

# RAPPORT D'ACTIVITE

# 2015



## Mot de la Présidente

Le 1<sup>er</sup> juin 1965 une petite asbl a été fondée par des hommes et des femmes engagés qui voulaient changer la société et s'engager en matière de santé, de droits sexuels et reproductifs et d'éducation. Le tout s'est passé à une époque où on ne voyait pas comme évident de thématiser ces thèmes « honteux » et il était nécessaire pour se faire accepter de les dissimuler avec des métaphores comme « harmonie dans le couple » ou « bien-être dans le mariage ». La sexualité n'était malheureusement pas encore vue comme faisant partie de la santé, sur le même plan que la santé psychique et la santé physique. Depuis 1965, le Planning Familial n'a cessé de grandir jusqu'à devenir le partenaire sociétal incontournable en matière d'éducation sexuelle et affective, pour la défense des droits sexuels et reproductifs, et en matière de santé féminine. En 2015 le Planning a réfléchi à comment honorer de la meilleure manière ces femmes et ces hommes visionnaires d'antan, et le mieux nous a semblé de produire un film documentaire qui retracerait les étapes les plus importantes de ce grand mouvement et qui nous servirait également de carte de visite ! Ce sera le « parcours du cœur battant, 50 Joer Planning Familial ».

L'histoire du Planning est une histoire de combats, certains d'entre eux acharnés, dont un important qui a été le combat pour un accès libre à l'interruption volontaire de la grossesse. En février 2015 j'ai repris la présidence d'une femme forte, Danielle Igniti, qui n'a jamais accepté de compromis et qui par sa persévérance, accompagnée d'un CA militant et engagé, soutenue par une équipe dévouée, a obtenu pour toutes les femmes du pays une des lois les plus libérales sur l'IVG au niveau européen, à l'exception de l'intervention obligatoire d'un gynécologue-obstétricien pour la 1<sup>ère</sup> consultation. Mais pour les femmes l'impact positif de cette nouvelle loi est évident : la consultation psychosociale avant l'IVG étant devenue facultative, sauf pour les mineures, les entretiens préalables ont diminué de moitié, et en 2015 une femme sur 2 a profité de ce droit. La législation a donc remédié à une attitude paternaliste humiliante réduisant la femme à un être sans volonté et irrationnel.

Mais les combats n'ont fait que commencer, et aussi longtemps qu'il y aura du sexe et de l'amour le Planning existera et s'engagera. Les priorités se sont adaptées au fil des temps, aux clientes, aux nouveaux défis comme les nouveaux médias et l'accès rapide et parfois trop précoce à tout type de pornographie, l'hypersexualisation de la société, les mouvements migratoires mondiaux ainsi que la mondialisation augmentant la situation de grande précarité d'une partie de la population (féminine). Malgré notre persévérance nous n'avons pas encore réussi à obtenir le remboursement de tous les moyens contraceptifs et cela non seulement pour les jeunes femmes, mais pour toutes celles en âge de procréation et surtout en état de nécessité économique. J'aimerais souligner que le programme gouvernemental prévoyait un élargissement ciblé du remboursement des contraceptifs, incluant donc ceux à longue action, mais ce thème semble passé sous silence au niveau du gouvernement. Comme notre devise reste « mieux vaut prévenir que guérir » et que 54% des femmes en situation de grossesse non désirée ont utilisé un moyen de contraception, nous nous posons les questions suivantes : Était-ce alors le moyen propice ? Pourquoi 46% n'en ont pas utilisé ? Serait-ce peut-être parce qu'elles n'en ont pas les moyens financiers et ceux remboursés ne leur correspondent pas ? En nous référant aux chiffres desquels nous disposons (moyenne d'âge à l'IVG : 27,9 ans), il est clair que la limite d'âge de 25 ans pour le remboursement actuel de certains contraceptifs a été fixée arbitrairement et semble plus qu'absurde. A quoi correspond cet âge ? 25 ans, est-ce l'âge de... mariage ? Ou est-ce l'âge soit disant d'entrée dans le monde actif ?

Mais nous avons aussi de belles choses à annoncer, je suis heureuse que la création du centre de référence pour la promotion de l'éducation sexuelle et affective au niveau national se trouve déjà sur les starting-blocks. Si tout va bien il verra enfin la lumière du jour encore en 2016. Le plus grand défi actuellement et pour des prochaines années sera une éducation sexuelle et affective pour tous les âges et à grande échelle. Cependant les moyens devront être mis à disposition. Et même si nous apprécions et remercions vivement le Ministère pour ce ½ poste en plus pour l'éducation sexuelle et affective qui nous a été accordé en 2016, ceci ne fait que 2 postes complets en 50 ans d'existence. Et une seule personne prévue pour le centre de référence, en tous cas en un premier temps, nous semble, au bas mot, plutôt peu...

*Ainhoa Achutegui, présidente  
Assemblée générale du 7 juillet 2016*

## Table des matières

Mot de la Présidente .....	0
1. Préambule.....	4
1.1. Notre objectif.....	4
1.2. Nos valeurs.....	4
2. 2015 : les temps forts d'une année charnière .....	5
2.1. 1 <sup>er</sup> janvier 2015 : une nouvelle loi sur l'IVG, une nouvelle ère pour les femmes, une nouvelle casquette pour le Planning mais les promesses gouvernementales se font attendre.....	5
2.2. 3 février 2015 : passage de flambeau à la présidence du Planning à la veille des 50 ans de l'association .....	6
2.3. 15 décembre 2015 : le Planning révèle sa nouvelle identité .....	7
2.4. Activités de recherche.....	7
2.5. Centre de référence national pour la promotion de la santé affective et sexuelle.....	7
2.6. Merci.....	7
3. Les données globales .....	8
3.1. Contacts et consultations.....	8
3.2. Ressources humaines .....	9
4. Les activités médicales.....	10
4.1. Notre mission générale.....	10
4.2. Organisation des soins .....	10
4.3. Nos activités quotidiennes .....	11
4.3.1. La contraception.....	11
4.3.2. Les infections sexuellement transmissibles.....	11
4.3.3. La colposcopie .....	11
4.3.4. La prise en charge des grossesses non désirées .....	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 .....	24
5. Entretiens autour de la grossesse désirée ou non .....	32
6. Les activités psycho-sociales .....	34
6.1. Rapport.....	34
6.2. Enrichissement de la palette de compétences.....	35
6.3. Le volume d'activité .....	35
6.4. Les client(e)s du Planning Familial .....	35

6.5. Les consultations .....	36
6.6. Statistiques concernant les abus sexuels .....	37
6.7. Statistiques des activités psychologiques .....	40
7. Les tâches de l'assistante sociale au planning familial luxembourg .....	41
8. Accueil, assistance médicale et secrétariat .....	43
9. L'éducation sexuelle et affective .....	44
9.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective .....	44
9.1.1. Envergure .....	44
9.1.2. Périmètre et types d'intervention de l'équipe ESA .....	45
9.1.3. Séances d'éducation sexuelle et affective .....	45
9.1.4. Programme national de santé affective et sexuelle (PROESA) .....	47
9.2. Chiffres et évolution .....	48
9.2.1. Lycées et écoles primaires .....	48
9.2.2. Formations de formateurs et réunions de concertation – Autres institutions .....	49
10. Conseil d'administration .....	51
10.1. Sa composition .....	51
10.2. Position sur la réforme de la filiation et ses interrogations connexes (GPA, les dons de gamètes, l'accouchement sous X) .....	52
11. Les collaboratrices et collaborateurs des centres .....	55
12. Les centres du Planning Familial .....	56

# Le Planning Familial

## 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 et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS).**

### 1.1. Notre objectif

Ayant la conviction que la connaissance en matière de sexualité et de reproduction et un accès aux informations et aux services dans ces domaines sont des droits humains fondamentaux, l'association a les objectifs suivants:

- Défendre les droits des personnes à faire, en matière de sexualité et de reproduction, des choix personnels et informés, responsables, libres de toute forme de coercition et de violence, fondés sur l'égalité, le respect, la dignité et l'intégrité physique;
- Plaider pour que chacune et chacun disposent des moyens nécessaires pour exercer ses choix en matière de vie affective, sexuelle et reproductive;
- Mettre à disposition des personnes les moyens nécessaires pour exercer leurs choix en matière de vie affective, sexuelle et reproductive;
- Faciliter l'accès à l'information, l'éducation et les services de santé affective, sexuelle et reproductive;
- Assurer et développer l'éducation sexuelle, reproductive et affective en tant que droit humain fondamental;
- Accueillir chaque personne sans discrimination, ni stigmatisation aucune, et notamment sans distinction fondée sur la nationalité, origine ethnique, âge, état civil, sexe, sexualité, identité de genre, orientation sexuelle, caractères sexuels, genre, handicap, état de santé, religion, conviction philosophique et politique, situation financière, légale 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
>> assistante sociale	>> éducatrice

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

## 2. 2015 : les temps forts d'une année charnière

### 2.1. 1<sup>er</sup> janvier 2015 : une nouvelle loi sur l'IVG, une nouvelle ère pour les femmes, une nouvelle casquette pour le Planning mais les promesses gouvernementales se font attendre...

#### 2.1.1.1. Une nouvelle loi, une nouvelle ère pour les femmes :

Le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la nouvelle loi, libérale, sur l'information sexuelle, la prévention de l'avortement clandestin et la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse du 17 décembre 2014 entre en vigueur. Après 35 ans d'une loi restrictive et 2 ans d'une loi de compromis, cette loi consacre enfin l'autodétermination de la femme. Sa décision d'interrompre sa grossesse ne doit plus nécessairement être soumise à une situation de détresse, cela devient un choix, un droit. Décriminalisant partiellement l'interruption de grossesse, la femme ne doit plus non plus confirmer par écrit sa détermination à interrompre sa grossesse. Et surtout, la consultation pré-IVG, auparavant obligatoire est devenue un droit. C'est une offre que la femme peut désormais saisir de son propre gré, au moment de l'IVG ou plus tard. La confirmation par écrit et l'entretien préalable sont restés obligatoires pour les mineures.

#### 2.1.1.2. Une nouvelle loi mais toujours des freins :

La loi a aussi engendré des modifications dans les pratiques médicales au Planning. La pratique de l'IVG totalement réservée aux gynécologues-obstétriciens dans la loi de 2012, est dès lors ouverte aux généralistes quand elle se fait par voie médicale. Ceci apporte en théorie plus de flexibilité à l'organisation. Mais malheureusement, le bénéfice de cette disposition est limité par l'effet entonnoir que crée l'obligation inchangée de s'adresser à un obstétricien pour déterminer l'âge et le siège de la grossesse.

Ni la compétence d'un spécialiste en échographie morphologique généralement faite au 2<sup>ème</sup> trimestre (!), ni celle du gynécologue médical pour qui une 1<sup>ère</sup> échographie de grossesse est comme résoudre une équation du 1<sup>er</sup> degré au regard des connaissances et compétences acquises au cours du long cursus suivi, ne sont reconnues assez valables pour réaliser cet acte. Comprenez qui pourra...

Que dire des médecins généralistes qui ont pratiqué cet acte en Belgique ou aux Pays-Bas pour toutes les résidentes luxembourgeoises qui les ont consultés pour une IVG pendant des décennies ? N'étaient-ils alors pas compétents ? Etions-nous irresponsables ? Je ne le pense pas. Comprenez qui pourra...

#### 2.1.1.3. Une nouvelle loi sur l'IVG mais la prévention n'est pas au rendez-vous et les promesses pas (encore) tenues :

Alors que la réforme de la nouvelle loi s'inscrit, à raison, dans l'objectif de réduire les grossesses non désirées et donc les avortements, le chapitre 1 de cette même loi ayant trait à la prévention est resté inchangé. Et c'est bien dommage. Cependant, le programme gouvernemental promettait une prise en charge étendue et de manière ciblée de moyens de contraception autres que ceux actuellement visés (pilule, patch et anneau contraceptifs) ainsi que le renforcement des moyens pour l'éducation sexuelle et affective.

- **Le remboursement de la contraception longue action, de loin la plus efficace et pas plus coûteuse :**

Il faut absolument inclure dans les moyens de contraception remboursés, toutes les méthodes à longue durée d'action ou permanentes (stérilisation) car ce sont les plus efficaces, et de loin, pour prévenir les grossesses non désirées et leur répétition. En effet, sur 6 années d'observation, le Planning Familial a constaté que 54% des femmes ayant eu recours à un avortement utilisaient un moyen de contraception, pour la quasi totalité à court terme (pilule, patch, anneau). Le Planning Familial ne s'explique pas pourquoi ces dispositifs contraceptifs ont été initialement écartés du remboursement, d'autant qu'il n'y a pas de logique financière. Les méthodes à longue action ne coûtent pas plus chères quand on rapporte leur coût initial avec leur durée d'action. Cela épargnerait de plus à la Caisse Nationale de Santé le coût des IVG évitées.

Se trouver face à une grossesse non désirée n'est pas une question d'âge.

Sur 6 années de collecte de données, la moyenne d'âge des femmes ayant eu recours à l'avortement s'établit à 27,5 ans. En 2015 la moyenne est à 27,9 ans. 68% des femmes avaient plus de 25 ans sur la même période.

La prise en charge doit être étendue à toutes les femmes. La précarité ne s'arrête pas à l'âge de 25 ans.

- **Le renforcement des moyens pour l'éducation et la santé sexuelle et affective (ESA)**

De nombreux engagements, recommandations et déclaration officiels s'y réfèrent :

- le programme gouvernemental 2013-2018 ;
- les recommandations de la commission juridique dans son rapport sur la réforme de la nouvelle loi l'IVG;
- et tout récemment encore, les Ministres de la Santé et de la Justice dans la présentation officielle de la stratégie du gouvernement en matière d'encadrement de la prostitution.

A noter qu'après 50 ans d'existence, le Planning dispose au 1<sup>er</sup> janvier 2016 de 2 postes (!) alors qu'il est de loin l'acteur de terrain numéro 1. Il est donc illusoire et faux de penser qu'avec 2 postes le Planning fera des miracles et relèvera les défis posés à l'éducation sexuelle et affective. Bien sûr, il y aura le Centre National de Référence pour la promotion de la santé affective et sexuelle, un outil majeur certes, mais qui ne sera pas sur le terrain.

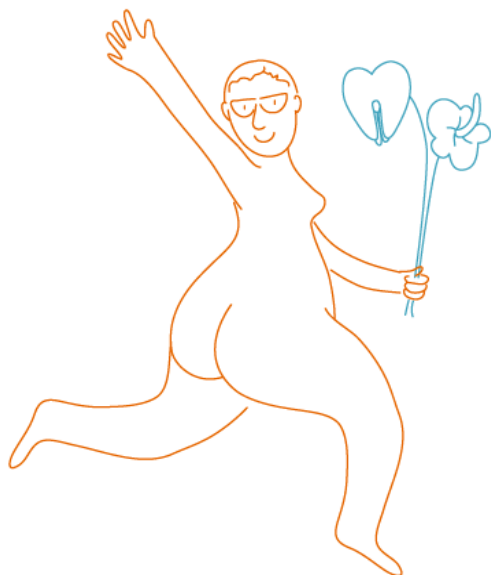
Avec l'importance donnée à l'éducation sexuelle et affective au plus haut niveau, nous avons la faiblesse de croire que nos 2 postes feront des petits...

Depuis quelques années, les établissements à qui nous n'avions pas pu répondre favorablement l'année précédente, faute de ressources, ont pris l'habitude de nous contacter dès avant la rentrée scolaire, ce qui fait que l'agenda de l'année scolaire en cours se trouve complet avant les vacances de Noël. Le nombre d'interventions refusées augmente chaque année. Nous ne faisons pas la promotion de nos activités auprès de tous les établissements scolaires puisque ne pouvons même pas accepter toutes les demandes spontanées qui nous sont adressées.

#### 2.1.1.4. Une nouvelle année, une nouvelle casquette, celle du ministère de la Santé

Après 35 ans passés au Ministère de la Famille, depuis notre 1<sup>ère</sup> convention en 1979, puis une année de transition auprès du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, le Planning Familial est arrivé au 1<sup>er</sup> janvier 2015 au Ministère de la Santé, comme le prévoit la loi du 17 décembre 2014.

## 2.2. 3 février 2015 : passage de flambeau à la présidence du Planning à la veille des 50 ans de l'association



Chers ami(e)s, collègues,  
collaboratrices et collaborateurs,

POUR VOUS DIRE AU REVOIR ET MERCI  
pour ces 20 années de lutte intense à vos côtés  
et pour vous présenter la nouvelle présidente,  
je vous invite chaleureusement  
à un pot de départ et de continuation

Un autre temps fort de l'année 2015 a été le passage de flambeau à la présidence du Conseil d'administration du Planning Familial entre Danielle Igniti, membre et présidente de 1992 à 2015 et Ainhoa Achutegui qui a rejoint l'association en 2014. C'était le 3 février 2015 en présence de très nombreux invités.

C'était un passage de flambeau à haute valeur symbolique puisqu'il est intervenu au moment où le Planning s'apprêtait à célébrer ses 50 ans, 50 ans d'existence tumultueuse, victorieuse, difficile parfois mais toujours passionnante et bien remplie. Avec panache, liberté, inspiration et fougue, Danielle Igniti aura contribué à écrire quelques unes des plus belles pages de cette histoire et à gagner de farouches batailles comme celle du droit des femmes à disposer de leur corps. Elle a mené ce beau bateau jusqu'à un bon port, celui de la rue de la Fonderie. Ainhoa Achutegui, est arrivée pour en reprendre la barre et entamer le second livre de l'histoire du Planning. Et déjà de nouveaux défis l'attendent...



## 2.3. 15 décembre 2015 : le Planning révèle sa nouvelle identité

Pour ce grand anniversaire, le Planning a ravivé ses couleurs ; un peu plus de lumière dans le bleu de son logo et il le communique via sa toute neuve page facebook.



De 23 clientes dont les parents de certaines d'entre elles venaient chercher à « La Famille heureuse : Mouvement Luxembourgeois pour le Planning Familial », le gendre parfait à 13.000 consultations gynécologiques, pré-post IVG et psychologiques, sans compter plus de 4.000 personnes informées et formées à l'éducation sexuelle et affective, le Planning a bien grandi !

De 23 clientes luxembourgeoises à près de 4.000 client-e-s originaires d'une cinquantaine de pays différents, le Planning est devenu multiculti ! Et ceci constitue une opportunité d'ouverture à l'autre, une chance d'apprendre de l'autre, une richesse tout simplement.



Pour l'exprimer à l'occasion de ses 50 ans, le Planning a choisi de décliner le mot **respect**, ce mot magnifique, en plusieurs langues, arabe, chinois, russe, serbo-croate, swahili. Le Planning célèbre la **diversité** sous toutes ses formes, d'origines, d'horizons, de sexes et de genres...

En vue de sa fête d'anniversaire, le Planning a préparé un programme d'activités dans différentes localités et différentes langues sur des thèmes variés ; des conférences, séminaires de lecture, groupes de parole, soirée d'information parents, ciné-débat, « Schnupperkurs », spectacle en plein air qui rythmeront l'année 2016.

Décembre 2015, les dernières images du film « **Le parcours du cœur battant ; 50 Joer Planning Familial** » sont tournées. Tribut à ses fondatrices et fondateurs, à ses président-e-s, mémoires de ses combats et de ses victoires, la première du film aura lieu le 22 février 2016.

## 2.4. Activités de recherche

Début décembre 2015, sous l'égide du Laboratoire National de Santé et de son service de surveillance des maladies infectieuses, le Planning débute sa participation au projet de recherche **PAPILLUX** sur la prévention du cancer du col de l'utérus, financé par le Fonds National de la Recherche. L'objectif est d'étudier si le programme luxembourgeois de vaccination contre les papillomavirus a un impact chez les femmes entre 18 et 30 ans. Il s'agit donc de tester l'efficacité des 2 vaccins sur le marché (CERVARIX et GARDASIL) en comparant la prévalence des HPV (Human Papillomavirus Humain) et en particulier de 2 d'entre eux (16 et 18) qui sont responsables de 70% des cancers de l'utérus, dans les 2 populations, vaccinée ou non.

## 2.5. Centre de référence national pour la promotion de la santé affective et sexuelle

Tout au long de l'année 2015, ensemble avec les représentant-e-s des 4 ministères qui ont signé la déclaration d'intention pour la promotion de la santé affective et sexuelle et les principaux acteurs de terrain (CPOS et HIVberodung), le Planning Familial a participé aux réflexions et travaux concernant le Centre National de Référence et en premier lieu sur son concept et dans un second temps sur sa gouvernance avec un focus sur le rôle et la position de l'association qui hébergera le Centre.



## 2.6. Merci

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, le Zonta Club Luxembourg Multiculturel, le Rotary Club Luxembourg-Vallées et tout spécialement cette année la Fondation pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle. La Fondation créée en 1985 par Madame Molitor-Peffer et dont elle assura la présidence jusqu'à son décès en 1999, fête ses 30 ans. A l'occasion de ce double anniversaire, la Fondation a fait preuve d'une très grande générosité en finançant le film des 50 ans du Mouvement et la représentation en 2016 du spectacle en plein air « Drive-In » qui mettra en scène les clients de la prostitution.

*Catherine Chéry, directrice, 7 juillet 2016*

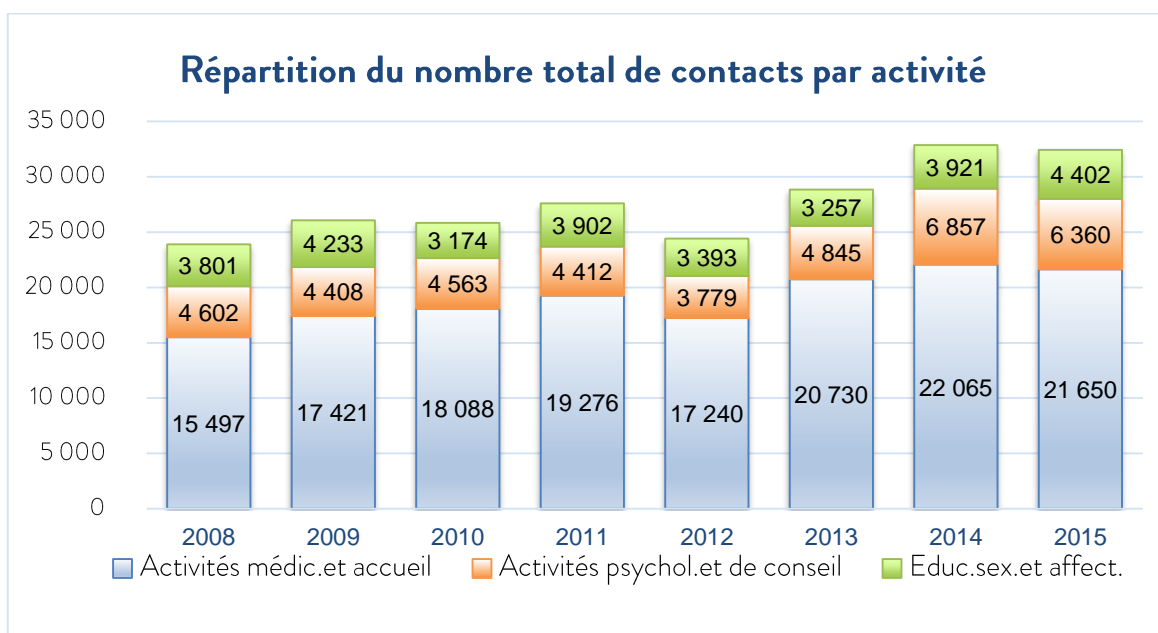


## 3. Les données globales

### 3.1. Contacts et consultations

En 2015, les 32 personnes de l'équipe, représentant 16 postes à temps complets dont 14,25 conventionnés par le Ministère de la Santé, ont répondu à 32.412 demandes/ contacts soit un niveau comparable à 2014 (32.832).

Luxembourg	19238 contacts - 7934 consultations
Esch-sur-Alzette	7769 contacts - 2987 consultations
Ettelbrück	5405 contacts - 2348 consultations

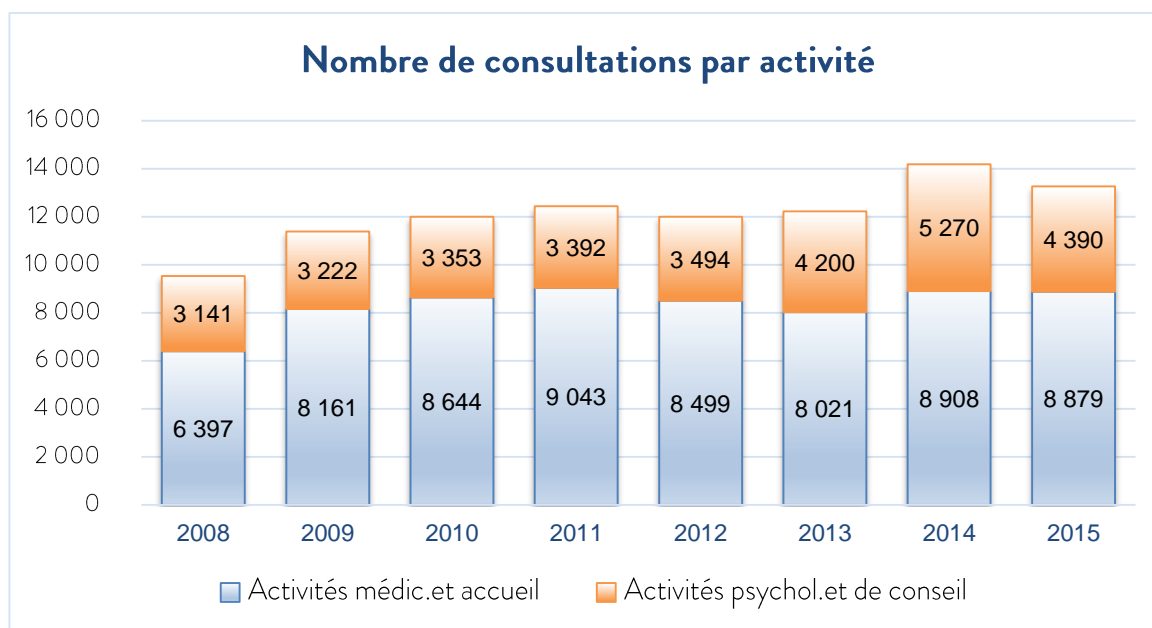


Le nombre de contacts englobe toutes les activités. Ces contacts se font par téléphone, par une visite aux centres, en consultations médicales et psychologiques, en conseil conjugal et familial, pré/post IVG, autour de la grossesse ou encore au cours d'une séance d'information sexuelle et affective, 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.). Les statistiques du service Education Sexuelle et Affective incluent les informations sexuelles et affectives données par l'accueil.

Les équipes médicale, psycho-sociale et de conseil ont presté 13.269 consultations pour 3.672 client(e)s. Ceci représente une diminution de 6 % tous centres et toutes activités confondus après une année 2014 qui avait témoigné du plus haut nombre de consultations jamais enregistré (14.176).

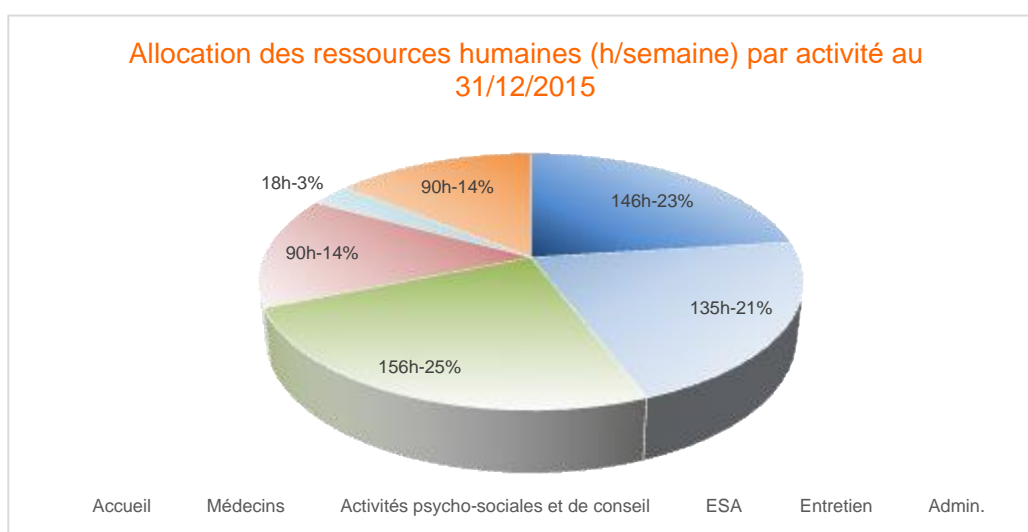
Activités médicales	8.879 consultations
Activités psycho-sociales et de conseil	4.390 consultations
<i>Psycho-social</i>	4.217 consultations
<i>Conseil Conjugal et Familial (CCF)</i>	185 consultations
<i>Conseil autour de la grossesse désirée ou non</i>	628 consultations



Le nombre de consultations est resté stable au niveau médical. Il a diminué de 450 (- 11 %) pour les consultations psychologiques et de 428 (- 41%) pour les consultation pré- et post-IVG que la nouvelle loi ne rend plus obligatoires.

Les activités d'éducation sexuelle et affective ont progressé de 12%, soit 4.402 personnes formées ou informées.

### 3.2. Ressources humaines



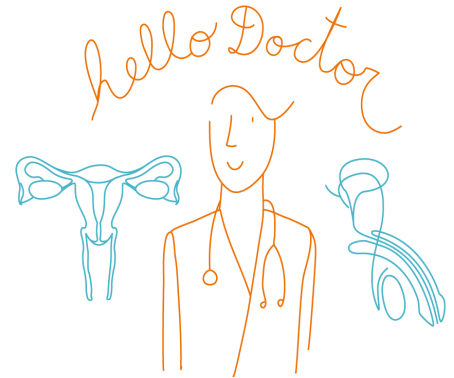
La part d'activité réalisée par les différents services n'est pas forcément en relation avec les ressources investies en personnel car les activités en sont diversement consommatrices. En effet, il faut bien plus de temps pour prester 1 consultation psychologique que médicale ou qu'informer 1 personne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

En 2015, le Planning dispose de 16,05 postes à temps complets dont 14,25 conventionnés. Ils sont répartis sur 30 employé(e)s, 25 femmes (83,3%) et 5 hommes (16,7%) ainsi que 2 étudiantes, soit 32 collaboratrices/collaborateurs.

**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<sup>ème</sup> conférence mondiale sur les femmes de Pékin en 1995*).



### 4.1. Notre mission générale

Notre rôle consiste à mettre des consultations médicales à disposition d'adultes, seuls ou en couple, ou d'adolescent-e-s, autour de la contraception, de la contraception d'urgence, du diagnostic de grossesse et éventuellement son suivi pour un temps limité, des troubles des règles, du dépistage des infections sexuellement transmissibles pour les garçons et les filles, dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, de la stérilité, du bilan gynécologique, de la ménopause et de la prise en charge des grossesses non désirées.

### 4.2. Organisation des soins

Le Planning Familial est ouvert à tous les publics, masculins ou féminins, sans distinction d'âge et de revenus, mais nous nous efforçons surtout d'accueillir prioritairement les personnes vulnérables :

- Les adolescents et les jeunes adultes au début de leur vie sexuelle ;
- Les personnes issues de l'immigration récente ;
- Les personnes en situation précaire sur le plan socio-économique ou psycho-affective ;
- Les personnes en situation de handicap ;
- Les personnes en situation d'addiction.

Notre équipe médicale se compose de 8 médecins et nous disposons de cabinets équipés avec des appareils d'échographie dans chaque bureau. Cependant, 3 échographes, dont ceux d'Esch et Ettelbruck, mis en fonctionnement il y a plus de 7 ans, devraient être renouvelés. Des échographies pelviennes sont réalisées aux moindres signes d'appel clinique et pour dater les grossesses. Ils représentent une aide indispensable au diagnostic. Les 3 cabinets de Luxembourg disposent de nouvelles chaises gynécologiques très ergonomiques. En revanche à Esch et Ettelbruck, elles datent de 2002 et il est grand temps qu'elles soient remplacées. Les demandes budgétaires ont été faites auprès de notre nouveau ministère de tutelle.

Nous sommes 2 médecins à pratiquer les colposcopies et un 2ème appareil nous faciliterait la prise en charge colposcopique de nos patientes.

L'accueil des patient-e-s est assuré par une équipe de secrétaires particulièrement dévouées et très bien formées à l'écoute des patient-e-s. Afin de garantir une réponse rapide et efficace aux patient-e-s dont la situation peut être instable, nous proposons un accueil avec et sans rendez-vous.

Nous travaillons de manière interdisciplinaire en étroite collaboration avec l'équipe de psychologues et l'équipe ESA impliquée dans l'éducation sexuelle et affective. Les échanges qui en résultent et la synergie de compétences permettent d'assurer et d'améliorer la prise en charge des patient-e-s qui viennent consulter au centre.

D'autre part, depuis quelques mois toute l'équipe médicale s'active pour mettre à jour toutes les procédures en se référant aux recommandations actuelles. C'est un long mais indispensable travail qui permet de garantir une prise en charge de qualité à nos patient-e-s. Nous poursuivrons cette démarche au cours de chacune de nos réunions médicales, avec l'appui de Kathrin Greif, responsable de l'accueil.

### 4.3. Nos activités quotidiennes

Le centre médical a pratiqué 8.879 consultations médicales. La prévention représente 61.5% des raisons de consultation :

- 20 % des consultations sont consacrées à la contraception ;
- 24 % des consultations sont consacrées au dépistage ;
- 17.5% des consultations sont consacrées à l'information.

#### 4.3.1. La contraception

Notre travail de médecin s'oriente régulièrement sur la mise en route de la contraception et la surveillance de son bon déroulement.

Les différentes méthodes de contraception sont expliquées aux patientes.

L'examen gynécologique pelvien chez les adolescentes et jeunes adultes n'est pas nécessaire s'il n'y a pas de signe d'appel clinique. Cet examen intrusif pour le corps où il faut de surcroît se mettre à nu au sens propre comme au sens figuré est souvent redouté par ce public. Il peut même malheureusement être un frein à cet accès à la contraception.

L'interrogatoire sur les antécédents médicaux et familiaux à la recherche de facteurs de risques vasculaires permet une prescription médicale adaptée à ces jeunes patientes.

Dans les cas les plus classiques une contraception hormonale combinée de 2<sup>ème</sup> génération est prescrite.

Si un événement vasculaire est survenu chez la patiente ou dans son entourage du 1<sup>er</sup> degré une pilule microprogestative sera choisie.

Les oublis de pilule sont toujours abordés en consultation et une contraception d'urgence sera prescrite de façon concomitante à la prescription de pilule.

Actuellement on note de la part des patientes une certaine peur des hormones et une réticence à la prise de pilule. Il devient alors important de passer du temps à leur expliquer les différentes méthodes de contraception non hormonales possibles et efficaces. Entre autres, le stérilet n'est pas une contre-indication chez les femmes nullipares.

#### 4.3.2. Les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles sont en augmentation depuis les années 1990. Non traitées elles peuvent entraîner de graves complications comme la stérilité ou la grossesse extra-utérine alors que le dépistage en est simple et les traitements courts et efficaces.

Plusieurs examens en permettent le dépistage :

- Le frottis cervico-vaginal ;
- Les prélèvements vaginaux ou urinaires ;
- Les tests sanguins.

Leur prévention repose sur l'utilisation du préservatif masculin ou féminin. En cas d'infection avérée il faut dans la mesure du possible traiter le partenaire. Les infections gonococciques continuent d'augmenter depuis 10 ans. Leurs complications peuvent être graves.

L'infection à chlamydiae trachomatis est l'IST bactérienne la plus fréquente entre 16 et 24 ans. Cette infection passe le plus souvent inaperçue car il y a très peu de symptômes. Le dépistage et le traitement sont pourtant simples et efficaces.

#### 4.3.3. La colposcopie

Les infections à papillomavirus sont totalement asymptomatiques. Seuls les frottis cervicaux en permettent le dépistage. Des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus peuvent ainsi être mises en évidence.

#### 4.3.4. La prise en charge des grossesses non désirées.

Elle représente un peu moins de 2% des raisons de consultations, mais nécessite du temps d'écoute et une participation active de toute l'équipe du Planning. La cliente doit obtenir un 1<sup>er</sup> rendez-vous de consultation très rapide. Plus l'IVG intervient tôt, plus le risque de complication est faible. Les complications et les échecs de la méthode sont pris en charge par le CHL avec qui nous avons signé une convention.

Les IVG médicales se font au centre de Luxembourg jusqu'à 49 jours depuis les dernières règles c'est-à-dire 5 semaines de grossesse. En général 4 consultations médicales sont nécessaires :

- 1<sup>ère</sup> consultation faite par un gynécologue-obstétricien pour détermination du siège et de l'âge de la grossesse ;
- Prise de la mifégyne, médicament qui arrête la grossesse;
- Prise du misoprostol, médicament qui provoque l'expulsion – échographie de sortie afin de vérifier le succès de la méthode;
- Visite de contrôle.

Depuis janvier 2015, la consultation psycho-sociale n'est plus obligatoire, sauf pour les mineures, mais nous l'offrons systématiquement. Alors si la femme le souhaite, elle permet de mettre des mots sur cet épisode de vie, de réexpliquer les modalités de la prise en charge médicale, de ré-aborder la place de la contraception.

#### Des choix en toute connaissance de cause pour les patientes.

Par des entretiens individualisés, une écoute bienveillante et attentive, 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 et à contrôler sa propre vie dans un but de responsabilisation.

Nous essayons d'accompagner au mieux nos clientes dans le choix de leur contraception, leur désir ou non de grossesse, de participer à l'autonomisation des adolescentes dans leur période de grand changement pubertaire et à les aider à devenir actrices de leur vie, à prendre confiance en elles.

Nous les aidons à accéder à une meilleure connaissance de leur corps et à une sexualité épanouie.

Un suivi médical sérieux et rigoureux tant sur le plan physique que psychique de nos patientes reste une priorité.

#### 4.4. Un centre de référence

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

Toute l'équipe du Planning y participe.

Toutes les informations faites par l'équipe ESA dans les collèges, les lycées, les diverses institutions restent indispensables pour promouvoir les messages de prévention et rappeler le sens d'une relation amoureuse, du respect de l'autre, la protection de son intimité.

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 nos patientes.

Voilà quels ont été durant toute cette année 2015 les grands axes de notre réflexion et les points essentiels de notre activité au quotidien, dans un esprit d'équipe et d'échange au service de la cause des femmes.

*Dr Brigitte Marchand, directrice médicale, pour toute l'équipe médicale*

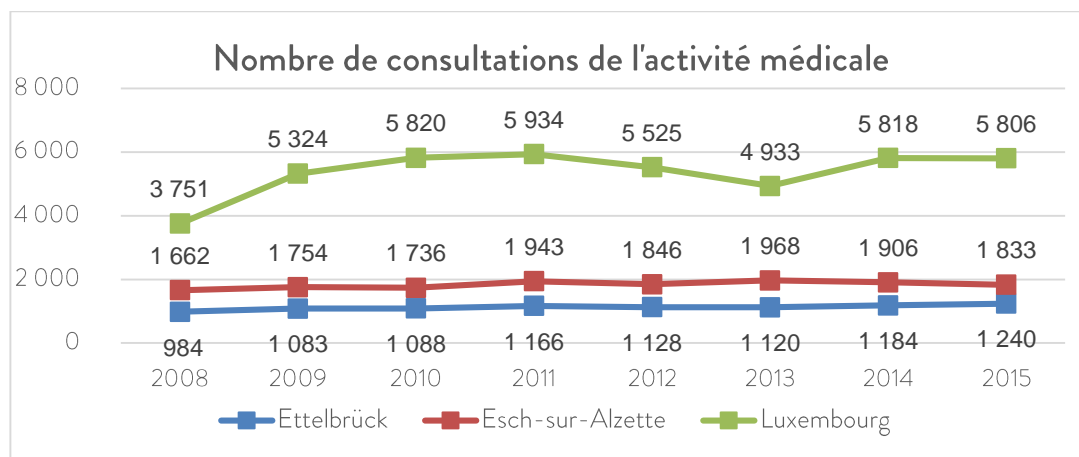
## 4.5. Données sur l'activité médicale

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

Les 8 médecins en poste en 2015 représentant 3.75 postes à temps complet, ont presté 8.879 consultations pour 2.830 client(e)s dont 1.304 étaient nouvelles/nouveaux, soit 46%. La proportion des nouvelles clientes est très élevée en raison du nombre de femmes venant au Planning Familial à la survenance d'une grossesse non désirée, à savoir 738 en 2015. 11.056 rendez-vous (RDV) avaient été pris, 2.177 n'ont pas été observés, ce qui revient à 1 personne sur 5.



Les 3,75 postes n'ont pas été occupés pendant toute l'année (maladie, recrutement), bridant la croissance attendue du nombre de consultations.

Tous centres confondus, les activités médicales se sont certes maintenues au niveau élevé de l'année 2014 mais 1.8% au-dessous du pic enregistré en 2011. Il y a des variations selon les centres.

#### Luxembourg : 0%

La croissance de 11% enregistrée au 1er semestre a été absorbée par la baisse des ressources médicales au 2ème semestre. Le remplacement d'un gynécologue-obstétricien a pris 6 mois.

#### Esch sur Alzette : - 4%

L'absence pour maladie d'un médecin au cours du 1er semestre a eu un impact sur les consultations par rapport à la même période de 2014. La décision de rajouter au 2ème semestre 6 heures de consultations médicales au centre d'Esch n'a pas pu entrer en vigueur en raison de la perte de ressources médicales sur Luxembourg. Une forte demande est là mais le manque de ressources se fait aussi sentir au niveau des heures de secrétariat qui sont plafonnées à 30 heures depuis une vingtaine d'années, bridant l'offre de consultations. La demande budgétaire pour obtenir 10 heures d'ouverture est faite depuis plusieurs années, sans succès.

#### Ettelbruck : + 5%

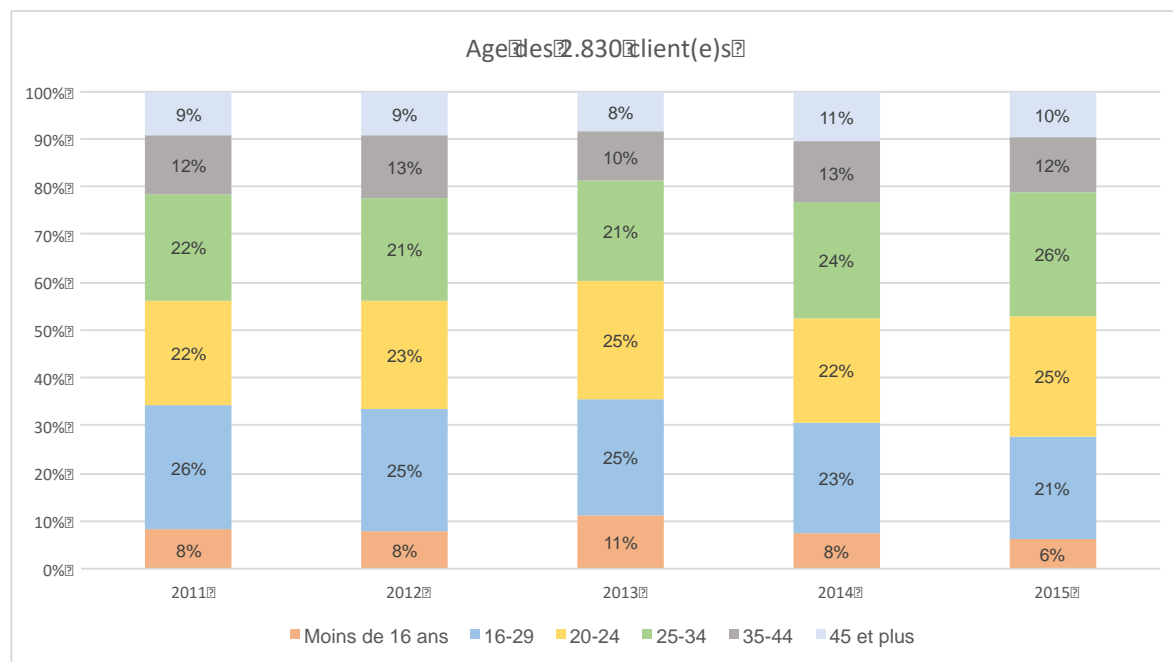
L'augmentation des ressources médicales depuis le dernier trimestre 2014, à savoir une 4ème demi-journée de consultations, a généré une croissance de 9% au 1er semestre qui n'a pas pu être maintenue à 100% en raison d'un transfert d'heures nécessaires au centre de Luxembourg pour assurer la continuité de l'offre IVG.

## 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	Planning
Moins de 16 ans	4,2%	9,5%	7,4%	6,3%
16-29	18,6%	22,0%	27,1%	21,5%
20-24	25,5%	21,8%	28,2%	25,3%
<b>&lt; 25 ans</b>	<b>48,3%</b>	<b>53,3%</b>	<b>62,7%</b>	<b>53,0%</b>
25-34	31,8%	19,4%	19,6%	25,8%
35-44	12,1%	11,7%	10,2%	11,6%
45 et plus	7,7%	15,6%	7,5%	9,6%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Les moins de 25 ans, avec 53% sont les plus nombreux dans nos consultations. Globalement, cette proportion a baissé depuis quelques années (60% en 2013). Il y a des différences sensibles selon les centres. Ettelbruck est devenu le plus jeune de nos centres ; 62,7% ont moins de 25 ans. La proportion des moins de 16 ans est la plus élevée à Esch avec 9,5%.

**53% de nos clientes peuvent bénéficier du remboursement à 80% de certains moyens de contraception.**

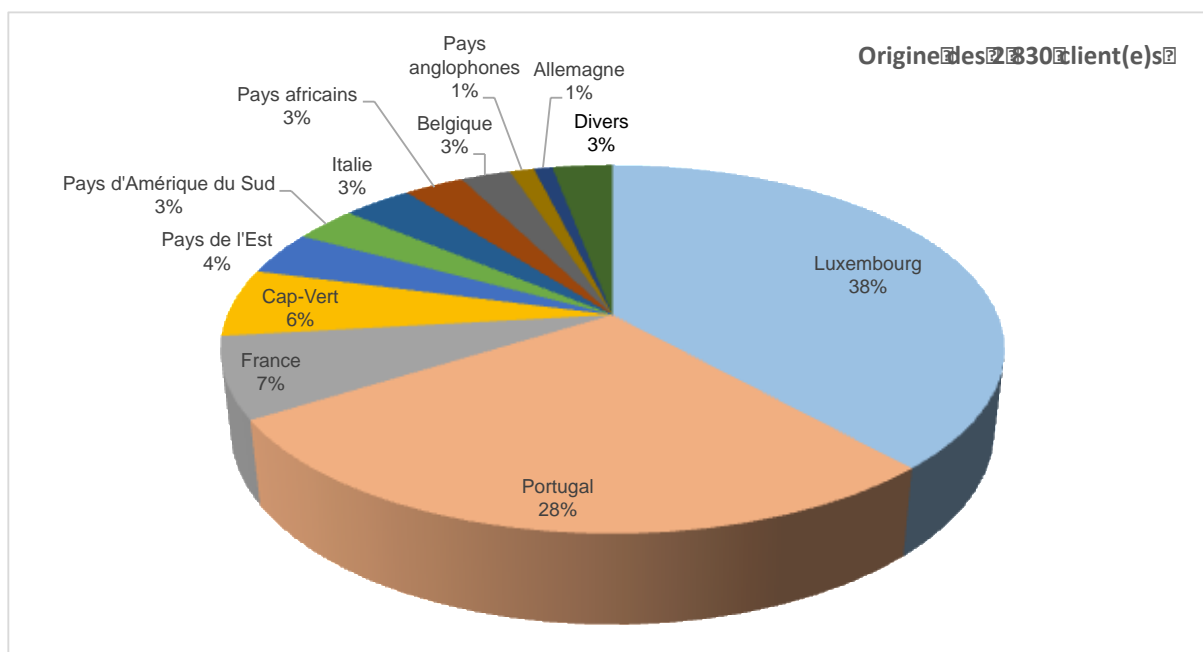


75% sont célibataires et 70% n'ont pas d'enfant. 43% sont en cours d'étude. 11% se trouvent dans une situation précaire (situation de recherche d'emploi indemnisée ou non) et 4,6% n'ont pas de caisse de santé (en hausse).

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 ?

La proportion de client-e-s luxembourgeois-es baisse régulièrement. Elle a passé sous la barre des 40% cette année : 38,3%. Elle atteint tout juste encore 50% à Ettelbruck. 1 client-e sur 3 est portugais-e ou cap-verdien-ne, voire davantage à Esch, le solde étant partagé entre une quarantaine de nationalités. Les médecins des centres parlent l'anglais qui s'avère, de plus en souvent, être la langue commune. Des traductions portugaises sont possibles à Esch et Luxembourg. Les populations réfugiées, surtout des femmes irakiennes ou syriennes, viennent accompagnées d'un(e) traducteur/traductrice.



### 4.5.3. Les raisons de consultation

61,5% motifs de visite restent du domaine de la prévention :

- Le dépistage : 24% - en hausse notoire
- La contraception : 20%
- Les demandes d'information: 17,5%

L'IVG est une raison marginale de consultation (1,8%) mais consomme relativement plus de ressources car elle nécessite des consultations longues, méticuleuses et répétées (au minimum 4 pour une IVG médicale).

26% des 2.830 clientes du PF ont consulté pour une grossesse non planifiée.

Raisons de consultation	Nbre 2015	%	Nbre 2014	%	Nbre 2013	%
-------------------------	-----------	---	-----------	---	-----------	---

Contraception	7.180	17,6%	6.996	18,9%	8.240	23,6%
Contraception urgence	913	2,2%	1.017	2,8%	1.349	3,9%
Tests de grossesse	1.753	4,3%	1.860	5,0%	2.002	5,7%
Consultations pour suivi de grossesse	151	0,4%	173	0,5%	112	0,3%
Demandes d'IVG	738	1,8%	722	2,0%	643	1,8%
IVG	651	1,6%	665	1,8%	619	1,8%
Informations sexuelles et reproductives	7.066	17,3%	7.513	20,3%	7049	20,2%
Autres informations - références externes	65	0,2%	199	0,5%	166	0,5%
Dépistage cancéreux (cervical)	3.016	7,4%	2.756	7,5%	2.739	7,8%
Vaccination HPV	81	0,2%	82	0,2%	114	0,3%
Screening HPV	508	1,2%	289	0,8%	38	0,1%
Dépistage Chlamydiae	2.115	5,2%	599	1,6%	743	2,1%
Dépistage HIV/SIDA	873	2,1%	691	1,9%	515	1,5%
Dépistage autres MST	896	2,2%	809	2,2%	764	2,2%
Dépistage mammaire	2.298	5,6%	1.848	5,0%	1.353	3,9%
Programme mammographie	95	0,2%	87	0,2%	129	0,4%
Examens gynécologiques	3.691	9,0%	3.633	9,8%	3.653	10,4%
Echographie	4.286	10,5%	3.475	9,4%	2.106	6,0%
Tests urinaires (interne)	339	0,8%	448	1,2%	313	0,9%
Autres examens	3.142	7,7%	2.002	5,4%	1.286	3,7%
Biopsie	35	0,1%	28	0,1%	9	0,0%
Colposcopie	116	0,3%	45	0,1%	12	0,0%
Consultation ménopause	228	0,6%	155	0,4%	91	0,3%
Consultation masculine	33	0,1%	53	0,1%	30	0,1%
Consultations adolescentes	431	1,1%	647	1,8%	846	2,4%
Viols / abus sexuels	11	0,0%	16	0,0%	4	0,0%
Stérilités/infertilités	39	0,1%	32	0,1%	14	0,0%
Sexualité	98	0,2%	56	0,2%	4	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	20	0,0%	40	0,1%	29	0,1%
<b>Total</b>	<b>40.868</b>	<b>100%</b>	<b>36.936</b>	<b>100%</b>	<b>34.972</b>	<b>100%</b>

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 et prévention

#### 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 et screening HPV réalisés augmente régulièrement avec l'augmentation du nombre de nos patientes, 3.605 en 2015, soit une hausse de 15%.

L'acquisition d'un nouveau colposcope nous a permis de réaliser 116 colposcopies couplées à 35 biopsies. Ces colposcopies sont demandées uniquement en cas de frottis anormal.

Sur 2581 frottis entre 06/2014 (date de début des frottis sur milieu liquide) et 12/2015, 324 frottis montraient des anomalies :

- 107 frottis ascus;
- 176 frottis lsil;
- 7 frottis asch;
- 34 frottis hsil;

Ceci représente 12,5% de frottis lésionnel (source : LNS)

Environ 15 patientes ont été confiées à nos collègues chirurgiens pour des lésions dysplasiques sévères du col (cin2 et cin3) et une patiente pour un carcinome épidermoïde du col.

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 53% de nos patientes.

Entre juin 2014 et décembre 2015, 2129 recherches de Chlamydiae ont été demandées, ce qui représente un accroissement considérable par rapport aux années précédentes. Les résultats ont montré 154 positifs (LNS).

Le dépistage du gonocoque a été réalisé sur 2283 patients et 31 patientes avaient un résultat positif (LNS).

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 2015, le Planning a prescrit un dépistage à 873 personnes, soit une hausse de 26%.

#### 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 2015, 95 femmes ont été incluses dans le programme et 2.298 examens ont été pratiqués hors programme, soit 25% de plus qu'en 2014.

#### 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. 81 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.

Le Gouvernement a pris les mesures inverses et a rétréci au 1er janvier 2015 la fenêtre de vaccination.

Le programme de vaccination ne s'adressera plus qu'aux jeunes filles âgées de 11 à 13 ans inclus. Il est composé de 2 doses du seul vaccin CERVARIX.

#### La contraception

La contraception est un pilier de l'activité et représente **20 % des consultations** et c'est la meilleure façon d'éviter les grossesses non désirées et donc le recours à l'avortement. Cela s'explique aisément au regard de la « jeunesse » de nos clientes. **28% ont moins de 20 ans et 53% 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 (75%) 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 implants) 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  
En 2015, 68% des grossesses non désirées concernent des femmes de plus de 25 ans...  
Pour une politique responsable de prévention des grossesses non désirées, les contraceptifs à longue action devraient absolument être pris en charge, comme annoncée dans le programme gouvernemental.

## II. Le suivi de grossesse

Cette activité est marginale mais complète l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive offerts. Nous ne faisons pas de suivi au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre et adressons nos clientes auprès de la maternité et du gynécologue de leur choix. Pour les femmes ne bénéficiant **pas de caisse de santé (4,6%)**, nous assurons le suivi jusqu'au moment où le relais est pris par les services sociaux des maternités du pays. En 2015, les gynécologues-obstétriciennes ont presté **151 consultations pour suivi de grossesse**.

## III. Les interruptions de grossesse

Même si le rôle principal du Planning Familial est la prévention ainsi que l'information sexuelle et affective, le taux zéro IVG est impossible et ce même si toutes les femmes utilisaient un moyen de contraception. Un accès à ce service doit donc être garanti au Luxembourg puisque l'IVG est légale pour toute femme qui en fait la demande dans un délai de 12 semaines.

### Tendance et répartition géographique

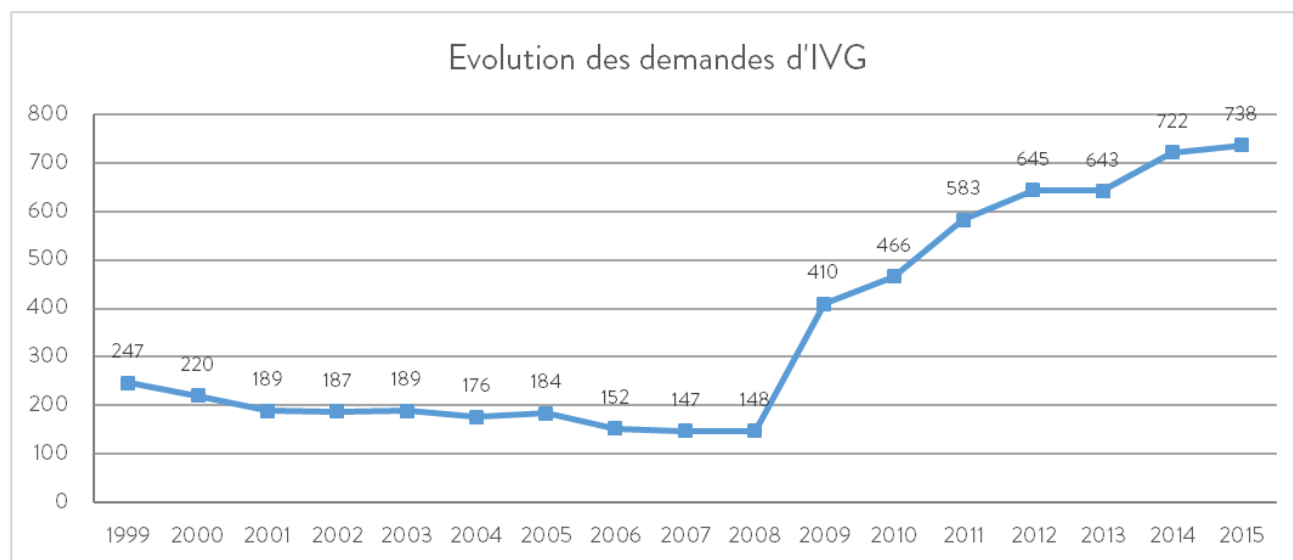
Depuis 2009, l'équipe médicale du Planning Familial pratique l'IVG médicale dans son centre de Luxembourg. Le Planning dispose d'un agrément délivré par le Ministère de la Santé et d'une convention avec le CHL qui prévoit la prise en charge immédiate de toutes complications et échecs éventuels de l'IVG par voie médicamenteuse.

Depuis 2009, le Planning Familial a pratiqué **3.027 IVG médicales dans son centre de Luxembourg**.

Jusqu'en 2008, les demandes d'IVG faites à nos centres s'étaient stabilisées à une moyenne de 150 par année, non pas que les situations de grossesse non désirée n'étaient pas là, mais les femmes savaient que le Planning ne pouvait pas directement les aider mais seulement leur indiquer la voie de l'étranger ; pour les femmes informées, le Planning n'aurait alors été qu'une étape de plus sur leur long parcours jusqu'aux Pays-Bas ou en Belgique. Mais depuis que le Planning Familial offre une possibilité d'IVG médicale (2009) et surtout depuis le vote de la loi de 2012 puis de 2014 libéralisant l'avortement, de plus en plus de demandes d'IVG font surface au Luxembourg.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Demandes d'IVG	ND	ND	ND	583	645	643	722	738
<i>Décision de poursuivre la grossesse</i>	ND	ND	ND	27	24	7	17	20
Demandes d'IVG confirmées	ND	ND	466	556	621	636	705	718
<i>Venues pour IVG (1ère consultation) puis ne se sont plus représentées (IVG ailleurs, changement avis?)</i>	-	-	ND	22	4	10	25	32
<i>Fausse couche/grossesse extra-utérine/grossesse arrêtée</i>	-	-	18	13	7	7	15	35
S/total recours à l'IVG non nécessaire	-	-	18	35	11	17	40	67
<b>IVG</b>	<b>148</b>	<b>410</b>	<b>448</b>	<b>521</b>	<b>610</b>	<b>619</b>	<b>665</b>	<b>651</b>
IVG à l'Etranger	148	165	63	58	52	59	26	17
IVG au Luxembourg	0	245	385	463	558	560	639	634
<i>Dont IVG au PF Luxembourg (85% en 2015)</i>	<i>0</i>	<i>245</i>	<i>366</i>	<i>441</i>	<i>507</i>	<i>389</i>	<i>527</i>	<i>552</i>
% IVG au Luxembourg	0%	60%	86%	89%	91%	90%	96%	97%
% IVG adressées à l'Etranger	100%	40%	14%	11%	9%	10%	4%	3%
Nombre moyen d'IVG par semaine au Planning	ND	4,7	7,0	8,5	9,8	9,7*	10,1	10,6
Age grossesse à l'IVG	ND	ND	5,7	5,2	4,2	6,5	5,1	4,9

\*En 2013, la moyenne des IVG par semaine a été calculée sur la durée où le Planning a pu pratiquer des IVG (40 semaines). La loi de 2012 imposant l'intervention d'un gynécologue obstétricien tout au long de la procédure, le service a été interrompu pendant 3 mois, le temps de trouver un spécialiste.



La hausse des demandes d'IVG ne témoigne 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 tels que fausses -couches et curetages. Les IVG rapatriées et IVG dévoilées ont donc fait grossir les chiffres depuis 2009.

En effet, dans le même temps, les centres partenaires à l'étranger (le groupe CASA et la clinique de Heemstede aux Pays-Bas), le Planning Familial de Rochefort en Belgique, le CHR de Thionville-Metz ont reporté de moins en moins d'avortements faits pour le compte de résidentes luxembourgeoises.

Le taux d'IVG pratiquées à l'étranger (via le Planning Familial) est tombé de 100% en 2008 à 40% en 2009 et finalement 2,6% en 2015. Ces chiffres confirment l'effet vases communicants. L'IVG libéralisée ne fait pas

augmenter leur nombre mais améliore les conditions de l'IVG et la santé des femmes. En effet, cela fait baisser l'âge moyen de la grossesse au moment de l'IVG : 4,9 semaines sur toutes les demandes d'IVG faites au Planning. C'est un progrès estimable en matière de santé publique, d'équité entre les femmes et de droits sexuels et reproductifs en général.

Demandes/IVG via le Planning Familial	2015		2014	
Centre	IVG	%	IVG	%
Planning Familial: IVG MED (7 SA)	552	84,8%	527	79,2%
PF / CHL LUX : IVG CHIR (14 SA)	77	11,8%	80	12,0%
PF / KIRCHBERG		0,0%	2	0,3%
PF / CHdN	4	0,6%	13	2%
Lux autres	1	0,2%	17	2,5%
<b>Total Luxembourg</b>	<b>634</b>	<b>97,4%</b>	<b>639</b>	<b>96%</b>
France / Thionville		0,0%	3	0%
Belgique / Rochefort-Jemelle		0,0%		0%
NL-CASA Maastricht/Amsterdam	8	1,2%	11	2%
NL-Heemstede	1	0,2%		0%
NL-CASA Leiden	8	1,2%	11	2%
Allemagne		0,0%	1	0%
<b>Total Etranger via le Planning</b>	<b>17</b>	<b>2,6%</b>	<b>26</b>	<b>4%</b>
<b>IVG « totales »</b>	<b>651</b>	<b>100,0%</b>	<b>665</b>	<b>100,0%</b>

#### L'âge des grossesses au moment de l'IVG

**L'âge moyen des grossesses, tous centres confondus, s'établit à 4,9 semaines de grossesse en 2015**

En 2013, il avait augmenté à 6,5 semaines en raison de la discontinuité de l'offre au Planning Familial. 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.

La réactivité maximale du Planning est aussi un facteur qui contribue à abaisser l'âge moyen des grossesses.

**Le pourcentage de grossesse hors délais est en moyenne de 3,8% sur la période 2009- 2016**

En 2013, il avait augmenté à 10% en raison de la discontinuité de l'offre au Planning Familial.

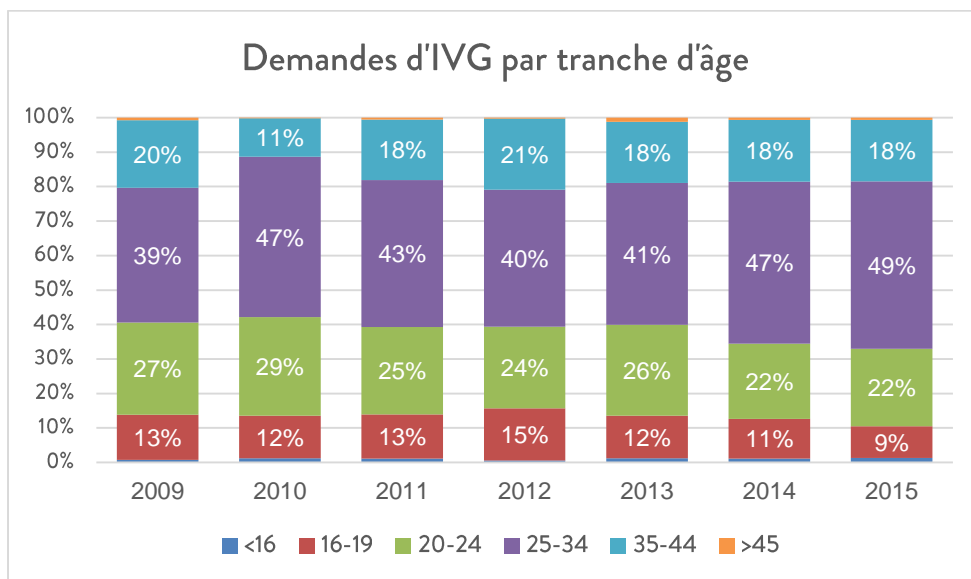
#### L'âge des femmes

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 2009-2015**

En 2015, la plus jeune femme avait 14 ans et la plus âgée, 47 ans. 8 jeunes femmes avaient moins de 16 ans, soit 1.3% et 38 en tout étaient mineures, soit 6.4% du total. Les extrêmes constatés pendant la période 2009-2016 sont 12 ans et 49 ans.

**68% des femmes ont plus de 25 ans en 2015 et la moyenne sur la période 2009-2015 est de 62.2%**



### 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. Depuis 2014, les taux ont augmenté à 35% puis 37% en 2015, comparé à une moyenne de 27% sur les 5 précédentes années. Est-ce un effet de la double nationalité ?

origine géographique des femmes	2015	Remarques
Luxembourg	37%	Ex-UE15: 71%
Portugal	18%	
Autres Ex-EU15	16%	
Cap-Vert	6%	Port/Cap-Vert : 24%
Pays de l'Est	4%	
Afrique	7%	
Amérique du Sud	1%	
Autres	10%	
Total	100%	

### 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 (période 2009-2015) :

- 60 % des femmes ne vivent pas en couple :
  - Elles sont 16% à vivre seule avec leurs enfants ;
  - Elles sont 22% à vivre chez leurs parents.
- 19% sont en cours d'études
- ⇒ Situations peu propices à l'accueil d'un enfant
- 45% n'ont pas d'enfant, 28,5% ont 2 enfants et plus.

#### Leur situation socio-professionnelle est tout aussi diversifiée :

Toutes les catégories sociales sont représentées. Mais à la lumière de nos observations, nous pouvons



dire qu'un nombre croissant de femmes frappant à la porte du Planning Familial sont en situation précaire et se trouvent dans des situations multi-complexes, pas de logement, peu ou pas de revenus, violences, pas de travail stable ou des tâches très réduites.

Sur la période 2009 -2015, la raison n°1 conduisant à interrompre la grossesse est l'absence de revenus suffisants.

### Les raisons d'une grossesse non désirée

54% des femmes utilisaient un moyen de contraception moderne en moyenne sur 6 années d'observation.

#### Quelques raisons qui expliquent les échecs de contraception :

- Norme contraceptive « inadaptée » (contraception mal adaptée à l'âge, au style et aux conditions de vie)
  - combinée à des préjugés concernant la pose d'un stérilet à une femme qui n'a pas encore eu d'enfants ;
  - combinée à une mauvaise accessibilité pour toutes les femmes de plus de 25 ans
  - combinée au fait qu'aucune méthode contraceptive à longue action (stérilet, implant) n'est remboursée, quelque soit l'âge alors que ce sont les plus efficaces :
    - 60% prenait la pilule
    - 1% avait un stérilet
- Manque d'information ou mauvaise information (problème de compréhension – délivrance d'informations incomplètes, inadaptées : âge, langue ?) ;
  - 7,1% des femmes avaient pris un médicament (antibiotiques) ayant une interaction avec la contraception
- Manque d'information et de compréhension vis-à-vis de la contraception d'urgence ;

#### Quelques raisons qui expliquent l'absence de contraception :

- Pas de partenaire
- Pas de partenaire régulier
- Partenaire violent
- Pression familiale, religieuse ou venant du partenaire
- 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 contraception)

Il faut garder à l'esprit que les études internationales HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) montrent que les jeunes luxembourgeois-es sont parmi celles et ceux qui ont le plus de mal à dialoguer avec leurs parents.

Pour les jeunes filles, le coût d'une visite médicale et d'une contraception non prise en charge, si elles ont besoin de confidentialité vis-à-vis des parents, est très élevé en dehors du Planning Familial.

### Conclusions

Les statistiques 2015 confortent les observations des 5 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.

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.

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.

Les données collectées restent des données partielles concernant les clientes du Planning Familial et ne peuvent pas suffire à elles seules pour évaluer l'efficacité des politiques de santé publique et des mesures de prévention mise en œuvre ni les adapter pour en augmenter l'impact.

Cela fait maintenant 10 ans que le Planning Familial réclame, à chaque fois que l'occasion lui est donné et sans succès, une enquête nationale sur la santé sexuelle et reproductive

## 4.6. Chiffres de l'activité médicale

Statistiques médicales 2015 - Tous centres	2015		2014		2013	
I. Données générales	Nbre	Var.	Nbre	Var.	Nbre	Var.
Nombre de contacts	21.650	-1,9%	22.065	6,4%	20.730	20,2%
Nombre de contacts téléphone	17.508	19,0%	14.718	89,7%	7.757	
Nombre de contacts mail						
Nombre de clients	2.830	-6,7%	3.033	9,7%	2.765	0,3%
Clients nouveaux	1.304	-6,9%	1.400	14,2%	1.226	-17,7%
RDV non observés	2.177	4,9%	2.076	26,7%	1.639	28,0%
Nombre de consultations	8.879	-0,3%	8.908	11,2%	8.013	-5,7%
II. Nationalités / origines	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg	1.085	38,3%	1.258	41,5%	1.273	46,0%
France	201	7,1%	212	7,0%	183	6,6%
Belgique	70	2,5%	57	1,9%	60	2,2%
Allemagne	26	0,9%	19	0,6%	24	0,9%
Portugal	784	27,7%	790	26,0%	681	24,6%
Cap-Vert	169	6,0%	180	5,9%	187	6,8%
Italie	96	3,4%	88	2,9%	59	2,1%
Pays anglophones	34	1,2%	38	1,3%	21	0,8%
Pays d'Amérique du Sud	88	3,1%	93	3,1%	73	2,6%
Pays de l'Est	109	3,9%	115	3,8%	87	3,1%
Pays africains	84	3,0%	79	2,6%	47	1,7%
Divers	84	3,0%	104	3,4%	70	2,5%
III. Age	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans	178	6,3%	234	7,6%	309	11,2%
16-19	608	21,5%	702	22,9%	678	24,5%
<b>Sous-Total moins de 20 ans</b>	<b>786</b>	<b>27,8%</b>	<b>936</b>	<b>30,6%</b>	<b>987</b>	<b>35,7%</b>
20-24	715	25,3%	673	22,0%	683	24,7%
25-34	730	25,8%	735	24,0%	574	20,8%
<b>Sous-Total 20-34 ans</b>	<b>1.445</b>	<b>51,1%</b>	<b>1.408</b>	<b>46,0%</b>	<b>1.257</b>	<b>45,5%</b>
35-44	327	11,6%	393	12,8%	288	10,4%
45 et plus	272	9,6%	322	10,5%	233	8,4%
<b>Sous-Total plus de 35 ans</b>	<b>599</b>	<b>21,2%</b>	<b>715</b>	<b>23,4%</b>	<b>521</b>	<b>18,8%</b>
IV. Etat civil	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire	2.102	74,3%	2.229	73,5%	1.800	65,1%
Marié(e) ou partenariat	551	19,5%	579	19,1%	710	25,7%
Divorcé(e) ou séparé(e)	164	5,8%	204	6,7%	234	8,5%
Veuf(ve)	13	0,5%	21	0,7%	21	0,8%
V. Enfants	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0	1.968	69,5%	2.080	68,6%	1.923	69,5%
1	352	12,4%	389	12,8%	363	13,1%
2	277	9,8%	339	11,2%	306	11,1%
3	165	5,8%	154	5,1%	119	4,3%
4 et plus	68	2,4%	71	2,3%	54	2,0%

VI. Couverture sociale	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Oui	2.700	95,4%	2.916	96,1%	2.669	96,5%
Non	130	4,6%	117	3,9%	96	3,5%
VII. Occupation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Etudes	1.206	42,6%	1.264	41,7%	1.168	42,2%
Travail	1.066	37,7%	1.163	38,3%	1.175	42,5%
Recherche d'emploi indemnisée	143	5,1%	182	6,0%	131	4,7%
Recherche d'emploi non indemnisée	160	5,7%	162	5,3%	86	3,1%
Au foyer	209	7,4%	187	6,2%	171	6,2%
Retraite	46	1,6%	75	2,5%	34	1,2%
VIII. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	1.525	53,9%	1.665	54,9%	1.539	55,7%
Famille	565	20,0%	577	19,0%	624	22,6%
médias	138	4,9%	112	3,7%	72	2,6%
Institutions scolaires	232	8,2%	208	6,9%	231	8,4%
Institutions sociales	83	2,9%	99	3,3%	50	1,8%
Médecins	130	4,6%	125	4,1%	100	3,6%
Interne Planning	147	5,2%	237	7,8%	136	4,9%
Police	5	0,2%	4	0,1%	0	0,0%
Divers	5	0,2%	6	0,2%	13	0,5%
IX. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	7.180	17,6%	6.996	18,9%	8.240	23,6%
Contraception urgence	913	2,2%	1.017	2,8%	1.349	3,9%
Tests de grossesse	1.753	4,3%	1.860	5,0%	2.002	5,7%
Consultations pour suivi de grossesse	151	0,4%	173	0,5%	112	0,3%
Demande d'IVG	738	1,8%	722	2,0%	643	1,8%
IVG	651	1,6%	665	1,8%	619	1,8%
Informations sexuelles et reproductives	7.066	17,3%	7.513	20,3%	7.049	20,2%
Autres informations (toutes les ref. externes ou informat° données qui ne concernent pas directement le travail du PF)	65	0,2%	199	0,5%	166	0,5%
Dépistage cancéreux (cervical)	3.016	7,4%	2.756	7,5%	2.739	7,8%
Vaccination HPV	81	0,2%	82	0,2%	114	0,3%
Screening HPV	508	1,2%	289	0,8%	38	0,1%
Dépistage Chlamydiae	2.115	5,2%	599	1,6%	743	2,1%
Dépistage HIV/SIDA	873	2,1%	691	1,9%	515	1,5%
Dépistage autres MST	896	2,2%	809	2,2%	764	2,2%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	2.298	5,6%	1.848	5,0%	1.353	3,9%
Programme mammographie	95	0,2%	87	0,2%	129	0,4%
Examens gynécologiques	3.691	9,0%	3.633	9,8%	3.653	10,4%
IX. Raisons de consultation (suite)	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Echographie	4.286	10,5%	3.475	9,4%	2.106	6,0%
Tests urinaires (interne)	339	0,8%	448	1,2%	313	0,9%
Autres examens	3.142	7,7%	2.002	5,4%	1.286	3,7%
Biopsie	35	0,1%	28	0,1%	9	0,0%
Colposcopie	116	0,3%	45	0,1%	12	0,0%
Consultation ménopause	228	0,6%	155	0,4%	91	0,3%
Consultation masculine	33	0,1%	53	0,1%	30	0,1%
Consultations adolescentes	431	1,1%	647	1,8%	846	2,4%
Viols / abus sexuels	11	0,0%	16	0,0%	4	0,0%
Stérilités/infertilités	39	0,1%	32	0,1%	14	0,0%
Sexualité	98	0,2%	56	0,2%	4	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	20	0,0%	40	0,1%	29	0,1%
<b>Total</b>	<b>40.868</b>	<b>100,0%</b>	<b>36.936</b>	<b>100,0%</b>	<b>34.972</b>	<b>100,0%</b>
XI. Contraception d'urgence : détail			Nbre	%	Nbre	%
Pilule du lendemain - 72H	790	86,5%	855	84,1%	1.104	81,8%
Pilule du lendemain - 120 H	123	13,5%	162	15,9%	245	18,2%

Statistiques médicales 2015 - Luxembourg		2015		2014		2013	
I. Données générales		Nbre	Var.	Nbre	Var.	Nbre	Var.
Nombre de contacts		11.435	-5,9%	12.157	1,2%	12.010	38,5%
Nombre de contacts téléphone		10.599	18,9%	8.915	14,9%	7.757	
Nombre de contacts mail		1.379		616			
Nombre de clients		1.449	-13,1%	1.668	27,9%	1304	6,4%
Clients nouveaux		743	-16,0%	884	38,1%	640	-22,8%
RDV non observés		1.292	8,8%	1.187	29,9%	914	26,9%
Nombre de consultations		5.806	-0,2%	5.818	18,1%	4.925	-10,9%
II. Nationalités / origines		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg		524	36,2%	666	39,9%	590	45,2%
France		129	8,9%	143	8,6%	102	7,8%
Belgique		40	2,8%	33	2,0%	35	2,7%
Allemagne		17	1,2%	15	0,9%	19	1,5%
Portugal		358	24,7%	379	22,7%	291	22,3%
Cap-Vert		70	4,8%	88	5,3%	85	6,5%
Italie		44	3,0%	49	2,9%	29	2,2%
Pays anglophones		29	2,0%	38	2,3%	19	1,5%
Pays d'Amérique du Sud		63	4,3%	73	4,4%	31	2,4%
Pays de l'Est		76	5,2%	82	4,9%	52	4,0%
Pays africains		45	3,1%	45	2,7%	19	1,5%
Divers		54	3,7%	57	3,4%	32	2,5%
III. Age		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans		61	4,2%	58	3,5%	196	15,0%
16-19		269	18,6%	335	20,1%	294	22,5%
Sous-Total moins de 20 ans		330	22,8%	393	23,6%	490	37,6%
20-24		370	25,5%	374	22,4%	327	25,1%
25-34		461	31,8%	502	30,1%	302	23,2%
Sous-Total 20-34 ans		831	57,3%	876	52,5%	629	48,2%
35-44		176	12,1%	253	15,2%	105	8,1%
45 et plus		112	7,7%	146	8,8%	80	6,1%
Sous-Total plus de 35 ans		288	19,9%	399	23,9%	185	14,2%
IV. Etat civil		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire		1.083	74,7%	1.229	73,7%	772	59,2%
Marié(e) ou partenariat		253	17,5%	302	18,1%	362	27,8%
Divorcé(e) ou séparé(e)		107	7,4%	128	7,7%	159	12,2%
Veuf(ve)		6	0,4%	9	0,5%	11	0,8%
V. Enfants		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0		977	67,4%	1.081	64,8%	854	65,5%
1		217	15,0%	272	16,3%	211	16,2%
2		150	10,4%	200	12,0%	163	12,5%
3		76	5,2%	82	4,9%	49	3,8%
4 et plus		29	2,0%	33	2,0%	27	2,1%

VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	910	62,8%	1.063	63,7%	819	62,8%
Famille	173	11,9%	202	12,1%	247	18,9%
médias	111	7,7%	81	4,9%	52	4,0%
Institutions scolaires	65	4,5%	55	3,3%	58	4,4%
Institutions sociales	35	2,4%	26	1,6%	14	1,1%
Médecins	100	6,9%	89	5,3%	68	5,2%
Interne Planning	53	3,7%	151	9,1%	44	3,4%
Police	1	0,1%	1	0,1%	0	0,0%
Divers	1	0,1%	0	0,0%	2	0,2%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	4.453	18,4%	3.990	19,0%	4.262	22,6%
Contraception urgence	489	2,0%	465	2,2%	633	3,4%
Tests de grossesse	895	3,7%	861	4,1%	1.016	5,4%
Consultations pour suivi de grossesse	116	0,5%	129	0,6%	98	0,5%
Informations sexuelles et reproductives	4.511	18,6%	4.836	23,0%	4.083	21,7%
Autres informations (toutes les références externes)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dépistage cancéreux (cervical)	1.728	7,1%	1.495	7,1%	1.527	8,1%
Vaccination HPV	34	0,1%	31	0,1%	64	0,3%
Screening HPV	26	0,1%	20	0,1%	10	0,1%
Dépistage Chlamydiae	1.474	6,1%	440	2,1%	655	3,5%
Dépistage HIV/SIDA	837	3,5%	609	2,9%	467	2,5%
Dépistage autres MST	772	3,2%	617	2,9%	491	2,6%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	1.499	6,2%	1.164	5,5%	886	4,7%
Programme mammographie	58	0,2%	49	0,2%	90	0,5%
Examens gynécologiques	2.003	8,3%	2.053	9,8%	2.113	11,2%
Echographie	3.520	14,5%	2.991	14,2%	1.659	8,8%
Tests urinaires (interne)	67	0,3%	86	0,4%	138	0,7%
Autres examens	1.444	6,0%	975	4,6%	433	2,3%
Biopsie	34	0,1%	28	0,1%	6	0,0%
Colposcopie	106	0,4%	43	0,2%	5	0,0%
Consultation ménopause	83	0,3%	58	0,3%	75	0,4%
Consultation masculine	29	0,1%	41	0,2%	28	0,1%
Consultations adolescentes	32	0,1%	29	0,1%	94	0,5%
Viols / abus sexuels	6	0,0%	9	0,0%	3	0,0%
Stérilités/infertilités	3	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Sexualité	0	0,0%	8	0,0%	3	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	0	0,0%	4	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>24.219</b>	<b>100,0%</b>	<b>21.036</b>	<b>100,0%</b>	<b>18.844</b>	<b>100,0%</b>

Statistiques médicales 2015 - Esch	2015		2014		2013	
I. Données générales	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts	6.244	1,3%	6.166	16,5%	5.294	3,4%
Nombre de contacts téléphone	4.927	6,2%	4.640		0	
Nombre de contacts mail	718		0			
Nombre de clients	692	5,2%	658	2%	791	-3,5%
Clients nouveaux	288	9,5%	263	-23,3%	343	-10,0%
RDV non observés	585	2,8%	569	29,9%	438	33,5%
Nombre de consultations	1.833	-3,8%	1.906	-3,2%	1.968	6,6%
II. Nationalités / origines	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg	215	31,1%	212	32,2%	299	37,8%
France	48	6,9%	52	7,9%	64	8,1%
Belgique	15	2,2%	12	1,8%	18	2,3%
Allemagne	4	0,6%	0	0,0%	1	0,1%
Portugal	236	34,1%	224	34,0%	221	27,9%
Cap-Vert	55	7,9%	53	8,1%	61	7,7%
Italie	37	5,3%	22	3,3%	20	2,5%
Pays anglophones	4	0,6%	0	0,0%	1	0,1%
Pays d'Amérique du Sud	20	2,9%	15	2,3%	36	4,6%
Pays de l'Est	15	2,2%	15	2,3%	20	2,5%
Pays africains	30	4,3%	23	3,5%	23	2,9%
Divers	13	1,9%	30	4,6%	27	3,4%
III. Age	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans	66	9,5%	118	17,9%	51	6,4%
16-19	152	22,0%	158	24,0%	190	24,0%
<b>Sous-Total moins de 20 ans</b>	<b>218</b>	<b>31,5%</b>	<b>276</b>	<b>41,9%</b>	<b>241</b>	<b>30,5%</b>
20-24	151	21,8%	112	17,0%	166	21,0%
25-34	134	19,4%	112	17,0%	161	20,4%
<b>Sous-Total 20-34 ans</b>	<b>285</b>	<b>41,2%</b>	<b>224</b>	<b>34,0%</b>	<b>327</b>	<b>41,3%</b>
35-44	81	11,7%	70	10,6%	116	14,7%
45 et plus	108	15,6%	88	13,4%	107	13,5%
<b>Sous-Total plus de 35 ans</b>	<b>189</b>	<b>27,3%</b>	<b>158</b>	<b>24,0%</b>	<b>223</b>	<b>28,2%</b>
IV. Etat civil	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire	498	72,0%	455	69,1%	537	67,9%
Marié(e) ou partenariat	157	22,7%	153	23,3%	213	26,9%
Divorcé(e) ou séparé(e)	32	4,6%	45	6,8%	35	4,4%
Veuf(ve)	5	0,7%	5	0,8%	6	0,8%
V. Enfants	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0	473	68,4%	445	67,6%	550	69,5%
1	64	9,2%	63	9,6%	93	11,8%
2	70	10,1%	85	12,9%	85	10,7%
3	62	9,0%	40	6,1%	42	5,3%
4 et plus	23	3,3%	25	3,8%	21	2,7%



VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	314	45,4%	298	45,3%	412	52,1%
Famille	183	26,4%	173	26,3%	203	25,7%
médias	9	1,3%	7	1,1%	6	0,8%
Institutions scolaires	86	12,4%	63	9,6%	73	9,2%
Institutions sociales	24	3,5%	38	5,8%	12	1,5%
Médecins	12	1,7%	13	2,0%	13	1,6%
Interne Planning	58	8,4%	58	8,8%	66	8,3%
Police	4	0,6%	3	0,5%	0	0,0%
Divers	2	0,3%	5	0,8%	6	0,8%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	1.409	16,8%	1.567	20,8%	2.414	28,1%
Contraception urgence	258	3,1%	334	4,4%	475	5,5%
Tests de grossesse	554	6,6%	647	8,6%	662	7,7%
Consultations pour suivi de grossesse	30	0,4%	37	0,5%	9	0,1%
Informations sexuelles et reproductives	126	1,5%	207	2,8%	861	10,0%
Autres informations (toutes les références externes)	0	0,0%	80	1,1%	12	0,1%
Dépistage cancéreux (cervical)	791	9,4%	787	10,5%	756	8,8%
Vaccination HPV	27	0,3%	32	0,4%	22	0,3%
Screening HPV	482	5,7%	269	3,6%	27	0,3%
Dépistage Chlamydiae	603	7,2%	126	1,7%	69	0,8%
Dépistage HIV/SIDA	25	0,3%	55	0,7%	35	0,4%
Dépistage autres MST	24	0,3%	51	0,7%	251	2,9%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	533	6,4%	422	5,6%	317	3,7%
Programme mammographie	27	0,3%	26	0,3%	33	0,4%
Examens gynécologiques	1.016	12,1%	963	12,8%	978	11,4%
Echographie	493	5,9%	330	4,4%	329	3,8%
Tests urinaires (interne)	230	2,7%	321	4,3%	151	1,8%
Autres examens	1.149	13,7%	561	7,5%	538	6,3%
Biopsie	0	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Colposcopie	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%
Consultation ménopause	132	1,6%	82	1,1%	10	0,1%
Consultation masculine	1	0,0%	4	0,1%	2	0,0%
Consultations adolescentes	343	4,1%	537	7,1%	599	7,0%
Viols / abus sexuels	3	0,0%	7	0,1%	0	0,0%
Stérilités/infertilités	32	0,4%	24	0,3%	3	0,0%
Sexualité	97	1,2%	48	0,6%	1	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	0	0,0%	0	0,0%	18	0,2%
<b>Total</b>	<b>8.385</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.517</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.582</b>	<b>100,0%</b>

Statistiques médicales 2015 - Ettelbrück	2015		2014		2013	
I. Données générales	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%	Nbre	Var/%
Nombre de contacts	3.971	6,1%	3.742	9,2%	3.426	-0,6%
Nombre de contacts téléphone	1.982	70,4%	1.163		0	
	259		150			
Nombre de clients	689	-2,5%	707	5,5%	670	-5,6%
Clients nouveaux	273	7,9%	253	4,1%	243	-12,9%
RDV non observés	300	-6,3%	320	11,5%	287	23,7%
Nombre de consultations	1.240	4,7%	1.184	5,7%	1.120	-0,7%
II. Nationalités / origines	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Luxembourg	346	50,2%	380	53,7%	384	57,3%
France	24	3,5%	17	2,4%	17	2,5%
Belgique	15	2,2%	12	1,7%	7	1,0%
Allemagne	5	0,7%	4	0,6%	4	0,6%
Portugal	190	27,6%	187	26,4%	169	25,2%
Cap-Vert	44	6,4%	39	5,5%	41	6,1%
Italie	15	2,2%	17	2,4%	10	1,5%
Pays anglophones	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Pays d'Amérique du Sud	5	0,7%	5	0,7%	6	0,9%
Pays de l'Est	18	2,6%	18	2,5%	15	2,2%
Pays africains	9	1,3%	11	1,6%	5	0,7%
Divers	17	2,5%	17	2,4%	11	1,6%
III. Age	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 16 ans	51	7,4%	58	7,9%	62	9,3%
16-19	187	27,1%	209	28,5%	194	29,0%
<b>Sous-Total moins de 20 ans</b>	<b>238</b>	<b>34,5%</b>	<b>267</b>	<b>36,4%</b>	<b>256</b>	<b>38,2%</b>
20-24	194	28,2%	187	25,5%	190	28,4%
25-34	135	19,6%	121	16,5%	111	16,6%
<b>Sous-Total 20-34 ans</b>	<b>329</b>	<b>47,8%</b>	<b>308</b>	<b>42,0%</b>	<b>301</b>	<b>44,9%</b>
35-44	70	10,2%	70	9,5%	67	10,0%
45 et plus	52	7,5%	88	12,0%	46	6,9%
<b>Sous-Total plus de 35 ans</b>	<b>122</b>	<b>17,7%</b>	<b>158</b>	<b>21,6%</b>	<b>113</b>	<b>16,9%</b>
IV. Etat civil	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Célibataire	521	75,6%	545	77,1%	491	73,3%
Marié(e) ou partenariat	141	20,5%	124	17,5%	135	20,1%
Divorcé(e) ou séparé(e)	25	3,6%	31	4,4%	40	6,0%
Veuf(ve)	2	0,3%	7	1,0%	4	0,6%
V. Enfants	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0	518	75,2%	554	78,4%	519	77,5%
1	71	10,3%	54	7,6%	59	8,8%
2	57	8,3%	54	7,6%	58	8,7%
3	27	3,9%	32	4,5%	28	4,2%
4 et plus	16	2,3%	13	1,8%	6	0,9%

VI. Mode de recrutement	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients, amis	301	43,7%	304	43,0%	308	46,0%
Famille	209	30,3%	202	28,6%	174	26,0%
médias	18	2,6%	24	3,4%	14	2,1%
Institutions scolaires	81	11,8%	90	12,7%	100	14,9%
Institutions sociales	24	3,5%	35	5,0%	24	3,6%
Médecins	18	2,6%	23	3,3%	19	2,8%
Interne Planning	36	5,2%	28	4,0%	26	3,9%
Police	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Divers	2	0,3%	1	0,1%	5	0,7%
VII. Raisons de consultation	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Contraception	1.318	19,2%	1.439	20,6%	1.564	24,9%
Contraception urgence	166	2,4%	218	3,1%	241	3,8%
Tests de grossesse	304	4,4%	352	5,0%	324	5,2%
Consultations pour suivi de grossesse	5	0,1%	7	0,1%	5	0,1%
Informations sexuelles et reproductives	2.429	35,3%	2.470	35,3%	2.105	33,5%
Autres informations (toutes les références externes)	65	0,9%	119	1,7%	154	2,5%
Dépistage cancéreux (cervical)	497	7,2%	474	6,8%	456	7,3%
Vaccination HPV	20	0,3%	19	0,3%	28	0,4%
Screening HPV	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Dépistage Chlamydiae	38	0,6%	33	0,5%	19	0,3%
Dépistage HIV/SIDA	11	0,2%	27	0,4%	13	0,2%
Dépistage autres MST	100	1,5%	141	2,0%	22	0,4%
Dépistage mammaire (y compris examen des seins)	266	3,9%	262	3,7%	150	2,4%
Programme mammographie	10	0,1%	12	0,2%	6	0,1%
Examens gynécologiques	672	9,8%	617	8,8%	562	8,9%
Echographie	273	4,0%	154	2,2%	118	1,9%
Tests urinaires (interne)	42	0,6%	41	0,6%	24	0,4%
Autres examens	549	8,0%	466	6,7%	315	5,0%
Biopsie	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Colposcopie	10	0,1%	2	0,0%	0	0,0%
Consultation ménopause	13	0,2%	15	0,2%	6	0,1%
Consultation masculine	3	0,0%	8	0,1%	0	0,0%
Consultations adolescentes	56	0,8%	81	1,2%	153	2,4%
Viols / abus sexuels	2	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Stérilités/infertilités	4	0,1%	3	0,0%	6	0,1%
Sexualité	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Référence externe (faite par les médecins)	20	0,3%	36	0,5%	11	0,2%
<b>Total</b>	<b>6.875</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.996</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.284</b>	<b>100,0%</b>

## 5. Entretiens autour de la grossesse désirée ou non

mon corps  
ma vie  
mes choix  
mes droits

En 2015, l'entretien jusqu'alors obligatoire avant toute Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) devient une offre (grâce à la Loi du 17/12/2014 portant modification de la Loi du 15/11/1978) et reconnaît enfin à la femme son libre arbitre en matière de procréation.

En revanche, l'entretien pour une jeune femme mineure en demande d'IVG reste obligatoire et cette dernière a la possibilité de garder le secret envers son représentant légal en mandatant un majeur qu'elle aura désigné. Cette personne signe et par là-même s'engage réellement à accompagner la mineure tout au long de la procédure d'IVG et même au-delà. Nous vérifions systématiquement que cette personne désignée ait bien conscience de ce à quoi elle souscrit. Nous encourageons toujours en premier lieu ces jeunes-filles à parler à un de leur parent et ce n'est donc qu'après mûre réflexion et discussion qu'elles décident de choisir un majeur qui partagera ce secret. Il est aisé de comprendre qu'il peut être difficile pour ces adolescentes, de confier leur vie intime à un parent qui, parfois, les voit encore comme sa toute petite-fille...

Pour bon nombre de femmes, l'entretien qui n'était jusqu'alors qu'une formalité imposée par le législateur et à laquelle elles se pliaient, bon an mal an, à la règle....l'obligation d'un entretien psycho-social subi, se transforme ainsi en une offre d'espace de parole possible librement consenti.

\* Notons que dans le centre d'Ettelbrück, le nombre d'entretiens pré-IVG a moins diminué que ceux prestés dans la capitale ; une des explications semble être le fait que notre accueillante, conseillère conjugale et familiale effectue également les entretiens. Après un premier contact chaleureux établi, la femme en demande d'IVG est peut-être plus encline à revoir cette même personne pour un entretien ultérieurement.

Les femmes qui ont éprouvé le besoin de s'emparer de cette offre facultative d'entretien, l'ont fait librement et cela leur a permis d'exprimer leurs émotions, leurs sentiments à un professionnel empathique et non jugeant.

Quelquefois cet entretien a fait émerger des aspects enfouis de leur histoire, qui « grâce » à cette grossesse non désirée les a amenées à pouvoir être orientées vers une collègue psychologue pour un suivi approfondi ou une prise en charge thérapeutique. La problématique n'est donc pas l'IVG en elle-même. En fait, l'IVG a eu un effet de catalyseur qui a mis en lumière une souffrance antérieure. Le travail en pluridisciplinarité au sein de l'équipe du Planning prend ici tout son sens.

Certaines femmes sont dans l'ambivalence quant au devenir de leur grossesse : c'est dans ce cas de figure que l'entretien (voire parfois plusieurs) avec la conseillère, va leur permettre de faire le point sur leur situation du moment et de trouver pour elles-mêmes et leur entourage la solution la plus envisageable. Alors, cette écoute bienveillante va permettre aux femmes d'amorcer un travail de séparation avec cette grossesse qui s'est annoncée sans être désirée, de faire le deuil de cet enfant imaginaire, de parler du refus de maternité, de re-questionner la contraception, le couple,.....etc.

Même si les femmes n'éprouvent pas le besoin d'un entretien au moment de leur décision d'interrompre leur grossesse, nous les informons qu'à tout moment ultérieur, elles sont les bienvenues au Planning si le besoin de reparler de cet événement se fait ressentir. Que ce soit dans un avenir relativement proche ou plus lointain, l'offre leur est acquise et elles repartent avec la certitude d'avoir ce lieu d'écoute à leur disposition. Il peut arriver, lors de certains événements de la vie des femmes (deuil, naissance, séparation, etc.) qu'une certaine fragilité ressurgisse, liée peut-être à une IVG mal vécue ou non-dite ; les femmes savent alors qu'elles peuvent revenir vers nous et que l'équipe du Planning sera toujours là pour les écouter et les aider.

Hors contexte IVG, de nombreuses femmes sont venues ou revenues vers les conseillères du Planning lors de moments de vies problématiques (situations de détresses, de violences, etc.) ne sachant plus vers qui se tourner ....le Planning Familial a été identifié par elles, comme une porte à laquelle on peut frapper, où l'on est entendue sans être jugée et où l'on va tenter de trouver ensemble une solution.

L'arrivée de notre collègue assistante sociale à mi-temps à partir du mois d'octobre, a permis à toute l'équipe d'orienter les femmes en situations de détresse sociale voire financière, vers un professionnel expérimenté qui manquait jusqu'à lors au sein du Planning.

L'offre d'accueil, d'écoute et de prise en charge s'est ainsi étoffée, afin de pouvoir offrir à toutes les femmes qui passent le seuil de la porte du Planning une qualité de prise en compte de leurs diversités et de la multiplicité de leurs besoins.

\*\*\*

L'équipe est composée de 3 personnes, de profils différents mais complémentaires, psychologue-sexologue, infirmière spécialisée en prévention des risques et chargée d'éducation sexuelle et affective et enfin conseillère conjugale et familiale.

Il va sans dire que le nombre d'entretiens pré-IVG a considérablement chuté durant cette année 2015. 1 femme sur 2 a saisi cette offre que nous proposons systématiquement (328 entretiens sur 651 IVG). En revanche, le nombre d'entretiens pour des femmes venues après l'IVG ou la grossesse qu'elles ont décidée de garder a augmenté.

**L'équipe a répondu à 1.303 demandes et pris en charge 411 femmes face à une grossesse désirée ou non et presté en tout 628 consultations :**

- 328 entretiens préalables dont 28 obligatoires pour des jeunes femmes, et 7 post-IVG;
- 91 entretiens après l'IVG et autour de la grossesse, par exemple son incidence sur le couple, un nouvel équilibre à trouver dans la relation, etc. ;
- 202 suivis psychologiques et thérapeutiques dans le cas où la grossesse non désirée, l'IVG ont fait émergé d'autres problématiques, pas forcément liées à l'IVG, une souffrance antérieure, des violences conjugales, abus sexuels, dépression, deuils non réglés, mésestime de soi, solitude, etc.

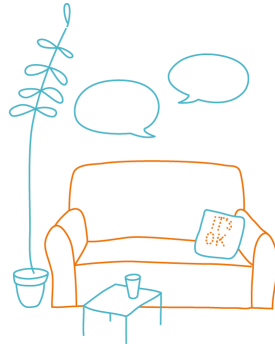
Le relais est aussi pris par le conseil familial et conjugal (CCF) qui a presté 185 consultations.

Certaines femmes ont été orientées vers d'autres structures telles que VISASI, le Foyer Ulyse ou Jugend an Drogen Hellef, etc.

45 compagnons/adultes de référence ont souhaité/dû prendre part, s'impliquer dans la problématique que vit le couple/la jeune fille à ce moment là. Ceci se fait en plus de l'entretien individuel avec la femme car in fine, c'est sa décision.

*Anne-Marie Antoine, Patricia Keller-Glod, Gisèle Schintgen*

## 6. Les activités psycho-sociales



### 6.1. Rapport

50 Jahre Planning Familial ein guter Anlass zu feiern. Auch die Psychologen im Planning haben Grund zu feiern, seit gut 35 Jahren bieten wir qualifizierte Beratung und Therapie an.

Die Schwerpunkte unserer Arbeit sind über die Jahre stabil geblieben. Wir bieten nach wie vor Einzel- oder Paartherapie rund um die Themen Beziehung und Sexualität an.

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

Insgesamt betreuten wir aktuell im Jahre 2015 sowohl in Einzel-, Paar – und Familientherapien 842 Ratsuchende. 80% der Ratsuchenden sind Frauen, 73 % sind älter als 25 Jahre. Es kam zu 3762 Konsultationen, dies bedeutet dass im Schnitt jede KlientIn zu vier bis fünf therapeutischen Sitzungen kam. Individuell variiert die Dauer der Therapie von einer einmaligen Beratungsstunde bis hin zu einer Langzeittherapie von über 20 Stunden

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

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

Zusätzlich zu der individuellen Arbeit haben wir als Team über 25 Jahre ein interessantes und vielfältiges Seminar –und Veranstaltungsprogramm gestaltet.

Arbeitete anfangs nur ein Psychologe, Marc Oberlé und eine Eheberaterin, Mme Gaby Delvaux, im Planning in der Stadt, wuchs das Team über die Jahre auf vier Kolleginnen und ein Kollege in den drei Zentren . Heute sind wir ein multidisziplinäres Team aus Psychologinnen und Beraterinnen. Neu ist seit Oktober die Mitarbeit einer Assistante sociale, Mme. Romaine Becker- Biren. Wir freuen uns über ihre Verstärkung in unserer Arbeit. So können wir noch differenzierter auf die Bedürfnisse der Klienten eingehen und eine umfassende Unterstützung anbieten.

Im Jahre 2015 ist unser geschätzter Kollege Helmut Gehle nach 33 Jahren Mitarbeit in die Pension gegangen. Er hat maßgeblich die Arbeit der Psychologen im Planning geprägt. Seine unermüdliche Energie hat wichtige Impulse für unsere Arbeit gesetzt. Wir wünschen ihm an dieser Stelle noch viele spannende Jahre und neue Projekte.

*Andrea Lehnart, Dipl.Psych. & app. Psych. Psychotherapeutin*

## 6.2. Enrichissement de la palette de compétences

De 5 psychologues (3 EPT) en début d'année, l'effectif s'est réduit à 4 psychologues pour 2,5 EPT à la suite d'un congé sans solde d'une année à partir de mai 2015 précédant un départ en pension en mai 2016. Le Planning Familial a décidé d'embaucher sur ce ½ poste vacant, une assistante sociale afin de soulager la consultation des psychologues de problématiques concrètes tels logement, statut légal, problèmes financiers, accès aux prestations de santé, etc. En effet, les clientes qui viennent consulter, font face bien souvent à des situations multi-complexes. Avec cette possibilité d'une prise en charge en marge de la consultation, les psychologues peuvent, depuis cette embauche au 1<sup>er</sup> octobre 2015, se concentrer sur la thérapie et le conseil.

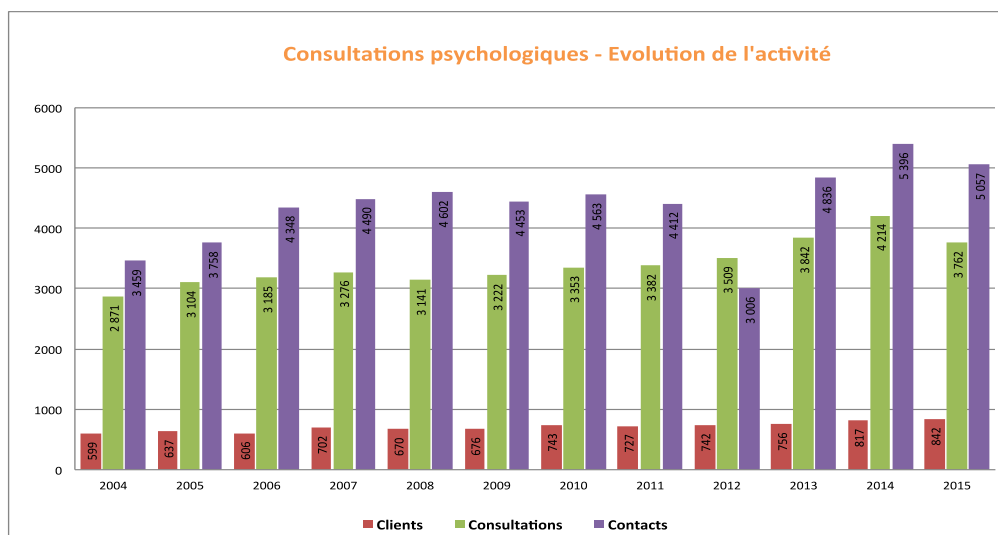
L'assistante sociale vient aussi en aide aux accueillantes qui sont saisies de questions de la part des clientes des autres services et qui rentrent dans son champ d'action. L'assistance sociale a véritablement complété la palette des compétences mises à disposition de nos client(e)s et nécessaires à une prise en charge globale.

L'éventail de la palette des offres comprend aussi au centre d'Ettelbruck les consultations d'une conseillère conjugale et familiale, qui assure également les entretiens autour de la grossesse désirée ou non (1/4 poste en tout).

## 6.3. Le volume d'activité

Ensemble, l'équipe des psychologues, assistante sociale et conseillère conjugale ont accueilli 842 client(e)s dont 499 sont nouveaux/velles. L'équipe a presté 3.762 consultations, soit une diminution de 11 % de l'activité, qui s'explique par un poste laissé vacant pendant 5 mois (soit 10% de l'effectif) et un démarrage progressif de la composante sociale du service.

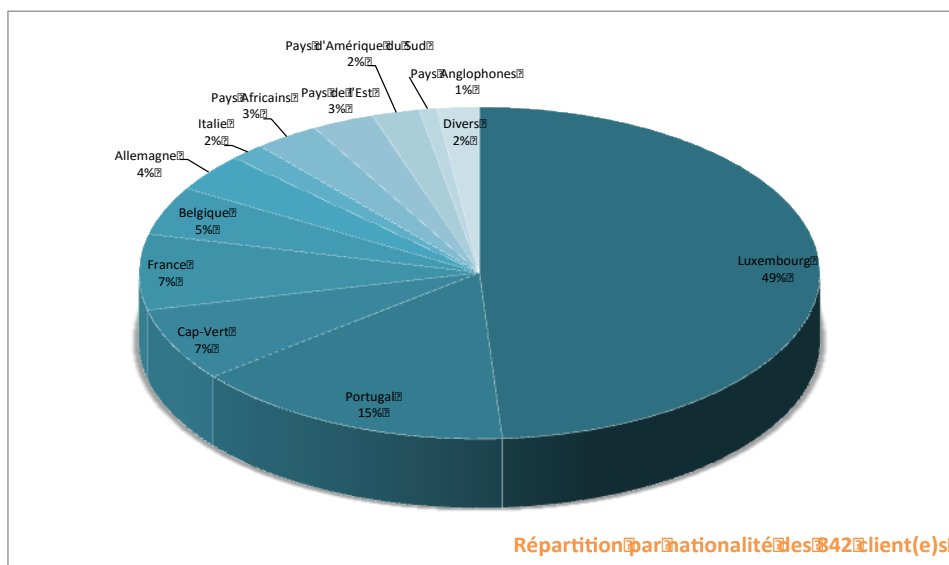
Depuis 2004, et sous le nombre et la pression de situations de plus en plus difficiles, les consultations ont augmenté de 31% avec les mêmes ressources humaines. Le temps d'intervention, de supervision et de formation doit néanmoins être préservé pour assurer une prise en charge égale et de qualité.



## 6.4. Les client(e)s du Planning Familial

La majorité de notre population est constituée de femmes (80%). Nos psychologues ont reçu 82 couples. Nous sommes toujours aussi choqué(e)s de voir dans quelle précarité peuvent vivre de certain(e)s de nos client(e)s. Il est alarmant d'entendre que certain(e)s d'entre elles/eux vivent avec leurs enfants au seuil de la pauvreté et ceci dans un des pays les plus riches d'Europe et du monde. 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 quasi 50% des client(e)s sont de nationalité luxembourgeoise, nous continuons à recevoir de plus en plus de personnes de nationalités différentes; 22% sont lusophones (portugais et cap-verdiens), 7% français, 5% belges, 4% allemands, et beaucoup d'autres de tous les continents. Ce multiculturalisme, facteur dont nous sommes très fier(e)s, fait partie de la grande richesse du Planning Familial qui est un endroit pour tout un chacun, sans distinction sociale, culturelle, financière, religieuse ou autre...

43% d'entre eux/elles viennent sur recommandation d'un membre de leur famille ou d'un(e) ami(e).

16% sont transféré(e)s par les autres services du Planning. Ceci montre la complémentarité des services offerts, la transversalité au sein de l'équipe et le caractère un peu unique du Planning Familial.

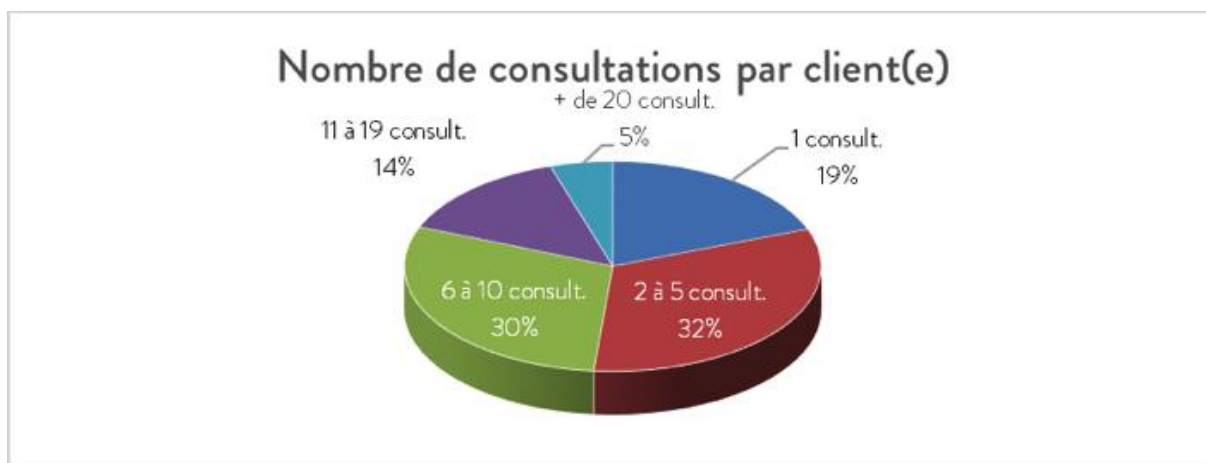
25 % des client(e)s nous sont adressé(e)s par les institutions scolaires, sociales ou les médecins.

Le recrutement par les medias représente 11%. La présence croissante du Planning Familial dans les medias a donc eu une influence positive sur la connaissance de nos activités et services par le public.

73% de nos client(e)s ont plus de 25 ans, pourcentage qui est resté relativement stable au cours des années.

## 6.5. Les consultations

Le taux de « renouvellement » des client(e)s est de 60% ce qui est un bon indice au niveau de la durée moyenne des thérapies ; 80% des thérapies ont eu une durée inférieure ou égale à 10 séances. Cependant, 5% des client(e)s bénéficient d'un suivi sur un plus long terme (plus de 20 consultations). Ces proportions s'avèrent plutôt constantes dans le temps.



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 et difficultés dans toutes les dimensions de vie. Nous constatons que les situations sont devenues plus complexes 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	2015	2014	2013	2012	2011
Violence sexuelle	84	5%	5%	7%	6%
Troubles sexuels	129	8%	6%	7%	8%
<b>Tous les problèmes sexuels</b>	<b>213</b>	<b>14%</b>	<b>11%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>
Problèmes relationnels	416	27%	28%	31%	29%
Dépressions	250	16%	19%	19%	21%
Angoisses, Panique	137	9%	9%	8%	8%
Problèmes psychosomatiques	80	5%	6%	4%	4%
Troubles de la personnalité	65	4%	3%	3%	0%
Traumatisme(s)	106	7%	5%	5%	7%
Conseil pré-post-IVG	35	2%	3%	3%	2%
Mobbing	22	1%	2%	3%	1%
Problèmes d'éducation	46	3%	6%	5%	4%
Troubles alimentaires	21	1%	2%	1%	1%
Trans-sexualité	14	1%	1%	1%	0%
Divers	124	8%	6%	7%	8%
<b>Total</b>	<b>1.529</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

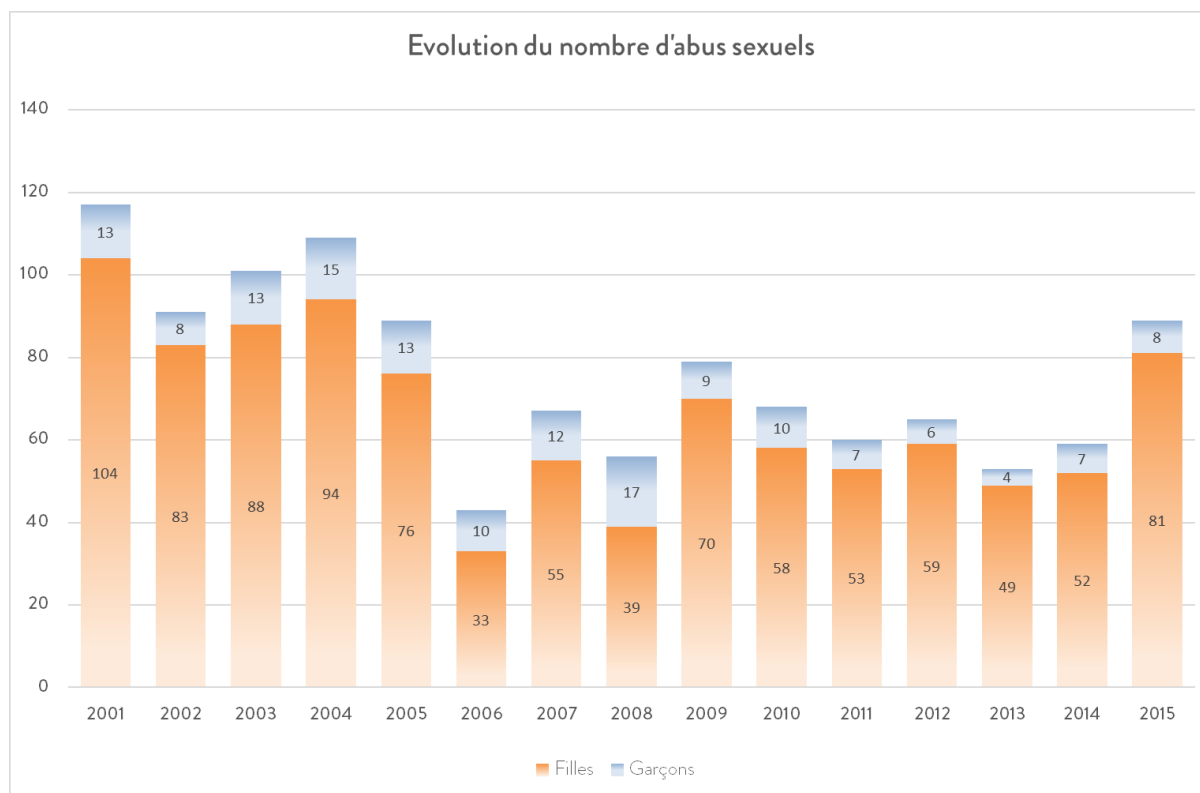
Nous avons vu au cours de ces dernières années les demandes de personnes diverses par rapport aux normes de sexe et genre se faire jour et prestons de plus en plus de consultations relative à cette thématique. Nous coopérons régulièrement avec Intersexe et TransGender Luxembourg (ITGL) ainsi que Cigale.

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'intervention 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.

## 6.6. 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. En 2015 nous avons été confrontés dans des proportions plus importantes à cette problématique lourde de conséquences pour les victimes et leur entourage : **89 personnes** ont bénéficié de notre soutien, dont **81 de sexe féminin (91%)** et 8 de sexe masculin. **24 cas d'abus sexuels se sont fait jour à la suite d'une situation de grossesse non désirée qui s'est donc avérée être un déclencheur.** C'est généralement à l'occasion d'entretiens demandés après l'IVG que ces situations sont révélées et alors directement prises en charge par les psychologues.

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.



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.

31,4% des personnes ont porté plainte, soit 28 d'entre elles. C'est plus 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 que l'on ne peut jamais forcer.

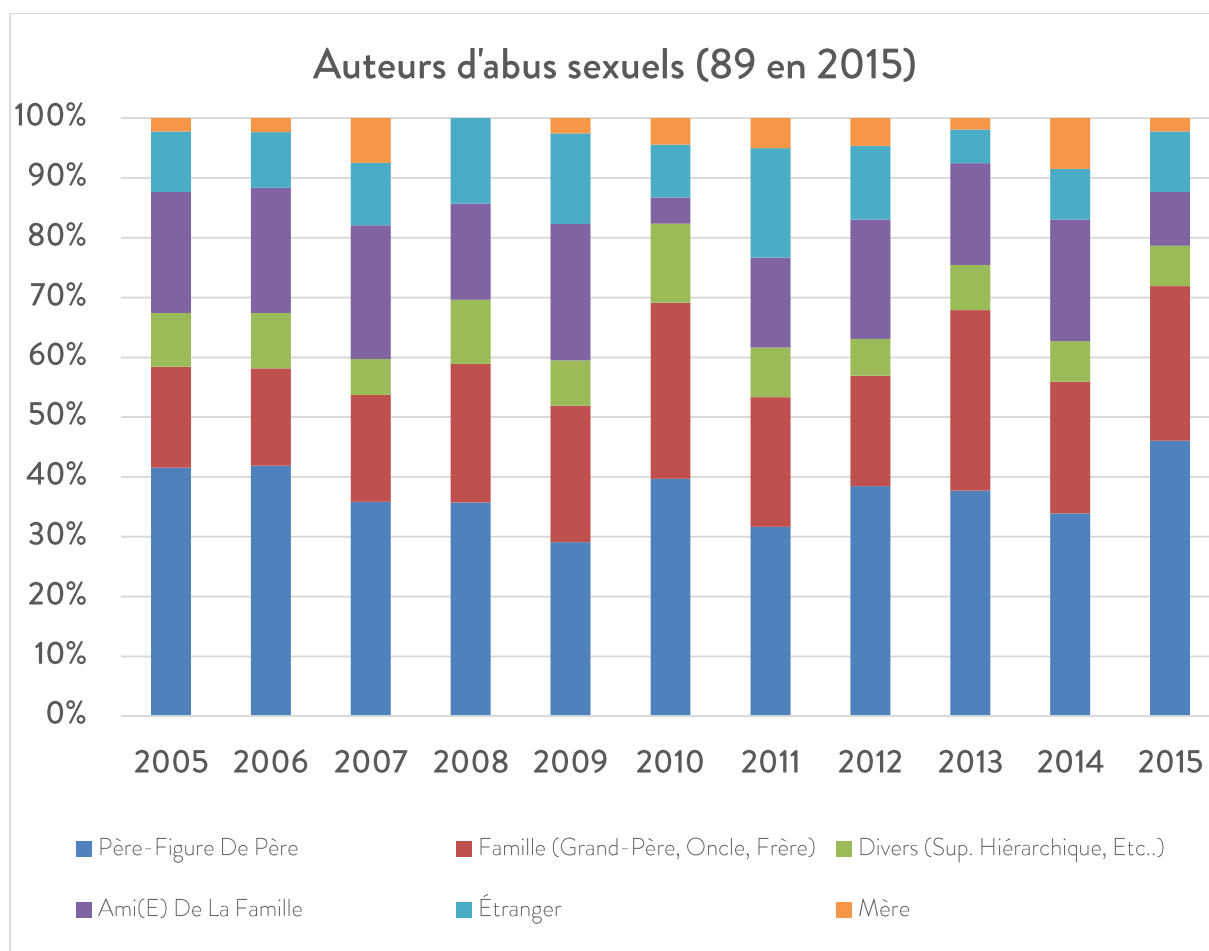
La loi du 6 octobre 2009 a donné aux victimes d'infractions pénales des droits supplémentaires. Pour les faits qui se produiront à compter du 1er janvier 2010, le délai de prescription en matière d'abus sexuels concernant des mineur(e)s (et cela représente la quasi-totalité des cas que nous prenons en charge : 96,6%) 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 97% des cas, l'abus a commencé avant l'âge de 18 ans. Ceci est à rapprocher d'un faible pourcentage, 9%, de victimes qui ont commencé leur thérapie avant 18 ans.

Presque 50 % d'entre elles avaient été abusées avant l'âge de 10 ans.

Age de début de la thérapie	2015	2014	2013	2012	Age de début de l'abus	2015	2014	2013	2012
Avant 17 ans	9,0%	15,3%	11,3%	18,5%	De 10 à 13 ans	0,0%	5,1%	5,7%	3,1%
De 18 à 29 ans	59,6%	40,7%	50,9%	40,0%	De 14 à 16 ans	48,3%	50,8%	66,0%	56,9%
De 30 à 40 ans	28,1%	35,6%	28,3%	33,8%	De 17 à 18 ans	48,3%	40,7%	28,3%	33,8%
De 41 à 50 ans	3,4%	8,5%	5,7%	7,7%	Avant 18 ans	96,6%	96,6%	100,0%	93,8%
Au-delà de 50 ans	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	Au-delà de 18 ans	3,4%	3,4%	0,0%	6,2%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

La très grande majorité des abus a lieu dans la sphère familiale, en premier lieu le père ou figure de père puis viennent les autres membres masculins de la famille, grand-père, oncle, frère etc. Cela rend compte de 72% de tous les cas. Ceci est une observation récurrente.



## 6.7. Statistiques des activités psychologiques 2015

RUBRIQUE	ETTELBRUCK	ESCH/ALZETTE	LUXEMBOURG	TOTAL	EVOL. & %TAGES
<b>DONNÉES GÉNÉRALES</b>					
Nombre de contacts	1.434	1.525	2.098	5.057	-6,3%
Nombre de clients	279	242	321	842	3,1%
Nouveaux clients	191	134	174	499	8,2%
RDV non observés	107	88	98	293	-2,0%
Nombre de consultations	1.108	1.154	1.500	3.762	-10,7%
<b>NATIONALITÉS &amp; ORIGINES</b>					
Luxembourg	169	102	141	412	48,9%
Portugal	43	46	40	129	15,3%
Cap-Vert	16	26	18	60	7,1%
France	13	17	32	62	7,4%
Belgique	12	14	14	40	4,8%
Pays africains	4	12	10	26	3,1%
Allemagne	8	3	20	31	3,7%
Italie	2	4	8	14	1,7%
Pays de l'Est	2	6	17	25	3,0%
Pays d'Amérique du Sud	1	9	9	19	2,3%
Pays anglophones	1	0	6	7	0,8%
Divers	8	3	6	17	2,0%
<b>ÂGE</b>					
<16	11	12	10	33	3,9%
16-19	30	25	27	82	9,7%
20-24	37	32	44	113	13,4%
25-34	68	72	73	213	25,3%
35-44	52	55	85	192	22,8%
45+	81	46	82	209	24,8%
<b>ÉTAT CIVIL</b>					
Célibataire	113	101	153	367	43,6%
Marié(e) / Vie maritale / PACS	114	96	114	324	38,5%
Divorcé(e) / Séparé(e)	46	42	50	138	16,4%
Veuf(ve)	6	3	4	13	1,5%
<b>MODE DE RECRUTEMENT</b>					
Clients, amis	60	62	121	243	28,9%
Famille	46	47	30	123	14,6%
Médias	43	24	28	95	11,3%
Institutions scolaires	11	15	15	41	4,9%
Services sociaux	33	42	31	106	12,6%
Médecins	31	16	22	69	8,2%
Police, Justice	5	5	5	15	1,8%
Planning Familial	48	25	63	136	16,2%
Divers	2	6	6	14	1,7%
<b>CLIENTS</b>					
Femmes	207	198	271	676	80,3%
Hommes	72	44	50	166	19,7%
Couples	28	22	32	82	8,9%
Groupes thérapeutiques	2	0	0	2	0,2%
Supervision	0	0	0	0	0,0%
<b>ENFANTS</b>					
0	125	125	158	408	49,4%
1	51	59	57	167	20,2%
2	69	45	69	183	22,2%
3	27	10	18	55	6,7%
4 et plus	7	3	3	13	1,6%

## 7. Les tâches de l'assistante sociale au planning familial

### Les missions :

1. **INFORMER** les client(e)s sur leurs droits et devoirs, les aides existantes, les procédures à respecter, les démarches à faire ...
2. **ORIENTER** les personnes vers d'autres services compétents
3. **ACCOMPAGNER** les client(e)s (qui le demandent) dans certaines démarches, p.ex. lors de rdv dans d'autres services, des institutions officielles ou avec d'autres professionnels
4. **AIDER** dans des démarches administratives, p.ex. remplir des formulaires, faire des demandes d'aide matérielle ou financière....
5. **COLLABORER** avec d'autres services et professionnels et **COORDONNER** nos interventions
6. **RECHERCHER** et **METTRE A JOUR** les informations sur l'actualité du secteur social, telles que nouvelles législations, nouvelles initiatives, nouveaux services etc...
7. **SUIVRE** certaines situations concrètes (si besoin)
8. **ECOUTER, CONSEILLER, SOUTENIR** les client(e)s lors d'entretiens d'aide
9. **FAIRE DES ENTRETIENS PRE-IVG** (en cas de besoin, à partir de 2016)

### Les activités et raisons de consultation

Je travaille depuis le 1er octobre 2015 comme assistante sociale au Planning Familial au Luxembourg.

Comme le service n'a pas encore disposé d'un tel poste, j'ai la charge et la chance de définir le périmètre de la fonction.

Entre octobre et décembre 2015, j'ai eu des entretiens dont les raisons des consultations étaient diverses :

- Grossesse non planifiée ou pas désirée
- Accouchement sous x demandé
- Femmes qui voulaient quitter leurs maris et avaient besoin d'informations juridiques ou concernant les démarches à prévoir
- Plusieurs personnes sans revenu fixe, sans affiliation à la CNS
- Jeunes filles qui ne savaient pas où aller après une grande dispute avec leur famille
- Etc...

La majorité des personnes a été orientée vers moi par les accueillantes du Planning, certaines par les gynécologues et d'autres par les psychologues du service.

Pour la majorité des client(e)s, un seul entretien a suffi pour faire le point et les orienter, si besoin, vers d'autres services compétents. Pour 5 personnes cependant, au moins 2 entrevues ont été nécessaires pour clarifier la demande et faire un suivi adéquat.

Il s'agit en effet d'un travail très varié car je réponds surtout à la demande des client(e)s. Je les aide à analyser leur situation, à définir leurs besoins, à connaître leurs droits et devoirs et, selon le cas, selon la capacité des personnes à gérer leur vie, je les oriente vers d'autres services ou bien je les accompagne dans leurs démarches.

Des échanges et collaborations avec d'autres professionnels ont lieu régulièrement !

Je me rends compte que souvent les client(e)s ont simplement besoin d'être accueilli(e)s avec empathie, écouté(e)s, informé(e)s et encouragé(e)s pour pouvoir reprendre en mains leur vie et trouver eux/elles-mêmes la solution adaptée à leur problème.

Je pense que le travail d'une assistante sociale au sein du planning familial peut compléter les interventions des autres professionnels et permet ainsi une prise en charge plus globale encore des client(e)s.

Il a été convenu avec mes collègues qu'à partir de 2016, je pourrai faire aussi des entretiens pré-IVG en cas de besoin.

*Romaine BECKER, Assistante sociale*

## 8. Accueil, assistance médicale et secrétariat



Je fais partie de la « famille Planning Familial » depuis 3 ans ½.

Ce travail ne cesse de me surprendre et de m'apprendre la vie. Tous les jours, est un nouveau jour ; de nouvelles rencontres, de nouvelles histoires, de nouvelles questions et de nouveaux défis. Mais la constante est une détresse sociale et émotionnelle.

En arrivant les client(e)s sont pour un grand nombre en situation de stress, d'inquiétude. Après avoir confié leurs problèmes, leur doute, leurs questions, je constate qu'ils/elles se sentent souvent déjà mieux.

Notre travail requiert beaucoup d'empathie et d'écoute fine pour arriver à cerner la demande qui n'est pas toujours facile à exprimer s'agissant de sujets intimes et mêmes douloureux. Nous devons déchiffrer tellement de fois l'urgence, la détresse. La multiculturalité, les différentes langues parlées qui font toute la richesse de ce travail, ne rendent pas le décryptage plus facile.

Et de mon côté, je réagis beaucoup avec cœur et sensibilité, car j'essaie de me mettre à leur place, et aussi comment j'aimerais que l'on me traite, ou comment on m'a déjà traitée dans une telle situation.

Tous les services du Planning sont importants, mais c'est à l'accueil que nos client(e)s se font cette première impression qui est tellement importante. Nous sommes les premières personnes de contact.

Certes nous ne sommes pas toujours en mesure de satisfaire toutes les demandes, mais nous faisons de notre mieux pour trouver une solution. Soit en demandant à nos collègues, à nos médecins, nos psychologues et même nos directrice/directeur. Nous leurs donnons de la documentation qui peut les aider et où ils/elles trouvent une multitude de réponses. Parfois nous redirigeons nos client(e)s vers d'autres structures mieux adaptées pour répondre à leurs demandes.

A l'accueil des trois centres, nous avons d'autres responsabilités, la bureautique, la caisse, la logistique, les courriers et mails, le téléphone, etc... et les statistiques.

En 2015, 32.412 demandes/contacts ont transité par l'accueil des 3 centres ; nous avons fait 1.753 tests de grossesse, avons, sous supervision médicale, donné 913 pilules du lendemain, avons assuré la logistique autour de 8.879 consultations médicales et 738 demandes d'IVG, etc. Très fréquemment, nous sommes amenées à donner des informations sur la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, etc.

L'équipe des 3 centres est en permanence composée de 4 accueillantes, 1 à Esch et Ettelbrück et 2 à Luxembourg. En totalité, nous sommes 6 à nous relayer. En 2015, Marie Streveler a rejoint l'équipe. Elle assure également des remplacements dans les 3 centres.

Sans ressources supplémentaires à l'accueil, il n'était plus possible d'augmenter l'offre de consultations médicales. Le Conseil d'administration a décidé d'augmenter les heures de secrétariat à Esch (4 heures), en dehors de la convention, pour pouvoir répondre à la demande toujours plus grande et soulager les files d'attente (3-4 semaines). Ce sera chose faite à Ettelbruck (4 heures), toujours hors convention, en 2016.

En ce qui me concerne, j'ai eu la difficile tâche de succéder à Monique Benassi en poste depuis 30 ans. Mais je me suis bien adaptée. Je suis eschoise de naissance donc je me sens à la maison, je connais un grand nombre de client(e)s, j'ai remarqué que cela facilitait la communication, d'autant plus que je parle portugais. Et puis je suis quelqu'un qui aime le contact humain.

Après ces 3 ans ½, je tire la conclusion que j'apporte mon aide, mon écoute et tout mon savoir-faire d'aujourd'hui aux client(e)s et à mes collègues de travail du mieux que je peux, mais aussi que le Planning m'a fait voir une toute autre réalité de la vie, de la société, des gens, des besoins de ce pays.

Je vous remercie de m'avoir donné cette chance et de m'avoir fait confiance pour prendre les commandes de l'accueil d'Esch. J'espère être à la hauteur de vos attentes.

*Cristina De Abreu (Centre d'Esch-sur-Alzette), pour l'équipe des accueillantes*



## 9. L'éducation sexuelle et affective

### 9.1. Rapport des activités de l'équipe d'éducation sexuelle et affective

L'éducation sexuelle et affective représente 13,6% des activités du Planning Familial en termes de contacts. L'activité a connu une croissance de 12% en 2015, croissance bridée en raison du manque de ressources.

#### 9.1.1. Envergure

L'Education Sexuelle et Affective (ESA) s'adresse à un public-cible très large dans un cadre très diversifié. L'équipe ESA, 2,15 postes plein temps dont 1,5 conventionné par le Ministère de la Santé..., est intervenue auprès de 3.459 personnes chiffre en forte progression de 20.8 %, qui s'explique par le recrutement d'un demi-poste en dehors de la convention. S'ajoutent l'activité d'informations en ESA assurée par nos accueillantes (758) ainsi que l'activité d'informations faite par d'autres collaborateurs/trices à l'occasion de conférences et séminaires (185), soit en tout 4.402 personnes.

ESA	%	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Secondaires	74,1%	100	77	82	87	89	71	157
Primaires	25,9%	35	35	51	29	32	28	19
Classes	100,0%	135	112	133	116	121	99	176
Elèves (1)	67,6%	2.337	1.804	2.066	1.822	1.940	1.593	2.869
Formation de formateurs	12,8%	442	332	290	367	278	361	205
Autres institutions	19,7%	680	727	455	693	938	582	436
Autres (2)	32,4%	1.122	1.059	745	1.060	1.216	943	641
Total participants (1)+(2)	100,0%	3.459	2.863	2.811	2.882	3.156	2.536	3.510

Les établissements à qui nous n'avions pas pu répondre favorablement en 2014/2015, ont contacté notre service dès avant la rentrée 2015/2016. L'agenda s'est donc trouvé complet jusqu'à juin 2016 alors même que l'année scolaire n'avait pas commencé !

Au bout du compte, l'équipe a dû refuser d'intervenir dans 3 lycées, soit 30 classes de secondaire et dans 12 classes, cycle 4.2, du primaire. Ce chiffre est encore plus élevé qu'à fin 2014 malgré l'embauche d'un collaborateur à mi-temps en dehors de la convention.

6 Schnupperkurs à l'intention des multiplicateurs n'ont pu être planifiés avant la rentrée scolaire de 2016/2017. Les demandes ponctuelles, comme participation à des workshops, journées à thèmes proposées par des lycées ou maisons de jeunes etc., ne peuvent plus être acceptées.

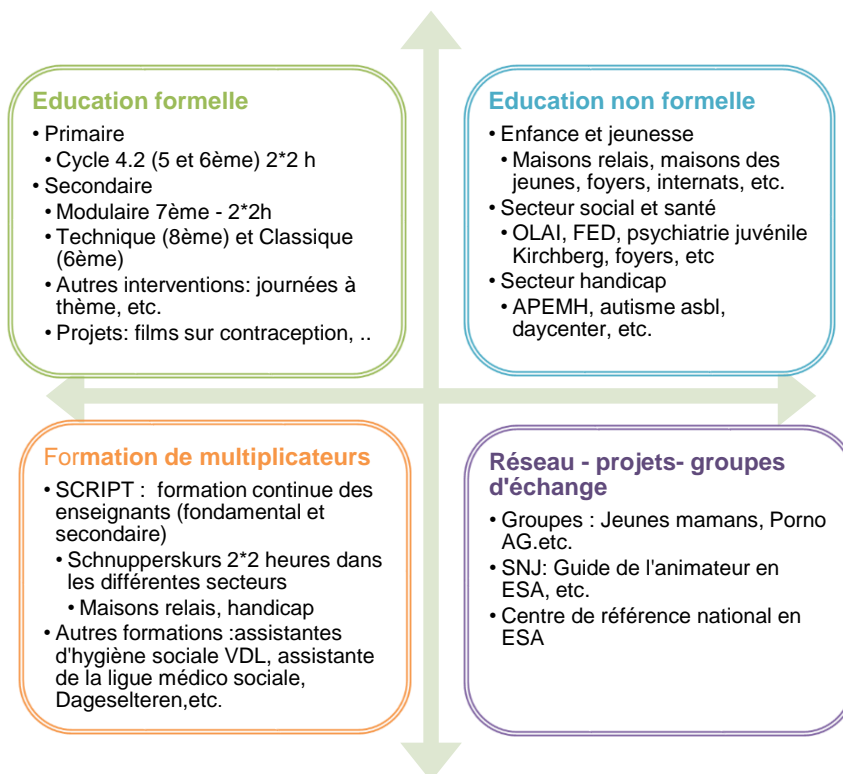
Dès lors, il est évident que l'activité ESA est bridée par ses ressources, même si les recettes issues de la formation de formateurs permettent d'octroyer 6 heures de plus à une collaboratrice (0.15 EPT).

Au vu des différents engagements pris par la coalition tricolore de renforcer les moyens mis au service de l'Education Sexuelle et Affective, en particulier dans son programme gouvernemental ou à travers les recommandations de la commission juridique dans son rapport sur la réforme de la loi réglementant l'IVG, dans les conclusions de la Plateforme Prostitution, nous espérons que le Planning, acteur de terrain clé, verra ses ressources augmentées.

La convention 2016 a octroyé au Planning ½ poste de plus, ce qui fait en tout et pour tout 2 postes à temps complet, au bout de 50 ans d'existence. Il clair que ce n'est pas avec 2 postes que nous pourrons être à la hauteur de ce que le Gouvernement attend de l'éducation sexuelle et affective.

La politique commune de promotion de la santé affective et sexuelle et ses outils constituent une avancée majeure. Souhaitons qu'on ne lui coupe pas l'herbe sous le pied faute de ressources humaines...

### 9.1.2. Périmètre et types d'intervention de l'équipe ESA



### 9.1.3. Séances d'éducation sexuelle et affective

#### 9.1.3.1. Contexte scolaire /éducation formelle

Le contexte scolaire, primaire et secondaire, est le pilier numéro un de notre activité ; Les interventions dans le contexte scolaire, **2.337** participant(e)s (**en hausse de 30 %**), comptent pour **67,6% de nos actions** en 2015, comparé à 63% en 2014.

#### Précisions concernant le contexte scolaire :

L'équipe ne fait pas la course derrière les chiffres mais évolue dans un concept de qualité des interventions dont un élément important est plus de temps pour chaque classe (cf. ci-dessus).

En effet, au fil du temps, l'équipe de l'éducation sexuelle et affective s'est rendue compte que des séances de 2 heures dans les écoles primaires et secondaires étaient trop courtes pour aborder les thématiques importantes pour les élèves. L'équipe ESA a opté pour une formule de 2 fois 2 heures pour toute classe de primaire et de modulaire, soit un doublement du temps d'information et de 3 heures pour les autres classes de l'enseignement secondaire au lieu de 2 précédemment (voir schéma ci-dessus).

A la suite d'une prise de contact avec notre service, nous envoyons des fiches explicatives à l'enseignant(e) reprenant le contenu de notre intervention ainsi que son déroulement pratique. Pour le cycle fondamental, nous invitons l'enseignant(e) à passer nous rencontrer dans nos locaux afin de clarifier le contenu de notre séance et de lui permettre de prendre connaissance des supports utilisés, etc.... Nous encourageons l'enseignant(e) à traiter le thème de la puberté en classe avant notre passage. Ceci nous permettra de disposer de 4 heures pleines pour répondre directement aux questions intimes des élèves et de revenir sur certains points importants.

En ce qui concerne le secondaire, lorsque les interventions sont de 2x2 heures, nous prévoyons 2 heures dans nos locaux, afin de familiariser les élèves avec le Planning Familial et de faire tomber la barrière d'un lieu inconnu.

Nos interventions se font toujours **sans** la présence de l'enseignant(e), que ce soit dans les classes du fondamental ou dans celles du secondaire ; ce pour permettre aux élèves d'oser poser leurs questions à une personne étrangère à l'équipe pédagogique et ainsi libérer au maximum la parole, sans peur d'être jugé(e)s.

### 9.1.3.2. Séances d'éducation sexuelle et affective dans les institutions /éducation non formelle

Dans le contexte de l'éducation non formelle, nous avons informé **680 jeunes et adultes** de secteurs très variés (foyers et maisons de jeunes, maisons relais, groupes de femmes, personnes à besoins spéciaux, etc.). Ce secteur représente **20% de notre activité** ESA.

Nous avons constaté une augmentation des demandes des foyers scolaires et des maisons relais. 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, etc...). Elles visent surtout le cycle 4.2. Nous travaillons également avec certaines maisons de jeunes sur des projets. Certaines organisent des soirées à thèmes ESA très diversifiées (Dudelange, Rumelange, etc.).

Nous avons toujours une collaboration très suivie avec la psychiatrie juvénile Ettelbruck, Esch et Kirchberg, à la fois en stationnaire et en ambulatoire.

En ce qui concerne les séances d'informations pour adultes, nous avons collaboré avec NAXI, différents foyers d'accueil pour femmes, les centres pénitentiaires de Givenich et Schrassig, pour ne citer que quelques exemples.

### 9.1.3.3. Formations de multiplicateurs/trices en ESA

Les formations de formateurs et réunions de concertation, avec **442 personnes** (un nombre en **augmentation de 33%** par rapport à l'année précédente), ont représenté **12.5% du total des participant(e)s**.

Initiés en 2012, les Schnupperkurs à destination des professionnel(le)s de l'éducation non formelle continuent de rencontrer un franc succès auprès des maisons relais, foyers d'accueil, groupes de scouts, etc. Il en est de même des formations SCRIPT pour enseignants(e)s et équipes socio-pédagogiques des écoles fondamentales et du secondaire. L'équipe continue à proposer ses cours pour l'Agence Dageselteren dans le cadre de ses formations continues. L'équipe ESA a supervisé deux intervenantes de l'équipe médico-socio-scolaire de la Ville de Luxembourg. Elles seront à leur tour interlocutrices en ESA pour les écoles et foyers scolaires de la ville.

La formation des multiplicateurs/trices est une intervention prioritaire car cela donne à notre travail un caractère durable. C'est ensuite au quotidien que les professionnel(le)s formé(e)s se feront le relais de messages et informations clés dans les écoles ou communautés de vie dans lesquelles ils/elles travaillent.

Les « Schnupperkurs » sont un cours d'introduction à l'éducation sexuelle et affective de 4 heures ayant lieu dans l'institution même. 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/trices compétent-e-s 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/trice ?
- 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 ?

#### **9.1.3.4. Secteur des personnes à besoins spécifiques**

Soucieux de répondre aux besoins de leurs bénéficiaires en matière d'information et d'apprentissage en éducation sexuelle et affective, divers services dans le secteur du handicap nous ont contacté-e-s, toujours en grand nombre à l'instar des années précédentes.

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.

Une étroite collaboration avec L'APEMH avait commencé en 2013 et elle s'est poursuivie en 2015. Presque la totalité du personnel des foyers d'accueil et des communautés de vie de l'APEMH à travers le pays a pu profiter de notre « Schnupperkurs » ; des ateliers spécifiques pour groupes ont eu lieu à Beckerich (Autisme Luxembourg).

Nous avons également assuré des séances individuelles et/ou de couple dans nos locaux pour des personnes à besoins spécifiques, sur demande de nombreux travailleurs/euses sociaux/iales qui les encadrent dans les différentes institutions.

#### **9.1.3.5. Le travail en réseau**

L'équipe ESA participe à de nombreux groupes de travail nationaux et européens. Le groupe « jeunes mamans » existe depuis plusieurs années de même que « Porno-AG ». Le groupe « intervenants en ESA au Luxembourg » a vu le jour en 2015. Nous avons participé à la rédaction du « guide de l'animateur en matière d'éducation sexuelle et affective » sous le patronage du SNJ tout comme nous continuons à nous concerter régulièrement avec d'autres services partenaires du secteur tels que CIGALE, INFOMann, HIV-Berodung, CID Femmes, etc. Nous rencontrons aussi le groupe « Sexualität und Behinderung » à Trèves. La participation au programme Pestalozzi (le programme du Conseil de l'Europe en matière de perfectionnement professionnel des enseignants et du personnel éducatif) nous a permis de partager une version online du « Schnupperkurs » avec des enseignant-e-s de toute l'Europe.

#### **9.1.4. Programme national de santé affective et sexuelle (PROESA)**

Enfin, au cours du 1er semestre, l'équipe ESA, ensemble avec la direction, a été fortement impliquée dans le contexte du programme national de promotion de la santé affective et sexuelle et en particulier le centre de référence en la matière prévu dans le cadre du plan d'action national santé affective et sexuelle. L'équipe et la direction ont notamment fait un travail de conceptualisation pour le centre national de référence, qui finalement n'a pas été retenu. Dans un second temps, le Planning a été fortement impliqué dans la proposition de gouvernance pour le centre.

*L'équipe ESA : Simon Görgen, Alexandra Junker, Patricia Keller, Nadine Vinandy*

## 9.2. Chiffres et évolution

### 9.2.1. Lycées et écoles primaires

Lycées	Nombre de classes	Nombre d'élèves
LTE	15	279
NOSL	12	141
LTB	1	12
LTC Kirchberg	8	123
LTC Limpertsberg	6	107
LTPS	2	73
UELL	15	219
LTJ Barthel	4	58
Belval	7	116
Perl/Schengen	12	259
LTE Metz	1	19
Lënsterlycée	4	73
L.C. Echternach	8	78
Alima	1	20
St George's	3	45
ECG	1	16
<b>Total Lycées</b>	<b>100</b>	<b>1.638</b>
Ecoles primaires	Nombre de classes	Nombre d'élèves
Ecole primaire Dahlem	1	13
Ecole primaire Hollenfels	1	19
Ecole primaire Grevenmacher	3	42
Antenne Dudelange	1	15
Ecole primaire Ettelbrück	6	95
Ecole primaire Koerich	1	14
Ecole primaire Schiffange	3	77
Ecole primaire Rosport	2	22
Ecole primaire Beckerich	1	20
Ecole primaire Howald	2	20
Ecole primaire Mertzig	3	43
Ecole primaire Esch/Alzette	3	59
Ecole Européenne Mamer	8	169
EDIFF Esch/Alzette, V. Hugo, Esch, Dommeldange, Clervaux, Warken, Walferdange, Dommeldange, Cents)		91
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>699</b>
<b>Total Education Sexuelle et Affective dans le Contexte Scolaire</b>	<b>135</b>	<b>2.337</b>

## 9.2.2. Formations de formateurs et réunions de concertation – Autres institutions

Autres institutions	Nombre d'heures	Nbre de particip.
Autisme Lux	2,5	1
APEMH	12,0	14
Psychiatrie Jeunes	8,5	52
Psychiatrie Kirchberg	2,0	5
CSEE Schrassig	4,0	14
CHNP Ettelbrück	6,0	17
NAXI	14,0	38
Fraenhaus E. Stein Wiltz	2,0	7
Maisons de jeunes	42,5	102
Foyers d'accueil	5,5	16
Internat Lourdes Diekirch	3,0	13
Internat Kannerland	3,0	3
Internat Convict	7,0	39
CID Femmes+ Ste Anne	2,0	24
CID Femmes+ Fieldgen	2,0	21
Merscheid Liewenshaff	2,0	11
Foyer VIVO Gasperich	2,0	12
Maisons Relais	23,5	89
Projet européen MJ	2,0	40
Streetwork	2,0	6
SVO	2,5	2
CNDS	5,0	2
ARCUS	6,5	11
Autres - consultations jeunes femmes	8,0	9
Aide à l'enfance de l'Inde	2,0	5
Autres - familles	6,0	10
Autres - éducateurs	3,5	4
Autres - enfants	2,5	2
Autres - étudiantes	6,0	11
<b>Conférences</b>		
Erwuessebildung	4,0	50
Table ronde ESA Bettembourg	2,0	15
<b>Interventions ESA adultes</b>		
Soirée parents Merl	1,0	10
Soirée KaJuTel International School	3,0	25
<b>Sous-total autres institutions</b>	<b>199,5</b>	<b>680</b>

Formation de formateurs, réunions de concertations	Nombre d'heures	Nbre de particip.
<b>Réunions de concertation et préparation formation/Intervention</b>		
Différentes Réunions APEMH	11,0	20
Réunions CID Femmes	3,0	14
Réunion Ville de Lux. service médico	3,0	2
Réunion MJ	2,0	4
Réunion Ligue HMC	1,0	1
Réunion KaJuTel	3,0	1
Réunion ECPAT	1,5	1
Réunion Begleitsdienst Behinderte Eupen	1,0	3
Réunion KLARO Apemh	1,0	20
Réunion Elisabeth asbl	1,5	5
Réunion Erwuessebildung	2,0	1
<b>Groupes</b>		
Groupe jeunes mamans	4,0	24
Groupe SNJ Pädagog.Handreichung	10,0	8
<b>Formations enseignants</b>		
APEMH	19,0	27
Daageselteren	10,5	28
CARR Clervaux	4,0	3
FNEL	5,0	26
Formation KaJuTel	11,0	12
Foyer Patton APEMH	6,0	4
Schnupperkurs Autisme Lux.	2,0	14
Schnupperkurs Krank Kanner doheem	4,0	20
Schnupperkurs MR Merl, Gasperich, Cents, Bonnevoie, Dommeldange, Cessange, Eich	24,0	115
Formation CEPT	2,0	24
Formation jobistes CePT	3,0	24
Formation enseignants	16,0	16
Formation enseignants - SCRIPT secondaire	1,0	6
Formation enseignants - SCRIPT fondamental	2,0	19
<b>Sous-total formation de formateurs et réunions de concertation</b>	<b>153,5</b>	<b>442</b>

<b>Total ESA hors contexte scolaire</b>	<b>353,0</b>	<b>1.122</b>
---	--------------	--------------

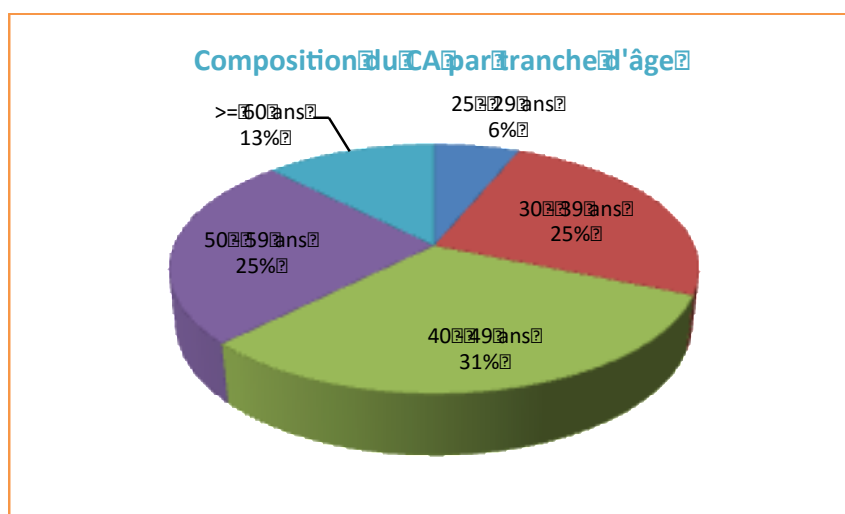
<b>TOTAL EDUCATION SEXUELLE ET AFFECTIVE 2015</b>	<b>3.459</b>
---	--------------

## 10. Conseil d'administration

Le Conseil d'administration s'est réuni 7 fois au cours de l'année 2015, dont une réunion informelle. En mars 2015 et à la demande du Ministre de la Justice, Felix Braz, l'association a élaboré un avis sur la réforme de la filiation et en particulier sur les interrogations connexes à ce projet à savoir l'accouchement sous X, la maternité de substitution (GPA et PPA), les dons de gamètes en liaison avec la PMA. L'avis se trouve en annexe.

### 10.1. Sa composition

A l'AGO du 1er juin 2015, le Conseil d'administration rassemblait 15 membres dont 13 femmes (81%) et 3 hommes (19%) qui exercent une activité professionnelle dans des domaines variés – professions médicales, sociales, éducatives, juridiques, enseignement, culture, finances, journalisme - et couvre toutes les tranches d'âge.



• Ainhoa Achutegui	2004	Présidente depuis le 3 février 2015
• Anik Raskin	2007	Vice-présidente
• Dr Isabelle Rolland-Portal	2009	Vice-présidente
• René Bleser	1965	Démission au 28 septembre 2015
• Martine Hentges	2005	Trésorière
• Fatima Rougi	2015	Secrétaire, Election lors de l'AGO du 1 <sup>er</sup> juin 2015
• Véronique Gillet	2014	
• Dr Hilly Kessler	2000	
• Danni Michaely	2006	
• Me Albert Moro	2000	
• Claire Rodesch	2006	Démission au 6 juillet 2015
• Martine Steichen	2007	Démission au 13 novembre 2015
• Åsa Sundin	2004	
• Martine Wercollier	2014	Démission au 6 juillet 2016
• Manou Worré	2001	

Danielle Igniti qui a passé le flambeau de la présidence le 3 février 2015 à Ainhoa Achutegui ne s'est pas représentée pour un mandat au sein du Conseil d'administration. Elle est désormais présidente honoraire du Planning Familial.

• Danielle Igniti	1994 -2015	Présidente Honoraire
-------------------	------------	----------------------



## 10.2. Position sur la réforme de la filiation et ses interrogations connexes (GPA, les dons de gamètes, l'accouchement sous X)

### Avis du Planning Familial concernant

#### 1) Réforme du droit de la filiation

Projet de loi No 6568 portant réforme du droit de la filiation , modifiant

- le Code civil,
- le Nouveau Code de procédure civile,
- le Code pénal,
- la loi du 11-21 germinal an XI relative aux prénoms et changements de noms,
- et la loi communale du 13 décembre 1988

#### 2) Interrogations connexes liées au volet de la réforme du droit de la filiation

### Introduction

Par courrier du 4 décembre 2014, le Planning Familial a été saisi pour avis sur le projet de loi No 6568 portant réforme de la filiation et sur les interrogations connexes liées au volet de la réforme du droit de la filiation.

De par son activité, le Planning Familial est témoin de l'évolution de la famille. Il est évident que le droit doit accompagner cette évolution. Les règles de filiation établies par le code Napoléon avaient comme objectif la protection des successions des garçons nés dans un couple hétérosexuel marié.

Notre droit civil a depuis heureusement fortement évolué au fil des années. Peu à peu, il s'adapte aux vécus des individus et de la société. Le présent projet de loi sous avis se situe dans cette mouvance d'adaptation.

L'avis du Planning Familial portera sur les éléments du projet de loi qui lui paraissent pertinents au regard de ses activités avant d'analyser les interrogations connexes liées à la réforme en projet.

### Le projet de loi No 6568

#### Suppression de la distinction entre filiation légitime et filiation naturelle

La distinction entre filiation « légitime » et filiation « naturelle » est, de l'avis du Planning Familial dépassée depuis bien longtemps. Le vécu « familial » des personnes suit des parcours fort différents. La notion de couple n'est plus exclusivement réservée aux couples hétérosexuels mariés. Nombre de personnes choisissent la parentalité en dehors du mariage sans que cela soit considéré comme hors norme. Les familles monoparentales et recomposées tant homosexuelles qu'hétérosexuelles font partie intégrante de notre société.

*Le Planning Familial adhère pleinement à la suppression d'une discrimination flagrante de notre droit. Cette suppression se situe dans la ligne de réformes amorcées il y a des années, réformes qui adaptent notre droit à l'évolution sociétale.*

#### Maintien de l'accouchement sous X

Le projet de loi maintient la procédure de l'accouchement sous X. Il innove en introduisant la possibilité pour la femme de faire connaître les prénoms qu'elle souhaiterait donner à l'enfant mis au monde.

*Le Planning familial approuve cette disposition.*

En ce qui concerne l'opportunité du maintien de l'accouchement sous X, le Planning familial se prononcera en lien avec l'interrogation connexe en relation avec cette procédure.

### Dispositions légales relatives à la filiation de l'enfant en cas de procréation médicalement assistée (PMA) avec tiers donneur/tierce donneuse

*Le Planning familial approuve l'introduction de dispositions légales en matière de PMA. Le Planning familial souscrit également à la responsabilisation des parents qui ont l'intention de recourir à une PMA avec tiers donneur, lesquels ne peuvent plus rétracter leur consentement à la PMA une fois la procédure engagée.*

En ce qui concerne la question de l'anonymat et de la gratuité des dons de gamètes, le Planning Familial se prononcera en lien avec les interrogations connexes posées.

### **Interrogations connexes**

Les interrogations connexes liées au volet de la réforme du droit de la filiation abordent les questions relatives au concept de maternité de substitution et suscitent de nombreuses questions éthiques.

*Le Planning familial plaide en faveur d'une loi de bioéthique qui encadrerait l'ensemble des questions connexes qui ne sont pas toutes abordées dans le projet de réforme, dont les recherches sur les cellules souches et le clonage reproductif, les tests génétiques et les diagnostics préimplantatoires, les dons de gamètes, etc.*

### Préambule

Le Planning Familial rappelle les valeurs et droits qu'il défend et qui sous-tendent son avis:

- Le respect de l'indisponibilité du corps humain et de sa non marchandisation,
- Le respect de la dignité, de l'intégrité physique et de la libre disposition de son corps,
- La liberté de choix en dehors de toutes pressions et normes sociales:
  - d'avoir un enfant,
  - de ne pas en avoir,
- Le droit à la parentalité sans discrimination pour les personnes qui le désirent,
- Ce droit à formuler un souhait et conduire un projet parental se différencie du droit à l'enfant.
- L'importance de la parentalité sociale.

### Opportunité de légiférer en matière de la gestation pour autrui (GPA)

Le projet de loi introduit l'interdiction légale de la gestation pour autrui (GPA). Ce faisant, le projet de loi ne traite que d'une seule forme de maternité de substitution, à savoir la GPA, situation dans laquelle la mère porteuse n'apporte pas de matériel génétique et par conséquent n'établit pas de parenté génétique. Dans le cas de la procréation pour autrui (PPA), la mère porteuse fournit son propre matériel génétique.

L'opportunité de légaliser ou non la maternité de substitution est très peu thématiquée au Luxembourg.

Ce sujet est toutefois dans l'actualité tant au niveau européen qu'au niveau international. Les conventions de maternité pour autrui ou maternité de substitution sont devenues un mode de procréation pour lequel un nombre croissant de parents d'intention optent. Cette procédure est souvent évoquée ensemble avec la PMA. Le Planning Familial est d'avis que ces deux modes de procréation ne sont pas comparables.

Alors que la PMA est une méthode de procréation avec ou sans don de gamètes, la maternité pour autrui implique une tierce personne dans son entièreté. L'enfant, avec ou sans lien génétique avec les parents d'intention, est porté pendant toute la grossesse par une tierce personne qui, après l'accouchement, n'aura plus aucun lien avec l'enfant qu'elle a porté. Cette tierce personne « remplit » entièrement la tâche de procréation des parents d'intention. Elle « met à disposition ou loue son utérus, selon le cas », elle rend un service. Or, cela a des implications majeures tant physiques que psychiques, aussi bien pour l'enfant à naître que pour la mère porteuse.

En matière de maternité pour autrui, la question du « pourquoi » les mères porteuses consentent à la convention doit être posée.

Toutes les recherches et études sur le sujet sont unanimes. Les mères porteuses ont un point en commun. Elles vivent dans des conditions précaires. Dans le « meilleur » des cas, elles mettent leur corps à disposition de parents d'intention riches, dans l'espoir d'améliorer leur situation. Dans le pire des cas, les intermédiaires mettent en place un trafic d'enfants en marge de conventions pour revendre les enfants « produits » ; et le marché procréatif se développe à grande vitesse. Nous sommes bien loin de la notion d'altérité suggérée par les termes de gestation et procréation pour autrui.

Le Planning Familial est d'avis que le souhait d'avoir un enfant génétiquement lié ou pas ne pourra jamais justifier l'exploitation de la misère humaine et la mise en une forme d'esclavage moderne de personnes vulnérables, en situation précaire et sans défense, en l'occurrence des femmes. On ne peut, dans ces cas, parler de libre choix. Cela est une évidence.

*Le Planning Familial se prononce absolument contre toute légalisation de la gestation ou procréation pour autrui. Il recommande au législateur d'inclure dans le projet de loi à la fois la gestation et la procréation pour autrui afin de couvrir l'ensemble des conventions de maternité de substitution.*

Le Planning Familial est d'avis que les maternités de substitution ne peuvent pas constituer une réponse acceptable au désir de parentalité, qu'il s'agisse d'un couple hétérosexuel ou homosexuel. Le désir d'enfant ne doit pas s'exercer au dépens du droit des femmes et de leur santé physique et psychique.

*Le Planning Familial invite le législateur à réfléchir au statut de l'enfant né par maternité de substitution.*

#### Dons de gamètes

La gratuité est un principe qui se trouve à la base des questions de bioéthiques.

L'anonymat du don de gamètes croise les questions autour du droit à la connaissance de ses origines. Il en est de même de l'accouchement sous X.

*Le Planning Familial milite pour un don de gamètes gratuit et anonyme, en écartant absolument toute action en responsabilité à l'égard des donneurs/donneuses et tout lien de filiation entre l'auteur(e) du don et l'enfant issu de la procréation.*

#### Accouchement sous X

Alors que le projet de loi maintient l'accouchement sous X, on retrouve la question de la levée du secret de l'identité de la femme qui a recours à cet accouchement parmi les « interrogations connexes ». Concrètement, la question sur l'opportunité d'ouvrir le droit à l'accès aux origines biologiques à l'enfant né sous X est posée.

Le Planning Familial milite pour la liberté de choix. L'accouchement sous X est un des choix à disposition des femmes qui se trouvent confrontées à une grossesse non désirée. Le Planning Familial tient à rappeler à quel point ce choix est lourd en conséquences. Choisir de mener à terme une grossesse non désirée qui n'aboutira pas à une parentalité n'est pas un choix qui va de soi. Ce choix entraîne une longue implication et comporte des risques tant physiques que psychiques. Le droit à accoucher sous X fait écho au droit de ne pas devenir mère et au droit de chacun de ne pas être parent.

La levée du secret de l'identité de la femme qui opte pour l'accouchement sous X enlèverait l'essence même de cette mesure en confrontant la femme à sa grossesse non désirée bien au-delà du temps de la grossesse. Il en est de même pour un donneur/une donneuse de gamète dans l'intérêt d'une PMA et qui a fait le choix d'un acte gratuit et généreux et qui s'arrête là. Les donneurs sont peu nombreux, les donneuses sont rares, même dans un cadre où l'anonymat est garanti.

Le Planning Familial est d'avis que cette levée constituerait une entrave au libre choix de la femme qui doit faire face à une grossesse non désirée, ce qui entraînerait certainement une augmentation des interruptions volontaires de grossesse.

*Par conséquent, le Planning familial soutient le maintien de l'anonymat*

Le Planning Familial défend les droits des enfants et invite à une réflexion plus globale sur le sens de la parentalité. Un enfant ne se réduit pas à son patrimoine génétique ou biologique. Il importe que l'enfant soit né d'une grossesse bien suivie et d'un accouchement sûr, d'être élevé par des personnes qui désirent l'élever et assumer les obligations qui en découlent dans un environnement propice à la satisfaction des besoins primaires, la sécurité physique et affective, la santé, l'éducation, la transmission de savoirs et de valeurs, etc.

## 11. Les collaboratrices et collaborateurs des centres: 32 au total

LUXEMBOURG	<p><b>Direction - Administration</b></p> <p>Catherine Chéry, directrice Joseph Gautot, directeur administratif et financier <i>Lisa Lomartire, assistante à la direction (1<sup>er</sup> octobre 2015)</i></p> <p><b>Assistance-Accueil</b></p> <p>Christiane Eschette, assistante Kathrin Greif, assistante Samantha Magro, assistante <i>Claudine Penen, assistante remplaçante (démission au 31 mars 2015)</i> <i>Marie Streveler, assistante remplaçante (23 février 2015)</i></p> <p><b>Activités médicales</b></p> <p>Dr Brigitte Marchand, directrice médicale, gynécologue-obstétricienne <i>Dr Khaled Mlik, gynécologue-obstétricien (démission au 15 août 2015)</i> Dr Sandrine Casarotto, médecin Dr Pascale Pesch médecin <i>Dr Anne-Laure Ricard, médecin, gynécologie médicale (1<sup>er</sup> avril 2015)</i> <i>Dr Jocelyne Tatchou, médecin (démission au 24 mai 2015)</i> Dr François Schneider, médecin vacataire et remplaçant</p> <p><b>Activités psycho-sociales et de conseil</b></p> <p>Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue Andrea Lehnart, psychologue diplômée Danièle Maraite, psychologue diplômée <i>Romaine Becker, assistante sociale (1<sup>er</sup> octobre 2015)</i> Patricia Keller-Glod, infirmière, conseillère</p> <p><b>Education sexuelle et affective (ESA)</b></p> <p>Simon Görgen, diplom-pädagoge, chargé d'ESA Alexandra Junker, éducatrice graduée, chargée d'ESA Patricia Keller-Glod, infirmière spécialisée en ESA et prévention des risques, chargée d'ESA Nadine Vinandy, psychologue, chargée d'ESA</p> <p><b>Entretien</b></p> <p>Rosa Rodrigues Pereira <i>Rachida Hajji (7 décembre 2015)</i></p>
ESCH – SUR-ALZETTE	<p><b>Assistance-Accueil</b></p> <p>Cristina De Abreu, assistante</p> <p><b>Activités médicales</b></p> <p>Dr. Pascale Pesch, médecin Dr. Christine Smit-Kalonji, médecin</p> <p><b>Activités psychologiques</b></p> <p>Ingrid Konrad, psychologue diplômée Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue Danièle Maraite, psychologue diplômée</p>
ETTELBRUCK	<p><b>Assistance-Accueil</b></p> <p>Gisèle Schintgen, assistante</p> <p><b>Activités médicales</b></p> <p>Dr Jacqueline Klein-Zimmermann, médecin Dr Pascale Pesch médecin <i>Dr Anne-Laure Ricard, médecin, gynécologie médicale (1<sup>er</sup> avril 2015)</i> <i>Dr Jocelyne Tatchou, médecin (démission au 24 mai 2015)</i> Dr François Schneider, médecin vacataire et remplaçant</p> <p><b>Activité psychologiques et de conseil</b></p> <p>Anne-Marie Antoine, psychologue diplômée, sexologue <i>Helmut Gehle, psychologue diplômé, pédagogue diplômé (congé sans solde au 1<sup>er</sup> mai 2015)</i> Danièle Maraite, psychologue diplômée Gisèle Schintgen, conseillère conjugale et familiale</p> <p><b>Entretien</b></p> <p>Maria Barbosa Do Rosario</p>

2 étudiantes ont renforcé l'accueil des centres en été et l'administration. Il s'agit de Camille Bruneau et Michèle Schmit.

## 12. Les centres du Planning Familial

### Centre Dr M.-P. Molitor-Peffer

6, rue de la Fonderie

L-1531 Luxembourg

Tél. : 48 59 76

Fax : 40 02 14

Mail : [info@planning.lu](mailto:info@planning.lu)

Heures d'ouverture :

Lundi à vendredi de 9:00 à 17:00

Jeudi jusqu'à 18:00



### 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@planning.lu](mailto:esch@planning.lu)

Heures d'ouverture :

Lundi et Vendredi de 9:00 à 13:00 et de  
14:00 à 17:00

Mardi à Jeudi de 9:00 à 16:00



### Centre d'Ettelbruck

18, avenue J.F. Kennedy

L-9053 Ettelbruck

Tél. : 81 87 87

Fax : 81 10 16

Mail : [ettelbruck@planning.lu](mailto:ettelbruck@planning.lu)

Heures d'ouverture :

Lundi et jeudi de 9:00 à 12:30  
et de 13:00 à 17:00

Mardi et mercredi de 13:00h à 17:00



[www.planning.lu](http://www.planning.lu)

follow us on facebook

Planning Familial