

Travail de diplôme



Septembre 2023

## AVIS AUX LECTEUR•RICE•X•S

---

### NOTA BENE

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une formation continue organisée par la Haute Ecole du Travail Social de Genève, conjointement avec l'université de Lausanne et l'université de Genève, en vue de l'obtention du Diploma of Advanced Studies en santé sexuelle : interventions par l'éducation et le conseil. Il est une réflexion personnelle et n'engage que son autrice.

### TERMINOLOGIE ET ABRÉVIATIONS

- Les abréviations « AFAN, (anglais AFAB) personne Assignée au sexe féminin à la naissance et AMAN (anglais AMAB) personne Assignée au sexe masculin à la naissance » (Médico, D. et al., 2022) seront utilisés dans ce travail mais aussi le terme *Femme* correspondant aux personnes s'identifiant comme telle.
- Le mot *Consultant* est utilisé en tant que verbe au participe passé dans le sens « Demander à quelqu'un son avis, son conseil, chercher des renseignements auprès de lui ; interroger (...) Solliciter d'un spécialiste un avis circonstancié » (dictionnaire-synonyme.com, 2015) et il n'est pas utilisé en tant que nom commun.
- Les mots *mobile*, *itinérant* et *ambulant* étant synonymes, il a été choisi le terme *mobile* à l'instar de la dénomination « équipe mobile » utilisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
- *Trouble psychique* (TP) est présent dans le travail de manière plus systématique que *trouble psychiatrique* et *trouble mental*, car « actuellement, la notion de troubles psychiques est celle utilisée pour nommer les maladies affectant le psychisme. Ainsi, maladies mentales, maladies psychiatriques, troubles mentaux, troubles psychiques sont des termes différents pour dire la même chose. » (Céapsy, s.d.)
- Pour « désigner les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, trans, intersexes et/ou queer (et/ou en questionnement). » l'acronyme LGBTIQ+ est utilisé. « Le "+" renvoie aux personnes non comprises dans l'acronyme et subissant des discriminations en raison de leur sexe, de leur orientation affective et/ou sexuelle, de leur identité et/ou expression de genre. » (Ville de Genève, 2023)

Aussi, par souci de non-discrimination ce travail est écrit en tentant d'utiliser un langage inclusif non binaire lorsque cela est possible. Ex : Lecteur•rice•x•s , Patient•e•x•s, etc.

Le mot *femme* est utilisé lorsqu'il est connu que la personne se soit identifiée comme telle.

## RÉSUMÉ

---

**INTRODUCTION.** La stigmatisation des femmes en souffrance psychique est souvent un frein à l'accès aux soins. Qu'en est-il de l'accès de ces femmes à la santé sexuelle et de leur pouvoir décisionnel quant aux choix contraceptif ou d'interruption de grossesse ? Parce que les femmes en souffrance psychique sont décrites dans la littérature comme ayant des comportements sexuels à risque d'une grossesse non programmée, elles peuvent subir la prescription par un médecin d'une méthode contraceptive sans consentement éclairé.

Face à des professionnels de santé ne maîtrisant pas toujours les concepts de capacité de discernement ou des droits sexuels, il peut être difficile pour ces femmes stigmatisées de prendre des décisions de manière libre et éclairée soit sans pression exercée.

Certaines femmes préfèrent aussi ne pas consulter et tombent dans l'invisibilité.

En tant que spécialiste en santé sexuelle, comment imaginer accéder à ces femmes pour les accompagner dans un choix contraceptif sans coercition et favoriser l'autodétermination dont elles ont droit ?

**BUT DU TRAVAIL.** Questionner l'accès à la santé sexuelle des femmes en souffrance psychiatrique et proposer des pistes d'interventions qui permettent à ces femmes souvent invisibilisées, l'autodétermination dans leur processus décisionnel concernant leur santé sexuelle et plus spécifiquement leur choix contraceptif.

**METHODE.** Afin de connaître le rapport qu'entretiennent les femmes vivant avec un trouble psychique avec leur santé sexuelle et leur pouvoir décisionnel face à un choix contraceptif, un questionnaire exploratoire a été réalisé et mis à disposition dans différents lieux de soins ambulatoires, d'accueil et associatifs dans le canton de Genève.

Une recherche documentaire a été tenté afin de comprendre les enjeux de la santé sexuelle chez les femmes vivant avec un trouble psychique.

**PISTES.** Des interventions mobiles menées par des spécialistes en santé sexuelle impartiaux dans leur posture, peuvent être une piste pour approcher ces femmes souvent invisibilisées et les informer, les orienter lorsque cela est possible vers des consultations en centre de santé sexuelle. Formés à « l'éducation-formation-conseil », les spécialistes en santé sexuelle peuvent être des professionnels ressources pour les équipes souvent démunies face aux questions relevant de l'intime.

En apportant un éclairage spécifique, des spécialistes en santé sexuelle expert en santé mentale et psychiatrie constituent un atout dans les centres de santé sexuelle.

# TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
1.1 MOTIVATION	6
1.2 CONTEXTE	7
1.3 QUESTIONNEMENT	8
<b>2. L'ESSENTIEL EN BREF</b>	<b>9</b>
2.1 SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE	9
2.1.1 Repères	9
2.1.2 Définitions clés	11
2.2 SANTÉ SEXUELLE	12
2.2.1 Repères	12
2.2.2 Définitions clés	13
<b>3. METHODOLOGIE</b>	<b>15</b>
3.1. QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE	15
3.1.1 Présentation	15
3.1.2 Principaux résultats	16
3.1.3 Limites du questionnaire	18
3.2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE	18
3.2.1 Méthode	18
3.2.2 Principaux résultats	19
3.2.3 Limites	21
<b>4. DISCUSSION</b>	<b>22</b>
<b>5. PERSPECTIVES ET PISTES D'AMÉLIORATION POUR LA PRATIQUE</b>	<b>26</b>

6. CONCLUSION	32
---------------	----

---

7. BIBLIOGRAPHIE	34
------------------	----

---

8. ANNEXES	37
------------	----

---

# 1. INTRODUCTION

---

## 1.1 MOTIVATION POUR LE SUJET

L'idée d'intégrer la thématique de la souffrance mentale dans le travail de diplôme en santé sexuelle s'est manifestée naturellement.

Auparavant infirmière spécialiste en psychiatrie clinique et santé mentale et après être restée plusieurs années en service de crise, j'ai eu l'opportunité de travailler dans plusieurs unités hospitalières en rétablissement. Ayant obtenu à cette période le *Certificate of Advanced Studies en santé sexuelle : approches de promotion et de prévention*, j'étais attentive aux sujets de santé sexuelle chez les patient•e•x•s ayant une souffrance psychique nécessitant un traitement psychotrope et je me suis intéressée aux enjeux de santé sexuelle en unité hospitalière de psychiatrie.

Mes constats étaient les suivant :

- beaucoup de patients AMAN étaient en rupture de traitement psychotrope pour cause de dysfonction sexuelle liée au traitement médicamenteux ;
- des patientes AFAN suivies pour traitement de psychoses disaient ne plus avoir de relations affectives et sexuelles du fait de leur isolement social entre autres ;
- des patientes AFAN avec trouble de la régulation de l'humeur et personnalité limite avaient peu/pas de contraception ou une contraception réversible à longue durée d'action (Long acting reversible contraception ou LARC) tel l'implant car « le médecin a prescrit ça, c'était plus sécurisant » (patiente anonyme, 2018) ;
- des professionnels soignants s'interrogeaient régulièrement sur les permissions des relations sexuelles entre patient•e•x•s à l'intérieur ou à l'extérieur de l'unité, en ayant conscience des règlements institutionnels ou bien se demandaient comment accompagner dans la prévention des IST si ce n'était en distribuant des préservatifs ou encore comment aborder le sujet des violences sexuelles sans avoir été formé ;
- les patient•e•x•s restaient avec leurs difficultés sans que cela soit discuté ou sans obtenir de solutions satisfaisantes.

Plus tard, en travaillant en unité de chirurgie gynécologique, j'ai pu observer que les femmes vivant avec un trouble mental pouvaient plus aisément être stigmatisées, et généraient des contre-attitudes de la part de professionnel-le-x•s en soins pas toujours formé-x•es ou sensibilisé-x•es à la thématique de la souffrance psychique.

Lorsque des femmes vivant avec un trouble psychique documenté ou non, se présentaient pour une interruption de grossesse (IG), leur capacité de discernement était parfois questionnée par des professionnelles non averties, laissant à supposer que les femmes en

souffrance n'étaient pas aptes à choisir ou à décider de ce qui était le mieux pour elles. L'interruption de grossesse était aussi le moment pour les médecins pratiquant l'IG chirurgicale de discuter de contraception avec les femmes concernées tout en insufflant la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) ou d'un implant durant l'intervention.

Consciente que la stigmatisation de ces femmes était un frein à leur pouvoir agir quant à leur santé sexuelle, je mesurais aussi qu'elle constituait une limite à l'autodétermination, signe que dans certaines situations les droits sexuels n'étaient pas respectés.

Je n'avais à ce moment, pas encore la posture ni les compétences pour participer à améliorer les pratiques.

## 1.2 CONTEXTE

Actuellement en poste de conseillère en santé sexuelle dans une unité de santé sexuelle à Genève, c'est en expérimentant l'entretien de conseil que je me suis questionnée sur les groupes de population cible consultant pour une demande de délivrance de contraception d'urgence et d'information sur la contraception. J'ai ainsi pu observer que les personnes avec souffrance psychique étaient difficilement identifiables.

Alors que l'unité de santé sexuelle a pour mission d'offrir « une information et un accompagnement psychosocial à toute personne quels que soient son âge, sa culture, son identité de genre et son orientation sexuelle (...) » (Santé sexuelle et planning familial, 2023) force est de constater que certains groupes d'individus sont représentés plus que d'autres comme les jeunes ou les personnes vivant sans permis de séjour et bénéficiaires de la CAMSCO<sup>1</sup>.

En 2021<sup>2</sup> pour exemple, sur 1958 personnes ayant consulté, 952 étaient des jeunes de moins de 20 ans, sans compter les 465 des 20-25 ans (USSPF, 2022), soit une représentation des 12-25 ans d'un peu plus de 72%<sup>3</sup> du nombre total des personnes consultant.

Concernant les motifs d'entretien, la plus grande proportion concerne la contraception d'urgence (25%) et l'information sur la contraception (18%), soit un total de 43 %.

Concernant ma pratique professionnelle et pour exemple, du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2023, sur 148 entretiens effectués, 87 (60%) concernaient le motif « *contraception* » comprenant la contraception d'urgence (CU ou contraception post-coïtale (CPC)) et les informations sur la contraception. S'il est possible de déterminer des sous-groupes de population chez les

<sup>1</sup> Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires : prestations de soins pour toute personne en situation précaire à Genève

<sup>2</sup> Les données du rapport d'activités 2022 n'étant pas encore publiées au moment de l'élaboration de cette partie du travail, seules les données 2021 ont été utilisées.

<sup>3</sup> Après vérification des données publiées et calcul : 71 % pour 2022 (USSPF, 2023)

personnes se rendant à l'unité (jeunes, LGBTIQ+, ...), il n'est pas possible de distinguer les personnes vivant avec un trouble mental.

Les atteintes à la santé mentale peuvent être présentes chez n'importe quel groupe de population : (liste non exhaustive) les jeunes pourraient être confrontés plus fréquemment à une labilité émotionnelle, des personnes de la communauté LGBTIQ+ peuvent souffrir de troubles anxieux ou vivre un épisode de dépression liés à une dysphorie de genre, à des expériences de discrimination et/ou de violence ou encore des personnes migrant•e•x•s avec ou sans permis de séjour pourraient souffrir d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et/ou d'un trouble anxieux lié à l'incertitude face à l'avenir.

La liste de possibilités peut être longue et s'il est possible pour un•e•x spécialiste en santé sexuelle en entretien de supposer qu'une personne consultant est potentiellement atteinte dans sa santé mentale en identifiant les déterminants de sa santé, il n'est pas si évident pour un professionnel sans expertise de la maladie mentale d'identifier avec précision si la personne vit un trouble psychique avéré si ce n'est en le lui demandant (avec un motif valable).

### 1.3 QUESTIONNEMENT

Lors des entretiens pour la CPC il peut exister cette possibilité. Avant la délivrance d'une pilule d'urgence, il est fondamental en tant que spécialiste en santé sexuelle de s'assurer que la personne bénéficiaire n'ait pas un traitement médicamenteux incompatible comme (liste non exhaustive) : le millepertuis, les anticonvulsifs, les antituberculeux, ou les agents antirétroviraux. Il s'agit d'une occasion de supposer de l'existence d'un trouble sous-jacent et de le vérifier ou encore de savoir avec précision si les bénéficiaires ont une atteinte dans leur santé mentale en questionnant : « Avez-vous un traitement thérapeutique comme une prise de médicament ou un suivi médical pour une pathologie spécifique? ».

Du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2023, sur les 87 entretiens concernant le motif *contraception*, seulement 4 personnes (4,60 %) ont indiqué souffrir dans leur santé mentale. Une personne de plus de 25 ans a informé fréquenter un local d'injection à Genève, et trois autres, de la tranche 18-25 ans ont déclaré vivre ou avoir vécu une souffrance ou un trouble psychique.

M'est alors venue à l'esprit : « Où vont les autres femmes vivant avec un TP lorsqu'elles ont besoin d'une contraception d'urgence ou d'information sur la contraception ? Consultent-elles les médecins gynécologues? Osent-elles demander une contraception d'urgence lorsque c'est nécessaire ? Comment ont-elles accès à toutes les informations permettant le choix d'une contraception ou d'une non-contraception ?



En supposant que les femmes en souffrance psychique ne consultaient pas par crainte d'être jugées ou incomprises et en faisant le lien avec mes observations en hospitalisation de psychiatrie je me suis questionnée :

***En tant que spécialiste en santé sexuelle, comment imaginer accéder aux femmes vivant avec un trouble mental et les accompagner dans un choix contraceptif sans contrainte afin de favoriser l'autodétermination dont elles ont droit ?***

Pour tenter de répondre à la question, ce travail présentera en se référant aux données issues de la littérature, un bref rappel des concepts centraux tels que la santé mentale et la santé sexuelle. Il exposera ensuite les résultats issus d'un questionnaire exploratoire et d'une recherche documentaire avant de proposer une discussion qui tendra à identifier des pistes d'interventions et d'amélioration pour la pratique professionnelle en santé sexuelle.

## 2. L'ESSENTIEL EN BREF<sup>4</sup>

---

### 2.1 EN SANTÉ MENTALE

#### 2.1.1 Quelques repères

- La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (2022) comme « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. ». Elle est « déterminée par un ensemble complexe de pressions et de vulnérabilités d'ordre individuel, social et structurel », ensemble appelé aussi les déterminants de la santé.
- En 2019, une personne sur huit dans le monde (...) présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants (1)<sup>5</sup>. (...) S'il existe des options de prévention et de traitement efficaces, la plupart des individus présentant des troubles mentaux n'ont pas accès à des soins efficaces. Nombre d'entre eux sont également victimes de stigmatisation ou de discrimination et subissent des violations de leurs droits. (Organisation mondiale de la Santé, 2022)

---

<sup>4</sup> adv. Pour résumer, pour dire les choses en peu de mots. (TV5Monde, s.d)

<sup>5</sup> "(1) Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, consulté le 14 mai 2022." (OMS, 2022)

L'OMS (2022) décrit les principaux troubles définis dans la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11).

Parmi eux citons comme exemple : les troubles anxieux, la dépression, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et la schizophrénie, les troubles de stress post-traumatique, ou les troubles de l'addiction.

Minds, (2018) fait une distinction entre souffrance psychique et trouble psychique : « Une personne peut ne souffrir d'aucune maladie psychique sans pour autant se sentir en bonne santé mentale. A l'inverse, une personne peut bénéficier d'un bon niveau de bien-être mental et émotionnel tout en ayant un trouble psychique diagnostiqué »

- En Suisse, et selon l'observatoire suisse de santé,

Par rapport à la situation qui prévalait avant la pandémie, la détresse psychologique était élevée en 2021 et l'est restée en 2022 malgré un fléchissement. (...) Même si la majorité de la population n'a pas subi d'altération substantielle de sa santé psychique, la pandémie a encore davantage révélé les inégalités préexistantes sur les plans sanitaire et social. Les personnes vivant seules, se trouvant dans une situation financière précaire ou atteintes de maladies psychiques ou physiques déclarent en moyenne une moins bonne santé psychique que le reste de la population. (...)

(Schuler et al. 2023)

« Après une baisse en 2020, les consultations en psychiatrie ambulatoire sont dans l'ensemble reparties à la hausse en 2021 » et « En psychiatrie stationnaire, les hospitalisations enregistrent une nette augmentation en 2021. ». Alors que « les taux de suicide sont semblables à ceux de 2020. », « la majorité de la population a bien surmonté la pandémie sur le plan psychique, [mais] la détresse psychologique reste élevée » (Schuler et al. 2023)

- Depuis 2017, d'après l'office fédérale de la santé publique (2020) les structures de soins psychiatriques sont réparties en « consultations ambulatoires (consultations auprès de médecins de premier recours installés et de psychothérapeutes médecins ou psychologues) », « en structures intermédiaires (offres situées entre les consultations ambulatoires et les structures stationnaires cliniques de jour, centres de soins ambulatoires et offres de proximité comme les services psychiatrique mobiles,) » et en « structures stationnaires (vaste palette thérapeutique disponible sept jours sur sept et 24 heures sur 24 dans les cliniques psychiatriques, des hôpitaux de soins somatiques et des institutions médico-sociales). »

### 2.1.2 Quelques définitions clés

- La capacité de discernement, selon les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des sciences médicales (2019, p.), est une notion du droit et

présuppose des capacités mentales. Les facteurs cognitifs, mais également émotionnels, motivationnels et volitionnels (en relation avec la formation et la concrétisation de la volonté) sont importants pour la capacité de discernement du patient et concernent les catégories de capacités mentales suivantes: – Capacité de compréhension: capacité de comprendre, au moins dans les grandes lignes, les informations nécessaires à la prise de décision; – Capacité d'évaluation: capacité d'évaluer personnellement la situation décisionnelle par rapport aux différentes possibilités d'action; – Capacité de se forger une volonté: capacité de prendre une décision sur la base des informations à disposition et de ses propres expériences, motivations et valeurs; – Capacité de concrétiser sa volonté: capacité de communiquer cette décision et de la défendre. Plus la décision est complexe, plus les exigences concernant les capacités mentales sont élevées. Une évaluation appropriée exige une approche globale de la personne.

Et selon (Pape et al. 2021),

La capacité de discernement ne peut se déduire en premier lieu d'un comportement donné, même si celui-ci semble irrationnel ou bizarre. L'évaluation de la capacité de discernement porte sur l'existence de certaines facultés mentales (par ex. la faculté d'arbitrer rationnellement), pas sur l'utilisation effective de ces compétences. En clair, il va de soi qu'il existe un «droit à la déraison».

Lors de l'évaluation, il faut garder à l'esprit que tant la capacité de discernement des évaluateurs que celle des patients peut être limitée. Des préjugés, basés par exemple sur des convictions idéologiques fortes ou des systèmes de valeurs individuels, peuvent conduire à un biais du jugement.

Enfin pour les personnes atteintes de troubles psychiques, l'Académie Suisse des sciences médicales mentionne (2019, p.16) :

En général, la majorité des patients atteints de troubles psychiques est capable de discernement en ce qui concerne les décisions liées à un traitement (...). Selon la

nature du trouble psychique, différentes capacités mentales requises pour une prise de décision autodéterminée peuvent être affectées plus ou moins longtemps. Ainsi, par exemple, dans les troubles affectifs tels que les dépressions et les troubles bipolaires, des facteurs émotionnels et motivationnels sont concernés (capacité d'évaluation), tandis que, dans les cas de schizophrénie et de troubles psychotiques ce sont plutôt les capacités cognitives qui peuvent être limitées et altérer la perception de la réalité. Les cas de troubles délirants et autres troubles de la pensée posent une difficulté particulière lors de l'évaluation en raison d'une possible altération de la perception de la réalité ou, le cas échéant, d'une incorrigibilité due au processus pathologique (capacité de compréhension).<sup>17</sup> L'évaluation de la capacité de discernement en fonction des valeurs et de la situation est une tâche exigeante. Il importe avant tout de ne pas mettre en doute la capacité de discernement uniquement parce qu'un patient refuse un traitement.

- Les concepts de soins en psychiatrie sont composés par exemple du concept du rétablissement (correspondant « à un cheminement de la personne, dans la durée, pour reprendre le contrôle de sa vie et trouver sa place dans la société. » et « une démarche personnelle de réappropriation du pouvoir d'agir (empowerment) » (Unafam, 2023) ;
- d' »Aller-Vers » « (...) correspond à des modes d'intervention « hors les murs » qui amènent les travailleurs sociaux « à sortir physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations dans leurs milieux de vie [3][3]Ibid., p. 9. » (Pariisse, J. & Porte, E. 2022)

## 2.2 EN SANTÉ SEXUELLE

### 2.2.1 Repères

- La santé sexuelle en Suisse a pour cadre de référence la définition de l'OMS, un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles plaisantes et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. (Santé Sexuelle Suisse, s.d)

- Santé Sexuelle Suisse est l'organisation faîtière suisse des centres en santé sexuelle, partenaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et membre de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). (Santé Sexuelle Suisse, s.d). Elle respecte les droits sexuels et promeut une éducation à la santé sexuelle positive.

### 2.2.2 Définitions clés

- L'autodétermination dépasse l'autonomie (capacité de décider) et l'indépendance (capacité d'agir), elle suppose qu'une fois la décision prise, la personne la réalise et prend la responsabilité face aux risques encourus tout en assumant les conséquences de ses choix (Haelewyck & Nader-Grosbois, 2004 ; Lachapelle & Boisvert 1999 ; Wehmeyer & Lachapelle 2006.) (Masse, M., 2013)
- L'autonomie contraceptive n'est qu'un petit sous-ensemble du concept plus large d'autonomie reproductive, que nous avons défini ailleurs comme « la capacité des individus à être des agents pleinement autonomes dans leurs besoins et décisions en matière de reproduction et à accéder aux services de santé reproductive sans interférence ou coercition » (Senderowicz et Higgins 2020 ).
- L'autonomie reproductive comprend tout, du droit à l'avortement à la justice en matière de naissance en passant par la coercition reproductive émanant des partenaires intimes (Upadhyay et al. 2014 ; Grace et Anderson 2016 ; Luna et Luker 2013 ; Kimport 2021)
- Le conseil psychosocial est l'outil privilégié par les centres de consultation en santé sexuelle [4]. Il s'agit d'un processus de résolution de problème qui vise à transformer des représentations et des comportements et à favoriser chez la personne la capacité à prendre des décisions éclairées et autonomes [5]. L'approche est motivationnelle [6] et centrée sur la personne. Elle privilégie l'écoute active, l'empathie, le non-jugement, la confidentialité et le renforcement de la personne dans ses connaissances et ses compétences (*empowerment*). (Tshibangu, 2016.)
- Professionnel.le.s de la santé sexuelle :  
  
La formation des professionnel.le.s de l'éducation, du conseil, de la prévention et des soins en matière de santé sexuelle est centrale pour la qualité des prestations. Les approches en matière de santé sexuelle sont exigeantes. Elles

doivent permettre de répondre adéquatement à l'évolution rapide de la société ainsi qu'à la diversification des problématiques tout en tenant compte de la sensibilité du thème. Les professionnel.le.s de la santé sexuelle ont besoin de solides connaissances et compétences croisées issues à la fois des domaines de la médecine, de la biologie, de l'éthique, du droit, de la psychologie, de la pédagogie, de la sociologie ou encore de la promotion de la santé et de la prévention. Pour répondre au mieux aux demandes des personnes, ils et elles doivent pouvoir compter sur de solides formations de base et continues, d'interventions et de supervisions qui leur permettent à la fois une mise à jour des connaissances mais également un travail continu sur leurs propres représentations ainsi qu'un travail réflexif sur leur pratique.

(Tshibangu, 2016. p.20)

- Les spécialistes en santé sexuelle en centre de santé sexuelle ont un rôle d'accompagnement dans le processus de décision du choix contraceptif, d'une interruption ou une poursuite de grossesse, informe au sujet de la sexualité ...
  
- Quelques faits sur la contraception (extrait copié du site de Santé Sexuelle Suisse)
  - Selon le rapport suisse sur la contraception (Dossier Obsan 59), 80% des personnes sexuellement actives en Suisse ont recours à une méthode contraceptive. Les moyens les plus fréquemment utilisés sont le préservatif ou la contraception hormonale, suivis par la stérilisation et le stérilet.
  - Les méthodes contraceptives longue durée, telles que le stérilet et l'implant sous-cutané, permettent de se protéger sur une longue période.
  - Certains contraceptifs tels que la « pilule » nécessitent une prescription médicale.
  - Les femmes ont de plus en plus recours aux méthodes de contraception sans hormones; il s'agit par exemple du diaphragme ou du DIU au cuivre.
  - le préservatif masculin et le préservatif féminin sont les seuls moyens contraceptifs qui protègent également contre les IST, infections sexuellement transmissibles (STI Sexually Transmitted Infections).
  - La stérilisation masculine ou féminine sont les seules méthodes permanentes, irréversibles.
  
- Plus d'informations sur toutes les méthodes contraceptives en 11 langues sont sur sex-i.ch

### 3. METHODOLOGIE

---

#### 3.1 QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE

##### 3.1.1 Présentation

Afin de comprendre la relation qu'entretiennent les femmes en souffrance psychique avec leur santé sexuelle j'ai, pour commencer, élaboré un questionnaire exploratoire<sup>6</sup> et mis à disposition dans différents lieux à Genève.

Les lieux ont été déterminés en fonction des « consultations ambulatoires », des « structures intermédiaires » et des « structures stationnaires » du réseau existant santé-social présent sur le canton de Genève et en lien avec la problématique des troubles mentaux à savoir : les problèmes d'addictions et de dépendances, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les psychoses, par exemple ; tout en incluant le critère de la stabilité du trouble car il est présumé qu'il soit plus difficile pour une personne en crise aiguë de répondre à des questions du fait de la potentielle incapacité de discernement : « L'appréciation de la réalité peut être perturbée en cas de délire ou d'hallucinations, lorsqu'une agitation extrême empêche l'attention et la concentration (...). » (Hatam, S., Kolatte, E., 2015)

Afin d'essayer d'atteindre le plus de femmes majeures susceptibles de pouvoir répondre à la demande le questionnaire a sciemment été diffusé : chez un psychiatre privé, chez une psychologue -psychothérapeute privée, au département de psychiatrie des HUG qui s'est chargé de la répartition dans les consultations ambulatoires et unités d'hospitalisation de rétablissement, dans une association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, dans une association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif, dans une association gérant des centres résidentiels pour personnes souffrant d'addictions, et dans une association romande d'aide aux personnes touchées par le trouble de la personnalité limite et à leurs proches.

Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme sécurisée et gratuite Drag'Nsurvey et il était accessible via un lien URL ou un code QR, tous 2 visibles sur un document<sup>7</sup> envoyé en pièces jointes par courriel aux contacts énoncés plus haut. Il était demandé d'imprimer le document et de le mettre à disposition de mi-mars à mi-juin 2023 sur les lieux fréquentés par des femmes

---

<sup>6</sup> Consultation des questions possible en scannant le code QR visible en annexe A

<sup>7</sup> Document visible en annexe A

majeures ou de diffuser le lien URL par courriel ou autre canal lorsque cela était possible.

Aucune question au sujet de l'identité ou des coordonnées des personnes n'a été posé. Cette information concernant l'anonymat a été transmise et mentionné sur le document.

Le questionnaire s'adressait à des femmes en âge adulte de 18 à plus de 50 ans car il s'agissait avant tout de connaître l'expérience vécue des femmes ou de leur expérience actuelle au sujet de leur santé sexuelle et spécifiquement en lien avec leur santé reproductive.

Le questionnaire contenait en tout 19 questions réparties en plusieurs thématiques.

La première partie s'intéressait à l'identité de genre et caractéristiques de santé mentale des personnes interrogées afin de savoir si elles faisaient partie de la population cible de l'étude exploratoire. Par exemple, il était important de savoir si la personne se considérait comme « une femme » ou comme une « personne non binaire » ou « autre » (question 1) et si elle était ou avait été atteinte dans sa santé mentale (question 3).

La proportion de « femmes avec trouble psychique » versus « sans trouble psychique » pouvait donner une indication importante au sujet du rapport fait avec la contraception en montrant par exemple s'il pouvait exister une corrélation entre *trouble psychique* et *accès à la contraception*.

La deuxième partie s'intéressait à la santé sexuelle et à son accès (expérience chez médecin gynécologue, accès – connaissance et vécu contraceptif, vécu d'interruption de grossesse) et pour finir une question a été posé sur la plus-value d'un spécialiste en santé sexuelle mobile en tant que piste d'intervention afin de connaître les avis des potentielles bénéficiaires.

### 3.1.2 Principaux résultats

L'analyse des résultats a été faite sans aide de la plateforme. Pour l'analyse des résultats de la partie « santé sexuelle » et leur interprétation, seules les questions en lien avec la contraception ont finalement été interprété au vu de la question de départ qui s'est précisé durant l'élaboration du travail. Les résultats de l'échantillon sont consultables sur demande car la totalité des réponses ne peuvent pas figurer dans les annexes du fait du nombre important de pages engendré.

Lors de la dépouille des résultats il a été recensé 11 participations au questionnaire. Les 11 participations concernaient des femmes qui s'identifiaient comme tel.

Pour une analyse plus claire des résultats les répondantes ont été nommées du chiffre 1 à 11 (répondante 1, répondante 2...) en suivant l'ordre d'arrivée (répondante 1 = 1<sup>ère</sup> personne à avoir répondu, répondante 2 = 2<sup>e</sup> personne à avoir répondu, etc.).

Sur les 11 participations, la répondante 3 et 7 ont été sorties de l'étude car elles n'ont répondu



qu'à 2 questions pour raison(s) inconnue(s) : 9 participations sont avec réponses exploitables. Les groupes d'âge des femmes ont été choisis en lien avec la population jeune adulte 18-25 ans, adultes 26-45 ans et l'âge à partir duquel la ménopause peut survenir, suivant la définition de la Ménopause proposée par l'OMS : « La régularité et la durée du cycle menstruel varient au cours de la vie reproductive d'une femme, mais l'âge auquel la ménopause naturelle survient se situe généralement entre 45 et 55 ans pour les femmes du monde entier. » (OMS, 2022).

Sur les 9 participantes, 0 se trouve dans la tranche des 18-25 ans, 6 font partie de la tranche 26- 45 ans et 3 sont dans les plus de 45 ans.

55% des participantes (5) ont vécu ou vivent avec un TP avéré, c'est-à-dire l'ont déclaré comme tel. La participante 8 a déclaré ne pas être atteinte dans sa santé mentale et a répondu recevoir *une offre en soin dans un lieu d'accueil associatif (première ligne, café Cornavin etc.)* Considérant le public cible (personnes vivant en situation de marginalité en lien avec une consommation de toxique et/ou situation sociale précaire ) de ces lieux d'accueil, j'ai choisi d'inclure cette participante dans l'échantillon de personnes vivant ou ayant vécu avec un TP, concluant un total de 66% de participantes pour ce groupe.

### **Connaissance des méthodes contraceptives.**

Parmi le groupe des femmes avec TP, 3 ont indiqué connaître entre 7 et 10 méthodes contraceptives, 2 ont fait mention d'une connaissance entre 4 et 6 méthodes et une indiquait savoir l'existence d'1 à 3 méthodes, tandis que les femmes sans TP annonçaient une connaissance de 7 à 10 méthodes (2 participantes) ou de 4 à 6 méthodes (1 participante).

Sauf la répondante 9 ayant mentionné une seule source d'information (*chez le médecin gynécologue*) les autres répondantes avec TP ont cité plusieurs sources : *Chez le médecin gynécologue*, mentionné 5 fois, *A l'école/en formation*, cité 4 fois, *par les amis/connaissances*, mentionné 3 fois, tandis que *par la famille* a été choisi 2 fois et *les recherches par internet* 1 fois. *Par les professionnels des structures listées en question 4 (association, hospitalisation, consultation ambulatoire...)* , *En entretien dans un centre de santé sexuelle* et le champ libre *Autre* n'a été mentionné aucune fois.

### **Consentement/choix**

Sur 6 participantes ayant un TP, 100% ont utilisé (4) ou utilise encore (2) une méthode contraceptive.

1 a considéré qu'il s'agissait d'un choix libre et éclairé ; 3 ont considéré qu'il s'agissait d'un choix libre; 2 ont considérés comme un "non choix/choix induit" et "un choix libre mais pas le choix" (participante 8, 2023). Ce qui revient à dire que 33.3 % des participantes vivant avec un TP ont déjà eu ou ont une contraception "sous la contrainte".

Sur les 3 personnes sans TP, 2 ont répondu avoir fait un choix libre et éclairé et 1 un choix libre.

### **Demande d'informations contraceptives : où trouver, vers qui/quoi aller ?**

Si les participantes avec TP devaient choisir une méthode contraceptive, elles prendraient comme source d'informations le médecin gynécologue (les 6 participantes avec TP) le médecin traitant et internet (mentionnés par 3 fois), la famille (choisis 2 fois) et les amis (2 fois).

#### 3.1.3 Limites du questionnaire

Peu de répondantes ont participé ce qui n'a pas permis une analyse probante ni une comparaison significative entre les réponses données par les personnes avec TP et celle des personnes sans TP.

Il n'a pas été possible de savoir si le questionnaire était bien rendu visible dans tous les lieux. Il y a eu peu ou il n'y a pas eu de retour de la part des responsables contactés sauf de ceux du département de psychiatrie des HUG.

Concernant les questions posées, malgré une attention particulière à leurs élaborations, elles ont pu être interprétées de manière différente.

Enfin, le questionnaire a été conçue avant de connaître l'existence de mesure d'autonomie contraceptive de Senderowicz (2020). Cela aurait été plus pertinent d'élaborer un formulaire en tenant compte de cette méthode et d'articuler le présent travail autour de la question de l'autonomie contraceptive des femmes vivant avec un TP à Genève et d'y apporter des réponses plus concrètes.

## 3.2 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### 3.2.1 Méthode

Au départ, les questionnements tournaient autour de l'accès à la santé sexuelle pour les femmes vivant avec un trouble psychique. Une recherche documentaire a été tenté en utilisant les bases de données PUBMED, CINHALL, GOOGLE SCHOLAR et en recherchant dans la bibliographie des articles trouvés. Les mots clés ont été traduits en MESH terms en anglais et la recherche a d'abord porté sur les termes : Access to contraception, mental health, sexual health, psychic trouble. Les dates étaient déterminées à pas plus anciennes que 2012 et les langues sélectionnées étaient l'anglais, le français et l'espagnol.

Avec les MESH terms utilisés, aucun article n'a pu être sélectionné car aucun n'était en lien direct avec la problématique de départ. Beaucoup d'articles faisaient références à la

contraception ou à l'avortement ou à la grossesse. Mais pas à l'accès à la santé sexuelle comme souhaité. Les troubles psychiques étaient précis puisqu'ils s'agissaient de personnes souffrant majoritairement d'addictions.

J'ai alors précisé certains termes de santé sexuelle.

Avec les Mesh terms : Abortion, Contraception, Psychic Disorder, Mental Health, Reproductive Health, Psychiatry and Counseling, plusieurs articles en lien avec la contraception et les personnes avec TP sont sortis.

Sur 15 articles retenus, 5 ont été retenus pour leurs pertinences et points communs.

Une autre recherche s'est effectuée avec les termes Contraception, Coercition, Psychiatric trouble, Sexual Health, après avoir précisé la question de départ et une sélection de 3 autres articles s'est effectuée.

Sur les 8 articles ou travaux retenus, 5 ont finalement été sélectionnés pour leur pertinence et le lien direct avec le trouble psychique : un est écrit en français (Suisse romande), un en espagnol (Colombie) et les 3 autres sont écrits en anglais (Etats-Unis, Inde et Royaume-Unis).

Après lecture et traduction personnelle, j'ai utilisé les sites deepl.com et google traduction afin de compléter ou vérifier mes traductions. Toutes les citations sauf celle de Afsary (2019) sont des traductions en langue française.

### 3.2.2 Principaux résultats

#### **Besoins en matière de santé sexuelle des femmes atteintes de maladie mentale**

Une étude de cohorte rétrospective de femmes britanniques en âge de procréer (14-45 ans) d'un registre de soins primaires au Royaume-Uni montre que chez les femmes atteintes de maladie mentale les besoins en matière de santé sexuelle ne sont pas respectés et qu'il existe des inégalités en matière de santé par rapport aux femmes sans maladies mentales (Holly et al., 2021): elles ont un « risque accru d'infection sexuellement transmissible », « de maladies gynécologiques » et « de cancers de la santé génésique » et « moins d'accès au dépistage cervical que les femmes en bonne santé ».

En soins primaires et santé mentale « les cliniciens doivent créer des occasions de dialoguer avec les femmes. »

#### **Manque d'informations sur la planification familiale**

Dans son étude transversale observationnelle faite à Medellin en Colombie en 2017, Posada Correa et al. ont enquêté sur les caractéristiques de la santé sexuelle et reproductive des

patients atteints de schizophrénie et de trouble affectif bipolaire. Les personnes ont été recruté dans une consultation du groupe des troubles de l'humeur et de la psychose de l'hôpital universitaire San Vicente Fundación : un tiers des personnes avec troubles bipolaires ont reçu des informations sur la sexualité et la contraception et sur les 2 personnes schizophrènes, toutes ont eu des informations mais il n'a pas été possible pour les auteurs de connaître la véracité de l'information « pas possible de savoir si reçu en consultation ou par un autre moyen ».

De plus il existe chez les personnes avec Trouble bipolaire et schizophrène un « risque élevé de grossesses non désirées et d'avortements » pour cause « d'état de vulnérabilité », « de comportement hypersexuel chez les personnes avec un trouble bipolaire » et un « manque d'éducation sexuelle et de conseils de la part du personnel médical ». (Posada Correa et al., 2017)

Cette donnée rejoint celle de Goldstein et al. (2021) dans une étude de recherche rétrospective menée aux Etats-Unis d'Amérique qui en étudiant les dossiers médicaux des femmes de 18 à 49 ans admises en unité psychiatrique hospitalière de l'hôpital universitaire G. Washington à Washington a conclu que « les jeunes femmes en âge de procréer admises en unité hospitalière urbaine reçoivent des conseils inadéquats sur la santé reproductive » et qu'il y a des « besoins urgents de conseils sur les risques et les avantages de l'utilisation et de l'arrêt des médicaments ».

### **Coercition et compétence contraceptive**

Afsary (2019), dans son étude sur le vécu de la prescription de contraception féminine en Suisse romande, met en lumière à travers un témoignage d'une femme ayant vécu une expérience de toxicomanie, les différences de pratiques concernant l'information de contraception suivant que les bénéficiaires aient une fragilité psychique ou non, ou selon ce que les médecins savent de la fragilité de la personne bénéficiaire. La contraception sous contrainte pour une femme ayant une fragilité psychique est narrée.

Aussi « Les médecins attendent des femmes qu'elles aient une compétence contraceptive correspondant «à la capacité à prendre une contraception dépendante des motivations et de la fiabilité des individus» (Ventola, 2014). Ce degré de compétence évalué par les gynécologues sur la base de ce qu'ils et elles savent des patientes, et donc en partie de ce qu'elles leur disent, justifierait le suivi médical ainsi que les restrictions du libre choix. »

### **Connaissance des professionnels de santé au sujet de la contraception**

En 2018, aux Etats-Unis d'Amérique, Macaluso et al. mène une étude avec l'objectif « d'évaluer la perception de l'adéquation de la formation par les résidents de plusieurs

spécialités médicales sur la prescription de contraceptifs et la planification familiale pour les patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants ».

Les résultats montrent que :

- « (...)les résidents de toutes spécialités confondues, s'accordent à dire que l'éducation et la formation sur la planification familiale et la contraception dans la population des patients souffrant de maladies mentales graves et persistantes, sont insuffisantes » ;
- « (...) la discussion sur la contraception devrait être coordonnée entre les prestataires de soins primaires et les prestataires de soins de santé mentale », « (...)Etant donné que la plupart des patients souffrant de troubles mentaux se présentent d'abord aux médecins de famille » ;
- «(...) de nombreux résidents n'étaient pas sûrs des besoins spéciaux en matière de santé des patients atteints de maladie mentale grave y compris les interactions entre les médicaments et les maladies ».

### 3.2.3 Limites

Le niveau de preuve de tous les articles scientifiques n'a pas pu être évalué.

Le recherche documentaire montre qu'il existe beaucoup d'études au sujet de la grossesse et des personnes consommatrices de substances ou toxicomanes par exemple et qu'aucune données concernant l'accès à la santé sexuelle pour les femmes vivant avec un trouble psychique n'a pu être trouvé.

Comme le souligne Hall et *al.* (2015) «Il y a eu un manque d'attention à la santé mentale dans les contextes de planification familiale , et des lacunes importantes dans la recherche existent et empêchent une compréhension approfondie des approches les plus efficaces pour la gestion de la contraception chez les femmes souffrant de dépression et d'anxiété».

Sur toutes les études découvertes avec PUBMED et CINHALL, aucune ne concernait la Suisse. Des recherches futures en ce sens en vue seraient intéressantes pour la pratique professionnelle des spécialistes en santé sexuelle.

## 4. DISCUSSION

---

Les résultats du questionnaire et de l'exploration documentaire a permis de comprendre qu'en matière de contraception chez les femmes vivant avec un TP il existait des freins à l'autodétermination qu'il était indispensable de discuter afin proposer des pistes d'amélioration.

- **Pas d'accès aux structures de santé génésique ou centre de santé sexuelle.**

Les résultats du questionnaire montrent que les personnes avec TP de plus de 25 ans ne vont pas en centre de santé sexuelle si elles ont besoin d'information au sujet de la contraception. Cette donnée peut se vérifier dans la réalité professionnelle de l'unité de santé sexuelle puisque comme décrit plus haut, ce sont les jeunes qui représentent les deux tiers des personnes consultant et même si ce groupe peut avoir des souffrances psychiques, il est plus rare d'y trouver des personnes vivant avec un TP.

Pour les Femmes ayant un TP et vivant en foyer résidentiel, il est parfois vécu comme « difficile de sortir d'une *zone sécurisée* en allant consulter à l'extérieur » (Elisa, 2023<sup>8</sup>).

Il existe aussi la crainte d'être stigmatisée, ou la peur d'être jugée (Hall et al. 2015 et McCloskey et al. 2021) : « les obstacles à l'accès aux services de santé reproductive comprenaient la crainte d'être jugé, la perte de la garde des enfants, le coût et le transport . La majorité des participants ont exprimé leur intérêt à bénéficier de services de santé reproductive. Cependant, les femmes qui souffrent de troubles liés à l'usage de substances en plus d'autres maladies psychiatriques sont moins susceptibles de recevoir des contraceptifs sur ordonnance que les femmes sans cette comorbidité. »

En pratique et sur le canton de Genève pour exemple, des stratégies sont mises en place afin d'atteindre les populations ayant un accès limité aux structures pour différentes raisons. C'est le cas par exemple à la CAMSCO : pour atteindre les femmes sans permis de séjour ni assurance maladie une spécialiste en santé sexuelle et sage-femme, ayant la fonction de conseillère dans une unité de santé sexuelle, est délocalisée une fois par mois pour donner des entretiens de conseils à la CAMSCO.

La permanence a permis d'entrer en contact avec 101 personnes en 2022. Les sujets abordés concernent essentiellement la santé sexuelle, (santé gynécologique, IST, contraception, grossesse, interruption de grossesse, difficultés sexuelles) mais aussi le parcours de soins et les différentes prestations disponibles (tests IST à la CAMSCO,

---

<sup>8</sup> Professionnelle socio-éducative travaillant dans un centre résidentiel pour personnes vivant avec troubles psychique à Genève et rencontrée lors d'une préparation d'une journée de sensibilisation à la santé sexuelle

consultation à l'USSPF, possibilité d'avoir des consultations gynécologiques, etc). En effet la plupart des personnes rencontrées relatent ne pas savoir où s'adresser pour ces questions. Une partie des personnes rencontrées lors de ces permanences ont pu se présenter par la suite à l'USSPF. (Arsever, 2023)

Si la démarche est reçue positivement par les bénéficiaires, il n'en reste pas moins que les besoins en santé sexuelle ne sont pas entièrement comblés : lors des prises de rdv de consultations gynécologiques pour contrôle et prescription de contraceptifs, le délai d'attente est souvent de plusieurs mois à l'hôpital ce qui limite également le pouvoir agir des femmes concernant leur santé sexuelle.

En outre, une permanence unique par mois n'est pas suffisante pour rendre l'accès équitable à la santé sexuelle : beaucoup de femmes sans permis de séjour et vivant potentiellement avec un TP sont tributaires des horaires de travail parfois contraignant et risque une perte de revenus ou d'emploi si une absence est considérée par l'employeur comme injustifiée.

D'autres exemples de stratégies pour « aller-vers » la population peuvent être cités dans le milieu social et associatif cette fois, à l'instar des TSHM ou Travailleurs sociaux Hors Murs qui interviennent directement dans les communautés, la rue et les milieux festifs.

Enfin, dans le questionnaire exploratoire à la question « *Pour les personnes qui ont eu ou ont une santé mentale fragilisée, il est constaté que l'accès à la santé sexuelle (sexualité, information contraception, IST, interruption de grossesse ou poursuite d'une grossesse, ménopause...) est parfois limité et que les centres de santé sexuelle sont souvent méconnus ou non consultés. Afin d'améliorer cet accès à la santé sexuelle, que pensez-vous de l'idée d'une conseillère/d'un conseiller en santé sexuelle mobile (qui se déplace dans les centres de soins de santé mentale, associations, structure d'accueil ...) ?* » sauf la participante 7 ayant coché *c'est inutile* sans autre commentaire, huit participantes ont répondu « *c'est une bonne idée* ».

Quatre ont rajouté les *commentaires* : « Dur d'aller chez un médecin qui va suggérer fortement une méthode de contraception à la suite d'un examen gênant et souvent douloureux » (participante 1), « Proximité avec les femmes » (participante 5), « Ça peut permettre un élargissement des connaissances, sans passer par un médecin. Consultations gratuites ? Ce serait nécessaire pour les personnes ayant des difficultés à gérer leurs finances » (participante 8) et « Pour amener la prévention au plus proche des personnes fragilisées » (participante 9). L'idée a donc été reçue positivement et pourrait faire l'objet d'une étude.

▪ **Pas d'accès à l'information ou conseil coercitif**

Que ce soit pour Posada Correa et al. (2017) ou Goldstein et al. (2021) il est mis en évidence qu'en unité de psychiatrie hospitalière ou en consultation, l'information en contraception pour personnes avec un TP est inexistante ou insuffisante.

Cependant lorsque l'information est donnée ou qu'un conseil est proposé à une femme souffrant d'un TP, il a été montré qu'il existait une certaine coercition. (Afsary, 2019).

Une étude menée en Inde en 2017 (Brandi et al.) en se basant sur la définition de l'autonomie reproductive telle que déjà énoncée, a montré que lors de l'avortement, les femmes peuvent « percevoir une forme de coercition autour de leur conseil en contraception », se manifestant par « la préférence perçue du prestataire pour des méthodes spécifiques ou l'initiation immédiate d'une méthode » mais aussi « un temps insuffisant pour délibérer sur une méthode contraceptive (...) ».

Quid des femmes vivant avec un TP en Suisse ?

Une limitation à l'information et donc à l'autodétermination s'est aussi observé dans le questionnaire exploratoire : 3 participantes, ont choisi une méthode de contraception en ayant la conviction d'avoir été libre et 1 a pu obtenir la totale liberté dans le choix contraceptif et atteindre l'objectif d'un conseil en santé sexuelle de qualité. Toutefois cette même participante déclare pouvoir connaître entre 7-10 méthodes contraceptives alors qu'il existe plus de 10 méthodes (Santé sexuelle suisse, s.d). A-t-elle alors pu choisir en toutes connaissances? Aurait-elle subi une forme de coercition ?

Cependant, cette même participante a aussi déclaré être satisfaite et ne pas souhaiter changer de contraception : la satisfaction n'est-elle pas au cœur des préoccupations dans le choix contraceptif? Ne participe-t-elle pas à une observance optimale et donc à une certaine forme d'autodétermination ? Dans le questionnaire, les femmes ayant vécu ou vivant avec un TP ont répondu majoritairement qu'elles avaient fait le choix libre et éclairé de leur mode de contraception.

Mais était-ce vraiment un choix ?

Ces mêmes femmes ont d'ailleurs répondu avoir la connaissance d'entre 5-7 méthodes de contraception. Pourtant comme déjà évoqué, il existe plus de 10 méthodes de contraception, sans compter le choix de la non-contraception.

Si le questionnaire avait été fait sur le modèle de l'autonomie contraceptive de Senderowicz (2020), et l'approche de calcul reposant sur une « conception essentiellement « tout ou rien » : soit une femme a de l'autonomie, soit elle ne l'a pas.», les répondantes auraient certainement été considérées comme n'ayant pas d'autonomie :



L'idée qui sous-tend cette approche est que les éléments constitutifs de l'autonomie sont mutuellement constitutifs et qu'il ne peut y avoir de choix libre sans choix éclairé, de choix complet sans choix libre, etc. Ainsi, si l'un des éléments de l'autonomie fait défaut, il ne peut y avoir d'autonomie du tout. S'il s'avère qu'elle possède les 16 éléments constitutifs de l'autonomie, elle n'est pas décrémentée du tout, mais si elle ne possède aucun de ces éléments, son score d'autonomie est de 0.

Cette mesure de l'autonomie contraceptive a pu être expérimenté au Burkina Faso en 2018 et même si, selon Senderowicz (2023), elle est perfectible, elle est « une étape importante sur un chemin plus long vers un programme de mesure plus fondé sur les droits et centré sur la personne pour la communauté mondiale de la planification familiale. »

- **Manque de formation chez les médecins**

Aux Etats-Unis, parce qu' une « grossesse non désirée peut être particulièrement déstabilisante pour les femmes atteintes de maladies mentales » , Goldstein (2021) prône qu'en terme d'informations « la discussion devrait également inclure les conseils sur les options contraceptives » et que « les milieux hospitaliers sont l'occasion d'améliorer les soins et de combler les lacunes en matière de prévention et de traitement. »

Pourtant Hope *et al* . (2021) suggère des lacunes dans les milieux médicaux puisque « Les médecins généralistes et les cliniciens en santé mentale doivent être formés aux compétences nécessaires pour parler aux femmes de leur santé sexuelle et reproductive et pour aider les femmes à faire des choix . », confirmant le manque de formation et d'éducation mis en lumière par Macaluso (2018).

En Suisse, les compétences en entretien d'informations et de conseils en santé reproductive ne sont pas réservées au seul domaine médical.

De formation initiale en santé, sociale ou éducation, les spécialistes en santé sexuelle sont formés notamment à l'entretien de conseil psychosocial pour toutes personnes qui le souhaiteraient et sont acteur•rice•x•s dans la promotion de la santé sexuelle avec une approche positive.(Santé Sexuelle Suisse, s.d).

Alors que Macaluso (2018) montre que les « difficultés émotionnelles, souvent rencontrées chez les patients atteints de maladie mentale grave et persistante, peuvent déclencher des préjugés chez les prestataires », les spécialistes en santé sexuelle sont impartiau•x•ales dans leur posture et « encouragent la pensée critique, une action fondée sur l'information et la déconstruction des préjugés. Leur pratique professionnelle est guidée par les principes du code éthique. » (Santé Sexuelle Suisse, s.d.)

Dans certains cantons les spécialistes en santé sexuelle travaillent en partenariat avec certaines équipes médicales : en Valais, le SIPE intègre une équipe de conseiller•ères se rendant à l'hôpital pour des entretiens pré-IG juste avant la consultation médicale alors que dans le canton de Vaud PROFA propose des entretiens avec un•e•x conseiller•ère•x avant la consultation médicale pour une prescription ou la pose d'une contraception.(PROFA, s.d)

Aussi,

« Il existe de plus en plus de preuve que la continuité des systèmes de soins dirigées par les sage-femmes améliore les résultats de la grossesse et du nourrisson parmi les groupes à risque (Sandall et al. 2016). Si ces modèles étaient étendus pour inclure les parcours de soins préconceptionnels, les femmes auraient une personne nommée qui comprend leur besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive. » (OMS, 2022)

A l'instar de ce que propose Sandall (2016) pourquoi pas ne pas imaginer une spécialiste en santé sexuelle de liaison formée à la souffrance psychique pour comprendre les besoins spécifiques et qui serait chargée de ce parcours de soins préconceptionnels en assurant un accompagnement libre de coercition?

## 5. PERSPECTIVES ET PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE

---

Pour faire suite aux résultats du questionnaire, de la recherche documentaire et de la discussion et pour tenter de répondre à la question « *comment imaginer accéder aux femmes vivant avec un trouble mental et les accompagner dans un choix contraceptif sans contrainte afin de favoriser l'autodétermination dont elles ont droit ?* » des perspectives et pistes d'amélioration de la pratique sont proposées :

- **Interventions mobiles pour les bénéficiaires d'aide, d'accompagnement et de soins**

Afin d'accéder aux femmes vivant avec un TP et faciliter leur autodétermination dans leur choix contraceptif il est essentiel de prendre l'exemple des permanences hors centre de santé sexuelle comme celles faites à Genève à la CAMSCO pour les femmes en précarité (par ailleurs potentiellement atteintes de troubles anxieux ou autre TP) et de proposer des permanences en adaptant les prestations en fonction du contexte (lieu d'accueil, foyers

résidentiels, centres ambulatoires de soins), du type de souffrance psychique (addiction, troubles anxieux, trouble de l'humeur, schizophrénie...) et des capacités mentales (« facteurs cognitifs, (...) émotionnels, motivationnels et volitionnels (en relation avec la formation et la concrétisation de la volonté) » (ASSM, 2018). Les interventions se voudraient systématiques et pérennes, et les collaborations avec les partenaires, centrales.

Dans des structures hospitalières ou institutions de soins il est indispensable d'intégrer la santé sexuelle et notamment l'information complète des moyens contraceptifs afin de favoriser l'autodétermination des femmes vivant avec TP et participer au respect de leurs droits sexuels. Pour ce faire, l'intervention d'une équipe mobile en santé sexuelle constituée de spécialistes à l'instar de certaines équipes spécialisées des HUG comme l'équipe mobile antalgie et soins palliatifs par exemple, pourrait être une piste intéressante. Les spécialistes en santé sexuelle interviendraient pour apporter des informations contraceptives aux équipes se questionnant sur les possibilités existantes pour les femmes vivant avec un TP.

Elles proposeraient aux personnes hospitalisées ayant un TP des entretiens d'informations complètes au sujet de la contraception, à distance des interventions pour interruptions de grossesse. Par exemple lors d'un contrôle gynécologique avant IG ou le jour du contrôle gynécologique post-IG juste avant l'entretien médical avec le gynécologue afin de limiter le risque du vécu de coercition contraceptive des femmes au moment de l'avortement (Brandi et al. 2017).

Comme le soutient le comité de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2021) :

(...) le counseling devrait également reconnaître que la contraception n'est peut-être pas une priorité pour la patiente au moment de la consultation pour une interruption de grossesse. Le processus pour obtenir des services d'avortement peut être accablant et épuisant, surtout pour celles qui doivent surmonter des obstacles pour y accéder. Ces facteurs augmentent la vulnérabilité d'une personne le jour de l'avortement. Certaines femmes disent ressentir une pression de choisir une méthode contraceptive de la part des fournisseurs de soins au moment de l'avortement (...). Bien que les méthodes contraceptives à action prolongée et la contraception permanente puissent être des options appropriées dans ces cas, l'autonomie de la patiente doit être respectée, y compris son choix de ne pas utiliser de contraception ou de recourir à une méthode moins efficace (16, 17). Plus précisément, la pratique éthique exige un choix contraceptif totalement éclairé avant l'intervention d'interruption de grossesse, fait sans pression dans un contexte d'information sur les autres options, avec reconfirmation au

moment du recours à la contraception réversible à action prolongée ou à l'intervention de contraception permanente.

Une des stratégies proposées est également d'intervenir dans les unités du post-partum, comme le font déjà les spécialistes en santé sexuelle des centres SIPE en Valais, à Sion et à Monthey.

#### ▪ **Interventions mobiles pour les professionnels**

Si l'on considère la problématique des médecins en formation aux Etats-Unis, (« toutes spécialités confondues qui s'accordent à dire que l'éducation et la formation sur la planification familiale et la contraception dans la population des patients souffrant de troubles mentaux graves sont insuffisantes » (Macaluso et al., 2017)) comme une réalité similaire en Suisse, alors il serait aisé d'imaginer un renforcement des collaborations avec les équipes médicales et soignantes.

Qu'elles soient pour discuter des possibilités de contraception avec un médecin psychiatre en unité de soins hospitaliers ou ambulatoires, pour former des personnes de profession infirmière en unité de rétablissement au sujet des préservatifs ou encore de participer activement à certains colloques de réseaux pour des situations complexes, des interventions menées par des spécialistes mobiles en santé sexuelle formé·x·es en stratégie de conseil et d'éducation doivent être normalisées.

En pratique professionnelle il reste difficile pour les équipes soignantes ou socio-éducatives de parler de l'intime avec les patient·e·x·s ou les résident·e·x·s ou d'expliquer certains concepts utilisés en santé sexuelle comme la transidentité (Elisa<sup>9</sup>, 2023). Les spécialistes en santé sexuelle sont les professionnel·le·x·s ressources pour apporter des conseils aux partenaires du réseau et proposer des formations, journées de sensibilisation au sujet des thématiques de la santé génésique, entre autres. En outre, renforcer les synergies collaboratives avec les partenaires du réseau, interne et/ou externe maximise le partage des compétences.

#### ▪ **Délégation / partage des tâches de planification familiale**

Considérant les points soulevés concernant le temps d'attente des consultations de gynécologie pour les personnes en précarité et/ou bénéficiaires de la CAMSCO ou les besoins

---

<sup>9</sup> Nom d'emprunt, travailleuse sociale dans un foyer résidentiel de Genève pour personnes avec TP, vue en entretien de préparation d'une journée de sensibilisation à la santé sexuelle au foyer résidentiel

inégaux en santé sexuelle pour les femmes ayant un TP (Hope et *al.*, 2021) il serait aisément compréhensible que les politiques nationales ou cantonales s'inspirent fortement des recommandations de l'OMS (2018) concernant la délégation/partage des tâches de planification familiale :

Considérations générales sur la mise en œuvre : Il est recommandé d'envisager de déléguer/partager des tâches de planification familiale dans les situations ou contextes suivants : • L'accès aux services est limité en raison de la pénurie globale d'agents de santé disposant des compétences requises pour fournir des méthodes spécifiques, ou de leur répartition inégale dans un pays ou une région ; (...) • Les agents de santé des catégories de niveau supérieur doivent avoir plus de temps à consacrer à la prestation de services exigeant un niveau de compétence technique plus élevé.

Dans cette perspective l'OMS (2018)<sup>10</sup> prône la possibilité pour les professionnel•le•x•s des catégories infirmières et sage-femmes « d'assurer efficacement divers services de contraception tels que l'éducation et le conseil » mais aussi « l'administration de contraceptifs oraux et de contraceptifs hormonaux injectables, la distribution de préservatifs, la pose d'implants contraceptifs et de dispositifs intra-utérins ».

La prescription médico-déléguée de certains contraceptifs oraux sous conditions fait actuellement l'objet d'une réflexion dans un centre de santé sexuelle à Genève.

L'exigence d'être de formation en soins infirmiers ou de sage-femme n'est pas une limite dans la mesure où se former au DAS en santé sexuelle exige « d'être au bénéfice d'un titre d'une Haute école dans domaine du social, de l'éducation ou de la santé (...) » (HETS, 2023)

La diversité des profils des spécialistes en santé sexuelle dans une équipe engendre une complémentarité dans les approches et non une limite. Elle fait déjà partie de la réalité professionnelle de certains centres en santé sexuelle de suisse romande.

#### ▪ **Augmentation des interventions et des intervenants**

Plus d'entretiens de conseils « hors-les-murs » couplé à la possibilité d'administration de méthodes contraceptives ne pallieraient pas au manque de consultations gynécologiques pour contrôle ni à son accès limité par certaines catégories de population vulnérabilisée mais participeraient à diminuer la charge mentale liée à l'attente d'une contraception et à augmenter le pouvoir agir des personnes en besoins spécifiques en permettant un accès à l'information complète et la possibilité pour elle de venir consulter afin de demander une prescription.

---

<sup>10</sup> Tableau récapitulatif des tâches en ANNEXE C

On sait par ailleurs que les femmes bénéficiaires de la CAMSCO et les femmes avec TP ont moins accès à la santé en général et consultent moins.

« Aller-vers » ces personnes signifierait créer un pont permettant un accès facilité à la santé. Revoir ces personnes régulièrement pour contrôle de satisfaction de la contraception est une occasion pour évaluer l'état clinique, psychique ou général de la personne, lorsque cela est possible et l'opportunité de l'orienter voire de l'accompagner vers le réseau compétent. Il permet aussi la détection des violences et violences conjugales, plus fréquentes chez les femmes en situation de vulnérabilité psychique (Hope, 2021).

Certaines interventions mobiles hors du centre de santé sexuelle afin d'« Aller-vers » la population, existent à Genève comme les interventions à la demande dans des foyers résidentiels ou des maisons de quartiers pour des formations spécifiques comme les ateliers préservatifs ou pour des journées thématiques. Ces journées de sensibilisation ou ces formations courtes demandent de la part des intervenant·x·es une préparation de plusieurs heures. Sans penser à l'absence des professionnel·le·x·s au centre de santé lors de la préparation ou de la dispensation des interventions qui réduisent les possibilités d'accueil de bénéficiaires par manque d'effectif.

Les interventions mobiles sont nécessaires et trop peu nombreuses. Les interventions spécifiques pour les femmes vivant avec un TP sont quasi-inexistantes par manque de ressources humaines.

Il est évident que les professionnel·le·x·s en santé sexuelle sont en sous nombre par rapport aux besoins de la population et notamment chez les femmes vivant avec un TP qui subissent « les inégalités en matière de santé sexuelle » (Hope et al., 2021). L'augmentation du nombre de spécialistes en santé sexuelle engagés sous-entend une augmentation de charges financières pour les institutions ou les Etats et pourrait faire l'objet d'une étude de faisabilité par les cantons intéressés.

#### ▪ **Formation en santé mentale dans le champ de la santé sexuelle**

Bien qu'il n'existe pas de cours spécifique au sujet des interventions d'éducation ou de conseil en santé sexuelle auprès de personnes vivant avec un TP, si ce n'est pour des personnes vivant avec un handicap mental, les spécialistes en santé sexuelle sont formé·x·es à l'éducation et au conseil majoritairement psychosocial, donc envers un public pouvant ressentir une souffrance psychique sans pour autant être diagnostiqué avec un TP. (Minds, 2018).

Peut-être n'est-ce pas utile d'intégrer un module de cours ou guide d'entretien de conseil ou d'éducation pour des personnes vivant avec un TP si les connaissances peuvent être acquises autrement. Du fait de l'exigence d'avoir obtenu un diplôme d'une Haute école dans le domaine (...) de la santé (HETS, 2023) pour entrer en formation du DAS en santé sexuelle cela sous-entend qu'il soit possible de trouver quelques professionnel-les du domaine des soins psychiques et de la santé mentale.

C'est lors des journées de pratiques réflexives en deuxième année de formation que peut s'observer la plus-value d'avoir des participants de formation spécialisé dans le domaine des TP : ces spécialistes en santé mentale et psychiatrie peuvent apporter une autre approche de la relation en entretien de conseil, amener une clarification de certains concepts comme la capacité de discernement ou proposer un éclairage pour les situations complexes, participant activement in fine à une réflexivité de la part des pairs.

En centre de santé sexuelle, il peut être imaginé une équipe de spécialistes en santé sexuelle colorée par les compétences d'un•e•x ou plusieurs spécialistes formé•x•es à la santé mentale ou souhaitant se former.

Si enseigner la santé mentale et psychiatrie aux futur•e•x•s spécialistes en santé sexuelle n'est pas fondamental, il serait utile en formation continue post DAS de renforcer les formations courtes pour sensibiliser les professionnel-le•x•s au domaine de la santé mentale, psychiatrie et handicap psychique ainsi qu'aux entretiens d'approche psychologique comme l'entretien motivationnel ou l'approche phénoménologique, en vue de faire du counseling ou entretien de conseils pour un public fragilisé dans sa santé mentale.

Ceci irait dans le sens de Macaluso (2017) concluant que

(...) une formation adéquate (...) comprend la connaissance du diagnostic psychiatrique et de la phénoménologie, de l'évolution naturelle des troubles mentaux et de leur traitement, (...) la connaissance des considérations médico-légales dans le cas de patients incapables ou dont l'état mental est altéré, et la connaissance de la planification familiale et des conseils en matière de contraception ».

En outre, selon les informations de l'OMS (2022),

En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l'espace d'une année seulement.

Cette information vient renforcer l'idée que la probabilité de mener un entretien de conseil en santé sexuelle envers une personne ayant un TP est plus élevée qu'avant la pandémie et le sera probablement dans le futur. Elle soutient ainsi la nécessité pour un-e-x spécialiste en santé sexuelle d'être sensibilisé-x-e à la thématique de la souffrance psychique de manière plus systématique.

## 6. CONCLUSION

---

En tant que spécialiste en santé sexuelle, comment imaginer accéder aux femmes vivant avec un trouble mental et les accompagner dans un choix contraceptif sans contrainte afin de favoriser l'autodétermination dont elles ont droit ?

Le droit à l'autodétermination fait partie des droits sexuels et doit être respecté. Cette réalité n'est toutefois pas toujours observable chez les femmes vivant avec un trouble psychique, qu'il soit léger, modéré, ou sévère.

Un des principes éthiques de la profession de « spécialiste en santé sexuelle éducation-formation-conseil » est de respecter la non-discrimination mais aussi de respecter le droit à l'autodétermination, en l'occurrence concernant le choix d'une personne de recourir à une méthode de contraception ou à une non-contraception.

Sans formation de soins psychiques, il peut être complexe pour un spécialiste en santé sexuelle d'accompagner dans un choix contraceptif sans coercition une personne en besoin de conseil vivant avec un trouble pouvant donner l'illusion d'une incapacité de discernement. Les conseils par une spécialiste en santé sexuelle formée en santé mentale et psychiatrie ou sensibilisée à la relation d'aide, à l'entretien motivationnel ou à certaines approches humanistes ou phénoménologiques sont une réelle plus-value pour les publics ayant un TP. Par ailleurs, sans formation d'expert en psychiatrie mais expert en entretien de conseil psychosocial le spécialiste en santé sexuelle est compétent pour accompagner dans un choix contraceptif « (...) toute personne quels que soient son âge, sa culture, son identité de genre et son orientation sexuelle (...) (Unité de santé sexuelle, 2022) et est une personne ressource pour les équipes socio-sanitaires et médicales de toutes spécialités qui souhaitent des informations complètes en contraception et en entretiens de conseil.



Les interventions mobiles « hors-les-murs » par les spécialistes en santé sexuelle en « allant-vers » les communautés permettent de répondre aux besoins des minorités, des femmes invisibilisées et/ou vulnérabilisées par une situation.

Concevoir des interventions « hors-les-murs » participe grandement à rendre visible les structures de santé sexuelle et à désinvisibiliser les femmes vivant avec un TP en créant un lien ou un pont entre elles et les structures. En ce sens, les activités décentralisées en « allant-vers » permettent l'accès à la santé sexuelle des femmes et favorisent leur autodétermination en leur permettant l'accès d'avoir le choix. Le choix d'utiliser une méthode contraceptive et comment ou le choix de ne pas en utiliser.

Dans des contextes outre-Atlantique, les femmes vivant avec un TP ont des besoins inégaux en matière de santé sexuelle et n'ont pas toujours un accès facilité aux informations et aux conseils en matière de contraception. La mesure de l'autonomie contraceptive (Senderowicz, 2020) prenant en considération les droits sexuels et le vécu d'une population spécifique telle que les femmes vivant avec un TP, est une piste pertinente pour connaître la situation dans le contexte Suisse et orienter les pratiques en permettant « d'évaluer si les décisions d'utiliser ou non la planification familiale [sont] prises de manière autonome, avec suffisamment d'informations, d'accès et de liberté pour faire un choix concernant leur vie reproductive ». (Senderowicz, 2020).

Au surplus, il est attendu de la part des conseillers d'État en charge de la santé une prise en considération et une étude attentive des besoins en spécialistes en santé sexuelle dans les cantons afin d'envisager l'augmentation des budgets et de la dotation en personnel dans les centres de santé sexuelle.

A l'heure où se questionne l'accès à la contraception gratuite pour tou\*x•tes et en espérant qu'il devienne un acquis dans un futur proche ; ajouté aux défis qui attendent les prestataires de soins avec l'augmentation des TP dans la population, du risque à un accès limité à la contraception par le manque de prestataires en gynécologie pour les prescriptions contraceptives, il est indispensable que les politiques envisagent l'avenir avec des spécialistes en santé sexuelle aux compétences élargies et suffisamment représentés dans le système de santé qu'il soit psychiatrique, gynécologique et/ou génésique.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

---

Afsary, A. (2019). Pratiques sous surveillance: le vécu de la prescription de contraception féminine en Suisse romande. *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui. Chapitre IV.* (101-118).

Goldstein N, Davis C, & Saliba Z. (2020). Reproductive health in an inpatient psychiatric unit: A retrospective chart review. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2021;36:e2784. <https://doi.org/10.1002/hup.2784>

Hall, K.S., Steinberg, J.R., Cwiak, C.A., Allen, R.H. & al. (2015). Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 212, Issue 6, Pages 740-746. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.010.

Hope, H., Pierce, M., Johnstone, E.D. & al. The sexual and reproductive health of women with mental illness: a primary care registry study. (2021) *Arch Womens Ment Health* 25, 585–593. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01214-y>

Macaluso, M., Zackula, R., Bowman, C. & al. (2017). Residents Perceive Limited Education on Family Planning and Contraception for Patients with Severe and Persistent Mental Illness. *Acad Psychiatry* 42, 189–196. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0806-1>

Masse, M. (2013). Autodétermination : soigner les accompagnant.e.s. *Revue d'information sociale.* Dossier Autodétermination. <https://www.reiso.org/articles/themes/pratiques/187-autodetermination-former-les-accompagnant-e-s>

McCloskey, L.R., Wisner, K.L., Kolia Cattan, M., Betcher, H.K., Stika, C.S., & Kiley, J.W. (2021). Contraception for Women With Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry*, 178:247–255; doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20020154

Pape, E., Euler, S., Von Känel, R., & Matthes, O. (2021). La capacité de discernement dans la pratique clinique. *Primary and hospital care – Médecine interne générale.* 21(3) :75-81 DOI: <https://doi.org/10.4414/phc-f.2021.10293>

Parisse, J. & Porte, E. (2022). Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective. *Cahiers de l'action*, 59, 9-16. <https://doi.org/10.3917/cact.059.0009>

Posada Correa, A.M., Andrade Carillo, R.A., Suarez Vega, D.C., Gómez Cano, S. & al. (2020). Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>

Senderowicz, L. (2020). Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator. *Studies in Family Planning*, 51: 161-176. <https://doi.org/10.1111/sifp.12114>

Senderowicz, L., Bullington, B.W., Sawadogo, N., Tumlinson, K., Langer, A., Soura, A., Zabré, P. & Sié, A. (2023). Measuring Contraceptive Autonomy at Two Sites in Burkina Faso: A First Attempt to Measure a Novel Family Planning Indicator. *Studies in Family Planning*, 54: 201-230. <https://doi.org/10.1111/sifp.12224>

## Brochures en ligne

Académie Suisse des Sciences Médicales (SAMW-ASSM). (2018). La capacité de discernement dans la pratique médicale. *Directives médico-éthiques* <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>

Déclaration des droits sexuels de l'IPPF. (2008). Londres: IPPF. [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)

Hatam, S., Kolatte, E. (2015). L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques. Pro Mente sana Suisse Romande. [https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2015/12/PMS\\_IncapaciteDeDiscernement\\_2020.pdf](https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2015/12/PMS_IncapaciteDeDiscernement_2020.pdf)

Medico, D., Volkmar, E., Berrut, R. Bize, R., *et al.* (2022). Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres [https://agnodice.ch/wp-content/uploads/2022/06/PUBLIE\\_Chapitre-2.9-D-Medico-et-al.pdf](https://agnodice.ch/wp-content/uploads/2022/06/PUBLIE_Chapitre-2.9-D-Medico-et-al.pdf)

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. et Peter, C. (2023). Santé psychique. Chiffres clés 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/gesundheitsversorgung-psychisch-erkrankter-personen/obsan-bulletin-psy-kennzahlen\\_2023-1.pdf.download.pdf/obsan-bulletin-2023-1\\_sante-psychique\\_chiffres-cles\\_fr.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/gesundheitsversorgung-psychisch-erkrankter-personen/obsan-bulletin-psy-kennzahlen_2023-1.pdf.download.pdf/obsan-bulletin-2023-1_sante-psychique_chiffres-cles_fr.pdf)

Tshibangu, N., Voide Crettenand, G. (2016). STRATÉGIE GLOBALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE. GUIDE POUR UNE POLITIQUE CANTONALE. Conférence latine des affaires sanitaires et sociales. Santé Sexuelle Suisse. [https://shop.sante-sexuelle.ch/img/A~1627~2/10/1627-02\\_Strategie-sa.pdf?xet=1624966968302](https://shop.sante-sexuelle.ch/img/A~1627~2/10/1627-02_Strategie-sa.pdf?xet=1624966968302)

USSPF. (2022). Santé sexuelle : Accès aux soins. *Rapport d'activités 2021*. [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante\\_sexuelle\\_et\\_planning\\_familial/documents/rapport\\_activites/2021\\_rapport\\_activites\\_usspf\\_hug.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/rapport_activites/2021_rapport_activites_usspf_hug.pdf)

USSPF. (2023). Promotion de la santé sexuelle : le rôle des animations et des interventions hors entretiens. *Rapport d'activités 2022*. [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante\\_sexuelle\\_et\\_planning\\_familial/documents/rapport\\_activites/2022\\_rapport\\_activites\\_usspf\\_hug.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/rapport_activites/2022_rapport_activites_usspf_hug.pdf)

## Pages internet

Centre Ressources Troubles psychiques. (s.d) <https://www.ceapsy-idf.org/sante-mentale-souffrance-psychique-troubles-psychiques-handicap-psychique-de-quoi-parler/#sthash.WFnEzot7.dpbs>

Etat de Genève. (s.d). Ma santé mentale compte. A qui s'adresser <https://www.ge.ch/ma-sante-mentale-compte/qui-adresser>

HUG. *Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO)*. (2023). <https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/camsco>

HUG. *Santé sexuelle et planning familial*. (2023). <https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial>

Minds. (2018). La souffrance psychique. <https://minds-ge.ch/quest-ce-que-la-souffrance-psychique/>

Organisation mondiale de la santé. (2022). Menopause. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

PROFA. (s.d). COMMENT SE DÉROULE UNE CONSULTATION? Un exemple: demande de contraception <https://www.profa.ch/sante-sexuelle#contraception>

Organisation mondiale de la santé. (2018). Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la contraception. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-17.20>

Organisation mondiale de la santé. (2022). Santé mentale : renforcer notre action <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#Principaux%20Faits>

Santé Sexuelle Suisse. <https://www.sante-sexuelle.ch/>

Sex-i.(s.d) Méthodes de contraception [www.sex-i.ch/fr](http://www.sex-i.ch/fr).

TV5Monde.(s.d). Dictionnaire. Définition « EN BREF » <https://langue-francaise.tv5monde.com/decouvrir/dictionnaire/e/en%20bref>

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES. (2023). Vers le rétablissement. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement#:~:text=Le%20r%C3%A9tablissement%20est%20un%20processus,limites%20r%C3%A9sultant%20de%20la%20maladie.>

Ville de Genève. (s.d). Lexique <https://evenements.geneve.ch/17mai-geneve/lexique.html#:~:text=acronyme%20qui%20d%C3%A9signe%20les%20personnes,et%20Fou%20en%20questionnement>

## 8. ANNEXES

---

### ANNEXE A

---

#### #QUESTIONNAIRE#SONDAGE#INVESTIGATION#ENQUETEXCLUSIVE

Conseillère en santé sexuelle dans un centre de santé sexuelle et en fin de formation de spécialiste en santé sexuelle, j'effectue mon travail de diplôme sur la thématique de l'accès à la santé sexuelle des femmes stigmatisées et atteintes d'un trouble/souffrance psychique. Je souhaite recueillir votre avis par le biais de ce questionnaire dont les réponses sont **ENTIEREMENT ANONYMES**. Votre aide est précieuse !

# MERCI

Vous pouvez cliquer sur le lien ci-dessous ou utiliser le QR code :

<https://form.dragnsurvey.com/survey/r/78a2236d>



Contactez-moi par email si vous souhaitez plus de renseignements : Valérie JUNG [vpa.jung@gmail.com](mailto:vpa.jung@gmail.com)

## Tableau de recommandations pour le partage des tâches en matière de contraception

### Méthodes et services de planification familiale généralement proposés par différents types de prestataires

Les politiques nationales et les lignes directrices sur la prestation de services indiquent quelles catégories de prestataires peuvent proposer certains services de planification familiale. Le tableau ci-dessous mentionne les méthodes de planification familiale que proposent généralement ces catégories de prestataires en se fondant sur les recommandations de l'OMS.

Service de contraception	Personnel non médical (ex. agents de santé communautaires)	Personnel d'office	Pharmaciens	Aides-soignants	Sages-femmes auxiliaires	Personnel infirmier	Sages-femmes	Cliniciens associés/ cliniciens associés de niveau avancé	Médecins non spécialistes	Médecins spécialistes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil en vue d'un choix éclairé</li> <li>Contraceptifs oraux combinés</li> <li>Contraceptifs oraux progestatifs</li> <li>Pilules contraceptives d'urgence</li> <li>Méthode des jours fixes et méthode des deux jours</li> <li>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée</li> <li>Préservatifs (masculins &amp; féminins), méthodes de contraception mécaniques, spermicides</li> <li>Contraceptifs injectables (AMPR, NET-EN, contraceptifs injectables combinés)</li> </ul>	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*
• Pose et retrait d'implants	⚠	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Dispositifs intra-utérins (DIU)	✗	✗	✗	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Vasectomie (stérilisation masculine)	✗	✗	✗	⚠	⚠	⚠	⚠	✓	✓	✓
• Ligature des trompes (stérilisation féminine)	✗	✗	✗	✗	✗	⚠	⚠	✓	✓	✓
	<b>✗</b> * Considéré comme sortant du champ ordinaire de la pratique ; données factuelles non évaluées	<b>⚠</b> Recommandé dans le cadre d'une recherche rigoureuse	<b>✓</b> Recommandé dans certaines circonstances	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé	<b>✓</b> Recommandé

Toutes les recommandations supposent que les agents de santé concernés recevront une formation spécifique à chaque tâche au préalable. La mise en place d'un partage des tâches requiert également des mécanismes fonctionnels de surveillance, de supervision et d'orientation.

Les recommandations s'appliquent à la fois aux pays disposant de ressources abondantes et à ceux disposant de ressources limitées. Elles indiquent les différentes catégories d'agents de santé susceptibles d'effectuer la tâche en question sans risque et efficacement. Ces différentes possibilités, ou options, se veulent inclusives et n'impliquent aucune préférence pour une catégorie donnée de prestataires de soins ni aucune exclusion. Le choix de l'agent de santé qui se verra attribuer une tâche donnée dépend des conditions et des besoins locaux.

Adapté des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé : Optimisation des rôles du personnel de santé pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale et rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement.