

Laure Larisch

laure.larisch@protonmail.com

h e t s

Haute école de travail social
Genève

Centre de formation
continue (CEFOC)

Le dépistage sexologique en consultation : une plus-value pour la santé sexuelle ?

Travail de diplôme

DAS en santé sexuelle :

Intervention par l'éducation et le conseil (2021-2023) – Août 2023

Résumé

Ce travail de diplôme a pour sujet le « dépistage sexologique », une nouvelle prestation de médecine sexuelle qui a été introduite en 2022 à la consultation de santé sexuelle de la fondation PROFA. Cela consiste, pour les conseiller-ères, à compléter leur anamnèse de santé sexuelle en abordant la question du vécu et/ou de la satisfaction sexuelle avec les usager-ères lors de la consultation. Selon les situations, il s'agit ensuite de transmettre des informations simples pour résoudre le « problème » ou, le cas échéant, de réorienter la personne vers d'autres spécialistes (médecins et/ou sexothérapeutes). Ce travail vise à montrer en quoi cette prestation s'inscrit à la fois dans une optique de santé sexuelle holistique telle que définie par l'OMS mais aussi dans la culture du métier des conseiller-ères en santé sexuelle. Le but sera également de présenter les bénéfices de ce dépistage pour la prise en charge de la santé sexuelle globale des personnes.

Table des matières

Introduction	3
Terminologie	5
Santé sexuelle et droits sexuels	5
Sexologie et médecine sexuelle	6
Histoire de la consultation de santé sexuelle	6
De la planification des naissances à une sexualité satisfaisante	6
Evolution de la population	8
L'abord de la sexualité dans le cadre de consultations médicales	10
Consultation de santé sexuelle et difficultés sexuelles	12
Dépister pour respecter les droits sexuels ?	14
Transmission d'« informations simples » et pratique des conseiller-ères	15
Quelle légitimité aux yeux du public ?	17
Plus-value de ce dépistage à la consultation de santé sexuelle	18
Avec les jeunes de 15 à 25 ans	19
Déconstruire les normes	20
Dépister les violences	21
Le dépistage sexologique : un acte politique ?	22
Le rôle des CSSR dans la réappropriation de la sexualité	24
Conclusion	26
Bibliographie	29

Introduction

« *La sexualité dans notre société contemporaine est très présente, que ce soit dans les discours, l'espace public et également sur les réseaux sociaux. Dès lors, on pourrait imaginer que les tabous concernant la sexualité soient tombés, que chacun-e ait accès à des informations de qualité et soit en mesure de vivre pleinement sa vie en santé sexuelle, ce qui n'est pas toujours le cas.* » (Aeby Renaud 2020)

En octobre 2022, j'ai commencé à travailler pour la fondation PROFA en tant que conseillère en santé sexuelle (CSSR)¹. Quelques mois plus tôt, une nouvelle prestation avait été introduite pour les entretiens de la consultation de santé sexuelle (CSS) : la prestation « Médecine sexuelle » avec dépistage-information-conseil et orientation vers un service spécialisé en sexologie. Ce qui est aussi appelé « dépistage sexologique » consiste donc à aborder la *satisfaction sexuelle* des usager-ères durant l'anamnèse de santé sexuelle dans le but de dépister d'éventuelles difficultés sexuelles et/ou d'identifier certaines mauvaises connaissances ou fausses croyances sur la sexualité. Le cas échéant, il s'agit de transmettre des informations simples pour résoudre le « problème » ou de réorienter la personne vers d'autres spécialistes (médecins et/ou sexothérapeutes).

En débutant ma carrière professionnelle, je n'étais pas totalement au clair sur mes compétences de conseillère et avais le sentiment de ne pas être légitime pour aborder le vécu de la sexualité avec les personnes consultantes. A côté de cela, la frontière entre « santé sexuelle » et « sexologie » me paraissait quelque peu floue. Il semblerait d'ailleurs que la différence entre ces deux notions ne soit pas toujours claire, comme nous le disait le sexologue Nicolas Leuba durant le dernier cours de notre cursus du DAS intitulé : « *Quelle est la place de l'approche sexologique dans le mandat d'un-e spécialiste en santé sexuelle ?* » Durant cette formation il a en effet expliqué que, dès lors que les spécialistes en santé sexuelle ont un *discours* sur la sexualité, iels peuvent effectivement être considéré-es comme des sexologues. Doit-on comprendre que la sexologie fait partie de la santé sexuelle et/ou inversement ?

¹ Dans le texte, l'acronyme CSSR est utilisé pour conseiller-ère en santé sexuelle et reproductive, une ancienne dénomination. Aujourd'hui, la notion de « reproduction » est comprise dans le terme « santé sexuelle ». Comme dans ce texte, l'acronyme CSS renvoie à « consultation de santé sexuelle », j'utilise quand même CSSR pour décrire les conseiller-ères en santé sexuelle.

A partir de cette interrogation initiale, je me suis posée différentes questions : En quoi le fait de procéder à un tel dépistage s'inscrit dans une optique de santé sexuelle ? En quoi est-ce utile pour l'anamnèse ? Quelles en sont les bénéfices pour les usager-ères et quels sont les perspectives possibles ? En quoi les spécificités de la consultation de santé sexuelle en termes de public cible ont une importance ? Mais aussi : Est-ce que les conseiller-ères en santé sexuelle ont la légitimité pour aborder le vécu de la sexualité avec les usager-ères ? Comment est-ce que ces dernier-ères perçoivent cela ? Et finalement : Est-ce que la conclusion de cette réflexion peut amener un changement de paradigme pour la formation des spécialistes en santé sexuelle ?

J'espère pouvoir éclaircir certaines de ces questions dans ce travail. Pour commencer, je m'arrêterai sur la terminologie et présenterai rapidement les notions sur lesquelles je m'appuie : santé sexuelle – droits sexuels – sexologie – médecine sexuelle.

J'enchaînerai par une partie historique sur le développement de la consultation de santé sexuelle de PROFA, qui s'appelait auparavant le « planning familial », et de ses liens avec la sexologie. Nous verrons que les prestations et le public cible ont beaucoup évolué sur la durée et que nous sommes passé-es d'un lieu d'une promotion de la contraception dans une optique conservatrice et hygiéniste de maintien du couple hétérosexuel à un lieu pour la promotion de la santé et l'autodétermination, ouvert à tout le monde indépendamment de l'origine, de l'âge, du milieu socio-économique, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.

Après ce « retour en arrière », je m'attarderai sur l'abord des difficultés sexuelles lors des consultations médicales en général et de santé sexuelle en particulier, ce qui m'amènera au dépistage sexologique à proprement parler. Je montrerai si et comment cette pratique s'inscrit dans le prolongement du métier de conseiller-ère, dans une démarche de prise en charge globale de la santé sexuelle.

Avant d'en venir aux répercussions de ce dépistage, j'aborderai la question de la légitimité des CSSR et la perception du public en présentant les résultats d'un questionnaire qui a été soumis aux usager-ères de la CSS dans l'idée de saisir comment iels voient cette nouvelle prestation.

En dernière partie, j'illustrerai par des exemples issus de ma pratique professionnelle sur quoi ce dépistage systématique des difficultés sexuelles peut déboucher mais aussi en quoi les spécificités d'un lieu comme la CSS ont de l'importance dans cette démarche.

Finalement, en développant le concept d'« agentivité sexuelle » (Lang 2011) je terminerai ce travail en montrant que selon moi, le fait de parler du vécu de la sexualité en consultation peut être une manière de politiser notre métier et d'être par là les héritier·ères des militantes féministes des années 1970. Cette analyse n'engage d'ailleurs que moi: bien que travaillant pour la fondation PROFA, les propos développés dans ce travail et l'angle choisi reflètent ma position personnelle indépendamment de cette institution.

Terminologie

Santé sexuelle et droits sexuels

Pour ce travail, je m'appuierai sur la définition de l'OMS pour la santé sexuelle, définie « (...) *comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. Cela sous-entend non seulement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités, mais aussi une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et à moindre risque, sans contrainte, discrimination et violence. Pour acquérir et préserver la santé sexuelle, il faut respecter, protéger et garantir les droits sexuels des êtres humains.* » (CFSS 2015)

Comme on le voit dans cette définition, ce concept s'appuie sur les droits sexuels qui sont des droits humains appliqués au domaine de la sexualité. Ils ont été édictés en 2008 par l'International Planned Parenthood Fédération (IPPF) – en français : Fédération internationale pour la planification familiale – et comportent 10 articles : Le droit à l'égalité – le droit à la participation – le droit à la vie, le droit à la liberté et à la sécurité – le droit au respect de la vie privée – le droit à l'autonomie – le droit à la liberté de penser et à la liberté d'opinion – le droit à la santé – le droit à l'éducation et à l'information – le droit de choisir de se marier et/ou de fonder une famille – le droit à la responsabilité et à la réparation. (Déclaration de l'IPPF 2008)

Pour la promotion et la protection de ces droits, la déclaration de l'IPPF se base sur un principe de non-discrimination et sur la garantie de la liberté et de la protection contre toute forme de violence. (Jacot-Descombes 2023) L'approche de prévention/promotion de la santé sexuelle en Suisse s'appuie sur ces notions, qui constituent également le cadre de référence du travail de la fondation PROFA.

Sexologie et médecine sexuelle

La sexologie, « *étude de la sexualité et de ses troubles* » d'après le Larousse en ligne, est définie comme « *la science qui produit un discours et un savoir sur la sexualité* » par le sexologue N. Leuba. Ce dernier nous expliquait lors de son cours (mentionné ci-dessus) que la sexologie peut être appréhendée comme un concept large comprenant différentes spécialisations, dont la médecine sexuelle, la sexologie clinique, la sexothérapie et la santé sexuelle. (Leuba 2023)

La sexologie est aussi décrite comme suit par D. Medico, sexologue et psychologue spécialisée en psychothérapie : « *La psychosexologie et la médecine sexuelle forment la sexologie, qui n'est ni un courant ni une méthode particulière mais un ensemble, somme toute assez disparate d'approches thérapeutiques et de théories sur la sexualité et son fonctionnement.* » (Medico, 2016 : 231)

La médecine sexuelle quant à elle est une branche de la médecine qui s'occupe de la sexualité et qui permet de dépister, diagnostiquer et le cas échéant, de traiter les difficultés sexuelles. La médecine sexuelle est une « nouvelle » discipline (Fornage & Bianchi-Demicheli 2017), transversale, dont les « *objectifs spécifiques (...) sont d'améliorer la santé sexuelle à travers le diagnostic, le traitement et la prévention en utilisant non seulement les connaissances des sciences médicales mais aussi de la psychologie et des sciences sociales.* » (Bianchi-Demicheli 2016)

Histoire de la consultation de santé sexuelle

De la planification des naissances à une sexualité satisfaisante

Le premier événement impactant la création des plannings familiaux en Suisse est la décision prise en 1942 d'interdire l'avortement – sauf en cas d'indications médicales. Comme tous les cantons n'appliquaient pas la loi de la même manière, il y'a eu une augmentation du nombre d'interruptions médicales de grossesse, faisant alors de la planification familiale une question publique. Ainsi, dès le milieu des années 1950, le contrôle des naissances commence à être promu dans l'idée de faire baisser le nombre d'avortements, et ce surtout dans les classes populaires. En effet, l'époque était teintée d'eugénisme et les classes pauvres étaient stigmatisées : les femmes de ce milieu étaient perçues comme irresponsables si elles ne contrôlaient pas leur procréation, tandis que les femmes des classes riches qui décidaient d'avorter étaient jugées comme matérialistes car elles favorisaient leur confort à l'agrandissement de leur famille. (Garibian 2020)

Que ce soit en France ou en Suisse romande, les années 1950 et 1960 sont marquées par les évolutions autour de la contraception et la planification de naissances. En France, le Mouvement pour le planning familial naît en 1956. La pilule est disponible en Suisse dès 1961 et son utilisation est encouragée, à la fois pour limiter les avortements, pour limiter certaines naissances et dans la continuité de la promotion d'un idéal conjugal, « *dans lequel le couple est responsable et épanoui sexuellement.* » (Garibian 2020) L'arrivée de la contraception initie par ailleurs la dissociation entre procréation et sexualité.

Il devient vite clair que des structures sont nécessaires pour accompagner la prescription de la contraception. La première consultation de planning familial de Lausanne s'ouvre en 1959 dans le service d'obstétrique et de gynécologie de l'actuel CHUV. En 1965, le Service de la santé publique vaudoise adhère à l'IPPF² (créé en 1952), ce qui apporte de la légitimité à la politique vaudoise de contrôle des naissances. La même année un Centre d'informations familiales et de régulation des naissances s'ouvre à Genève et une motion est déposée au Grand Conseil vaudois pour créer des consultations de planning familial dans le canton. Ainsi en 1966 la ligue vaudoise pour la protection de la famille Pro Familia crée le Centre médico-social de Pro Familia (CMSPF) avec le soutien des pouvoirs publics. Ce centre intègre d'abord la consultation conjugale puis ouvre, en 1967, un centre de planning familial à Lausanne.

Le maintien du modèle conjugal conservateur était donc à l'origine de la création des centres de planification familiale (ainsi que des cours d'éducation sexuelle d'ailleurs) tout comme il était à l'origine des consultations de sexologie : « *Ainsi, le recours au contrôle des naissances s'insère dans une politique globale d'hygiène, visant à promouvoir un idéal conjugal et sexuel responsable impliquant une certaine maîtrise sexuelle – ou plus précisément une maîtrise de la contraception* » (Garibian 2020). Les couples avaient ainsi une double responsabilité vis-à-vis de la sexualité : ils devaient gérer la contraception et avoir une sexualité satisfaisante afin de favoriser l'harmonie familiale, qui ne passait pas seulement par la possibilité de choisir le bon moment pour créer ou agrandir sa famille, mais aussi par la qualité de la sexualité.

2 L'International Planned Parenthood Federation (IPPF), en français « Fédération internationale des planning familiaux », est une organisation non gouvernementale mondiale dont les objectifs généraux sont de promouvoir la santé sexuelle et reproductive et de défendre le droit des individus à faire leurs propres choix en matière de planification familiale.

A partir de là, le « planning familial » a beaucoup évolué : avec l'arrivée du VIH-SIDA au début des années 1980 la structure s'est ouverte aux dépistages ce qui a fait évoluer la patientèle car de plus en plus d'hommes cisgenre ont commencé à consulter. En 1984, le CMSPF est devenu une fondation, puis en 1998 elle a changé de nom pour s'appeler fondation PROFA. D'autres termes ont été modifiés : ainsi, « centre de santé sexuelle » a été ajouté au « planning familial ». Depuis cette période il y a deux volets distincts à la consultation de santé sexuelle : la contraception et le dépistage des IST. Bien que la contraception ait été le thème « fondateur », le motif principal de consultation à la CSS de PROFA est aujourd'hui le dépistage des IST.

Avec l'arrivée début 2020 de la Dr. Gruillot comme nouvelle Cheffe de service et médecin cheffe de la consultation, la CSS a continué d'évoluer. Ainsi depuis 2020 deux nouvelles prestations concernant les IST sont introduites, la PrEP³ (fin 2020) et la PEP⁴ (fin 2022). En 2022 la prestation de médecine sexuelle est introduite et en 2023 les interruptions de grossesse par voie médicamenteuse pourront être proposées à la CSS. Toutes ces nouvelles prestations permettent d'augmenter les variantes dans le public cible. Au vu de cette évolution, le nom « planning familial » n'était plus adapté et a été ôté début 2022 pour qu'il ne reste plus que le terme de « consultation de santé sexuelle ».

Evolution de la population

Bien loin de la réalité d'aujourd'hui, l'ancienne consultation de « planification des naissances » de Pro Familia s'adressait donc à ses débuts essentiellement aux couples mariés ou fiancés et ne pouvait en aucun cas être perçue comme un endroit promouvant une sexualité libre. Les jeunes femmes célibataires se voyaient proposer une méthode contraceptive uniquement après un long entretien et avec valeur d'exception : « (...) *la dispensation de contraceptifs ne se fera que dans des cas très précis et pour une durée limitée.* » (Garibian 2020) Mais la population cible de la consultation a rapidement changé : dans le bulletin du Centre médico-social datant du 19 septembre 1986, on peut lire que « *[alors que] la consultation de planning familial recevait essentiellement des couples mariés, ou fiancés, une évolution marquante s'est dessinée dans les années 70—75 où la catégorie des célibataires, faiblement représentées au départ, a rapidement*

3 La PrEP, acronyme de l'anglais *pre-exposure prophylaxis* (prophylaxie pré-exposition) est une stratégie de prévention du VIH qui consiste à prendre un médicament afin d'éviter de se contaminer.

4 La PEP est un traitement VIH d'urgence indiqué après un rapport anal ou vaginal non protégé qui doit se prendre le plus vite possible et jusqu'à 48h après la prise de risque pour être efficace.

dominé, entraînant également une baisse progressive de l'âge des consultants. » (Colette & al. 1986). Par ailleurs, le bulletin indique aussi que ce lieu s'adressait aux personnes socialement vulnérables, et cet aspect-ci – l'accessibilité au plus grand nombre – est depuis lors central pour la fondation qui est reconnue d'utilité publique par le Canton de Vaud.

En effet, PROFA se présente sur son site internet comme un endroit accessible et équitable pour « *(des) hommes, des femmes, des personnes cis, trans ou non-binaires, des jeunes, des moins jeunes, des couples, des personnes de tous les horizons* »⁵. Par ailleurs, la Charte de la fondation, rédigée en 2005 puis adaptée en 2011, stipule que « *[son] but est de travailler au développement de la qualité de la vie affective, relationnelle et sexuelle des hommes et des femmes du canton de Vaud, à tous les âges de la vie, sans discrimination de genre, d'identité et d'orientation sexuelles, et de promouvoir le respect de leur intégrité.* » (Charte de PROFA)

Le mandat principal de la CSS de PROFA, financée par les pouvoirs publics, est d'assurer la prévention des grossesses non-désirées et des infections sexuellement transmissibles. Pour ce faire, les consultations avec les CSSR ne sont pas facturées et une partie de leur travail consiste à faire connaître la structure pour toucher plus de public. Dès lors, les consultations de santé sexuelle sont accessibles aux personnes avec moins voire aucune ressource financière. En outre, les personnes en situation de handicap, quel qu'il soit, font également partie du public cible de la CSS, qu'elles soient jeunes ou moins jeunes et qu'elles viennent accompagnées (d'un·e parent ou d'un·e éducateur·rice par exemple) ou non. Finalement, la garantie de confidentialité, notamment vis-à-vis des parents, augmente encore l'accessibilité des personnes mineures. Ainsi de nombreux·ses jeunes viennent pour la première fois à la CSS pour obtenir une pilule d'urgence, qui est vendue à un prix préférentiel pour les moins de 20 ans, ce qui est l'occasion pour les CSSR de créer du lien, transmettre des informations et/ou faire un peu d'éducation sexuelle. Les jeunes viennent d'ailleurs souvent avec leur partenaire et/ou un·e pair·e qui reçoit donc aussi l'information.

Les statistiques tirées de 2022 nous indiquent que les personnes consultent pour les motifs suivants : 51.3% IST, 11,5% demande de contraception d'urgence, 8,6% contraception, 5,3% post contraception d'urgence, 4% demande médicale, 2,2%

5 www.profa.ch

information-éducation, 2,1% pré-IG, 1,8% ambivalence de grossesse, 1,7% demande de PrEP, 1,5% difficultés sexuelles, 1,3% suivi PrEP, 1% post-IG⁶ (voir Annexe).

Ces chiffres illustrent que pour la majorité, ce sont les IST ou la prévention contre les grossesses non désirées qui représentent la « porte d'entrée » vers la CSS, mais on voit aussi que les « difficultés sexuelles » représentent un motif de consultation pour 1,5% des usager·ères. Ainsi aujourd'hui, certaines personnes prennent directement rendez-vous à la CSS pour un tel motif (et non à la consultation de couple et de sexologie) et parfois ce thème est amené lors d'une consultation qui concerne un autre sujet. En effet, nous verrons ci-dessous que depuis les débuts des prestations de santé sexuelle en Suisse romande, des questions en lien avec le vécu de la sexualité (douleurs, plaisir, fonctions sexuelles, etc.) ont été amenées spontanément dans le cadre des consultations avec les CSSR.

Avant de m'attarder là-dessus, je ferai un détour par les consultations médicales dans le privé pour montrer que la sexualité reste quelque chose de tabou pour de nombreux·ses professionnel·le de la santé.

L'abord de la sexualité dans le cadre de consultations médicales

Il semblerait que parler de la sexualité avec la patientèle soit difficile pour beaucoup de médecins, gynécologues compris. En effet, plusieurs études (Dye & das Nair 2013 / Schweizer 2017, 2020 / Bolmon 2018 / Michaux & al. 2018) montrent que de nombreux·ses professionnels·le de la santé ne sont pas à l'aise avec cette thématique encore souvent taboue et que la sexualité est rarement abordée durant les consultations médicales. Ainsi il serait difficile pour les médecins de « *franchir la barrière de l'intimité.* » (Michaux & al. 2018)

Ces études indiquent aussi que souvent, les patient·es aimeraient qu'on leur pose la question car iels n'osent pas toujours parler spontanément de ce sujet. Il semble que si la sexualité n'est pas souvent abordée dans ces consultations médicales, c'est souvent par manque de temps, par manque de connaissances et/ou de formation ou encore parce que le ou la professionnel·le n'est pas à l'aise avec ce sujet : « *Ne pas vouloir aborder la*

⁶ Pour les taux en dessus en dessous de 1% les chiffres sont à consulter dans le tableau en Annexe.

sexualité en consultation relève du manque de formation (...). Cela dépend également du parcours biographique du médecin et de son rapport personnel à la sexualité ou aux souffrances qu'elle recouvre parfois, le risque d'être confronté à des situations complexes conduisant les médecins à occulter ce qui a trait à la sexualité. » (Guyard 2010 : 48) Selon la chercheuse A. Schweizer, de ce manque de connaissances ou de compétences communicationnelles découlerait aussi un manque de légitimité à aborder cette question en consultation. (Schweizer 2017, 2020)

Le problème semble être le même, quel que soit l'âge des usager·ères. En effet, le Dr. Y.-L. Takeuchi, Chef de clinique DISA⁷, a montré lors d'une présentation⁸ que les pédiatres non plus n'abordaient pas forcément la question de la sexualité durant leur consultation et que s'ils le faisaient, ce n'était que rapidement. Selon Takeuchi, différentes études montrent que les adolescent·es auraient envie de parler de sexualité avec leur médecin de premier recours : ils seraient plus de 90% à vouloir en parler, alors que moins de 50% en ont eu l'occasion (dans l'étude mentionnée dans la présentation). (Takeuchi & Jacot-Guillarmod 2020)

Si les médecins et autres spécialistes de la santé ont de la difficulté à aborder le vécu de la sexualité avec leur·s patient·es, qu'en est-il des conseiller·ères en santé sexuelle ?

On imagine facilement qu'avec le contenu du DAS comprenant un bagage théorique, un travail sur les valeurs et jugements et une réflexion sur son propre rapport à la sexualité, ces spécialistes en santé sexuelle aient toutes les compétences requises pour être des interlocuteur·rices idéal·es. Effectivement, selon moi les CSSR ont – contrairement aux médecins dont le cursus n'est semble-t-il pas encore adapté – le « savoir-faire » nécessaire pour aborder la satisfaction sexuelle en consultation par le simple fait qu'ils sont à l'aise de parler d'intimité et qu'ils disposent de bonnes compétences communicationnelles acquises durant la formation.

A PROFA, l'idée de dépister systématiquement est récente et a modifié la pratique pour la majorité des CSSR. De fait, avant que cette prestation soit introduite, sur 8 collègues

7 La DISA (Division interdisciplinaire de santé des adolescents) est une consultation interdisciplinaire du CHUV pour les jeunes de 12 à 20 ans avec des questions ou problèmes concernant la santé.

8 Dans le cadre des « jeudis d'Unisanté » : une série de formations postgraduées et continues proposées une fois par mois et organisées par les chef·fes de clinique du Département des Policliniques, en collaboration avec différents spécialistes.

interrogé-es, seulement 3 posaient déjà la question (presque) systématiquement aux usager-ères. En revanche, comme nous le verrons, des interrogations en lien avec le vécu de la sexualité ont depuis toujours eu leur place lors des consultations de santé sexuelle, mais elles étaient amenées spontanément par les personnes.

Consultation de santé sexuelle et difficultés sexuelles

Pour commencer, il est intéressant de souligner que le motif « difficulté sexuelle » apparaît tout au début du guide du planning familial de Méan et Wyss (2006), qui est LE document de référence des conseiller-ères en santé sexuelle, appelé-es à l'époque de sa publication « conseiller-ères en planning familial ». Ce guide définit les objectifs de travail pour les différentes thématiques qui peuvent être abordées lors d'une consultation de santé sexuelle et propose cette marche à suivre lors de l'abord d'une difficulté sexuelle par une personne : « *définir la difficulté sexuelle, évaluer la demande, offrir une prise en charge ou préparer une orientation vers un spécialiste.* » (Méan & Wyss 2006 :15) On voit que ce qui était attendu par les CSSR pour la gestion d'une « difficulté » abordée en entretien correspond à ce que demande la Cheffe de service de la CSS de PROFA aujourd'hui (dans la manière de réagir si une difficulté apparaît après avoir posé la question). Il me semble donc que cette nouvelle prestation s'appuie sur des acquis préexistants et s'ancre ainsi dans la culture du métier. Comme ce guide présente un idéal professionnel à atteindre, nous allons voir maintenant comment cet objectif se mettait en pratique.

Comme l'a montré N. Belhadjali-Meregaglia dans sa thèse portant sur le planning du CHUV rédigée en 1988 et intitulée *Planning familial et difficultés sexuelles*, les conseillères⁹ ont toujours été confrontées à ce type de questions pendant leurs consultations, bien qu'elles ne soient pas spécialisées dans le traitement de ces difficultés. Dans sa recherche, elle témoigne de la réalité de son travail (elle était elle-même conseillère) et explique qu'à l'époque, bien que la fonction première des conseillères était d'informer sur les méthodes de régulations de la fécondité, des patientes¹⁰ abordaient

9 A l'époque de sa thèse, seulement des conseillères femmes y travaillaient,

10 La consultation de santé sexuelle étant rattachée au service de gynécologie-obstétrique du CHUV, à l'époque de sa recherche il n'y avait que des usagères femmes cisgenre qui consultaient.

fréquemment d'elles-mêmes certaines difficultés sexuelles ou relationnelles : « *il arrive fréquemment que la conseillère soit confrontée à des questions ou des problèmes débordant l'objet initial de la rencontre. C'est ainsi que la sexualité se trouve être au centre de ces entretiens.* » (Belhadjali-Meregaglia 1988 : 11) Dans son travail et sa recherche, elle observe qu'il est « *donc inévitable que les consultations de planning familial débouchent sur des questions ou des plaintes touchant à la vie sexuelle.* » (Idem)

Presque 30 ans plus tard, en 2009, la conseillère en santé sexuelle E. Launaz Perrin fait une recherche sur la *Place de la sexologie au planning familial* du centre SIPE à Monthey dans le cadre de son travail de mémoire pour l'obtention d'un diplôme de sexologie. Elle écrit que lors des consultations de santé sexuelle, la sexualité est « *la trame de fond sur laquelle se tissent les questionnements et les choix autour de la fertilité et de la vie amoureuse.* » (Launaz Perrin 2009 : 1)

Il apparaît donc que le vécu de la sexualité était régulièrement abordé durant les consultations de santé sexuelle. Néanmoins, il ressort du guide et de ces deux enquêtes que le traitement des difficultés sexuelles se faisait de manière empirique, c'est-à-dire que ce sujet était abordé et traité seulement si les usager-ères l'abordaient spontanément. Ainsi, contrairement à ce qui est demandé aujourd'hui à la CSS de PROFA, les CSSR du CHUV et du SIPE attendaient que le sujet survienne. Et pourtant, parler spontanément de difficultés sexuelles n'était et n'est toujours pas aisé pour les usager-ères et apparemment ces demandes étaient la plupart du temps amenées de manière implicite : « *Intrinsèquement liés à tout entretien s'y référant, la sexualité et son vécu restent le plus souvent en filigrane ou suggérés par des comportements qui interpellent les professionnelles* ». (Idem)

Belhadjali-Meregaglia montre par ailleurs que les personnes attendaient souvent longtemps avant d'oser partager une difficulté sexuelle et aussi qu'en comparaison avec les usagères plus âgées, les jeunes femmes étaient moins enclines à discuter de cela, selon elle probablement à cause de leur timidité ou d'une certaine inhibition. (Belhadjali-Meregaglia 1988 : 60) En outre, les deux chercheuses mettent en avant le fait que la manière de régler la situation dépendait de la formation et des compétences spécifiques du/de la professionnel-le concerné-e. Ainsi Launaz Perrin avance que des connaissances en sexologie permettaient à la conseillère d'investiguer les questions posées et les problèmes soulevés de manière plus précise, en sachant mieux quelles pistes proposer à la personne.

Selon moi, de cette manière de procéder résulte une grande disparité de traitement entre usager·ères d'une consultation de santé sexuelle, ce qui me semble être contraire aux droits sexuels. De fait, si l'accès à l'information dépend des qualifications du/de la professionnel·le menant l'entretien ou de son aisance à aborder le sujet, ni le droit à l'égalité (Article 1), ni le droit à l'éducation et à l'information ne sont respectés (Article 8).

Dépister pour respecter les droits sexuels ?

Une idée pour pallier à ce manque d'égalité entre les lieux de consultation serait d'uniformiser les pratiques des professionnel·les afin qu'elles s'alignent sur les droits sexuels. La prestation de médecine sexuelle de PROFA avec le dépistage systématique des difficultés sexuelles me paraît être cohérente avec une telle démarche.

En effet, en exigeant des CSSR d'être proactif·ves avec le public, c'est-à-dire en allant chercher les informations au lieu d'attendre que les questions viennent d'elles-mêmes, iels participent d'une certaine diffusion du savoir et des connaissances (par exemple anatomiques) auprès du public. Selon les situations, il s'agit surtout de casser des fausses croyances en lien avec la sexualité, ce qui, comme nous le verrons plus bas, s'inscrit totalement dans la culture professionnelle des spécialistes en santé sexuelle.

En revanche, plus que la notion de « droits sexuels », c'est celle de « santé sexuelle » qui est décisive pour la Dr. Gruillot, qui a initié cette prestation de médecine sexuelle à la CSS et est d'ailleurs elle-même médecin-sexologue. Dans le cadre de ce travail de diplôme, je l'ai interrogée sur la genèse de ce projet. Selon elle, le but d'une consultation de santé sexuelle est d'accompagner les gens vers une « bonne santé sexuelle », ainsi le rôle des professionnel·les de ce domaine est de s'assurer que les gens soient en bonne santé. Elle m'expliquait que très souvent, le fait que les gens aient une sexualité est un « prérequis » qui n'est pas nommé dans la prise en charge des aspects somatiques de la santé sexuelle.

Par exemple, une personne venant pour un dépistage IST de routine présentant par ailleurs des difficultés d'érection à qui le/la CSSR ne poserait pas la question de la satisfaction sexuelle et qui n'oserait pas en parler directement, repartirait probablement sans avoir reçu d'aide pour cet aspect-ci de sa santé sexuelle. Or, d'après elle, « en médecine sexuelle, plus tôt un symptôme est dépisté, plus tôt il est accessible à une prise

en charge et peut être résolu ». Elle estime ainsi qu'il est nécessaire de s'intéresser au vécu de la sexualité des usager·ères afin de vérifier qu'ils n'ont pas de problèmes ou de symptômes, et comme elle me l'expliquait, le meilleur moyen pour y parvenir est simplement de leur poser la question.

Transmission d'« informations simples » et pratique des conseiller·ères

Comme je le disais en introduction, le but de cette prestation est d'identifier d'éventuels troubles et au besoin de réorienter les personnes vers d'autres spécialistes. La Cheffe de service insiste d'ailleurs sur la clarification des rôles entre professionnel·les de PROFA : les conseiller·ères ont pour tâche de dépister et au besoin d'informer, mais ne doivent pas se lancer dans une prise en charge sexothérapeutique qui est du ressort des collègues de la consultation de couple et de sexologie, la CCS.

Selon le protocole de cette prestation de médecine sexuelle, lorsqu'une personne présente une difficulté sexuelle « simple », la transmission d'informations sur l'anatomie ou la réponse sexuelle devrait suffire à résoudre la situation problématique. Une difficulté « simple » signifie que la personne a un seul symptôme sexuel, qu'il est secondaire¹¹, dont l'évolution date de moins d'un an. L'idée selon laquelle transmettre des informations puisse suffire à résoudre une situation de souffrance est d'ailleurs partagée par d'autres professionnel·les de la médecine sexuelle. Ainsi, dans un article sur le développement des consultations de sexologie en Suisse romande, deux médecins-sexologues avancent : *« L'accent est mis également sur l'aspect éducatif. Cette étape est importante car la plupart des patient(e)s connaissent peu leur corps et son fonctionnement ; un certain nombre de dysfonctionnements découlent de fausses croyances ou d'informations erronées sur la sexualité. L'anatomie est décrite à l'aide de planches anatomiques ou de représentations en trois dimensions. Le fonctionnement de la réponse sexuelle est également expliqué à l'aide de schémas. Les autres aspects de la santé sexuelle comme la prévention des infections sexuellement transmissibles ou la contraception sont également abordés au besoin. »* (Fornage & Bianchi-Demicheli 2017)

¹¹ Un symptôme sexuel « primaire » signifie qu'il a toujours été présent, un symptôme sexuel « secondaire » est apparu dans un deuxième temps, après une période sans difficulté

Or il se trouve que transmettre des informations et partager des connaissances pour casser mythes et fausses croyances entourant la sexualité fait justement partie du travail des spécialistes en santé sexuelle (que ce soit dans le conseil ou dans l'éducation). Des fausses croyances peuvent être, par exemple, l'idée que la pilule d'urgence ou une interruption de grossesse puisse impacter la fertilité, que les règles nettoient l'utérus ou encore que le préservatif protège de toutes les IST.

En se basant sur les droits sexuels, les CSSR ont pour mission de renforcer l'autonomie et la satisfaction des personnes via un entretien motivationnel. Ainsi, leur métier consiste à accompagner les personnes consultantes vers l'autodétermination et la responsabilisation dans la gestion de leur santé. Il s'agit d'ailleurs souvent d'explorer les résistances (à la contraception par ex.), d'améliorer l'adhérence à certaines méthodes de protection (l'utilisation du préservatif par ex.) ou encore de rassurer les usager·ères (sur leur « normalité » par ex.). Cela passe par une écoute active et la transmission d'informations à partir des connaissances de la personne. Afin de bien comprendre la situation des personnes et déceler d'éventuelles demandes implicites, les CSSR ont appris à poser des questions ouvertes et demander des descriptions très factuelles, ce qui leur permet d'explorer le vécu et les représentations des personnes.

Pour un entretien de santé sexuelle de qualité, plusieurs éléments sont importants, tels que l'accessibilité, le temps à disposition, la confidentialité, la prise en compte des spécificités (orientation sexuelle, identité de genre, avec ou sans handicap, personne issue de la migration, etc.) et le respect des limites de la personne. De plus, il est essentiel de bien connaître son mandat (quel est le rôle attendu, que demande l'employeur, etc.) ainsi que le réseau auquel (se) référer le cas échéant. Cela n'est d'ailleurs pas uniquement important pour aider les personnes qui en ont besoin, mais aussi afin de poser un cadre sécurisé pour la personne ainsi que pour le/la professionnel·le qui accueille sa parole. Ceci est d'autant plus important lors de partage de récits de violence ou de difficultés en lien avec la sexualité. Finalement, les CSSR ont appris à conduire des entretiens de confiance rendant possible la création d'un lien thérapeutique avec les usager·ères, ce qui souvent permet et/ou libère leur parole.

D'après moi, cette description du métier de conseiller·ère en santé sexuelle nous montre que les CSSR ont tous les outils nécessaires pour aborder le vécu de la sexualité avec les usager·ères durant leurs consultations. Comme mentionné, le but de cette pratique de dépistage n'est pas d'entamer une prise en charge sexothérapeutique (qui est du ressort

des sexologues/sexothérapeutes) mais de transmettre des informations ou de réorienter vers d'autres spécialistes. Ainsi, tout comme lors d'un partage de récits de violence ou de problèmes d'addiction, les CSSR ont les compétences requises pour dépister puis rediriger vers le réseau. Qui plus est, le fait d'avoir du temps à disposition et l'opportunité de revoir les personnes plusieurs fois – deux aspects propres à la CSS que la gratuité des prestations rend possible – est un élément favorable au partage ainsi qu'au traitement des difficultés sexuelles. En effet, comme N. Leuba nous l'expliquait dans son cours, le simple fait de pouvoir exposer ses difficultés et d'être écouté-e représente une grande aide pour la personne concernée. (Leuba 2023)

Ces différents éléments me font dire que cette nouvelle prestation s'inscrit totalement dans la culture du métier de CSSR et j'en conclus que ces dernier-ères sont légitimes à compléter l'anamnèse de santé sexuelle par la question du vécu sexuel.

Quelle légitimité aux yeux du public ?

Avant de me lancer dans ce travail, je me suis demandée comment le public percevait la CSS et s'il adhérerait ou non à cette pratique de dépistage. Je voulais savoir si les usager-ères étaient à l'aise lors de l'abord de leur satisfaction sexuelle et s'ils voyaient les CSSR comme des interlocuteur-ices adéquats pour discuter de ces questions. Pour obtenir des réponses, j'ai créé un questionnaire anonyme qui a été soumis aux usager-ères de la consultation pendant environ un mois, de fin juin à fin juillet 2023. (Voir Annexes 2 & 3 – questionnaire et marche à suivre.)

Ce questionnaire de 22 questions a été globalement bien reçu par le public. Au total, 260 personnes l'ont rempli de manière complète, dont 48% de femmes, 48% hommes, 2% de personnes non-binaire¹². Parmi elleux, 79% se définissent comme hétérosexuel-les, 6,5% comme homosexuel-les, 2% en questionnement et 1,5% comme pansexuel-les, 2%.

Au total 204 répondant-es (78%) ont été questionné-es par les CSSR sur leur satisfaction sexuelle pendant l'entretien. Ce qui me semble intéressant c'est que les personnes qui n'ont pas été questionnées sur ce sujet, ont répondu pour moitié que ce n'était selon elle pas le lieu pour aborder ce sujet, ce qui représente 10% du total des personnes

¹² Ces chiffres correspondent au genre des personnes : pour 51% d'entre elleux le sexe masculin a été assigné à la naissance et pour 49% le sexe féminin.

interrogées. Certaines d'entre elles ont notamment trouvé que la question était trop intrusive/intime/indiscreète, que ce n'était pas nécessaire/pertinent d'aborder cela ou encore que la satisfaction n'entraîne pas dans la santé sexuelle physique. (Voir résultats en Annexe) Je relève cependant que sur les 260 questionnaires remplis, seulement 20 personnes ont émis un avis négatif sur cette pratique (et qui sont des personnes à qui la question n'a pas été posée). Par ailleurs, sur les 204 usager·ères à qui la question a été posée : 201 trouvent que « la Consultation de Santé Sexuelle est un lieu adéquat pour aborder la satisfaction sexuelle et/ou parler des troubles sexuels » et 196 étaient à l'aise qu'on leur pose cette question.

Finalement, un dernier résultat qui m'intéresse pour ce travail montre que sur la totalité des usager·ères qui ont rempli le questionnaire, 63% disent pouvoir parler facilement de difficultés sexuelles avec des professionnel·les de la santé, contre 18% qui ont dit « non » et 19% « peut-être ». En revanche, seulement 34% d'entre eux ont déjà abordé ce thème avec un·e professionnel·les de la santé (autre que PROFA) tandis que 67% n'en ont jamais eu l'occasion. Pour terminer ce détour par la perception du public quant à la légitimité des CSSR à procéder à ce dépistage, je citerai un·e usager·ère qui a précisé en commentaire : « *La question est inattendue, mais a bien sa place dans une consultation de ce genre, car le sujet est important et peu abordé de manière générale.* »

Ainsi, selon moi, les résultats de cette enquête corroborent ce qui a été montré ci-dessus. Même si certaines personnes ont fait une appréciation négative de ce dépistage, la majorité des usager·ères questionné·es semble percevoir les CSSR comme des interlocuteur·ices adéquat·es pour aborder leur vécu sexuel en consultation. Cette enquête renforce ainsi la légitimité des CSSR à procéder à ce dépistage et entrer dans le vécu des personnes.

Plus-value de ce dépistage à la consultation de santé sexuelle

En plus de renforcer les droits sexuels cités ci-dessus, j'ai pu observer dans ma courte pratique que cette nouvelle prestation peut avoir des débouchés intéressants, notamment avec les jeunes.

Avec les jeunes de 15 à 25 ans

En effet, le plus grand avantage que je vois est l'accès des CSSR aux jeunes personnes. Par comparaison, à la consultation de couple et de sexologie de PROFA, la majorité (56%) des consultant-es ont entre 31 et 50 ans, 30% ont entre 21 et 30 ans et moins d'1% a moins de 20 ans. En outre, à la consultation de médecine sexuelle du CHUV – un service qui a été ouvert en 2014 – la grande majorité des personnes consultantes sont des femmes de 30 à 40 ans (notamment dû au fait que la consultation a lieu au sein du Département de gynécologie-obstétrique). En revanche, à la CSS, les jeunes de 16-18 ans représentent 17%, de 19-24 ans 33%, de 25-29 ans 17% des consultations (chiffres de 2022).

Comme je l'ai mentionné, nombreux-ses d'entre elleux viennent pour la première fois afin d'acheter une pilule d'urgence ou encore pour un dépistage IST. Par ailleurs, grâce à subventionnement du canton de Vaud, la CSS propose un tarif préférentiel de dépistage IST jusqu'à 25 ans (ainsi que pour les personnes en situation de précarité d'ailleurs), ce qui facilite grandement l'accès à cette prestation.

Cette accessibilité financière est primordiale et pousse les jeunes (femmes et hommes) à consulter. En conséquence la patientèle masculine augmente, palliant ainsi au problème mentionné en 2009 par Launaz Perrin qui présentait la création d'un service spécialisé en sexologie comme une manière de faire venir les hommes au « planning ». Par ailleurs, dans un article sur la création de la Consultation santé garçons 12-20 ans du CHUV, les chercheurs Suris et Michaud mentionnaient qu'en 2007 (date de l'article) les garçons ne consultaient pas les centres de santé sexuelle et que par conséquent ils restaient avec des besoins non comblés par rapport à leur santé sexuelle. (Suris & Michaud 2007) Il semble qu'entre 2007 et 2022 la situation a bien changé : aujourd'hui à la CSS 67% de femmes et 33% d'hommes consultent¹³.

Cette évolution est très positive car, comme l'explique le Dr. Takeuchi, il existe un risque que certain-es adolescent-es « *passent sous les radars d'une prise en charge adéquate.* » (Takeuchi & Jacot-Guillarmod 2020) En effet, durant la période de l'adolescence une transition s'opère par rapport à l'accès aux soins et comme les adolescent-es ont moins de problèmes de santé somatique, les consultations diminuent (sauf en situation d'urgence).

¹³ Les statistiques retenues ne contiennent que les consultations avec un-e CSSR, et pas avec le ou la médecin uniquement.

En revanche, les filles « *restent 'connectées' au réseau de santé via les consultations de gynécologie et de santé sexuelle mais sans équivalence pour les garçons.* » (Idem)

Ainsi, l'évolution de la CSS mentionnée en début de travail, avec la part de plus en plus importante d'une population masculine, renforce d'autant plus le bien-fondé du dépistage sexologique dans une optique de prise en charge globale de la santé sexuelle des femmes et des hommes.

Les avantages que je vois à aborder le vécu de la sexualité avec les jeunes concernent principalement la question de la « première fois », des normes corporelles ainsi que de la consommation de pornographie. En effet, pour la plupart d'entre eux, l'entrée dans la sexualité représente un réel enjeu et il arrive fréquemment que des jeunes filles aient des questions sur (la potentielle déchirure) de l'hymen ou les douleurs lors de la première pénétration. Concernant la pornographie, il est selon moi très utile d'en parler ouvertement avec les jeunes et de questionner les normes (corporelles, de pratique) qui y sont transmises ou des effets que sa consommation peut avoir sur la fonction sexuelle (la réponse sexuelle, comprenant le désir). En se montrant disposé-e à aborder cette thématique – dans une posture comme toujours d'ouverture et de non-jugement – les CSSR peuvent accompagner les jeunes dans l'appropriation de leur propre sexualité et les aider à construire et développer leurs propres imaginaires et désirs, avec ou sans pornographie.

Finalement j'ai pu observer dans ma pratique que de manière générale, le simple fait de discuter avec des jeunes de ces sujets peut faire baisser certaines inquiétudes et/ou angoisses et leur permet de dédramatiser certaines situations qui se résolvent ainsi d'elles-mêmes. D'ailleurs, avec cette population, une grande partie du travail des CSSR consiste la plupart du temps à les rassurer sur leur « normalité ».

Déconstruire les normes

Deuxièmement, le fait d'aborder explicitement la sexualité avec des personnes, quel que soit leur âge, peut aussi être l'occasion de questionner ou déconstruire certaines normes de genre ou relationnelles véhiculées par la société. Comme la chercheuse Guyard le souligne, dans les consultations gynécologiques, les inégalités de genre sont renforcées par une certaine représentation de la sexualité : « *La sexualité prônée reste en effet profondément hétéro-normée, reproductive, conjugale, marquée par le primat du désir et du plaisir masculin.* » (Guyard 2010 : 46

Dans notre société encore régie par le patriarcat, certaines normes participent en effet à façonner la sexualité des hommes et des femmes : ce qui est perçu comme une « bonne sexualité » ou une sexualité « normale », *qui et comment* les personnes sont censées désirer, ou encore la définition d'une « dysfonction sexuelle » (que ce soit par les usager·ères elleux-mêmes ou par les professionnel·les de la santé).

Par exemple, avec quelques usagers (hommes cisgenres), il m'est arrivé que cette question leur permette de partager certaines craintes autour de la sexualité concernant la notion de performance, la durée de la pénétration ou le temps de rémission entre deux orgasmes. Dans ce genre de situation, j'ai l'impression qu'en prenant le temps de discuter ou en proposant des conseils de lectures ou de podcasts, le/la CSSR peut aider la personne à élargir son champ des possibles. En l'occurrence, l'idée serait de sortir de l'injonction à la pénétration ou encore de découvrir d'autres manières d'avoir des relations sexuelles, tout autant voire plus satisfaisantes. Il peut s'agir parfois aussi de clarifier certains termes comme « rapport sexuel » ou « préliminaires » ou encore, en s'appuyant sur des outils à disposition (maquettes, livres, etc.), de transmettre des connaissances sur l'anatomie du ou des partenaires de la personne qui consulte.

Ainsi je pense que l'approche psychosociale – et non médicale – des CSSR peut justement permettre d'éviter de tomber dans l'écueil de la « médicalisation de la sexualité » (Giami 2007, Medico 2021) qui a tendance à renforcer les clivages des rôles féminins et masculins (Bozon 2018). Finalement, de par leur formation et leur pratique, les CSSR ont les outils pour accueillir chaque personne en tenant compte de ses spécificités tout en prenant soin d'éviter les a priori cis-hétéronormés ou de renforcer toute injonction. Par exemple, durant les consultations iels peuvent laisser une porte ouverte à l'expression d'une sexualité extra-conjugale ou socialement stigmatisée en abordant les questions du multipartenariat, du polyamour, des relations transactionnelles ou encore non consenties.

Dépister les violences

J'ai également pris conscience lors de ma pratique professionnelle, que le dépistage sexologique peut déboucher sur le dépistage des violences, quelles soient psychologiques, physiques ou sexuelles. De fait, en posant la question de la satisfaction sexuelle et en partant du corps ou de l'expérience corporelle des usager·ères, il est possible d'ouvrir un espace de partage pour ce type de récit. C'est d'ailleurs une manière moins frontale d'aborder le thème des violences qu'en posant la question directement.

Il m'est arrivé par deux fois qu'une patiente mentionne des douleurs lors des relations sexuelles ou sur les parties génitales, ce qui a débouché sur le partage d'expériences de violences subies dans le passé. Dans les deux cas, le dépistage a permis une prise en charge : une réorientation vers un·e médecin dans un cas, dans l'autre cas vers la LAVI. Cette pratique me paraît ainsi être l'occasion d'améliorer la prise en charge des violences vécues, sachant que parfois le simple fait d'écouter la personne peut suffire à lui fournir une aide adéquate sans nécessité de la réorienter vers d'autres professionnel·les.

Le dépistage sexologique : un acte politique ?

En demandant aux personnes qui consultent si et en quoi elles sont satisfaites sexuellement, les conseiller·ères participent selon moi à une certaine *politisation* du métier (voir Lagroye 2003). Dans cette dernière partie, je démontrerai cette hypothèse en m'appuyant sur l'exemple de la sexualité des (jeunes) femmes cisgenres hétérosexuelles et de leur rapport au désir. Je précise ici que ce choix n'est bien sûr pas représentatif de toute la population de la CSS. Comme je l'ai montré ci-dessus, la consultation est ouverte à tout le monde et il serait pertinent, dans un autre travail, de développer une réflexion similaire portant sur la sexualité des autres groupes, par exemple les hommes cisgenres hétérosexuels.

Pour le module 6 de notre DAS, je me suis penchée sur le concept de *satisfaction sexuelle* et j'ai montré qu'il était fortement lié à celui de *subjectivité* car toute satisfaction dépend d'une appréciation personnelle. En ancrant ces réflexions dans notre contexte sociétal actuel, je me suis demandée comment les femmes peuvent se considérer en tant que « sujet » désirant alors qu'elles ont depuis toujours été soumises à la domination masculine (De Beauvoir dans Croset-Calisto 2022 : 108). Cette question m'a conduite au concept d'« agentivité sexuelle » développé ci-après. Les pages suivantes sont ainsi en partie tirées de ce travail de concept.

Comme l'écrit l'autrice M. Croset-Calisto dans son livre sur l'orgasme, « *[avant] le XIXe siècle, 'la femme' n'existait ni anatomiquement ni politiquement comme subjective souveraine. (...) [le] corps féminin était représenté comme une variation hiérarchiquement mineure du masculin. Il n'était pas reconnu comme entité anatomique, comme sujet politique, ayant une existence ontologique, autonome et pleine.* » (Croset-Calisto 2022: 60).

Mais les femmes ne sont pas seulement ostracisées (voir *l'Autre* de Beauvoir dans *Le Deuxième sexe*, 1949) ou effacées par la société patriarcale : ce contexte spécifique a aussi produit des fausses croyances quant à leur sexualité en inventant le concept de « frigidité féminine » qui participe à la dépossession de leurs désirs (Legouge 2021: 549, Koedt 2010). A cela s'ajoute le fait que le désir masculin est généralement représenté comme étant irréprensible et dangereux : une conception qui réprime d'autant plus le désir féminin. (Lang 2011 : 199). Ou comme l'écrit Legouge dans *L'Encyclopedie critique du genre* : « *ces dernières [les femmes] sont socialisées à n'être que des objets de désir, c'est-à-dire être désirées. Elles doivent se conditionner à être sexuellement excitées en se conformant à une définition androcentrée de la sexualité, c'est-à-dire à être excitée à l'idée d'exciter leur partenaire.* » (Legouge 2021 : 551)

Dès lors que la société fabrique des femmes dont la sexualité est sacrifiée au profit des dominants (les hommes), je me suis demandée comment celles-ci peuvent-elles être satisfaites sexuellement. Pour penser (et panser) ce problème, certaines autrices parlent d'« agentivité sexuelle » (Lang 2011) : une notion qui a le potentiel d'aider à (re)mettre les femmes au centre de leur propre sexualité et de s'émanciper : « *l'exercice de l'agentivité sexuelle s'oppose, pour les femmes et les filles, au rôle social qui leur est traditionnellement associé, soit celui de l'asexualité.* » (Lang 2011 : 194)

De fait, si elles ne peuvent pas être des agentes de leur propre sexualité, les femmes sont enfermées dans un rôle d'« asexuelle » ou de « frigide » : « *Des «besoins» impérieux sont attribués aux hommes et, s'il existe une multiplicité de représentations sexuelles convoquant le désir des hommes, au contraire, c'est l'absence de désir qui caractérise souvent les représentations de la sexualité des femmes (et non son inexistence).* » (Legouge 2021 : 549) Finalement, si les femmes se soumettent malgré tout au rapport sexuel hétérosexuel dans ce contexte de domination masculine, elles doivent s'adapter aux hommes et sont forcées de trouver du plaisir dans le coït alors qu'elles ne parviennent que rarement à l'orgasme par cette pratique. (Maines 1999 : 133)

L'agentivité sexuelle signifie agir comme sujet de sa propre sexualité (avoir des actions qui reflètent ses propres désirs, poser des limites) ou « *la capacité à adopter une posture de sujet lors des interactions sexuelles* » (Plourde 2021 : 30). N. Leuba a également abordé ce concept durant son cours de sexologie. Selon lui, il s'agit d'une « *capacité d'agir de façon responsable authentique et consciente dans le champ sexuel. Ainsi qu'une capacité*

à remettre en question un système normatif qui distribue des rôles stéréotypés. » (Leuba 2023)

Cette agentivité ne dépend pas uniquement de soi mais est également tributaire de l'environnement (contexte relationnel, social et politique). Ainsi, pour être agente de sa sexualité, une personne doit pouvoir être en pleine possession de son corps, de sa sexualité et de ses désirs (Plourde 2021), ce qui implique d'être dans un contexte exempt de toute coercition, où chacun·e puisse être libre et autonome. De fait, *« pour qu'un comportement soit qualifié d'agentique, il doit être exercé sur des bases de confiance et de liberté. » (Lang 2011 : 194)*

Le développement de cette agentivité semble donc dépendre d'une réappropriation du corps (des femmes), laquelle doit passer par une réappropriation des savoirs, car *« des présupposés naturalistes et différentialistes, hérités de la biologie et de la psychanalyse, (...) construisent la sexualité masculine et la sexualité féminine comme incommensurables, et essentiellement différentes. Et la perspective théorique sur laquelle se fondent ces propos conduit à penser le plaisir sexuel des femmes dans une logique hétéro-pénétrative où les femmes sont des individus définies comme passives et non comme des sujettes. » (Andro, Bachmann, Bajos, Hamel 2010 : 11)*

Certaines fausses croyances, comme par exemple la théorie freudienne sur l'orgasme vaginal et la jouissance clitoridienne « infantile », ont pendant des années participé à la construction d'un double standard dans la sexualité entre hommes et femmes. Ces mythes ont empêché les femmes de *« définir par elles-mêmes et pour elles-mêmes une 'sexualité' qui leur convienne, c'est-à-dire une sexualité pensée par elles qui procure plaisir et satisfaction selon leurs propres aspirations dans le cadre de l'hétérosexualité » (Idem :9),* et je pense qu'ils impactent également les hommes cisgenres hétérosexuels en les laissant croire qu'il n'existe que la pénétration vaginale qui puisse faire plaisir à une femme cisgenre.

Le rôle des CSSR dans la réappropriation de la sexualité

Comme le travail des CSSR consiste – entre autres – à rectifier certaines croyances erronées, il me paraît évident qu'ils puissent, par leur pratique professionnelle, remédier à ce « double standard » dans la sexualité. Ce faisant, iels s'inscrivent selon moi dans la

continuité de cette « réappropriation » des savoirs sur la santé et le corps des femmes initiée dans les années 1970 par des militantes féministes américaine du *Women Health Movement* (mouvement pour la santé des femmes) qui luttait pour l'accès à l'IG et contre le pouvoir des hommes (notamment gynécologues) sur le corps des femmes.

Via des groupes d'auto-exploration et des publications, ces militantes visaient le partage des connaissances sur le corps des femmes par et pour elles-mêmes : « *C'est le début du mouvement de self-help gynécologie, dont le but est d'aider les femmes à se familiariser avec leurs organes génitaux, à apprendre à apprécier cette partie de leur corps, à repérer un éventuel problème – infection, stérilet déplacé... –, mais aussi à discuter de leur sexualité et du fonctionnement de leur appareil reproductif.* » (Löwy 2005)

Comme je l'ai montré ci-dessus, la démarche des CSSR s'inscrit totalement dans cette optique. En outre ces féministes avaient aussi pour but de « *fournir des services de santé de bonne qualité aux femmes issues de couches sociales défavorisées* » (Löwy 2005), un autre aspect sur lequel s'aligne le centre de santé sexuelle de PROFA.

J'aime penser que les conseiller-ères en santé sexuelle sont les héritier-ères de ces militantes. Dans tous les cas, par le partage des savoirs sur les sexualités, iels permettent aux personnes d'acquérir des connaissances et par là de construire des « savoirs corporels » (Cencin 2016) et de prendre le contrôle sur leurs corps, leurs désirs et de (re)devenir des sujets, leur permettant ainsi de développer leur agentivité sexuelle.

Je pense aussi que le travail des CSSR s'inscrit – et c'est aussi en cela que notre travail est pour moi *politique* – dans une nouvelle « production de savoir » (Foucault 1976) qui participe à la création de nouvelles représentations sociales et culturelles de la sexualité. Pour Foucault le désir est un *effet* (et non une *cause* comme pour Freud), c'est-à-dire qu'il est construit et peut donc être déconstruit. Ainsi le philosophe avance qu'« *il n'existe pas de désir 'original' que la loi réprime ; au contraire, le désir est généré et produit par la loi, par les puissants discours sur la sexualité qui lui donnent forme et le prennent pour objet.* » (Foucault dans Stoler 2010 : 2)

Comme je le disais en introduction, les spécialistes en santé sexuelle ont un discours sur la sexualité. Ainsi en suivant la pensée de Foucault, on peut dire qu'ils jouent un certain rôle dans la production de savoirs sur la sexualité et, en déconstruisant certains mythes ou clichés par exemple, peuvent avoir un impact considérable sur la manière dont les personnes vivent leur sexualité.

Pour conclure ce chapitre, je prendrai l'exemple fictif d'une usagère femme cisgenre hétérosexuelle venant consulter pour un motif autre (contraception par exemple) et qui suite au dépistage sexologique, se plaindrait d'anorgasmie. Après avoir exploré la plainte (en faisant une anamnèse), le/la CSSR pourra donner des informations factuelles sur l'anatomie du clitoris, clarifier les notions d'orgasme « vaginal » ou « clitoridien » ou encore discuter de manière plus large de désir(s) et/ou de consentement. Par-là, indirectement, la/le CSSR pourra pallier aux représentations culturelles et sociales des femmes dites frigides ou asexuelles et peut-être même, en suivant la pensée de Foucault, participer à la création de nouveaux cadres de pensée permettant la représentation de femmes désirantes.

Conclusion

J'espère avoir réussi à montrer en quoi cette prestation est utile et permet aux CSSR de s'inscrire dans une vision holistique de la santé sexuelle telle que définie par l'OMS, c'est-à-dire comprenant les aspects somatiques mais aussi émotionnels et/ou subjectifs de la sexualité. Comme on l'a vu, l'approche de santé sexuelle de l'ancien « planning familial » a énormément évolué avec les années et ne consiste aujourd'hui plus uniquement à gérer les naissances, bien au contraire. Ainsi, selon moi, en intégrant cette nouvelle prestation dans ses consultations, le centre de santé sexuelle de PROFA donne une certaine place au vécu sexuel – et par là aux notions de désir(s) et de plaisir(s) – et parachève ainsi sa métamorphose.

Comme la santé sexuelle possède une importante dimension socioculturelle (contexte, normes sociales et politiques) et psychologique (subjectivité, expérience du monde, de soi et des autres), les compétences transversales et pluridisciplinaires des CSSR leur permettent de porter des lunettes différentes (par rapport aux autres spécialistes de la santé) et d'inscrire le vécu de la sexualité des personnes dans une approche globale (et non uniquement médicale). Par ailleurs, les spécificités d'une structure comme la CSS renforcent le bien-fondé de ce dépistage sexologique car elles permettent de toucher un plus grand nombre de personnes.

De fait, de par l'accessibilité facilitée notamment pour les jeunes, les personnes en situation d'handicap et/ou issues de la migration ou encore ayant de faibles ressources financières, la CSS peut faire de la prévention et promotion de la santé sexuelle à large

échelle. En intégrant le vécu sexuel dans l'anamnèse, les CSSR viennent ainsi en aide à des personnes qui n'iraient pas forcément spontanément consulter un-e sexologue ou n'oseraient pas aborder ce sujet avec d'autres professionnel-les de la santé.

C'est d'ailleurs principalement eu égard à cela que cette prestation s'aligne sur les droits sexuels. En effet, compte tenu de la diversité de la patientèle à la CSS, le fait de procéder à ce dépistage systématique participe à la lutte contre les inégalités et facilite l'accès à la santé pour tout le monde. Par cette pratique, les CSSR respectent également les « principes éthiques en éducation-formation-conseil » issus du Code éthique de SANTE SEXUELLE SUISSE pour les spécialistes en santé sexuelle (code éthique 2022)¹⁴, notamment quant à l'égalité, la non-discrimination, l'information, l'autodétermination et la santé.

Comme je l'ai montré, ce dépistage s'inscrit dans la « culture du métier » des CSSR : en allant à la pêche aux informations, ces dernier-ères remplissent une des tâches principales des spécialistes en santé sexuelle (que ce soit en éducation ou en conseil) : accompagner les personnes vers plus d'autodétermination pour leur permettre d'accéder à une sexualité saine. En l'occurrence, en suivant la description de l'OMS, « saine » n'implique pas uniquement l'absence de maladie mais aussi d'avoir accès à une sexualité satisfaisante et sans dysfonctionnement.

J'ai également illustré que par leur formation (et leur intérêt pour le sujet), les CSSR sont à l'aise pour parler de sexualité, ont acquis les compétences communicationnelles et fait le travail d'auto-réflexion (sur les valeurs et/ou jugements) nécessaires pour procéder à ce dépistage. En revanche, pour avoir discuté avec certain-es collègues et eu moi-même ce sentiment, je pense que le cursus du DAS ne fournit pas suffisamment d'outils pour transmettre des « informations simples » en lien avec des difficultés sexuelles (ce qui est, on l'a vu, du ressort des CSSR et pas uniquement des sexothérapeutes).

Durant la volée 2021-2023, nous avons certes eue plusieurs cours sur les étapes du développement psychosexuel des enfants, des adolescent-es et des adultes ainsi que deux cours sur l'anatomie et la physiologie du plaisir des personnes avec une génitalité féminine. Je relève un gros manque concernant les personnes avec une génitalité masculine qui par ailleurs, comme on l'a vu, font désormais partie de la patientèle des

14 Ce code doit être signé par les étudiant-es du DAS en fin de parcours afin de recevoir leur diplôme.

centres de santé sexuelle (en tout cas à PROFA). En outre, le fait que les stages soient très variés avec des thèmes/groupes cibles très spécifiques selon les lieux ne permet pas aux étudiant-es de pallier ce manque de connaissances. (J'ai pour ma part fait mon stage au CHUV et observé/conduit pour la grande majorité des entretiens d'interruption de grossesse avec des usagères femmes cisgenres).

Les CSSR n'ont pas besoin d'être formé-es en sexologie en plus du DAS pour intégrer le vécu de la sexualité dans leur anamnèse de santé sexuelle. En revanche, pour être à même de faire cette « transmission d'informations simples », certaines connaissances sont nécessaires. Ainsi, je pense qu'il serait pertinent d'intégrer certains cours voire un nouveau module de sexologie pour apprendre comment réagir et accompagner au mieux les usager-ères présentant des difficultés sexuelles. Il serait également pertinent de pouvoir s'entraîner à l'aide d'exemples (mises en situation, vignettes cliniques, etc.) et ainsi s'assurer que toute personne qui obtient son DAS en santé sexuelle soit suffisamment outillée pour procéder à ce dépistage sexologique. Finalement, je pense que fournir un bagage théorique en sexologie plus conséquent permettrait de renforcer le sentiment de légitimité des CSS qui, comme je l'ai dit dans l'introduction, sont en quelque sorte déjà des « sexologues ».

Je conclurai ce travail en répondant à ma question de recherche par l'affirmative : oui, le dépistage sexologique est une plus-value pour la santé sexuelle. Je suis convaincue que cette pratique peut déboucher sur des discussions très intéressantes et/ou sur le partage d'outils de connaissance de soi et de ses partenaires. Je pense que cette prestation améliore la prise en charge de toute personne qui consulte un centre de santé sexuelle et que par là, les CSSR participent d'une certaine déconstruction de la norme hétérosexuelle androcentrée qui est tout autant nuisible pour les femmes que pour les hommes.

Finalement – et c'est peut-être aussi en cela que ce dépistage est novateur – en partageant des savoirs sur la sexualité et l'anatomie des usager-ères, les CSSR vont plus loin que les féministes du *Women Health Movement* car iels n'accompagnent pas uniquement des femmes mais aussi des hommes (ou des personnes non-binaires) dans l'émancipation de la norme et l'appropriation de leur corps vers une bonne santé sexuelle générale.

Bibliographie

Ouvrages / Articles

Aeby Renaud, M. (2020) *Sexualité, difficultés sexuelles... en parler à l'unité de santé sexuelle et planning familial*. Rapport d'activités 2019 de l'USSPF des Hôpitaux Universitaires Genève [Rapport d'activités 2019 - Unité de santé sexuelle et planning familial, HUG](#), consulté le 28.08.23

Andro, A., Bachmann, L., Bajos, N. & Hamel, C. (2010). La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 4-13.

Belhadjali-Meregaglia, N. (1988). *Planning familial et difficultés sexuelles*. Thèse. Berne. Peter Lang.

Bianchi-Demicheli, F. (2016), Médecine sexuelle : passé, présent et futur, *Rev Med Suisse*, 2, no. 510, 531–532.

Bolmont, M., Amram, M., Rochon, F., Dietrich, P., Bianchi-Demicheli, F. (2018). Prise en charge de la sexualité chez les patients oncologiques : Un projet de recherche au sein des Hôpitaux universitaires de Genève, *Rev Med Suisse*, 4, no. 598, 578–581.

Bozon, M. (2018). Chapitre 10. Médicalisation de la sexualité : du contrôle de la déviance à l'obligation du souci de soi. Dans : M. Bozon, *Sociologie de la sexualité*. Paris. Armand Colin, 165-177.

Cencin, A. (2016). *(Mé)connaissance du clitoris. Dynamique contemporaine de développement anatomique*. Mémoire de Maitrise en Etudes Genre. Université de Genève.

Beauvoir (de), S. [1949] (1986). *Le Deuxième Sexe*. Paris. Gallimard.

Bonnard, C. & al. (1986). *Le Centre à 20 ans. Bulletin du Centre médico-social Pro Familia*. Lausanne.

Croset-Calisto, M. (2022). *Les Révolutions de l'orgasme*. Paris. Editions de l'Observatoire.

Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *The journal of sexual medicine*, 10(11), 2658–2670.

Fert, D. (Dir.). (2006) *Désirs, réalités... le choix ? : au cœur du Planning familial de Genève, 1965-2005*. Genève. Hôpitaux universitaires de Genève. Ed. Porte-Plumes.

Fornage, S., Bianchi-Demicheli, F. (2017), Médecine sexuelle à Lausanne : passé, présent et futur, *Rev Med Suisse*, 3, no. 554, 607610.

Foucault, M. (1976) : Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir, Paris, Gall

Frey, A. (2022). Wie Vulva und Klitoris aus den Lehrbüchern verschwanden und warum Frauen bis heute darunter leiden. In : *Neue Zürcher Zeitung*, <https://www.nzz.ch/wissenschaft/wie-vulva-und-klitoris-aus-den-lehrbuechern-verschwanden-ld.1704611>, consulté le 10.08.2023

Garibian. T. (2020) « Ce n'est pas une prime à la liberté sexuelle ». *Sextant* [En ligne], 37 | 2020, mis en ligne le 01 novembre 2021. <https://doi.org/10.4000/sextant.334>, consulté le 03.08.2023

Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250, 56-60.

Giami Alain. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. In: *Communications*, 81, 2007. Corps et techniques, sous la direction de Georges Vigarello et Thierry Pillon. pp. 135-151.

Gilliand, P. & al. (1990) Inauguration du Centre de planning familial du Département de gynécologie-obstétrique du CHUV le 14 décembre 1989. Brochure.

Guyard, L. (2010). Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 44-57.

Lagroye, J. (Dir.). (2003). *La politisation*. Paris. Belin.

Launaz Perrin E., (2009). *Quelle place pour la sexologie dans un centre de planning familial*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de formation continue en Sexologie Clinique, Université de Genève.

Löwy, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale : Le *Women Health Movement* et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*, 14, 89-108.

Méan, F., Gervasoni, J.-P., Pasquier, N., Reymond Darot, S. (2005). *Planning familial. Regard sur les prestations de la Fondation Profa et de l'Espace Prévention Morges-Aubonne*. Lausanne. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Raisons de santé 111.

Méan, F., Wyss, E. (2006). *Guide pratique d'entretiens de planning familial*. Villars-sur-

Glâne. Edition PLANeS.

Medico, D. (Dir.) (2021). *La sexologie clinique : Une pratique psychothérapeutique inclusive et intégrative*. Presse de l'Université du Québec.

Michaux, D., Marotta, M-L., Di Gregorio, M., Reynaert, C. (2018). Comment aborder la sexualité avec une femme en consultation médicale ? *Louvain Med* 2018; 137 (8): 477-482.

Pavard, B. (2012). Du *Birth Control* au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant. *Histoire @Politique*, 18, 162-178. <https://doi.org/10.3917/hp.018.0162>, consulté le 24.07.23

Plourde, P. (2021). *On parle beaucoup de nous, mais on nous parle pas à nous : l'agentivité sexuelle des personnes travailleuses du sexe s'identifiant au genre femme dans le cadre de leur travail*. Travail de mémoire. <https://archipel.uqam.ca/15961/1/M17099.pdf>, consulté le 24.07.23

Schweizer A., (2020). *Talking About Sexuality in Gynecological Consultations: Mismatches Between Patients' Expectations and Gynecological Practices, Women's Reproductive Health*, 7:4, 244-258.

Schweizer, A. (2017). L'abord de la sexualité en consultation gynécologique, *Rev Med Suisse*, 13 :590-3.

Suris, J., Michaud, P. (2007), Médecine de l'adolescence Consultation garçons, *Rev Med Suisse*, 7, no. 093, 30–33.

Vuille, M. (2014) "Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine sexuelle", *Genre, sexualité & société* [Online], 12 | Automne 2014, Online since 01 December 2014, connection on 28 July 2023. <http://journals.openedition.org/gss/3240>, consulté le 04.07.23

Présentations / Cours

Medico, D. (2005). *Modèles contemporains de santé sexuelle*. Présentation Powerpoint dans le cadre du CAS en Sexologie Clinique 2005-2007. En ligne: https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Modeles_contemporains_2005.pdf, consulté le 25.06.23

Leuba, N. (2023). Quelle est la place de l'approche sexologique dans le mandat d'un.e spécialiste en santé sexuelle? Cours donné dans le cadre du DAS en santé sexuelle.

Takeuchi, Y-L. Jacot-Guillarmod, M. (2020). 55% des ados posent des questions sur la

sexualité et les autres en ont mais n'osent pas... Présentation vidéo. Institution: Jeudi d'Unisanté. <https://www.revmed.ch/colloques/55-des-ados-posent-des-questions-sur-la-sexualite-et-les-autres-en-ont-mais-n-osent-pas>, consulté le 03.08.23

En ligne

Déclaration des droits sexuels de l'IPPF [En ligne]. (2008) Londres : IPPF
https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf, consulté le 04.05.23

SANTÉ SEXUELLE SUISSE. (2022). *Code éthique*. [Code-ethique-pour-les-specialistes-en-sante-sexuelle.pdf \(sexuelle-gesundheit.ch\)](#) consulté le 28.08.23

Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) (2015) *Santé sexuelle – une définition pour la Suisse*. Bern [Lettre \(sante-sexuelle.ch\)](#), consulté le 28.08.23

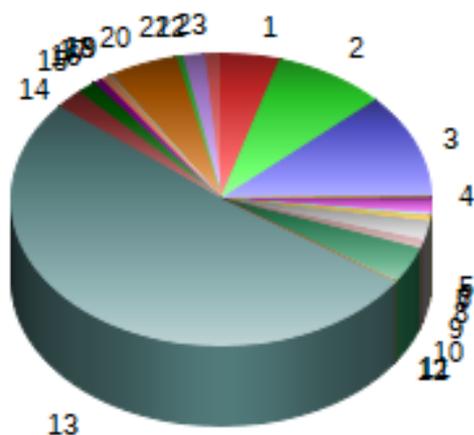
Jacot-Descombes, C. (2023). *Santé sexuelle en Suisse – stratégie, priorités et thématiques pouvant être intégrées lors d'une consultation médicale*. Présentation Unisanté. [PowerPoint-Präsentation \(unisante.ch\)](#), consulté le 28.08.23

Site internet de la Fondation PROFA : www.profa.ch

Annexes

1) Statistiques 2022

Motif principal



1.	Non relevé	4.5%
2.	Contraception	8.6%
3.	Demande de CPC	11.5%
4.	Acc. test grossesse pos.	0.1%
5.	Ambivalence de grossesse	1.8%
6.	Grossesse gardée	0.2%
7.	Retard règles, test nég.	0.6%
8.	Pré-IG	2.1%
9.	Post-IG	1.0%
10.	Demande médicale	4.0%
11.	Fertilité, stérilité	0.1%
12.	Péri-ménopause	0.0%
13.	IST	51.3%
14.	Information / Education	2.2%
15.	Difficultés sexuelles	1.5%
16.	Relation, problème perso.	0.7%
17.	Violence, maltr., abus	0.8%
18.	Identité sexuelle	0.0%
19.	Orientation sexuelle	0.1%
20.	Post-CPC	5.3%
21.	Autre	0.5%
22.	Demande de PrEP	1.7%
23.	Suivi PrEP	1.3%

2) Questionnaire



Fondation PROFA | Consultation de santé sexuelle

Rue de Lausanne 21
1020 Renens

T 021 631 01 40
sante-sexuelle@profa.ch
www.profa.ch/sante-sexuelle

Questionnaire **anonyme** sur le dépistage sexologique à la Consultation de santé sexuelle (CSS) – PROFA

Langue maternelle

- Français
- Anglais
- Espagnol : ... _____.

Année de naissance : ... _____.

Genre :

- Féminin
- Masculin
- Non-binaire
- Autre

Sexe assigné à la naissance :

- Féminin
- Masculin

Orientation sexuelle :

- ~~Hétérosexuel.le~~
- Gay, lesbienne, ~~homosexuel.le~~
- ~~Bisexuel.le~~
- ~~Pansexuel.le~~
- En questionnement
- Autre

Vous consultez à la CSS de :

- Lausanne
- Renens
- Morges
- Nyon
- Vevey
- Yverdon
- Aigle
- Payerne

Vous consultez principalement pour :

- Dépistage IST
- Contraception (information, prescription)
- Demande de contraception d'urgence
- Post contraception d'urgence

Fondation PROFA | Consultations et centres de compétences

 Santé sexuelle  Couple et sexologie  Périnatalité  Aide aux victimes  VIH-IST  Éducation sexuelle



- Demande de PrEP
- Suivi PrEP
- Demande médicale (y compris contrôle annuel)
- Post-IG
- Information et/ou éducation sexuelle
- Autre

1) Expérience globale de la consultation de 1 à 5 :

(1 = très satisfaisant, 2 = satisfaisant, 3 = sans opinion, 4 = peu satisfaisant, 5 = pas du tout satisfaisant)

2) Le ou la conseiller·ère en santé sexuelle vous a questionné sur votre satisfaction sexuelle ? (oui/non) :

Si non :

- Aimerez-vous qu'on vous pose la question dans le cadre de la Consultation de santé sexuelle ? (oui/non) pourquoi ?

Si oui :

- Pensez-vous que cette question a sa place dans un entretien de santé sexuelle, quel que soit le motif de consultation ? (oui/non)
- Vous êtes-vous senti·e à l'aise qu'on vous pose cette question ? (oui/non) ...
 - o Si non : pourquoi ?
- Trouvez-vous que la Consultation de santé sexuelle est un lieu adéquat pour aborder la satisfaction sexuelle et/ou parler des troubles sexuels ? (oui/non)
 - o Si non : pourquoi ?

3) Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre satisfaction sexuelle ?

4) Si vous êtes plutôt insatisfait·e (de 1 à 5) et que vous avez pu en parler lors de la consultation : vous êtes-vous senti·e entendu·e / accompagné·e ? (oui/non)

5) De manière générale, si vous avez des difficultés sexuelles : en parlez-vous facilement ?

- a. Avec les parents ? (oui/non)
- b. Avec des ami·es ? (oui/non)
- c. Avec des professionnel·les de la santé ? (oui/non)

6) Mis à part un·e professionnel·le de PROFA, est-ce qu'un·e autre professionnel·le de la santé a déjà abordé ce thème avec vous ?

7) Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Merci pour votre participation !

3) Marche à suivre



Fondation PROFA | Consultation de santé sexuelle

Rue de Lausanne 21
1020 Renens

T 021 631 01 40
sante-sexuelle@profa.ch
www.profa.ch/sante-sexuelle

Renens, le 20.06.2023

Marche à suivre pour l'évaluation du dépistage sexologique

Merci d'informer en début d'entretien, qu'une de vos collègues est en train de faire une recherche pour son travail de diplôme, dont le thème est la frontière entre santé sexuelle et sexologie (à vous de voir si vous voulez donner le thème). Dans ce cadre, une enquête est menée durant un mois auprès des usager·ères de la consultation de santé sexuelle: il y'aura un questionnaire à remplir en fin d'entretien, sur le smartphone ou si besoin sur la tablette de PROFA.

Il est possible d'imprimer le questionnaire en dernier recours, mais c'est pas idéal car moins pratique pour le traitement de données.

Merci de faire remplir ce questionnaire systématiquement, que vous posiez la question de la satisfaction ou non. Cela prend quelques minutes pour le remplir donc si vous n'avez plus le temps en fin d'entretien, la personne peut scanner le code-QR et retourner s'asseoir en salle d'attente pour compléter les réponses. Les études montrent que si les personnes ne remplissent pas le questionnaire tout de suite, elles ne le font pas ultérieurement, c'est pourquoi j'insiste sur le fait qu'elles doivent le faire avant de quitter la CSS.

Une fois le questionnaire rempli, les données sont directement enregistrées et j'analyserai les résultats à la fin du mois d'enquête.

- Ne sont pas concernées :
 - Les consultations avec des traducteur·ices
 - Les consultations pour les interruptions de grossesse/ambivalence
 - Les consultations dont le motif est déjà une difficulté sexuelle
 - Les consultations concernant des situations de violence
 - Autre : selon votre évaluation quand cela ne fait pas sens de faire remplir le questionnaire

Concernant les entretiens pour la remise de la CPC: bien que pour ce type de consultation, la question de la satisfaction sexuelle soit probablement rarement posée (dû notamment au

Fondation PROFA | Consultations et centres de compétences

● Santé sexuelle ● Couple et sexologie ● Périnatalité ● Aide aux victimes ● VIH-IST ● Education sexuelle



caractère « urgent » et au temps à disposition), j'aimerais que vous soumettiez quand même le questionnaire pour récolter l'avis des personnes (souvent) plus jeunes sur cette question.

Si une personne refuse de participer: ne l'obligez pas. Si cela arrive: merci de noter le nombre de refus sur une liste à part et me l'envoyer à la fin de l'enquête.

Ce questionnaire est anonyme: prénom et/ou nom ne sont pas demandés. Par ailleurs, des informations sur le traitement des données sont transmises au début du questionnaire.

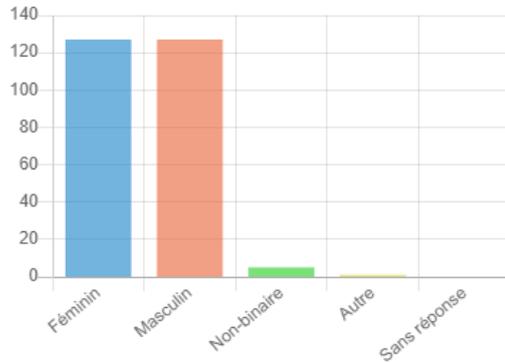
Je suis consciente du biais inhérent à cette étude mais si possible faites comme d'habitude : si vous posez peu la question habituellement, ne changez pas votre manière de faire car c'est justement cela qui m'intéresse pour mon travail. Il ne s'agit pas d'évaluer votre travail à vous, mais plutôt la perception du public. D'ailleurs quand je présenterai les résultats à PROFA, je ferai en sorte que le lien entre le fait de poser la question et le lieu de consultation n'apparaisse pas.

MERCI !

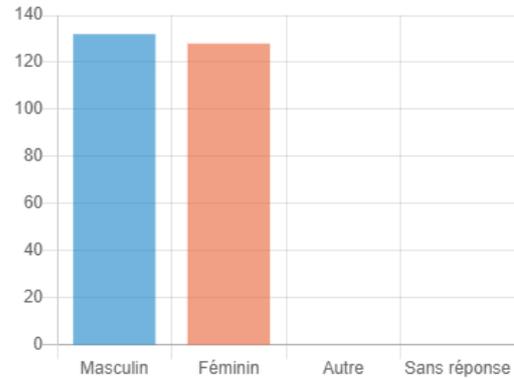


4) Réponses au questionnaire (non-exhaustives)

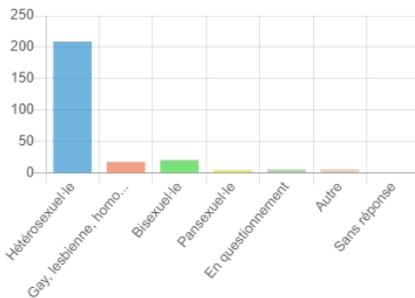
Quel est votre genre ?



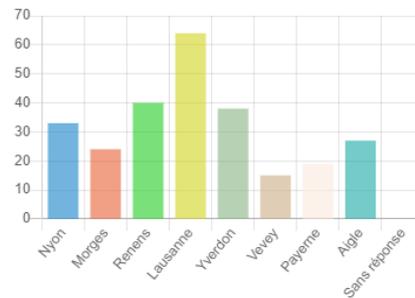
Quel sexe vous a été assigné à la naissance ?



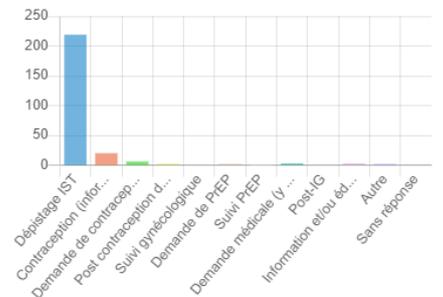
Quelle est votre orientation sexuelle ?



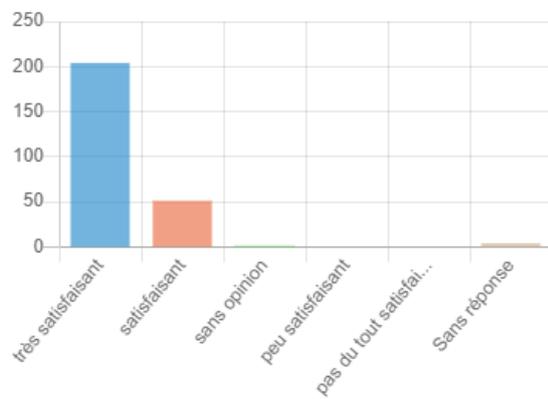
Dans quel centre CSS consultez-vous ?



Quel est le thème principal de votre consultation ?

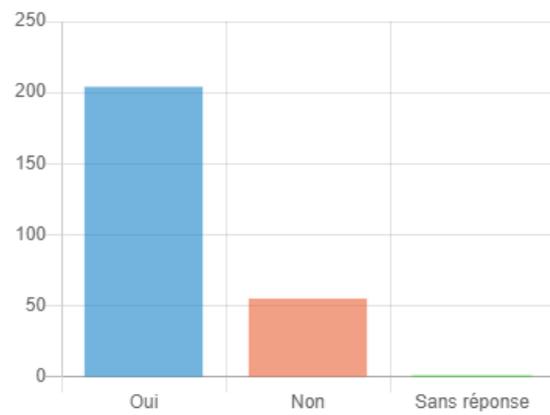


Quelle est votre expérience globale de la consultation ?



- très satisfaisant
- satisfaisant
- sans opinion
- peu satisfaisant
- pas du tout satisfaisant
- Sans réponse

Le ou la conseiller·ère en santé sexuelle vous a questionné sur votre satisfaction sexuelle ?



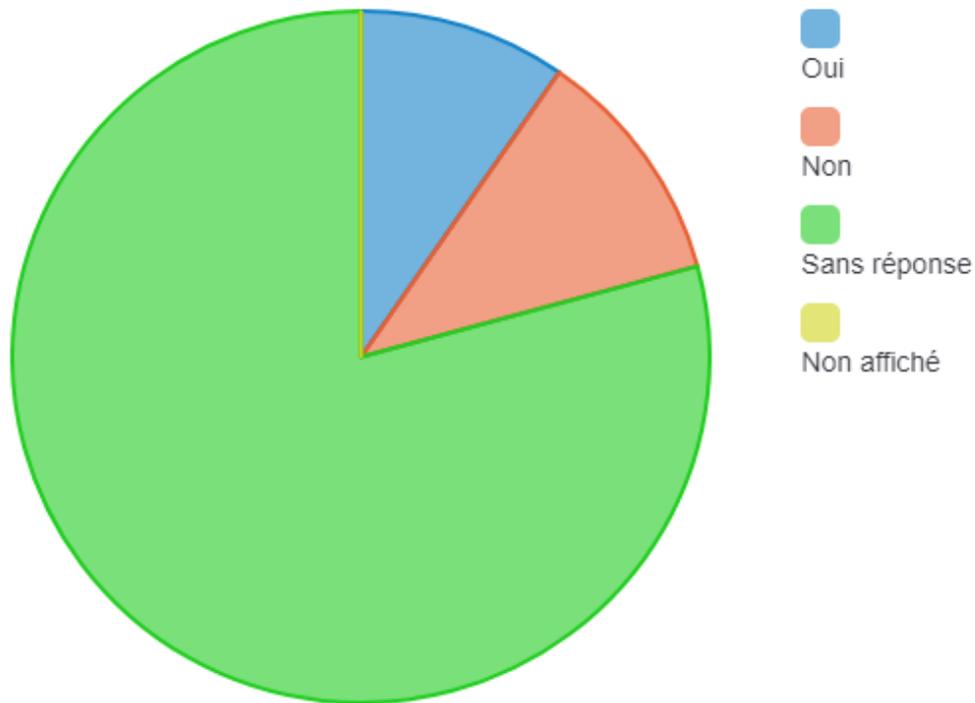
- Oui
- Non
- Sans réponse

Résumé pour G01Q08



Aimeriez-vous qu'on vous pose la question dans le cadre de la Consultation de santé sexuelle ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (AO01)	25	9.62%
Non (AO02)	29	11.15%
Sans réponse	206	79.23%
Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	260	100.00%



Graphique en histogramme

Graphique en camembert

Graphique radar

Graphique ligne

Graphique polaire

Graphique beignet

Résumé pour G01Q09



Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

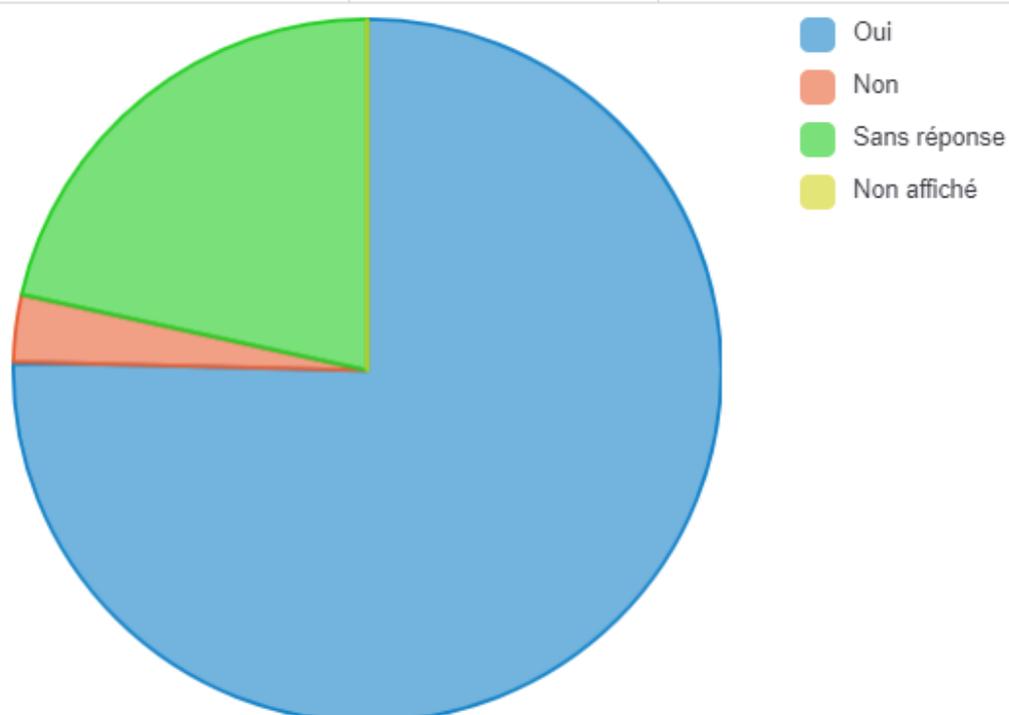
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
<p style="text-align: right;">Réponse Parcourir</p> <ul style="list-style-type: none"> Q Parce que je serais mal à l'aise d'y répondre. Q Parce que je pense en savoir assez Q Pour moi ce n'est pas le but de la séance Q Si cela peut être utile pour les statistiques ou autre cela ne me dérange pas, mais pour moi ce n'est pas utile. Si j'ai besoin d'en parler je me sens libre d'en discuter de moi-même avec la conseillère. Q Ce n'est pas le but de ma consultation, d'un point de vue personnel Q Encore trop en questionnement pour avoir une réponse à donner Q Je trouve que ça n'apporte rien à la consultation et vu que c'est une question personnelle je ne vois pas la place d'expliquer ma satisfaction sexuelle. Q Trop intrusif Q Je trouve que c'est plutôt indiscret et que ça ne regarde que les 2 partenaires Q La satisfaction n'entre d'après moi pas en compte pour la santé sexuelle physique. Q Je ne pense pas que cela soit pertinent dans le cadre de ma consultation (test ist) Q Tout va bien pour l'instant Q Pas besoin Q Na Q C'est pour un dépistage Q je sais pas Q C'est pas nécessaire Q C'est une question plus intime ça ne concerne que moi Q Je suis venu pour un simple dépistage Q De part mon âge et mon expérience, je ne ressens pas le besoin que quelqu'un d'autre s'en préoccupe. Je trouve que c'est très personnel. 	20	7.69%

Résumé pour G01Q11



Vous êtes-vous senti-e à l'aise qu'on vous pose cette question ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (AO01)	196	75.38%
Non (AO02)	8	3.08%
Sans réponse	56	21.54%
Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	260	100.00%



Graphique en histogramme

Graphique en camembert

Graphique radar

Graphique ligne

Graphique polaire

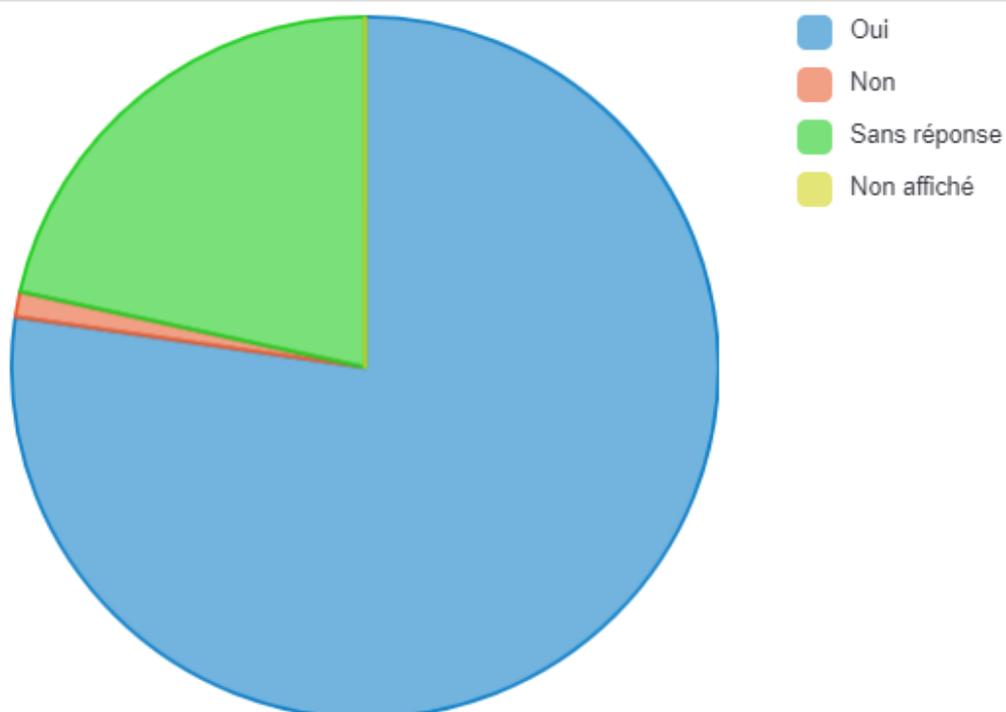
Graphique beignet

Résumé pour G01Q13



Trouvez-vous que la Consultation de Santé Sexuelle est un lieu adéquat pour aborder la satisfaction sexuelle et/ou parler des troubles sexuels ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A001)	201	77.31%
Non (A002)	3	1.15%
Sans réponse	56	21.54%
Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	260	100.00%



Graphique en histogramme

Graphique en camembert

Graphique radar

Graphique ligne

Graphique polaire

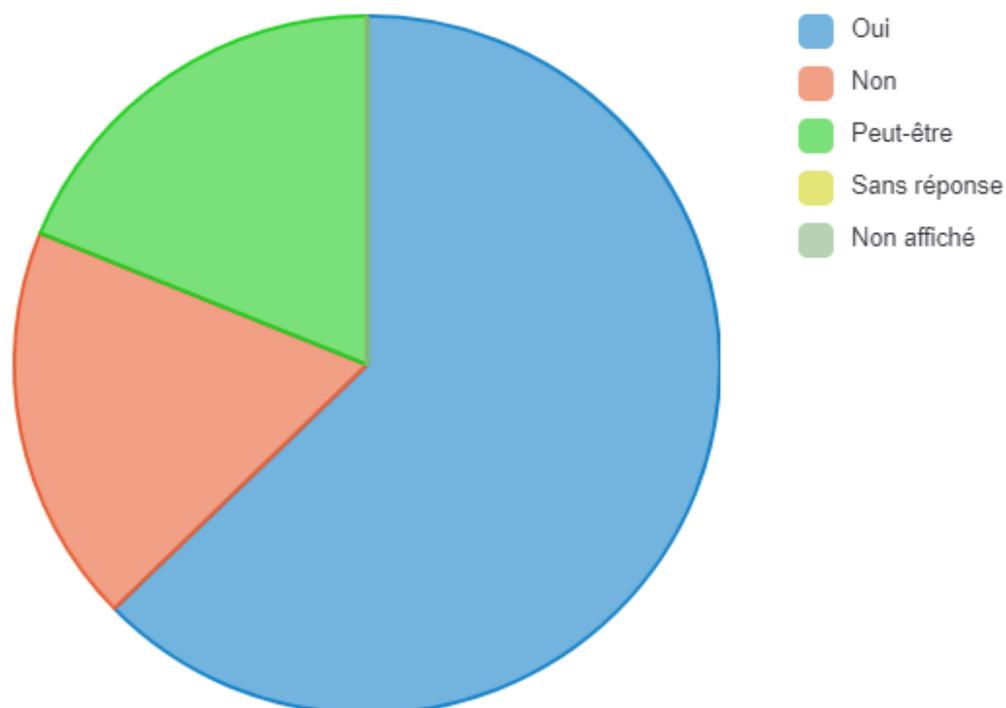
Graphique beignet

Résumé pour G01Q25



De manière générale, si vous avez des difficultés sexuelles : en parlez-vous facilement avec des professionnel·les de la santé ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (AO01)	163	62.69%
Non (AO02)	48	18.46%
Peut-être (AO03)	49	18.85%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	260	100.00%



Graphique en histogramme

Graphique en camembert

Graphique radar

Graphique ligne

Graphique polaire

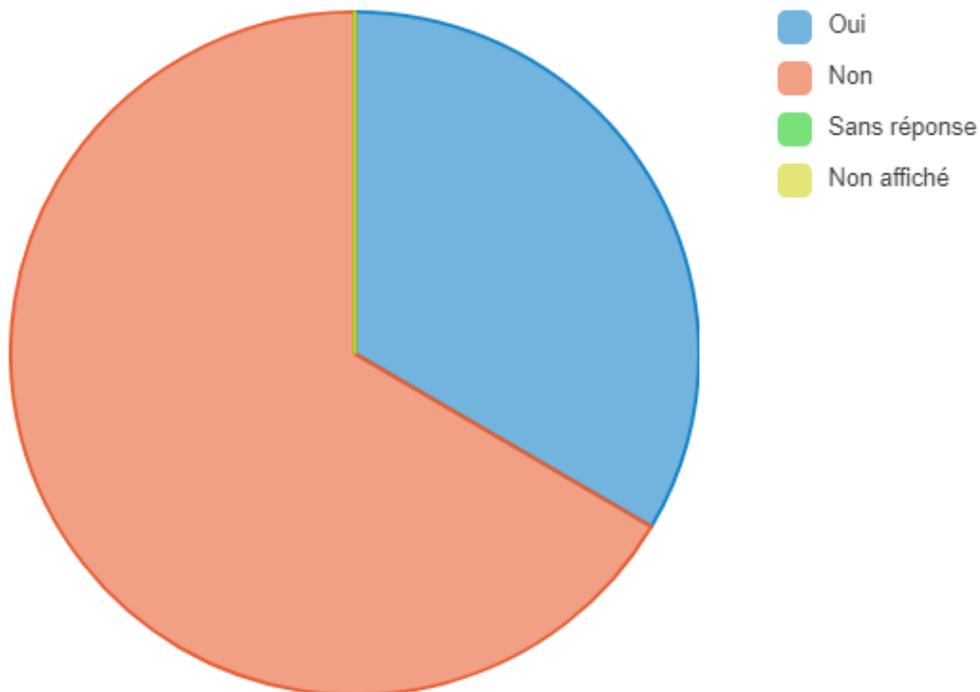
Graphique beignet

Résumé pour G01Q21



Mis à part un·e professionnel·le de PROFA, est-ce qu'un·e autre professionnel·le de la santé a déjà abordé ce thème avec vous ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A001)	87	33.46%
Non (A002)	173	66.54%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%
Total(brut)	260	100.00%



Graphique en histogramme

Graphique en camembert

Graphique radar

Graphique ligne

Graphique polaire

Graphique beignet