



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013



Table des matières

Préface	4
1. Préambule	5
1.1. Notre objectif.....	5
1.2. Nos valeurs.....	5
2. 2013 : une année pas comme les autres... ..	6
2.1. Une année de reconnaissance : le Planning reçoit le prix Anne Beffort	6
2.2. Les turbulences d'une année pas comme les autres	6
2.3. Une année de reconnaissance : le Planning déménage.....	8
3. Les données globales.....	9
4. Les activités médicales.....	11
4.1. Notre mission générale.....	11
4.2. Une médecine pour tous.....	11
4.2.1. Notre clientèle cible	11
4.2.2. Nos réponses	11
4.3. Une activité de santé publique, de promotion de la santé.....	12
4.3.1. Prévention et éducation à la santé	12
4.3.2. Des choix en toute connaissance de cause	12
4.3.3. Renforcement du respect de sa propre personne et de son propre corps ...	12
4.4. Un centre de référence	12
4.5. Données sur l'activité médicale	13
4.5.1. Le volume d'activité.....	13
4.5.2. Les client(e)s du Planning Familial.....	14
4.5.3. Les raisons de consultation.....	15
4.5.4. Les axes de l'activité médicale.....	16
4.6. Chiffres de l'activité médicale	25
5. Le conseil pré- et post-IVG.....	34
6. Les activités psychologiques	37
6.1. Rapport de l'équipe.....	37
6.2. Le volume d'activité	40
6.3. Les client(e)s du Planning Familial	40
6.4. Les consultations	41
6.5. Statistiques concernant les abus sexuels	42
6.6. Statistiques des activités psychologiques 2013	44

7. L'accueil, l'accompagnement et le secrétariat	45
8. L'éducation sexuelle et affective	47
8.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective 2013.....	47
8.1.1. Personnel	47
8.1.2. Séances d'éducation sexuelle et affective.....	47
8.1.3. Formations « Schnupperkurs » et formations SCRIPT.....	48
8.1.4. Plan d'action national ESA	49
8.1.5. Conclusion	49
8.2. Chiffres et évolution	49
8.2.1. Lycées et écoles primaires.....	50
8.2.2. Formations de formateurs et réunions de concertation – Autres institutions	51
9. Conseil d'administration 2013	53
10. Les 3 centres de Planning Familial	55

Préface

Le chemin parcouru de la petite asbl fondée en 1965 par des personnes courageuses et visionnaires au centre de référence en matière de santé sexuelle et reproductive d'aujourd'hui, conduit par des personnes toujours aussi courageuses, engagées et volontaires, est énorme. Il nous a conduits vers la fin de la culture du silence sur la sexualité.

Nous avons le mérite d'avoir mis la sexualité, la santé sexuelle et reproductive, sur l'agenda politique, mais aussi à l'ordre du jour chez les professionnels de santé et de l'éducation ainsi que des acteurs dans les domaines social et de l'égalité des droits.

Ce n'était pas un exercice facile à réaliser. Il nous a demandé beaucoup de ressources, beaucoup de bonne volonté et surtout une grande capacité de résistance. On n'improvise pas dans ce domaine très sensible où les adversaires sont sans pitié et où les intérêts personnels ne coïncident jamais avec les droits des personnes. Nous avons beaucoup discuté, nous avons monté nos argumentaires avec soin, nous n'avons jamais lâché et nous n'avons craint personne.

Nous étions très motivés à agir pour le bien des personnes que nous rencontrions au Planning, des personnes en détresse, des personnes injustement accusées, des personnes malheureuses, des personnes victimes de violence et incapables de vivre une sexualité et d'en parler normalement.

Nous avons donc semé la petite graine et nous l'avons arrosée avec soin. Désormais le Planning est une belle plante ! Juteuse et fleurie aux racines solides et qui va, à son tour, faire des petites graines, qui attendront d'être semées dans les prochaines années.

L'évolution des mentalités est lente, très lente et seul l'activisme réfléchi et constant, accompagné de travail sur le terrain bien mené et efficace, peut aider à faire avancer nos causes.

Le Planning entamera l'année 2014 avec trois centres dont un grand de 800 m² à Luxembourg-Ville. L'équipe multidisciplinaire de grands professionnels conseillera probablement bientôt dans les 30 000 personnes par an et assurera 13 000 consultations dans les domaines médical, psychologique, de conseil et d'éducation sexuelle et affective.

L'information éclairée et le libre choix restent nos mots d'ordre, ce sont eux qui nous guident dans notre travail de tous les jours. L'égalité nous tient à cœur aussi. Nous voulons que toutes les personnes de tous les âges, de toutes les classes sociales, de toutes les nationalités, de tous les sexes et orientations sexuelles trouvent au Planning un service attentionné et respectueux de leurs demandes, à la pointe du progrès et à la mesure de leurs moyens.

Mais nous ne nous prélassons pas dans l'autosatisfaction. Nous savons que rien n'est jamais acquis dans notre domaine. Les prédateurs des droits humains (et surtout sexuels) ne dorment pas.

Le Planning va rester sur ses gardes !

Défendre les droits acquis et revendiquer des nouvelles avancées en matière de santé sexuelle et reproductive sera aussi à l'avenir notre souci quotidien. Nous visons particulièrement le remboursement de la contraception, de toutes les contraceptions et sans limite d'âge. Nous exigeons que la loi réformée sur l'IVG soit respectée et que l'accès à l'IVG soit garanti. Nous voulons que les moyens adéquats financiers et personnels soient mis à disposition par les ministères engagés pour réaliser le Plan National pour l'éducation sexuelle et affective. Nous veillerons sur les réformes sociétales qui s'annoncent, comme les nouvelles formes de parentalités.

Danielle Igniti, présidente

Assemblée générale du 2 juillet 2014

Le Planning Familial en 2013

1. Préambule

Santé et sexualitéS sont des droits fondamentaux et des éléments naturels et précieux de la vie.

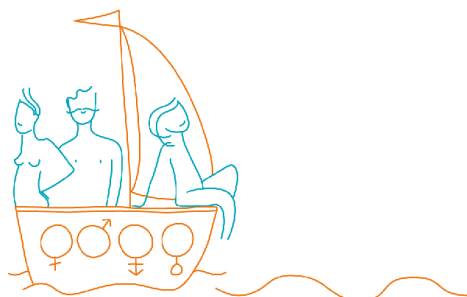
La santé est un état complet de bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS).

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 à toutes et tous un accès à l'information et à des services de santé physique et mentale de qualité en matière de sexualités et de reproduction.
- Défendre le droit des personnes à faire des choix personnels, informés, responsables, libres de toute forme de coercition et de violence, fondés sur l'égalité, le respect et l'intégrité physique.
- Accueillir chaque personne sans discrimination ni stigmatisation aucune, sans distinction de nationalité, origine ethnique, race, âge, état civil, sexe, orientation sexuelle, genre, handicap, confession religieuse, philosophique et politique, situation financière et sociale.

Dans ses engagements et ses actions, l'association s'inscrit dans le cadre de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation).



1.2. Nos valeurs

Le Planning, une écoute différente, une parole libre

Nous répondons à votre demande, vos interrogations, vos doutes, votre détresse parfois, avec attention, respect et bienveillance, mais surtout **nous faisons place à votre histoire**.

Nos centres sont des lieux de parole et d'écoute, d'aide et d'échange, de conseils et de soins, d'information et de formation. Vous pouvez parler de tout ce qui vous préoccupe; il n'y a pas de sujets tabous. Nous vous écoutons sans préjugés et sans juger.

Nos services se font en conformité avec les règles d'hygiène, de qualité, de confort, de sécurité, d'intimité, de dignité et **dans le respect de l'opinion de chacun[e]**.

Toute notre équipe est liée au **secret professionnel**. Elle est composée de :

>> médecins	>> psychologues
>> gynécologues	>> pédagogues
>> infirmière	>> conseillères
>> sexologues	>> accueillantes

Grâce à sa pluridisciplinarité, elle vous offre une **prise en charge globale et unique à la fois**.

2. 2013 : une année pas comme les autres...

2.1. Une année de reconnaissance : le Planning reçoit le prix Anne Beffort

Le 16 octobre, la Ville de Luxembourg a décerné le Prix Anne Beffort au Planning Familial lors d'une cérémonie qui s'est déroulée à l'Hôtel de Ville, en présence du Collège des bourgmestre et échevins ainsi que de la présidente de la Commission de l'égalité entre hommes et femmes, Mme Cathy Fayot.

En attribuant le Prix Anne Beffort 2013 au Planning, la Ville a reconnu l'engagement continu et inlassable de l'association dans le domaine de la santé des femmes.



2.2. Les turbulences d'une année pas comme les autres

La loi du 12.12.12 qui a réformé les conditions d'accès et la pratique de l'IVG entre en vigueur après un combat d'usure entamé dès janvier 2010, à la suite du dépôt d'un 1^{er} projet de loi par le ministre de la Justice de l'époque François Biltgen. In fine, le texte adopté est une loi de compromis qui donne le droit et le choix à toutes femmes en situation de détresse d'interrompre sa grossesse dans la limite de 14 semaines d'aménorrhée. La loi supprime l'autorisation parentale pour les mineures, un adulte de confiance pouvant jouer ce rôle et réduit le délai de réflexion à 3 jours. Mais....2^{ème} consultation psycho-sociale obligatoire, mais...pratique exclusive de l'IVG par un gynécologue.

Le Planning, y compris des bénévoles du Conseil d'administration, participe, sous l'égide du Ministère de la Santé, au groupe de réflexion sur la mise en place de la réforme et notamment le volet de la 2^{ème} consultation obligatoire. Dans ce contexte, **le Planning est chargé d'élaborer et d'animer une formation à la consultation psycho-sociale obligatoire.**

Etablissement agréé pour la pratique de l'IVG depuis 2008 dans le cadre de la loi de 1978, le Planning devient alors au sens de la nouvelle loi, un lieu où doit être proposée cette consultation. En effet, celle-ci doit avoir lieu dans un établissement qui fait des interruptions de grossesse. Un poste de conseiller(e) pré-IVG a été octroyé au Planning dans le cadre de sa convention avec le Ministère de la Famille.

Ce poste a été pourvu de façon interne par des collaboratrices qui ont augmenté leurs horaires de travail : une psychologue, une infirmière, une conseillère conjugale et familiale (formation spécifique mise en place en France à la suite du vote de la loi sur l'IVG qui comprenait à l'époque une obligation de consultation). La complémentarité des profils a permis de proposer une formation de qualité avec diverses perspectives. La formation qui s'est déroulée en juin 2013 a connu un vif succès. Deux demandes de supervisions ont suivi.

En l'absence de RGD pris, la réforme de la loi ne s'est pas trouvée appliquée immédiatement. Ce n'est qu'à compter de mi-mai 2013 que le Planning a mis en route les nouvelles dispositions.

Le Planning a presté 358 entretiens pré-IVG. Un petit nombre de femmes sont venues plusieurs fois avant de prendre leur décision (jusqu'à 3 fois). Certaines sont venues pour une consultation post-IVG. D'autres ont poursuivi un travail plus approfondi avec la psychologue de l'équipe pré-IVG car la situation de grossesse non désirée a mis en lumière des problèmes antérieurs autres.

Enfin, un second volet de la loi a bouleversé profondément notre travail médical. Cela résulte de **l'obligation nouvelle d'une intervention tout au long du processus de l'IVG d'un médecin gynécologue**. Auparavant, seule la 1^{ère} consultation devait être faite par un gynécologue, l'IVG pouvant, elle, être pratiquée par tout médecin autorisé à pratiquer l'art de guérir au GDL. Le Planning jusqu'alors n'avait que 30h de médecin spécialiste à sa disposition. Ce dernier assurait la 1^{ère} visite, la pratique de l'IVG elle-même étant répartie entre les différents médecins du Planning.

La réforme a mis une **énorme pression sur l'unique médecin gynécologue** à temps partiel qui a fini par démissionner au 30 juin 2013. La pérennité de l'activité ne pouvait de toute évidence pas être assurée par une seule personne. Quid des congés pour vacances, maladie, formation ? L'octroi, après un bras de fer politique, d'un poste complet de gynécologue en cours d'été n'est malheureusement pas arrivé à temps.

Au premier juillet, l'activité IVG s'est donc arrêtée par la force des choses, entraînant un grand désarroi et une frustration du reste de l'équipe, au premier rang de laquelle, ses généralistes devenus soudainement incompetents à la suite d'un changement de contenu mystérieux de la nouvelle loi qui les a écartés d'un processus qu'ils maîtrisaient, et ce sans explication, ni autre forme de procès, sans exposé des motifs, sans publicité, vite fait, mal fait, juste avant les vacances parlementaires, alors que tout le monde avait déjà la tête tournée vers les cieux ensoleillés des vacances....

Les gynécologues, ironie..., sont finalement mécontents ; ils doivent, bon gré mais surtout mal gré, répondre aux demandes d'interruptions de grossesse des femmes. Le Planning reçoit des coups de fil agacés, courroucés mais aussi désobligeants pour les femmes.

A ce jeu politique, les femmes sont toujours perdantes et payent le prix fort, peu importe leur détresse. A nouveau, le chemin du choix libre face à une grossesse non désirée s'est obscurci. Où aller ? Fort heureusement, le CHL a joué son rôle, épaulé dans le nord par un confrère.

Bien que le nombre de femmes venues au Planning pour une IVG soit passé de 610 à 643, soit une hausse de 5%, **le nombre d'IVG médicales sur place a chuté de 23%, de 507 en 2012 à 389 en 2013**. Nous avons réorienté 40% des femmes.

Un processus de recrutement d'un(e) gynécologue a été initié, sans susciter le moindre intérêt parmi la population médicale locale. Après de longues discussions avec le Ministère de la Famille, une solution a été trouvée pour pouvoir engager un gynécologue vacataire (1^{er} octobre) qui a petit à petit augmenté ses heures pour finalement accepter un poste à mi-temps au sein de l'association. Cette embauche aide considérablement le Planning à remonter sur son cheval de bataille et de course. Dès avant la fin de l'année, la reprise se fait sentir ; les femmes retrouvent vite le chemin du Planning.

Après avoir étendu la recherche au-delà des frontières, une gynécologue a été recrutée fin 2013, recrutement qui ne portera ses fruits qu'au 1^{er} trimestre 2014, en raison du long temps nécessaire à l'obtention d'une autorisation d'exercer.

Elections anticipées en octobre 2013, la nouvelle coalition tricolore annonce dans son programme gouvernemental du 3 décembre 2013, une nouvelle réforme de la loi. L'IVG serait dépénalisée et l'indication de détresse abandonnée pour un libre choix des femmes. La 2^{ème} consultation psycho-sociale rendue obligatoire dans la loi de 2012 serait supprimée, mais resterait offerte dans les centres et les généralistes se retrouveraient légitimés dans la pratique de l'IVG médicale. Le projet de loi est déposé le 7 avril 2014. L'association suit de près ce dossier.

Mais ce n'est pas tout, dents de scie obligent ...

L'absence prolongée d'un médecin a également pesé sur les ressources disponibles pour poursuivre l'activité.

Cette absence conjuguée avec la difficulté de recruter un médecin spécialiste et le déménagement entraîne une baisse de 11% dans le nombre de consultations médicales à Luxembourg (de 5.525 en 2012 à 4.925 en 2013).

En 2002, année du déménagement de la rue Glesener vers la rue G.C.Marshall, une baisse d'activité de 7%, mesurée en nombre de contacts, avait été enregistrée. Ce n'est qu'en 2003 que l'activité a retrouvé son niveau de 2001, d'avant le déménagement.

Au bout du compte, dopée par la croissance continue du centre d'Esch, +7% en 2013, la perte finale en termes de consultations médicales est limitée à 6% tous centres confondus.

En revanche, il n'y pas d'impact sur les consultations psychologiques, qui, elles, n'ont pas le caractère spontané des contacts et consultations médicales.

Le service psychologique est celui qui a été le plus épargné dans ce tourbillon. Il a continué à faire son remarquable travail de longue haleine, sous la pression des listes d'attente et de la détresse environnante de plus en plus grande.

A ressources égales, son activité n'a pas cessé d'augmenter et a contribué à la croissance des activités de l'association, + 10% en 2013 !

Finalement, c'est avec 2% de consultations en moins sur l'ensemble des activités et sur les 3 centres que l'année 2013 se termine.

2.3. Une année de reconnaissance : le Planning déménage

Enfin, la croissance et l'expansion des activités du Planning Familial ont rendu les locaux aménagés pour le centre de Luxembourg en 2002, trop exigus et surtout inadaptés. Sur la période 2003-2013, les activités (en nombre de contacts) ont connu une croissance de 50%.

D'une surface de 430 m² rue G.Marshall à Bonnevoie, les activités du Planning se sont déployées rue de la Fonderie à Hollerich sur 793m², soit un quasi doublement des superficies. Nous avons plié bagage le 15 octobre pour céder la place au Familljen-Center CPF.

Ce déménagement a été rendu nécessaire pour pouvoir répondre à la pression de l'activité IVG. Une 3^{ème} consultation médicale a été créée ainsi qu'un poste supplémentaire de gynécologue.

L'activité IVG dispose aujourd'hui d'espaces dédiés et spécialement aménagés.

2 salles de repos ont été aménagées avec 8 lits. 1 petite salle peut accueillir une personne avec un besoin d'isolement particulier. Un bloc de 4WC/douche attenante aux salles de repos est réservé aux femmes venant pour une IVG. Une infirmière, également partie prenante au conseil pré-IVG, veille sur les femmes venues pour la prise du médicament qui déclenche l'expulsion (2^{ème} phase de l'IVG médicale) et qui séjournent en moyenne 6 heures au Planning, le temps de l'expulsion, du repos, d'une échographie et examen de contrôle de vacuité, conduite à tenir et conseils, contraception.

Ce temps dédié à l'accueil et à l'accompagnement des femmes tout au long du parcours IVG et en particulier lors de la journée passée dans les locaux du Planning a augmenté de façon importante la qualité du service (meilleure prise en charge des éventuels effets secondaires, gestion de la douleur, de l'anxiété, etc..) avec une interlocutrice plus facilement disponible que le médecin qui assure également ses consultations.

Une consultation a été spécifiquement réservée au conseil-pré-IVG.

L'éducation sexuelle et affective a maintenant ses bureaux, auparavant confinée à la bibliothèque/petite salle de réunion. Une grande salle de formation et d'information y est attenante et offre de nombreuses possibilités d'animations. La bibliothèque y trouvera ses quartiers et pourra ainsi être plus facilement accessible à des tiers.

Un second poste d'accueil créé en 2013 a permis de doubler la charge de 12.213 consultations par an et 29.181 contacts pris avec le Planning. Ceci a surtout rendu possible la prise en charge de client(e)s avec un besoin d'écoute plus grand, en détresse face à l'annonce d'une grossesse non désirée, mais aussi une assistance à une consultation médicale devenue plus complexe. Un des postes est occupé par une laborantine de formation.

En conclusion, au-delà du simple fait de déménager dans de plus grands locaux, c'est une reconnaissance de la légitimité et de la qualité du travail de l'équipe de Planning Familial qu'il faut aussi y voir.

Enfin, un dernier mot pour remercier celles et ceux qui nous soutiennent moralement et financièrement, année après année et à l'occasion d'événements particuliers.

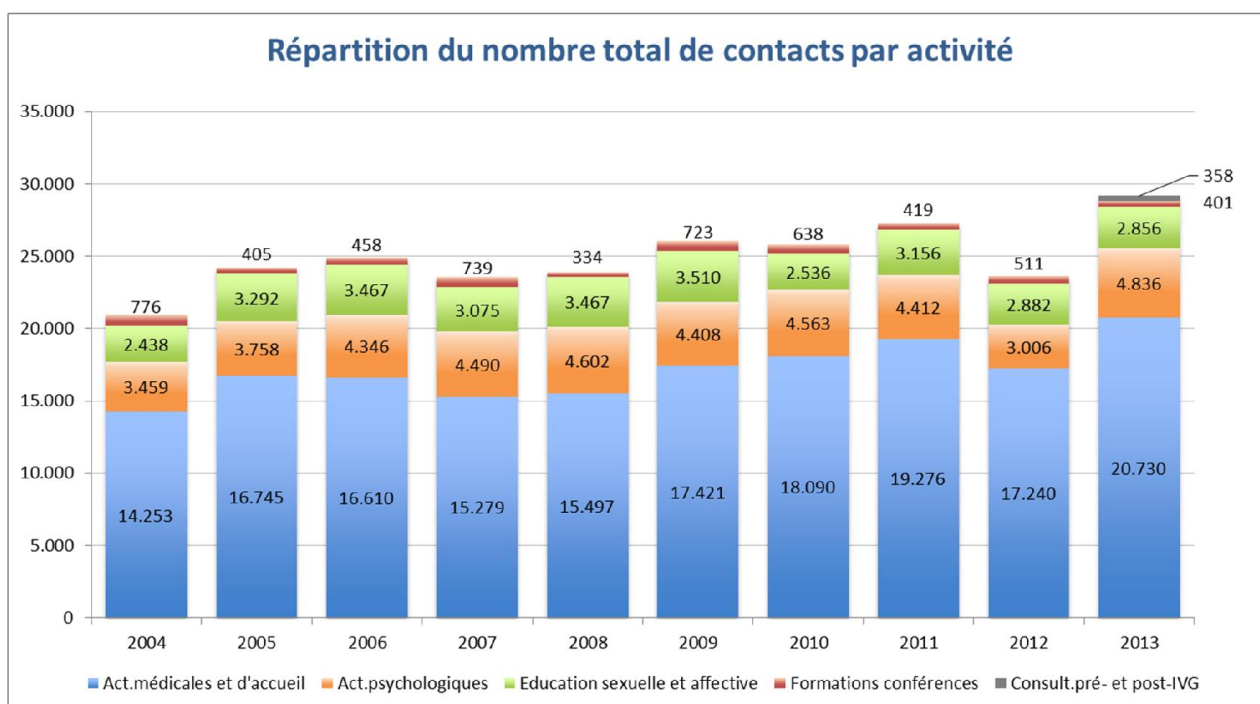
Catherine Chéry, directrice

2 juillet 2014

3. Les données globales

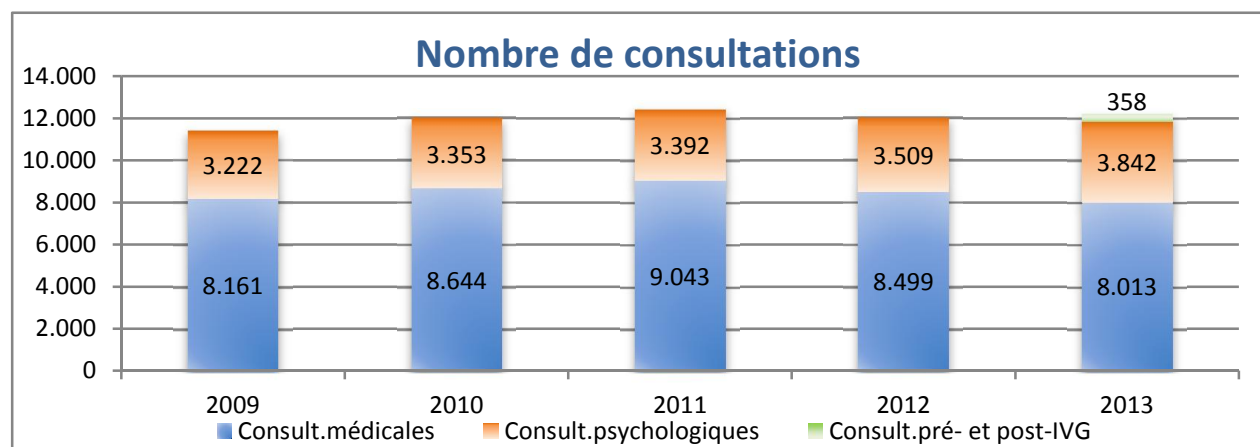
En 2013, les 3 centres de Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck ont répondu à 29.181 demandes/ contacts soit une progression de 50% en 10 ans. Le déménagement d'octobre 2013 rue de la Fonderie à Hollerich a ralenti la cadence, comme l'avait fait celui de 2002 lorsque le Planning avait pris ses nouveaux quartiers rue G.C.Marshall à Bonnevoie.

Luxembourg :	17.198 contacts
Esch sur Alzette :	7.083 contacts
Ettelbruck :	4.900 contacts



Note : Le nombre de contacts englobe toutes les activités. Ces contacts se font par téléphone, par une visite aux centres, en consultations médicales et psychologiques, en conseil conjugal et familial et pré/post IVG, au cours d'une séance d'information sexuelle et affective, mais aussi de plus en plus via email.

Les activités médicales englobent actuellement le travail de l'accueil c.à.d. l'aspect information et les prestations « guichet médical » (test de grossesse, pilule du lendemain, etc.). A partir de 2014, le travail de l'accueil sera considéré comme une activité à part entière avec ses données propres.

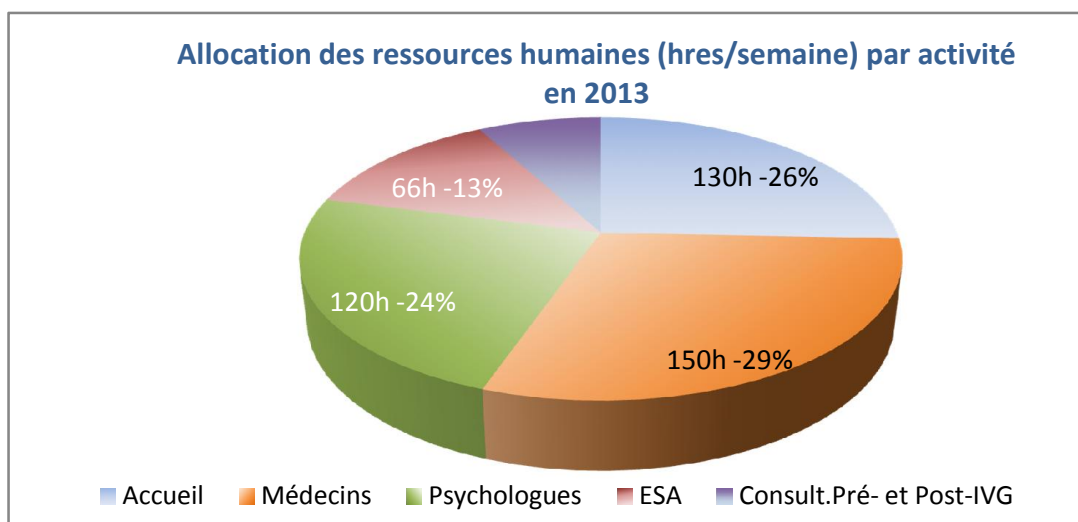


Les médecins, psychologues, conseillères pré et post IVG ont accueilli 2.765 client(e)s et presté 12.213 consultations, soit une progression de 2% toutes activités et centres confondus. Pour la 1^{ère} année, la consultation socio-familiale obligatoire avant toute interruption de grossesse (358 en 2013) qui se prolonge parfois par un conseil post-IVG, s'est ajoutée au nombre total des consultations. Cette modeste croissance (2%) cache une profonde disparité entre le service psychologique, +10% et le service médical, -6%. C'est la résultante d'un coup d'arrêt observé à Luxembourg au 2^{ème} semestre 2013 :

- Démission du seul gynécologue du Planning au 30 juin ; l'activité IVG s'arrête brutalement du fait de la réforme de l'IVG qui impose l'intervention d'un spécialiste tout au long de la procédure (30H).
- Absence prolongée d'un médecin à partir du 1^{er} août (40H)
- Et difficulté de recruter : ce n'est qu'au 1^{er} octobre que les rangs se renforcent avec la collaboration de Dr Khaled Mlik, gynécologue-obstétricien, qui preste 20H en vacances. Dr Schneider, vacataire depuis bientôt 40 ans au Planning Familial, augmente considérablement ses prestations pour prêter main forte à l'équipe, aussi bien à Luxembourg qu'à Esch. Dr Pesch s'attelle aussi à la tâche avec ¼ de temps supplémentaire. Nous les remercions.
- Déménagement au 15 octobre.

Résultat des courses 2013: -11% de consultations médicales à Luxembourg (voir encore le chapitre « une année en dents de scie »).

Fort heureusement, 2014 s'annonce sous de bien meilleurs auspices. Les postes vacants seront occupés ainsi que le second poste de gynécologue attribué.



En 2013, le poste de conseillère pré et post IVG attribué dès 2011 a finalement été « libéré » à la suite du vote de la loi qui réforme l'IVG et prévoit une consultation psycho-sociale obligatoire.

Comme évoqué plus haut, à l'été, un second poste de gynécologue est venu renforcer la structure.

L'accueil de Luxembourg a vu ses ressources doublées (1 poste supplémentaire, soit 2 en tout).

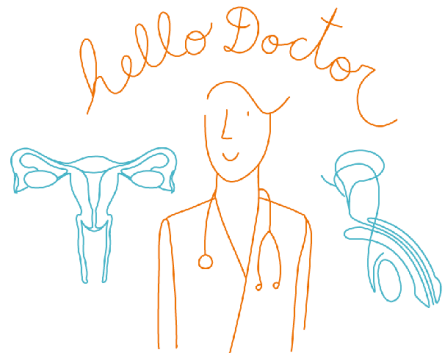
La part d'activité réalisée par les différents services n'est pas forcément en relation avec les ressources investies en personnel car les activités en sont diversement consommatrices. En effet, il faut bien plus de temps pour prester 1 consultation psychologique que médicale ou qu'informer 1 personne 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.

4. 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).



4.1. 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.

4.2. Une médecine pour tous

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

4.2.1. 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.

4.2.2. 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 Ettelbrück, 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 infertilité, stérilité, procréation médicalement assistée, consultations en relation avec le VIH-Sida, etc.

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

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

4.3.1. 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.

4.3.2. 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

4.3.3. 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

4.4. 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.

Voilà l'esprit dans lequel nous avons essayé de mener le service médical en 2013 et l'état d'âme dans lequel nous avons reçu nos 2.765 patient(e)s au cours des 8.013 consultations de cette année.

L'équipe médicale

4.5. 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

4.5.1. Le volume d'activité

La baisse de 6% au niveau des consultations est expliquée au chapitre « données globales » et « une année en dents de scie ».

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 en poste en 2013, représentant 2.75 postes à temps complet, ont presté **8.013 consultations** pour **2.765** client(e)s dont 1.226 étaient nouvelles, soit 44%. La proportion des nouvelles clientes est très élevée en raison de l'augmentation régulière du nombre de femmes venant au Planning Familial à la survenance d'une grossesse non désirée, à savoir 643 en 2013.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	croissance 2008- 2013
Ressources humaines (médecin)	2.25	2.75	2.75	2.75	2.75	3.75*	1.5 poste
Consultations	6.397	8.161	8.644	9.043	8.499	8.013	25%
Ettelbruck	984	1.083	1.088	1.166	1.128	1.120	14%
Esch sur Alzette	1.662	1.754	1.736	1.943	1.846	1.968	18%
Luxembourg	3.751	5.324	5.820	5.934	5.525	4.925	31%

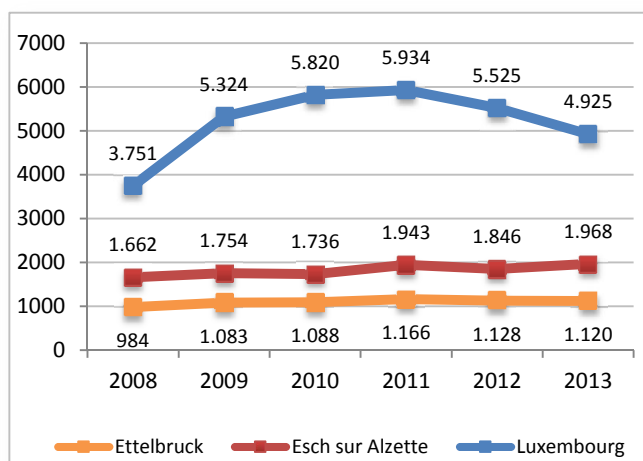
* poste supplémentaire de gynécologue finalement occupé en 2014

Luxembourg : + 31% (sur 5 ans)

Cette croissance affichée de 31% sur 5 ans gomme le coup d'arrêt porté à l'activité médicale en 2013, entraînant une chute de 11% :

- démission du seul gynécologue du Planning au 30 juin, d'où l'arrêt de l'activité IVG, combinée à la difficulté de trouver un successeur (1^{er} octobre 2013)
- absence prolongée d'un médecin à compter du 1^{er} août
- déménagement au 15 octobre.

Esch sur Alzette : +18% (sur 5 ans)



Le centre d'Esch /Alzette fonctionne à flux tendus depuis plusieurs années. Le nombre de consultations, médicales ou psychologiques ne cesse d'augmenter. Il faut plusieurs semaines d'attente pour avoir un rendez-vous chez un médecin (le plus long délai parmi les 3 centres). Au lieu de nous en réjouir, nous avons dû nous résigner à demander aux collaboratrices, et en particulier le secrétariat, de moins travailler car les heures supplémentaires ne cessaient de s'accumuler sans possibilité de récupération réelle en raison du coût que cela représenterait en remplacement, et ce au détriment des client(e)s et de la liste d'attente qui s'allonge. Le centre devrait pouvoir être ouvert 40h/ semaine. Aujourd'hui, 30H de secrétariat-accueil sont disponibles. En conséquence, une baisse des consultations est attendue pour 2014.

Ettelbruck : + 14% (sur 5 ans)

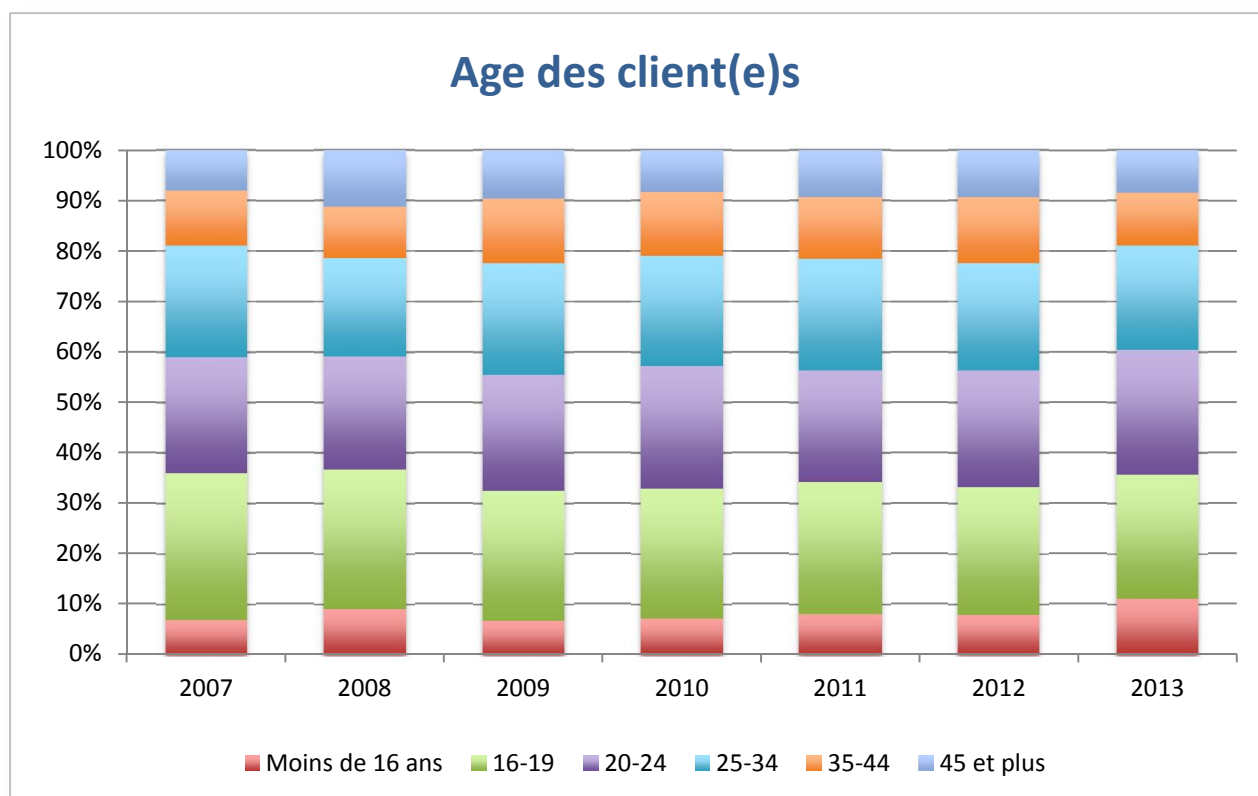
Le centre d'Ettelbruck continue aussi sur une lancée ascendante et continue mais bridée par un centre ouvert à raison de 20h par semaine seulement et un nombre d'heures de consultations médicales encore insuffisant. La demi-journée de consultations médicales supplémentaires est déjà absorbée.

4.5.2. 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.

Qui sont-elles ?

Nous accueillons des femmes de tous âges, **de 13 à plus de 80 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	15,0%	9,3%	6,4%	11,2%
16-19	22,5%	29,0%	24,0%	24,5%
20-24	25,1%	28,4%	21,0%	24,7%
< 25 ans	62,7%	66,6%	51,5%	60,4%
25-34	23,2%	16,6%	20,4%	20,8%
35-44	8,1%	10,0%	14,7%	10,4%
45 et plus	6,1%	6,9%	13,5%	8,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Assez constante depuis de nombreuses années, la structure d'âge a évolué en 2013. La tranche des moins de 16 ans, de 8% en 2012, passe à 11.2%. Le changement est notoire au centre de Luxembourg où la proportion atteint 15%. Le centre le « plus jeune » reste celui de Esch avec 2/3 des client(e)s âgées de moins de 25 ans. La tranche des plus de 45 ans reste stable à 8.4%, avec une proportion notoirement plus élevée à Ettelbruck (13.5%).

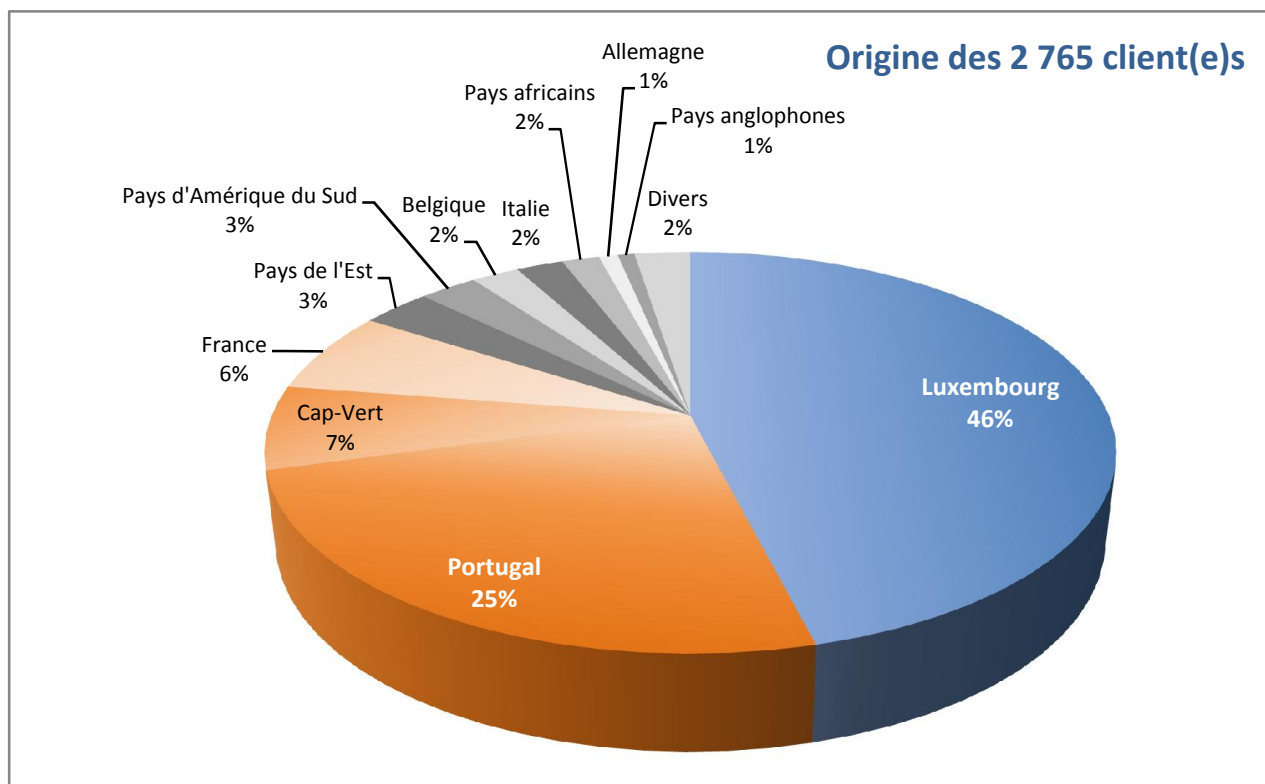
60% de nos clientes peuvent bénéficier du remboursement à 80% de certains moyens de contraception.

65% sont célibataires (en baisse), et 70 % n'ont pas d'enfant. 45% sont en cours d'étude. 8% se trouvent dans une situation précaire. 3.5% 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 (46% en moyenne- 57% à Ettelbruck, 45% à Luxembourg et 38% à Esch) et un tiers portugaise ou cap-verdienne (36 % à Esch), le solde étant 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.



4.5.3. Les raisons de consultation

Les principaux motifs de visite restent :

- Les demandes d'information: 21%
- La contraception : 28%
- Le dépistage : 19%

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 2013	%	Nbre 2012	%	Nbre 2011	%
Contraception	8.240	23,5%	6.956	21,3%	7.554	22,0%
Contraception urgence	1.349	3,9%	1.190	3,6%	1.267	3,7%
Tests de grossesse	2.002	5,7%	1.765	5,4%	1.621	4,7%
Consultations pour suivi de grossesse	112	0,3%	109	0,3%	120	0,3%
Consultation pour grossesse non désirée	707	2,0%	658	2,0%	684	2,0%
IVG	619	1,8%	609	1,9%	583	1,7%
Informations sexuelles et reproductives	7049	20,1%	7355	22,5%	9369	27,2%
Autres informations - références externes	166	0,5%	772	2,4%	278	0,8%
Dépistage cancéreux (cervical)	2.739	7,8%	2.383	7,3%	2.546	7,4%
Vaccination HPV	114	0,3%	73	0,2%	118	0,3%
Screening HPV	38	0,1%	10	0,0%	37	0,1%
Dépistage Chlamydiae	743	2,1%	681	2,1%	693	2,0%
Dépistage HIV/SIDA	515	1,5%	529	1,6%	84	0,2%
Dépistage autres MST	764	2,2%	842	2,6%	523	1,5%
Dépistage mammaire	1.353	3,9%	1.313	4,0%	1.593	4,6%
Programme mammographie	129	0,4%	80	0,2%	72	0,2%
Examens gynécologiques	3.653	10,4%	3.469	10,6%	3.710	10,8%
Echographie	2.106	6,0%	2.192	6,7%	2.110	6,1%
Tests urinaires (interne)	313	0,9%	279	0,9%	227	0,7%
Autres examens	1.286	3,7%	1.163	3,6%	1.081	3,1%
Biopsie	9	0,0%	14	0,0%	24	0,1%
Colposcopie	12	0,0%	21	0,1%	26	0,1%
Consultation ménopause	91	0,3%	91	0,3%	66	0,2%
Consultation masculine	30	0,1%	35	0,1%	0	0,0%
Consultations adolescentes	846	-	87	0,3%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	4	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Stérilités/infertilités	14	0,0%	9	0,0%	15	0,0%
Sexualité	4	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	29	0,1%	41	0,1%	0	0,0%
Total	35.036	98%	32.727	100%	34.403	100%

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

4.5.4. 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.

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 60% de nos patientes concernées.

Qui dit santé sexuelle, dit prévention du VIH/SIDA. 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. En Planning, le Planning a prescrit un dépistage à *515 personnes*.

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. *En 2013, 129 femmes ont été incluses dans le programme et 1353 examens ont été pratiqués hors programme.*

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, 743 tests en 2013.*

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 intervalles régulier. *114 vaccinations* ont été effectuées dans ce contexte.

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 (28%) 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 clientes. 36% ont moins de 20 ans et 60% 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 (42%) et/ou célibataires (65%) et ne se trouvent pas dans une tranche de vie où elles sont prêtes à accueillir un enfant.

Toutes les méthodes de contraception, y compris méthodes à longue action (stérilets et implant) sont disponibles ou prescrites dans nos centres. Si besoin, elles sont offertes aux mineures et femmes en situation financière difficile.

Depuis 2012, certains contraceptifs sont remboursés à 80% aux jeunes de moins de 25 ans
60% des grossesses non désirées concernent des femmes de plus de 25 ans...

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 du Planning Familial pratique l'IVG médicale jusqu'à 5 semaines de grossesse (ou 7SA)¹ dans son centre de Luxembourg.

A la suite de la réforme de l'IVG du 12.12.12, le Ministère de la Santé a mis à jour l'agrément précédemment octroyé au Planning Familial en 2008 pour pratiquer des IVG médicales et prester désormais la consultation psycho-sociale préalable obligatoire.

Au sens de la loi, le Planning Familial est un établissement agréé.

Le CHL a de son côté renouvelé sa convention avec le Planning Familial qui prévoit la prise en charge immédiate de toutes complications et échecs éventuels de l'IVG par voie médicamenteuse.

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 garantie au Luxembourg puisque elle est légale pour toute femme se trouvant dans une situation de détresse.

IVG au PF Luxembourg	2009	2010	2011	2012	2013 *	Total	Evolution 2009/2012
Nombre IVG (MED < 7 SA)	245	366	441	507	389	1 948	107%
Nombre IVG par semaine	4.7	7.0	8.5	9.8	9.7	-	

* en 2013, la moyenne a été calculée sur la durée où le Planning a pu pratiquer des IVG (40 semaines)

Le nombre d'IVG pratiquées depuis 2009, début de l'activité a augmenté de 107% et ce, malgré un recul en 2013 pour les raisons expliquées au chapitre « données globales » et « une année en dents de scie ».

Le remboursement à 80% de certains contraceptifs pour les femmes de moins de 25 ans devrait théoriquement conduire à une diminution des grossesses non désirées (GND), mais rien actuellement ne nous permet d'étayer cette hypothèse faute de statistiques globales.

23% des 2.765 clientes du PF ont consulté pour une grossesse non planifiée comparé à 15 % en 2009

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)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Remarques
Demandes d'IVG	148	410	466	583	645	643	
Décision de poursuivre la grossesse	-	-	-	27	24	7	
Venues pour IVG (1ère consultation) puis ne se sont plus représentées (IVG ailleurs, changement avis?)	-	-	-	22	4	10	
Fausse couche/grossesse extra-utérine/grossesse arrêtée				13	7	7	Données détaillées à partir de 2011
S/total recours à l'IVG non nécessaire	-	0	18	62	35	24	
IVG	148	410	448	521	610	619	

Tendance - répartition géographique- âge moyen des grossesses à l'IVG

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 Nationale 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.

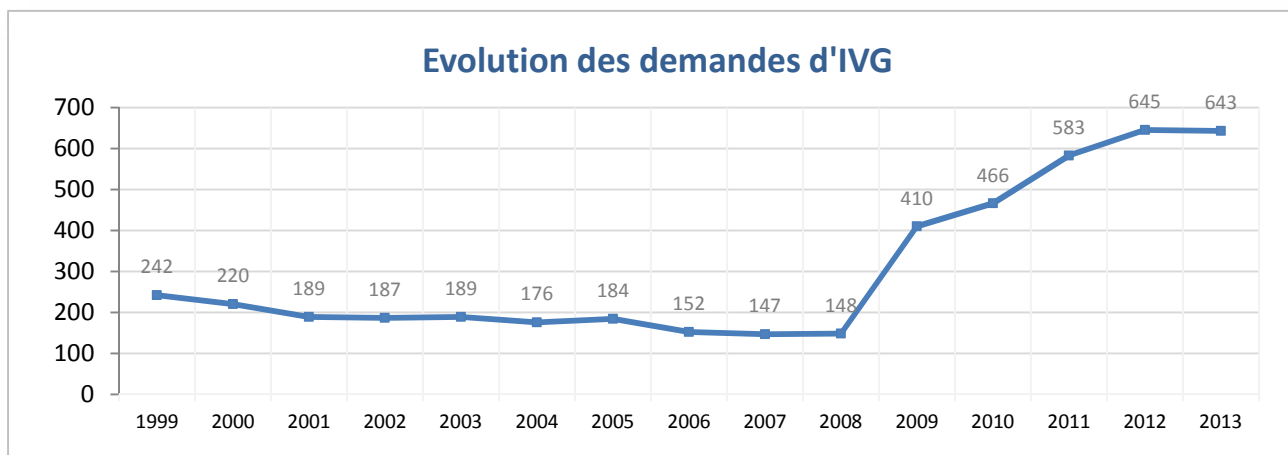
Les tableau et graphique ci-après illustrent le phénomène.

Cependant [les données 2013 sont à relativiser](#) en raison de 2 faits:

- les statistiques du Planning Rochefort (Belgique) et du CHR de Thionville-Metz (France) n'étaient pas disponibles à la date du présent rapport.
- L'IVG étant légalisée au Luxembourg depuis décembre 2012, le nombre d'IVG à l'étranger devrait naturellement baisser.

[Une vue globale de la situation manque. Seule une enquête de santé publique nous permettrait d'approcher le nombre de femmes ayant eu une IVG et donc de calculer un taux moyen d'IVG et de comparer la situation luxembourgeoise avec celles de nos voisins et d'infléchir le cas échéant la politique de santé.](#)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Remarques
IVG via le Planning Familial	148	410	448	521	610	619	
<i>Luxembourg</i>	-	245	385	463	558	560	
<i>Etranger</i>	148	125	63	58	52	59	
% IVG à l'étranger (via PF)	100%	34%	14%	11%	9%	9%	
IVG totales déclarées par les centres partenaires à l'étranger (FR-BE-NL)	300	212	125	124	119	82	
IVG "totales" recensées par PF	300	457	510	587	677	642	
%IVG "totales" à l'étranger	100%	46%	25%	21%	18%	13%	



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.

Parallèlement, on constate que le tourisme de l'avortement est en forte diminution. La quasi-totalité (91%) des demandes d'IVG sont prises en charge au Luxembourg en ce qui concerne les données recueillies par le Planning Familial. C'est un progrès estimable en matière de santé publique, d'équité entre les femmes et de droits sexuels et reproductifs en général.

Les problèmes rencontrés au niveau du personnel en 2013 font apparaître une situation inhabituelle. Pendant l'interruption de son activité IVG (3^{ème} trimestre 2013), nous avons dû adresser nos client(e)s à des confrères, principalement le CHL et un confrère de la région Nord.

La part des IVG faites au Planning est tombée à 63% contre 83% en 2012. Pour 2014, la tendance s'est déjà infléchie.

Demandes / IVG via le Planning Familial			
Centre	IVG	%	Commentaires
Planning Familial: IVG MED (7SA)	389	63%	≈ 9 par semaine (sur base 40 sem.)
PF/CHL LUX: IVG CHIR (14SA)	109	18%	
Lux- autres	62	10%	
Total Luxembourg	560	91%	
France / Thionville	5	1%	
Belgique / Rochefort-Jemelle	1	0%	
NL- CASA	52	8%	
NL-Heemstede	1	0%	
Espagne	-	0%	
Total Etranger	59	8%	
Total IVG faites	619	100%	

La majorité des IVG continuent à être réalisées par voie médicamenteuse, ce qui permet d'écarter tous risques anesthésiques.

L'âge moyen des grossesses qui baissait régulièrement depuis 2009, 7.2 semaines d'aménorrhée (SA) ou 5.2 semaines de grossesse en 2011 a augmenté à 8.4 SA soit 6.4 semaines de grossesse. C'est une démonstration flagrante que les restrictions d'accès à l'IVG ne diminuent pas le nombre d'IVG mais augmente de façon certaine l'âge de la grossesse à l'IVG, au détriment de la santé des femmes.

Il en est de même de toutes barrières légales ou sur le terrain

Dans le mauvais sens, la consultation psycho-sociale pourrait avoir le même effet. Mais au Planning, nous avons fait en sorte que cette consultation obligatoire n'ait pas de conséquences, et ce grâce à la réactivité de la structure, à du personnel engagé et motivé.

Le pourcentage de grossesses hors délais a augmenté cette année : 16% !

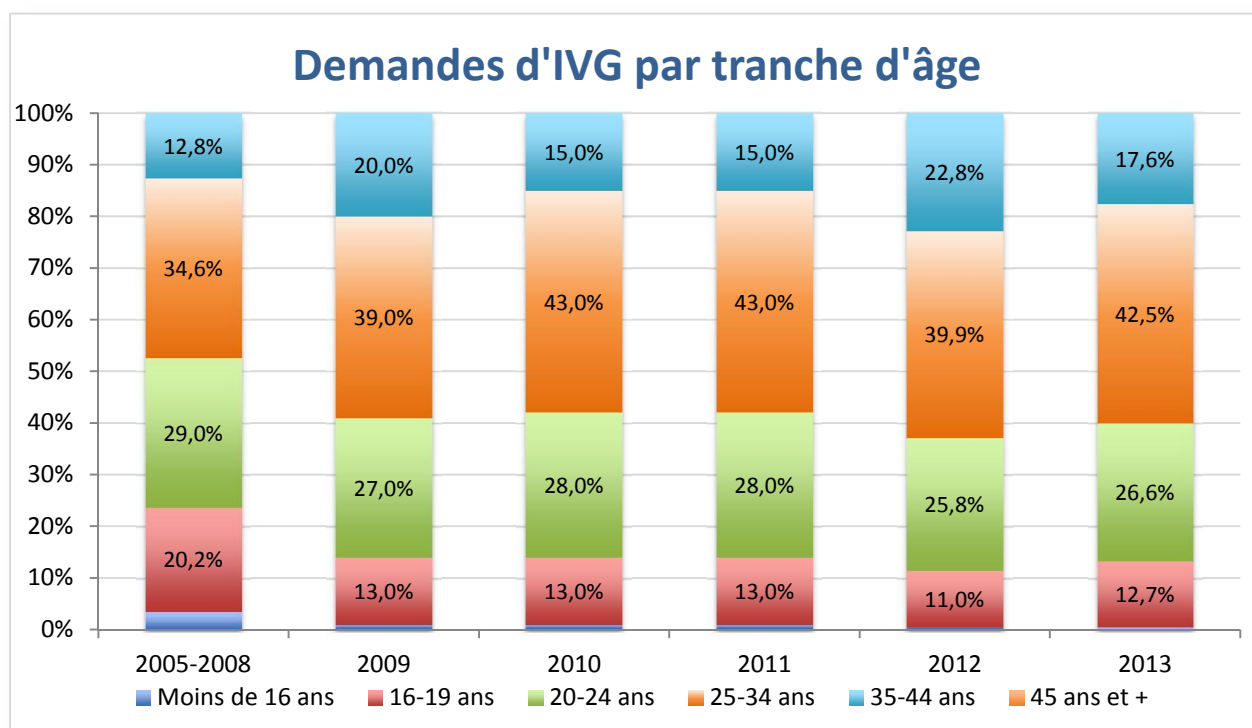
L'âge des femmes

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

La moyenne d'âge est de 27,5 ans sur la période 2009-2013. La médiane se situe à 27 ans : 50% des femmes ont plus de 27ans.

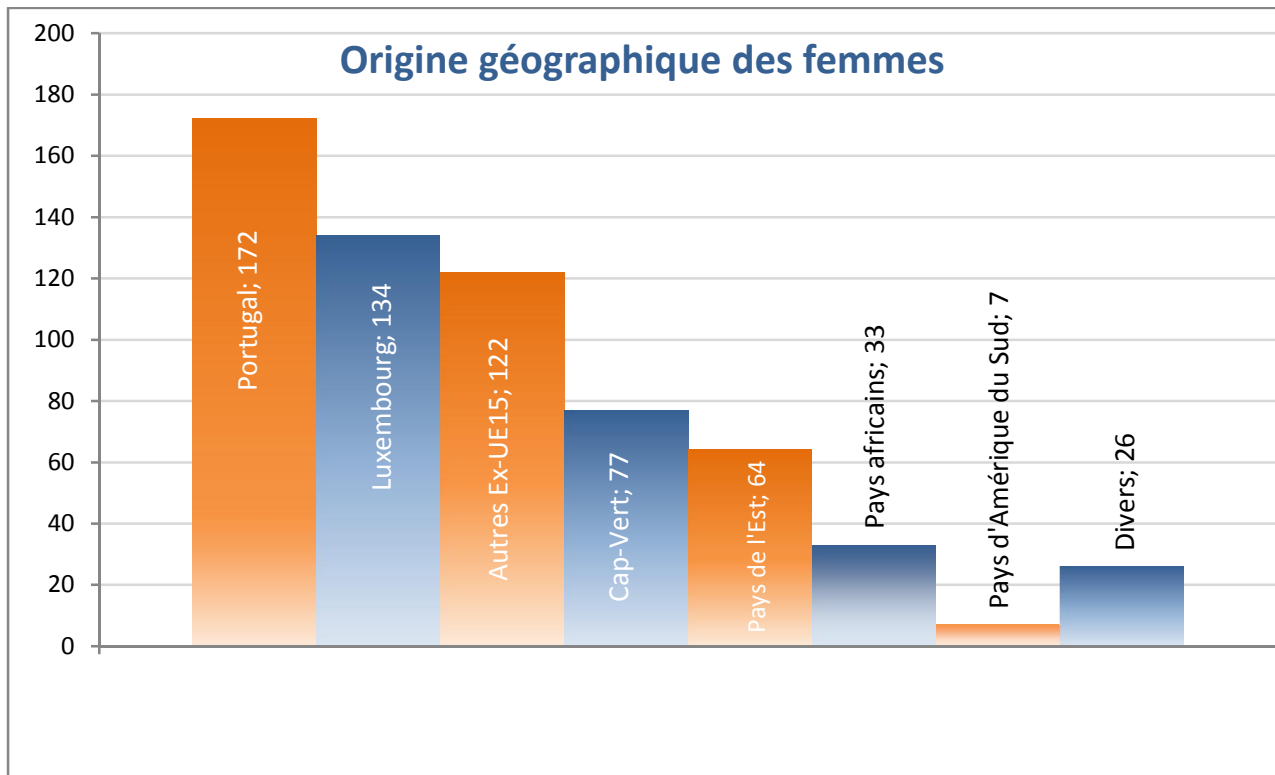
En 2013, la plus jeune femme avait 12 ans et la plus âgée, 47 ans. 4 jeunes femmes avaient moins de 16 ans (1%) et 13 en tout étaient mineures, soit 5% du total.

60% des femmes ont plus de 25 ans sur la période 2009-2013 comparé à 48% pendant la période 2005-2008



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 2013 confirment cette tendance mais aussi montrent que sur l'ensemble des demandes d'IVG, l'origine géographique la plus représentée est maintenant le Portugal, qui devance le Grand-Duché. Portugal et Cap-Vert ensemble représente 33% des femmes ayant eu une IVG.



La situation familiale, sociale et professionnelle des femmes

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 :

- 57% des femmes ne vivent pas en couple.
- Elles sont 18% à vivre seule avec leurs enfants.
- 22% sont en cours d'études

⇒ Situations peu propices à l'accueil d'un enfant

- 41% n'ont pas d'enfant, à l'opposé 12% des femmes ont 3 enfants et plus. 32% ont déjà 2 enfants.

Leur situation socio-professionnelle est tout aussi diversifiée :

Toutes les catégories sociales sont représentées. Mais à la lumière des chiffres 2013 et de l'analyse des tendances sur 5 ans, nous pouvons conclure que la catégorie de femmes frappant à la porte du Planning Familial pour une IVG a globalement changé.

La situation des femmes demandant une IVG s'est dégradée par rapport à 2009

- 75% ont dit ne pas connaître les conditions légales en vigueur au Luxembourg. Elles étaient 21% dans ce cas en 2009 et 48% en 2010.
- Elles ont atteint un niveau d'études moins élevé : 13 % ont suivi l'école primaire et elles ne sont que 15% à avoir accompli des études universitaires, contre 27% en 2009.
- 22% étaient en cours d'études.
- 59% avaient un emploi.
- Elles étaient plus nombreuses à être ouvrières, 44% comparé à 15% en 2009.
- Parallèlement, elles n'étaient plus que 19% à avoir un statut d'employées contre 63% en 2009.
- 44% déclaraient que les revenus de la famille étaient insuffisants comparé à 36 % en 2009.

Profession (classification INSEE- France)	2009	2010	2011	2012	2013	Moyenne 2009/ 2013
Artisans	0.7%	0.0%	0.0%	0,0%	0,0%	0,0%
Commerçants	2.2%	0.0%	0.4%	0,0%	0,0%	0,0%
Sous- total	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Cadres	0.0%	0.0%	0.4%	0,0%	0,0%	0,0%
Prof. Libérales	0.0%	1.7%	2.0%	2,0%	2,0%	2,0%
Cadres fonction publique	0.7%	0.4%	0.4%	0,0%	0,0%	0,0%
Professeurs	0.7%	0.0%	0.4%	0,0%	1,0%	0,5%
Profession information	0.0%	1.2%	0.0%	0,0%	1,0%	0,5%
Cadres administratifs et commerce	6.6%	4.1%	6.0%	4,0%	4,0%	4,0%
Ingénieurs	2.2%	1.2%	1.2%	0,0%	1,0%	0,5%
Sous-total cadres	10,0%	9,0%	10,0%	6,0%	9,0%	8,8%
Instituteurs	3.6%	3.7%	3.2%	1,0%	2,0%	1,5%
Prof. intermédiaires santé et social	2.2%	5.8%	6.8%	3,0%	4,0%	3,5%
Prof. intermédiaires administratives	2.2%	1.2%	1.2%	0,0%	1,0%	0,5%
Techniciens	0.7%	0.0%	0.4%	0,0%	0,0%	0,0%
Agents de maîtrise	0.7%	0.0%	0.0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sous- total professions intermédiaires	9,0%	11,0%	12,0%	4,0%	7,0%	8,6%
Employés fonction publique	9.5%	5.4%	3.2%	2,0%	3,0%	2,5%
Policiers et militaires	0.0%	0.0%	0.4%	0,0%	0,0%	0,0%
Employés administratifs	21.2%	10.4%	6.0%	7,0%	6,0%	6,5%
Employés commerce	27.0%	19.9%	12.4%	11,0%	8,0%	9,5%
Services aux particuliers	5.1%	5.4%	1.6%	2,0%	2,0%	2,0%
Sous- total employés	63,0%	41,0%	24,0%	22,0%	19,0%	33,8%
Ouvriers qualifiés	7.3%	6.6%	7.2%	10,0%	12,0%	11,0%
Ouvriers non qualifiés	6.6%	32.8%	46.6%	37,0%	31,0%	34,0%
Ouvriers agricoles	0.7%	0.0%	0.0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sous- total ouvrières	15,0%	39,0%	54,0%	47,0%	43,0%	39,6%
Etudiants	-	-	-	21,0%	22,0%	21,5%
Total données disponibles	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les raisons d'une grossesse non désirée

51% des femmes utilisaient un moyen de contraception moderne (hors méthode naturelle), moyenne sur 15années 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 surtout pour les méthodes contraceptives à longue action (stérilet, implant) non remboursées et pour toutes les femmes de plus de 25 ans. Or, ce sont les plus nombreuses à être face à une grossesse non désirée
- 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

Les femmes qui déclarent n'avoir pas pris une contraception se trouvaient souvent dans une situation de vie où elles pensaient ne pas avoir besoin d'une contraception régulière. Un nombre non négligeable de femmes ont aussi utilisé des « méthodes naturelles », plus efficaces dans un contexte de désir d'enfants !

A côté de ces 2 faits, l'absence de contraception s'explique 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 les études HBSC successives montrent 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.

Conclusions

Les statistiques 2013 confortent les observations des 4 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 dans les 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 : 1.948 IVG en 5 ans

L'âge moyen de la grossesse au moment de l'IVG (4.1 semaines au Planning Familial) montre l'extrême réactivité et efficacité du Planning Familial et de son équipe.

La pratique de 5 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.

Contrôle / « visite » post IVG précoce : 100%

Le Planning Familial pratique depuis le début le contrôle post-IVG précoce par une échographie de vacuité à l'issue de la 2^{ème} phase de l'IVG.

Les femmes quittent le Planning Familial rassurées. En fait, la visite post IVG planifiée sous 14 -21 jours au maximum 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.

Limites et perspectives

Les conclusions faites depuis 2009 restent d'actualité :

Les données collectées restent des données partielles concernant les clientes du Planning Familial.

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

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

4.6. Chiffres de l'activité médicale

Statistiques médicales 2013 - Tous centres		2013		2012		2011	
I. Données générales		Nbre	Var.	Nbre	Var.	Nbre	Var.
Nombre de contacts		20.730	20,2%	17.240	-10,6%	19.276	6,6%
Nombre de contacts téléphone		7.757		0		0	
Nombre de clients		2.765	0,3%	2.756	-8,6%	3.015	7,3%
Clients nouveaux		1.226	-17,7%	1.489	-4,5%	1.559	2,7%
RDV non observés		1.639	28,0%	1.280	-10,9%	1.437	20,5%
Nombre de consultations		8.013	-5,7%	8.499	-6,0%	9.043	4,6%
II. Nationalités / origines		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg		1.273	46,0%	1.119	40,6%	1.303	43,2%
France		183	6,6%	197	7,1%	195	6,5%
Belgique		60	2,2%	70	2,5%	70	2,3%
Allemagne		24	0,9%	31	1,1%	27	0,9%
Portugal		681	24,6%	706	25,6%	701	23,3%
Cap-Vert		187	6,8%	143	5,2%	161	5,3%
Italie		59	2,1%	80	2,9%	91	3,0%
Pays anglophones		21	0,8%	29	1,1%	38	1,3%
Pays d'Amérique du Sud		73	2,6%	89	3,2%	102	3,4%
Pays de l'Est		87	3,1%	135	4,9%	123	4,1%
Pays africains		47	1,7%	65	2,4%	85	2,8%
Divers		70	2,5%	92	3,3%	119	3,9%
III. Age		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans		309	11,2%	222	8,1%	244	8,1%
16-19		678	24,5%	696	25,3%	786	26,1%
Sous-Total moins de 20 ans		987	35,7%	918	33,3%	1.030	34,2%
20-24		683	24,7%	635	23,0%	667	22,1%
25-34		574	20,8%	586	21,3%	670	22,2%
35-44		288	10,4%	359	13,0%	366	12,1%
45 et plus		233	8,4%	258	9,4%	282	9,4%
Sous-Total plus de 35 ans		521	18,8%	617	22,4%	648	21,5%
IV. Etat civil		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire		1.800	65,1%	1.971	71,5%	2.194	72,8%
Marié(e) ou partenariat		710	25,7%	538	19,5%	660	21,9%
Divorcé(e) ou séparé(e)		234	8,5%	215	7,8%	144	4,8%
Veuf(ve)		21	0,8%	32	1,2%	17	0,6%
V. Enfants		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0		1.923	69,5%	1.991	72,2%	2.194	72,8%
1		363	13,1%	343	12,4%	357	11,8%
2		306	11,1%	254	9,2%	276	9,2%
3		119	4,3%	115	4,2%	128	4,2%
4 et plus		54	2,0%	53	1,9%	60	2,0%

VI. Couverture sociale	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Oui	2.669	96,5%	2.669	96,5%	2.669	96,5%
Non	96	3,5%	96	3,5%	96	3,5%
VII. Occupation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Etudes	1.168	42,2%	1.168	42,2%	1.168	42,2%
Travail	1.175	42,5%	1.175	42,5%	1.175	42,5%
Recherche d'emploi indemnisée	131	4,7%	131	4,7%	131	4,7%
Recherche d'emploi non indemnisée	86	3,1%	86	3,1%	86	3,1%
Au foyer	171	6,2%	171	6,2%	171	6,2%
Retraite	34	1,2%	34	1,2%	34	1,2%
VIII. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	1.539	55,7%	1.618	58,1%	1.694	55,9%
Famille	624	22,6%	553	19,9%	612	20,2%
médias	72	2,6%	61	2,2%	87	2,9%
Institutions scolaires	231	8,4%	226	8,1%	252	8,3%
Institutions sociales	50	1,8%	93	3,3%	100	3,3%
Médecins	100	3,6%	115	4,1%	137	4,5%
Interne Planning	136	4,9%	74	2,7%	71	2,3%
Police	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%
Divers	13	0,5%	43	1,5%	79	2,6%
IX. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	8.240	27,2%	6.956	24,2%	7.554	24,5%
Contraception urgence	1.349	4,5%	1.190	4,1%	1.267	4,1%
Tests de grossesse	2.002	6,6%	1.765	6,1%	1.621	5,3%
Consultations pour suivi de grossesse	112	0,4%	109	0,4%	120	0,4%
Consultation pour grossesse non désirée	707	2,3%	658	2,3%	684	2,2%
IVG	619	2,0%	609	2,1%	583	1,9%
Informations sexuelles et reproductives	7.049	23,3%	7.355	25,5%	9.369	30,4%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	166	0,5%	772	2,7%	278	0,9%
Dépistage cancéreux (cervical)	2.739	9,0%	2.383	8,3%	2.546	8,3%
Vaccination HPV	114	0,4%	73	0,3%	118	0,4%
Screening HPV	38	0,1%	10	0,0%	37	0,1%
Dépistage Chlamydiae	743	2,5%	681	2,4%	693	2,2%
Dépistage HIV/SIDA	515	1,7%	529	1,8%	84	0,3%
Dépistage autres MST	764	2,5%	842	2,9%	523	1,7%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	1.353	4,5%	1.313	4,6%	1.593	5,2%
Programme mammographie	129	0,4%	80	0,3%	72	0,2%
Examens gynécologiques	3.653	12,1%	3.469	12,0%	3.710	12,0%

IX. Raisons de consultation (suite)	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Echographie	2.106	44,4%	2.192	55,7%	2.110	59,4%
Tests urinaires (interne)	313	6,6%	279	7,1%	227	6,4%
Autres examens	1.286	27,1%	1.163	29,6%	1.081	30,4%
Biopsie	9	0,2%	14	0,4%	24	0,7%
Colposcopie	12	0,3%	21	0,5%	26	0,7%
Consultation ménopause	91	1,9%	91	2,3%	66	1,9%
Consultation masculine	30	0,6%	35	0,9%	0	0,0%
Consultations adolescentes	846	17,8%	87	2,2%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	4	0,1%	1	0,0%	2	0,1%
Stérilités/infertilités	14	0,3%	9	0,2%	15	0,4%
Sexualité	4	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	29	0,6%	41	1,0%	0	0,0%
Total	34.987	100,0%	32.727	100,0%	34.403	100,0%
X. Contraception : détail	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Pilule	5.176	62,8%	4.610	66,3%	5.274	69,8%
Nuvaring	600	7,3%	450	6,5%	469	6,2%
Patch	140	1,7%	125	1,8%	139	1,8%
Préservatif	1.773	21,5%	1.331	19,1%	1.165	15,4%
Injection	383	4,6%	335	4,8%	408	5,4%
Stérilet	93	1,1%	59	0,8%	65	0,9%
Implanon	75	0,9%	46	0,7%	34	0,5%
XI. Contraception d'urgence : détail	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Pilule du lendemain - 72H	1.104	81,8%	866	72,8%	1.024	80,8%
Pilule du lendemain - 120 H	245	18,2%	324	27,2%	243	19,2%

Statistiques médicales 2013 - Luxembourg		2013		2012		2011	
I. Données générales		Nbre	Var.	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts		12.010	38,5%	8.671	-10,0%	9.636	6,6%
Nombre de contacts téléphone		7.757					
Nombre de clients		1.304	6,4%	1.226	-15,9%	1.457	7,3%
Clients nouveaux		640	-22,8%	829	-11,2%	934	2,7%
RDV non observés		914	26,9%	720	-13,6%	833	20,5%
Nombre de consultations		4.925	-10,9%	5.525	-6,9%	5.934	4,6%
II. Nationalités / origines		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg		590	45,2%	412	33,6%	554	38,0%
France		102	7,8%	115	9,4%	129	8,9%
Belgique		35	2,7%	33	2,7%	43	3,0%
Allemagne		19	1,5%	14	1,1%	15	1,0%
Portugal		291	22,3%	283	23,1%	278	19,1%
Cap-Vert		85	6,5%	60	4,9%	58	4,0%
Italie		29	2,2%	43	3,5%	47	3,2%
Pays anglophones		19	1,5%	26	2,1%	37	2,5%
Pays d'Amérique du Sud		31	2,4%	50	4,1%	63	4,3%
Pays de l'Est		52	4,0%	101	8,2%	91	6,2%
Pays africains		19	1,5%	31	2,5%	54	3,7%
Divers		32	2,5%	58	4,7%	88	6,0%
III. Age		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans		196	15,0%	64	5,2%	90	6,2%
16-19		294	22,5%	272	22,2%	345	23,7%
Sous-Total moins de 20 ans		490	37,6%	336	27,4%	435	29,9%
20-24		327	25,1%	276	22,5%	328	22,5%
25-34		302	23,2%	320	26,1%	372	25,5%
35-44		105	8,1%	189	15,4%	205	14,1%
45 et plus		80	6,1%	105	8,6%	117	8,0%
Sous-Total plus de 35 ans		185	14,2%	294	24,0%	322	22,1%
IV. Etat civil		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire		772	59,2%	868	70,8%	1.094	75,1%
Marié(e) ou partenariat		362	27,8%	283	23,1%	290	19,9%
Divorcé(e) ou séparé(e)		159	12,2%	68	5,5%	65	4,5%
Veuf(ve)		11	0,8%	7	0,6%	8	0,5%
V. Enfants		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0		854	65,5%	859	70,1%	1.043	71,6%
1		211	16,2%	163	13,3%	190	13,0%
2		163	12,5%	123	10,0%	138	9,5%
3		49	3,8%	53	4,3%	53	3,6%
4 et plus		27	2,1%	28	2,3%	33	2,3%

VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	819	62,8%	797	65,0%	902	61,9%
Famille	247	18,9%	177	14,4%	236	16,2%
médias	52	4,0%	38	3,1%	58	4,0%
Institutions scolaires	58	4,4%	61	5,0%	68	4,7%
Institutions sociales	14	1,1%	40	3,3%	42	2,9%
Médecins	68	5,2%	87	7,1%	95	6,5%
Interne Planning	44	3,4%	17	1,4%	8	0,5%
Police	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Divers	2	0,2%	9	0,7%	48	3,3%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	4.262	24,2%	2.987	18,4%	3.277	18,9%
Contraception urgence	633	3,6%	537	3,3%	593	3,4%
Tests de grossesse	1.016	5,8%	841	5,2%	852	4,9%
Consultations pour suivi de grossesse	98	0,6%	100	0,6%	93	0,5%
Consultation pour grossesse non désirée	641	3,6%	601	3,7%	626	3,6%
IVG	598	3,4%	605	3,7%	570	3,3%
Informations sexuelles et reproductives	4.083	23,2%	4.097	25,2%	5.423	31,3%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	0	0,0%	600	3,7%	87	0,5%
Dépistage cancéreux (cervical)	1.527	8,7%	1.339	8,2%	1.485	8,6%
Vaccination HPV	64	0,4%	27	0,2%	55	0,3%
Screening HPV	10	0,1%	7	0,0%	22	0,1%
Dépistage Chlamydiae	655	3,7%	606	3,7%	585	3,4%
Dépistage HIV/SIDA	467	2,6%	472	2,9%	48	0,3%
Dépistage autres MST	491	2,8%	478	2,9%	165	1,0%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	886	5,0%	942	5,8%	1.142	6,6%
Programme mammographie	90	0,5%	42	0,3%	37	0,2%
Examens gynécologiques	2.113	12,0%	1.969	12,1%	2.244	13,0%
Echographie	1.659	67,7%	1.755	76,6%	1.690	85,1%
Tests urinaires (interne)	138	5,6%	145	6,3%	110	5,5%
Autres examens	433	17,7%	152	6,6%	79	4,0%
Biopsie	6	0,2%	14	0,6%	24	1,2%
Colposcopie	5	0,2%	18	0,8%	25	1,3%
Consultation ménopause	75	3,1%	72	3,1%	48	2,4%
Consultation masculine	28	1,1%	30	1,3%	0	0,0%
Consultations adolescentes	94	3,8%	87	3,8%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	3	0,1%	1	0,0%	1	0,1%
Stérilités/infertilités	5	0,2%	7	0,3%	10	0,5%
Sexualité	3	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	0	0,0%	9	0,4%	0	0,0%
Total	19.807	100,0%	18.540	100,0%	19.291	100,0%

Statistiques médicales 2013 - Esch	2013		2012		2011	
I. Données générales	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts	5.294	3,4%	5.121	-21,3%	6.511	8,7%
Nombre de contacts téléphone	0					
Nombre de clients	791	-3,5%	820	-5,4%	867	17,6%
Clients nouveaux	343	-10,0%	381	7,3%	355	10,6%
RDV non observés	438	33,5%	328	-15,7%	389	0,5%
Nombre de consultations	1.968	6,6%	1.846	-5,0%	1.943	11,9%
II. Nationalités / origines	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	Var/%
Luxembourg	299	37,8%	309	37,7%	329	37,9%
France	64	8,1%	66	8,0%	51	5,9%
Belgique	18	2,3%	25	3,0%	16	1,8%
Allemagne	1	0,1%	11	1,3%	10	1,2%
Portugal	221	27,9%	242	29,5%	265	30,6%
Cap-Vert	61	7,7%	48	5,9%	71	8,2%
Italie	20	2,5%	26	3,2%	31	3,6%
Pays anglophones	1	0,1%	1	0,1%	1	0,1%
Pays d'Amérique du Sud	36	4,6%	33	4,0%	33	3,8%
Pays de l'Est	20	2,5%	14	1,7%	19	2,2%
Pays africains	23	2,9%	28	3,4%	23	2,7%
Divers	27	3,4%	17	2,1%	18	2,1%
III. Age	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans	51	6,4%	81	9,9%	101	11,6%
16-19	190	24,0%	197	24,0%	234	27,0%
Sous-Total moins de 20 ans	241	30,5%	278	33,9%	335	38,6%
20-24	166	21,0%	180	22,0%	152	17,5%
25-34	161	20,4%	156	19,0%	179	20,6%
35-44	116	14,7%	108	13,2%	97	11,2%
45 et plus	107	13,5%	98	12,0%	104	12,0%
Sous-Total plus de 35 ans	223	28,2%	206	25,1%	201	23,2%
IV. Etat civil	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire	537	67,9%	576	70,2%	598	69,0%
Marié(e) ou partenariat	213	26,9%	103	12,6%	223	25,7%
Divorcé(e) ou séparé(e)	35	4,4%	122	14,9%	44	5,1%
Veuf(ve)	6	0,8%	19	2,3%	2	0,2%
V. Enfants	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0	550	69,5%	576	70,2%	618	71,3%
1	93	11,8%	103	12,6%	95	11,0%
2	85	10,7%	86	10,5%	91	10,5%
3	42	5,3%	36	4,4%	44	5,1%
4 et plus	21	2,7%	19	2,3%	19	2,2%

VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	412	52,1%	483	57,8%	496	56,9%
Famille	203	25,7%	188	22,5%	187	21,5%
médias	6	0,8%	8	1,0%	10	1,1%
Institutions scolaires	73	9,2%	71	8,5%	85	9,8%
Institutions sociales	12	1,5%	20	2,4%	28	3,2%
Médecins	13	1,6%	7	0,8%	15	1,7%
Interne Planning	66	8,3%	39	4,7%	32	3,7%
Police	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%
Divers	6	0,8%	17	2,0%	18	2,1%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	2.414	34,8%	2.458	35,7%	2.943	34,9%
Contraception urgence	475	6,8%	447	6,5%	474	5,6%
Tests de grossesse	662	9,5%	609	8,8%	539	6,4%
Consultations pour suivi de grossesse	9	0,1%	3	0,0%	16	0,2%
Consultation pour grossesse non désirée	13	0,2%	1	0,0%	1	0,0%
IVG	9	0,1%	0	0,0%	1	0,0%
Informations sexuelles et reproductives	861	12,4%	1.113	16,2%	2.082	24,7%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	12	0,2%	30	0,4%	49	0,6%
Dépistage cancéreux (cervical)	756	10,9%	565	8,2%	596	7,1%
Vaccination HPV	22	0,3%	20	0,3%	37	0,4%
Screening HPV	27	0,4%	3	0,0%	13	0,2%
Dépistage Chlamydiae	69	1,0%	47	0,7%	85	1,0%
Dépistage HIV/SIDA	35	0,5%	38	0,6%	25	0,3%
Dépistage autres MST	251	3,6%	339	4,9%	337	4,0%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	317	4,6%	238	3,5%	290	3,4%
Programme mammographie	33	0,5%	25	0,4%	23	0,3%
Examens gynécologiques	978	14,1%	946	13,7%	931	11,0%
Echographie	329	19,8%	309	26,0%	287	26,1%
Tests urinaires (interne)	151	9,1%	127	10,7%	108	9,8%
Autres examens	538	32,4%	719	60,4%	700	63,6%
Biopsie	3	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Colposcopie	7	0,4%	3	0,3%	1	0,1%
Consultation ménopause	10	0,6%	8	0,7%	3	0,3%
Consultation masculine	2	0,1%	5	0,4%	0	0,0%
Consultations adolescentes	599	36,1%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Stérilités/infertilités	3	0,2%	1	0,1%	2	0,2%
Sexualité	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	18	1,1%	18	1,5%	0	0,0%
Total	7.996	100,0%	8.072	100,0%	9.543	100,0%

Statistiques médicales 2013 - Ettelbrück		2013		2012		2011	
I. Données générales		Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts		3.426	-0,6%	3.448	10,2%	3.129	8,1%
Nombre de contacts téléphone		0					
Nombre de clients		670	-5,6%	710	2,7%	691	3,4%
Clients nouveaux		243	-12,9%	279	3,3%	270	6,7%
RDV non observés		287	23,7%	232	7,9%	215	12,6%
Nombre de consultations		1.120	-0,7%	1.128	-3,3%	1.166	7,2%
II. Nationalités / origines		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	Var/%
Luxembourg		384	57,3%	398	56,1%	420	60,8%
France		17	2,5%	16	2,3%	15	2,2%
Belgique		7	1,0%	12	1,7%	11	1,6%
Allemagne		4	0,6%	6	0,8%	2	0,3%
Portugal		169	25,2%	181	25,5%	158	22,9%
Cap-Vert		41	6,1%	35	4,9%	32	4,6%
Italie		10	1,5%	11	1,5%	13	1,9%
Pays anglophones		1	0,1%	2	0,3%	0	0,0%
Pays d'Amérique du Sud		6	0,9%	6	0,8%	6	0,9%
Pays de l'Est		15	2,2%	20	2,8%	13	1,9%
Pays africains		5	0,7%	6	0,8%	8	1,2%
Divers		11	1,6%	17	2,4%	13	1,9%
III. Age		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans		62	9,3%	77	10,8%	53	7,7%
16-19		194	29,0%	227	32,0%	207	30,0%
Sous-Total moins de 20 ans		256	38,2%	304	42,8%	260	37,6%
20-24		190	28,4%	179	25,2%	187	27,1%
25-34		111	16,6%	110	15,5%	119	17,2%
35-44		67	10,0%	62	8,7%	64	9,3%
45 et plus		46	6,9%	55	7,7%	61	8,8%
Sous-Total plus de 35 ans		113	16,9%	117	16,5%	125	18,1%
IV. Etat civil		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire		491	73,3%	527	74,2%	502	72,6%
Marié(e) ou partenariat		135	20,1%	152	21,4%	147	21,3%
Divorcé(e) ou séparé(e)		40	6,0%	25	3,5%	35	5,1%
Veuf(ve)		4	0,6%	6	0,8%	7	1,0%
V. Enfants		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0		519	77,5%	556	78,3%	533	77,1%
1		59	8,8%	77	10,8%	72	10,4%
2		58	8,7%	45	6,3%	47	6,8%
3		28	4,2%	26	3,7%	31	4,5%
4 et plus		6	0,9%	6	0,8%	8	1,2%

VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	308	46,0%	338	46,7%	296	42,0%
Famille	174	26,0%	188	26,0%	189	26,8%
médias	14	2,1%	15	2,1%	19	2,7%
Institutions scolaires	100	14,9%	94	13,0%	99	14,1%
Institutions sociales	24	3,6%	33	4,6%	30	4,3%
Médecins	19	2,8%	21	2,9%	27	3,8%
Interne Planning	26	3,9%	18	2,5%	31	4,4%
Police	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Divers	5	0,7%	17	2,3%	13	1,8%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	1.564	27,4%	1.511	26,7%	1.334	26,1%
Contraception urgence	241	4,2%	206	3,6%	200	3,9%
Tests de grossesse	324	5,7%	315	5,6%	230	4,5%
Consultations pour suivi de grossesse	5	0,1%	6	0,1%	11	0,2%
Consultation pour grossesse non désirée	53	0,9%	56	1,0%	57	1,1%
IVG	12	0,2%	4	0,1%	12	0,2%
Informations sexuelles et reproductives	2.105	36,8%	2.145	37,9%	1.864	36,5%
Autres informations (toutes les références externes ou informations données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	154	2,7%	142	2,5%	142	2,8%
Dépistage cancéreux (cervical)	456	8,0%	479	8,5%	465	9,1%
Vaccination HPV	28	0,5%	26	0,5%	26	0,5%
Screening HPV	1	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
Dépistage Chlamydiae	19	0,3%	28	0,5%	23	0,5%
Dépistage HIV/SIDA	13	0,2%	19	0,3%	11	0,2%
Dépistage autres MST	22	0,4%	25	0,4%	21	0,4%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	150	2,6%	133	2,3%	161	3,2%
Programme mammographie	6	0,1%	13	0,2%	12	0,2%
Examens gynécologiques	562	9,8%	554	9,8%	535	10,5%
Echographie	118	18,6%	128	28,3%	133	28,7%
Tests urinaires (interne)	24	3,8%	7	1,5%	9	1,9%
Autres examens	315	49,7%	292	64,5%	302	65,2%
Biopsie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Colposcopie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultation ménopause	6	0,9%	11	2,4%	15	3,2%
Consultation masculine	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consultations adolescentes	153	24,1%	0	0,0%	0	0,0%
Viols / abus sexuels	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
Stérilités/infertilités	6	0,9%	1	0,2%	3	0,6%
Sexualité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	11	1,7%	14	3,1%	0	0,0%
Total	6.196	100,0%	6.115	100,0%	5.569	100,0%

5. Le conseil pré- et post-IVG

mon corps
ma vie
mes choix

Le thème de l'IVG a été longtemps un domaine sensible voire tabou au Luxembourg obligeant les femmes voulant recourir à un avortement à trouver une alternative pour celles n'ayant pas un contact privilégié avec leur gynécologue, vers d'autres structures existantes dans les pays limitrophes, ce qui était d'ailleurs dénommé le « tourisme abortif ».

Situation extrêmement frustrante pour l'ensemble de l'équipe du planning qui ne pouvait accompagner ces femmes généralement en détresse, ni d'un point de vue médical ni psychologique, avec en plus, un renforcement du sentiment de culpabilité souvent latent du côté de la patiente. « Si je ne peux le faire ici, c'est que je fais quelque chose de grave, d'illégal. Je dois faire cela en cachette, c'est que je suis une mauvaise personne... » Heureusement depuis 2009 et de manière encore mieux encadrée aujourd'hui, la situation légale s'est améliorée et nous disposons de nouveaux locaux spacieux et spécifiquement aménagés ainsi que des moyens humains pour pouvoir offrir un service de qualité tant au niveau médical, psychologique et social respectant ainsi, enfin, un des droits humains fondamentaux liés à la sexualité, notamment celui de choisir librement et de manière responsable quand et combien, avec qui avoir des enfants ou ne pas en avoir et disposer des informations, conseils et moyens adéquats pour le faire. Ce qui va dans le sens de notre objectif premier à savoir la prise en charge des femmes (et de tout être humain bien évidemment) en difficulté et le respect de leur choix.

Depuis mai 2013, une équipe de 3 personnes de profils différents mais complémentaires s'est formée. Dans le cadre de la nouvelle loi, le Ministère de la Famille a octroyé un poste de 40 heures. Il est occupé à raison de 20 heures par Madame Patricia Keller-Glod, infirmière spécialisée en prévention des risques et chargée d'éducation sexuelle et affective, 10 heures à Madame Gisèle Schintgen, conseillère conjugale et familiale et 10 heures à moi-même en tant que psychologue-sexologue.

Notre tâche première est, bien sûr, centrée sur la réalisation de l'entretien pré-IVG obligatoire actuellement dans le protocole IVG, entretien psycho-social qui permet à la femme d'avoir les informations sociales, légales et juridiques pour l'aider à faire le choix le plus judicieux pour elle-même et créer un espace de parole, de réflexion et d'écoute par rapport à sa décision (dans le cas de la femme mineure, un représentant légal ou un adulte de confiance sera requis).

Il est important que cette obligation de l'entretien pré-IVG ne donne à la femme le sentiment qu'elle n'a pas le droit de recourir à l'avortement sans devoir faire face à un deuxième professionnel qu'elle risque de vivre comme une sorte de juge extérieur pouvant interférer dans sa décision. Notre rôle est d'ouvrir cet espace de parole sans renforcer les sentiments de culpabilité ou de honte parfois prégnants et sans créer de contrainte angoissante d'apporter de « justifications valables » à cette grossesse non désirée.

Pour certaines, cet entretien est une simple formalité à accomplir dans le cadre du protocole IVG, pour d'autres, la décision est claire mais elles ressentent le besoin d'exprimer leurs émotions et sentiments face à cette situation, pour d'autres encore, le choix est difficile et amène un véritable questionnement en profondeur qui nécessite du temps et une réelle écoute.

Un exemple parmi d'autres, une femme, 35 ans, vient en entretien pré-IVG souhaitant clarifier ce qu'elle ressent. Elle est enceinte à un stade précoce et pourra donc recourir à l'IVG médicamenteuse. Le père de l'enfant est une relation temporaire, sans réel avenir, et il lui a fait comprendre qu'il n'envisageait pas de devenir père à l'heure actuelle. Pour cette femme, ce n'est pas le problème. Elle me fait part d'un premier avortement vécu il y a 3 ans alors qu'elle était avec un compagnon stable mais qu'elle ne se sentait pas prête à élever un enfant. A-t-elle le droit aujourd'hui d'avorter à nouveau ? Elle se sent coupable, honteuse, comme si avorter une deuxième fois était inacceptable tout en ne souhaitant pas, malgré un désir existant d'avoir un enfant, de l'élever seule, d'en assumer la totale responsabilité. Il est important que Liliane puisse libérer cette parole, ses ambivalences pour prendre la décision la plus adéquate pour elle. Elle choisira l'IVG et reviendra en entretien post-IVG pour me faire part de son soulagement et de son désir d'avoir un jour un enfant dans des conditions meilleures et en partenariat avec un compagnon fiable et aimant.

En récapitulatif, il est important que l'entretien pré-IVG soit avant tout une porte ouverte, une opportunité de dialogue, en plus des informations objectives à prodiguer, qui n'oriente ni ne dirige dans une direction ou l'autre et qui permet de laisser venir ce que la femme souhaite en dernière instance.

Il est nécessaire également que les professionnels impliqués soient conscients de ce qu'ils ressentent, de ce qui les traversent et aient la possibilité de travailler en intervision des situations vécues afin d'empêcher les contre-transferts négatifs, souvent inconscients, pouvant interférer voire même déstabiliser la décision de la femme. Notre rôle est d'aider à appréhender et comprendre les raisons de difficultés de choix, faire face sans jugement à des IVG successives, aider la personne à trouver des pistes de sens éventuels à cette grossesse imprévue, cela tant pour la femme, le partenaire que pour le couple ou la famille.

Il peut être structurant d'inscrire mentalement l'IVG, d'avoir pu en parler dans différentes directions, pour qu'il soit à sa place et qu'il ne ressurgisse pas inopinément voire symptomatiquement par la suite à l'insu de la personne. Dans certaines situations rencontrées, l'entretien pré-IVG permet à la femme de décider de garder cette grossesse parfois vécue dans un contexte précaire et difficile et notre rôle est de la soutenir dans son choix tant d'un point de vue médical que social, relationnel et psychologique malgré dans certaines situations le refus voire le rejet du partenaire ou de la famille.

Ainsi le cas de Matilda, 29 ans et déjà maman de 2 très jeunes enfants qui voulait garder l'enfant malgré l'hostilité de son mari et des difficultés financières. Matilda a finalement respecté sa décision à elle, ce qui a nécessité un travail de couple pour permettre au partenaire de lever ses résistances et d'accompagner sa compagne dans son désir de ne pas recourir à une IVG.

Un deuxième aspect de notre travail se focalise sur les entretiens post-IVG non obligatoires et laissés au libre choix de chacune et qui le plus souvent, ne seront pas nécessaires si le suivi de la femme dans sa totalité, dans le ressenti objectif et subjectif de l'avortement, a été mis en place professionnellement à la fois lors du premier accueil fondamental accompli par l'ensemble du secrétariat, par le souci et la prise en charge objective de l'infirmière des peurs et douleurs durant l'intervention, par les différents entretiens médicaux et psycho-sociaux ainsi que par l'importance de l'ESA pour un travail d'information et de sensibilisation, tout cela aboutissant à une évolution positive d'un accompagnement global, efficace et humain. D'où l'importance de mettre l'accent à travers toute cette présentation, de l'aspect transdisciplinaire de notre travail d'équipe au Planning Familial où chaque personne présente à un moment de ce protocole IVG a un rôle décisif à jouer, créant un cadre rassurant, réconfortant déterminant dans la manière dont une femme va vivre l'avortement tant physiquement, relationnellement et psychologiquement.

Il ne s'agit nullement de banaliser l'avortement mais il est également fondamental de souligner que, comme tout épisode de vie, il s'agit de faire face de façon constructive à un choix que toute femme a le droit de poser et de la soutenir dans ce choix en évitant l'enfermement dans les pièges de la culpabilité et de la honte.

Un troisième aspect de notre travail qui s'avère parfois nécessaire dans certaines situations spécifiques concerne la prise en charge psychologique de femmes exprimant certaines difficultés que ce soit suite à l'intervention ou au contraire en lien avec des problématiques antérieures ou nouvelles.

Les études les plus valables qualitativement réfutent la thèse selon laquelle l'avortement provoque des séquelles psychologiques systématiques. Les femmes qui ont avorté ne se distinguent pas quant à leur bien-être psychologique des femmes qui ont mené à terme une grossesse non planifiée voire de la population féminine en général (American Psychological Association - recensement de 220 études scientifiques).

Le prédicteur le plus fiable de problèmes psychologiques après un avortement est un antécédent de difficultés ou traumas avant l'intervention et un accompagnement négatif ou insuffisant lors de l'IVG ! Ces femmes n'ont pu s'exprimer, n'ont pu être ni entendues ni respectées, qu'il s'agisse de professionnels ou de l'entourage qui ont, consciemment ou inconsciemment, dirigé une femme fragile, insécurisée, ambivalente dans une direction qui n'était pas son libre choix...et cela dans le souhait d'avorter ou au contraire de maintenir cette grossesse.

Tel l'exemple de Manon, 45 ans, enceinte il y a 2 ans et qui s'est retrouvée selon ses propres mots forcée de garder l'enfant sous des pressions diverses venant de son médecin et surtout de son mari, homme violent moralement, prêt à tout pour la garder sous sa coupe. Manon a finalement accouché d'une petite fille pour laquelle elle n'a jamais pu développer le moindre sentiment maternel, symbole innocent de son incapacité à s'affirmer vis-à-vis de son mari et de l'emprise sur elle qui perdure. Or, cette femme avait déjà 2 autres enfants qui avaient été désirés et avec qui un contact aimant et maternant avait pu se mettre en place. Depuis la venue de sa petite fille, Manon se retrouve en forte dépression et en démission de son statut de mère.

Nous avons également différentes situations cliniques de femmes dans des conditions de vie extrêmement précaires à tout point de vue et que nous devons continuer à aider tant sur le plan social que psychologique après l'avortement. Hélas, ces situations de grande précarité sont en hausse constante et face à une détresse où se mêlent difficultés financières, psychologiques, solitude familiale...la grossesse imprévue se vivant parfois suite à un viol et dès lors, le trauma se révèle profond et lourd à porter nécessitant un suivi à long terme, indépendamment du choix et du déroulement de l'IVG.

Dans ce cadre, l'entretien pré-IVG constitue une parole qui fait sens et qui peut permettre d'aborder des difficultés d'ordre personnel, relationnel ou familial, de la violence domestique, un trauma ou abus sexuel antérieur où notre travail d'équipe va faciliter cette communication, cette passerelle possible vers un travail psychologique plus suivi mais qui relève d'une autre dimension.

Pour terminer, notre équipe a également depuis mai 2013, effectué une formation aux entretiens pré-IVG, formation organisée et prestée par le Planning Familial à destination de personnes pouvant devoir accomplir ce type d'entretiens, principalement des assistants sociaux. Les objectifs de la formation étaient la sensibilisation et le travail de réflexion autour de l'IVG, la compréhension de la spécificité liée aux entretiens pré-IVG ainsi que le questionnement personnel à partir de jeux de rôle centrés sur des situations cliniques complexes permettant la prise de conscience de ses propres résistances ou projections éventuelles, en insistant sur la clause de confidentialité inhérente à ce type de formation.

Deux autres matinées de supervision au sein du Planning ont également été organisées à la demande des personnes concernées afin d'aborder des cas concrets rencontrés dans leur pratique et qui avaient soulevé questions voire difficultés d'approche.

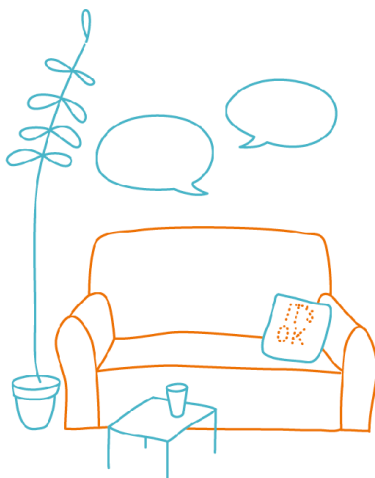
En conclusion, dans le domaine de l'IVG, il est clair aujourd'hui que le Planning Familial joue un rôle central et prépondérant ayant mis en place une structure globale qui nous permet de répondre aux femmes souhaitant interrompre leur grossesse, se posant des questions, se sentant dans un dilemme ou n'osant pas affirmer leur choix dans un sens ou dans l'autre.

Nous sommes là pour les accueillir à chaque étape de ce processus grâce à des locaux adaptés et à une équipe transdisciplinaire qui va recevoir cette femme dans son intégrité physique et psychique, en la respectant et en l'accompagnant du mieux qu'elle peut. Cette équipe transdisciplinaire se remet régulièrement en question et travaille autant que possible en réseau, de l'intérieur comme de l'extérieur, afin de venir en aide aux personnes les plus démunies et hélas bien souvent en détresse.

Anne-Marie Antoine

358 entretiens pré-IVG ont été prestés depuis mai 2013.

6. Les activités psychologiques



6.1. Rapport de l'équipe

Venir en consultation chez un psychologue ou un sexologue, est-ce là une démarche si facile ? Elle est pourtant de plus en plus fréquente. Aujourd'hui bon nombre de personnes, hommes ou femmes, jeunes ou plus âgés, effectuent ce type de consultation suite à différentes difficultés pouvant surgir dans une vie individuelle et relationnelle jalonnée d'événements et de crise multiples.

La vie n'est pas un processus linéaire, sans bosses ni fosses mais elle est au contraire parsemée de petits cailloux divers que nous essayons d'assumer du mieux que nous pouvons. Il s'agit d'un aspect tout à fait normal en lien avec notre bien-être physique, personnel, relationnel, affectif et sexuel.

Notre travail en tant que psychologue et sexologue est donc orienté dans la prise en charge de multiples problèmes, pour les adultes seuls ou en couple, les étudiants et jeunes adultes, les adolescents généralement à partir de 14 ans et les familles, cela sous forme d'entretiens individuel, de couple ou familial, entre parents et enfants, adolescents, en travail de groupe, de durée et de rythme variable en fonction de la demande et de la disponibilité, et bien sûr en toute confidentialité.

Les problèmes rencontrés et non exhaustifs dans cette présentation sont bien souvent :

- Problèmes personnels et relationnels divers tels que conflits de grossesse, questionnement quant au fait d'être père ou mère, solitude, expériences d'échec dans tous les domaines de la vie, difficultés au sein du couple, de la famille, dépression, crise en relation avec une étape de vie, ménopause et andropause,
- Ensemble des problèmes sexuels tant chez l'homme (éjaculation précoce, difficultés érectiles, absence de désir, angoisse de la performance...) que chez la femme (anorgasmie, troubles du désir, inhibitions sexuelles), questionnement sur l'orientation sexuelle, sur la normativité, sur la procréation médicalement assistée, sur les nouvelles parentalités...
- Egalement le volet extrêmement important des problèmes de violence et d'agression : abus sexuels, discriminations, viols, violence physique et morale au sein du couple et de la famille, harcèlement sexuel, mariages forcés, mutilations sexuelles, prostitution, comportements sexuels imposés....

Comme souligné, les problèmes rencontrés sont divers et lors d'une première rencontre, la personne peut nous faire part d'une difficulté bien spécifique ou au contraire élargir son ressenti à des aspects plus profonds qui ont parfois été mis de côté. Notre rôle est de rester souple et ouvert quant à leur demande et de respecter leurs attentes et souhaits, de les soutenir et de les accompagner afin de les aider à mobiliser par différentes interventions leurs propres ressources.

Dans ce domaine, comme dans toute relation incluant de l'humain d'ailleurs, il est important qu'à la fois le patient et le psychologue se sentent « à l'aise » pour travailler de façon constructive dans le type de prise en charge envisagé et le cas échéant, d'effectuer une remise en question.

Notre équipe de psychologues constituée d'Ingrid Konrad, d'Andréa Lehnart, de Danièle Maraite, d'Helmut Gehle et de moi-même travaille de façon concomitante avec différentes approches telles que l'approche cognitivo-comportementale, la systémique, la psycho-sexologie, l'hypnose, l'EMDR, l'approche psychanalytique, la Gestalt-thérapie, la trauma-thérapie, la sexothérapie... Dès lors, pour la personne qui vient en consultation, il s'agit de trouver la meilleure adéquation entre le problème présenté, l'approche proposée et le ressenti transférentiel et contre-transférentiel lors de la séance. De plus, le problème présenté peut s'avérer plus complexe dans le cheminement des rencontres et nécessiter l'utilisation de nouvelles approches et techniques d'aide.

A travers cette ébauche générale de notre travail, il est facile de constater l'importance dans beaucoup de situations rencontrées de l'intersection entre le psychologique et le sexologique, ce qui conduit à notre spécificité et notre originalité dans le cadre de notre équipe au Planning Familial qui se veut pluridisciplinaire, transdisciplinaire pour une meilleure approche de la complexité de l'être humain dans une circularité systémique incluant les différentes dimensions de l'existence sans les « saucissonner » mais au contraire en tentant de les réunifier. Bon nombre de personnes, hommes ou femmes, nous expriment leur satisfaction d'avoir pu trouver un lieu de parole possible quant à leurs interrogations sexuelles multiples, ne sachant souvent pas, préalablement, où s'adresser voire n'osant aborder ces questions avec leur médecin ou un autre professionnel de la relation d'aide. Le domaine reste bien souvent tabou !

La sexologie, « science » relativement jeune, qui d'une approche strictement médicale axée sur la biologie, le fonctionnement sexuel mécanique, l'étude des « perversions » s'est progressivement élargie à des domaines aussi vastes que la psychologie, la sociologie, la criminologie, l'épidémiologie, l'anthropologie, l'histoire et les neurosciences.

La sexologie se préoccupe de plus en plus de santé sexuelle au sens de la définition globale de l'OMS, d'épanouissement sexuel et d'érotisme à tous les âges et cycles de la vie et pour tout individu.

Il ne s'agit pas de cumuler un maximum de données appartenant à des disciplines diverses pour le plaisir mais de réfléchir sur l'ensemble des informations recueillies afin de mieux appréhender le comportement sexuel. Par exemple, aujourd'hui, nous parlerons généralement plus de variations sexuelles que de perversions sexuelles.

Dans cette optique, les approches intégratives de la psycho-sexologie sont à privilégier en fonction du type de difficulté rencontrée mais également de la demande exprimée par la personne, ce qui peut bien sûr, constituer un parcours évolutif dans la démarche effectuée.

Ainsi, un patient peut venir à nous avec la difficulté apparente d'un manque de désir sexuel, difficulté d'un premier abord clair mais qui peut avoir son origine dans des dimensions aussi différentes qu'un burn-out au travail, une dépression masquée, un questionnement de son identité sexuelle, un problème médical non traité...ou tout simplement un conflit conjugal. Dire « tout simplement » ne signifie aucunement la résolution simpliste du problème, loin de là !

De nombreux psychologues se sont formés à la sexologie et de nombreux médecins-sexologues ont pris en compte la dimension psychologique afin de tenter d'intégrer les courants sexologiques ayant fait leurs preuves préalablement dans l'abord des dysfonctions sexuelles classiques en les combinant avec les apports de la sexoanalyse basée sur le psychisme et les découvertes de la psychologie moderne centrées sur la compréhension des difficultés sexuelles et conjugales au sens large en suggérant des modifications de comportement mais surtout en modifiant les attitudes et perceptions des personnes par le renforcement de leurs ressources, de leurs spécificités.

On le sait, la sexologie, c'est le discours sur le sexe et la psychologie, le discours sur l'âme. Pour la psycho-sexologie, la dimension sexe représente la nature (la biologie, les instincts, la génétique...) et l'âme représente la culture (l'éducation, les apprentissages, les conditionnements, les normes sociales et culturelles...).

Pour reprendre Yvon Dallaire et Iv Psalti, « L'être humain est un animal (nature) conscient de son corps (sensations - sexe), conscient de son cœur (émotion – relation) et conscient de sa tête (conscient d'être conscient – sentiments) ».

Nous observons ainsi la richesse de la sexualité humaine où je dirais de plus, l'inconscient vient jouer et interférer sur ces 3 aspects rendant les choses encore plus complexes d'autant plus que dans ce panel vient s'ajouter la

dimension de l'autre qu'il soit réel ou fantasmé, présent ou absent et donc, nous tentons de tenir compte des points de vue de la femme, de l'homme, du couple co-responsables de chacune de ces entités.

La sexualité n'est pas juste un inné naturel mais sa construction épanouie est un mécanisme évolutif et multidimensionnel comme notre approche doit l'être de ce genre de difficultés. En plus des techniques de base de la sexologie, telles que les exercices de sensate focus, la rééducation périnéale, la réactivation du désir sexuel par le fantasme et la masturbation, les techniques de lâcher prise par la respiration, la relaxation, le travail sur le monologue intérieur et l'atténuation de l'anxiété de performance et de l'anticipation de l'échec...également l'utilisation des possibilités actuelles des progrès de la médecine pour permettre une meilleure vie sexuelle tant pour l'homme que pour la femme, il est important de tenir compte de la découverte et de la compréhension du vécu subjectif de la sexualité en intégrant une dimension psychoaffective et systémique liée à l'histoire individuelle, à l'identité de la personne, à sa dimension relationnelle et familiale...

Par exemple, une jeune femme souffrant de vaginisme c'est-à-dire l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles complètes et se trouvant dans une relation de couple positive peut envisager une sexothérapie d'orientation cognitivo-comportementale avec, de plus, des outils systémiques qui peuvent lever en quelques séances la difficulté présentée mais au détour de ces séances peut apparaître un problème relationnel larvé(conflit refoulé) voire une difficulté masquée du côté du partenaire (peur et incapacité à la pénétration) ou également la levée d'un trauma ou abus sexuel latent chez la patiente entraînant diverses inhibitions sexuelles plus profondes. Notre travail nous demande dès lors, une grande capacité d'adaptation, d'ouverture, de concentration et de flexibilité pour « coller » au mieux aux attentes des personnes rencontrées et il ne s'agit nullement d'un protocole figé et répétitif.

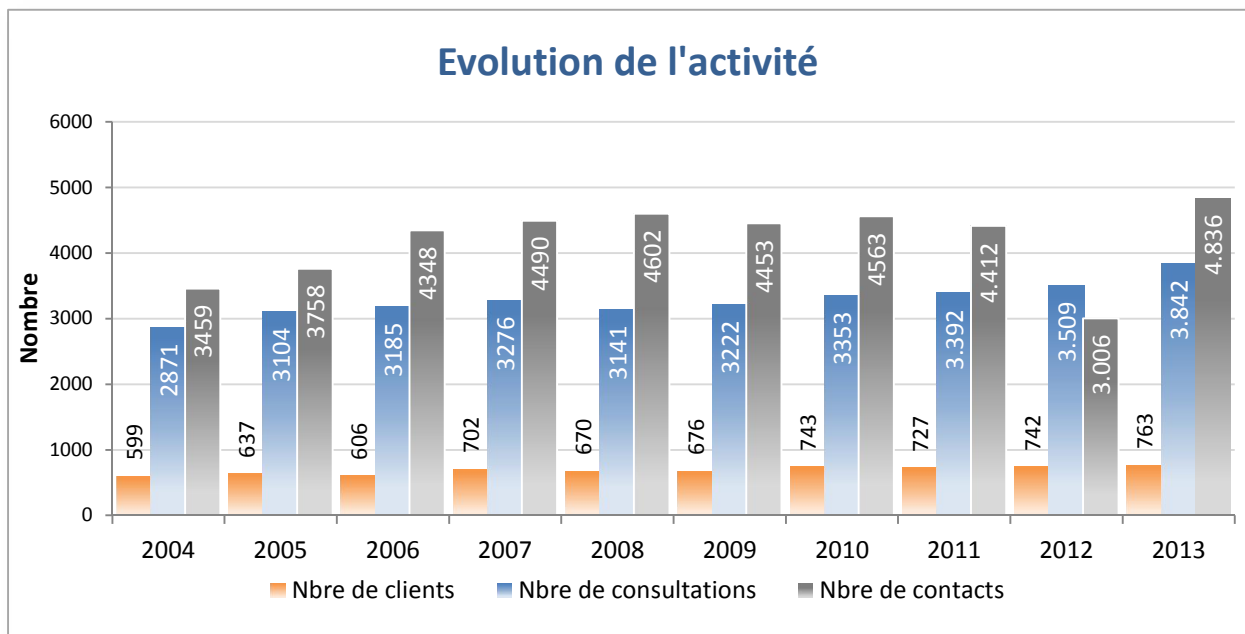
La sexothérapie de la difficulté sexuelle ne peut pas se limiter à un « simple problème de souffrance ou d'insuffisance », elle questionne également l'identité toute entière de l'individu, ses besoins narcissiques de réassurance, de masculinité ou de féminité, aux conflits intrapsychiques et leurs conséquences, sur les relations dans leur ensemble, au ressenti des sensations corporelles. Elle doit prendre en compte le symbolisme corporel, les fantasmes sexuels conscients ou inconscients, leur organisation dans l'expérience concrète de la vie sexuelle et leur retentissement sur le comportement du sujet dans tous les plans de son existence.

Mission bien étendue et qui, on le constate, doit mobiliser l'ensemble des disciplines et intervenants à l'œuvre au sein du Planning Familial ainsi que la création d'un réseau ouvert sur l'extérieur permettant la mise en place de collaborations porteuses d'aide mais également de sensibilisation et d'ouverture dans ce domaine qui reste encore imprégné de préjugés, d'idées reçues, d'intolérance et de peurs diverses.

Anne-Marie Antoine

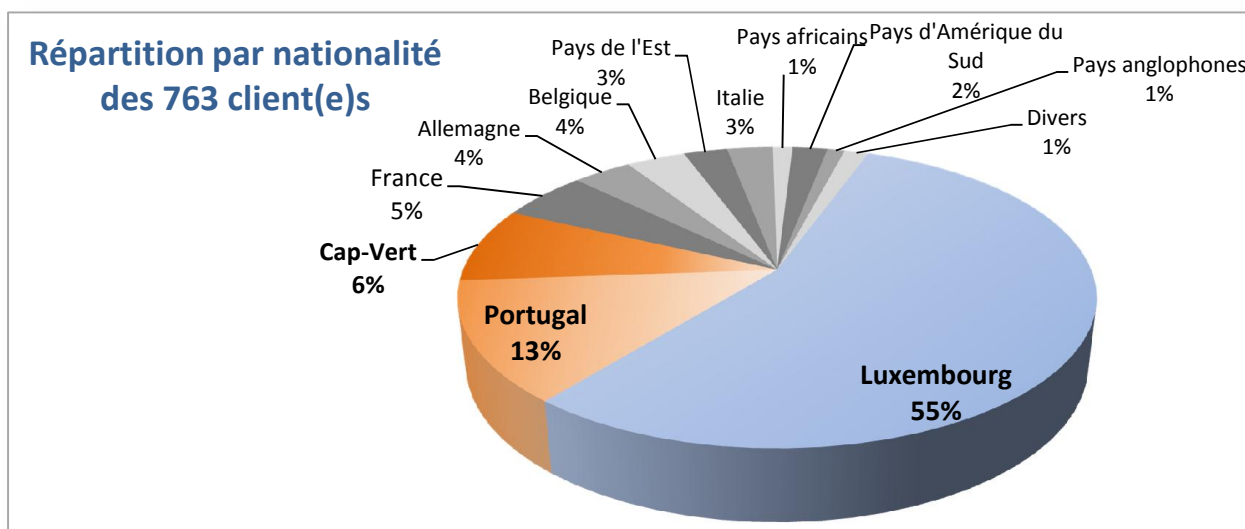
6.2. Le volume d'activité

Nous sommes 5 psychologues, dont 2 travaillant à 75% et 3 à mi-temps à avoir reçu en consultations **763 client(e)s**, dont **436 nouveaux/elles** client(e)s. Nous avons presté **3.842 consultations (+10%)** dans nos trois centres, Esch/Alzette, Ettelbruck et Luxembourg. Depuis 2004, et sous le nombre et la pression de situations de plus en plus difficiles, les consultations ont augmenté de **34%** avec les mêmes ressources humaines. Les limites sont atteintes. Le temps d'intervention, de supervision et de formation doit être préservé.



6.3. Les client(e)s du Planning Familial

La majorité de notre population est constituée de femmes (70%). 92 personnes ont consulté en couple. La précarité de vie de certain(e)s d'entre elles/eux est choquante. Il est toujours alarmant 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 guère eu de 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; 21% sont lusophones (portugais et cap-verdiens), 5% français, 4% allemands, 4% 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...

44% d'entre eux/elles viennent sur recommandation d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e).

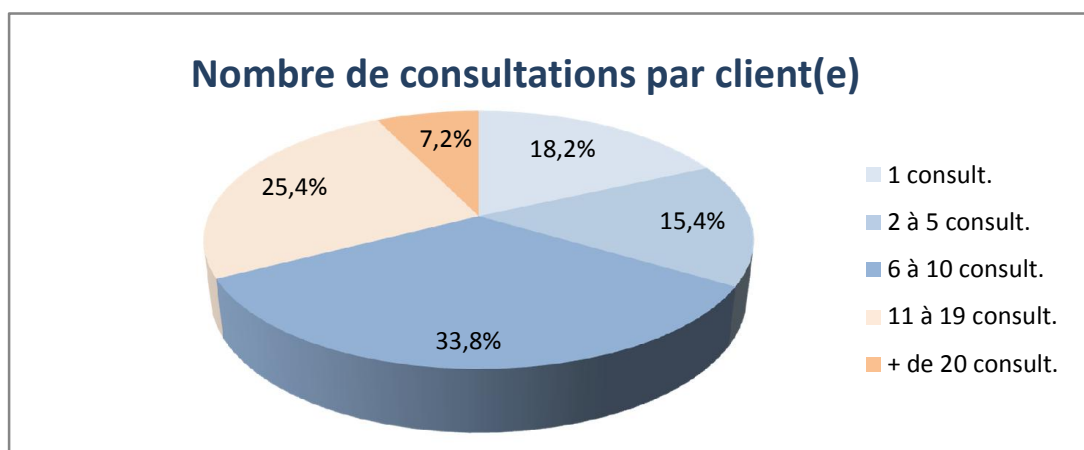
12% sont transféré(e)s par notre équipe médicale. Ceci montre la complémentarité des services offerts, la transversalité au sein de l'équipe et le caractère un peu unique du Planning Familial.

31% des client(e)s nous sont adressé(e)s par les institutions scolaires, sociales ou les médecins.

76% de nos client(e)s ont plus de 25 ans, pourcentage qui est resté relativement stable au cours des années.

6.4. Les consultations

Le taux de « renouvellement » des client(e)s est de 57% ce qui est un bon indice au niveau de la durée moyenne des thérapies ; 77% des thérapies ont eu une durée inférieure ou égale à 10 séances. Cependant, 7% 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	2013	2012	2011	2010
Problèmes relationnels	31%	26%	29%	28%
Dépressions	19%	17%	21%	18%
Violence sexuelle	5%	7%	6%	9%
Troubles sexuels	6%	7%	8%	10%
Sous-total problèmes	12%	14%	14%	19%
Angoisses, panique	8%	6%	8%	7%
Problèmes psychosomatiques	4%	4%	4%	4%
Troubles de la personnalité	3%	4%	0%	
Traumatisme(s)	5%	4%	7%	4%
Conseil pré-post IVG	3%	3%	2%	4%
Mobbing	3%	3%	1%	1%
Problèmes d'éducation	5%	3%	4%	4%
Troubles alimentaires	1%	1%	1%	2%
Trans-sexualité	1%	1%	0%	
Divers	7%	15%	8%	10%
Total	100%	100%	100%	100%

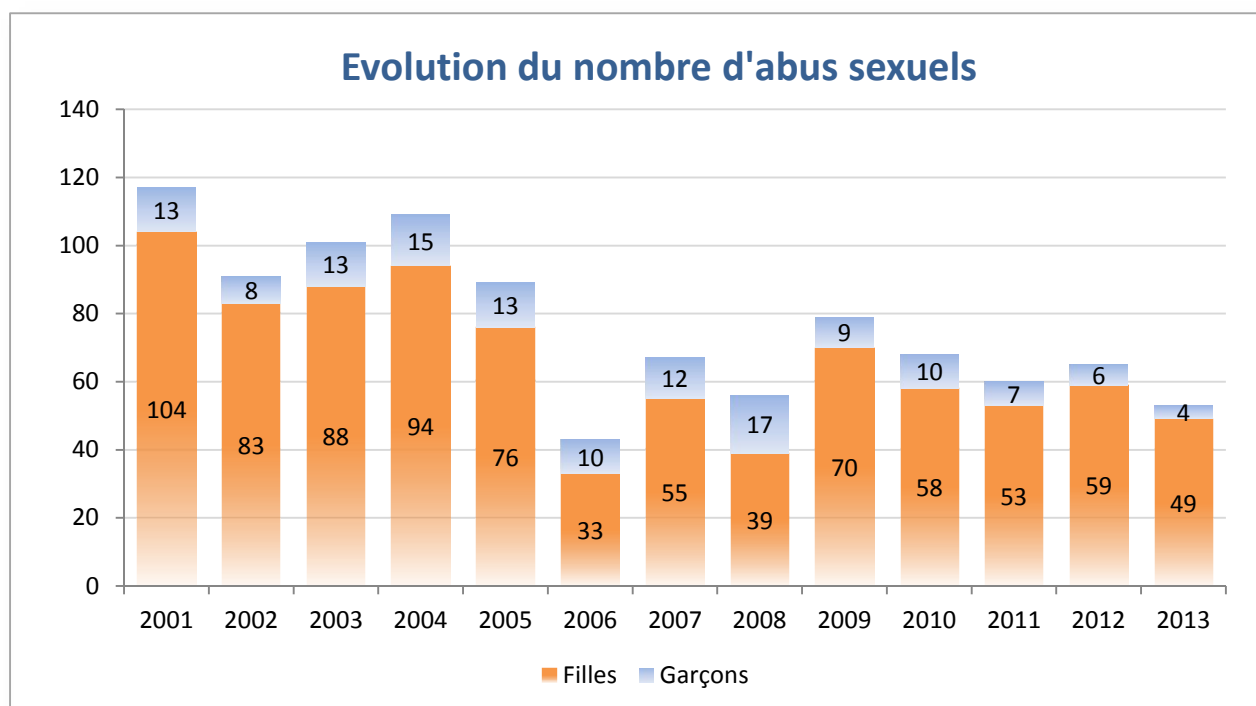
Les conseils pré-post IVG recensés dans les activités psychologiques renvoient à la période où la consultation psycho-sociale au sens de la loi n'était pas encore en place au sein du Planning et l'équipe pas constituée. Ces consultations ont donc été assurées par l'ensemble de l'équipe des psychologues.

Enfin, 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'intervision au sein de l'équipe sont indispensables pour pouvoir continuer à apporter à nos client(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.

6.5. 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 2013, nous avons à nouveau été confrontés à cette problématique lourde de conséquences pour les victimes et leur entourage : 53 personnes ont bénéficié de notre soutien, dont 49 de sexe féminin et 4 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 92%.



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.

15% des personnes ont porté plainte, soit 8. C'est moins que les années précédentes. Il est même arrivé qu'aucune personne victime d'abus ne porte plainte certaines années (2004 et 2005). C'est une action que l'on encourage mais qu'on ne peut jamais forcer.

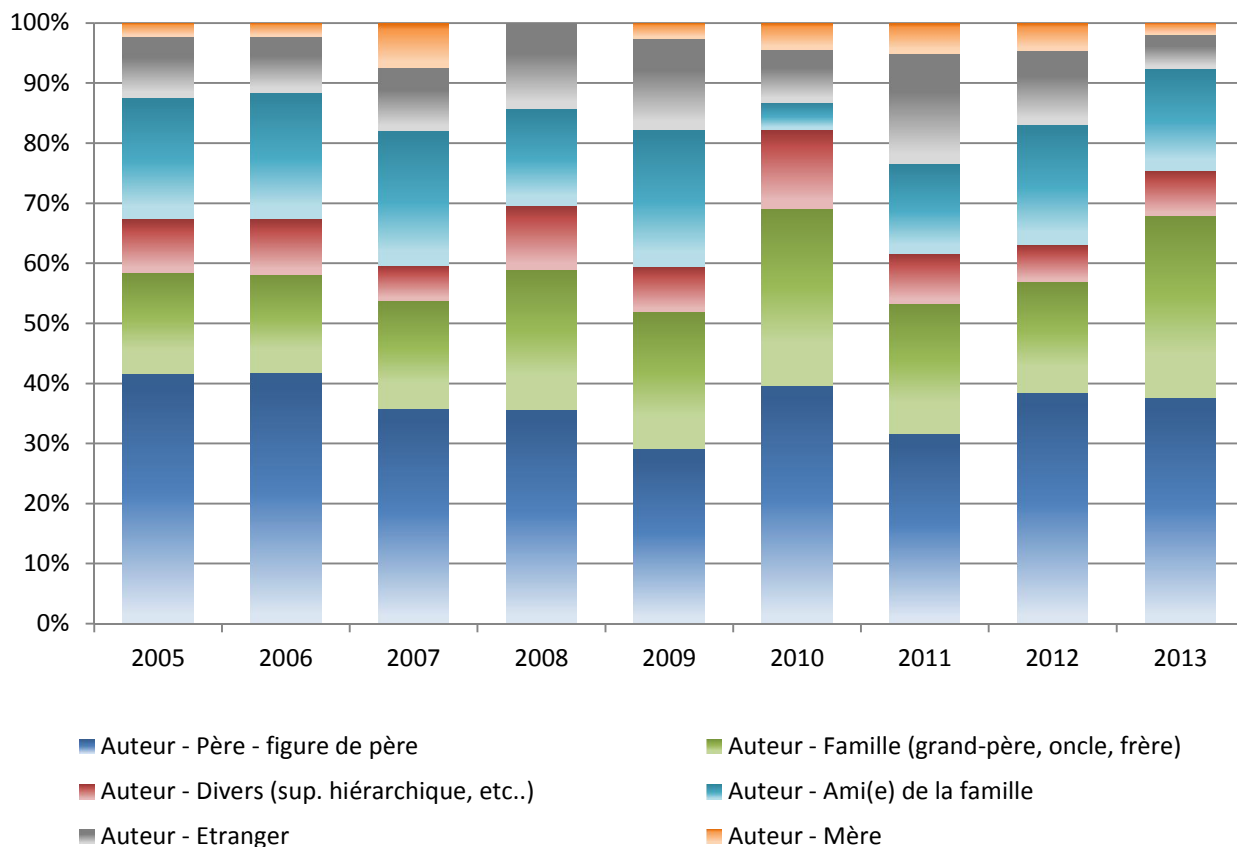
La loi du 6 octobre 2009 a donné aux victimes d'infractions pénales des droits supplémentaires. Pour les faits qui se produiront à compter du 1er janvier 2010, le délai de prescription en matière d'abus sexuels concernant des mineur(e)s (et cela représente la quasi-totalité des cas que nous prenons en 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. Cette évolution de la législation est très importante car dans 98% des cas, l'abus a commencé avant l'âge de 18 ans. Ceci est à rapprocher d'un faible pourcentage, 11%, de victimes qui ont commencé leur thérapie avant 18 ans. L'âge du début de l'abus semble s'abaisser. En 2010, 52% des victimes avaient été abusées avant l'âge de 10 ans. 4 années plus tard, en 2014, le % grimpe à 70%. C'est alarmant. L'âge du début de la thérapie baisse globalement. En 2010, à 29 ans, 41% des victimes avaient consulté. En 2014, elles sont 62%.

Age de début de la thérapie	2013	2012	2011	2010	Age de début de l'abus	2013	2012	2011	2010
Avant 17 ans	11%	20%	27%	15%	De 0 à 3 ans	6%	3%	7%	3%
De 18 à 29 ans	51%	40%	41%	26%	De 4 à 10 ans	64%	57%	50%	49%
De 30 à 40 ans	30%	32%	25%	43%	De 11 à 18 ans	28%	34%	38%	43%
De 41 à 50 ans	4%	8%	5%	15%	Avant 18 ans	98%	94%	95%	95%
Au-delà de 50 ans	4%	0%	2%	1%	Au-delà de 18 ans	2%	6%	5%	6%
Total	100%	100%	100%	100%	Total	100%	100%	100%	100%

La très grande majorité des abus a lieu au sein de la sphère familiale, le père ou figure de père en premier lieu, suivi d'un autre membre masculin, grand-père, oncle, etc. Cela rend compte de près de 70% de tous les cas. Ceci est une observation récurrente.

Auteurs d'abus sexuels (53 en 2013)



6.6. Statistiques des activités psychologiques 2013

RUBRIQUE	ETTELBRUCK	ESCH/ALZETTE	LUXEMBOURG	TOTAL	EVOL. & %TAGES
DONNÉES GÉNÉRALES					
Nombre de contacts	1.474	1.789	1.573	4.836	60,90%
Nombre de clients	211	276	276	763	2,80%
Nouveaux clients	112	158	166	436	1,40%
RDV non observés	26	62	39	127	15,50%
Nombre de consultations	1.226	1.338	1.278	3.842	9,50%
NATIONALITÉS - ORIGINES					
Luxembourg	133	139	149	421	55,18%
France	7	13	20	40	5,24%
Belgique	11	7	9	27	3,54%
Allemagne	11	3	13	27	3,54%
Portugal	22	46	33	101	13,24%
Cap-Vert	11	35	16	62	8,13%
Italie	1	12	8	21	2,75%
Pays anglophones	3	2	3	8	1,05%
Pays d'Amérique du Sud	3	5	8	16	2,10%
Pays de l'Est	4	9	7	20	2,62%
Pays africains	1	4	4	9	1,18%
Divers	4	1	6	11	1,44%
AGE					
<16	9	12	9	30	3,93%
16-19	18	25	22	65	8,52%
20-24	21	40	30	91	11,93%
25-34	46	70	66	182	23,85%
35-44	56	71	71	198	25,95%
45+	61	58	78	197	25,82%
ETAT CIVIL					
Célibataire	70	98	111	279	36,57%
Marié(e)	76	75	84	235	30,80%
Divorcé(e)	32	53	44	129	16,91%
Séparé(e)	23	30	20	73	9,57%
Vie maritale / pax	6	17	16	39	5,11%
Veuf(ve)	4	3	1	8	1,05%
MODE DE RECRUTEMENT					
Clients, amis	54	87	99	240	31,45%
Famille	34	40	18	92	12,06%
Médias	20	8	31	59	7,73%
Institutions scolaires	18	18	10	46	6,03%
Services sociaux	25	35	31	91	11,93%
Médecins	39	24	35	98	12,84%
Police, Justice	2	7	6	15	1,97%
Planning Familial	13	33	43	89	11,66%
Divers	6	24	3	33	4,33%
CLIENTS					
Femmes	127	211	197	535	62,94%
Hommes	84	65	72	221	26,00%
Couples	24	33	35	92	10,82%
Supervision	0	2	0	2	0,24%
TOTAL CLIENTS					
0	90	124	136	350	45,87%
1	55	70	55	180	23,59%
2	44	56	63	163	21,36%
3	20	16	15	51	6,68%
4 et plus	2	10	7	19	2,49%

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



Der Accueil ist im Planning die Anlaufstelle für alle. Alle Klienten die ein Rendez-vous, sei es mit Arzt, Psychologe oder zum pré-, bzw. post IVG Gespräch haben oder bekommen möchten, präsentieren sich als erstes im Accueil. Dazu kommen die Klienten die ohne Termin vorbei kommen, mit den unterschiedlichsten Fragen zum Thema Verhütung, Sexualität, Zyklus, Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch, sexuell übertragbaren Krankheiten oder um einen Schwangerschaftstest zu machen, Kondome zu bekommen oder weil sie eine Pille danach benötigen.

Nicht selten sind die Klienten emotional sehr angespannt, weil sie z.B. Angst haben schwanger zu sein, eine Infektion zu haben, oder einfach aufgeregt sind weil es sich meistens um sehr intime Probleme handelt. Leider ist es auch keine Seltenheit, dass Personen kommen die in einer persönlichen Notsituation sind, wie z.B. im Fall einer nicht gewünschten Schwangerschaft, bei Problemen mit dem sozialen Umfeld wie z.B. dem Partner oder den Eltern, Opfer häuslicher Gewalt oder Vergewaltigung oder weil sie in einer finanziellen und/ oder wohnlichen Notlage sind.

Im Accueil sind wir oftmals die erste Person mit der die Klienten über Ihre Probleme sprechen und es bedarf immer viel Feingefühl auf die Situation einzugehen um den Klienten zum einen alle wichtigen Informationen zu entlocken um sie bestmöglich beraten und weiterleiten zu können, als auch ihnen Mut zuzusprechen, damit sie ihre schwierige Situation bewältigt bekommen und bereit sind Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Zahl der Anfragen sind enorm – im ersten Halbjahr 2013 hatten wir zwischen 1200 und 1900 persönlichen Kontakten pro Monat zuzüglich 1000 bis 1300 telefonischen Anfragen pro Monat.

Im zweiten Halbjahr 2013 sind die Zahlen etwas zurückgegangen – zwischen 750 und 1100 persönlichen Kontakten zuzüglich 750 bis 1000 telefonische Anfragen pro Monat.

Der Rückgang lässt sich damit erklären, dass wir von Juli bis Oktober keinen Gynäkologen hatten, nachdem Dr Annane gekündigt hatte und zudem Dr Mardaga krank wurde. Des weiteren konnten wir wegen dem Umzug im Herbst an einigen Tagen nur eingeschränkt arbeiten.

Im Accueil gab es aber auch im Sommer sehr viel zu tun, zum einen war es nicht immer ganz einfach die vielen Anfragen auf Termine an andere Aerzte weiterzuleiten und anderweitig Plätze zu finden um die Anfragen für IVG's zu ermöglichen.

Im Juni 2013 haben wir im Planning in Luxembourg Stadt ausserdem damit begonnen, die schriftlichen Patientendossiers zu informatisieren, und alle schriftlichen Dossiers zu archivieren.

Bis zum Umzug in unsere neuen Räumlichkeiten im Oktober 2013 haben wir es geschafft, mit Hilfe von 4 Studentinnen die abwechselnd während den Sommerferien kamen, alle Dossiers von den Klienten die ab 2010 im Planning waren zu informatisieren und alle älteren Dossiers zu archivieren. Aktuell, Anfang Juni 2014 haben wir bereits über 8100 dossiers im Medistory Programm.

Seit Anfang 2013 wurde auch eine zweite Stelle im Accueil genehmigt, und so haben wir im April 2013 Unterstützung durch Cristina De Abreu bekommen, und im Sommer kam mit 16h pro Woche Samantha Margo dazu. Cristina ist dann im Oktober nach Esch gewechselt um Monique Benassi zu ersetzen die nach 32 Jahren im Planning in den Ruhestand gegangen ist. Cristinas Posten in der Stadt wurde Anfang 2014 mit Christiane Eschette neu besetzt.

2013 war somit ein sehr spannendes Jahr, mit vielen positiven Veränderungen, die Umstellung auf unser neues Patientenverwaltungsprogramm, gleichzeitig mit dem Umzug in unsere neuen Räume im Oktober war eine grosse Herausforderung, hat sich aber sehr gelohnt. Ende September haben wir Dr Mlik als neuen Gynäkologen in unser Team bekommen und konnten wieder all unsere Aktivitäten aufnehmen.

Positiv ist weiterhin zu erwähnen, dass wir in den neuen Räumlichkeiten jetzt einen zweiten Accueil haben, was uns ermöglicht 2 Klienten gleichzeitig und diskret in voneinander getrennten Räumen zu empfangen. So können wir uns besser Zeit für die Klienten nehmen ohne das für alle anderen zu lange Wartezeiten entstehen. Problematisch ist es aktuell immernoch, selbst mit 2 Accueils, alle Telefonanrufe entgegenzunehmen, da praktisch ständig Klienten im Accueil sind und unser Telefon eigentlich immer klingelt.

Abschliessend bleibt zu sagen, dass wir alle sehr froh über unser neues Planning sind und uns in den neuen Räumen sehr wohl fühlen. Wir haben zwar viel Arbeit, aber ein super Team das sehr gut zusammen funktioniert, und ich denke, wir stehen wirklich alle mit Herzblut hinter unserer Aktivität freuen uns wenn wir unseren Klienten helfen können.

Kathrin Greif

8. L'éducation sexuelle et affective



8.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective 2013

L'année 2013 a été l'année des changements pour l'équipe d'éducation sexuelle et affective (ESA) aussi bien concernant la composition de l'équipe que l'adaptation du contenu de ses interventions et le déménagement dans de nouveaux locaux avec des espaces dédiés à l'activité d'information et de formation.

8.1.1. Personnel

- Simon Görgen a quitté l'équipe fin mars. Il a collaboré à l'analyse des besoins en matière d'ESA, un préalable à l'élaboration du Plan d'Action National « éducation affective et sexuelle ». Nous avons alors mesuré l'importance et l'apport d'un collaborateur masculin lors de nos interventions auprès de jeunes.
- En avril Patricia Keller-Glod, infirmière graduée, a rejoint l'équipe. Forte d'une expérience de 12 ans en éducation à la santé sexuelle et affective et à la prévention des risques en France, elle renforce notre équipe à raison de 16 heures hebdomadaires.
- Alexandra Junker, éducatrice graduée, continue sa formation de pédagogue sexuelle auprès des l' « Institut für Sexualpädagogik Dortmund » qu'elle a commencée en automne 2012 et qui s'achèvera en 2014.

8.1.2. Séances d'éducation sexuelle et affective

Au fil du temps, l'équipe de l'éducation sexuelle et affective s'est rendue compte que des interventions de 2 heures dans les écoles primaires et secondaires étaient trop courtes pour aborder toutes les thématiques importantes et primordiales pour les élèves dont notamment :

- les changements du corps à la puberté
- les appareils reproducteurs, la gestation et la naissance
- les émotions
- les préférences sexuelles
- les différentes valeurs culturelles, normes...
- sexualité, respects et droits

Soucieuse de la qualité de ses interventions, l'équipe ESA a opté pour une formule de 2 fois 2 heures pour toute classe de primaire et de modulaire et de 3 heures pour l'enseignement secondaire.

Ceci a entraîné une légère baisse des contacts en 2013 mais nous a permis d'améliorer la qualité de notre travail. Les demandes d'intervention en 2013 ont augmenté à un point tel que nous n'arrivions plus, même avec de nombreuses heures supplémentaires, à couvrir tous les besoins des écoles et institutions au Luxembourg !

De nouveaux locaux...

En octobre, le planning déménage de la rue Marshall à Bonnevoie à la rue de la Fonderie à Hollerich. Enfin, l'équipe pluridisciplinaire de l'ESA peut quitter la bibliothèque du Planning Familial et déménager dans 3 bureaux qui se situent autour d'une grande salle. Cette dernière sert désormais à recevoir davantage de classes, voire organiser plus de réunions avec nos partenaires de terrain ou accueillir les participant(e)s à des projets en cours (Jeunes mamans !? – Porno-AG) ! Les bureaux individuels permettent de recevoir des personnes à besoins spécifiques pour des consultations individuelles, d'accueillir des partenaires et de répondre tout simplement mieux aux besoins et demandes exprimés.

Deux secteurs augmentent leur demande :

1) Maisons Relais et Foyers scolaires

Nous avons constaté une augmentation des demandes des Maisons Relais et des Foyers scolaires. Leurs demandes concernent autant notre intervention d'ESA classique autour de la puberté que des demandes pour des thèmes spécifiques.

(corps, émotions et renforcement de l'estime de soi...)

2) Le secteur du Handicap

L'équipe ESA constate également un accroissement des demandes du secteur du handicap:

- Consultations de personnes à besoins spécifiques en individuel
- Diverses interventions dans les établissements de l'Education différenciée et des ateliers thérapeutiques
- collaboration plus étroite avec l'APEMH et les autres institutions du secteur.

Soucieux de répondre aux besoins de leurs bénéficiaires en matière d'information et d'apprentissage en éducation sexuelle et affective, les divers services dans le secteur du handicap nous ont contactés en plus grand nombre en 2013. Il est vrai que les personnes à besoins spécifiques ont souvent été marginalisées par le passé. Le Plan d'action du Gouvernement luxembourgeois pour la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées de 2010 prévoit les mêmes droits pour les personnes avec un handicap que pour les personnes sans handicap. Ceci vise bien entendu aussi la sexualité, l'orientation sexuelle et les besoins sexuels des personnes. L'équipe ESA veut répondre de façon adéquate à cette demande en hausse.

8.1.3. Formations « Schnupperkurs » et formations SCRIPT

En 2013, des « Schnupperkurs » ont été organisés pour :

- certaines structures d'accueil de l'APHEM
- maisons relais, foyers scolaires et d'accueil
-

Les formations Script pour enseignants et équipes socio-pédagogiques des écoles fondamentales et du secondaire ont rencontré un franc succès !

L'idée du « Schnupperkurs » est de donner aux **intervenants socio-professionnels** un aperçu de ce que l'on peut faire dans cette thématique. L'objectif est de former des multiplicateurs compétents et à l'aise dans chaque établissement.

Le Schnupperkurs n'est qu'une mise en bouche en matière d'ESA dont voici quelques thèmes régulièrement abordés :

- concepts d'éducation sexuelle
- développement de la sexualité enfantine
- comment se sentir plus à l'aise face à ce thème en tant qu'éducateur ?
- comment inclure les parents ?
- comment intégrer les différences culturelles des familles?
- comment réagir face à l'utilisation abusive des nouveaux médias ?
- s'il y a transgression de limites, comment réagir ? Comment prévenir des abus éventuels ?

8.1.4. Plan d'action national ESA

Ce plan a été élaboré par 4 Ministères (éducation, égalité des chances, famille et santé) avec l'aide des principaux intervenants et acteurs de terrains en matière d'ESA dont le Planning Familial. La participation du Planning à ce grand projet a donné à l'équipe une visibilité accrue dans son domaine.

En juillet 2013, les 4 ministères ont signé une déclaration d'intention pour une politique commune de promotion de la santé affective et sexuelle. Le programme national du même a vu le jour dans la foulée. Il nous reste à souhaiter que la mise en place se concrétise aussi rapidement que possible et surtout accompagné des ressources nécessaires à son succès. Dans ce contexte, le projet de création d'un centre de référence national en matière d'ESA est à l'heure actuelle à l'étude.

8.1.5. Conclusion

Nous souhaitons à l'avenir poursuivre ce travail qualitatif dans l'intérêt des enfants, jeunes et multiplicateurs professionnels du secteur socio-éducatif. Nos possibilités ne sont malheureusement pas extensibles. En conséquence, nous avons été contraintes de répondre par la négative à de nombreuses demandes; le calendrier d'interventions dans le contexte scolaire pour l'année 2013/2014 était complètement rempli dès janvier 2014.

La politique commune de promotion de la santé affective et sexuelle et son outil constituent une avancée majeure. Souhaitons qu'on ne lui coupe pas l'herbe sous les pieds faute de ressources humaines...

8.2. Chiffres et évolution

	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Secondaires	82	87	89	71	157			
Primaires	51	29	32	28	19			
Classes	133	116	121	99	176	184	146	157
Elèves	2.066	1.822	1.940	1.593	2.869	3.134	2.621	2.827
Autres institutions	693	693	938	582	436			
Formation de formateurs	290	367	278	361	205			
Autres	983	1.060	1.216	943	641	333	454	640
Total	2.811	2.882	3.156	2.536	3.510	3.467	3.075	3.467

8.2.1. Lycées et écoles primaires

Lycées	Nombre classes	Nombre élèves
LTPS Warken, Bascharage	4	128
UELL	6	95
LGL	8	171
Lycée technique Esch	33	481
Ste Anne Ettelbrück	4	84
Belval	8	133
Schengenlycée Perl	8	184
NOSL	11	164
Total Lycées	82	1 440

Ecoles primaires	Nombre classes	Nombre élèves
Ecole primaire Dudelange	2	44
Ecole primaire Gasperich	8	86
Ecole primaire Lamadeleine	4	34
Ecole primaire Wiltz	4	87
Ecole primaire Howald	2	36
Ecole primaire Beggen	1	13
Ecole primaire Schieren	4	25
Ecole primaire Roodt/Syre	3	45
Ecole primaire Cents	4	43
Ecole primaire Biwer	2	29
Ecole primaire Luxembourg-Ville	2	21
Ecole primaire Ettelbrück	4	77
Ecole primaire bonnevoie	4	37
EDIFF Esch	2	30
EDIFF Walferdange	2	1
EDIFF Differdange	1	7
EDIFF Clervaux	1	6
EDIFF Echternach	1	5
Total Ecoles primaires	51	626

Total éducation sexuelle et affective dans le contexte scolaire	133	2 066
--	------------	--------------

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

Formation de formateurs, réunions de concertation	Nombre de séances	Nbre de participants
Réunions professionnelles		
SCRIPT	1	3
Réunion SCRIPT	1	3
Réunion Ediff Clervaux	1	2
Réunion St George's School	2	10
Enseignants école primaire	3	3
Enseignants école secondaire	4	30
HIV-Berodung	4	3
Riicht eraus	1	4
SCAS Protection jeunesse	1	8
Foyer maternel	1	1
CIGALE	1	2
CHL	1	2
CIJ	2	2
CePT	1	1
Initiativ Liewensufank	1	1
ORK	1	1
ECPAT	1	2
UFEP	4	4
KAJUTEL	1	2
OLAI	1	2
Staatlech Kannerheemer	1	2
SPOS /Direction	2	4
EDIFF Warken	1	1
Daycenter	2	4
Betzdorf	1	2
MR Jonglinster	3	2
MR Kayl/Gips	1	1
Zoom	2	6
Sous-total réunions professionnelles	46	108
Formations professionnelles		
Formation SPOS M.Rodange	1	3
Formation médecine scolaire VDL	4	11
Formation médecine scolaire MiSa	2	14
Formation Daageselteren	2	29
Formation SCRIPT	4	29
Formation CePOS	1	26
Formation MJ /SNJ	1	9
Schnupperkurs MR Multikulti	2	7
Schnupperkurs APEMH Foyers	7	47
Formation CARR APEMH	2	7
Sous-total formations professionnelles	26	182
Groupes d'échange		
Pro ESA Nat.	7	
Dossier animateur	4	
Porno-AG	4	
Jeunes mamans	2	
Mädchenkreis	2	
MiFa Accès prés.	2	
Cid Femmes	2	
Sous-total groupes d'échange	23	
Sous-total formateurs et réunions de concert.	95	290

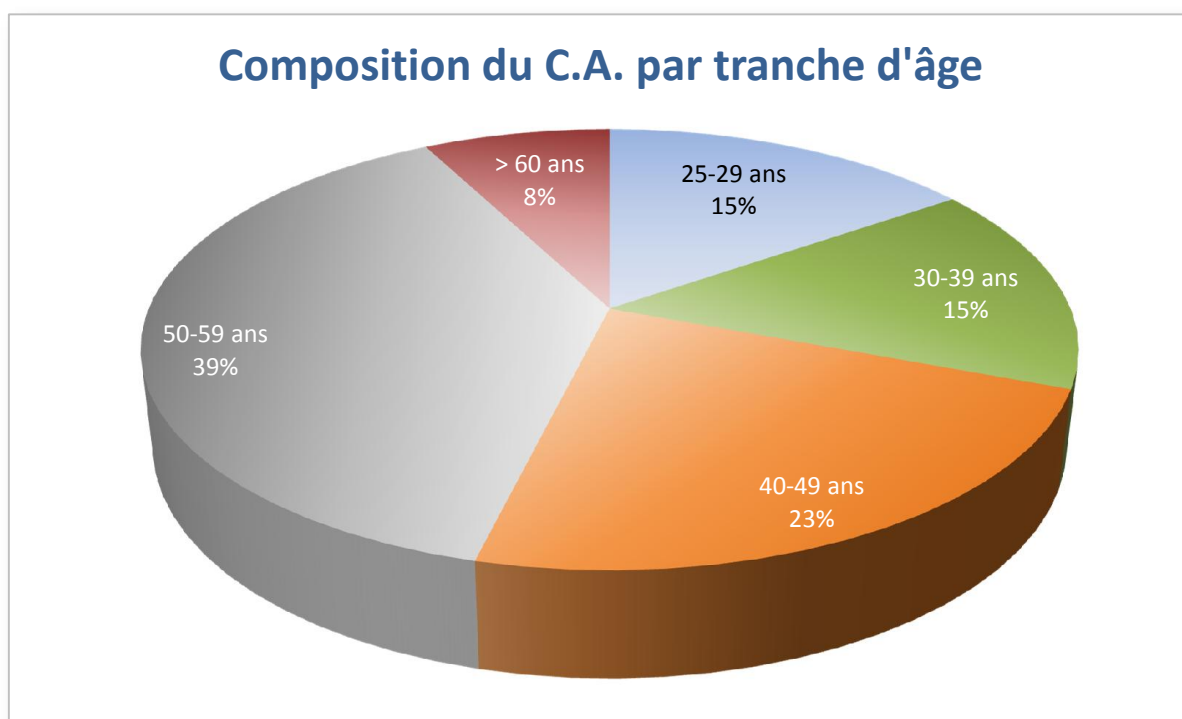
Autres institutions	Nombre de séances	Nombre de participants
Secteur éducation		
Etudiante UNI Trier	1	1
Etudiante UNI LU	1	1
Cours UNI LU	1	9
Sous-total secteur éducation	3	11
Secteur handicap adulte		
Centre Propédeutique Walferdange	1	6
APEMH couple	2	2
Autisme Beckerich	5	1
Autisme Luxembourg	1	16
Daycenter Norden	1	3
Daycenter Sud	3	2
Beggenger Haus	2	1
SAEMO	6	1
Institut St Joseph Betzdorf	11	2
Sous-total secteur handicap adulte	32	34
Secteur éducation non-formelle		
Centre Convict jeunes	2	19
Internat Notre Dame	1	22
Internat St Joseph Diekirch	2	16
Foyer Solidarité Jeunes Pontpierre	1	4
Foyer Solidarité Jeunes Oikos	1	7
MR Junglinster	6	53
MR Mondercange	1	9
MR Foyer Gellé	4	64
MJ Amigo	2	23
MJ Gasperich	2	11
MJ Bonnevoie	1	8
MJ Dudelange/Zoom	7	67
Sous-total secteur éducation non-formelle	30	303
Secteur social		
OLAI	3	21
SVO	2	4
Fraenhaus Edith Stein	1	6
CHL Pédopsychiatrie	1	1
CHNP Orangerie	3	20
Psychiatrie Juvénile Esch	5	53
Autres	2	2
Sous-total secteur social	17	107
Sous-total autres institutions	82	455
Total ESA hors contexte scolaire	177	745
Total ESA	310	2 811

9. Conseil d'administration 2013

Le conseil d'administration s'est réuni 7 fois au cours de l'année 2013.

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
- Jacqueline Correia
- Dr Hilly Kessler
- Me Albert Moro
- Dr Isabelle Portal
- Anik Raskin
- Martine Steichen
- Åsa Sundin
- Manou Worré

L'équipe des centres en 2013, au total 31 collaborateurs

LUXEMBOURG	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Direction - Administration</u> Catherine Chéry, directrice exécutive (<i>à compter de 09. 2013</i>) Joseph Gautot, directeur administratif et financier Christiane Seyler, assistante administrative • <u>Assistance-Accueil</u> Cristina de Abreu, assistante (<i>jusqu'à fin octobre 2013</i>) Kathrin Greif, assistante Samantha Magro, assistante Catherine Chaffard, assistante remplaçante • <u>Service médical</u> Dr Kaddour Annane, directeur médical, (<i>jusqu'à fin juin 2013</i>) Dr Khaled Mlik, gynécologue-obstétricien, (<i>à partir d'octobre 2013</i>) Dr Claudine Mardaga, médecin, lundi, mardi matin, mercredi, jeudi, vendredi matin Dr Pascale Pesch médecin, mercredi après-midi, jeudi après-midi Dr Jacqueline Klein-Zimmermann, médecin, lundi après-midi Dr François Schneider, médecin vacataire et remplaçant • <u>Service psychologique et conseil pré et post IVG</u> Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, lundi, mercredi (FR-EN) Patricia Keller-Glod, infirmière, lundi après-midi, mercredi, vendredi (FR-DE-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> Simon Görgen, diplom-pädagoge, chargé d'ESA (LU-DE), (<i>jusqu'à fin mars 2013</i>) Alexandra Junker, éducatrice graduée, chargée d'ESA (LU-FR-DE-EN) Patricia Keller-Glod, infirmière spécialisée en ESA et prévention des risques(FR-DE-EN) Nadine Vinandy, psychologue, chargée d'éducation sexuelle et affective (LU-FR-DE-EN) • <u>Entretien</u> Rosa Rodrigues Pereira
ESCH – SUR- ALZETTE	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Assistance-Accueil</u> Monique Benassi, assistante Cristina De Abreu, assistante (<i>à partir de novembre 2013</i>) • <u>Service médical</u> Dr. Pascale Pesch, médecin, lundi, vendredi Dr. Christine Smit-Kalonji, médecin, mardi matin, jeudi matin • <u>Service psychologique et conseil pré et post IVG</u> Ingrid Konrad, psychologue diplômée, mardi, mercredi, vendredi matin (DE-EN) Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, mardi, jeudi, vendredi (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
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 (<i>jusqu'à fin juillet 2013</i>) Dr Jacqueline Klein-Zimmermann, médecin, jeudi après-midi Dr Pascale Pesch médecin, mardi après-midi Dr François Schneider, médecin vacataire et remplaçant, vendredi après-midi • <u>Service psychologique – conseil conjugal et familial, pré et post IVG</u> Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue, lundi (FR-EN) Helmut Gehle, psychologue diplômé, pédagogue diplômé, lundi, mardi, mercredi matin (DE-LU-EN) Danièle Maraite, psychologue diplômée, mercredi (LU-FR-DE-EN) Gisèle Schintgen, conseillère conjugal et familial, pré et post IVG • <u>Entretien</u> Maria Barbosa Do Rosario / Leida Barbosa Do Rosario

10. Les 3 centres de Planning Familial

www.planningfamilial.lu

www.planning.lu

www.pfl.lu

Centre Dr M.-P. Molitor-Peffer

6, rue de la Fonderie

L-1531 Luxembourg

Tél. : 48 59 76

Fax : 40 02 14

Mail : info@pfl.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@pfl.lu

Heures d'ouverture :

Lundi et Vendredi de 9 à 13 h et de 14h à 17h

Mardi-Jeudi de 9h à 16h

Mercredi de 14h à 16h



Centre d'Ettelbruck

18, avenue J.F. Kennedy

L-9053 Ettelbruck

Tél. : 81 87 87

Fax : 81 10 16

Mail : ettelbruck@pfl.lu

Heures d'ouverture :

Lundi de 9 à 13 h

Mardi-Vendredi de 13 à 17 h

