séparant garçons et filles.

A partir de l'année scolaire 2012/2013, nous intervenons préférentiellement pendant 3 heures dans chaque classe des établissements secondaires, ce qui nous permet de rendre nos cours plus ludiques et interactifs.

En ce qui concerne l'enseignement fondamental, nous proposons aux enseignants un passage préliminaire au Planning afin de pouvoir disposer éventuellement d'un peu plus de matériel et ensuite deux interventions à deux heures scolaires dans les classes-mêmes.

Le secteur du handicap a bénéficié d'un intérêt particulier, tout comme les années précédentes. Le groupe de femmes hebdomadaire a rencontré un franc succès tout comme nos formations pour l'UFEP ou auprès des jeunes.

6.1.3. Maisons-Relais

A la demande du Ministère de la Famille, les membres de l'équipe de l'éducation sexuelle et affective ont élaboré une formation pour les équipes pédagogiques des Maisons Relais. Suite à des entrevues avec les responsables de différentes MR, nous avons pu proposer un » Schnupperkurs » de 4 heures au total abordant des thèmes d'éducation sexuelle et affective rencontrés quotidiennement.

Malheureusement, nous n'avons pu intervenir que dans les limites de nos disponibilités actuelles en personnel (1.5 équivalent temps plein), soit auprès de 3 Maisons-Relais en tout.

6.1.4. Divers

Parmi les multiples formations et réunions de concertation avec de nombreuses institutions, nous pouvons citer entre autres notre participation au groupe de PLCAS.

Un groupe restreint de cette plateforme est en train de développer un référentiel « pour la protection des mineurs contre la maltraitance », outil très intéressant et utile une fois abouti !

Début 2012, l'équipe ESA avait participé à une formation « Up-date » à Würzburg, proposée par l'Institut für Sexualpädagogik Dortmund et c'est lors de deux journées thématiques au Luxembourg (« Jungenpädagogik », « Journée Santé scolaire ») que nous avons pu présenter nos offres.

La pièce de théâtre « La Vortement » de Saverino La Ruina produite par la KUFA et le théâtre du Centaure avec un apport financier du Ministère de la Santé a pu être représentée 4 fois dans des écoles secondaires du Luxembourg. Environ 200 élèves ont assisté à cette pièce de théâtre touchante merveilleusement interprétée par Christiane Rausch accompagnée par Judith Lecuit au violoncelle. Les membres de l'équipe ESA ont assisté à une discussion avec les jeunes après chaque représentation.

6.1.5. Perspectives 2013

L'année 2013 sera essentiellement marquée par l'élaboration du plan d'action national de promotion de la santé sexuelle et affective et par la continuation de nos efforts pour garantir une promulgation de l'éducation sexuelle qualitative de haut niveau !

6.2. Chiffres et évolution

Cette démarche expliquait le creux dans lequel était tombé le niveau des activités en 2010. En 2011, les courbes sont remontées. L'équipe d'ESA n'a pas changé son fusil d'épaule. Une nouvelle recrue est venue en renfort à mi-temps. Le service compte maintenant 3 personnes à mi-temps. Le bond de 37% correspond parfaitement à l'augmentation des ressources.

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Secondaires	87	89	71	157			
Primaires	29	32	28	19			
Classes	116	121	99	176	184	146	157
Elèves	1.822	1.940	1.593	2.869	3.134	2.621	2.827
Autres institutions	693	938	582	436			
Formation de formateurs	367	278	361	205			
Autres	1.060	1.216	943	641	333	454	640
Total	2.882	3.156	2.536	3.510	3.467	3.075	3.467

6.2.1. Lycées et écoles primaires

Lycées	Nombre classes	Nombre élèves
Lycée Josy Barthel Mamer	3	35
Uelzechtlycée	12	190
Ecole de la deuxième chance	3	39
Lycée des Garçons	8	140
Classe mosaïque	1	3
Lycée Technique Bonnevoie	3	24
Lycée Technique pour prof. de santé	4	82
Lycée technique du centre	6	132
Sous-total Luxembourg	40	645
Lycée du Nord Wiltz	12	235
Lycée Redange	1	14
Lycée Alexis Heck Diekirch	4	81
Nordstaatlycée	2	26
Sous-total Nord	19	356
Ecole Privée Marie Consolatrice Esch	2	18
Lycée Technique Lallange	3	30
Lycée Belval	5	77
Lycée technique Esch	5	102
Lycée technique Nic Bieber	2	14
Sous-total Sud	17	241
Schengen-lycée	11	123
Sous-total Autres	11	123
Total Lycées	87	1365

Ecoles primaires	Nombre classes	Nombre élèves
Ecole primaire de Dommeldange	2	31
Ecole européenne I	2	55
Ecole primaire Hollerich	2	20
Ecole primaire Mertzig	4	60
Ecole primaire Dudelange	2	30
Ecole primaire Perl/Schengen	2	33
Ecole primaire Frisange	2	37
Ecole primaire Schiffange	1	16
Ecole primaire Rosport	2	22
Ecole primaire Luxembourg-Ville	3	24
Ecole primaire Ettelbrück	6	111
Logopédie	1	18
Total Ecoles primaires	29	457

Total éducation sexuelle et affective dans le contexte scolaire	116	1822
--	------------	-------------

6.2.2. Formations de formateurs et réunions de concertation – Autres institutions

Formation de formateurs, réunions de concertation	Nombre de séances	Nbre de participants
Etudiantes Uni (Lux, B), lycées et stagiaires	6	35
Prof Uni	2	2
Formation SPOS	1	20
Différents SPOS, direction, réunions régents, enseignants	13	42
Formation SCRIPT	1	4
Agence Dageseltern	4	56
Betzdorf équipe	3	26
Ediff Echternach	1	1
HMC équipe et SAEMO	2	2
Autisme Luxembourg	1	1
Day Center	2	4
Prép. Formation UFEP	1	2
Formation UFEP APEMH	3	42
Erwuessebildung	4	12
Logopédie	1	4
Médecine scolaire/MiSa	1	15
Ecole primaire Gasperich	1	1
Entente des foyers du jour	1	2
Comité parents LCD	1	2
Ville de Luxembourg MR	2	3
Beckerich MR	1	2
Internat Filles Diekirch	1	1
Internat Hotelschoul	1	2
Jugendparlament	1	8
CIGALE	2	4
Radio 100,7	2	
Radio ARA	1	2
Ligue médico-sociale	1	3
Centre Convict	1	1
Prép. Jungsaktivtag	1	15
Aidsberodung	1	3
Maison médicale	1	2
Pro familia Trier	1	3
Pro vitae Bitburg	1	2
Ecole Marie consolatrice	1	1
Cid Femmes	6	
Point Info Jeunes	1	1
Bee secure/KAJUTEL	2	4
ECPAT/PLCAS/ANCE/ANOFOR/RADELUX	4	
Péitrusshaus	1	3
Foyer Gellé équipe	1	6
Centre de santé mentale	1	6
CASES	1	1
Journée Santé à l'école	1	
Journée Jungenpädagogik	1	
Formation Würzburg Team ESA	1	
Réunion SCRIPT Lux, Mersch	2	3
SNJ	1	2
Formation SNJ/Maison de Jeunes	1	15
ESA National	21	
Réunion Jeunes mamans	2	
Autres	1	1
Sous-total formateurs et réunions de concert.	116	367

Autres institutions	Nombre de séances	Nombre de participants
Service volontaire d'orientation/SNJ	1	5
CHNP	2	19
Maisons de jeunes diverses	3	33
Psychiatrie juvénile Kirchberg et Hamm resp.Esch	15	139
CNFPC Ettelbrück	2	32
OLAI	1	6
Foyer St Joseph/Sapinière	2	7
Foyer Solidarité Jeunes Esch	1	3
Foyer Maternel	1	4
Internat Diekirch	1	16
Internat Ste Marie	2	14
Pensionnat Ste Anne	2	22
Maisons Relais (Redange, Beckerich, Useldange)	6	46
Point info Jeunes Esch	1	4
Foyer de l'Entraide	1	13
Foyer Sud	2	17
Foyer Aidsberodung	1	4
ALJ	1	12
Mini-Lënster	2	21
Teenage-dream Diekirch	1	
ZOOM	6	92
Autres (entretiens jeunes/adultes)	10	16
Homevideo	1	13
La vortement	7	
Secteur Handicap		
Housener WG	1	6
Safe	3	46
Day Center Luxembourg	6	36
Betzdorf	9	12
op der schock	6	37
Ediff Esch, Clervaux	4	18
Sous-total autres institutions	101	693

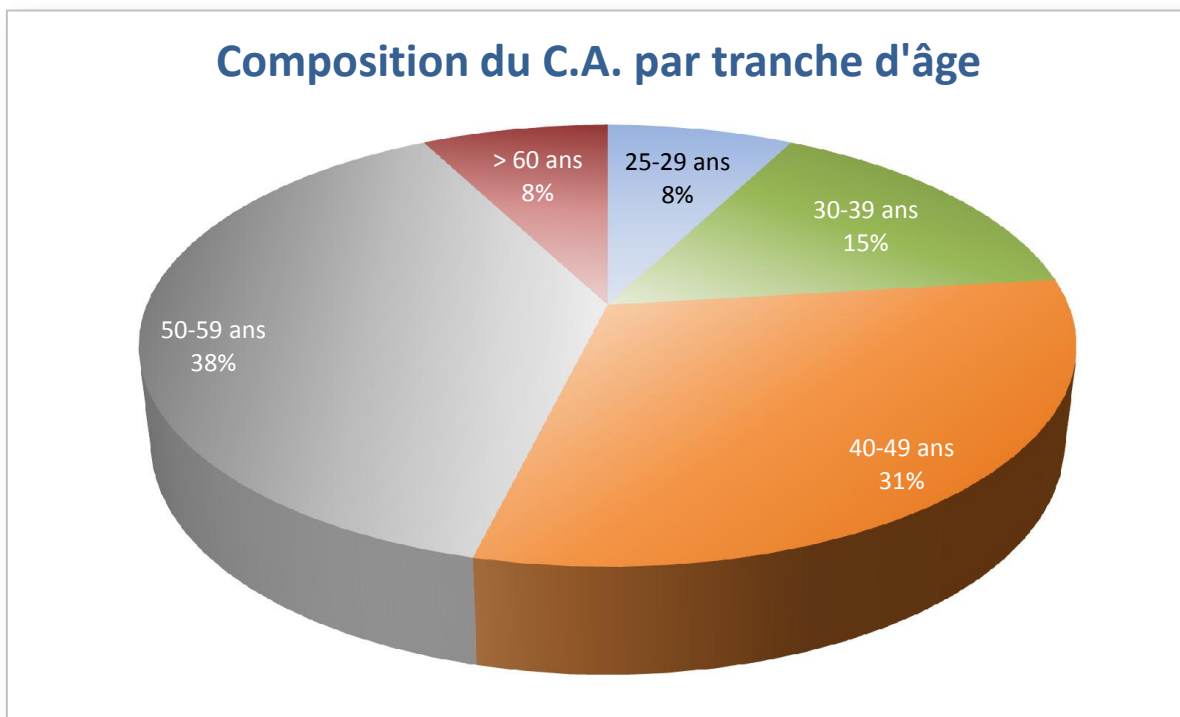


7. Conseil d'administration 2012

Le conseil d'administration s'est réuni 8 fois au cours de l'année 2012.

Sa composition

Il rassemble 13 membres dont 10 femmes (77%) et 3 hommes (23%) qui exercent une activité professionnelle dans des domaines variés - santé, enseignement, ressources humaines, culture, politique, domaine social et juridique - et couvre toutes les tranches d'âge.



Ses membres

- Danielle Igniti Présidente
- Claire Rodesch Vice-présidente
- René Bleser Vice-président
- Martine Hentges Trésorière
- Danni Michaely Secrétaire
- Delphine Buron
- Dr Hilly Kessler
- Me Albert Moro
- Dr Isabelle Portal
- Anik Raskin
- Martine Steichen
- Åsa Sundin
- Manou Worré

L'équipe des centres en 2012, au total 28 collaborateurs

LUXEMBOURG	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Direction - Administration</u> Joseph Gautot, directeur exécutif Catherine Chéry, directrice exécutive (congé sans solde de 2 ans à compter de 08. 2011) Christiane Seyler, assistante administrative • <u>Assistance-Accueil</u> Denise Bissen, assistante Kathrin Greif, assistante Patricia Keller-Glod, assistante • <u>Service médical</u> Dr Kaddour Annane, directeur médical, mardi et mercredi après-midi, vendredi Dr Claudine Mardaga, médecin, lundi, mardi matin, mercredi, jeudi, vendredi matin Dr Pascale Pesch médecin, mardi après-midi, jeudi après-midi Dr Jacqueline Klein-Zimmermann, médecin, lundi après-midi Dr François Schneider, médecin vacataire, jeudi après-midi • <u>Service psychologique</u> Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, lundi (FR-EN) Andrea Lehnart, psychologue diplômée, psychothérapeute, mardi, mercredi après-midi, jeudi (DE-LU) Danièle Maraite, psychologue diplômée, jeudi matin, vendredi (LU-FR-DE-EN) • <u>Education sexuelle et affective (ESA)</u> Nadine Vinandy, psychologue, chargée d'éducation sexuelle et affective (LU-FR-DE) Catherine Majerus, psychologue, chargée d'ESA (LU-FR-DE-ESP) – <i>Jusqu'au 31/08/2012</i> Alexandra Junker, éducatrice graduée, chargée d'ESA (LU-FR-DE) Simon Görden, diplom-pädagoge, chargé d'ESA (LU-DE) • <u>Entretien</u> Rosa Rodrigues Pereira
ESCH – SUR- ALZETTE	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Assistance-Accueil</u> Monique Benassi, assistante • <u>Service médical</u> Dr. Pascale Pesch, médecin, lundi, vendredi après-midi Dr. Christine Smit-Kalonji, médecin, mercredi après-midi, jeudi matin • <u>Service psychologique</u> Ingrid Konrad, psychologue diplômée, psychothérapeute, mardi, mercredi, vendredi matin (DE-EN) Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, mardi, jeudi (FR-EN) Danièle Maraite, psychologue diplômée, lundi (LU-FR-DE-EN) • Monique Benassi, consultation pré- et post-IVG, conseil conjugal (FR-LU) • <u>Entretien</u> Nathalie Gonzales / David Rodrigues Helena
ETTELBRUCK	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Assistance-Accueil</u> Gisèle Schintgen, assistante Marie-Jeanne Burg, assistante-remplaçante Marinette Müller-Posing, assistante-remplaçante • <u>Service médical</u> Dr Claudine Mardaga, médecin, mardi après-midi, vendredi après-midi Dr Jacqueline Klein-Zimmermann, médecin, jeudi après-midi • <u>Service psychologique</u> Helmut Gehle, psychologue diplômé, pédagogue diplômé, lundi, mardi, mercredi matin (DE-LU-EN) Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, lundi (FR-EN) Danièle Maraite, psychologue diplômée, mercredi (LU-FR-DE-EN) • <u>Entretien</u> Maria Barbosa Do Rosario / Leida Barbosa Do Rosario

8. Les 3 centres de Planning Familial

www.planningfamilial.lu

www.planning.lu

www.pfl.lu

Centre Dr M.-P. Molitor-Peffer

4, rue G.C. Marshall

L-2181 Luxembourg

Tél. : 48 59 76

Fax : 40 02 14

Mail : info@planningfamilial.lu

Heures d'ouverture :

Lundi-Mardi-Mercredi de 9 à 17 h

Jeudi de 10 à 18 h

Vendredi de 9 à 17 h



Centre d'Esch-sur-Alzette

Centre Mercure

12, rue de l'Alzette

L-4010 Esch-sur-Alzette

Tél. : 54 51 51

Fax : 53 15 69

Mail : esch@planningfamilial.lu

Heures d'ouverture :

Lundi de 8 à 12 h

Mardi-Vendredi de 14 à 18 h



Centre d'Ettelbruck

18, avenue J.F. Kennedy

L-9053 Ettelbruck

Tél. : 81 87 87

Fax : 81 10 16

Mail : ettelbruck@planningfamilial.lu

Heures d'ouverture :

Lundi de 9 à 13 h

Mardi-Vendredi de 13 à 17 h

