

Hospices / CHUV  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires  
Lausanne

Institut universitaire de médecine  
sociale et préventive  
Lausanne

## SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN SUISSE

*Karen Klaue, Brenda Spencer, Hugues Balthasar  
avec la collaboration de Barbara So-Barazetti*

**Etude financée par :**

Office fédéral de la santé publique, Berne  
Contrat n° 01.001116 du 31.10.2001

avec la participation des institutions et associations :

- Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Universitätsfrauenklinik, Sozialmedizin, Basel
- Unité de médecine de la reproduction, DGO, CHUV, Lausanne
- Association suisse des conseillères en planning familial

**Citation suggérée :**

Klaue K, Spencer B, Balthasar H, avec la collaboration de Barbara So-Barazetti. Santé sexuelle et reproductive en Suisse. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002 (Raisons de santé, 85).

**Remerciements :**

Aux membre du Groupe 'Santé sexuelle et reproductive' (cf. Annexe 10.1) et à toutes les personnes et institutions qui ont participé à l'étude ainsi que les secrétaires de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention, IUMSP, pour leur aide importante dans la réalisation de ce travail.

# TABLE DES MATIERES

Abréviations .....	6
Résumé .....	7
Présentation de l'étude .....	7
Résultats : synthèse et analyse des lacunes .....	9
Conclusions et recommandations .....	15
Zusammenfassung .....	21
Präsentation der Studie .....	21
Ergebnisse : Synthese und Mängelanalyse .....	23
Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	30
1 Une étude sur la santé sexuelle et reproductive en Suisse : pourquoi et comment ? .....	37
1.1 Préambule : mise sur pied de l'étude .....	37
1.2 Développements historiques du concept de la santé sexuelle et reproductive .....	38
1.3 Définition de la santé sexuelle et reproductive .....	38
1.4 Définition de la santé sexuelle et reproductive dans le contexte Suisse .....	39
1.5 Objectifs de l'étude .....	40
1.6 Approches d'analyse .....	41
1.7 Recherche d'information .....	43
1.7.1 Analyse des sources documentaires .....	43
1.7.2 Informateurs .....	43
1.8 Comment recenser l'offre ? .....	43
1.9 Comment recenser la demande ? .....	44
1.10 Comment recenser la situation politique et administrative ? .....	44
2 Travaux d'analyse et d'évaluation dans le domaine de la SSR .....	45
2.1 Approches générales .....	45
2.1.1 Charte de la Fédération internationale pour la planification familiale .....	45
2.1.2 Rapport suisse sur la santé des femmes .....	47
2.1.3 Promotion de la santé des femmes .....	48
2.1.4 Bilan des études sur la santé sexuelle et reproductive en Suisse .....	49
2.1.5 Plan d'action pour la Suisse : suivi de la 4 <sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes de Beijing .....	50
2.1.6 Rapport sur l'état de santé de la population vaudoise : santé sexuelle et procréative .....	51
2.2 Thèmes spécifiques .....	52
2.2.1 Ressources en santé sexuelle accessibles partout .....	52
2.2.2 Sexualité des adolescents et sida .....	53
2.2.3 Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse .....	53
2.2.4 Violence conjugale .....	54
2.3 Evaluation globale de la stratégie de prévention du sida en Suisse .....	56
2.3.1 Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : sixième rapport de synthèse 1996-1998 <sup>20</sup> .....	56
2.3.2 Evaluation du programme d'action : santé des femmes et prévention du sida .....	58
2.3.3 Sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida .....	58
2.3.4 Besoins des personnes vivant avec le VIH/sida .....	59
2.3.5 Prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école .....	59
2.4 Résumé .....	60
3 Environnement politique et administratif .....	62
3.1 Fédéralisme et SSR .....	62
3.2 Interpellations parlementaires concernant la SSR .....	63
3.3 Gender Health à l'OFSP .....	64
3.4 Politique nationale de santé/Observatoire de la santé .....	64
3.5 Promotion Santé Suisse .....	65

3.6	Intégration de la problématique du genre dans la formation universitaire et la recherche médicale .....	66
3.6.1	Etudes genre .....	66
3.6.2	Gender mainstreaming en recherche médicale .....	67
4	Environnement juridique : bases légales du droit à la SSR .....	68
4.1	Plan international .....	68
4.2	Plan fédéral .....	69
4.2.1	Constitution fédérale suisse : article sur l'égalité .....	69
4.2.2	Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes 1995, LEg .....	70
4.2.3	Loi fédérale sur l'assurance maladie 1994 LAMal .....	70
4.2.4	Législation sur l'interruption volontaire de grossesse .....	71
4.2.5	Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse 1981 ...	71
4.2.6	Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies) 1970 .....	72
4.2.7	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions 1991 LAVI .....	72
4.2.8	Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée 1998 LPMA .....	73
4.2.9	Assurance maternité .....	73
4.2.10	Femmes droit et société : les voies de l'égalité .....	74
4.3	Plan cantonal .....	74
4.4	Résumé .....	76
5	Description et analyse de l'offre .....	77
5.1	Information, Education, Communication .....	77
5.1.1	Structuration de l'offre IEC .....	78
5.1.2	Contexte historique .....	79
5.1.3	Planning familial, grossesse et consultation conjugale .....	80
5.1.4	Formation conseil et éducation sexuelle .....	83
5.1.5	Conseils et informations autour de VIH/sida .....	84
5.1.6	Violences .....	85
5.1.7	Contraception .....	86
5.2	Soins .....	87
5.2.1	Echographie et diagnostic prénatal .....	87
5.2.2	Interruptions volontaires de grossesse .....	88
5.2.3	Lieux d'accouchement .....	89
5.2.4	Boîtes à bébé - Babyklappen .....	90
5.2.5	Hystérectomies .....	90
5.2.6	Sectio caesarea .....	90
5.2.7	La procréation médicalement assistée .....	91
5.2.8	Mammographie et cancer du sein .....	91
5.2.9	Traitements hormonaux et ménopause .....	92
5.3	Appréciation des informateurs-clés de l'adéquation de l'offre .....	93
5.4	Outils pour l'amélioration des prestations .....	93
5.5	Résumé .....	94
6	La SSR de populations spécifiques .....	97
6.1	Les hommes et la SSR .....	97
6.2	« Carrière sexuelle et reproductive » : évolution des besoins prioritaires au cours de la vie .....	98
6.3	Population homosexuelle .....	101
6.4	Population toxicomane .....	102
6.5	Prostituées .....	103
6.6	Population migrante .....	104
6.7	Personnes vivant avec le VIH .....	105
6.8	Population handicapée .....	105
6.9	Population carcérale .....	106
6.10	Personnes transsexuelles .....	106
6.11	Résumé .....	107
7	Appréciation de la demande à travers les données épidémiologiques de la SSR .....	108
7.1	Les sources disponibles .....	109
7.2	Projet de monitoring à l'Observatoire suisse de la santé .....	110

7.3	Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) .....	111
7.4	Les infections sexuellement transmissibles .....	112
7.5	Violence sexuelle .....	115
7.6	Résumé .....	116
8	Synthèse et analyse des lacunes .....	117
8.1	Environnement : politiques de santé et bases juridiques .....	117
8.2	IEC .....	118
8.3	Soins .....	119
8.4	Données épidémiologiques .....	119
9	Conclusions et recommandations .....	121
9.1	Améliorer la coordination des acteurs et du dispositif dans le domaine de la SSR .....	121
9.1.1	Constats .....	121
9.1.2	Enjeux .....	121
9.1.3	Mesures .....	122
9.2	Réduire les inégalités dans l'offre , l'accès et la qualité des prestations .....	123
9.2.1	Constats .....	123
9.2.2	Enjeux .....	124
9.2.3	Mesures .....	125
9.3	Améliorer la qualité de l'information disponible .....	126
9.3.1	Constats .....	126
9.3.2	Enjeux .....	126
9.3.3	Mesures .....	127
9.4	Améliorer la formation des acteurs de la SSR .....	127
9.4.1	Constats .....	127
9.4.2	Enjeux .....	128
9.4.3	Mesures .....	128
9.5	Concept d'évaluation .....	129
	Références bibliographiques .....	132
10	Annexes .....	144
10.1	Entretiens SSR : liste des informateurs/trices .....	144
10.2	Résumé du document "Vers une stratégie pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse" .....	146
10.3	Modèle d'intervention .....	147
10.4	Extrait du rapport 'Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école' <sup>1</sup> .....	148
10.5	Groupements supra-cantonaux .....	152
10.6	Interpellations parlementaires .....	154
10.7	Loi et ordonnance sur l'Assurance-maladie .....	160
10.8	Législation sur l'IVG .....	166
10.9	Loi et ordonnance concernant les Centres de consultation en matière de grossesse .....	169
10.10	Extraits des lois sanitaires cantonales touchant à la SSR .....	171
10.11	Guide de suivi prénatal .....	186
10.12	Offre IEC-soins .....	195
10.13	Liste des Centres de consultation en matière de grossesse et Antennes cantonales de l'Aide suisse contre le sida (ASS) .....	207
10.14	Proportion des femmes médecins dans les spécialités FMH liées à la SSR .....	219
10.15	Liste des Centres de consultation LAVI .....	221
10.16	Appréciation des informateurs-clés de l'adéquation des offres : analyse du contenu des entretiens .....	227
10.17	Programme: Symposium on Sexuality and the Aging Male, 2 <sup>nd</sup> World Congress on the Aging Male, Geneva, February 9-13, 2000 .....	232

## ABRÉVIATIONS

<b>AHS/ASS</b>	Aids-Hilfe Schweiz/Aide suisse contre le sida
<b>APPM</b>	Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
<b>ARPS</b>	Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé
<b>ARTANES</b>	Association romande et tessinoise des animatrices et animateurs en éducation sexuelle
<b>ASCPF</b>	Association suisse des conseillères en planning familial
<b>ASDAC</b>	Association suisse pour le droit à l'avortement et à la contraception
<b>ASPFES/SVFS</b>	Association suisse de planning familial et d'éducation sexuelle ; Schweizerische Vereinigung für Familienplanung und Sexualerziehung
<b>ASRT</b>	Association suisse des registres des tumeurs
<b>BSF</b>	Bund Schweizerischer Frauenorganisationen ; Alliance de sociétés féminines suisses
<b>CDS</b>	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
<b>CRASS</b>	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
<b>CSPC</b>	Institut suisse de prévention de la criminalité
<b>DIPPS</b>	Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé
<b>ESS</b>	Enquête suisse sur la santé
<b>GRAS</b>	Groupement des affaires sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin
<b>GRSP</b>	Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin
<b>ICPD</b>	International Conference on Population and Development
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>LAVI</b>	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI)
<b>LSC/SK</b>	Ligue suisse contre le cancer ; Schweizerische Krebsliga
<b>MST</b>	Maladie sexuellement transmissible
<b>MSW</b>	Male Sex Worker
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>OFS</b>	Office fédéral de la statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OMSV</b>	Organisme médico-social Vaudois
<b>PLANeS</b>	Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit ; Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive
<b>PSS</b>	Promotion santé suisse
<b>SDK</b>	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
<b>SGPGG/SSGOP</b>	Société suisse de gynécologie et d'obstétrique
<b>SMASH</b>	Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health
<b>SSFSPF</b>	Société suisse de fertilité, stérilité et planning familial
<b>SSPS</b>	Société suisse pour la Politique de la Santé
<b>SVF/ADF</b>	Schweizerischer Verband für Frauenrechte ; Association suisse pour les droits de la femme
<b>SVFS</b>	Schweizerische Vereinigung für Familienplanung und Sexualerziehung
<b>SVM</b>	Schweizerischer Verein für Mütterberaterinnen
<b>SVSS/USPDA</b>	Schweizerische Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs ; Union suisse pour décriminaliser l'avortement
<b>VSSB</b>	Verband der Schwangerschafts- und SexualberaterInnen

# RESUME

## PRESENTATION DE L'ETUDE

### Historique

Cette étude a été conduite à l'instigation du groupe multidisciplinaire « **Santé sexuelle et reproductive en Suisse** ». Elle est soutenue par le **Postulat (dit Genner) du 23 juin 2000** qui exige du Conseil fédéral de produire un rapport indiquant comment améliorer l'offre de conseils en matière de sexualité et de santé<sup>a</sup>. Un **document préliminaire** (« *Grobkonzept* ») proposant une analyse de la situation et l'élaboration de recommandations afin d'améliorer la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en Suisse a été finalisé par le groupe en décembre 2000 et un financement pour ce travail a ensuite été trouvé. L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> décembre 2001 au 30 juin 2002.

La Conférence mondiale du Caire sur la population et le développement en 1994 fait office de référence pour l'élaboration du **concept de la SSR**. La définition arrêtée à cette occasion a ensuite été reprise dans les documents stratégiques des organismes internationaux :

*"... le bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire"<sup>b</sup>.*

Le concept est également né de la volonté, d'une part, d'intégrer des services et programmes jusqu'alors séparés, tels la protection maternelle et infantile, le planning familial, VIH/sida et infections sexuellement transmissibles, et d'autre part, de rendre plus accessible l'ensemble de ces prestations à des populations dont les besoins ont traditionnellement moins été pris en compte dans ce domaine (les jeunes, les hommes, les femmes au-delà des années reproductives).

### Cadre d'analyse et objectifs

Selon la proposition du document préliminaire, l'analyse s'est construite autour de quatre **axes**, soit :

1. **Politiques de santé** : elles définissent l'environnement social et politique qui détermine la visibilité des problématiques, les volontés politiques, les potentiels de changement et les synergies administratives à créer.
2. **Information, Education et Communication (IEC)** : l'inventaire des offres de sensibilisation et de conseils liés à la prévention ou la promotion de la santé.

---

<sup>a</sup> Bien que l'étude apporte de nombreux éléments de réponse au postulat, elle ne constitue pas une réponse directe : son champ d'investigation est plus large et elle a été menée en fonction d'un autre cahier des charges.

<sup>b</sup> Extrait du paragraphe 7.2 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 1994.

3. **Soins** : ensemble des interventions thérapeutiques visant à protéger, maintenir et à restaurer la SSR ; il s'agit de soins en milieu ambulatoire ou résidentiel, dans des structures publiques ou privées.
4. **Epidémiologie** : inventaire des sources disponibles sur la SSR, leur localisation, leur qualité et les procédures de recueil.

L'analyse de la situation concernant la SSR en Suisse a ensuite été structurée autour des **objectifs** suivants :

- **Etablir un bilan** :
  - du **contexte environnemental** (situation politique, administrative et juridique) ;
  - de l'**offre** (aperçu général des prestations IEC et soins actuellement proposées en Suisse) ;
  - de la **demande** (dispose-t-on des données adéquates pour évaluer les besoins à partir des données épidémiologiques).
- **Sur la base de ce bilan, décrire les mesures nécessaires à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse.**

Les objectifs fixés sont ambitieux, eu égard à l'ampleur de la définition de la SSR et des moyens à disposition<sup>c</sup>. L'exhaustivité étant exclue, certains choix ont dû être faits concernant l'approfondissement de différents aspects de la SSR. Ces choix reviennent aux auteurs, qui ont été guidés dans leur démarche par les experts interviewés ainsi que l'analyse de la littérature.

L'élasticité de la définition de la SSR adoptée, permet de prendre en compte les différentes ressources en Suisse apportant une contribution au domaine, même si la SSR n'est pas leur mission principale (ex. promotion de l'égalité entre les sexes). Cette approche est valable pour un état des lieux : il est néanmoins signalé que des programmes abordant ce sujet devront fixer de façon précise leur définition et champ d'action.

Bien que l'accessibilité aux prestations de qualité (IEC, soins) ne soit pas l'unique déterminant de la SSR, elle constitue un facteur important pour lequel il est possible de définir des mesures susceptibles de contribuer à une amélioration de la situation actuelle. L'équité d'accès à ces prestations, quel que soit le sexe, l'âge, la nationalité, l'état de santé, le lieu d'habitation et les conditions de vie est également un critère clé dans l'évaluation des prestations dans leur ensemble. Afin d'apprécier si une amélioration a effectivement eu lieu, il serait nécessaire de mettre en place un dispositif d'évaluation. Le rapport propose l'utilisation d'une approche de type « théorie d'action » : la définition par les acteurs concernés d'un schéma conceptuel qui permet de saisir la logique des actions et de l'efficacité attribuée aux mesures prévues. Ce schéma sert à la création des indicateurs qui permettront le monitoring des résultats du programme.

## Démarche de la recherche

La recherche de l'information s'est faite à partir de sources documentaires (littérature scientifique publiée, littérature grise, information disponible sur Internet) et à partir d'une série d'entretiens avec des experts (environ trente), c'est-à-dire les membres du groupe « SSR en Suisse » ainsi que d'autres personnes sélectionnées de façon à représenter les différents professionnels actifs sur le terrain. Les références documentaires ont été saisies afin de constituer une

---

<sup>c</sup> Equivalent approximatif en temps de travail d'un chercheur pour six mois à temps plein.

base de données bibliographiques structurée, complémentaire au rapport. Une attention particulière a été apportée à quinze rapports conséquents touchant à la SSR, à savoir : des documents stratégiques, des synthèses, des revues et évaluations d'envergure, des enquêtes dans des domaines spécifiques faisant autorité. Ces documents concernaient soit l'ensemble de la SSR, soit un ou plusieurs aspects spécifiques, comme la santé de la femme, l'égalité, la violence conjugale, la prévention du sida ... L'environnement juridique a été examiné au niveau international, fédéral et cantonal. Il s'agissait de recenser les textes se référant aux éléments de la SSR et d'apprécier dans quelle mesure et de quelle façon ces textes ils étaient effectivement traduits dans les pratiques.

## RESULTATS : SYNTHÈSE ET ANALYSE DES LACUNES

Les résultats ont été synthétisés selon les objectifs et les quatre axes d'analyse prédéfinis. Pour chaque axe, un tableau résume les principales lacunes identifiées. Bien que mettant l'accent sur les lacunes dégagées à partir des différentes sources, cela ne signifie pas qu'il faille minimiser les aspects largement positifs et performants des divers aspects de la SSR en Suisse. L'identification des lacunes sert à la définition des mesures à prendre.

### Contexte environnemental

#### Environnement politique et administratif

Le système fédéral suisse, à l'exception des quelques compétences spécifiques revenant à l'Etat, confère aux cantons la **responsabilité de la politique sanitaire**, qui eux-mêmes délèguent certaines tâches aux communes (notamment en matière de promotion de la santé, prévention, conseil, aide à l'accouchement). L'avantage de ce système, basé sur le **principe de subsidiarité**, permet de prendre des décisions ciblées à un niveau aussi proche que possible des acteurs (prestataires et bénéficiaires). Le désavantage est l'incertitude que peut engendrer la multitude de décideurs à différents niveaux ainsi que l'**hétérogénéité des modalités d'organisation et d'intervention** dans des domaines touchant à la SSR (par exemple l'éducation sexuelle). Pour pallier ces inconvénients il existe des **organes de coordination** chargés d'harmoniser les politiques de santé qui ont pour objectif d'en trouver les définitions au plan national. La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) est l'organe central ; elle émet des recommandations mais n'a pas de pouvoir décisionnel. Plus récemment a été mis en place le projet « Politique nationale suisse de santé », auquel collaborent la Confédération et les cantons et pour lequel trois thèmes prioritaires ont été définis : santé psychique, *empowerment*, critères de planification de l'offre. Parallèlement à ce projet, un Observatoire de la santé a été mis en place, chargé de rassembler et de diffuser les données sur la santé, notamment comme outil de planification. L'Observatoire prévoit de proposer des modules de monitoring sur des thèmes précis, dont la Santé sexuelle et reproductive (voir la partie Epidémiologie). Il peut proposer des améliorations en cas d'insuffisance, mais son rôle est limité à l'analyse secondaire de données.

La fondation « Promotion santé suisse », créée sur la base de l'article 19 de la LAMal, est mandatée pour stimuler, coordonner et évaluer les mesures de promotion de la santé. Ses missions sont donc compatibles avec le concept actuel de la SSR. Le rôle fédérateur d'**organisations non gouvernementales** comme PLANeS et l'Aide suisse contre le Sida (ASS) ou encore Radix, est déterminant pour la création de synergies dans les domaines de la prévention, du conseil, de

l'information et de la prise en charge relatifs à la SSR, cependant la stabilité financière des activités de ces institutions n'est pas assurée.

Grâce à des **interpellations parlementaires**, le dossier SSR a bénéficié périodiquement d'une certaine visibilité auprès de la représentation nationale qu'il s'agit de renforcer et de pérenniser. La création d'un service « *Gender Health* » rattaché à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), prône un concept de la prévention, du diagnostic, de la thérapie spécifique du genre, et oeuvre pour l'amélioration de la SSR des femmes et des hommes.

La **problématique du genre** est transversale à tous les domaines de la SSR. Une meilleure compréhension des rôles sociaux de genre permet une définition plus adéquate de la prévention et de la prise en charge des différents problèmes. Au niveau académique, on recense en Suisse une activité universitaire importante concernant les « **études genre** » (approche académique multidisciplinaire). En milieu médical universitaire des initiatives de « *Gender Mainstreaming* » ont été lancées pour sensibiliser les chercheurs à l'importance de la spécificité du sexe et du genre dans les protocoles de recherche.

### Environnement juridique

En signant un certain nombre de **conventions internationales**, la Suisse doit aligner son cadre juridique national à ces conventions, en particulier pour tout ce qui touche à l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes. Cependant, des lacunes importantes subsistent dans ce pays : elles touchent à la protection physique, psychologique et économique des femmes (par exemple des bases juridiques pour les victimes de violence, l'absence d'une assurance-maternité sur le plan fédéral).

A un niveau national, les **dispositions de la loi fédérale** ne sont pas traduites de manière homogène au plan cantonal (voir la loi de 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse). On se trouve ainsi confronté à une fragmentation des bases légales concernant la SSR qui ne favorise pas la création de services ni la coordination d'actions, particulièrement dans le domaine du conseil et de la prévention. L'offre dans les cantons ne suit pas toujours le sens de la loi ; par exemple, dans une ordonnance elle prévoit la mise en place des programmes de dépistage du cancer du sein au niveau cantonal ou intercantonal. La loi sur les épidémies de 1970 a notamment permis la mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida, mais elle a peu été utilisée dans la prévention et le contrôle d'autres infections sexuellement transmissibles.

ENVIRONNEMENT : Bases existantes	Lacunes
<b>Constitution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'assurance maternité malgré le mandat prévu par la Constitution fédérale à cet effet</li> </ul>
<b>LEg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des inégalités entre sexes perdurent</li> <li>• Absence de congé parental</li> </ul>
<b>LAMal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de prise en charge de prestations de conseil</li> <li>• Opportunités offertes pour la prévention mais peu saisies</li> </ul>
<b>Code pénal (violences, IVG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viol conjugal poursuivi que sur plainte</li> <li>• Besoin d'harmoniser les pratiques et statistiques cantonales à travers les règlements d'application</li> </ul>
<b>LAVI</b>	
<b>Loi sur les épidémies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu utilisée pour ce qui concerne les IST autre que VIH</li> </ul>

ENVIRONNEMENT : Bases existantes	Lacunes
Ordonnance sur les déclarations de médecin et de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de déclaration obligatoire de la syphilis de la part des laboratoires</li> </ul>
Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne reconnaît pas les prestations élargies des centres de planning</li> </ul>
LPMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thèmes de société méritant une plus grande visibilité dans le débat public (comparée à d'autres pays, loi restrictive interdisant le don d'ovules, la maternité de substitution, le don d'embryon)</li> </ul>
Lois sanitaires cantonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traductions hétérogènes des textes législatifs fédéraux</li> <li>Législation concernant la SSR disséminée dans nombre de juridictions</li> </ul>
Droit international	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombreuses lacunes en ce qui concerne le respect de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : exemple : protection grossesse-maternité et travail.</li> </ul>
Fédéralisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage de compétences Confédération-cantons peu clair</li> </ul>
Politique nationale de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de stratégie SSR globale : stratégies concernant thèmes spécifiques parcellaires</li> <li>La SSR n'est pas définie comme une priorité</li> </ul>
Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décisions conservatrices e.g. dépistage cancer du sein</li> </ul>
Organes de santé publique et d'action sociale supra-cantonaux (Romandie, BE et TI) : CRASS ; GRSP, GRAS, DIPPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté de définir des stratégies communes et d'harmoniser les approches</li> <li>Absence d'organisation intercantonale en SA</li> </ul>
Bureaux de l'égalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de ressources et de soutien pour certaines antennes</li> </ul>
Conférence suisse des déléguées à l'égalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Egalité d'une perspective masculine peu problématisée</li> </ul>
Bases légales de l'éducation sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantie d'une couverture et adéquation insuffisante</li> <li>Répartition de responsabilités politiques et administratives pas claires</li> </ul>

## L'offre

### Information, éducation et communication (IEC)

Une attention particulière a été apportée aux prestations et services répondant à une demande explicite d'aide ou de conseil de la part de la population (ex. planning familial, suivi de la grossesse). Il est surtout question de **l'organisation de l'offre** et de l'adéquation de la couverture. Une **large gamme de prestations** et de services est à disposition, mais elle est peu coordonnée et pas suffisamment connue.

Certains groupes sont mieux ciblés par l'offre que d'autres. Les prestations en SSR sont essentiellement tournées vers les besoins des femmes en âge de procréer, ceux des **hommes sont peu pris en compte**. Cette différence s'explique non seulement par leurs différents rôles biologiques dans la reproduction mais aussi par les représentations sociales sur la sexualité masculine, toujours d'actualité. La valorisation du versant sexuel de la SSR, plutôt

qu'uniquement reproductif, fait ressortir les besoins des personnes pendant leurs **années post-reproductives**, une question qui, jusqu'alors, a retenu peu d'attention.

Certaines populations ont des **besoins spécifiques** en SSR. Des exemples de ceux-ci sont indiqués dans le rapport pour les populations suivantes : toxicomane, prostituée, migrante, carcérale, vivant avec le VIH, handicapée, homosexuelle, post-reproductive, transsexuelle. Les personnes se trouvant dans une situation de marginalité ou de vulnérabilité particulière ont plus difficilement accès aux prestations qui leur sont nécessaires.

## Soins

En contraste avec l'analyse de l'offre en IEC, l'analyse de **l'offre de soins** a été plus sélective dans la mesure où le **choix s'est porté sur un certain nombre de dossiers** dont les conséquences sur la SSR, au sens large, sont considérables. Ont été abordés, entre autres, les thèmes de formation des médecins, de techniques biomédicales (diagnostic prénatal, procréation médicalement assistée, mammographie) et certaines pratiques médicales (hystérectomies, césariennes, IVG). Les avancées techniques dans le domaine de la SSR ne sont souvent pas accompagnées d'une prise en charge psychosociale correspondante adéquate. A nouveau, on note des inégalités de prestations entre les cantons.

IEC : thèmes	Lacunes
<b>Programmes et campagnes de prévention / promotion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs agences sont potentiellement responsables (OFSP, PSS, Radix, ASS...) : répartition de responsabilités pas claire en ce qui concerne SSR</li> <li>• Pas d'approche commune aux problèmes de SSR. Programmes et campagnes sur certains thèmes (ex. sida) et pas sur d'autres (ex. contraception, notamment CPC).</li> <li>• Education sexuelle dans les écoles : couverture et qualité très hétérogène ; lacunes importantes au niveau post-obligatoire ; organisation n'offre pas de garantie de pérennisation ; absence de contrôle de qualité dans le modèle interne (essentiellement Suisse alémanique) ;</li> <li>• Approche trop négative à la sexualité (trop axée sur la prévention)</li> </ul>
<b>Centres et sites d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisamment connus par la population</li> </ul>
<b>Consultations et conseils individuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail des centres de planning peu connu et peu reconnu par le monde médical et politique</li> <li>• Couverture ville/campagne et Suisse alémanique/romande inégale</li> <li>• Services inadaptés pour certains groupes (ex. femmes âgées, hommes à tous âges, handicapés, migrant(e)s...)</li> <li>• Formation des médecins inadéquate (manque de connaissances et de sensibilisation )</li> <li>• Manque d'approche globale</li> </ul>

IEC : thèmes	Lacunes
<b>Coordination et mise en réseau des acteurs (Organes de coordination, Mise en réseau professionnel et associatif, Organismes faïtières)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés pour collaborations inter-régionale et inter-cantonale</li> <li>• Mise en réseau inadéquate en Suisse alémanique</li> <li>• Interdisciplinarité fonctionne mal (ex. médecins - sages-femmes ; planning – éducation sexuelle)</li> <li>• Coordination inadéquate, compétition pour ressources, manque de synergie</li> <li>• Fossé Suisse alémanique et romande</li> </ul>

SOINS : thèmes	Lacunes
<b>Moyens contraceptifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de soutien financier à la prise en charge des frais liés à la contraception</li> <li>• Pas de vente libre</li> <li>• Offre peu diversifiée</li> </ul>
<b>Gynécologues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-représentation des femmes</li> <li>• Offre de soins se détériore</li> </ul>
<b>Procréation médicalement assistée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de prise en charge de la fécondation in vitro par la LAMal</li> </ul>
<b>Aspects médicaux liés à la grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic prénatal : capacités de communication et accompagnement des médecins pas optimal, problèmes de formation au plan technique</li> <li>• Inégalités dues aux positions idéologiques des médecins notamment sur l'IVG</li> <li>• Hystérectomies : indications pas toujours fondées, disparités régionales</li> <li>• Césariennes : indications médicales insuffisantes</li> </ul>
<b>Cancer du sein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mammographie : couverture du dépistage inégale, soutien modeste des médecins</li> <li>• Existence de faux positifs trop nombreux</li> <li>• Besoin de formation</li> <li>• Application des contrôles de qualité insuffisante</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage insuffisant</li> </ul>

## Epidémiologie

Les données quantitatives permettent d'identifier, de définir et de spécifier les problèmes pour lesquels une action sanitaire peut être envisagée. Pour la prise de décision en santé publique, celles-ci doivent être non seulement récoltées, mais aussi **disponibles et de qualité appropriée** ; par ailleurs, des moyens doivent être mis à disposition pour l'analyse et la diffusion des résultats aux parties prenantes (*stakeholders*). Lorsque les données s'intègrent dans un système de surveillance, il faut également une **garantie de pérennisation du système de récolte**. Il s'agit dans ce rapport d'examiner la capacité du dispositif épidémiologique en matière de SSR en Suisse de répondre à ces critères.

Les données suisses sur la SSR proviennent de **trois types de sources** : de statistiques routinières ; d'enquêtes répétées ; d'études et enquêtes ponctuelles. Ces sources fournissent des informations sur différents aspects de la SSR : fertilité, grossesse et accouchement ; infections sexuelle-

ment transmissibles ; santé de des organes sexuels et reproductifs ; comportements sexuels et vie sexuelle ; violence sexuelle.

L'Observatoire suisse de la santé (OS), ouvert en 2002, proposera un **module spécifiquement consacré au monitoring de la SSR**. Une vingtaine d'indicateurs permettront de documenter les principales composantes de la SSR pour lesquelles on dispose de données épidémiologiques adéquates. Le processus de définition de ce module fait ressortir les mesures encore nécessaires afin de pouvoir mettre au point un outil de santé publique adéquat (voir les mesures plus loin). Il en ressort que les **données sur la SSR** sont trop souvent éparpillées, difficilement accessibles, inadaptées ou sous-exploitées. Leur rassemblement en une structure unifiée et pérenne, ainsi que le développement de nouveaux indicateurs appelés à combler les lacunes les plus manifestes s'avère nécessaire.

<b>EPIDEMIOLOGIE : thèmes</b>	<b>Bases existantes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Fécondité, grossesse, accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiques de l'OFS : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evolution de la population</li> <li>– Santé</li> </ul> </li> <li>• Enquête suisse sur la santé (contraception)</li> <li>• Enquête suisse sur la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de données nationales sur l'IVG</li> <li>• Manque de critères pour établir certaines inégalités sociales (ex : catégories socio-professionnelles)</li> <li>• Absence de données sur la prévalence de la stérilité</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration obligatoire des maladies transmissibles</li> <li>• Réseau des 6 policliniques dermatologiques suisses</li> <li>• Système de déclaration Sentinella en Suisse</li> <li>• Enquête presse gay (hommes homosexuels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration des laboratoires : <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'absence de comptage du nombre total de tests effectués hypothèque l'interprétation des tendances</li> <li>– retrait de la syphilis comme maladie à déclaration obligatoire</li> <li>– les données récoltées sont rudimentaires sur le plan épidémiologique</li> </ul> </li> <li>• Faible couverture de la surveillance (ex : infection à chlamydia)</li> </ul>
<b>Santé des organes sexuels et reproductifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistique de l'OFS : <ul style="list-style-type: none"> <li>– causes de mortalité</li> </ul> </li> <li>• Association suisse des registres des tumeurs</li> <li>• Enquête suisse sur la santé (frottis du col utérin, mammographie, hystérectomie, traitement hormonal de substitution)</li> </ul>	
<b>Comportements sexuels :</b> <b>Satisfaction et troubles sexuels</b> <b>Comportements préventifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation périodique de la prévention du sida : <ul style="list-style-type: none"> <li>– population générale (17-45 ans)</li> <li>– hommes homosexuels</li> </ul> </li> <li>• Santé auprès des adolescents 15-20 ans</li> <li>• Enquête suisse sur la santé (satisfaction et troubles sexuels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de données sur les comportements sexuels et préventifs dans les années post-reproductives</li> <li>• Absence de données précises sur la prévalence des troubles sexuels</li> </ul>
<b>Violence sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistique sur les infractions <ul style="list-style-type: none"> <li>– atteintes à l'intégrité sexuelle (viols et autres formes d'atteintes)</li> </ul> </li> <li>• Statistique de l'aide aux victimes (LAVI)</li> <li>• Enquêtes de prévalence / sondages de victimisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les statistiques de la criminalité en Suisse manquent de précision (pas de ventilation par canton)</li> </ul>

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 1 Améliorer la coordination des acteurs et du dispositif dans le domaine de la SSR

Les problèmes de coordination ont été signalés à plusieurs niveaux et constituent un *Leitmotiv* de l'état des lieux de la SSR en Suisse. Bien que de nombreux efforts existent, plusieurs exemples témoignent du fait que le niveau de coordination (et parfois même la volonté de le faire) est insuffisant et entrave l'amélioration du dispositif de l'offre dans son ensemble. Même avec la meilleure volonté de coopérer, la multiplicité des acteurs et des instances fait qu'il est quasiment impossible d'être au courant de l'ensemble de l'offre.

Une meilleure collaboration permettrait une synergie des ressources existantes et rendrait l'ensemble du système plus efficient. Elle rendrait le travail en réseau plus efficace et faciliterait la définition du partage des responsabilités, ce qui sert à éviter des « doublures » et des lacunes. Elle favoriserait également une meilleure diffusion de « *Good Practices* ». Des mesures dans ce sens auraient un effet généralisé à relativement peu de frais.

#### Mesures

- **Mettre en place un groupe de travail chargé d'améliorer la coordination dans le domaine de la SSR. Pour ce faire, le groupe devra :**
  - examiner le fonctionnement de l'ensemble des organes de coordination existants ;
  - émettre des propositions concernant des modifications de la situation actuelle ;
  - assurer l'élaboration d'une politique de SSR qui définissent, entre autres, le partage des responsabilités entre les différents acteurs, institutions, et organes de coordination ;
  - assurer la poursuite des efforts de coordination en cours ou en préparation.

Les principales instances supra-cantoniales et faîtières ayant une responsabilité dans le domaine de la SSR devront être présentes dans le groupe (OFSP, OFAS, CDS, CDIP, PLANeS, ASS) qui, selon besoin, fera appel à différents experts. Il est recommandé que l'OFSP prenne l'initiative pour le lancement du groupe, même si sa coordination est par la suite reprise par une autre instance. Cette initiative se justifie par diverses compétences fédérales : les acteurs du VIH/sida élargissent leur champ d'action, un nouveau programme national pour le VIH/sida est en cours d'élaboration, il devra mieux prendre en compte le problème des autres IST... (loi sur les épidémies); diverses prestations prévues par la loi fédérale ne sont pas prise en compte de façon adéquate au niveau cantonal, une réponse devra être faite au Postulat Genner (exigences politiques et juridiques).

- **Créer et garder à jour un site Internet afin de mettre à disposition des informations concernant l'ensemble des prestations et des institutions dans le domaine de la SSR :**
  - le site réunirait des informations relatives à tout le territoire et proposerait une base de données structurée (type de prestation, localité, thème de santé, populations spécifiques... ) ;
  - il sera tenu à jour régulièrement ;
  - il devra compléter et être complémentaire à la banque de données documentaires et audiovisuelles de Sida Info Doc.

Sida Info Doc a comme projet d'étendre son champ d'action à la SSR. L'organisme a les compétences techniques nécessaires pour la création d'un tel site. Ces compétences doivent bien évidemment être complétées par des contacts avec d'autres organismes qui font la récolte

d'informations dans le domaine ainsi que par l'expertise d'autres acteurs dont il faudrait s'entourer et qui sont indiqués dans ce rapport.

## 2 Réduire les inégalités dans l'offre, l'accès et la qualité des prestations

Le système fédéral et les différences de mentalité marquées en Suisse se traduisent par des offres et accès aux IEC et aux soins très hétérogènes. Les disparités opèrent selon des critères linguistiques, confessionnels et/ou de ville-campagne. Les volontés politiques et bases légales concernant la SSR, l'intérêt pour la promotion de la santé ou l'éducation sexuelle, et les formes organisationnelles des dispositifs varient selon les régions, les cantons voire les communes. Le clivage le plus visible, à cet égard, est celui qui oppose la Suisse romande à la Suisse alémanique.

L'inégalité entre les sexes touche les femmes et les hommes de différentes façons. Les femmes sont affectées par l'absence d'application des mesures d'égalité (ex. assurance maternité). Les prestations en SSR adressées aux hommes sont inadéquates ou tout simplement absentes, étant donné que les services se sont développés dans une perspective de santé maternelle et infantile ou de santé de la femme.

Il faudrait mieux tenir compte de l'évolution des priorités et donc des besoins en SSR au cours de la vie, par exemple : les jeunes ont besoin des services à bas seuil d'accès, notamment en ce qui concerne la CPC ; au delà des années reproductives, quelque soit le sexe de la personne, les besoins en SSR doivent être mieux appréciés.

D'autres inégalités existent concernant l'accès de certaines populations aux prestations (ex. celles qui sont concernées par la toxicomanie, la prostitution, la migration, la détention, l'infection à VIH, le handicap physique ou mental, le vieillissement, l'homosexualité, le transsexualisme...). La nature de leurs besoins en termes de prestations d'aide est souvent mal appréciée, voire pas reconnue.

Dans le cadre de l'IVG, la loi sur le "régime du délai" (Art. 118-120 du Code pénal), récemment adoptée par le peuple, nécessite une volonté politique affirmée des cantons pour sa mise en œuvre. Il faut saisir l'opportunité créée par le débat public autour de l'IVG qui a pu amener des partis politiques à avancer un certain nombre de propositions et promesses qui les engagent sur ce dossier, en mettant l'accent sur la nécessité d'une prévention efficace. Dans cette fenêtre temporelle favorable, un élargissement de l'application de la loi de 1981 prenant en compte les prestations des centres de planning, notamment en matière de promotion de la santé et de prévention, peut permettre de renforcer ces dispositifs et unifier leurs actions. Ceci permettrait une mise à niveau de l'offre dans les cantons moins dotés de prestations.

Les politiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école ont été recensées pour l'ensemble de la Suisse<sup>d</sup> ; ce travail a donné lieu à un ensemble de recommandations dont la mise en œuvre a été examinée par un groupe d'expert(e)s mandaté par l'OFSP<sup>e</sup>. Il faut tirer parti de la dynamique créée dans ce domaine pour déboucher sur des améliorations concrètes.

---

<sup>d</sup> Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001 (Raisons de santé, 66).

<sup>e</sup> Le travail du groupe a fait l'objet d'une synthèse remise à l'OFSP en juin 2002, préparée par l'*Institut für angewandte Argumentenforschung*.

La violence conjugale est largement présente en Suisse, sa prévalence et sa nature sont confirmées par plusieurs recherches. Des inégalités d'accès à la prévention et à la prise en charge sont constatées. Même si cette violence est connue dans toutes les couches de la société, les ressources des victimes et des auteurs pour y faire face ne sont pas distribuées de façon égale. Par ailleurs, des inégalités dans la qualité de l'offre existent entre les cantons. Le moment est propice pour tirer profit de l'avancée des travaux dans ce domaine dans la mesure où les actions nécessaires sont déjà connues et commencent à être expérimentées.

## Mesures

### ➤ Augmenter et harmoniser le dispositif de prévention des grossesses non-désirées.

Pour ce faire, il serait nécessaire :

- d'entreprendre un travail de lobbying trouvant un écho au parlement et auprès des décideurs cantonaux ;
- de faire une évaluation de l'application de la loi sur le régime du délai dans les cantons ;
- d'adopter un protocole uniforme pour la prise en charge des femmes demandant une IVG<sup>f</sup> ;
- de mettre en œuvre les recommandations élaborées dans le domaine de l'éducation sexuelle/prévention VIH pour ce qui concerne les inégalités de couverture.

Différents partenaires sont interpellés : PLANeS est déjà active dans le lobbying et dans la conception d'un dossier commun pour l'accueil des femmes demandeuses d'une IVG. La mise en œuvre de ces recommandations dépend des membres de la CDS. En ce qui concerne l'éducation sexuelle, les compétences reviennent aux cantons, mais l'OFSP, mandant des différents rapports à ce propos devra montrer un leadership clair. Le partage précis des responsabilités devrait encore être clarifié. L'évaluation de l'application de la loi du délai doit être commanditée auprès d'un institut scientifique externe. Sa réalisation nécessitera une coordination entre l'OFSP, l'OFAS, l'OFS et les cantons.

### ➤ Générer une *checklist* définissant les prestations en matière de SSR qui doivent être offertes par les cantons.

Une *checklist* peut être envisagée pour indiquer les prestations en matière de prévention en SSR qui devraient être disponibles dans chaque canton ou pour laquelle il faut organiser une collaboration avec un canton voisin. Une première ébauche a été définie<sup>g</sup>. La *checklist* devrait être

---

<sup>f</sup> Des propositions ont déjà été faites par PLANeS dans ce sens et soumises à la CDS.

<sup>g</sup> Première ébauche de *checklist* :

- Education sexuelle/prévention VIH en milieu scolaire : pour toute filière et à tous les niveaux d'enseignement
- Planning familial : conseils et consultations
- CPC : accès « bas seuil » et rapide
- IVG : procédure standardisée pour les demandes et conseils
- Grossesse : conseils et consultations en cours de grossesse ; promotion de l'allaitement ; soutien et conseils aux jeunes parents
- VIH/sida/IST : conseils en matière de prévention, test VIH/sida et dépistage des IST, aide aux personnes vivant avec le VIH
- Vie de couple : conseil conjugal, conseils, soins, lieux d'accueil pour les victimes et auteurs de violence conjugale
- Dépistage du cancer : programme de mammographie, promotion de dépistage du pré-cancer/cancer du col utérin et de la prostate

disponible à partir du site Internet décrit ci-dessus. Elle comprend non seulement le type de prestations qui sont nécessaires, mais aussi un rappel des différentes populations ayant des besoins spécifiques (nécessité de développer un accueil adapté). Ce travail pourrait être coordonné par PLANeS ; l'appui de la CDS est nécessaire pour le faire connaître et valoir auprès des cantons. AID participerait à la réalisation technique. Il faudrait également prendre en compte la réflexion sur les critères de qualité déjà entamée par l'ASS et PLANeS.

➤ **Améliorer la prévention et la prise en charge des victimes et des auteurs de violence conjugale.**

Il faudrait davantage diffuser les bases de travail existantes, comme les recommandations de la recherche menée dans le canton de Vaud sur la violence conjugale<sup>h</sup>. Les outils développés dans le cadre des suites de cette recherche peuvent être considérés comme une source de *Good Practice* dans ce domaine.

Ces travaux peuvent être valorisés via le réseau des Bureaux d'égalité, en les présentant à la Conférence nationale des déléguées à l'égalité, et ensuite dans l'ensemble des cantons aux partenaires intéressés.

Il est également nécessaire d'accroître la collaboration intersectorielle en créant une interface entre les partenaires sociaux, de santé et la police, permettant d'assurer une couverture partagée 24 heures sur 24. Ces collaborations devraient être établies entre les partenaires au niveau cantonal, et ensuite entre les cantons au niveau fédéral. La CDS et la CSPC sont donc impliquées.

### **3 Améliorer la qualité de l'information disponible**

Par information disponible, on entend les données quantitatives collectées soit systématiquement, soit lors des enquêtes. Ces données existent sur différents aspects de la SSR, mais elles sont souvent éparpillées, difficilement accessibles, inadaptées ou sous-exploitées. Pour beaucoup d'entre elles, il existe peu de garantie de pérennité de leur collecte et analyse, ceci étant essentiel pour suivre l'évolution de la situation et pour guider la prise de décision en santé publique. Dans beaucoup de cas, il suffit de relativement peu d'efforts supplémentaires pour disposer d'un bon outil décisionnel. Dans d'autres cas, comme pour la question des dysfonctions sexuelles, des recherches plus approfondies seraient nécessaires.

La Suisse dispose d'un bon outil épidémiologique permettant de suivre l'évolution de nouveaux cas d'infection à VIH (ce n'est pas le cas de tous les pays européens). Par contre, le dispositif de suivi des autres infections sexuellement transmissibles est relativement défaillant. Par consé-

- 
- Epanouissement sexuel : conseils/ consultations pour dysfonctionnements sexuels
  - Infertilité : conseil et consultation
  - Dispositifs de prévention appropriés pour les populations spécifiques (migrants, homosexuels, personnes avec un handicap mental ou physique, toxicomanes, prostituées et MSW, détenus, etc.).
  - De façon transversale : approche spécifique au genre
  - Formation des intervenants, des médecins et d'autres professionnels en SSR
  - Collecte des données épidémiologiques relatives à la SSR
  - Coordination et mise en réseau des services ; collaboration multisectorielle

<sup>h</sup> Hofner MC, Siggen S. Violence conjugale dans le canton de Vaud: recherche préparatoire réalisée sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UP; Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes, Vaud; 2001.

quent, alors que l'incidence de ces infections augmente considérablement dans les pays voisins, il n'est pas possible de déterminer de façon adéquate l'évolution de la situation en Suisse.

### Mesures

- **Dans le cadre de l'Observatoire de la santé, développer et pérenniser le module SSR afin d'améliorer la mise à disposition des données.**

Le développement actuel d'un module de SSR fait ressortir plusieurs lacunes dans la disponibilité et la qualité des données, mais également des pistes pour les rectifier. Citons déjà :

- les données sur les IVG ;
- les données sur les violences sexuelles ;
- les données sur les dysfonctions sexuelles.

Différents partenaires sont impliqués. Les cantons ont une responsabilité par rapport à la collecte des données de routine et la volonté d'harmonisation de leur récolte. L'OFS est impliqué à plusieurs niveaux, dans la coordination et l'analyse des données. L'OS gère le module, mais est limité dans le monitoring à une utilisation secondaire des données. Il faudrait un leadership clair, probablement de la part de l'OFSP, pour établir l'importance de ces données afin d'assurer la participation de tous les partenaires concernés. Le soutien des cantons est essentiel pour la récolte et la mise à disposition des données.

- **Mettre en place un groupe de travail pour déterminer comment renforcer le système de surveillance des IST en Suisse.**

Plusieurs mesures peuvent être envisagées pour renforcer le système de surveillance des IST :

- laboratoires : relever les tests négatifs ; rendre obligatoire la déclaration de T. Palladium (germe de syphilis) en distinguant entre les nouvelles et les anciennes infections ;
- renforcer le réseau Sentinella : Ex. relevés plus fréquents des infections à chlamydia ;
- mener des études de prévalence à intervalles réguliers ;
- octroyer d'avantage de moyens au service d'épidémiologie responsable à l'OFSP.

A nouveau, plusieurs partenaires sont concernés (l'OFS, l'OFSP, les laboratoires, les policliniques dermatologiques, les gynécologues) et doivent être représentés dans le groupe. L'OFSP a clairement un rôle de leadership sur la base de la loi sur les épidémies.

## 4 Améliorer la formation des acteurs de la SSR

La formation du conseil en planning et en éducation sexuelle a récemment trouvé des premières réponses institutionnelles (Certificat en guidance et éducation sexuelle en Suisse romande et modules de formation en pédagogie et conseil en matière de sexualité, en Suisse alémanique). Ces initiatives sont importantes mais ne peuvent pas pallier à l'ensemble des besoins en formation du personnel IEC. Concernant l'éducation sexuelle, le corps enseignant a d'importantes responsabilités, surtout en Suisse alémanique, mais les besoins de formation correspondants pour ces professionnels sont loin d'être assurés.

Les centres de conseils ne touchent qu'une partie de la population. Les médecins et le personnel paramédical ont donc un rôle primordial à jouer. Pour ces professionnels, il n'existe actuellement pas de directives pour l'enseignement relatives à la SSR, ni dans les facultés de médecine ni dans les Hautes Ecoles Spécialisées selon les experts.

Pour la prise en charge de groupes spécifiques, il est nécessaire de sensibiliser les conseillers en planning familial et éducation sexuelle et les médecins aux besoins spécifiques de ces populations mais également, de former les médiateurs proches de ces personnes à des questions de SSR.

La qualité de la formation est déterminante pour assurer la qualité des prestations. Une intégration adéquate de la SSR dans la formation de base et la formation continue des professionnels concernés constitue une des meilleures garanties d'une couverture adéquate de la population. Un travail important a été effectué concernant la formation des professionnels en matière de VIH/sida<sup>i</sup>. Des leçons pour améliorer la formation dans le domaine de la SSR peuvent être tirées de cette expérience, bien documentée.

### Mesures

- **Renforcer les programmes de formation continue en matière de planning familial et d'éducation sexuelle et assurer leur pérennisation.**

Ces programmes sont déjà établis. L'enjeu est d'en assurer la pérennisation et de les valoriser auprès des autorités. Les partenaires concernés sont les Universités de Genève et de Lausanne, la HES Lucerne, Promotion santé suisse, et les cantons (en tant qu'employeurs ou mandants). Les partenaires concernés sont les Universités de Genève et de Lausanne, la HES de Lucerne, Promotion santé suisse, et les cantons (en tant qu'employeurs ou mandants).

- **Mener une étude afin de mieux préciser le contenu et les modalités d'un apport en formation SSR pour le corps médical et des autres professionnels.**

La présente étude a touché aux besoins en formation mais il faudrait encore mieux préciser les lacunes qui ont été signalées par les intervenants. Il est nécessaire de mener une réflexion sur les moyens les plus appropriés pour mieux intégrer la SSR dans les programmes et curricula de formation actuels.

La formation devrait être améliorée à la base, permettant une meilleure couverture de l'ensemble de la population, et en formation continue, ce qui permet un approfondissement des connaissances. On distingue deux catégories d'acteurs : les médecins, accessibles via les facultés de médecine et les organisations professionnelles ; les autres professionnels de la santé ou des services sociaux. Les procédures pour introduire de nouveaux sujets devront être suivies. Ceux-ci sont indiqués dans le rapport sur la formation VIH/sida 1989-1999<sup>h</sup>. Ce document détaille les institutions à solliciter ainsi que l'attribution des compétences.

---

<sup>i</sup> Hofner MC. Formation VIH/sida 1989-1999: rapport final contrat no 6057. Unité de prévention, Ed. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.

# ZUSAMMENFASSUNG

## PRÄSENTATION DER STUDIE

### Vorgeschichte

Diese Studie kam auf Anregung der multidisziplinären Gruppe «**Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz**» zustande. Unterstützung erhielt sie durch das **Postulat Genner vom 23. Juni 2000**, in dem der Bundesrat aufgefordert wurde, einen Bericht zur Frage zu erstellen, wie das Beratungsangebot im Bereich der Sexualität und der reproduktiven Gesundheit verbessert werden könnte<sup>j</sup>. Die Gruppe hat im Dezember 2000 ein **Grobkonzept** erarbeitet, in dem empfohlen wurde, eine Situationsanalyse zu erstellen und Empfehlungen für die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz auszuarbeiten. Eine Finanzierung für diese Arbeit wurde gefunden und die Studie wurde vom 1. Dezember 2001 bis zum 30. Juni 2002 durchgeführt.

Die Internationale UNO-Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, die im Jahr 1994 in Kairo stattgefunden hat, bildet den Orientierungsrahmen für das Verständnis der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die an dieser Konferenz festgelegte Definition wurde in den strategischen Dokumenten der internationalen Organisationen übernommen :

*"... Reproduktive Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit, und zwar in Hinblick auf alle Belange in Zusammenhang mit dem reproduktiven System, seinen Funktionen und Prozessen. Reproduktive Gesundheit schliesst deshalb ein, dass Menschen ein befriedigendes und gesundheitlich ungefährliches Sexualeben möglich ist, und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung haben und die Freiheit zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie sich fortpflanzen"<sup>k</sup>.*

Dahinter stand zudem auch die Absicht, einerseits die bisher separat geführten Dienste und Programme wie der Mutter- und Kindbetreuung, die Familienplanung, HIV/Aids und sexuell übertragbare Krankheiten zu integrieren und andererseits den Bevölkerungsgruppen, deren Bedürfnisse in diesem Bereich bis anhin weniger berücksichtigt wurden (Jugendliche, Männer, Frauen ausserhalb des gebärfähigen Alters, etc.), den Zugang zu diesem Leistungsangebot zu erleichtern.

### Rahmenkonzept und Ziele

Nach dem Vorschlag des Grobkonzeptes wurde die Untersuchung um die folgenden vier Analyseachsen angeordnet :

---

<sup>j</sup> Obschon die Studie zahlreiche Fragen des Postulats beantwortet, stellt sie keine direkte Antwort auf dieses Postulat dar : Ihr Untersuchungsbereich ist breiter und sie wurde nach einem anderen Pflichtenheft erstellt.

<sup>k</sup> Auszug aus dem Abschnitt 7.2 des Aktionsprogramms der Internationalen UNO-Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung. Kairo 1994.

1. **Gesundheitspolitik** : diese legt das soziale und politische Umfeld fest, das die Kenntnisnahme der Probleme, den politischen Willen, das Veränderungspotenzial und die zu schaffenden administrativen Synergien bestimmt.
2. **Information, Erziehung und Kommunikation (IEK)** : die Bestandesaufnahme der Sensibilisierungs- und Beratungsangebote in Verbindung mit Prävention oder Gesundheitsförderung.
3. **Pflege** : Sämtliche therapeutischen Verfahren, die darauf abzielen, die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu schützen, zu erhalten und wiederherzustellen ; dabei geht es sowohl um die ambulante Betreuung wie auch die stationäre Betreuung in öffentlichen oder privaten Einrichtungen.
4. **Epidemiologie** : Bestandesaufnahme der verfügbaren Quellen über die sexuelle und reproduktive Gesundheit, deren Standort, Qualität sowie die Erhebungsverfahren.

Für die Analyse der Situation im Zusammenhang mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz wurden anschliessend folgende Ziele gesetzt :

- **eine Bilanz erstellen** :
  - über das **Umfeld** (politische, administrative und juristische Situation) ;
  - über das **Angebot** (allgemeine Übersicht der derzeit in der Schweiz angebotenen IEK- und Pflegedienstleistungen) ;
  - über die **Nachfrage** (verfügt man über geeignete Informationen, um die Bedürfnisse anhand der epidemiologischen Daten abzuschätzen).
- **Auf der Grundlage dieser Bilanz sollen dann die Massnahmen beschrieben werden, die zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz erforderlich sind.**

Die angestrebten Ziele sind ehrgeizig, vor allem wenn man die breite Definition der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und die zur Verfügung stehenden Mittel berücksichtigt. Da eine vollständige Untersuchung nicht im Bereich des Möglichen lag, musste für die Vertiefung verschiedener Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine Auswahl getroffen werden. Diese Auswahl wurde von den Verfassern getroffen, die bei dieser Aufgabe von den interviewten Experten angeleitet wurden.

Mit der Wahl einer dehnbaren Definition des Begriffs „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ können verschiedene Stellen in der Schweiz einbezogen werden, die einen Beitrag zu diesem Bereich leisten, selbst wenn diese nicht primär im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit tätig sind (z.B. Förderung der Gleichstellung). Dieser Ansatz eignet sich nur für die Bestandesaufnahme : Die Programme, die dann dieses Thema behandeln, sollten hingegen ihre Definition und ihren Aktionsbereich klar festlegen.

Obschon der Zugang zu qualitativ guten Leistungen (IEK, Pflege) nicht die einzige Determinante der sexuellen und reproduktiven Gesundheit darstellt, ist er ein wichtiger Faktor. Für diesen Zugang können Massnahmen festgelegt werden, die zur Verbesserung der heutigen Situation beitragen können. Ein gleichberechtigter Zugang zu diesen Leistungen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Nationalität, Gesundheitszustand, Wohnort und Lebensverhältnissen, bildet ebenfalls ein Schlüsselkriterium für die Bewertung des gesamten Leistungspakets. Um beurteilen zu können, ob wirklich eine Verbesserung erzielt wurde, sollte ein Evaluationsverfahren eingerichtet werden. Im Bericht wird dazu als Ansatz die Verwendung

einer «Aktionstheorie» vorgeschlagen : Die Definition eines Begriffsschemas durch die beteiligten Akteure, mit dem man die Folgerichtigkeit der Aktionen und die Wirkung der vorgesehenen Massnahmen erfassen kann. Dieses Schema dient als Grundlage für die Bildung von Indikatoren, mit denen sich die Ergebnisse des Programms überwachen lassen.

## **Forschungsarbeit**

Die **Suche nach Informationen** erfolgte mit Hilfe von Dokumentationsquellen (veröffentlichte wissenschaftliche Literatur, graue Literatur, auf dem Internet verfügbare Informationen) und über eine Reihe von **Gesprächen mit Experten** (ungefähr dreissig), d.h. den Mitgliedern der Gruppe « Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz» sowie anderen Personen, die so ausgewählt wurden, dass sie die verschiedenen Berufsgruppen in diesem Bereich repräsentierten. Die bibliografischen Hinweise wurden erfasst, um eine **bibliographische Datenbank** aufzubauen, die den Bericht ergänzt. Besondere Beachtung wurde dabei fünfzehn wichtigen Berichten geschenkt, die sich mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz befassen. Es handelt sich dabei um strategische Dokumente, Syntheseberichte, umfangreiche Übersichten und Evaluationen sowie massgebende Untersuchungen in spezifischen Bereichen. Diese Dokumente betrafen entweder das gesamte Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oder aber einen bzw. mehrere spezifische Aspekte, wie etwa die Gesundheit der Frauen, die Gleichstellung, Gewalt in der Ehe, die Aidsprävention, etc.. Beim juristischen Umfeld wurden sowohl der internationale und der nationale wie auch der kantonale Kontext untersucht. Die Texte, die sich auf Teilaspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bezogen, wurden zunächst erfasst ; dann wurde beurteilt, inwiefern und auf welche Weise diese Texte effektiv in den Praktiken zum Ausdruck kamen.

## **ERGEBNISSE : SYNTHESE UND MÄNGELANALYSE**

Die Ergebnisse wurden anhand der Ziele und der vier vordefinierten Analyseachsen zusammengefasst. Für jede Analyseachse werden in einer Tabelle die hauptsächlichen Mängel aufgelistet. Obschon das Hauptaugenmerk auf die gestützt auf verschiedene Quellen ermittelten Lücken gelegt wurde, bedeutet dies nicht, dass die zahlreichen positiven, gut funktionierenden Aspekte der verschiedenen Teilbereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz minimiert werden sollen. Das gezielte Aufspüren von Mängeln dient jedoch dazu, diejenigen Massnahmen zu ermitteln, die es zu ergreifen gilt.

## **Umfeld**

### **Politisches und administratives Umfeld**

Im schweizerischen Föderalismus wird die **Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik** – mit Ausnahme einiger besonderer Befugnisse, für die der Staat zuständig ist – den Kantonen übertragen, die ihrerseits einige Aufgaben an die Gemeinden delegieren (vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Beratung, der Geburtshilfe). Der Vorteil dieses auf dem **Subsidiaritätsprinzip** beruhenden Systems liegt darin, dass die Entscheidungsfindung möglichst nahe bei den Akteuren (Leistungserbringern und Begünstigten) erfolgt. Der Nachteil ist die Unsicherheit, die sich aus der Vielzahl von Entscheidungsträgern auf verschiedenen Ebenen sowie aus der **Heterogenität der Organisations- und Interventionsmodalitäten** in den mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zusammenhängenden Bereichen (zum

Beispiel die Sexualerziehung) ergeben kann. Um diesen Nachteil zu beheben, wurden **Koordinationsorgane** gebildet, die mit der Harmonisierung der Gesundheitspolitiken betraut sind und die für die gesamte Schweiz gültige Definitionen festlegen sollen. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) ist das Zentralorgan ; sie erlässt Empfehlungen, hat jedoch keine Entscheidungsbefugnis. Erst in jüngerer Zeit wurde das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» lanciert, bei dem der Bund und die Kantone zusammenarbeiten und für das drei Schwerpunktthemen definiert worden sind: psychische Gesundheit, *Empowerment*, Kriterien für die Angebotsplanung. Parallel zu diesem Projekt wurde ein Gesundheitsobservatorium eingerichtet, welches Daten über die Gesundheit zusammentragen und verbreiten soll, wobei es vor allem als Planungsinstrument dient. Das Observatorium will *Monitoringmodule* über bestimmte Themen wie unter anderem über die sexuelle und reproduktive Gesundheit (siehe den Abschnitt «Epidemiologie») anbieten. Es kann bei Mängeln Verbesserungen vorschlagen ; seine Rolle ist jedoch auf die Sekundäranalyse von Daten beschränkt.

Die gestützt auf Artikel 19 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) geschaffene Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFS) ist damit betraut, gesundheitsfördernde Massnahmen in die Wege zu leiten, zu koordinieren und zu evaluieren. Ihre Aufgaben decken mit dem gegenwärtigen Verständnis der SRG. Die verbindende Funktion **regierungsunabhängiger Organisationen** wie etwa der Stiftung PLANeS und der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) oder auch der Stiftung Radix ist von entscheidender Bedeutung für die Schaffung von Synergien in den Bereichen Prävention, Beratung, Informationen und Betreuung. Allerdings sind die Tätigkeiten dieser Institutionen finanziell nicht genügend abgesichert.

Dank **parlamentarischer Vorstössen** hat das Dossier sexuelle und reproduktive Gesundheit in den beiden Volkskammern in regelmässigen Abständen ein gewisses Mass an Aufmerksamkeit erhalten, die es zu verstärken und fortzusetzen gilt. Die Schaffung einer Fachstelle «**Gender Health**» im BAG, die sich neben der Förderung eines geschlechtergerechten Verständnis von Prävention, Diagnostik und Therapie unter anderem auch für die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen und Männern einsetzt, kommt diesem Ziel entgegen.

Die **Genderproblematik** durchzieht sämtliche Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Ein besseres Verständnis der sozialen Geschlechterrollen ermöglicht eine genauere Definition der Verhinderung und der Lösung der verschiedenen Probleme. Bei den Hochschulen verzeichnet man in der Schweiz in Bezug auf «Gender-Studien» (multidisziplinärer akademischer Ansatz) eine rege Aktivität. So wurden im Bereich der Humanmedizin «**Gender Mainstreaming**»-Projekte lanciert, um die Forschenden für die geschlechter- und genderspezifischen Elemente in den Forschungsprotokollen zu sensibilisieren.

### **Juristisches Umfeld**

Da die Schweiz eine Reihe von **internationalen Abkommen** unterzeichnet hat, muss sie ihren nationalen Rechtsrahmen an diese Abkommen anpassen ; ganz besonders gilt dies für die Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen. Diesbezüglich gibt es aber noch erhebliche Mängel, etwa betreffend dem körperlichen, psychologischen und wirtschaftlichen Schutz der Frauen (zum Beispiel Rechtsgrundlagen für die Gewaltopfer, das Fehlen einer Mutterschaftsversicherung auf Bundesebene).

Die **bundesrechtlichen Bestimmungen** werden in den Kantonen nicht einheitlich umgesetzt (zum Beispiel das Bundesgesetz vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungs-

stellen, SR 857.5). Die gesetzlichen Grundlagen, die den Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit tangieren, sind verstreut und bruchstückhaft, was die Schaffung von Dienststellen und die Koordination der Aktionen, besonders im Bereich der Beratung und der Prävention, nicht gerade begünstigt. Das kantonale Angebot entspricht nicht immer dem Willen des Gesetzgebers ; so ist zum Beispiel zwar in einer Verordnung die Einführung von Programmen zur Brustkrebs-Früherkennung auf kantonaler oder überregionaler Ebene vorgesehen, deren Umsetzung ist jedoch noch nicht entsprechend fortgeschritten. Das Epidemien-gesetz von 1970 hat es ermöglicht, ein Nationales HIV/Aids Programm zu erarbeiten ; bei der Prävention und der Kontrolle anderer sexuell übertragbarer Krankheiten (sexually transmitted infections, STI) kam dieses Gesetz hingegen kaum zur Anwendung.

<b>UMFELD : vorhandene Grundlagen</b>	<b>Lücken</b>
<b>Verfassung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen einer Mutterschaftsversicherung trotz eines entsprechenden Verfassungsauftrags</li> </ul>
<b>Gleichstellungsgesetz, GIG, SR 151.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlechterunterschiede bestehen weiterhin</li> <li>• Fehlen eines Elternurlaubs</li> </ul>
<b>Krankenversicherungsgesetz, KVG, SR 832.10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Übernahme von Beratungsleistungen</li> <li>• Präventionsangebote bestehen, werden aber kaum genutzt</li> </ul>
<b>Strafgesetzbuch (Vergewaltigungen, Schwangerschaftsabbruch)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergewaltigung in der Ehe wird nur auf Anzeige hin verfolgt</li> </ul>
<b>Opferhilfegesetz, OHG, SR 312.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarf nach einer Vereinheitlichung der kantonalen Praktiken und Statistiken über die Vollzugsreglemente</li> </ul>
<b>Epidemiengesetz. SR 818.101</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für andere STI als HIV wenig verwendet</li> </ul>
<b>Verordnung über Arzt- und Labormeldungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine obligatorische Meldung von Syphilis seitens der Labors</li> </ul>
<b>Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen, SR 857.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Anerkennung der weitergehenden Dienstleistungen der Familienplanungsstellen</li> </ul>
<b>Fortpflanzungsmedizin-gesetz, FMedG, SR 814.90</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesellschaftsthema, das in der öffentliche Debatte mehr Aufmerksamkeit verdienen würde (im Vergleich zu anderen Ländern restriktives Gesetz, das die Eispende, die Leihmutter-schaft und die Embryonenspende verbietet).</li> </ul>
<b>Kantonale Gesundheits-gesetze</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heterogene Umsetzung der bundesrechtlichen Gesetzestexte</li> <li>• Gesetzgebung bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit verstreut auf eine Vielzahl von Rechtsprechungen</li> </ul>
<b>Internationales Recht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahlreiche Lücken bei der Einhaltung des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau ; Beispiel : Schwangerschafts-/Mutterschaftsschutz und Arbeit.</li> </ul>
<b>Föderalismus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklare Kompetenzteilung Bund-Kantone</li> </ul>
<b>Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen einer globalen Strategie im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit : Strategien zu vereinzelt Sonderthemen</li> <li>• Die sexuelle und reproduktive Gesundheit wird nicht als Priorität angesehen</li> </ul>
<b>Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konservative Entscheide z.B. Brustkrebs-Früherkennung</li> </ul>

UMFELD : vorhandene Grundlagen	Lücken
<b>Überkantonale Organe für das Gesundheits- und Sozialwesen (Romandie, BE und TI) : CRASS ; GRSP, GRAS, DIPPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeit, gemeinsame Strategien festzulegen und die Ansätze zu vereinheitlichen</li> <li>• Fehlen einer überkantonalen Organisation in der Deutschschweiz</li> </ul>
<b>Gleichstellungsbüros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel an Mitteln und Unterstützung für einige Stellen</li> </ul>
<b>Schweizerische Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichstellung aus männlicher Sicht kaum problematisiert</li> </ul>
<b>Rechtsgrundlagen der Sexualerziehung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdeckung und Angemessenheit nicht genügend gesichert</li> <li>• Unklare Verteilung der politischen und administrativen Verantwortlichkeiten</li> </ul>

## Das Angebot

### Information, Erziehung und Kommunikation (IEK)

Besondere Aufmerksamkeit wurde den Dienstleistungen und Stellen geschenkt, die auf die ausdrückliche Nachfrage der Bevölkerung nach Hilfe und Beratung eingehen (z.B. Familienplanung, Schwangerschaftskontrolle). Hierbei geht es vor allem um die **Organisation des Angebots** und die optimale Abdeckung. Es steht eine **breite Palette von Dienstleistungen** zur Verfügung, doch sind die Angebote kaum aufeinander abgestimmt und nicht genügend bekannt.

Gewisse Bevölkerungsgruppen werden durch das Angebot besser erreicht als andere. Die Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind hauptsächlich auf die Bedürfnisse der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter ausgerichtet, wogegen jene der **Männer kaum berücksichtigt** werden. Dieser Unterschied erklärt sich nicht nur durch ihre verschiedenen Rollen in der Fortpflanzung, sondern auch durch die gesellschaftlichen Vorstellungen über die männliche Sexualität, die immer noch aktuell sind. Die Aufwertung des sexuellen Teilbereichs der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, der mehr umfasst als die reine Fortpflanzungsfunktion, ruft auch die Bedürfnisse derjenigen Menschen ins Bewusstsein, die sich in der **postreproduktiven Phase** befinden, ein Thema, das bisher kaum beachtet worden ist.

Einige Bevölkerungsgruppen haben **besondere Bedürfnisse** im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Beispiele sind folgende Bevölkerungsgruppen : Drogenkonsumierende, Prostituierte, Migrantinnen und Migranten, Gefängnisinsassen, Menschen mit HIV, Behinderte, Homosexuelle, Transsexuelle aber auch Menschen in der postreproduktiven Phase. Menschen, die sich in einer Situation als Randständige oder in einer besonders verletzlichen Lage befinden, finden schwieriger Zugang zu den Leistungen, die sie brauchen.

### Pflege

Im Gegensatz zur Analyse des Angebots im IEK-Bereich war die Analyse des **Pflegeangebots** insofern selektiver, als **nur Angebotsbereiche ausgewählt** wurden, deren Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit im weitesten Sinn beträchtlich sind. Unter anderem wurden folgende Themen behandelt : Ärzteausbildung, biomedizinische Techniken (Pränataldiagnostik, Fortpflanzungsmedizin, Mammografie) und bestimmte medizinische Praktiken (Hysterektomie, Kaiserschnitt, Schwangerschaftsabbruch). **Die technischen Fortschritte im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden nicht mit einer angemesse-**

nen psychosozialen Betreuung begleitet. Erneut sind Leistungsunterschiede unter den Kantonen festzustellen.

IEK : Themen	Lücken
<b>Programme und Kampagnen zur Gesundheitsvorsorge/-förderung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziell sind mehrere Stellen zuständig (BAG, GFS, Radix, AHS, etc.) : unklare Verantwortungszuteilung in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit</li> <li>• Kein gemeinsames Konzept für die Probleme im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Programme und Kampagnen zu bestimmten Themen (z.B. Aids), während andere nicht berücksichtigt werden (z.B. Schwangerschaftsverhütung, insbesondere "Pille danach").</li> <li>• Sexualunterricht in den Schulen : sehr unterschiedliche Abdeckung und Qualität ; bedeutende Mängel auf der nachobligatorischen Stufe ; Organisation bietet keine Gewähr für den Fortbestand ; mangelnde Qualitätskontrolle im internen Modell (hauptsächlich Deutschschweiz) ;</li> <li>• Allzu negative Annäherung an das Thema der Sexualität (zu stark auf die Prävention ausgerichtet)</li> </ul>
<b>Informationsstellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In der Bevölkerung zu wenig bekannt</li> </ul>
<b>Konsultationen und persönliche Beratung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit der Familienplanungsstellen kaum bekannt und in der Medizin und Politik zu wenig anerkannt</li> <li>• Unterschiedliche Abdeckung Stadt/Land und Deutsch- und Westschweiz</li> <li>• Angebot für bestimmte Gruppen ungeeignet (z.B. für betagte Frauen, Männer jeden Alters, Behinderte, Migranten/-innen)</li> <li>• Ungenügende Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen (mangelnde Kenntnisse und Sensibilisierung)</li> <li>• Fehlen eines Gesamtkonzeptes</li> </ul>
<b>Koordination und Vernetzung der Akteure (Koordinationsorgane, Vernetzung von Fachleuten und Vereinen, Dachverbände)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen den Regionen und den Kantonen</li> <li>• Unzureichende Vernetzung in der Deutschschweiz</li> <li>• Interdisziplinarität funktioniert schlecht (z.B. Ärzte-Hebammen ; Familienplanung–Sexualerziehung)</li> <li>• Ungenügende Koordination, Wettbewerb um Mittel, mangelnde Synergie</li> <li>• Graben zwischen Deutsch- und Westschweiz</li> </ul>
PFLEGE : Themen	Lücken
<b>Verhütungsmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine finanzielle Unterstützung für Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaftsverhütung</li> <li>• nicht im freien Handel</li> <li>• Schwieriger Zugang zur "Pille danach"<sup>1</sup>, ungenügende Beratung</li> <li>• zu wenig diversifiziertes Angebot</li> </ul>

<sup>1</sup> Die Situation sollte sich ab Ende 2002 verbessern, da dann die "Pille danach" ohne Rezept in der Apotheke erhältlich sein wird.

PFLEGE : Themen	Lücken
Gynäkologen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen untervertreten</li> <li>• Pflegeangebot verschlechtert sich</li> </ul>
Fortpflanzungsmedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Übernahme der in-vitro-Fertilisation durch das KVG</li> </ul>
Medizinische Aspekte im Zusammenhang mit der Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pränataldiagnostik : Fähigkeiten der Ärzte bei der Kommunikation und begleitenden Betreuung nicht optimal, Ausbildungsprobleme im technischen Bereich</li> <li>• Unterschiede aufgrund der ideologischen Haltung der Ärzte, insbesondere zum Schwangerschaftsabbruch</li> <li>• Hysterektomie : Indikationen nicht immer begründet, regionale Unterschiede</li> <li>• Kaiserschnitt : ungenügende medizinische Indikationen</li> </ul>
Brustkrebs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mammografie : unterschiedliche Abdeckung der Früherkennung, geringe Unterstützung durch die Ärzte</li> <li>• Zu häufiges Auftreten von falsch-positiven Resultaten</li> <li>• Ausbildungsbedarf</li> <li>• Qualitätskontrollen ungenügend</li> </ul>
Sexuell übertragbare Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungenügende Erkennung</li> </ul>

## Epidemiologie

Mit Hilfe quantitativer Daten lassen sich die Probleme, für die gesundheitspolitische Massnahmen in Betracht gezogen werden sollten, herausarbeiten, beschreiben und spezifizieren. Für die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen müssen diese Daten nicht nur erhoben werden, sondern sie müssen zudem auch für alle Interessierten verfügbar sein und in angemessener Qualität vorliegen. Ausserdem sind Mittel bereitzustellen für die Analyse und die Weiterleitung der Ergebnisse an die beteiligten Parteien (stakeholders). Sind die Daten in ein Kontrollsystem integriert, muss man zudem sicherstellen, dass der Fortbestand des Erhebungssystems gewährleistet ist. In diesem Bericht soll untersucht werden, inwieweit das epidemiologische System im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz diesen Kriterien genügt.

Die schweizerischen Daten über die sexuelle und reproduktive Gesundheit stammen aus **drei Arten von Quellen** : aus Routinestatistiken ; aus wiederholten Umfragen sowie aus Einzelstudien und -umfragen. Diese Quellen liefern Informationen über verschiedene Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit : Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt ; sexuell übertragbare Krankheiten ; Gesundheit der sexuellen und reproduktiven Organe ; sexuelle Verhaltensweisen und Sexualleben ; sexuelle Gewalt.

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN)**, welches Anfangs 2002 eröffnet wurde, wird ein **spezielles Modul für das Monitoring der sexuellen und reproduktiven Gesundheit** anbieten. Mit Hilfe von etwa zwanzig Indikatoren werden die wichtigsten Teilbereiche sexuellen und reproduktiven Gesundheit, für die entsprechende epidemiologische Daten verfügbar sind, dokumentiert. Im Rahmen des Definitionsverfahrens dieses Moduls werden diejenigen Massnahmen ermittelt, die noch notwendig sind, um ein zweckmässiges gesundheitspolitisches Instrument zu entwickeln (siehe weiter unten unter den Massnahmen).

Denn die **Daten über die sexuellen und reproduktiven Gesundheit** sind sehr häufig verstreut, schwer zugänglich, ungeeignet oder werden zu wenig ausgewertet und genutzt. Daher sollten diese unbedingt in einer einheitlichen und dauerhaften Struktur zusammengetragen werden. Zudem gilt es neue Indikatoren zu entwickeln, um mit diesen die offensichtlichsten Lücken zu schliessen.

<b>EPIDEMIOLOGIE : Themen</b>	<b>Vorhandene Grundlagen</b>	<b>Lücken</b>
<b>Fruchtbarkeit, Schwangerschaft, Niederkunft</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bevölkerungsentwicklung</li> <li>- Gesundheit</li> </ul> </li> <li>• Schweizerische Gesundheitsbefragung (Schwangerschaftsverhütung)</li> <li>• Mikrozensus Familie in der Schweiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen von gesamtschweizerischen Daten über den Schwangerschaftsabbruch</li> <li>• Mangel an Kriterien, um gewisse soziale Unterschiede festzustellen (z.B. : sozioökonomische Kategorien)</li> <li>• Fehlende Daten über die Häufigkeit von Sterilität</li> </ul>
<b>Sexuell übertragbare Krankheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldepflicht für übertragbare Krankheiten</li> <li>• Verbund der 6 dermatologischen Polikliniken der Schweiz</li> <li>• Meldesystem Sentinella in der Schweiz</li> <li>• Umfrage "Gay-Presse" (homosexuelle Männer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldung der Labors : <ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende Zählung der Gesamtzahl der durchgeführten Tests erschwert die Deutung der Tendenzen</li> <li>- Abschaffung der Meldepflicht für die Syphilis</li> <li>- die gesammelten Daten sind aus epidemiologischer Sicht rudimentär</li> </ul> </li> <li>• Geringe Reichweite der Überwachung (z.B. : Chlamydien-Infektion)</li> </ul>
<b>Gesundheit der Sexual- und Fortpflanzungsorgane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistik des BFS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todesursachen</li> </ul> </li> <li>• Vereinigung schweizerischer Krebsregister</li> <li>• Schweizerische Gesundheitsbefragung (Gebärmutterabstrich, Mammografie, Hysterektomie, Hormonersatztherapie)</li> </ul>	
<b>Sexualverhalten :  Erfüllte Sexualität und Sexualstörungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodische Evaluation der Aidsprävention : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeinbevölkerung (17-45 Jahre)</li> <li>- Homosexuelle Männer</li> </ul> </li> <li>• Gesundheit der Jugendlichen von 15-20 Jahren</li> <li>• Schweizerische Gesundheitsbefragung (Zufriedenheit und Sexualstörungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen von Daten über sexuelle und präventive Verhaltensweisen in den postreproduktiven Jahren</li> <li>• Fehlen von genauen Daten über die Häufigkeit von Sexualstörungen</li> </ul>
<b>Präventive Verhaltensweisen</b>		
<b>Sexuelle Gewalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriminalstatistik <ul style="list-style-type: none"> <li>- strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität (Vergewaltigungen und andere Arten von Straftaten)</li> </ul> </li> <li>• Opferhilfestatistik (OHG)</li> <li>• Studien zur Erfassung der Prävalenz / Studien zur Opferwerdung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kriminalitätsstatistiken in der Schweiz sind nicht genügend präzise (keine Verteilung nach Kanton)</li> </ul>

## SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

### 1 Die Koordination der Akteure und der Einrichtungen im Bereich der SRG verbessern

Auf mehreren Ebenen wurden Koordinationsprobleme gemeldet ; diese ziehen sich quasi wie ein *roter Faden* durch die Bestandesaufnahme der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz. Obschon zahlreiche Anstrengungen unternommen werden, belegen mehrere Beispiele die Tatsache, dass das Koordinationsniveau (und manchmal sogar der Wille zur Koordination) ungenügend ist und die Verbesserung der gesamten Angebotspalette erschwert. Aber selbst mit dem besten Willen zur Koordination macht es die Vielzahl von Akteuren und Instanzen praktisch unmöglich, das ganze Angebot zu überblicken.

Eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Organisationen und Institutionen würde es erlauben, die vorhandenen Ressourcen zu verknüpfen und Synergieeffekte zu erzielen ; dadurch würde das ganze System effizienter. Sie würde die Arbeit im Verbund wirksamer machen und die Festlegung der Aufgabenteilung erleichtern, wodurch «Doppelspurigkeiten» und Mängel eliminiert werden könnten. Sie würde zudem die Verbreitung von «*Good Practices*» fördern. Massnahmen in diese Richtung hätten eine durchgehende Wirkung zu relativ geringen Kosten.

#### Massnahmen

➤ **Bildung einer Arbeitsgruppe, die mit der Verbesserung der Koordination auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit betraut wird.**

Zu diesem Zweck müsste die Arbeitsgruppe :

- die Funktionsweise sämtlicher bestehender Koordinationsorgane untersuchen ;
- Vorschläge für die Änderung der gegenwärtigen Situation unterbreiten ;
- sich für die Erarbeitung einer Politik einsetzen, die unter anderem die Aufgabenteilung unter den verschiedenen Akteuren, Institutionen und Koordinationsorganen festlegt ;
- die Fortführung der in Gang befindlichen oder vorgesehenen Koordinationsanstrengungen sicherstellen.

Die wichtigsten überkantonalen Instanzen und Dachorganisationen, die für den Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zuständig sind, sollten in dieser Arbeitsgruppe vertreten sein (BAG, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), SDK, Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK), PLANeS, AHS). Die Gruppe wird nach Bedarf verschiedene Expertinnen und Experten beiziehen. Es wäre zu empfehlen, dass das BAG die Initiative für die Bildung der Arbeitsgruppe ergreift, auch wenn die Koordination anschliessend von einer anderen Instanz übernommen wird. Ein solches Vorgehen macht aufgrund verschiedener Bundeskompetenzen Sinn : Die HIV-/Aids-Akteure erweitern ihren Aktionsbereich, ein neues Nationales HIV/Aids Programm ist in Vorbereitung, es besteht die Notwendigkeit, die Probleme ausserhalb der STI besser zu berücksichtigen, verschiedene im Bundesrecht vorgesehene Leistungen werden auf kantonaler Ebene nicht angemessen berücksichtigt, etc.

➤ **Aufbau und laufende Aktualisierung einer Website, um Informationen über das gesamte Leistungsangebot und die Institutionen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bereitzustellen.**

- Auf der Plattform werden Informationen über das gesamte Aktionsfeld zusammengetragen und in einer klar gegliederten Datenbank präsentiert (Art der Leistung, Standort, Gesundheitsthema, besondere Zielgruppen, etc.);

- die Website wird laufend aktualisiert;
- sie wird ergänzt bzw. dient als Ergänzung zur Dokumentation, Bibliothek und Mediothek der Aids Info Docu.

Aids Info Docu plant, ihren Tätigkeitsbereich auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit auszuweiten. Das Informationszentrum hat die erforderlichen technischen Kompetenzen für den Aufbau einer solchen Website. Diese Kompetenzen sollten natürlich ergänzt werden durch Kontakte mit anderen Stellen, welche die Sammlung von Informationen in diesem Bereich durchführen, sowie durch den Miteinbezug der Erfahrung anderer Akteure, die in diesem Bericht genannt werden.

## **2 Die Ungleichheiten in Bezug auf Angebot, Zugang und Qualität der Leistungen verringern**

Das föderalistische System und die markanten Mentalitätsunterschiede in der Schweiz schlagen sich in sehr heterogenen Angeboten sowie einem unterschiedlichen Zugang zur IEK und Pflege nieder. Die Ungleichheiten sind auf sprachliche und konfessionelle Faktoren und/oder auf Unterschiede zwischen Stadt und Land zurückzuführen. Der politische Wille und die Rechtsgrundlagen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit, das Interesse an Gesundheitsförderung und Sexualerziehung sowie die Organisationsformen der Einrichtungen variieren je nach Regionen, Kanton oder Gemeinde. Deutlich werden auch die Unterschiede zwischen der Deutsch- und der Westschweiz.

Die fehlende Gleichstellung trifft Frauen und Männer auf unterschiedliche Weise. Die Frauen leiden unter fehlenden Gleichstellungsmassnahmen (z.B. Mutterschaftsversicherung). Hingegen sind die Angebote im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, die sich an die Männer richten, unangemessen oder fehlen schlichtweg. Dies ist dadurch bedingt, dass die Dienstleistungen im Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind oder auf die Gesundheit der Frauen entwickelt wurden.

Die unterschiedlichen Prioritäten und Bedürfnisse im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in den verschiedenen Lebensphasen sollten stärker berücksichtigt werden. So benötigen beispielsweise die Jugendlichen Dienstleistungen mit niederschwelligem Zugang, dies insbesondere bei der "Pille danach". Unabhängig vom Geschlecht der Personen sollte die Bedürfnisse in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit nach den fortpflanzungsfähigen Jahren besser Berücksichtigt werden.

Weitere Ungleichheiten bestehen beim Zugang gewisser Bevölkerungsgruppen zu den Dienstleistungen (betroffen sind z. B. Drogenabhängige, Prostituierte, Migrantinnen und Migranten, Gefängnisinsassen, HIV-Infizierte, Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung, Betagte, Homosexuelle, Transsexuelle etc.). Oft wird deren Bedarf an Hilfeleistungen falsch eingeschätzt oder gar nicht anerkannt.

Beim Schwangerschaftsabbruch braucht es ein stärkeres politisches Engagement der Kantone, damit die unlängst vom Volk verabschiedete "Fristenregelung" (Art. 118 bis 120 des Strafgesetzbuches) umgesetzt werden kann. Die öffentliche Debatte um den Schwangerschaftsabbruch bewog verschiedene politische Parteien, eine Reihe von Vorschlägen und Versprechungen in Bezug auf dieses Dossier zu machen. Dabei wurde insbesondere die Notwendigkeit einer wirksamen Prävention betont. Diese günstige Gelegenheit gilt es nun beim Schopf zu packen, um mit einer verstärkten Anwendung des Gesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen aus dem Jahr 1981, bei der die Leistungen der Familienplanungstellen, insbesondere in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention, berücksichtigt werden, eine Stärkung dieser Systeme

und einer Vereinheitlichung der Aktionen zu erwirken. Dadurch könnte das Angebotsniveau in den Kantonen, die weniger Leistungen anbieten, angepasst werden.

Eine im Jahr 2001 publizierte Studie erfasste in der ganzen Schweiz die Politik der einzelnen Kantone im Bereich der HIV/Aids-Prävention und der Sexualerziehung<sup>m1</sup>. Dies führte zu einer ganzen Reihe von Empfehlungen, deren Umsetzung von einer vom BAG<sup>n</sup> beauftragten Arbeitsgruppe geprüft wurde. Die dadurch entstandene Dynamik gilt es zu nutzen, um konkrete Verbesserungen zu erreichen.

Mehrere Studien haben Häufigkeit und Art und Weise der Gewalt in Ehe und Partnerschaft untersucht. Alle diese Studien bestätigen, dass häusliche Gewalt in der Schweiz weit verbreitet ist. Die Studien verweisen auf Ungleichheiten beim Zugang zu Prävention und Betreuung: Auch wenn diese Art der Gewalt in allen Bevölkerungsschichten vorkommt, sind die Möglichkeiten von Opfern und Tätern zur Bewältigung der Gewaltakte ungleich verteilt. Es bestehen auch qualitative Ungleichheiten beim Angebot in den einzelnen Kantonen. Aus dem fortgeschrittenen Stand der Arbeiten in diesem Bereich kann jedoch Profit gezogen werden, da die notwendigen Aktionen bekannt sind und sich teilweise bereits zu bewähren beginnen.

### **Massnahmen**

- **Die Einrichtungen zur Verhütung unerwünschter Schwangerschaften ausbauen und vereinheitlichen.** Erforderlich wären :
  - eine Lobbyarbeit im Parlament und bei den kantonalen Entscheidungsträgern ;
  - eine Auswertung des Vollzugs der „Fristenregelung“ in den Kantonen ;
  - die Annahme eines einheitlichen Protokolls für die Betreuung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchten ;
  - die Umsetzung der Empfehlungen für die Bereiche Sexualerziehung/HIV-Prävention in Bezug auf die Beseitigung von Ungleichheiten bei der Versorgung.

Die verschiedensten Partner sind angesprochen. So ist PLANeS bereits im Bereich der Lobbyarbeit tätig und befasst sich zudem mit dem Entwurf einer grundlegenden Richtlinie für die Betreuung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen. Die Umsetzung der entsprechenden Empfehlungen ist Sache der Mitglieder der SDK. Die Sexualerziehung obliegt den Kantonen, aber das BAG, das dazu verschiedene Berichte in Auftrag gegeben hat, sollte eine klare Führungsrolle übernehmen. Die genaue Regelung der Zuständigkeiten ist noch abzuklären. Mit der Auswertung des Vollzugs der „Fristenregelung“ muss ein externes wissenschaftliches Institut beauftragt werden. Die Durchführung wird ein koordiniertes Vorgehen des BAG, des BSV, des BFS und der Kantone erfordern.

- **Eine Checkliste mit den Dienstleistungen erstellen, welche die Kantone im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit anbieten sollen.**

Es könnte eine Checkliste erstellt werden, welche diejenigen Präventionsleistungen im Bereich der SRG auflistet, die jeder Kanton anbieten sollte oder für die eine Zusammenarbeit mit einem

---

<sup>m</sup> Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2001 (Raisons de santé, 66).

<sup>n</sup> Die Arbeit der Gruppe wurde in einem vom Institut für angewandte Argumentenforschung ausgearbeiteten Synthesebericht behandelt, der dem BAG im Juni 2002 vorgelegt wurde.

Nachbarkanton organisiert werden sollte. Ein erster Entwurf liegt bereits vor. Die Checkliste sollte auf der bereits erwähnten Internet-Plattform abrufbar sein. Sie umfasst nicht nur die notwendigen Leistungsarten, sondern auch eine Aufstellung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit speziellen Bedürfnissen (Notwendigkeit der Entwicklung einer angemessenen Betreuung). Diese Arbeiten könnten von PLANeS koordiniert werden. Um sie bekannt zu machen und ihr bei den Kantonen Gewicht zu verleihen, ist die Unterstützung der SDK notwendig. Aids Info Docu wäre an der technischen Umsetzung beteiligt. In diese Arbeit sollten die bereits von PLANeS angestellten Überlegungen zu den Qualitätskriterien eingebracht werden.

➤ **Die Gewaltprävention und die Betreuung von Opfern und Tätern von Gewaltakten verbessern.**

Bereits bestehende Arbeitsgrundlagen wie beispielsweise die Empfehlungen aus der Forschungsarbeit im Bereich eheliche Gewalt, die im Kanton Waadt durchgeführt wird<sup>p2</sup>, sollten vermehrt bekannt gemacht werden. Die im Anschluss an diese Studie entwickelten Arbeitsinstrumente können als Quelle für *Good Practices* in diesem Bereich betrachtet werden.

Diese Arbeiten können über das Netz der Gleichstellungsbüros verbreitet werden, indem sie zuerst der Schweizerischen Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten und anschliessend den beteiligten Partnern in sämtlichen Kantonen präsentiert werden.

- 
- Erster Entwurf für die Checkliste :
    - Sexualunterricht/HIV-Prävention in der Schule : für alle Ausbildungsgänge und alle Unterrichtsstufen
    - Familienplanung : Beratung und Konsultationen
    - "Pille danach" : «niederschwellige» und rascher Zugang
    - Schwangerschaftsabbruch : standardisiertes Verfahren für Anfragen und Beratungen
    - Schwangerschaft : Beratung und Konsultationen während der Schwangerschaft ; Förderung des Stillens ; Unterstützung und Beratung für junge Eltern
    - HIV/Aids/STI : Beratung bezüglich der Prävention, HIV/Aids-Test und STI-Früherkennung, Hilfe für Menschen mit HIV
    - Partnerschaft : Eheberatung, Beratung, Pflege, Aufnahmeort für Opfer und Täter von häuslicher Gewalt
    - Krebs-Früherkennung :Mammografie-Programm, Förderung der Diagnostik von Präkanzerosen/Gebärmutterkrebs und Prostatakrebs
    - Entfaltung der Sexualität : Beratung/Konsultationen zu Sexualstörungen
    - Unfruchtbarkeit : Beratung und Konsultation
    - Geeignete Präventionsangebote für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Migranten, Homosexuelle, Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung, Drogenabhängige, Prostituierte und männliche Sexarbeiter, Gefängnisinsassen, etc.)
    - Transversal : genderspezifischer Ansatz
    - Ausbildung der Mediziner und anderer Fachleute im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
    - Sammlung epidemiologischer Daten über die sexuelle und reproduktive Gesundheit
    - Koordination und Vernetzung der Dienststellen ; multisektorielle Zusammenarbeit.
  - <sup>p</sup> Hofner MC, Siggen S. Violence conjugale dans le canton de Vaud : recherche préparatoire réalisée sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UP ; Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes, Vaud ; 2001.

Ebenfalls notwendig ist eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Sektoren durch die Schaffung einer Verbindungsstelle zwischen den Sozial- und Gesundheitspartnern und der Polizei, so dass eine gemeinsame Versorgung rund um die Uhr gewährleistet ist. Eine solche Zusammenarbeit muss zuerst zwischen den kantonalen Partnern und anschliessend zwischen den Kantonen auf Bundesebene aufgebaut werden. Daher ist die Beteiligung der SDK und der Schweizerische Koordinationsstelle für Verbrechenprävention (SKVP) erforderlich.

### **3 Die Qualität der verfügbaren Informationen verbessern**

Unter verfügbarer Information werden die quantitativen Daten verstanden, die systematisch oder bei Umfragen gesammelt werden. Diese sind wohl zu verschiedenen Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vorhanden, sie sind jedoch oft verstreut, schwer zugänglich, in ungeeigneter Form vorhanden oder sie werden zu wenig genutzt. Bei vielen ist die Fortführung der entsprechenden Sammlung und Analyse kaum gewährleistet, was jedoch für die Beobachtung der Entwicklung der Situation und die Orientierung der Entscheidungsfindung in der öffentlichen Gesundheit Voraussetzung wäre. In vielen Fällen wären nur relativ wenige zusätzliche Anstrengungen nötig, um ein gutes Instrument zur Entscheidungsfindung zu erhalten. In anderen Fällen wie beispielsweise der Frage der sexuellen Zufriedenheit oder den Sexualstörungen bräuchte es hingegen vertiefte Studien.

Die Schweiz verfügt über ein gutes epidemiologisches Instrument, mit dem die Entwicklung der HIV-Neuinfektionen verfolgt werden kann. Dies ist nicht in allen europäischen Ländern der Fall. Hingegen weist das System für das *Monitoring* anderer sexuell übertragbarer Krankheiten Lücken auf. Während die Häufigkeit dieser Infektionen in den Nachbarländern stark zunimmt, kann in der Schweiz die Entwicklung der Situation nicht beurteilt werden.

#### **Massnahmen**

##### **➤ Das Modul „Sexuelle und reproduktiven Gesundheit“ des Gesundheitsobservatoriums weiterentwickeln und verankern, um die Bereitstellung von Daten zu verbessern.**

Bei der gegenwärtigen Entwicklung eines Moduls „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ werden verschiedene Lücken in der Verfügbarkeit und der Qualität der Daten offenkundig. Gleichzeitig zeichnet sich aber auch ab, wie diese behoben werden können. Erwähnt werden müssen :

- die Daten über Schwangerschaftsabbrüche;
- die Daten über sexuelle Gewalt;
- die Daten über Sexualstörungen.

Die Umsetzung betrifft verschiedene Partner und Partnerinnen. So obliegt den Kantonen die Verantwortung für die Sammlung der routinemässig erfassten Daten sowie für die Vereinheitlichung dieser Datensammlungen. Das BFS ist auf verschiedenen Ebenen an der Koordination und Analyse der Daten beteiligt. Das OBSAN ist für das Modul „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ zuständig, muss sich bei seinem *Monitoring* aber auf eine sekundäre Datenverwendung beschränken. Notwendig wäre eine klare Führungsrolle, am besten seitens des BAG, um die Wichtigkeit dieser Daten zu unterstreichen. Nur so wäre die Beteiligung sämtlicher betroffener Partner gewährleistet. Für die Sammlung und Bereitstellung der Daten ist die Unterstützung der Kantone ein entscheidender Faktor.

➤ **Schaffung einer Arbeitsgruppe, die festlegt, wie das Monitoringsystem der STI in der Schweiz ausgebaut werden kann**

Zur Verstärkung des Monitoringsystems der STI können verschiedenen Massnahmen in Betracht gezogen werden :

- Labors : Erhebung negativer Testergebnisse ; Meldepflicht für T. Palladium (Syphiliserreger), wobei zwischen neuen und bereits bestehenden Infektionen unterschieden werden soll;
- Ausbau des Sentinella-Netzwerks : z.B. häufigere Erhebungen von Chlamydien-Infektionen;
- Durchführung von Prävalenzstudien in regelmässigen Intervallen;
- Gewährung von zusätzlichen Mitteln für die für Epidemiologie zuständige Dienststelle des BAG.

Wieder sind verschiedene Partner involviert (BFS, BAG, Labors, dermatologische Kliniken, Gynäkologinnen und Gynäkologen), die in der Gruppe vertreten sein müssen. Aufgrund des Epidemiengesetzes hat das BAG eine klare Führungsrolle zu übernehmen.

#### **4 Die Ausbildung der Akteure im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit verbessern**

Die Ausbildung für Familienplanung und Sexualerziehung hat auf institutioneller Ebene vor kurzem erste Auswirkungen gezeigt (Zertifikat in Sexualaufklärung und Sexualerziehung in der Westschweiz sowie Ausbildungsmodule in Sexualpädagogik und -beratung in der Deutschschweiz). Diese Initiativen sind wichtig, können aber nicht sämtliche Bedürfnisse in Bezug auf die Ausbildung des IEK-Personals abdecken. Insbesondere in der Deutschschweiz hat der Lehrkörper in der Sexualerziehung eine grosse Verantwortung wahrzunehmen. Der entsprechende Ausbildungsbedarf dieser Fachleute ist jedoch bei weitem nicht abgedeckt.

Die Beratungszentren erreichen nur einen Teil der Bevölkerung. Somit haben die Ärzte und das paramedizinische Personal eine wichtige Rolle zu übernehmen. Für diese Fachleute gibt es momentan weder an den medizinischen Fakultäten noch an den Fachhochschulen Richtlinien für den Unterricht im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Für die Betreuung spezifischer Gruppen ist es notwendig, die Berater und Beraterinnen für Familienplanung und Sexualerziehung sowie die Ärzteschaft für die besonderen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen zu sensibilisieren. Für Fragestellungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit müssen ausserdem Mediatoren ausgebildet werden, die in engem Kontakt mit diesen Personen stehen.

Die Qualität der Ausbildung ist massgeblich für die Qualitätssicherung der Leistungen. Ein angemessener Einbezug der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in die Grundausbildung und die Weiterbildung der betroffenen Fachleute stellt eine der besten Garantien für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung dar. In Bezug auf die Ausbildung von Fachleuten im Bereich HIV/Aids<sup>9</sup> wurde bereits wichtige Arbeit geleistet. Aus dieser gut dokumentierten Erfahrung können Lehren für eine bessere Ausbildung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gezogen werden.

---

<sup>9</sup> Hofner MC. Formation VIH/sida 1989-1999 : rapport final contrat no 6057. Unité de prévention, Ed. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2000.

## Massnahmen

- **Die Weiterbildungsprogramme zur Familienplanung und Sexualerziehung erweitern und ihren Fortbestand sichern.**

Diese Programme sind bereits eingerichtet. Nun geht es darum, ihren Fortbestand zu sichern und die Behörden von ihrem Wert zu überzeugen. Betroffene Partner sind die Universitäten Genf und Lausanne, die Fachhochschule Luzern, die Gesundheitsförderung Schweiz sowie die Kantone (als Arbeits- oder Auftraggeber).

- **Eine Studie durchführen, um den genauen Inhalt und die Modalitäten eines Beitrags zur SRG -Ausbildung für die Ärzteschaft und die anderen Fachleute festzulegen.**

Die vorliegende Studie hat sich unter anderem mit den Ausbildungsbedürfnissen befasst. Nun sollten die von den Diskussionsteilnehmern aufgezeigten Lücken genauer bestimmt werden. So ist zu überlegen, welches die geeignetsten Mittel darstellen, um die Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit besser in die aktuellen Programme und beruflichen Aus- und Weiterbildungen zu integrieren.

Für eine bessere Versorgung der Gesamtbevölkerung sollte bei der Grundausbildung angesetzt werden. Dasselbe gilt aber auch für die Weiterbildung, damit eine Vertiefung der Kenntnisse erfolgen kann. Es werden zwei Kategorien von Akteuren unterschieden : die Ärzte und Ärztinnen, welche über die medizinischen Fakultäten und die Standesorganisationen erreichbar sind, und alle übrigen Fachleute im Gesundheits- oder Sozialwesen. Die Bemühungen zur Einführung neuer Themen sollten weitergeführt werden. Diese werden im Ausbildungsbericht HIV/Aids 1989-1999<sup>q</sup> erwähnt. Im entsprechenden Dokument sind sowohl die Institutionen, welche angegangen werden sollten, als auch die zugeteilten Kompetenzen aufgelistet.

# 1 UNE ETUDE SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN SUISSE : POURQUOI ET COMMENT ?

## 1.1 PREAMBULE : MISE SUR PIED DE L'ETUDE

Depuis un certain nombre d'années, les professionnels actifs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive en Suisse estiment que les possibilités de conseil et de soins proposées à la population sont inadéquates. Au cours du temps, cette inquiétude a donné lieu à plusieurs initiatives. Plus particulièrement, par rapport à la présente étude, il est possible de distinguer les étapes suivantes :

- En 1997 un groupe multidisciplinaire « Santé sexuelle et reproductive en Suisse » a été créé. Ce groupe, formé de divers professionnels issus du champ avait comme mission de faire avancer la qualité de conseils et soins dans ce domaine.
- Le 23 juin 2000, un postulat (dit Genner) a été déposé au Conseil national, exigeant du Conseil fédéral la production d'un rapport indiquant comment améliorer l'offre de conseils en matière de sexualité et de santé. Ce postulat a été accepté par le Conseil fédéral le 18 octobre 2000.
- En décembre 2000, le groupe « Santé sexuelle et reproductive en Suisse » a finalisé un premier document intitulé « Vers une stratégie pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse ». Ce document (décrit comme un « Grobkonzept »), affirme la nécessité de faire un bilan de la situation concernant tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive en Suisse<sup>r</sup>. Il s'agit d'effectuer une sorte d'évaluation des besoins au sens large du terme (produire un « Feinkonzept »). Ce premier document propose les étapes nécessaires à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse, présentées sous la forme d'un modèle d'intervention<sup>u</sup>. Ensuite, le groupe a procédé à la recherche d'un soutien financier afin d'effectuer le travail du « Feinkonzept », confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), sous la supervision de Brenda Spencer, membre du groupe et collaboratrice à l'IUMSP.
- Fin 2001, un montage financier a été mis au point. La majorité du financement provient de la Section Politiques de la santé, recherche et formation, de l'OFSP, avec la contribution de certaines institutions auxquelles des membres du groupe sont affiliés. Ainsi, la présente étude a commencé en décembre 2001.

---

<sup>r</sup> Voir annexe 10.1, les membres du groupe « Santé sexuelle et reproductive en Suisse » sont différenciés par un point carré.

<sup>s</sup> Voir chapitre 3.2.

<sup>t</sup> Voir annexe 10.2 le résumé du document « Vers une stratégie pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse ».

<sup>u</sup> Voir annexe 10.3 Modèle d'intervention.

## 1.2 DEVELOPPEMENTS HISTORIQUES DU CONCEPT DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Plusieurs courants ont contribué au développement de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Un premier peut être lié à la focalisation différenciée sur la santé des femmes qui trouve son origine dans des préoccupations universalistes rattachées aux « droits de l'homme ». En effet c'est dans le cadre des premières conférences onusiennes portant sur la population, dès 1974, puis par l'intermédiaire des conférences sur les femmes, que le domaine s'est peu à peu imposé dans l'agenda de la communauté internationale<sup>3,4</sup>. La préoccupation pour la santé des femmes s'est développée en rapport étroit avec les thèmes portant sur la pauvreté, les inégalités et les discriminations dont les femmes subissent lourdement les conséquences, notamment dans les pays du sud.

Dans le contexte de l'aide au développement, le souci majeur consistait dans la maîtrise de la croissance démographique conçue comme source majeure de pauvreté. Les efforts se sont donc portés en priorité sur la régulation des naissances avec la diffusion à large échelle de moyens contraceptifs. Il s'agissait d'une approche centrée sur la santé maternelle et infantile.

En Europe, un certain nombre d'éléments ont permis d'élargir cette vision. L'équation « sexualité égal reproduction » a longtemps été la règle : leur séparation est devenue peu à peu une réalité grâce aux changements des mœurs sexuels depuis la fin des années soixante et au développement de moyens de contraception modernes, notamment la contraception orale. Cette évolution s'inscrit dans un changement de paradigme redéfinissant la santé comme la satisfaction des besoins de la population dans le but d'un bien-être optimal. Dans cette optique, la possibilité de faire des choix autonomes devient un enjeu de premier ordre qui prend d'autant plus de poids pour les femmes encore largement contraintes par des conditions d'inégalité et de discrimination. De nos jours, la santé sexuelle et reproductive ne s'inscrit plus seulement dans une perspective biomédicale, mais aussi psychosociale, car c'est l'ensemble de la carrière reproductive – et sexuelle – dont il faut tenir compte. Le passage d'une stratégie centrée sur le contrôle des naissances à la revendication pour les femmes d'une sexualité librement choisie et à une autonomie reproductive témoignent du caractère psychosocial et politique du domaine de la santé sexuelle et reproductive qui dépasse largement une définition purement sanitaire.

Le concept de la santé sexuelle et reproductive est également né de la volonté, d'une part, d'intégrer des services et programmes jusqu'alors séparés, tels la protection maternelle et infantile, le planning familial, VIH/Sida et infections sexuellement transmissibles, et d'autre part, de rendre plus accessibles l'ensemble de ces prestations à des populations dont les besoins ont traditionnellement moins été pris en compte dans ce domaine (les jeunes, les hommes, les femmes hors leur rôle de mère). Cette définition de la santé sexuelle et reproductive est également tributaire d'une approche plus globale à la santé qui accorde d'avantage d'importance à l'interaction entre l'individu et son environnement.

## 1.3 DEFINITION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le terme de santé sexuelle et reproductive est une traduction du terme « sexual and reproductive health » consacré par les instances et organisations internationales. A la place du terme de santé *reproductive* on trouve parfois le terme de santé *procréative* qui est en vigueur lorsqu'il est question de la procréation médicalement assistée. Dans certains textes, adoptés notamment dans

la version française du programme d'action de la conférence sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, on trouve encore le terme de santé *génésique*<sup>5</sup> entendant les besoins des femmes et des hommes dans leur vie sexuelle sous l'angle des droits, d'équité, de dignité, d'émancipation, d'autodétermination et de responsabilité dans les relations.

La définition suivante, actuellement la plus complète (bien qu'intitulée uniquement santé reproductive), figure dans le même texte (paragraphe 7.2. du programme d'action de la CIPD) :

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles et non à se borner à dispenser conseil et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

Dans cette définition les notions de bien-être et de qualité de vie constituent des valeurs centrales. Elles impliquent le libre-arbitre en matière de procréation et de régulation des naissances (y compris implicitement sous condition de légalité de l'IVG), et l'accès à des services de santé de qualité. Il faut noter que cette définition ne concerne pas uniquement les femmes mais aussi les hommes.

Dans d'autres textes, les populations-cibles concernées s'étendent à tous les âges de la vie des femmes (adolescentes et femmes âgées), aux minorités sexuelles ainsi qu'aux groupes vulnérables menacés d'exclusion sociale.

#### 1.4 DEFINITION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LE CONTEXTE SUISSE

Le plan stratégique de l'IPPF, Vision 2000<sup>6</sup>, résume bien les différentes questions de santé classées sous la rubrique « Santé sexuelle et reproductive » ainsi que les types d'activités et prestations nécessaires (voir description : 2.1.1).

L'importance attribuée aux différents aspects de la SSR dépend clairement de la situation épidémiologique, politique et culturelle du pays en question. Par exemple, les pays pauvres connaissent encore des taux de mortalité maternelle et infantile extrêmement élevés. En Suisse ce n'est plus le cas, et ce sont plutôt des questions de prise en charge au niveau psychosocial qui sont en jeu. Ceci ne veut pas dire que l'interprétation du terme SSR sera homogène à l'intérieur d'une région géographique, voire d'un pays ; même d'un petit pays comme la Suisse ! Selon les préoccupations de l'acteur, on peut constater un poids plus important attribué aux questions d'égalité entre les sexes, ou à la santé de la femme, la procréation, les infections sexuellement transmissibles, ou pour l'une ou l'autre population-cible. Chaque groupe d'acteurs configurera la santé sexuelle et reproductive selon ses propres priorités. Ce point est extrêmement important pour comprendre l'évolution de la SSR en Suisse.

La forme que prendra la SSR en Suisse ne dépend que partiellement des données épidémiologiques (elle ne sont de toute façon que partiellement disponibles). Elle dépend aussi :

- du contexte historique en termes de mouvements politiques et associatifs (ex. mouvement égalitaire, associations pour la promotion du planning familial/éducation sexuelle) ;
- du contexte politique et administratif (le fédéralisme et la délégation des compétences, ex. responsabilité pour le VIH/sida au niveau fédéral, responsabilité pour la prévention et la grossesse au niveau cantonal, éventuellement communal ; les alliances et collaborations institutionnalisées, ou pas ; les clivages linguistiques) ;
- du contexte culturel (normes sociales concernant la sexualité, les relations hommes-femmes, les rôles sociaux du genre ; niveau d'hétérogénéité des normes en Suisse, etc.) ;
- de la structure du dispositif sanitaire et social en place (opportunités pour profiter des structures en place, en élargissant leur champ d'action ou en renforçant leurs compétences, synergies possibles entre institutions et structures).

Dans la mesure du possible, les différents éléments mentionnés ci-dessus sont pris en considération dans ce rapport.

## 1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Tels que décrits dans le premier document « Vers une stratégie pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse », la présente étude a comme objectifs de faire le bilan de l'offre (les prestations actuelles) et de la demande (recensement des données relatives aux besoins) et, sur cette base, de décrire les mesures nécessaires à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse.

Le rapport de l'étude devrait donc comporter les éléments suivants :

- une description de l'**offre** (IEC et soins, dans la mesure du possible sous forme d'inventaire, coordonnées des principaux acteurs),
- une description de la **demande** (à travers différents indicateurs relatifs aux besoins),
- une description de la **situation administrative et politique** en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive,

- une **synthèse** et une **analyse** sur la question de l'adéquation des données disponibles (dispose-t-on des informations nécessaires pour définir une stratégie ?) et de l'adéquation de l'offre relative à la demande (où se trouvent les lacunes ?),
- une proposition argumentée des **priorités d'action** pour chacun des axes,
- une première description des **mesures nécessaires** (objectifs, définition des partenaires et de leurs responsabilités et compétences respectives, mise en œuvre),
- la proposition d'un **concept d'évaluation**.

Le rapport n'a pas pour objectif de rapporter des données statistiques concernant la morbidité et la mortalité liées à des problèmes de santé sexuelle et reproductive, pour lesquelles différentes sources existent déjà et sont référencées à plusieurs endroits dans le texte. Il s'agit de mettre en évidence les moyens à disposition pour améliorer la santé sexuelle et reproductive en Suisse afin de : développer un cadre politique et administratif plus propice à la SSR, fournir des prestations plus appropriées, et disposer de données adéquates pour définir la politique en santé publique.

## 1.6 APPROCHES D'ANALYSE

Une partie importante du mandat a consisté dans la définition et la classification des divers éléments de l'objet de l'étude.

Le modèle d'intervention proposé dans le premier document a regroupé les actions à mener autour de quatre axes suivants:

1. **Politiques de santé** : elles définissent l'environnement social et politique qui détermine la visibilité des problématiques, les volontés politiques, les potentiels de changement et les synergies administratives à créer.
2. **Information, Education et Communication (IEC)** : soit l'inventaire des offres de sensibilisation et de conseil liées à la prévention ou la promotion de la santé.
3. **Soins** : soit l'ensemble des interventions thérapeutiques visant à protéger, maintenir et à restaurer la SSR ; il s'agit de soins en milieu ambulatoire ou résidentiel, dans des structures publiques ou privées.
4. **Epidémiologie** : soit l'inventaire des sources disponibles sur la SSR, leur localisation, leur qualité et les procédures de recueil.

Tel que décrit dans les objectifs, le *Grobkonzept* reconnaît également la nécessité d'aborder la santé sexuelle et reproductive sous l'angle de :

- **l'environnement** (dans le sens cadre politique, juridique et administratif).
- **l'offre** (tous les services et prestations)
- **la demande** (les différents besoins tels qu'il est possible de les appréhender) ;

Les moyens à disposition pour recenser ces informations sont résumés plus bas.

La structuration du champ (SSR) ainsi que les procédures de classification des informations a nécessité un important travail de réflexion. Quelle structure pour « l'univers » de la santé sexuelle et reproductive en Suisse faudrait-il privilégier ? Il est clair que quelle que soit l'approche de classification choisie, il n'y en a aucune qui ait la force de l'évidence dans la mesure où le choix dépend des perspectives d'action. D'ailleurs, toute classification est arbitraire dès lors que tous les aspects identifiés sont plus ou moins liés. Par exemple, « IEC » et « Soins » forment deux axes à part entière, mais ils constituent également les deux pôles d'un continuum formé des différentes interventions sur le terrain. Le premier est plus focalisé sur les aspects psychosociaux et le deuxième sur les aspects biomédicaux, mais cette division est loin d'être absolue.

Signalons qu'une structuration du champ de la SSR peut partir d'autres logiques que celles décrites ci-dessus. Il est également possible d'imaginer une approche:

- à partir des populations cibles
- à partir de l'organisation des prestations (structures relatives à l'offre)
- en fonction des acteurs présents dans le domaine (stakeholders)
- selon le thème ou problème de santé
- en fonction des stades de la carrière reproductive

Bien que ces logiques n'aient pas été privilégiées pour la structuration du travail, elles ont été prises en compte afin de s'assurer que tous les aspects importants soient couverts. En particulier, cette réflexion a donné lieu à un classement de « l'univers » de la santé sexuelle et reproductive en Suisse, dans lequel l'ensemble des éléments qui correspondent aux différentes logiques sont synthétisés. Ce classement a servi pour la définition des mots-clés dans la saisie de la documentation.

La globalité ainsi que la nouveauté du thème SSR ne va pas sans poser problème. Comme il est expliqué plus haut, la SSR couvre différents domaines, auparavant séparés. Ces domaines se recourent, mais pas entièrement. Par exemple, plusieurs aspects de la santé de la femme sont repris dans la SSR, mais pas tous. Le concept de la SSR aborde aussi des questions d'autonomie et de sexualité : étant donné les relations de pouvoir dans les rapports entre les sexes, certaines questions d'égalité doivent alors aussi être abordées. Il est également inévitable que tout concept de santé sexuelle formulé au début du 21<sup>e</sup> siècle soit fortement influencé par la pandémie du VIH/sida.

Les contours de la définition dans ce rapport sont volontairement flous, dans la mesure où l'on ratissait large et que l'on cherchait à identifier toutes les ressources disponibles susceptibles de contribuer à l'amélioration de la SSR. Les auteurs ne proposent pas de définition monolithique et universelle, reconnaissant les diversités de contexte et d'objectifs à prendre en compte. Néanmoins, il est signalé que tout programme ou politique de SSR devrait spécifier la définition prônée, et que celle-ci devrait préciser les questions de santé couvertes. Ceci est important pour assurer un partage de responsabilités efficient.

## 1.7 RECHERCHE D'INFORMATION

### 1.7.1 Analyse des sources documentaires

Les sources documentaires sont hétérogènes. Il s'agit bien évidemment de la littérature publiée mais surtout de la littérature grise qui est très riche en informations par rapport à la problématique de l'étude. Enfin, les textes législatifs relatifs au domaine ont également été recensés.

La recherche de ces sources s'est faite :

- à partir de l'information disponible sur internet. Cette recherche a procédé par mots-clé et auteurs par une méthode de « snowball » et jugée complète par effet de clôture,
- à partir de la documentation disponible en bibliothèque ,
- à partir d'une recherche Medline<sup>v</sup>,
- à partir de la documentation transmise par les interlocuteurs,
- à partir des données d'enquête spécifiques sollicitées directement auprès des enquêteurs.

L'ensemble des références documentaires a été saisi afin de constituer une base de données bibliographiques gérée avec le logiciel Reference Manager.

Une place importante a été faite à des travaux de synthèse portant sur la SSR ou certains domaines particuliers : ils ont été choisis pour leur énumération de lacunes et les recommandations correspondantes.

Dans le rapport, les références des différentes sources utilisées sont citées en notes de bas de page ou à la fin du document.

### 1.7.2 Informateurs

En parallèle avec la recherche documentaire, une série d'entretiens avec des experts dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive a été menée. Tous les membres encore actifs dans le groupe de travail ont été interrogés ; par ailleurs, en complément, d'autres professionnels dans le domaine de la SSR ont également été sollicités. Au total environ 30 personnes ont été consultées. Une liste complète des informateurs se trouve en annexe 10.1.

Suite à la période principale de récolte de données, une réunion s'est tenue le 22 mai 2002 avec le Groupe de travail « Santé sexuelle et reproductive en Suisse » afin de présenter et discuter des principales conclusions et recommandations issues du travail.

## 1.8 COMMENT RECENSER L'OFFRE ?

A partir du classement développé, c'est à dire des domaines et thèmes de la SSR, des acteurs, des niveaux d'intervention possibles, il est possible de construire un inventaire de l'offre actuelle en

---

<sup>v</sup> Revue de littérature : Santé sexuelle et reproductive en Suisse, 1998-2000 (pour les publications avant 1998, voir Schmid M, Coda P, Glardon MJ<sup>11</sup>) Recherche Medline à partir des mots-clés suivants : Switzerland & births, unintended pregnancy, contraception, sexual violence, sex education, fertility, sterility, termination of pregnancy, perinatal mortality, hysterectomy, vasectomy, breast cancer.

SSR. Ensuite, l'objectif est de saisir, à partir des deux sources de données, l'état des lieux des interventions de terrain actuel et l'état désirable. Il s'agit de mettre en évidence les difficultés, les obstacles et les barrières en ce qui concerne les IEC et les soins ; d'identifier les principales lacunes et les priorités de remédiation ; dans le but final de dessiner les améliorations voire solutions possibles.

La description de l'offre en IEC tente de saisir au mieux l'éventail des dispositifs existant en Suisse. Pour ce qui est des soins, un certain nombre de dossiers ont été sélectionnés pour leur pertinence sans couvrir un champ comparable à celui de IEC.

## 1.9 COMMENT RECENSER LA DEMANDE ?

Dans le cadre de cette étude, la notion de la demande adoptée correspond aux besoins en SSR tels qu'il est possible de les appréhender à partir des données épidémiologiques. Il s'agit des comportements relatifs à la SSR, des données démographiques et de la morbidité et de la mortalité dans ce domaine. Les données elles-mêmes ne sont pas présentées ; celles-ci sont publiées ailleurs. La question posée ici est de savoir dans quelle mesure les informations actuellement disponibles sont adéquates, et quelles mesures seraient nécessaires pour disposer d'une meilleure banque de données.

D'autres définitions de la demande sont aussi possibles, par exemple, la demande peut être exprimée en termes de besoins ressentis ou en termes d'utilisation des services. L'examen de ces questions nécessiterait des études spécifiques.

## 1.10 COMMENT RECENSER LA SITUATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE ?

Il s'agit de saisir les facteurs principaux qui contraignent les politiques et interventions dans le domaine de la SSR en Suisse. Les bases légales de la politique sociale qui fixent le cadre des protections constituent à cet égard une priorité. La répartition des compétences à différentes échelles (Confédération, cantons et communes) permet de saisir les traductions diverses de la législation dans le système fédéral helvétique. Cette analyse permet de comprendre les réponses correctives apportées à un certain nombre de difficultés inhérentes au fédéralisme suisse. La définition d'une politique nationale de la santé en est un exemple.

## 2 TRAVAUX D'ANALYSE ET D'ÉVALUATION DANS LE DOMAINE DE LA SSR

Un certain nombre de rapports conséquents touchant à la SSR ont été identifiés. Quinze d'entre eux ont fait l'objet d'une analyse particulière en prenant comme critères de sélection : les documents stratégiques, les synthèses, les revues et évaluations d'envergure, les enquêtes dans des domaines spécifiques faisant autorité. Ces documents concernaient soit l'ensemble de la SSR, soit un ou plusieurs aspects spécifiques, comme la santé de la femme, l'égalité, la violence conjugale, la prévention du sida ... Ci-dessous, les différentes études sont classées de la façon suivante : celles qui ont une portée générale, celles qui touchent un domaine spécifique de la SSR et celles qui s'inscrivent plus particulièrement dans le cadre de l'évaluation globale de la stratégie de prévention du Sida en Suisse. Ces travaux se situent à des échelles différentes : international, national et cantonal. Ils ont comme dénominateur commun de faire état des lacunes touchant à la SSR et d'énoncer une série de recommandations.

### 2.1 APPROCHES GÉNÉRALES

#### 2.1.1 Charte de la Fédération internationale pour la planification familiale

Sur le plan international, outre les travaux des deux grandes conférences internationales du Caire (1994) et de Beijing (1995), la Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood, IPPF<sup>7</sup>), organisation faîtière internationale affiliant 180 pays, s'est donnée pour tâche de définir des lignes d'action pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive. Une charte approuvée en 1995<sup>6</sup>, énonçant les droits en matière de sexualité et de reproduction s'inspire des droits de la personne humaine en général et englobe des aspects qui dépassent les aspects sanitaires. La fédération s'est aussi attachée à donner au concept de SSR une base opérationnelle. Huit catégories de préoccupations liées à la SSR ont été identifiées dans lesquelles chaque agence de planning familial doit pouvoir en principe se reconnaître<sup>7</sup>:

- les relations de couple, dont la pratique des rapports protégés,
- les grossesses non désirées,
- la mortalité maternelle,
- les maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA,
- les avortements à risques,
- l'infécondité,
- les violences à l'encontre des femmes, les mutilations génitales féminines,
- les groupes de populations particuliers :
  - adolescents,
  - marginalisés/pauvres.

Dans une large mesure, les domaines mentionnés restent pertinents pour la Suisse sauf la mortalité maternelle qui est en Suisse une des plus basses d'Europe et les mutilations génitales (mais qui peuvent concerner certaines populations migrantes) ; la violence envers les femmes, reste bien entendu un thème qui garde malheureusement toute son actualité.

Les types d'actions envisagées, pour chacun des domaines, sont les suivants :

- Sensibilisation
- Information, Education Communication
- Prestation de services
- Formation
- Evaluation
- Recherche

A première vue c'est surtout l'axe IEC qui est représenté dans les actions à développer. Mais dans l'objectif de sensibilisation est compris, par exemple, la volonté de changer les attitudes et les politiques et de se présenter comme « l'amplificateur des besoins et des préoccupations des individus ». L'aspect soins au sens purement médical est absent puisque la fondation s'occupe de planning familial.

Les contraintes qui peuvent faire obstacle à une amélioration de la SSR peuvent être de deux ordres : **externes**, à savoir imposés par l'environnement politique et socioculturel et **internes**, à savoir être inhérentes aux associations de planification familiale.

Ces lacunes, en d'autres termes, sont, selon la fédération, les suivantes :

#### **Contraintes externes**

- lois qui restreignent ou interdisent l'avortement,
- menaces contre les droits en matière d'avortement,
- manque de volonté politique,
- instabilité politique, conflit ou insécurité,
- économie en transition,
- attitudes religieuses ou culturelles, tabous, qui empêchent toute discussion à propos de la sexualité, des droits et du rôle des jeunes,
- climat hostile à la prestation des services de santé sexuelle et reproductive : parmi les responsables politiques, les médias, les leaders des communautés,
- systèmes de santé inadéquats,
- manque de ressources et incertitude quant au coût de la nouvelle approche,
- pauvreté et illettrisme qui freinent l'adoption de mesures qui amélioreraient la santé,
- donateurs/gouvernements dont l'intérêt principal est que les associations de planning fassent diminuer la croissance démographique,
- manque d'intérêt des donateurs/agences d'aide dans certains pays,
- monopole médical de la prestation de services.

#### **Contraintes internes**

- crainte et incertitude par rapport au changement, d'où résistance ; refus de relever de nouveaux défis,
- résistance aux changements d'ordre structurel,
- crainte de perdre le soutien des donateurs,

- manque de personnel compétent,
- manque de formation et de formateurs en vue de la réorientation du personnel,
- manque de porte-parole pour les activités de sensibilisation,
- pas d'informations spécifiques ni de documents éducatifs,
- manque d'infrastructures cliniques pour la régulation menstruelle, le traitement des complications post-avortement, l'investigation de l'infécondité, etc.,
- manque d'outils d'évaluation appropriés et acceptés par tous/absence de culture d'évaluation,
- incertitude quant aux objectifs.

Malgré le fait que ces contraintes touchant à la SSR s'appliquent, en premier lieu, aux pays du Sud, la plupart d'entre elles restent valides pour des pays industrialisés tels que la Suisse. Elles constituent un premier repère pour une discussion générale des lacunes identifiées à laquelle il sera procédé plus loin.

### 2.1.2 Rapport suisse sur la santé des femmes

Dès 1992, l'OMS a défini comme priorité le fait de rendre compte spécifiquement de la santé des femmes (45<sup>e</sup> assemblée, Genève). En 1993, onze pays ont effectivement fourni une série de rapports qui ont donné lieu à une analyse comparative discutée à Vienne en 1994 au bureau européen de l'OMS (« Women's health counts »). Une recommandation demandant qu'un maximum de pays produisent des rapports réguliers sur la santé des femmes a été adoptée. La concrétisation de cet objectif a pris passablement de temps. Pour exemple, l'Allemagne a commandé un tel rapport en 1996 dont la première édition n'a vu le jour qu'en 2001. La Suisse, en revanche, a réagi plus rapidement, en publiant un premier rapport sur la santé des femmes dès 1996<sup>8</sup>.

Sur un plan très général, les constatations relatives à la santé des femmes en Europe convergent. Bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont en moins bonne santé que les hommes. Elles sont sur-représentées dans la population pauvre et leur revenu, à travail égal, continue à se situer à 70% de celui des hommes. Elles souffrent davantage de dépression et de stress, souvent liés à l'inégalité et la discrimination qu'elles subissent ; elles ont plus de probabilité d'être affectées de maladies chroniques telles que l'arthrose et l'ostéoporose ; on note une consommation médicamenteuse voire des dépendances plus importantes chez les femmes ; elles sont encore beaucoup trop souvent victimes d'abus et de violences de la part des hommes à tous les âges de la vie.

L'OFSP a mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive de Bâle de réaliser un premier rapport sur la santé des femmes avec l'aide financière de l'OMS et du FNSRS. Une partie a été intégrée dans la contribution de l'OMS à la conférence de Beijing en 1995. Un rapport complet a été achevé en 1996<sup>9</sup>.

Sur la base du rapport sur la santé des femmes en Suisse un agenda pour une politique de santé, en particulier les domaines où il faut agir ainsi qu'une liste de lacunes à combler formant autant de domaines de recherche ont été proposés. Cet agenda tient compte de trois périodes de la vie des femmes : adolescentes et jeunes femmes (15 à 34 ans) ; femmes adultes d'âge moyen (35 à 64 ans) ; femmes âgées (dès 65 ans).

Les points spécifiques à la SSR, en ce qui concerne les **domaines** où il faut agir et les **lacunes** à combler sont résumés ci-dessous.

**Adolescentes et jeunes femmes :** Des mesures de prévention, de détection et de traitement précoce sont recommandées pour ce qui regarde les infections (Chlamydia, VIH) ; les frottis du col de l'utérus sont préconisés pour les jeunes femmes ; l'allaitement est à encourager.

Il y a un déficit de données touchant à la fréquence et apparition d'inflammations pelviennes (après des infections à Chlamydia), de fausses couches, des cas de stérilité ainsi qu'à l'évaluation du dépistage précoce du cancer du col de l'utérus.

**Femmes adultes d'âge moyen :** L'attention est portée sur les thèmes de ménopause, mammographie et ablation de l'utérus pour ce qui est du conseil ainsi que sur le dépistage précoce du cancer du sein et les soins qu'il nécessite le cas échéant.

Il s'agit, pour les femmes de cette classe d'âge de se centrer sur la ménopause (besoins, pratique et prescription de l'hormonothérapie) et s'intéresser aux causes évitables du cancer du sein.

**Femmes âgées :** outre le dépistage et soins du cancer du sein, le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus est mentionné.

Si le rapport sur la santé des femmes met bien l'accent sur un élargissement des populations-cible à considérer (jeunes femmes avec un niveau de formation très bas, et/ou en marge des voies de formation traditionnelle, les femmes âgées avec un handicap et/ou avec un niveau socio-économique faible, les femmes élevant seules leur(s) enfant(s), les immigrées et les toxicomanes), on constate que sous la rubrique « santé liée à la reproduction » les domaines mentionnés et les lacunes à combler sont presque exclusivement d'ordre médical. En revanche, il y a une volonté de prendre en compte les différents âges de la vie des femmes avec leur spécificité.

### 2.1.3 Promotion de la santé des femmes

Dans un rapport ultérieur au rapport sur la santé des femmes en Suisse, consacré à la promotion de la santé des femmes issu également de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Bâle paru en 1999<sup>10</sup>, la santé sexuelle et reproductive a une place prépondérante ; elle y est abordée dans sa globalité biomédicale et psychosociale.

La promotion de la santé des femmes repose sur 6 volets :

- la santé sexuelle et reproductive,
- la promotion de la santé, la prévention et les modes de vie,
- la qualité de l'offre,
- la priorité aux femmes âgées,
- la priorité aux femmes socialement défavorisées,
- la recherche.

Ainsi les objectifs et tâches prioritaires d'une politique de santé des femmes a comme premier objectif la santé sexuelle et reproductive : pour celle-ci quatre points sont mis en avant :

- l'accès à une information adéquate en matière de santé sexuelle et reproductive spécialement des maladies sexuellement transmissibles et de leurs conséquences,

- promotion et défense de la liberté de décision de la femme,
- accès de toutes les femmes à une offre de bonne qualité (prévention, conseil, assistance, soins),
- offre adéquate de l'éducation sexuelle pour tous,

Dans ce même travail il est fait état d'un sondage réalisé auprès des directions sanitaires cantonales pour connaître leurs structures et stratégies dans le domaine de la santé des femmes. Il apparaît qu'environ la moitié des cantons (43.5%) ne font aucune mention des femmes comme groupe-cible spécifique pour ce qui concerne les mesures, décisions et recommandations en matière de politique de la santé. Pour les cantons qui en ont le souci les thèmes jugés importants sont : la prévention des toxicomanies ; la prévention du sida ; la sexualité et la grossesse ; la prévention générale ; la promotion de la santé.

Un peu plus du tiers des cantons (36%) possèdent des services ou des personnes en charge de la santé des femmes. Il s'agit de deux services cantonaux de promotion de la santé, d'une direction de santé publique, d'un service cantonal de la jeunesse et un bureau de l'égalité. Dans les autres cantons la santé des femmes est abordée par des antennes sida, des centres de consultation sur les toxicomanies, des centres de planning familial, des centres de consultation conjugale et familiale, une maison de femmes et une ligue contre le cancer.

Le rapport met en évidence le manque d'un organe de coordination des décisions et des stratégies sanitaires supra-cantonales dont la création est recommandée sous forme de centre national pour la santé des femmes.

#### 2.1.4 Bilan des études sur la santé sexuelle et reproductive en Suisse

Un travail de recensement d'études, publications et statistiques touchant à la SSR a été réalisé en 1998 sur demande du groupe de santé sexuelle et reproductive par trois institutions : les Instituts de médecine sociale et préventive de Bâle et de Zurich ainsi que ProFa<sup>11</sup>. Cent quarante publications (dont 23% de statistiques de routine, 12% d'études répétées, 61% d'études uniques et 5% d'études en cours) ont été inventoriées dont les thèmes sont par ordre de fréquence :

• MST/VIH/SIDA	(40%)	• Education sexuelle	(14%)
• Grossesse non désirée	(33%)	• Prévention médicale	(13%)
• Contraception	(29%)	• Périménopause	(11%)
• Relations de couple/ comportement sexuel	(18%)	• Fertilité/stérilité	(9%)
• Naissance	(18%)	• Hystérectomie	(7%)
• Prévention-soin cancer du sein	(17%)	• Problèmes sexuels	(6%)
• Violence	(16%)	• Dysfonctionnements du cycle	(3%)

A la lumière de cette revue, les lacunes suivantes ont été identifiées.

- Il existe un grand déficit de données relatives aux soins médicaux et paramédicaux dans le domaine ambulatoire (examens préventifs, maladies, traitements, conseil, contraception, accès et utilisation des services de santé et de conseil).
- La qualité des prestations de conseil, le besoin d'information, la satisfaction des patients et les relations entre médecin-conseillère et patient-cliente est mal connue.

- Il y a des lacunes épidémiologiques touchant aux domaines des grossesses non désirées, IVG, stérilité, MST, toutes les affections traitées en ambulatoire, les conséquences sur la santé d'actes de violence, incidence et prévalence de cancers touchant les organes sexuels des femmes et des hommes.
- Il y a un manque de données concernant les populations-cible marginalisées comme par exemple les migrant(e)s, les mères seules etc.
- Le rôle des hommes et leur implication dans la SSR reste encore trop ignoré.

De manière générale, les aspects psychosociaux et qualitatifs sont largement sous-représentés dans l'état des connaissances concernant la SSR.

### 2.1.5 Plan d'action pour la Suisse : suivi de la 4<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes de Beijing

Le bureau de l'égalité a été établi, en tant que suivi de la 4<sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes de Beijing, un plan d'action pour la Suisse, publié en 1999<sup>12</sup>.

Les mesures proposées en ce qui concerne la SSR sont les suivantes :

- Encourager dans tous les cantons l'**éducation sexuelle** à l'école ; il s'agit de faire un effort accru en matière de prévention (maladies sexuellement transmissibles).
- Mettre à disposition une offre suffisante et de bonne qualité en matière de **conseil** sur les questions de santé sexuelle et reproductive (contraception, planning familial, diagnostic prénatal, ménopause, prévention du cancer) et prévoir une information et une sensibilisation sur les questions de **violence**.
- Participation des femmes par rapport à leurs besoins psychosociaux (choix de la méthode contraceptive, diagnostic prénatal, interruption de grossesse, alternatives aux hormones). Il faut davantage disséminer les informations concernant les médecines alternatives. **Empowerment, autodétermination**.
- Réviser les articles 118 à 121 du Code pénal (relatifs à l'interruption de grossesse) dans le sens d'une **décriminalisation de l'avortement**. Les pratiques sont très différentes selon les cantons.
- Dans le cadre des programmes intégrant la problématique du sida et les autres maladies sexuellement transmissibles, accorder une attention particulière à la santé des femmes et des jeunes filles. La vulnérabilité physiologique et sociale est supérieure chez la femme ; elle a moins accès aux services de santé ; les diagnostics sont plus tardifs et le suivi des traitements est plus mauvais.
- Mieux intégrer les **hommes** dans les programmes touchant à la santé reproductive. Pour les deux sexes, il faut améliorer et faire respecter la confidentialité des soins. Les programmes liés à la santé reproductive (e.g. planification familiale) ne s'adressent qu'aux femmes avec une offre purement médicale et technique ; le pouvoir de décision et de choix est souvent chez le conjoint ; les femmes ont un statut social inférieur, dépendant du nombre d'enfants; on observe une stigmatisation des femmes dans le cas de MST.
- Elaborer des **recensements nationaux** sur les maladies, et produire des statistiques sur les traitements hospitaliers et sur les activités de conseil ; il s'agit de mener des études **longitudinales** sur la santé et les maladies de femmes ; il n'existe pas de statistiques nationales sur les hôpitaux ni traitements ambulatoires, le conseil familial, le conseil maternel, en particulier dans le domaine de la santé reproductive (césariennes, ablation de matrice, mammographies, autres actions préventives) et questions d'avortement ou conséquences

de violences sexuelles ; effets sur la santé de « doubles journées », de moments critiques de l'existence (perte partenaire, chômage), de charges psychosociales et économiques (violence, pauvreté), habitudes de vie et de comportement en matière de prévention ; aspects spécifiques de maladies générales type maladies cardiaques et circulatoires, rhumatismes, problèmes nutritionnels, stress psychosocial.

- Renforcer la **recherche sur les activités de conseil**, en particulier par rapport à la santé sexuelle et reproductive ; manière de conseiller, qualité (contraception, interruption de grossesse, ménopause) ; effets de la capacité de prendre des décisions, sur le comportement ultérieur, sur la satisfaction ; il est souhaitable d'intégrer des hommes dans le processus de conseil.
- Elaborer une **statistique pour l'ensemble de la Suisse sur l'accès des femmes aux services de santé** ; il faudrait des enquêtes régulières sur la santé au niveau national (hospitalier et ambulatoire) ; comprendre l'utilisation des offres préventives et curatives mais aussi la prescription de médicaments etc.

#### 2.1.6 Rapport sur l'état de santé de la population vaudoise : santé sexuelle et procréative

L'Unité de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive et le Service cantonal de recherche et d'informations statistiques ont publié en 2001 un rapport sur l'état de santé de la population vaudoise avec un cahier thématique (4) portant spécifiquement sur la santé sexuelle et procréative<sup>13</sup>. D'autres cantons ont également fait la démarche et produit un rapport sur l'état de santé de leur population, mais n'ont pas identifié la SSR comme un thème spécifique ou, elle a été incluse comme aspect de la santé des femmes<sup>14</sup>.

Sans donner une définition de la santé sexuelle et reproductive, les thèmes abordés dans le rapport vaudois sont la sexualité, le VIH/sida et les interruptions volontaires de grossesse.

Il est observé que la contraception s'est améliorée durant les dernières années en parallèle avec une diminution de l'épidémie VIH/sida. Cependant les efforts de prévention ne doivent pas être relâchés. Un pourcentage non négligeable de jeunes et d'adultes ne se protègent pas systématiquement du VIH/sida ou du risque de grossesse en particulier lors de rapports occasionnels et/ou sous l'emprise de l'alcool ou de drogues. Dans le canton de Vaud le taux de recours à l'IVG reste faible et stable. Les résidentes d'origine étrangère et les femmes séparées constituent des populations présentant un risque plus élevé de faire une demande d'une IVG.

Les recommandations suivantes indiquent les domaines dans lesquels existent des lacunes au plan de la prévention :

- augmenter la connaissance de la contraception post-coïtale auprès des femmes et des médecins et son accessibilité surtout pour les adolescentes, les femmes ayant un revenu modeste et les immigrées récentes (prix, nécessité d'une ordonnance, horaires des pharmacies) ;
- améliorer la diffusion et l'acceptabilité des moyens de contraception les plus efficaces adaptés aux besoins de la femme ou du couple et soutenir les activités de conseil individuel ;
- adapter les messages de prévention et l'accompagnement personnalisé s'adressant en particulier aux adolescents, immigrés récents (provenant notamment de régions en guerre où les femmes sont la cible de violences y compris sexuelles), aux femmes séparées et celles qui approchent de la ménopause ;

- intégrer les stratégies de prévention du VIH/sida et des grossesses non désirés (préservatif et pilule) lors de campagnes de masse aussi bien que dans le conseil individuel ;
- renforcer la formation des spécialistes de premier recours au conseil individuel ;
- lors d'une IVG, saisir l'occasion de prévenir sa répétition par une prise en charge adaptée et un conseil individuel de qualité.

## 2.2 THEMES SPECIFIQUES

### 2.2.1 Ressources en santé sexuelle accessibles partout

En 1996, un projet « ressources en santé sexuelle accessibles partout » réalisé sous l'auspice de l'Association Suisse de Planning Familial et d'Education Sexuelle (ASPFES), dans le cadre du programme « Frauengesundheit, Schwerpunkt HIV » a étudié l'offre et les besoins en matière de planning familial et de prévention VIH (antennes sida)<sup>15</sup>.

Cette enquête fait apparaître les points suivants.

- Les centres de planning de Suisse romande ont deux fois plus d'offres médicales et/ou paramédicales qu'en Suisse alémanique (54% versus 27%). En outre, tous les centres romands conseillent en matière de prévention du VIH (contre 65% en Suisse alémanique). Bien que 70% des antennes sida romands disent avoir une offre ciblant les femmes, ils ne fournissent pas de conseil en matière de contraception ; en Suisse alémanique c'est le cas dans moins de la moitié des antennes.
- Les centres de planning familial romands n'ont presque pas d'accès à la population des hommes adultes tandis que c'est le cas d'environ la moitié en Suisse alémanique (mais c'est une très faible proportion de la clientèle). De même les migrant(e)s ne sont touchés que de manière éparse. En Suisse alémanique, les centres de planning familial fonctionnent souvent comme premier lieu de secours en cas de violence (certains ont d'ailleurs un mandat d'aide aux victimes).
- Les conseillères en planning familial essaient de combiner la contraception à la prévention du VIH ; néanmoins moins d'un tiers des centres ont une personne responsable d'une approche de prévention du VIH ciblant les femmes.
- Le travail en réseau (centres de planning familial-antennes sida et autres institutions) est mieux établi en Suisse romande qu'en Suisse alémanique.
- Concernant le matériau d'information, il y a une réelle demande qui s'adresse spécifiquement aux hommes.

Les lacunes liées aux offres de ces lieux de conseil sont les suivantes :

- Les différents centres ont besoin d'une meilleure visibilité.
- Une bonne documentation concernant ces problèmes existe mais n'est pas toujours accessible : un centre de documentation serait souhaitable.
- Il y a une absence de statistiques de routine unifiées de l'activité des centres de planning familial qui est demandée depuis longtemps.
- Les lacunes relatives au conseil, réseau et notoriété des centres sont plus importantes en Suisse alémanique qu'en Suisse romande. Une offre de formation formelle (comblée depuis peu, cf. 5.1.4 Formation conseil et éducation sexuelle) peut réduire ces disparités. Une meilleure formation continue ciblée serait également la bienvenue.

- Beaucoup de centres de planning familial n'ont pas de mandat de prévention officiel ; en raison de ressources limitées ils ne peuvent pas se consacrer autant qu'ils voudraient à ce travail où les compétences des conseillères seraient les bienvenues.
- Les cantons devraient témoigner d'une volonté politique plus affirmée concernant leurs responsabilités de santé publique en général et de prévention dans le domaine de la SSR en particulier.
- Les synergies inter-institutionnelles locales et entre organisations faitières ne sont pas optimales et devraient être créées de manière plus systématique.

### 2.2.2 Sexualité des adolescents et sida

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a publié en 1997 une enquête nationale sur la sexualité des adolescent(e)s. Les thèmes pertinents pour la SSR dans ce type de population qui ont été abordés dans ce travail sont les premières expériences sexuelles, la contraception, les prises de risque, la grossesse, les MST, les violences sexuelles<sup>16</sup>.

Ce travail a donné lieu à un certain nombre de constats repris pour des recommandations relatives aux programmes d'éducation sexuelle. Les points importants sont les suivants :

Il s'agit de tenir compte des différences dans les valeurs et les attentes concernant la sexualité entre les filles et les garçons. La prévention devrait chercher à travailler sur les représentations et leur évolution au cours de l'adolescence et de la vie sexuelle. L'éducation sexuelle s'adresse souvent à des groupes très hétérogènes sans tenir compte des expériences de chacun. Il serait utile de trouver des canaux d'accès aux jeunes au bon moment y compris les contacts intimes précédant le premier rapport sexuel. Après une information sur la sexualité faite à un plus jeune âge, c'est au secondaire supérieur après l'école obligatoire que l'éducation sexuelle pourrait avoir le plus d'impact.

Concernant les services de santé, il est nécessaire de développer la formation des professionnels sur la sexualité des adolescents et la contraception afin de favoriser l'accessibilité des jeunes. La contraception post-coïtale est une des raisons de contact des adolescents avec les services de santé. Ce pourrait être l'occasion d'accueillir les garçons au planning familial et encourager leur implication dans les choix contraceptifs à prendre. Les aspects relationnels des négociations sur la contraception devraient être pris en considération dans les programmes d'éducation sexuelle et être discutés avec les jeunes concernés dans le cadre de la prévention du sida. La prise de conscience relative aux relations de pouvoir dans le couple servirait la prévention de violences sexuelles.

Les campagnes de prévention devraient veiller à intégrer les thèmes de la maîtrise de la fécondité à la problématique du sida et des MST pour les jeunes qui, souvent, sont plus préoccupés par le risque de grossesse que celui d'une contamination par le VIH.

L'accès au test du dépistage du VIH devrait être amélioré pour les jeunes.

Il est à noter que cette étude a été répétée en 2002 et que les résultats seront disponibles dès 2003.

### 2.2.3 Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse

Le Forum suisse pour l'étude des migrations a publié en 2001 un texte décrivant les caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse<sup>17</sup>.

L'enquête suisse sur la santé de 97/98 avait déjà montré que l'état subjectif des étrangers est toujours plus défavorable que celui des Suisses. Il semble que ce soit surtout le cas des femmes étrangères, notamment les Italiennes.

Deux études sur la mortalité périnatale (décès survenant entre le 6<sup>e</sup> mois de grossesse jusqu'au 7<sup>e</sup> jour de vie) et infantile (décès survenant entre la naissance jusqu'à la fin du 12<sup>e</sup> mois) montrent des différences importantes entre les enfants mis au monde par des mères étrangères et ceux des mères suisses. Les premiers ont un poids plus faible à la naissance et il existe une plus grande mortalité périnatale et infantile chez les premières. Ces résultats suggèrent des lacunes au niveau d'une prévention adaptée aux besoins et au degré d'intégration.

On sait, par ailleurs, qu'il existe une différence importante par rapport aux interruptions de grossesse qui sont plus nombreuses chez les femmes d'origine étrangère en Suisse<sup>18</sup>.

Au-delà de ces constats, il existe un déficit de recherches portant sur la situation des femmes migrantes au sujet de leur sexualité, de la conception, de la grossesse et de la santé du nouveau-né.

#### 2.2.4 Violence conjugale

L'Unité de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne a réalisé une recherche préparatoire sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud sur le thème de la violence conjugale dans le canton de Vaud (2001)<sup>2</sup>.

Trente-six entretiens semi-directifs approfondis ont été menés auprès de partenaires-clé dans le domaine de la violence domestique. La majorité des professionnel(le)s interrogés ont eu effectivement à faire face à cette problématique.

**Données disponibles** : elles existent mais demandent à être enrichies (à partir des statistiques de routine) et être mieux exploitées. La mise sur pied d'une ou deux expériences-pilote restreintes à un petit nombre de services et limitées dans le temps sont recommandées.

**Partenaires du réseau et fonctionnalité** : il apparaît que le centre LAVI qui devrait être le référent central est mal connu de certains organismes voire inconnu de certains partenaires décisifs. De manière générale, il ne semble pas exister de réseau au sens d'un dispositif cohérent et fonctionnel. Les ressources des différents services ne sont pas clairement identifiées par les professionnel(le)s ; la majorité n'a d'ailleurs aucune liste exhaustive et systématique des prestations disponibles. Une meilleure organisation entre services est souhaitée.

L'information, la concertation et la collaboration des organismes publics et privés doivent être favorisées pour permettre une mise en réseau efficace des différentes compétences face aux situations de violence conjugale.

**Formation** : les professionnel(le)s interrogés ont fait état de leur ignorance dans ce domaine et déploré l'absence de formation tant pour dépister les situations de violence que pour leur apporter des réponses adéquates. La question n'est pas dans le curriculum des études de médecine (succinctement abordée dans le cadre du cours de médecine légale). Elle est absente des cours dispensés en faculté de droit. Les offres de formation continue semblent rares et mal connues. Une attention prioritaire et intensive accordée à la formation, basée sur un concept interdisciplinaire, est recommandée.

**Recherche** : les facteurs à risque de l'entrée des femmes dans le cycle de la violence et, surtout, les facteurs qui les amènent à demander de l'aide pour mettre fin à leur situation sont mal connus. Les besoins spécifiques des femmes migrantes, victimes de violences, ne sont pas établis.

Sur la base de telles recherches, il est possible d'identifier les prestations déterminantes à développer qui puissent aider les femmes à mettre un terme aux violences subies. La situation des migrantes, cumulant les facteurs de vulnérabilité, doit être étudiée en priorité.

**Domaine juridique** : les dispositions légales en matière de violence conjugale font l'objet de fausses croyances ou sont ignorées. Les nombreux retraits de plainte créent des tensions auprès des policiers et des juges d'instruction. La judiciarisation de la violence conjugale voire que toute atteinte à l'intégrité physique dans le couple soit poursuivie d'office est souhaitée par différents services.

Des campagnes de presse devraient insister sur le caractère illicite de la violence conjugale. L'initiation à la législation idoine devrait occuper une place de choix dans le concept global de formation.

**Police** : le corps de police constitue une catégorie de professionnel(le)s prioritaire dans le domaine de la formation à la problématique de la violence conjugale. Ce sont, la plupart du temps, les premiers intervenants en situation de crise. L'accueil et la protection des victimes doit faire l'objet d'une attention particulière ; la dissuasion des agresseurs de toute récidive est également un aspect important de leur action. Il s'agit également d'établir une bonne collaboration entre la police et les différents services concernés.

**Domaine médical** : il n'existe aucune structure de prise en charge spécifique des victimes de violence conjugale. Les contacts avec les autres secteurs concernés sont très peu fréquents et les ressources de terrain quasiment inconnues. Il s'agit d'améliorer la qualité du dépistage et des soins dans les services de santé des secteurs public et privé.

La création d'un service spécialisé d'aide aux victimes de violence regroupant des professionnel(le)s de disciplines diverses intervenant à plusieurs niveaux et ayant reçu une formation spécifique est recommandé.

**Prévention primaire** : afin d'agir sur les causes de la violence conjugale des mesures d'éducation à la non violence et plus généralement une sensibilisation à l'égalité des sexes est souhaitée. Les techniques de gestion des tensions, conflits et frustrations devraient être mieux connues par les couples, et, en particulier, des lieux où les hommes puissent apprendre à exprimer leurs affects. Sur un plan général, les mesures d'éducation, de sensibilisation et d'information propres à prévenir le recours à la violence dans les rapports de sexe et de couple doivent être développées.

**Prévention secondaire** : la grossesse et le post-partum sont des périodes à risque favorisant la violence des hommes à l'égard de leurs partenaires. L'intégration de la problématique de la violence conjugale dans les cours de préparation à la naissance permet l'accès à ce groupe à risques et de période de vulnérabilité. Il faut se préoccuper des répercussions de la violence conjugale sur les enfants et du soutien qu'on peut leur apporter. Les infirmières-puéricultrices qui visitent près des 80% des mères qui ont accouché à la maternité et qui sont dans une position privilégiée pour dépister des cas de violence devraient être soutenues. La création d'une ligne verte fonctionnant 24h/24h, 7j/7j serait souhaitable pour prévenir les passages à l'acte destinés aux hommes enclins aux actes de violence.

**Prévention tertiaire** : il s'agit d'encourager la création de groupes d'entraide anonymes pour les femmes victimes de violence conjugale. Le seul foyer d'accueil dans le canton se révèle être insuffisant et il faudrait envisager l'ouverture d'un deuxième dispositif de ce type. La création d'une structure d'hébergement d'urgence pour hommes violents est recommandée. Il s'agirait d'une alternative judicieuse à une garde à vue qui constitue une mesure lourde pour les services de police. Il s'agirait aussi de développer une prise en charge psychosociale ambulatoire des hommes violents en situation de crise aiguë.

## 2.3 ÉVALUATION GLOBALE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DU SIDA EN SUISSE

Depuis 14 ans, l'IUMSP à Lausanne mène une évaluation globale de la stratégie de prévention du sida en Suisse. L'évaluation comporte un volet de monitoring et de surveillance (suivi par des études répétées des indicateurs sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques relatifs au VIH/sida) ; un volet dans lequel certains thèmes sont investigués à travers une série d'études avec des approches différentes ; un volet qui consiste en des études uniques, non-répétées, sur des thèmes sélectionnés. De nombreuses publications sont issues de cette évaluation, notamment une série de rapports dans laquelle on distingue les rapports de synthèse (dont le sixième et dernier a été publié en 1999) et les rapports sur les études spécifiques. Chacun des rapports inclut des recommandations. Certaines de ces études sont résumées ci-dessous. L'évaluation est toujours en cours ; le mandat actuel se termine en 2003.

Il est extrêmement rare qu'un pays dispose d'une évaluation globale et continue de ce type<sup>19</sup>. Il s'agit donc d'un domaine de la SSR où la Suisse dispose d'excellentes informations. Cette série de rapports rend surtout disponible des données concernant la partie de la population la plus concernée par la prévention de la transmission du VIH et ces informations peuvent également être utiles pour d'autres questions de SSR parmi cette population (ex. prévention des IST dans la population homosexuelle, comportements sexuels dans la population générale de 17 à 45 ans).

### 2.3.1 Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : sixième rapport de synthèse 1996-1998<sup>20</sup>

Un résumé du contenu du dernier rapport de synthèse est présenté ci-dessous. Les cinq premières synthèses sont également disponibles<sup>21,22,23-25</sup>.

Ce sixième et dernier rapport de synthèse comprend : une évaluation de la mise en œuvre de la stratégie<sup>w</sup> ; une évaluation des résultats de la stratégie de prévention<sup>x</sup> ; une présentation du contexte psycho-social<sup>y</sup>.

---

<sup>w</sup> Campagne STOP-SIDA, réduction des risques liés au VIH/sida dans le domaine de la toxicomanie, prévention du VIH/sida en milieu carcéral, programme d'action « La santé des femmes – prévention du VIH/sida », programme HSH, projet PAMiR de prévention du sida dans le domaine du voyage, travail avec des médiateurs dans la prévention du sida.

<sup>x</sup> Population générale, adolescents et jeunes adultes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, consommateurs de drogues, épidémiologie du VIH/sida en Suisse.

Sur l'ensemble de la situation, le rapport contient les conclusions et recommandations suivantes :

- Manifestement la prévention du VIH/sida reste visible, présente et légitime.
- La stratégie de prévention du sida a obtenu des résultats durables. On n'observe jusqu'à présent aucune diminution des comportements de prévention<sup>z</sup> malgré un certain changement de représentation de la maladie dû aux réussites obtenues dans le domaine du traitement. Les nouvelles infections continuent de diminuer. On est cependant loin de maîtriser l'épidémie, qui par ailleurs s'étend dans d'autres régions du monde.
- Malgré les différences d'organisation des activités au niveau cantonal, on n'observe aucune différence notable en matière de comportements préventifs selon les régions, quelle que soit la population concernée (population générale, consommateurs de drogues, jeunes, homosexuels). Certaines inégalités (entre ville et campagne, entre niveaux d'éducation, etc.) tendent à disparaître. Il y a eu une réelle homogénéisation des pratiques.
- La légitimité de l'action de la Confédération dans le domaine du VIH/sida n'est pas remise en cause, il y a même une demande de la part des cantons et des associations (d'information, de coordination, de cofinancement). Les ressources à disposition (information, matériel, formation, etc.) sont utilisées.
- La nécessité de poursuivre la prévention est généralement admise. Le débat et les inquiétudes portent plutôt sur la manière de le faire sans mettre en danger les acquis. La continuité des financements et l'intégration de la prévention VIH/sida dans d'autres activités proches ou routinières sont au centre de ces interrogations.
- On ne change pas une politique qui gagne. On en corrige les imperfections et on l'adapte à l'évolution de la situation. Il s'agit maintenant de passer le cap de la "normalisation", c'est-à-dire d'assurer la pérennisation de la prévention.
- La Confédération peut envisager à moyen terme une transition vers l'intégration du sida dans des préoccupations de prévention plus larges mais elle doit garantir à la population :
  - qu'elle surveille la situation, la tient sous contrôle et propose les ajustements nécessaires<sup>aa</sup> avec ses partenaires nationaux et cantonaux en les soutenant dans leur intervention ;
  - qu'elle ne renoncera pas à un programme national VIH/sida tant qu'elle ne sera pas assurée que toutes les activités spécifiques nécessaires sont entrées dans la routine, aux niveaux appropriés, pour toutes les populations concernées et avec une couverture équitable pour ne pas engendrer d'inégalités (pérennité de la prévention en population générale et dans des groupes particuliers).
- La solidarité doit continuer d'être une composante majeure de la prévention. On doit la considérer sous plusieurs formes :
  - solidarité avec les personnes atteintes par le VIH/sida, comme jusqu'à présent,

---

<sup>y</sup> Discrimination et stigmatisation, effets pour la prévention des nouveaux traitements contre le sida, sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida, coopération entre les partenaires politiques dans la prévention du sida, problématique du VIH/sida dans la presse suisse.

<sup>z</sup> Depuis la publication de ce rapport, d'autres données ont été recueillies qui indiquent un fléchissement des comportements de prévention dans certaines populations<sup>223</sup>.

<sup>aa</sup> Leadership et responsabilité conférés par la Loi sur les épidémies.

- solidarité avec les malades en général pour faire cesser les discriminations et les pratiques discutables qui existent encore dans le domaine de l'emploi, des assurances ou de la qualité des soins (confidentialité et consentement éclairé),
- solidarité avec les pays qui n'ont pas les ressources pour assurer prévention et traitement à leur population.

### 2.3.2 Evaluation du programme d'action : santé des femmes et prévention du sida

L'Office fédéral de la santé publique a mis sur pied de 1994 à 1998 un programme national d'action sur le thème « Santé des femmes et prévention du sida ». L'expérience recueillie à cette occasion a donné une impulsion importante pour développer un concept élargi de promotion de la santé des femmes en Suisse.

Une évaluation de ce programme d'action a été réalisée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne en 1998 constitue un éclairage à travers un aspect particulier sur la SSR en Suisse<sup>26</sup>.

De fait il est recommandé que la santé sexuelle fasse partie intégrante du domaine de la santé des femmes en général en parallèle à la prise en compte de la santé des hommes. Il apparaît que le programme d'action VIH a pu contribuer à une sensibilisation du public au thème de la santé des femmes mais qui est jugée insuffisante. Son mérite est d'avoir su mobiliser des expert(e)s notamment dans le groupe de travail sur la SSR.

Les programmes nationaux visant le plan fédéral suisse se confrontent toujours aux difficultés du fédéralisme (26 cantons et 3015 communes) pour ce qui est des bases légales, des rôles, compétences et responsabilités des différents acteurs ainsi que de l'adaptation des moyens aux conditions locales.

### 2.3.3 Sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida

Une étude menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne portant sur la sexualité des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été publiée en 1998<sup>27</sup>.

L'objectif est d'identifier les problèmes des séropositifs relatifs à leur vie sexuelle ; comment sont-ils vécus ; quelle incidence ont-ils sur la prévention de la transmission du VIH ; quelle prise en charge peut-on proposer en tenant compte de ces difficultés. Basé sur une analyse de la littérature et des supports audio-visuels ainsi que sur des entretiens d'intervenants dans le domaine social de la santé et de personnes vivant avec le VIH, les principaux constats sont les suivants : les personnes séropositives et leurs partenaires sont en proie à des problèmes psychoaffectifs très importants, parmi eux :

- une perception de soi dégradée,
- une peur du rejet,
- le poids de la responsabilité d'entretenir des relations protégées,
- la négation de la maladie,
- la dégradation de l'état physique,
- la remise en cause du droit à la maternité/paternité.

L'impact négatif de ces difficultés sur la vie affective et sexuelle est énorme. Ainsi le soutien proposé aux personnes touchées devrait dépasser le cadre strict d'une information biomédicale et

prendre en compte leur désarroi psychologique face à une situation qui demande des remises en cause de la vie amoureuse et des redéfinitions identitaires.

Ces résultats appellent des recommandations dans trois domaines :

- l'accessibilité et la qualité du dispositif de conseil et de soutien,
- la qualité et la diffusion des informations aux intervenants et aux personnes vivant avec le VIH,
- la sensibilisation des intervenants aux difficultés d'ordre affectif et sexuel des personnes vivant avec le VIH.

#### 2.3.4 Besoins des personnes vivant avec le VIH/sida

Une équipe de chercheurs de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a examiné en 2000 les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse<sup>28</sup>.

Ils se résument sur les points suivants :

- les besoins d'informations, de savoir et de connaissances,
- les besoins en conseil,
- les besoins de soutien psychologique et d'accompagnement,
- les besoins d'aide sociale et de protection juridique,
- les besoins de soins, de traitements et de prise en charge.

Les lacunes principales relevées en rapport avec ces différents domaines et concernant spécifiquement la SSR sont les suivantes.

L'éducation sexuelle et la prévention contre le VIH existent en principe dans tous les cantons mais elle est de qualité très diverse. La couverture est probablement insatisfaisante en Suisse alémanique. L'offre de conseil avant le test VIH n'est pas toujours suffisante, notamment en cas de grossesse ou désir d'enfant. Dans ce cas il n'existe pas de critères de qualité ni de « bonnes pratiques » concernant l'information médicale et les possibilités de traitement. Les attitudes moralisatrices ne sont pas à exclure. Dans les cas d'une infection par le VIH, les assurances-maladie ne prennent pas en charge les prestations d'insémination artificielle. Le conseil se fait rarement dans la durée. Le soutien psychologique des médecins durant une grossesse est souvent insuffisant. La formation des professionnel(le)s de la santé laisse à désirer, en particulier la formation continue des gynécologues et des sages-femmes. Il y a encore trop de tests du sida qui sont effectués sans consentement (par exemple lors de grossesse).

#### 2.3.5 Prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école

Les politiques et pratiques cantonales en matière de prévention du VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école ont été examinées par des chercheurs de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne en 2001<sup>1</sup>.

Il s'avère que la situation de l'éducation sexuelle est extrêmement hétérogène en fonction des cantons et qu'elle est en constante évolution. Elle a des bases légales solides dans l'école obligatoire mais elles sont lacunaires au niveau post-obligatoire. Tandis que la couverture de l'éducation sexuelle est assez bonne à l'école obligatoire où elle intègre le thème du sida, il semble que ce soit moins le cas dans les écoles de maturité et les écoles professionnelles. Dans les régions alémaniques la couverture apparaît être moins bonne qu'en Suisse romande. Il n'existe

aucune formation spécifique préparant à l'éducation sexuelle, tâche qui relève des enseignants en Suisse alémanique en contraste avec les intervenant(e)s extérieur(e)s opérant en Suisse romande dont la formation est approfondie (deux ans de théorie et pratique). Mais leur nombre reste insuffisant par rapport aux besoins. Les recommandations de ce rapport sont en annexe 10.4.

## 2.4 RESUME

Les travaux recensés mettent en évidence une série de lacunes relatives à la SSR en Suisse. La SSR souffre de reconnaissance nationale et de prise en compte fragmentaire par les politiques sanitaires cantonales. Les problématiques sont loin d'être quantifiées de manière adéquate. Si les dispositifs d'information et de conseil sont nombreux, on sait peu de choses sur leur qualité et leur impact faute d'évaluations. Le manque de formation des intervenants en matière de SSR est souvent relevé. Les prestations de soins restent trop étroitement médicalisées alors que des approches bio-psycho-sociales intégrées seraient souhaitables. Certaines populations spécifiques semblent rester à l'écart des structures relevant de la SSR : c'est le cas des hommes, des femmes en fin de carrière reproductive ou encore des femmes marginalisées et précarisées en particulier les migrantes. Les personnes vivant avec le VIH, des victimes de violences et d'abus ne sont pas considérés avec suffisamment d'attention eu égard à leurs besoins spécifiques. Une amélioration des synergies inter-institutionnelles, la création de réseaux performants de prise en charge contribuerait de manière significative à l'amélioration de la SSR.

Le tableau suivant présente de manière résumée les principales lacunes et recommandations qui ressortent des 15 travaux d'analyse et d'évaluation dans le domaine de la SSR.

**Tableau 1** Principales lacunes et recommandations qui ressortent des travaux d'analyse et d'évaluation dans le domaine de la SSR

Thèmes	Lacunes	Recommandations
<b>Politique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de volonté politique</li> <li>manque de coordination au niveau supracantonale</li> <li>pas de mandat de prévention officiel pour les centres de planning familial</li> <li>ressources limitées pour le planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sensibilisation aux enjeux d'égalité des sexes</li> <li>création d'un organisme de coordination SSR supra-cantonale</li> <li>prioriser la SSR dans l'agenda de la politique de la santé</li> </ul>
<b>IEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de coordination et de synergie d'efforts</li> <li>offre de prévention VIH insuffisante dans les centres de planning familial</li> <li>réseau planning familial peu structuré en SA</li> <li>offres planning familial trop médicalisées/techniques</li> <li>manque de personnel</li> <li>manque de formation</li> <li>couverture en éducation sexuelle insuffisante au niveau post-obligatoire ; vraisemblablement en SA de manière générale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>améliorer les réseaux de coordination</li> <li>développer la visibilité des centres de planning familial</li> <li>améliorer la couverture de l'éducation sexuelle</li> <li>améliorer la formation des professionnels de la santé</li> <li>intégrer la maîtrise de la fécondité et la prévention du VIH/sida et des IST</li> <li>pour les personnes vivant avec le VIH : sensibiliser les intervenants aux difficultés d'ordre affectif et sexuel ; améliorer l'accessibilité et la qualité du dispositif de conseil et de soutien</li> </ul>

Thèmes	Lacunes	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• éducation sexuelle cible des groupes trop hétérogènes</li> <li>• manque de formation du personnels soignant, des juristes en matière de violences</li> <li>• ressources des institutions en matière de violence mal identifiées</li> <li>• prise en compte inadéquate des besoins des hommes</li> <li>• visibilité des centres insuffisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mieux prendre en compte les aspects relationnels (négociations sur la contraception ; prise de conscience des relations de pouvoir : prévention des violences sexuelles)</li> <li>• campagnes de presse portant sur le caractère illégal des violences conjugales</li> <li>• favoriser les mesures d'éducation à la non violence</li> </ul>
<b>Soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque d'infrastructures cliniques SSR</li> <li>• pas de structure de prise en charge spécifique pour les victimes de violences</li> <li>• formation des professionnels de la santé insuffisante</li> <li>• prise en compte inadéquate des aspects psycho-sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intégrer la maîtrise de la fécondité et la prévention du VIH/sida et des IST</li> <li>• augmenter la connaissance et l'accès à la CPC</li> <li>• améliorer le dépistage, les soins et l'aide apporté aux victimes de violences</li> <li>• créer des structures d'hébergement d'urgence et des groupes d'entraide pour les hommes violents</li> <li>• encourager l'allaitement</li> <li>• améliorer détection et traitement précoce des MST, cancers</li> <li>• améliorer prévention des IVG répétées</li> <li>• améliorer l'accès aux tests VIH anonymes</li> </ul>
	<p><i>Déficit de données :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• statistiques de routine du planning familial</li> <li>• qualité des prestations / satisfaction des client(e)s</li> </ul>	<p><i>Recensements nationaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• activités de conseil : quantification et harmonisation de récolte</li> <li>• définition de critères de qualité, monitoring</li> </ul>
<b>Epidémiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• phénomène de violence conjugale (prévalences, facteurs de risque, dispositions légales mal connues)</li> <li>• soins médicaux et paramédicaux : dépistages, IVG, infections MST, stérilité</li> <li>• absence de culture d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• phénomènes de violence</li> <li>• affections, IVG</li> <li>• statistiques de traitements hospitaliers</li> <li>• études longitudinales des carrières reproductives</li> </ul>
<b>Populations-cibles</b>	<p><i>A considérer :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Classes d'âge (adolescentes, femmes en fin de carrière reproductive ;</li> <li>• Groupes à risque (niveau de formation bas, en situation de précarité, mères élevant seules leur enfant, femmes séparées, toxicomanes, victimes de violence, migrantes, personnes touchées par le VIH)</li> <li>• Hommes</li> </ul>	<p><i>Améliorer les actions en fonction des 4 axes</i></p>

## 3 ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

Ce chapitre traite divers aspects de l'environnement politique et administratif pertinents pour la SSR. Une meilleure appréciation de cet environnement permet la compréhension de l'évolution du « dossier » SSR, et fait apparaître les opportunités et les entraves à son développement en Suisse. Ainsi, il est question : du rôle du fédéralisme dans l'organisation des prestations ; des revendications concernant la santé de la femme qui, avec un certain succès, ont trouvé une réponse au niveau politique ; des institutions de santé publique susceptibles de promouvoir la SSR<sup>bb</sup> ; d'une sensibilisation accrue pour les questions de genre dans les milieux universitaires et dans la recherche médicale. Les aspects juridiques sont présentés à part dans le chapitre suivant.

### 3.1 FEDERALISME ET SSR

La politique de santé suisse est profondément marquée par son système fédéraliste. Les cantons sont responsables de l'organisation des services de santé<sup>29</sup>. Il n'y a pas, pour l'heure, d'instance de régulation ni de coordination du système de santé au plan national. La Confédération a la charge de quelques dossiers spécifiques comme l'épidémiologie et la lutte contre les maladies transmissibles et l'assurance-maladie entre autres<sup>30,31</sup>.

Dans ce contexte, les cantons disposent de larges prérogatives en matière de politique sanitaire et certains d'entre eux délèguent aux communes des tâches qui intéressent la SSR, notamment la prévention, la promotion de la santé, le conseil, l'aide à l'accouchement.

Si le fédéralisme est souvent montré du doigt, il ne faut pas oublier qu'il permet de créer rapidement des réponses ciblées et adéquates à des problèmes sanitaires (dans leur dimension bio-psycho-sociale) qui se présentent. Le principe de subsidiarité permet de prendre les décisions à un niveau aussi proche que possible des acteurs (prestataires et bénéficiaires) qu'elles concernent.

La diversité des compétences en matière d'affaires sanitaires a montré la nécessité de créer des organes de coordination dépassant les découpages administratifs cantonaux.

Pour l'ensemble du pays, la coordination inter-cantonale est assurée par la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) (Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, SDK : <http://www.sdk-cds.ch>). C'est un forum national dans lequel les ministres de la santé de chaque canton se réunissent périodiquement pour travailler à l'harmonisation des politiques de santé publique. La CDS émet des recommandations sans pouvoir décisionnel.

En parallèle à cet organe il existe un certain nombre de dispositifs similaires réunissant 8 cantons (romands, bernois et tessinois) qui marquent une volonté de collaboration inter-cantonale sans équivalent dans le reste de la Suisse alémanique (cf. annexe 10.4 pour des informations plus détaillées) :

- Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) coordonne les politiques des chefs de département (santé publique, affaires sociales).

---

<sup>bb</sup> Celles qui ont comme mission directe un ou plusieurs aspects de la SSR sont décrites dans le chapitre 5.

- Groupement des services de santé publique (GRSP) : c'est l'organe consultatif et exécutif du CRASS ; il agit en parallèle avec son pendant, le Groupement des affaires sociales (GRAS).
- Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DIPPS) : il s'occupe de projets intercantonaux ([www.socialinfo.ch/organisation](http://www.socialinfo.ch/organisation)).

Sur nombre de dossiers, on constate qu'il existe des volontés politiques, processus décisionnels, priorités et formes d'organisation des dispositifs IEC et soins différents en fonction du principal clivage linguistique (« Röstigraben »). Que ce soit sur le plan des votations (e.g. assurance maternité), intérêt pour la promotion de la santé, l'éducation sexuelle, le dépistage, des différences de mentalité assez tranchées qui départagent la Suisse<sup>32</sup> existent<sup>33</sup>.

Mais il existe d'autres clivages : confessionnels, ville-campagne. La ligne de partage entre les cantons libéraux et restrictifs apparue en matière d'interruption de grossesse semble, par exemple, intégrer ces deux critères.

### 3.2 INTERPELLATIONS PARLEMENTAIRES CONCERNANT LA SSR

En été 1998, la conseillère nationale Ruth Gaby Vermot-Mangold dépose une motion au parlement demandant la création d'un service fédéral chargé de la santé des femmes et d'établir une politique en matière de santé féminine (cf. annexe 10.6). A l'appui de son texte, elle expose les problèmes ci-dessous, en se référant essentiellement au document final de la 4e conférence mondiale des Nations Unies de Beijing ainsi que sur le rapport sur la santé des femmes en Suisse (cf. 2.1.2 ; 2.1.5).

Sur le plan strictement sanitaire, les femmes jouissent d'une moins bonne santé que les hommes tant bien même elles aient une espérance de vie supérieure. Elles vont plus souvent chez le médecin et prennent plus de médicaments. Les problèmes gynécologiques jouent un rôle important tout au long de leur vie. L'inégalité entre les sexes, les différences de positions sociales et le mode de vie (pauvreté, dépendance économique, violence, préjugés, entraves à la libre disposition de son corps, accès limité ou inégal à l'éducation, à la connaissance, à l'emploi, aux ressources) se traduisent par des conséquences délétères sur la santé des femmes. Les charges qui pèsent sur les femmes (double journées, emplois plus précaires, salaires plus bas, accès aux postes supérieurs limités) entrent pour une large part dans ce bilan négatif.

La question concernant un service fédéral chargé de la santé des femmes est reprise en 2000. Ruth Genner pose une question ordinaire au conseil national relative au service chargé de la santé des femmes (cf. annexe 10.6). Prenant acte que le Conseil fédéral se soit clairement prononcé en faveur d'une politique de la santé qui tienne compte des spécificités féminines, la parlementaire s'inquiète que ni le public ni les milieux spécialisés n'aient jusqu'à présent pris conscience de l'existence d'un service chargé de la santé de la femme. Dans sa réponse de décembre 2000, le Conseil fédéral esquisse les tâches du service « Gender Health ».

En ce qui concerne plus spécifiquement la SSR, le postulat de Ruth Genner, déposé en 2000 et mentionné en préambule, a pour objet d'améliorer l'information sexuelle (cf. annexe 10.6). Il s'attache à définir un mandat élargi pour les centres de consultation en matière de grossesse. Les besoins psychosociaux des femmes et des hommes sont fondamentaux pour la gestion de la SSR (choix contraceptif, diagnostic prénatal, IVG, substitution hormonale). Il s'agit également de faire un travail de prévention de qualité pour ce qui touche le VIH/sida. Cette offre doit être rendue accessible aux migrants.

### 3.3 GENDER HEALTH À L'OFSP

La fondation d'un service spécialisé concernant la santé des femmes et des hommes intégré à l'OFSP est l'aboutissement d'un processus de sensibilisation à la SSR en Suisse existant depuis les années '90. Les études de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Bâle demandaient la création d'un centre national pour la santé des femmes. Comme décrit plus haut, cette recommandation a été relayée par une motion parlementaire (motion Vermot) suivi d'une question au Conseil national.

En avril 2000, la demande s'est concrétisée : un service spécialisé Santé des hommes et des femmes a vu le jour à l'OFSP rattaché au secteur Politique de la santé, recherche et formation. Son objectif d'amélioration et le maintien de la santé des femmes et des hommes est poursuivi par une double approche :

- le gender mainstreaming qui consiste à intégrer l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans l'ensemble des politiques et actions communautaires dans le domaine de la santé,
- la recherche et la pratique spécifique au genre en santé publique.

Dans un premier temps le travail se focalise sur les spécificités des femmes car il existe d'importantes lacunes sur le plan de la recherche dans ce domaine. La santé des hommes sera considérée progressivement avec un objectif de parité autour de 2005. De manière plus spécifique, le service énumère ses tâches de manière suivante :

- surveillance et promotion des questions de santé spécifiques au genre,
- planification et mise en œuvre de projets,
- mise en réseau, coordination et collaboration avec des spécialistes,
- documentation,
- formation, formation continue et conseils,
- amélioration des connaissances.

En parallèle le service s'attache à renforcer sa position, sa notoriété et sa visibilité au sein de réseaux nationaux et locaux et d'informer le public sur son offre et ses prestations. Il correspond actuellement à un processus évolutif qui, étant donné son caractère innovant, se doit d'ajuster forme et contenu en fonction du contexte.

### 3.4 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE/OBSERVATOIRE DE LA SANTE

Dans son programme de législature quadriennal (1999-2003), le Conseil fédéral a décidé de définir une politique nationale de la santé en collaboration avec les cantons. L'intention est d'améliorer les partages de compétences devenues de plus en plus complexes dans le système fédéral suisse en renforçant la collaboration entre la Confédération et les cantons. Sur l'initiative de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et le Département fédéral de l'intérieur, un processus visant à développer une vision partagée de la future politique de la santé a été mis en place<sup>34</sup>. Confédération et cantons collaborent à part égales et sont des partenaires ayant les mêmes droits. Ainsi, dès 1999 trois thèmes prioritaires ont été définis : santé psychique, empowerment, critères de planification de l'offre. Ce projet se veut être une plate-forme de discussion et de collaboration entre acteurs de la santé publique à différents

niveaux. Il organise des journées de travail et des forums de contact ; il soutient une amélioration des données disponibles sur le paysage sanitaire suisse et développe les trois thèmes prioritaires définis<sup>35</sup> ([www.nationalgesundheit.ch](http://www.nationalgesundheit.ch)).

Parallèlement à ce projet, la Suisse s'est dotée d'un Observatoire de la santé dont les missions sont les suivantes<sup>36,37</sup>:

- rassembler, traiter et évaluer les données et informations relatives à la santé de la population et au système de santé ;
- mettre à disposition des données et informations scientifiquement fiables et pertinentes ayant trait à la santé ;
- analyser et fournir les données et informations relatives à la santé pour appuyer la planification et la prise de décisions en matière de politique de santé afin d'évaluer les mesures, les services de santé et les structures de prise en charge et de mettre en évidence les problèmes de santé de la population ;
- proposer des améliorations et des innovations en ce qui concerne les relevés et registres des données en cas de lacunes et d'insuffisances dans les données de santé existantes.

L'Observatoire de la santé a défini tout récemment des modules de monitoring portant sur des thèmes importants pour la politique de la santé : l'un d'eux est la santé sexuelle et reproductive<sup>37</sup>. Ce module est décrit plus loin dans le chapitre 7.2 concernant les données épidémiologiques.

A noter que l'Observatoire de la santé ne produit pas lui-même de nouvelles données mais se base sur les statistiques existantes qu'il exploite.

Un projet relatif à la SSR est en préparation à l'Observatoire de la santé en collaboration avec le service Gender Health de l'OFSP : Coûts de santé des femmes en Suisse.

Selon les dires de son directeur, l'Observatoire de la santé est mieux accepté et davantage soutenu en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique. Certains cantons du nord-est de la Suisse sont peu enthousiastes. Zurich par exemple a indiqué ne pas souhaiter participer au financement de l'Observatoire. D'autres grands cantons, en revanche, comme Berne et Vaud ont manifesté leur intérêt à collaborer avec l'Observatoire<sup>38</sup>.

### 3.5 PROMOTION SANTÉ SUISSE

Promotion Santé Suisse<sup>cc</sup>, anciennement Fondation 19, est une fondation créée sur la base de l'article 19 de la nouvelle Loi sur l'assurance-maladie de 1994, qui exige des assureurs et des cantons d'assumer des activités de promotion de la santé. La fondation est mandatée pour stimuler, coordonner et évaluer les mesures de promotion de la santé. Elle annonce trois programmes prioritaires : activité physique, alimentation, détente ; santé et travail ; adolescents et jeunes adultes. Par ailleurs, elle finance des projets individuels, mène une campagne « Feel Your Power », travaille en lien avec les cantons, participe aux réseaux internationaux ; elle est active dans la formation et édite un magazine, « Focus », concernant les actualités en promotion de la santé en Suisse. Cette fondation est intéressante pour la SSR, dans la mesure où les

---

<sup>cc</sup> [www.promotionsante.ch](http://www.promotionsante.ch)

principes de promotion de la santé s'accordent avec certains aspects du nouveau concept, comme la promotion du bien-être, l'autonomie, l'empowerment...

### 3.6 INTEGRATION DE LA PROBLEMATIQUE DU GENRE DANS LA FORMATION UNIVERSITAIRE ET LA RECHERCHE MEDICALE

#### 3.6.1 Etudes genre

C'est fin des années '60, début des années '70 aux Etats Unis, qu'issu des mouvements féministes, l'analyse des rapports sociaux entre sexes, a fait son entrée dans les universités sous l'appellation des *Women's studies*<sup>39</sup>. Le champ s'est par la suite élargi pour s'intéresser à la construction d'identités de genre échappant au déterminisme biologique de sexe qui légitime les discriminations et les inégalités. Ainsi les études de Genre ont pour objet d'analyse les processus sexués qui structurent l'ensemble de l'organisation sociale. En tant que domaine académique elles ont pour vocation des approches interdisciplinaires et combinent activités scientifiques et militantes<sup>40</sup>. Dans le domaine des sciences, les études genre portent sur la méthodologie, la réalisation et les résultats de la recherche scientifique. Dans leur fonction théorique, elles peuvent en principe s'appliquer à toutes les orientations scientifiques, y compris les sciences naturelles.

L'introduction des Etudes Genre dans les curricula académiques est récente en Suisse<sup>41</sup>. Le programme national de recherche PNR 35 sur les femmes dans la loi et la société a donné une première visibilité à ces recherches de genre. Un programme fédéral « Egalité des chances des femmes et des hommes dans le domaine universitaire » visent à renforcer la relève scientifique féminine (actuellement 7% de professeures) et soutenir les Etudes Genre.

Mais l'institutionnalisation des Etudes genre dans les universités relève des cantons. Au printemps 2001, l'Université de Bâle possède une chaire à temps partiel rattachée à l'Institut d'histoire. En été 2000 a été fondé à Berne un centre d'Etudes Genre : Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IZFG) Zurich n'a pas de chaire spécifique mais il existe un Kompetenzzentrum Gender Studies (KGS) fondé en 1998. Lausanne a une professeure en Etudes Genre depuis automne 2000<sup>42</sup>.

Un cours postgrade commun est proposé en commun par les universités de Lausanne et de Genève depuis six ans. Cette formation s'intitule diplôme d'études approfondies (DEA) pluriuniversitaire en Etudes genre<sup>43</sup>. Elle comprend en particulier un cours sur Genre et santé qui s'intéresse aux enjeux de la mesure des différences sexospécifiques en santé, aux perspectives historiques et anthropologiques des rapports sociaux de sexes et à leur impact sur la santé ainsi qu'aux stratégies d'élimination des inégalités de sexes en matière de santé.

En parallèle, la construction de réseaux se développe pour encourager la recherche de genre. La première association active dans ce sens est l'Association Suisse Femmes Féminisme Recherche (FFR)<sup>44</sup>. Cette association est un réseau, un espace de discussion et un groupe de pression ayant pour but d'encourager la recherche féministe et la recherche sur les rapports sociaux de sexe. Elle est à l'origine de l'initiative d'une banque de données en collaboration avec l'Académie suisse des sciences naturelles, femdat, pour expertes dans les différents domaines scientifiques et professionnels. Disponible sur internet depuis l'automne 2001 elle permet d'identifier des expertes et spécialistes dans différentes disciplines recherchées par des hautes écoles, administrations entreprises, commissions ou personnes privées.

La Société Suisse pour les Etudes Femmes/Etudes Genre (SSEFEG) (Schweizerische Gesellschaft für Frauen- und Geschlechterforschung SGFG) a été fondée en 1996. Elle a pour objectif de représenter, de promouvoir et de donner une assise institutionnelle à ces études dans toutes les disciplines scientifiques. En mars 2001 elle a organisé par exemple un colloque interdisciplinaire « Körper-Konzepte » incluant perceptions, figurations, concepts scientifiques relatifs au corps.

Le laboratoire interuniversitaire en Etudes genre (LIEGE) a été créé en automne 2000. Il s'agit d'un réseau suisse de chercheuses et chercheurs, d'enseignant(e)s qui intègrent la perspective de Genre dans leurs travaux et contribuent à promouvoir l'égalité entre les sexes. Ce réseau se veut apporter un soutien collectif à ses membres, être un relais d'information et constituer un espace de réflexion autour des questions féminines.

### 3.6.2 Gender mainstreaming en recherche médicale

Les mouvements féministes américains ont dans les années '70 fait de la santé un enjeu majeur de l'émancipation et de l'autonomie dans une volonté de se réappropriier leur corps sur lequel le corps médical masculin avait trop d'emprise. Un ouvrage rédigé par le collectif de Boston pour la santé des femmes témoigne de ces approches nouvelles originales de la santé sexuelle et reproductive<sup>45</sup>. Un certain nombre de phénomènes étaient dénoncés : la médicalisation du corps féminin, l'ignorance des besoins spécifiques des femmes notamment autour de l'accouchement, la discrimination et l'inégalité de traitement des professionnelles de la santé<sup>46</sup>. La SSR était alors encore largement centrée sur des thèmes proprement gynécologiques et son élargissement s'est réalisé en parallèle des progrès de la recherche interdisciplinaire concernant les questions féminines.

Il apparaît que les conceptions même de la maladie/santé sont sexuellement marquées. Les hommes thématisent leurs troubles essentiellement en termes organiques alors que les femmes évoquent plus souvent un mal-être psychique. Les catégories de diagnostic s'alignent sur cette ligne de partage. L'aspect du genre dans la communication médicale et la dyade médecin-patient est un domaine de recherche qui est à ses débuts.

La recherche portant sur la santé des femmes s'est développé tardivement. Jusque dans les années '90 les femmes ont été souvent exclues des études cliniques médicales. Cette mise à l'écart était justifiée par la possibilité d'une grossesse durant la durée de la recherche et une contamination des résultats par les spécificités du cycle hormonal. Ainsi on a par exemple investigué les facteurs de risque cardiovasculaires uniquement chez les hommes bien que cette maladie prédomine chez les femmes après la ménopause. Le rôle des oestrogènes n'a pas été considéré ce qui, à long terme a péjoré une prise en charge adéquate des femmes souffrant de ces affections.

Des lacunes importantes dans la recherche de problèmes médicaux spécifiquement féminins comprennent l'étiologie du cancer du sein et le rôle des hormones de substitution. Il s'en suit que le conseil et l'accompagnement adéquat de ces problèmes fait encore largement défaut.

L'ensemble de la politique de la recherche est toujours caractérisé par une forme d'androcentrisme, un « gender bias » (répartitions de fonds, expertises etc.). Les questions empiriques, designs, méthodes, analyses et interprétations des recherches bio-médicales et de santé publique sont toujours relativement insensibles à une approche spécifique au genre. La communauté européenne s'est récemment attaché à établir un catalogue de critères pour remédier à ces distorsions.

## 4 ENVIRONNEMENT JURIDIQUE : BASES LEGALES DU DROIT A LA SSR

Le droit à la santé comprend toutes les normes juridiques valables au niveau des Organisations internationales, de la Confédération, des cantons et des communes qui relèvent de la promotion, du maintien et de la restauration de la santé humaine. Sont évoquées ici les dispositions législatives en rapport avec la SSR : traités internationaux, constitution, lois, ordonnances. Le droit à la santé définit les conditions cadre pour la santé publique dans son ensemble<sup>30</sup>.

Le droit international a une influence sur le droit national. La Suisse a été ainsi amenée à signer un certain nombre de conventions internationales, participé à de nombreux travaux sous l'égide de l'OMS et du Conseil de l'Europe dont elle subit l'influence. Ces cadres juridiques orientent en partie les stratégies de prévention, d'administration des soins et de promotion de la santé. De plus ils se réfèrent en amont à des droits fondamentaux comme les droits de la personne humaine<sup>47</sup>.

Les bases légales ne constituent pas pour autant des garanties d'amélioration de la SSR qui doivent nécessairement trouver un appui dans une volonté politique affirmée, une base économique et une prise de conscience sociale.

### 4.1 PLAN INTERNATIONAL

Un certain nombre de thèmes relevant de la SSR se trouvent dans les chartes, conventions, déclarations internationales. Parmi ces textes, il faut signaler les suivants :

**La déclaration universelle des droits de l'homme** mentionne à l'article 25, paragraphe 1 que toute personne a droit à des conditions de vie propices à la santé et au bien-être, y compris nourriture, vêtements, logement, soins médicaux et services sociaux ainsi que le droit à la sécurité dans le cas de chômage, maladie, handicap, veuvage et vieillesse. Plus précisément au paragraphe 2 il est mentionné que mère et enfant ont droit à des soins et assistance particuliers. Tous les enfants légitimes ou non ont droit à la même protection sociale.

Dans **la convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels**, l'article 10, paragraphe 2 il est dit : une protection particulière doit être accordée aux mères durant une période raisonnable avant et après la naissance. Durant cette période les mères qui travaillent devraient bénéficier d'un congé rémunéré ou un congé avec les avantages de sécurité sociale adéquats.

Dans **la convention des droits de l'enfant**, à l'article 24, paragraphe 2, d) il est précisé que les états doivent s'engager à assurer les soins prénataux et postnataux appropriés aux mères.

Dans **la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes** adoptée en 1979, hormis de nombreux articles qui condamnent toute inégalité entre les sexes dans les domaines politiques, sociaux, économiques et culturels, il est fait mention à l'article 11, paragraphe 2 que les états, afin de prévenir toute discrimination envers les femmes sur la base de mariage ou de maternité et leur assurer leur droit au travail s'engagent a) à

interdire toute sanction ou renvoi sous prétexte de grossesse ou de congé maternité ainsi que toute discrimination dans les licenciements sur la base d'état civil, b) d'introduire un congé maternité payé ou avec des avantages sociaux comparables sans perte d'emploi, ancienneté ni bénéfices sociaux, c) d'encourager la mise en place de services sociaux permettant aux parents de combiner leurs obligations familiales avec leurs responsabilités professionnelles ainsi que leur participation à la vie publique, en particulier en encourageant la création et le développement d'un réseau de crèches, d) d'assurer une protection particulière aux femmes durant la grossesse par rapport à tout travail considéré comme dangereux. A l'article 12, paragraphe 1, il est inscrit que les états doivent s'assurer, sur la base du principe d'égalité entre hommes et femmes, l'accès aux services de santé y compris ceux rattachés au planning familial ; paragraphe 2, les états doivent garantir aux femmes les services appropriés en rapport avec la grossesse et la période postnatale assurant des services gratuits lorsqu'il y a nécessité ainsi qu'une nutrition adéquate durant la grossesse et la période de lactation. A noter que la Suisse est l'un des derniers pays à ratifier, en 1997, cette convention de l'ONU. Cette ratification l'engage à rendre régulièrement compte des progrès réalisés dans le domaine dans des rapports rendus tous les quatre ans<sup>48</sup>.

La commission des droits de l'homme, en se basant sur les instruments internationaux traitant de la discrimination fondée sur le sexe comme la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme, **la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes** a fait adopter en 1993 par l'Assemblée générale de l'ONU une résolution sur l'élimination de la violence contre les femmes qui est très complète sur le sujet.

## 4.2 PLAN FEDERAL

Le système fédéraliste suisse veut que *la Confédération ne dispose que des compétences qui lui sont expressément attribuées par la constitution fédérale* (art. 3 de la constitution). Les pouvoirs législatifs de la Confédération en matière de santé sont relativement limités par rapport aux cantons bien qu'on observe une tendance à les renforcer<sup>30</sup>. Actuellement relèvent du droit fédéral les prescriptions en matière d'exercice des professions médicales, de lutte contre les maladies transmissibles, de commerce des stupéfiants ainsi que, récemment, de procréation médicalement assistée et de génie génétique. L'assurance-maladie fait partie des compétences fédérales. Sauf condition exceptionnelle, le droit pénal fédéral réprime l'interruption volontaire de grossesse après la douzième semaine (cf. 10.7). A l'échelle du droit fédéral on ne trouve rien concernant la promotion de la santé ou la prévention.

En 1976, le Conseil fédéral a permis la création de la Commission fédérale extraparlamentaire pour les questions féminines. Il s'agit du premier organe public en Suisse chargé de l'égalité des sexes. Elle a une fonction purement consultative chargée de proposer des mesures pour améliorer la condition féminine.

### 4.2.1 Constitution fédérale suisse : article sur l'égalité

Le principe de l'égalité des droits entre femmes et hommes a été intégré dans la Constitution fédérale en 1981. Auparavant le principe d'égalité entre individus reconnu ne s'appliquait pas aux rapports de sexe<sup>49</sup>. Il est inscrit dans l'article huit de la nouvelle constitution de 2000 et formulé ainsi :

1 *Tous les êtres humains sont égaux devant la loi.*

- 2 *Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique.*
- 3 *L'homme et la femme sont égaux en droit. La loi pourvoit à l'égalité de droit et de fait, en particulier dans les domaines de la famille, de la formation et du travail. L'homme et la femme ont droit à un salaire égal pour un travail de valeur égale.*

Malgré cette égalité formelle, des inégalités persistent dans la vie économique, sociale et politique. En particulier les femmes restent discriminées sur le marché du travail. Par exemple, l'OFAS a établi en 1998 que les salaires des femmes sont nettement inférieurs à ceux des hommes. Dans le secteur privé le différentiel tourne autour de 20% et il est près de 10% dans l'administration fédérale.

#### 4.2.2 Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes 1995, LEg

Entrée en vigueur en juillet 1996, elle stipule l'interdiction de discriminer les femmes dans la vie professionnelle sur le plan de l'embauche, la répartition des tâches, les conditions de travail, le salaire, la formation, l'avancement et le licenciement<sup>50</sup>. Le harcèlement sexuel sur le lieu de travail est explicitement interdit (article 4). Cette loi permet à la Confédération de soutenir des projets et des lieux de consultation visant à promouvoir l'égalité dans le monde du travail.

#### 4.2.3 Loi fédérale sur l'assurance maladie 1994 LAMal

La loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et accident (LAMA) a été adoptée en 1912 ; celle-ci a subi une première réforme en 1964 puis a été complètement révisée en 1994 en LAMal<sup>51</sup> (cf. 10.7).

Dans son article 2 dans lequel sont définis la maladie et l'accident, l'alinéa 3 précise : *La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.* Cette proximité indique que la maternité est de fait assimilée à une maladie.

L'article 29 énumère les prestations couvertes par l'assurance de base de manière suivante :

- 1 *L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité*
- 2 *Ces prestations comprennent :*
  - a *les examens de contrôle effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse ;*
  - b *l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme ;*
  - c *les conseils nécessaires en cas d'allaitement*
  - d *les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.*

L'article 30 traite de l'interruption non punissable de la grossesse

*En cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 120 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.*

Les mesures de prévention et de prestations spécifiques figurent dans l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie de septembre 1995 (cf. annexe 10.7). Entre autre, celle-ci prévoit la mise en place dans les cantons de programmes de mammographie et de contrôles gynécologiques comprenant le dépistage du cancer de l'utérus.

#### 4.2.4 Législation sur l'interruption volontaire de grossesse

L'interruption volontaire de grossesse n'est pas punissable en Suisse à condition qu'elle corresponde aux termes de la loi, suivant la révision de 2001, voté par le peuple le 2 juin 2002. Essentiellement, elle peut être pratiquée avant la douzième semaine de grossesse, sur demande écrite de la femme invoquant une situation de détresse. Egalement, la loi exige des cantons un certain nombre de conditions concernant les prestations à fournir en cas de demande d'IVG (annexe 10.7).

En fait, la situation concernant l'IVG en Suisse a évolué entre le commencement et la fin de la rédaction de ce rapport. La législation en vigueur auparavant interdisait l'avortement sous peine d'emprisonnement (articles 118, 119, 120 et 121) à moins que la santé de la mère ne soit en danger et nécessitait l'avis d'un deuxième médecin (avis conforme). Daté de 1938, elle est entrée en vigueur en 1942. L'interprétation du terme « santé » était laissée aux cantons. En 1948, l'OMS redéfinit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social », ce qui rendait possible un assouplissement au niveau des pratiques, mais tous les cantons n'ont pas souhaité en tirer profit.

Il y a eu au cours des trente dernières années toute une série de tentatives pour mettre la loi en conformité avec les pratiques (depuis 1988 il y a de fait abandon de toute condamnation pour avortement). Trois initiatives populaires visant à libéraliser l'accès à l'avortement ont été déposées en 1971, 1977 et 1993 : elles ont toutes été rejetées. En 1985 et 1999 deux initiatives sont déposées pour interdire l'avortement. En mars 2001, le parlement suisse a accepté une loi dite du délai, autorisant l'avortement dans les 12 premières semaines de grossesse sur demande de la femme faisant valoir un état de détresse (cf. annexe 10.7 pour un comparatif entre les deux législations). Une contre-initiative appelée « pour la mère et l'enfant » refusant tout avortement, même en cas de viol, est opposée à la loi du délai et soumise à la votation du peuple le 2 juin 2002. Enfin, le régime du délai a été approuvé par 72.2% des voix tandis que l'initiative « Pour la mère et l'enfant » n'a obtenu que 18.3%. Ainsi, la Suisse a rejoint les trois quart des pays européens en adoptant une solution dite du délai.

#### 4.2.5 Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse 1981

Cette loi qui est entrée en vigueur en 1984 stipule à l'article premier :

- 1 *En cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à des consultations gratuites et à une aide.*
- 2 *Elles seront informées de l'assistance privée et publique sur laquelle elles peuvent compter pour mener la grossesse à terme, sur les conséquences médicales d'une interruption et sur la prévention de la grossesse.*
- 3 *Les cantons instituent des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Ils peuvent en créer en commun, reconnaître ceux qui existent déjà et faire appel à des organismes privés pour en assurer l'aménagement et le fonctionnement.*

4 *Les centres de consultation doivent disposer de collaborateurs et de ressources financières qui leur permettent d'accorder sans retard les consultations gratuites et l'aide nécessaire aux personnes intéressées.*

Cette loi fédérale est traduite dans des juridictions cantonales très disséminées. Certains articles de loi relatifs à ces centres de consultation se retrouvent dans les lois sanitaires, comme indiqué plus loin. De fait, dans la grande majorité des cantons ce sont les centres de planning familial qui assument ce mandat et qui l'interprètent de manière très différente.

Selon des experts, la plupart des cantons s'engagent de manière insuffisante et non uniforme. Au Tessin, par exemple, les services de conseil sont intégrés à des structures médicales existantes dans les hôpitaux. Ailleurs il existe une offre à bas seuil. Par ailleurs, le financement des prestations n'est pas clair.

La loi de 1981 est complétée par une Ordonnance, souvent moins bien connue stipulant entre autres que l'Office fédéral des assurances sociales regroupe chaque année les rapports d'activité des centres de consultation reconnus en matière de grossesse (cf. annexe 10.9).

#### 4.2.6 Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies) 1970

Après la disparition d'Europe des grandes épidémies connues (peste, typhus, variole), la Confédération a voulu se doter d'une loi permettant de lutter contre des maladies transmissibles encore mal connues et ceci quelques années avant l'apparition du virus VIH<sup>52,53</sup>.

Légiférer dans le domaine de la lutte contre les épidémies revient à la Confédération en vertu de l'article 69 de la constitution. La loi de 1970 confie à la Confédération et aux cantons le soin de prendre les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles de l'homme.

L'Ordonnance sur des études épidémiologiques visant à collecter des données sur le virus de l'immunodéficiência humaine (Ordonnance sur les études VIH) 1993 fixe les conditions auxquelles des études épidémiologiques visant à collecter des données sur la prévalence et l'incidence du virus de l'immunodéficiência peuvent être réalisées<sup>54</sup>. Ces travaux doivent servir de base pour la planification de mesures de lutttes contre le sida.

#### 4.2.7 Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions 1991 LAVI

Cette loi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993 permet aux victimes d'actes de violence et particulièrement les victime de violences sexuelles de bénéficier d'une meilleure protection juridique ainsi qu'au droit à une aide de l'Etat. Elle prévoit que les cantons mettent sur pied des centres de consultation offrant aux victimes un soutien médical, psychologique, social, juridique et financier. Les intérêts de la victime seront mieux pris en compte. Les femmes, par exemple, victimes d'agressions sexuelles peuvent exiger d'être entendues par une fonctionnaire ainsi que demander lors de procès d'être jugés par une femme.

A noter qu'aucune disposition légale ne se réfère explicitement à la violence domestique en droit suisse. Au plan du droit fédéral, la législation la plus pertinente en la matière est le Code pénal qui traite d'infractions telles que les lésions corporelles graves et simples, les voies de fait, la mise en danger de la vie d'autrui, les injures, les infractions contre le domaine privé, les menaces et les contraintes.

Les lésions corporelles graves et la mise en danger de la vie d'autrui sont poursuivies d'office. En revanche, les lésions corporelles simples, les menaces, les voies de fait le viol et la contrainte sexuelle dans le mariage ne sont poursuivies que sur plainte. Si, dans le deuxième cas de figure, la femme retire sa plainte au cours de la procédure, l'autorité chargée de la poursuite judiciaire doit suspendre son action. Actuellement, les efforts tendent à faire inscrire le viol conjugal comme un délit qui sera poursuivi d'office.

#### 4.2.8 Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée 1998 LPMA

Depuis 1992, la Confédération est reconnue compétente pour légiférer dans le domaine du génie génétique et de la procréation assistée. La même année les cantons et le peuple ont accepté un article de la Constitution (24novies) sur la protection de l'homme et de son environnement contre les abus en matière de techniques de procréation et de génie génétique<sup>55</sup>. Cet article n'interdit pas la PMA mais lui fixe des limites claires : interdiction de toute maternité de substitution et de dons d'embryons. En cas de fécondation d'ovules humains hors du corps de la femme ne peuvent être développés que le nombre d'embryons destinés à être implantés. Les interventions dans le patrimoine génétique des embryons et des gamètes sont interdites. Une initiative populaire pour une procréation respectant la dignité humaine visant à totalement interdire cette pratique a même vu le jour et a été refusée par le peuple<sup>56,57</sup>. Les débats bio-éthiques autour de ces questions ont été nombreux pour arriver à ce compromis<sup>58</sup>.

Reste une loi, entrée en vigueur le 1<sup>e</sup> janvier 2001, qui est restrictive en comparaison avec d'autres pays, reprenant, dans les grandes lignes, l'article 24 de la Constitution fédérale<sup>59</sup>. Elle interdit notamment le don d'ovules, une maternité de substitution et le don d'embryon. Le diagnostic préimplantatoire (analyse génétique de l'embryon in vitro) est proscrit. Cette législation veut ériger le bien de l'enfant en principe fondamental et maintenir des garde-fou contre toute dérive de type eugénique.

L'information et le conseil sont inscrits dans la loi sous la forme suivante :

- 1 *Avant l'application d'une méthode de procréation médicalement assistée, le médecin doit informer le couple de manière circonstanciée sur :*
  - a *les causes de la stérilité*
  - b *la pratique médicale employée, ses chances de réussite et ses risques*
  - c *les risques d'une grossesse multiple*
  - d *les implications psychiques et physiques*
  - e *les aspects juridiques et financiers*
- 2 *Il abordera également de manière appropriée les autres possibilités de réaliser le désir d'enfant ou d'opter pour un projet de vie différent.*
- 3 *Un temps de réflexion de quatre semaines en principe doit s'écouler entre l'entretien avec le couple et le traitement. Le médecin doit signaler la possibilité d'être conseillé par une autre personne.*
- 4 *Une assistance psychologique doit être offerte avant, pendant et après le traitement.*

#### 4.2.9 Assurance maternité

Bien que la constitution fédérale ait donné mandat à la Confédération de mettre en place une assurance-maternité dès 1945, la Suisse est jusqu'à aujourd'hui le seul pays d'Europe à ne pas

avoir de législation correspondante. Au 19<sup>e</sup> siècle, à travers les premières lois sur les fabriques, la Suisse témoignait d'un souci de protection des femmes en cas de maternité sous forme d'un temps obligatoire de repos après l'accouchement. Mais ce congé forcé n'étant couvert par aucune assurance précarisait en particulier les ouvrières déjà mal rémunérées. Dès le tournant du siècle, la gauche et les associations féminines militaient pour une assurance-maternité. Nombre de projets réclamant un congé de maternité rémunéré ont été rejetés en votation populaire. Même une révision de la loi sur l'assurance-maladie qui proposait une allocation de naissance a été refusée en 1987. Le dernier projet en date qui voulait mettre en place un congé maternité de 14 semaines pour les femmes exerçant une profession ainsi qu'une indemnité journalière pour les femmes sans activité rémunérée a été écarté en 1999<sup>49</sup>. C'est alors au niveau cantonal que sont cherchés les solutions adéquates. En 2000, le Grand Conseil du canton de Genève accepte une assurance maternité cantonale, entrée en vigueur le 1<sup>e</sup> juillet 2001.

Les échecs répétés de cette législation au plan fédéral qui constitue un facteur important d'égalité entre femmes et hommes montrent que les conditions cadre permettant l'autonomie voire l'épanouissement des femmes dans ce pays sont loin d'être établis.

#### 4.2.10 Femmes droit et société : les voies de l'égalité

Le programme national de recherche ainsi intitulé qui a été réalisé de 1991 à 1999 offre un bilan de la situation des femmes eu égard aux bases légales esquissées précédemment.

Des inégalités évidentes entre les sexes continuent à perdurer en Suisse mais leur formes sont multiples. Dans nombre de cas l'égalité des droits a des effets inégalitaires. Par exemple l'accès des femmes à des professions typiquement masculines a souvent comme conséquences une baisse des salaires, perte de prestige et une précarisation. Il règne une certaine ambiguïté autour de la notion de protection des femmes qui peut leur apporter quelques avantages mais qui joue sur la dépendance et « faiblesse de leur sexe » au détriment de leur autonomie et capacité juridique. Les femmes, dans leur majorité, sont davantage touchées que les hommes par les lois relevant de la famille, du mariage, des conventions réglant le marché du travail et de sa rémunération ainsi que tous les aspects qui relèvent directement de la SSR. Les droits acquis restent fragiles et sont périodiquement remises en cause.

### 4.3 PLAN CANTONAL

Selon l'article 3 de la Constitution fédérale : « les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'a pas été limitée par la constitution fédérale... » De fait, la répartition des compétences en ce qui concerne la santé publique entre Confédération et cantons est loin d'être claire. En principe, les cantons règlent les tâches de santé publique dans leurs propres lois (lois sanitaires, lois sur la santé publique, Gesundheitsgesetze, legge sanitaria). La plupart ont adopté des normes relatives à l'exercice des professions de la santé (e.g. sages-femmes), l'exploitation des établissements sanitaires et la promotion de la santé. Mais les vingt-six législations sont assez disparates alors que la santé publique devrait correspondre aux mêmes critères dans tous les cantons. Pour certains, les particularismes cantonaux constituent des obstacles ou entraves difficiles à ignorer.

La portée de la diversité des textes législatifs en ce qui concerne la SSR a été analysée de manière systématique. Sur la base du recueil de 26 textes de loi, tous les aspects pertinents ont été recensés (cf. annexe 10.10). Ils ont ensuite été catégorisés en fonction des thématiques.

Les cinq thèmes suivants sont abordés :

**I. Professionnels de la santé : Sages-femmes**

Accréditation/Autorisation :

A-RE/ARG/BL/BE/GE/GL/GR/JU/LU/NI/OB/SW/SO/UR/VD

Formation, diplôme : A-RE/BL/BS/LU/OB/SW/SO

Formation continue : BL/BS/BE/GL/NI

Tâches : A-RE/BL/BS/GE/GR/NI/OB/SO/VD

Interdictions : BL/BS/GE/OB

Wartegeld, indemnisations : BS/GL/NI/OB/ZG

**II. Promotion de la santé-Prévention/Vorsorge-Fürsorge**

Conseil/aide femmes enceintes, mères :

ARG/BL/FR/GR/LU/NE/NI/OB/SH/SW/TH/UR/VS/ZG/ZH

Conseil pères : NI/ZG

Education sexuelle : FR/NE/SG/ TI/VD

Soins aux nouveau-nés : BL/GR/NI/OB/VD

Lactation : NI/SO

**III. Information sexuelle dans le sens de la loi de 1981**

FR/LU/NE/VS/VD

**IV. Interruption de grossesse**

FR/NE/VD

**V. Procréation assistée, insémination artificielle**

A-RE/GE/GL/NE/TI/VD

Les résultats montrent que les paragraphes relatifs à la SSR sont partie congrue dans les lois cantonales.

Les thèmes qu'on retrouve dans un peu plus de la moitié des législations concernent l'autorisation d'exercer des sages-femmes ainsi que le conseil aux femmes enceintes et aux mères. La loi fédérale de 1981 n'est répercutée explicitement que dans 5 lois sanitaires cantonales.

Cela dit, les sujets relatifs à la SSR se trouvent disséminés dans d'autres textes législatifs que les lois sanitaires. L'exemple du Jura en est une illustration<sup>dd</sup>.

Le nouveau canton du Jura a inscrit le premier en 1979 dans sa constitution le principe de l'égalité des sexes concrétisé par la création du bureau de l'égalité entre femmes et hommes qui restera l'unique en Suisse jusqu'en 1987<sup>60</sup>.

La loi sanitaire du canton du Jura ne comporte presque aucun des objets liés à la SSR Ils sont cependant présents dans la législation cantonale mais dans des textes différents<sup>61</sup>. La profession de sage-femme fait l'objet d'une ordonnance spécifique (1993)<sup>62</sup>. Concernant le conseil et aide aux femmes enceintes, aux mères et aux pères, un arrêté spécifique porte « reconnaissance de l'association Centre jurassien de planning familial et de consultation en matière de grossesse en qualité de centre de consultation » (1998)<sup>63</sup>. On trouve également deux articles relatifs d'une part aux centres régionaux de consultation en matière d'éducation sexuelle et de grossesse ainsi que des offices de consultation conjugale et familiale et d'autre part à la protection de la maternité dans la

---

<sup>dd</sup> Nos remerciements vont à Kurt Baumann, chef du service juridique du canton du Jura pour la mise à disposition des différents textes législatifs.

loi visant à protéger et soutenir la famille (1988)<sup>64</sup>. L'éducation sexuelle fait l'objet d'un article dans la Loi sur l'école enfantine, l'école primaire et l'école secondaire (Loi scolaire, 1990)<sup>65</sup>.

#### 4.4 RESUME

Bien que la Suisse, en signant un certain nombre de **conventions internationales** se doit d'aligner son cadre juridique national, en particulier pour tout ce qui touche à l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes, il subsiste dans ce pays des lacunes importantes touchant à la protection physique, psychologique et économique des femmes (par exemple des bases juridiques pour les victimes de violence, l'absence d'une assurance-maternité sur le plan fédéral).

A un niveau national, les **dispositions de la loi fédérale** ne sont pas traduites de manière homogène au plan cantonal (voir la loi de 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse). On se trouve ainsi confronté à une fragmentation des bases légales concernant la SSR qui ne favorise pas la création de services ni la coordination d'actions, particulièrement dans le domaine du conseil et de la prévention. L'offre dans les cantons ne suit pas toujours le sens de la loi ; par exemple, dans une ordonnance elle prévoit la mise en place des programmes de dépistage du cancer du sein au niveau cantonal ou intercantonal. La loi sur les épidémies de 1970 a notamment permis la mise en place d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida, mais elle a peu été utilisée dans la prévention et le contrôle d'autres infections sexuellement transmissibles.

## 5 DESCRIPTION ET ANALYSE DE L'OFFRE

L'offre IEC et soins se situe sur un continuum, tant par le fait que le portail à la SSR du conseil par exemple peut aboutir à des prises en charge d'ordre médical que les interventions somatiques techniques nécessitent un accompagnement psychosocial. Les découpages qui sont adoptés pour la description et l'analyse de l'offre servent essentiellement d'instrument de structuration du texte et n'ont pas de caractère absolu.

Une bonne illustration de ce fait est la grossesse. Ce thème comprend en effet des aspects de IEC (sous forme de conseil, des interventions paramédicales telles que la préparation à la naissance et à l'allaitement, la gymnastique prénatale...) et aussi des soins (contrôles de routine, dépistages...). L'équilibre à maintenir entre les deux axes est loin de faire l'unanimité. Par ailleurs, la forme et l'organisation des prestations proposées à la femme enceinte ou au couple doivent être compris dans le contexte de l'évolution historique des prestations de la région en question.

### 5.1 INFORMATION, EDUCATION, COMMUNICATION

La description de l'offre relative aux structures d'information, d'éducation et de communication de la SSR ainsi que des principaux acteurs impliqués se heurte à une série de difficultés. D'une part, (et cela vaut pour l'ensemble de ce travail) il s'agit de définir les catégories pertinentes qui rendent compte de la manière la plus adéquate des dimensions des structures existantes et de l'action mise en oeuvre. D'autre part, il s'agit d'ajuster un souci de couverture, à savoir rendre compte de la diversité de l'offre, à un souci de profondeur, à savoir déterminer le niveau de détail de la description. Le but n'est pas ici d'établir un inventaire exhaustif de toute organisation active en Suisse mais de donner un aperçu de l'étendue et multiplicité de l'offre. Si le territoire national est restreint, ses structures administratives fédéralistes produisent autant de cas particuliers ; il s'agit de ne pas perdre de vue les dénominateurs communs. Ce travail étant réalisé, il est toujours possible, par effet de loupe, d'illustrer les tendances générales par des découpages (cantonaux) particuliers.

L'information, l'éducation et la communication sont des stratégies dont on attend qu'elles favorisent la capacité d'une communauté de prendre des décisions concernant leur santé, de modifier des comportements défavorables et de changer leur environnement. Ces stratégies peuvent correspondre à un objectif d'empowerment entrant dans un programme de santé sexuelle et reproductive nationale<sup>66</sup>.

La qualité des prestations fournies en matière de conseil est un thème de plus en plus problématisé. Le Programme national 1999–2003 VIH et sida stipule l'introduction d'un management de la qualité comme objectif pour les organisations et instances actives dans le domaine VIH/sida, subventionnées par les pouvoirs publics. La démarche est moins formalisée dans d'autres domaines, mais on relève différentes propositions allant dans ce sens sous forme de lignes directrices, référentiel de métier ou guide de suivi<sup>ee</sup>.

---

<sup>ee</sup> Cf. par exemple dans le canton de Vaud, les « Lignes directrices éducation sexuelle de Profa » ; ou le Guide de suivi personnalisé des familles en période prénatale, à l'usage de la conseillère en périnatalité » développé par l'Organisme médico-social Vaudois, Secteur prévention (Annexe 10.11).

### 5.1.1 Structuration de l'offre IEC

Dans un premier temps, les inventaires existants pertinents pour la SSR ont été repérés.

Un premier répertoire est constitué à partir de thèmes-clé pour la SSR combinés à diverses populations-cible. Il s'agit d'un outil de référence paru en 1998 et édité par le Bureau fédéral de l'égalité<sup>67</sup>.

Un deuxième répertoire initié par le Projet Terre des Femmes Suisse propose des adresses des organisations féminines de Suisse classées en 7 types de structures<sup>ff</sup>.

Un troisième répertoire, visant plus spécifiquement la santé, est l'exemple des domaines d'action et intervention proposées par ProFa pour caractériser ses domaines d'action et d'intervention<sup>gg</sup>.

Ces trois répertoires ont été conçus par rapport à un objectif spécifique et délimité. Afin de prendre en compte toute la complexité du phénomène, un classement plus élaboré devrait être défini.

**Vers une typologie de l'offre :** une analyse plus approfondie de l'offre oeuvrant dans le domaine de la SSR en Suisse montre qu'il existe de multiples entrées pour les décrire et qui se chevauchent. Nous en retiendrons quatre :

- le type de **structure**
- le **domaine-thème**
- la **prestation proposée**
- le type de **population-cible**

---

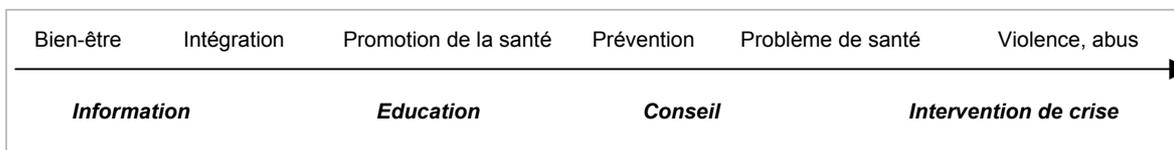
<sup>ff</sup> Bureaux de l'égalité (17) ; Syndicats, associations professionnelles (9) ; Organisations internationales, migrantes (12) ; Centres Femmes (112) ; Partis, organisations politiques (18) ; Organisation féminines bourgeoises (25) ; Organisations chrétiennes, églises (11).

<sup>gg</sup>

Information et conseils sans prescription d'ordonnances	Conseil ménopause
Consultation gynécologique	Conseil psychosocial
Test de grossesse	Consultation conjugale
Prise de sang VIH/Test	Conseil viol, violence, abus sexuel
Conseil contraception	Conseil juridique
Conseil grossesse et/ou postpartum	Permanence téléphonique anonyme
Consultations IVG	Cours d'éducation sexuelle dans les écoles
Conseil VIH/SIDA	Cours à thèmes pour groupes spécifiques
Autres conseils en SSR : MST, problèmes sexuels, fertilité, stérilité	Bibliothèque/documentation
Bureaux et commissions de l'égalité à la confédération, dans les cantons et dans les villes	Vie en solitaire, en commun, mariage, famille, familles monoparentales
Espaces-femmes, projets services	Enfants, éducation
Monde du travail : entrée, changement d'emploi, aide en cas de mobbing	Santé, sexualité
Associations du personnel, syndicats et associations professionnelles	Femme et argent
Réseaux	Violence
Offices de conciliation d'après la loi sur l'égalité	Femmes handicapées
Consultations juridiques	Lesbiennes, bisexuelles
Formation, bibliothèques, librairies de femmes, science	Jeunes filles, jeunes femmes
Migration	Femmes âgées

Le type de structure peut constituer un lieu précis ou une antenne téléphonique, voire un site internet. Il peut également se définir comme association ou comme organisation faîtière à des niveaux différents (fédéral, cantonal, communal).

Les domaines-thèmes et les prestations proposées peuvent être situées sur un axe qui va du général au spécifique ainsi qu’être classés en fonction de leur degré d’urgence.



Les interventions, dans cette logique vont de l’information, au conseil à l’éducation jusqu’à des interventions plus ciblées. De la même façon, le degré d’urgence défini par le continuum reflète aussi le caractère de la demande en question, allant des offres qui correspondent aux besoins plutôt implicites (campagne d’information et de sensibilisation) aux demandes plus explicites (conseil par rapport à un problème spécifique).

La population-cible peut être constituée de la population générale en allant vers un ciblage de plus en plus précis de groupes vulnérables ou ayant des besoins spécifiques.

L’annexe 10.12 réunit plusieurs informations concernant les différentes structures en Suisse. Celle-ci constitue une ébauche d’inventaire, et indique déjà l’étendue de l’offre ; mais il est évident que l’établissement d’un inventaire complet nécessiterait un travail de conception, de récolte, d’analyse et de saisie plus conséquent. De multiples ressources existent, mais en l’absence d’un inventaire facile d’accès et bien connu, leur utilisation n’est pas optimale.

### 5.1.2 Contexte historique

Pour la bonne compréhension des structures et actions oeuvrant en Suisse pour la SSR, il faut retracer le contexte historique et politique qui a rendu possible leur création<sup>68</sup>. Comme la situation juridique et les conditions-cadre politiques suisses l’indiquent les avancées significatives de la condition féminine ont été obtenues de haute lutte et sont loin d’être satisfaisantes au seuil d’un nouveau millénaire<sup>69,70</sup>.

Avant de pouvoir avoir une visibilité politique (obtention du droit de vote au plan fédéral en 1971), la défense des intérêts des femmes s’est faite à partir d’associations qui ont commencé à se multiplier à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et dont certaines existent encore aujourd’hui (Société d’utilité publique des femmes suisses, Alliance de sociétés féminines suisses, Association suisse pour les droits de la femme, Ligue suisse des femmes catholiques). Les causes défendues ont d’abord été d’ordre social avant de devenir plus législatifs et politiques. Certaines associations étaient marquées par le mouvement ouvrier, d’autres d’inspiration confessionnelle, d’autres encore se déclaraient sans affiliation idéologique.

Dès 1925, se crée un bureau central des **Centres de liaison** des associations féminines (**Frauenzentralen** der Schweiz) dont l’objectif est de coordonner les structures locales et/ou cantonales. L’objectif était de promouvoir des forums de discussion, d’échanges, représenter les intérêts féminins auprès des autorités. Elles ont depuis lors joué un rôle actif de mise en réseau d’organisations faîtières très différentes. Ces centres de liaison sont à l’origine des Frauenzentralen, présentes dans 11 cantons (dont Vaud est le seul francophone)<sup>71</sup>.

La plupart des structures ciblant les problématiques des femmes en général et de santé sexuelle et reproductive en particulier sont issues de la mouvance de mai 1968 qui changeait radicalement tant le contenu que le style de leurs revendications. Les mouvements féministes se définissent alors comme mouvements de libération des femmes. Elles dénoncent sur la scène publique les violences envers les femmes, réclament le droit à l'avortement et plus généralement le droit à l'autodétermination sur le plan sexuel. Ces thèmes controversés sont alors discutés dans des lieux de femmes non mixtes. Ainsi s'ouvrent dès le début des années 70 les premiers **centres d'information**, les premiers **centres-femmes** autonomes ou **Frauenzentren** (à Zurich, Berne Bâle, Genève), lieux de débats où s'élabore une véritable contre-culture féministe. A la fin des années 70 se créent à Zurich, Genève et Berne des associations pour la protection des femmes victimes de violence<sup>72,73</sup>; en parallèle s'ouvrent des lieux de protection qui leur sont destinés. Ces abris d'urgence ou foyers sont appelés des **Frauenhäuser** en Suisse alémanique ce qui constitue un détournement sémantique par rapport à des lieux qui, au moyen âge, désignaient des endroits de prostitution<sup>74,75</sup>. Des **permanences téléphoniques** pour femmes violées sont mis en place dans la même période.

Issu des mêmes mouvements féministes autonomes, les premiers **dispensaires des femmes**, sortes de services de santé alternatifs à l'offre traditionnelle ouvrent leur porte en 1985 (à Lugano, Genève, Zurich, Bâle et Berne).

Par la suite, apparaîtront des structures ciblant des populations spécifiques : création d'un réseau de femmes réfugiées, lieux de contact de rencontres interculturels ; centre d'information pour femmes et lesbiennes qui s'associent en une organisation suisse des lesbiennes (en 1989).

Après l'inscription de l'égalité entre femmes et hommes dans la constitution fédérale, 10 ans après l'obtention du droit de vote, se crée en 1988 le **Bureau fédéral de l'égalité** chargé de concrétiser la loi. Seront progressivement mis en place des bureaux de l'égalité femmes hommes dans 16 cantons dès la fin des années 80 ainsi que cinq antennes dans des villes suisses (Berne, Lausanne, Zürich et Winterthur). Ces différents services ont, par la suite, formé la **Conférence suisse des déléguées à l'égalité** (25 membres).

### 5.1.3 Planning familial, grossesse et consultation conjugale

L'aspect le plus important de la rubrique IEC est le conseil. Il est essentiellement incarné par les centres de planning familial qui, au même titre que les définitions de plus en plus englobant de la SSR en attestent, ont progressivement élargi leurs activités par rapport à de l'information concernant strictement la contraception et la grossesse<sup>76</sup>.

Ainsi, les prestations des centres de planning familial, tout en s'appuyant en partie sur des sources biomédicales, l'essentiel de leur travail est d'ordre psychosocial. En tout état de cause elles sont un élément essentiel de l'offre touchant la SSR. Un aspect tout à fait déterminant des actions des conseillères en planning familial concerne la prévention.

En dépit de l'appellation *Beratung*, il s'agit en cas de grossesse non désirée, non pas de prodiguer des conseils mais d'aider la personne à trouver sa propre solution au conflit qu'elle affronte, parfois contre l'avis de son entourage<sup>77</sup>. La décision lui appartient. On rejoint ici l'objectif d'autodétermination souvent mis en avant dans le domaine de la SSR. Cet accompagnement ne saurait se baser sur des jugements moraux ni utiliser la peur et l'intimidation. Il s'agit de proposer une écoute bienveillante faite d'empathie qui dépasse l'aide purement factuelle nécessaire (juridique ou médicale).

Il n'est pas facile de dénombrer les centres de consultation en planning familial en Suisse. En effet, il faut dans les listes d'adresses, distinguer entre antenne, centre, conseil donné dans un cadre médical/gynécologique ou des offres apparentées<sup>78</sup>. L'OFAS met à disposition sur internet une liste des centres reconnus par les cantons conformément à la loi fédérale du 9 octobre 1981. Le dernier répertoire indique 76 adresses dont 23 rattachées à des centres médicaux et 53 qui ne le sont pas. En juin 1998, un inventaire des prestations disponibles dans les centres de planning familial et de grossesse a été publié par l'ASPFES (actuellement PLANeS). Suite au mandat qui a donné lieu au présent rapport, cet inventaire a été actualisé et complété, notamment en intégrant le réseau des antennes sida (cf. annexe 10.13).

Il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'une structure « standard » proposant une gamme de prestations « standards ». Bien que l'on retrouve des similarités entre les structures, les services existants dans chaque canton et commune ont évolué en fonction d'un contexte historique qui leur est propre. Les associations membres de PLANeS cherchent, malgré cette hétérogénéité, à développer des approches communes.

Deux organisations faitières cantonales en SSR, sans équivalent en Suisse alémanique, sont présentées ici pour illustrer l'offre des centres proposant des prestations de planning familial, consultations de grossesse, éducation sexuelle et consultations conjugales. Un aperçu de leurs activités et fréquentation basé sur des données assez complètes permet de rendre compte de la couverture de leur action, des ressources matérielles et humaines impliquées et des données sociodémographiques de leur clientèle. Ces informations sont tirées des rapports d'activité de l'année 2000.

#### **ProFa : Vaud**

6 antennes dans le canton : Aigle, Lausanne, Nyon, Renens, Vevey, Yverdon-les-Bains<sup>79</sup>

Dépenses : 5'360'000.- (76% de frais de personnel)

Recettes : 5'276'000.- ; 35.4% assurés par l'état et 7% par les communes de Lausanne et canton de Vaud.

Dotation : 78 collaborateurs réguliers ; 35.6 unités à plein temps.

Clients 2000 : total = 18'854 (concerne uniquement consultations de planning familial et de grossesse).

Motifs des consultations 1<sup>e</sup> entretien (n=2781)

- Demandes de contraception : 52%
- Contrôles gynécologiques et retards de règles : 20%
- Grossesses : 14% (9% grossesse gardée ; 5% IVG)
- MST : informations et demandes de test VIH : 5%
- Sexualité : éducation sexuelle et difficultés : 2.5%
- Informations sur la fertilité et la ménopause : 2%
- Informations juridiques et sociales : 1%
- Violence : 1%

Profil des client(e)s en %

Âge	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	>40
%	44	22	14	10	6	4

96% de femmes et 4% d'hommes

55% de suisses et 45% d'étrangers

## Fédération SIPE : Valais

Fédération valaisanne des associations et centres de consultation en matière de grossesse, planning familial, et consultation conjugale ou Fédération SIPE (sexualité, information, prévention et éducation). / antennes : Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Loèche, Viège, Brigue<sup>80</sup>

Dépenses : 833'000.- (71.5% frais de personnel).

Recettes : 117'000.- (couvrent environ 15% des dépenses) ; les 85% restant sont assurés par l'Etat du Valais : Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie.

Dotation : 23 personnes (1 secrétaire, 1 service social, 7 éducation sexuelle, 5 consultation conjugale, 9 planning familial et centre de grossesse) : équivalent de 5.2 plein temps.

Clients 2000: total= 16'575 (concerne l'ensemble des prestations)

11'481 : éducation et information sexuelle (69.2%) ; touche des groupes

360 : consultation conjugale (2.1%) ; en individuel

4'734 : planning familial et centre de grossesse (28.5%) ; en individuel.

Motifs des consultations 1<sup>e</sup> entretien (n = 1'164) :

- Contraception : 481 = 41%
- Grossesse : 79 = 7%
- Interruption volontaire de grossesse : 52 = 4%
- Demande médicale : 99 = 9%
- Fertilité, stérilité : 19 = 2%
- MST, Sida : 152 = 13%
- Sexualité : 89 = 8%
- Difficultés relationnelles, problèmes psychologiques : 96 = 8%
- Problèmes sociaux et juridiques : 84 = 7%
- Violence : 13 = 1%

Profil des client(e)s : près de 90% de femmes. Plus de la moitié âgées de 16-24 ans. Les trois-quarts sont de nationalité suisse. Répartition selon les catégories d'âge (en %).

Âge	<16	16-19	20-24	25-29	30-39	>39
%	8	37	20	11	17	7

Malgré une certaine similarité, les responsables signalent que les deux organismes sont structurés différemment, notamment au niveau des instances directrices. En Valais, les comités régionaux des associations des centres jouent un rôle important mais bénévole dans le pilotage des centres. Une comparaison directe des activités ne serait donc pas possible. Retenons en tout cas, que les motifs de la première consultation dans les deux cantons concernent des question de contraception, et que les clientèle est essentiellement de sexe féminin. Les ressources matérielles et humaines sont supérieures aux dotations des centres de planning familial de Suisse alémanique<sup>hh</sup>.

---

<sup>hh</sup> Katharina Antonietti: Praxis der Familienplanungsstellen –ein Auftrag verschieden umgesetzt, Weiterbildungstag PLANeS, 31 janvier 2002<sup>224</sup>.

#### 5.1.4 Formation conseil et éducation sexuelle

La situation concernant la formation en conseil et éducation sexuelle se présente de façon différente selon la région linguistique. La profession est beaucoup plus établie en Suisse romande. Dans cette région, depuis près de 30 ans, les conseillères en planning familial ont suivi une formation spécifique de deux ans permettant l'obtention d'un diplôme. Depuis 2002, un partenariat réunissant les associations professionnelles du planning familial et de l'éducation sexuelle (ASCPF et ARTANES), la Fondation PLANeS ainsi que les Universités de Genève et de Lausanne et le Centre de formation continue de Genève (CEFOC) permet d'offrir une nouvelle formation, dont la structure est la suivante :

- La première année, ouverte à tout professionnel désireux de se perfectionner, offre un Certificat de formation continue universitaire en Guidance et éducation en matière de sexualité, vie affective et procréation<sup>81</sup> (250 heures de cours ; 100 heures de travail personnel) ;
- La deuxième année de formation à la pratique du conseil en planning familial et de l'éducation sexuelle s'adresse spécifiquement aux futurs conseillers ou animateurs (30 jours de cours et analyse de pratique ; 225 heures de stages).

Cette formation universitaire correspond à une demande de la part des professionnels pour valoriser les domaines du planning familial et de l'éducation sexuelle, permettre une ouverture sur des réseaux élargis et donner une meilleure visibilité à ces approches afin d'obtenir un soutien plus ferme de la part des autorités. Le programme se présente ainsi : « le développement psychoaffectif, l'expérience de la sexualité, de la procréation sont des facteurs déterminants de l'équilibre de la personne. Cette formation traite des aspects biologiques, psychologiques, sociologiques, pédagogiques, éthiques et culturels de la sexualité humaine au travers d'une approche interactive conjointe d'experts et de praticiens. »

L'objectif est d' « apprendre à construire, dans sa pratique professionnelle une relation de compréhension et d'accompagnement tout en développant des projets, dans les domaines de la sexualité, de la vie affective et de la procréation, tant au niveau individuel que collectif ».

Ce certificat est un complément à une autre offre de formation continue universitaire en sexologie clinique se déroulant entre novembre 2001 et juin 2003<sup>82</sup>. Organisé par les facultés de médecine, des lettres, de psychologie et des sciences de l'éducation l'objectif est de situer la clinique médicale concernant la vie sexuelle (physiologie et pathologie sexuelles, sexualité et maladie physique) ainsi que les thérapies psycho-sexuelles dans un contexte social et culturel enrichi d'une réflexion éthique et théorique.

En Suisse alémanique existe, depuis août 2000 (après 3 ans de préparation), à la Höhere Fachschule für Sozialpädagogik de Lucerne une formation de conseil. Un premier module, *Grundlagen professionellen Umgangs mit Sexualität in Pädagogik und Beratung* a eu lieu entre août 2000 et janvier 2002. Le deuxième module *Sexualität in Pädagogik und Beratung* aura lieu entre mai 2002 et février 2003.

L'objectif est, pour des professionnel(le)s (venant du planning familial, éducation sexuelle, prévention SIDA, animatrices/animateurs, formateurs) :

- d'acquérir des compétences pour les entretiens de conseil (individuels, en groupe) et le travail avec les jeunes et les adultes

- prendre conscience des significations de leur propres expériences sexuelles, de leurs attitudes et émotions afin de trouver la distance adéquate dans la pratique professionnelle
- apprendre à connaître les différentes populations-cible dans leurs particularités culturelles, spécifiques au genre, relatives aux différents groupes d'âge ou avec des caractéristiques individuelles propres et interagir de manière adéquate
- apporter un conseil de qualité basé sur l'état des connaissances

La Suisse alémanique n'avait jamais connu de formation unifiée ce qui accentuait l'impression des professionnelles de travailler sans véritable réseau d'échange et de débat.

En Suisse romande les personnes formées en éducation sexuelle ont un rôle plus important dans les écoles que leurs collègues en Suisse alémanique. En effet, les modèles d'organisation de l'éducation sexuelle sont contrastés entre la Suisse romande et la Suisse alémanique. En Suisse romande, les intervenant(e)s sont externes à l'établissement scolaire. Leur formation est sérieuse (deux ans de travail théorique et pratique). Il apparaît néanmoins que le personnel bénéficiant de cette formation n'est pas assez nombreux par rapport aux besoins. De même le statut et les conditions de travail varient d'un canton francophone à l'autre. En Suisse alémanique, ce sont les enseignants eux-mêmes qui sont chargés de l'éducation sexuelle sans y être préparés par une formation spécifique. En revanche, leur formation sociopédagogique leur donne certaines compétences en matière de prévention (communication, prise de responsabilité, gestion du risque). Aborder les thèmes de la sexualité de manière adéquate est, dans ce modèle, trop dépendant des qualités et motivations des différents enseignants<sup>1</sup>.

Les personnes formées dans le domaine IEC sont essentiellement de sexe féminin. Ce phénomène est en partie lié à la pauvre valorisation du métier dont témoignent les systèmes de rémunération appliqués. Il est fréquent que les intervenants ne touchent pas de salaire mensualisé mais qu'ils soient rémunérés à l'heure.

Cette situation contraste avec celle que l'on retrouve pour les soins. En ce qui concerne le personnel médical concerné par la SSR, on constate une très faible représentation des femmes (Annexe 10.14).

### 5.1.5 Conseils et informations autour de VIH/sida

L'Aide suisse contre le sida (ASS) - [www.aids.ch](http://www.aids.ch), association de droit privé fondée en 1985, financée par l'OFSP, est l'organisation faîtière de 21 antennes sida cantonales et régionales (cf. annexe 10.13). Ses objectifs énoncés sont :

- empêcher de nouvelles infections par le VIH,
- améliorer la qualité de vie des personnes contaminées et de leurs proches,
- renforcer la solidarité de la société à l'égard des séropositifs, de leurs familles et amis.

Tandis que l'ASS développe dans son secrétariat de Zurich un certain nombre de projets de prévention ciblant les groupes particulièrement exposés au VIH (hommes gays et bisexuels, femmes et hommes travaillant dans le marché du sexe et leur clientèle, consommateurs/trices de drogue, jeunes), elle coordonne en outre l'action des antennes sida réparties dans toute la Suisse. Néanmoins, les antennes bénéficient de financements cantonaux et sont indépendantes.

Les prestations de ces antennes comprennent :

- une information médicale,
- des conseils juridiques,
- des conseils personnalisés,
- l'accès au réseau local d'information et de conseil,
- l'animation de groupes d'entraide locaux.

Comme il a été indiqué dans les travaux de synthèse, les personnes touchées par le VIH/sida ont des besoins importants (information, soutien, prise en charge médicale). L'ASS, par sa présence nationale et régionale, y apporte sa contribution en partenariat avec l'OFSP.

Reste que les messages préventifs du sida ne sont pas l'apanage d'ONG comme l'ASS. Ils sont aussi relayés par le planning familial, l'éducation sexuelle, le conseil prénatal, la médecine générale, etc. Des synergies entre ces différents acteurs/dispositifs sont souhaitables et ont été planifié dans ce sens par le premier document stratégique national pour la prévention du sida<sup>83</sup>.

Une diffusion d'informations sur le VIH/sida est assurée par Sida Info Doc Suisse ([www.aidsnet.ch/aid/f](http://www.aidsnet.ch/aid/f)), organisme responsable pour la récolte d'information bibliographique, également soutenu financièrement par l'OFSP. Cette fondation, créé en 1988, est responsable de l'information officielle en matière de prévention sur Internet ([aidsnet.ch](http://aidsnet.ch)). Elle gère une documentation, une bibliothèque et une médiathèque spécialisée dans le domaine du VIH/sida et constitue des collections thématiques, dont la sexualité et l'éducation sexuelle. Sida Info Doc publie régulièrement un bulletin, « Infothèque », sur des thèmes d'actualité et propose des recensions d'ouvrages récemment publiés. L'organisme répond aussi à des demandes de particuliers à la recherche d'informations documentaires ou de matériel pédagogique. Dans une certaine mesure, il réalise aussi des projets de prévention.

#### 5.1.6 Violences

La violence contre les femmes est seulement maintenant désignée comme un sujet d'importance dans divers secteurs (bureaux d'égalité, police, médecine, recherche). Si la SSR touche en général à nombre de tabous sociétaux, la violence propre à l'espace domestique, valorisé comme basé sur la confiance, la communication et le soutien est particulièrement choquante et dérangeante<sup>49,84</sup>. La violence sexuelle et les mutilations génitales sont aussi des thèmes graves qui entrent dans le cadre de la SSR<sup>85</sup>.

Une étude réalisée dans le cadre du PNR 35 « Femmes, droit et société », auprès de 1500 femmes âgées de 20 à 60 ans, montre que plus d'une femme sur 5 a été touchées par la violence physique et/ou sexuelle dans le cadre d'une relation de couple et que 2 femmes sur 5 ont vécu des agressions psychologiques (insultes, humiliations, menaces, harcèlement<sup>86</sup>). Il semble que le phénomène transcende les clivages sociaux. Un des problèmes dans la lutte contre la violence conjugale semblerait être la « normalité » du phénomène au niveau des normes sociales<sup>87</sup>.

Un premier rapport sur les coûts économiques de la violence envers des femmes a établi qu'on peut les chiffrer à hauteur de 400 millions de francs par année. Les dépenses se répartissent entre mesures punitives (police-justice 187 millions), traitements médicaux (133 millions), aide sociale et accompagnement des victimes (80 millions)<sup>88</sup>.

Le programme national de recherche no 40 du FNRS a eu pour thème « la violence au quotidien et la criminalité organisée » avec pour objectif, entre autres, d'approfondir le thème de la vio-

lence contre les femmes et les enfants (durée de 1995 à 2000). Dans ce cadre une étude s'est intéressée à savoir comment les couples gèrent la phase critique qui suit la naissance d'un premier enfant et comment on pouvait favoriser les comportements non violents<sup>89</sup>. Des visites régulières de conseillères d'un service de consultation pour parents ont contribué clairement à réduire la fréquence de conflits ainsi que le sentiment des femmes d'être opprimées par leur partenaire. Il est donc crucial que les femmes puissent disposer d'un réseau social fort durant la première année de son enfant.

Le réseau des centres LAVIE (cf. annexe 10.15) offre une aide aux victimes de violence<sup>90</sup>, mais il faut savoir que seule une minorité de femmes concernées portent plainte ou contactent un centre de consultation. Dans le canton de Bâle une étude portant sur la violence des femmes dans le couple montre un écart important entre nombre de plaintes pénales et condamnations : sur 192 plaintes, 146 ont été classées (dont 126 pour retrait de la plainte)<sup>31</sup>.

L'Association pour femmes en détresse (ou centres d'accueil) comprend en Suisse 15 centres. La capacité d'accueil des maisons pour femmes victimes de violence est nettement insuffisante par rapport à la demande. En 1992, au moins 750 femmes qui cherchaient refuge n'ont pu être accueillies, faute de place. Selon des données de 2002, le besoin en places représente à peu près le double de l'offre actuelle.

Jusqu'à récemment l'attention des services d'aide s'est portée uniquement sur la victime, mais les dernières années ont vu l'élaboration des méthodes thérapeutiques destinées à aider l'homme agresseur à gérer ses réactions afin d'éviter une nouvelle violence. Le Canada a été pionnier dans ce domaine. En Suisse il existe maintenant un certain nombre d'associations proposant une telle aide aux hommes, mais l'offre est très restreinte par rapport à la prévalence du problème. De plus l'idée même de travailler avec les agresseurs peut rencontrer des résistances politiques. Le rapport vaudois<sup>2</sup> sur la violence conjugale propose également la mise en place de lieux d'accueil pour les hommes afin qu'ils puissent s'éloigner de la tension qui monte et pour permettre à la femme et aux enfants de rester au domicile.

### 5.1.7 Contraception

L'utilisation de la contraception en Suisse a augmenté au cours des années nonantes. Selon les données de l'ESS, environ une personne sur deux en 1992 et sept personnes sur dix en 1997 déclarent utiliser un moyen de contraception<sup>ii</sup>. Le niveau d'utilisation est lié à l'âge (plus prévalente pendant les principales années reproductives) et au niveau de formation (la prévalence augmente avec le niveau de formation)<sup>jj</sup>.

Le moyen contraceptif le plus populaire en Suisse est la pilule (31%) comme une enquête récente auprès de 1000 femmes âgées de 15 à 45 l'a montré. En deuxième et troisième place viennent le préservatif (17%) le stérilet et la stérilisation (6% chacun). La pilule a surtout la préférence des jeunes femmes. Elle est un peu moins conseillée et utilisée par les femmes plus âgées. Interrogées sur l'information et les conseils donnés en matière de contraception, ceux du médecin de famille sont jugés « très bons » et ceux du gynécologue comme « bons » à « très bons »<sup>91,92</sup>.

Signalons qu'en Suisse certains moyens de contraception ne sont pas disponibles (cape cervicale) ou ne le sont que de manière relativement restreinte (diaphragme).

---

<sup>ii</sup> Les déclarations des deux sexes sont concordantes, surtout en 1997.

<sup>jj</sup> Données tirées de l'analyse préparée pour le module SSR de l'OS (Cf. 7.2).

La « pilule du lendemain » est à prendre avant 72 heures après un rapport non protégé. Deux produits sont autorisés en Suisse : le premier, Tetragynon (levonorgestrelum 250 $\mu$ g ; ethinylestradiolum 50  $\mu$ g), est admis depuis 1985 selon le mode de remise « A », c'est à dire sur ordonnance médicale non renouvelable ; le deuxième, Norlevo (levonorgestrelum 0, 75 mg), accepté en octobre 2002, est admis selon le mode de vente « C » et peut donc être vendu en pharmacie sans ordonnance médicale. Toutefois, cette délivrance est sujette à des exigences spécifiques : remise du produit uniquement par le pharmacien après un conseil personnalisé dont le contenu a été défini par Swissmedic et la Société suisse de pharmacie<sup>kk</sup>. Cette pilule du lendemain est disponible depuis cinq ans en France sans ordonnance<sup>93,94</sup>. Puisque l'efficacité de la contraception post-coïtale dépend de la rapidité de la prise, un accès « à bas-seuil », non-dicté par les jours ouvrables est un enjeu de première importance. L'impact réel de la nouvelle pilule et d'une accessibilité facilitée à la contraception post-coïtale mérite d'être évalué.

Les milieux politiques (niveau Conseil Fédéral) lancent l'idée d'une contraception gratuite. Les professionnelles, tout en souhaitant améliorer l'accès à ce moyen de contraception, mettent en garde contre une banalisation de cette solution et soulignent l'importance du conseil de contraception, le cas échéant par le pharmacien. Pour l'heure on est loin d'un consensus sur cette question. Il y a clairement un manque de données empiriques permettant de savoir combien de femmes sont susceptibles de renoncer à la pilule du lendemain à cause de son prix.

## 5.2 SOINS

Dans le domaine de l'offre de soins, la sélectivité a été plus grande que pour IEC. Le choix s'est porté sur un nombre de dossiers limité mais dont les conséquences sur la SSR dans son sens élargi sont considérables.

Les thèmes liés aux progrès des technologies bio-médicales, le dépistage d'un cancer spécifique aux femmes et les traitements hormonaux lors de la ménopause sont abordés ici.

### 5.2.1 Echographie et diagnostic prénatal

Disponible depuis la fin des années '70, l'échographie est devenu un moyen de diagnostic prénatal routinier : en Suisse : on en pratique 500'000 par an. L'assurance-maladie prend en charge deux échographies par grossesse<sup>95-97</sup>. Cette disposition n'était que provisoire. Une évaluation récente a examiné les aspects psychosociaux des échographies durant la grossesse<sup>98,99</sup>. Dans une étude longitudinale, des futures mères ont été interrogées à trois stades de la grossesse; l'échantillon de base comprenait 128 femmes et 54 partenaires et au total 86 femmes et 29 partenaires ont participé à tous les entretiens. Les résultats montrent que l'acceptation de l'examen aux ultrasons est très élevée : les femmes enceintes et leurs partenaires considèrent cette forme d'examen prénatal comme partie intégrante de l'accompagnement médical durant la grossesse. En revanche un tiers des personnes interrogées admettent ne pas être suffisamment conscientes du dilemme moral auquel ils peuvent être confrontés en cas de soupçon d'une anomalie de développement du fœtus : continuer ou arrêter la grossesse. L'étude montre encore que, tout en reconnaissant leurs compétences techniques, les capacités de communication des médecins au moment où la femme a besoin d'un conseil professionnel et un soutien laissent à désirer, selon

---

<sup>kk</sup> Informations communiquées par Swissmedic, février 2003.

les personnes interviewées. Une amélioration de la formation dans ce sens est recommandée pour pallier cette lacune<sup>100,101</sup>.

Sur le plan technique précisément une enquête effectuée dans le canton de Vaud révèle des écarts importants dans la qualité du diagnostic à l'échographie. Cela met en évidence le fait que la formation de certains médecins pratiquant cet examen reste insuffisante.

Dans le débat très émotionnel sur l'avortement, il est rapporté dans la presse que certains médecins qui y sont opposés utilisent l'échographie pour persuader les femmes désirant une IVG d'y renoncer en lui montrant le fœtus sur l'écran. Si une décision était basée sur une telle pression culpabilisante elle aurait des chances d'être mal assumée par la suite<sup>102</sup>.

De manière générale, le diagnostic prénatal effectué par des méthodes traditionnelles ou par examen de génétique moléculaire, pose des problèmes bio-éthiques considérables, dont la place actuelle dans l'espace de débat public ne rend pas justice des choix et de leurs conséquences pour l'ensemble de la société. Se pose en particulier la question de la croyance du droit à l'enfant parfait. Dans un tel contexte, on peut craindre un possible accroissement de l'intolérance à l'égard des enfants handicapés dès lors que leur venue au monde est basée sur un choix de la mère ou du couple qui repose sur des informations médicales qui n'existaient pas dans le passé<sup>103</sup>. La pression sociétale pour l'enfant parfait risque d'aboutir à des dérives eugéniques graves.

D'un point de vue psychologique, l'attente d'examens prénatals peut engendrer des épisodes d'angoisse, de crise et de conflit dont les retombées doivent être accompagnées voire traitées. Tandis que l'offre de consultations génétiques ne cesse de croître, le suivi psychosocial lié à ces problématiques est lacunaire.

### 5.2.2 Interruptions volontaires de grossesse

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) se distingue de l'avortement spontané communément appelé fausse couche qui peut survenir entre la 4<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> semaine. Les techniques d'intervention pour un avortement provoqué dépendent de l'avancement de la grossesse inférée par la durée d'aménorrhée (absence de règles) mais également du temps de décision de la femme pour l'interruption. L'IVG médicamenteuse par la pilule abortive (Mifégyne ou RU 486) est accessible en Suisse depuis 1999. Elle n'est plus possible au-delà de 49 jours de grossesse : son application dépend donc du constat relativement précoce de l'état de grossesse (environ 3 semaines de retard de règles). Après les prises à 48 heures d'intervalle, de Mifégyne puis de prostaglandines, cette méthode provoque des saignements plus importants que des règles normales dans les 24h. L'embryon est expulsé dans les 36h à 48h.

Au delà de 7 semaines de grossesse, il faut envisager une intervention chirurgicale soit sous forme d'aspiration et/ou de curetage. L'IVG chirurgicale doit se faire sous anesthésie (générale ou locale). Ces techniques se pratiquent jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine, ce qui correspond maintenant au délai légal. Passé cette borne temporelle on procède à une expulsion provoquée par administration de prostaglandines provoquant des contractions de l'utérus.

Si l'on sait que la plupart des IVG se font en milieu hospitalier, certains médecins les pratiquent en cabinet privé. Des données plus précises à ce sujet font défaut. En revanche une enquête sur la pratique de l'interruption de grossesse dans les établissements hospitaliers de Suisse (Desplands-Dondénaz et al. 2001)<sup>104,105</sup> apporte de précieuses indications sur la base de 84 questionnaires remplis par les 5 hôpitaux universitaires, 13 cliniques privées et 66 hôpitaux cantonaux ou régionaux. La répartition

des IVG selon les semaines d'aménorrhée montre que 90% entreraient aujourd'hui dans le délai légal de 12 semaines, à savoir : 10% avant 49 jours<sup>ll</sup>, 40% entre 7-8 semaines, 40% entre 9-12 semaines, 10% au-delà de 12 semaines.

La méthode la plus utilisée durant le premier trimestre est l'aspiration avec curetage (80%) contre seulement 13% d'établissements qui pratiquent la seule aspiration. 80% des établissements effectuent les IVG chirurgicales sous anesthésie générale et 22% d'entre eux ne permettent pas le choix. L'enquête révèle encore une différence entre partie alémanique et romande (+Tessin). En Suisse allemande on avorte plus tardivement qu'en Suisse romande (50% en SA entre 9 et 12 semaines contre 30% en SR). Concernant la durée d'hospitalisation elle est plus longue en SA (en moyenne 2 jours) contre un seul en SR. Cela dit la pratique des IVG en ambulatoire est une tendance de plus en plus marquée dans tout le pays.

La question des conséquences psychiques d'une IVG a fait l'objet d'une recherche sur la relation de couple et la vie sexuelle de 103 femmes avant l'IVG et 6 mois après. A l'encontre de l'hypothèse de l'existence d'un syndrome post-avortement parfois évoqué, les résultats montrent qu'une très grande majorité n'est pas marquée à long terme par cet épisode<sup>106</sup>. L'IVG n'influence pas la qualité de la relation de couple dans le cas où l'entente était bonne auparavant. Après 6 mois environ, les 10% des femmes qui ressentent des perturbations psychiques sont celles qui avaient vécu d'autres chocs émotionnels (divorce, chômage, deuil)<sup>107,108</sup>. Les principales tendances de cette étude comparées à un échantillon tessinois ont été répliquées<sup>109</sup>.

Cela dit l'IVG n'est pas un acte banal. Elle peut induire une vulnérabilité émotionnelle qui doit être prise en compte avant et après l'intervention. Pour les médecins, l'IVG doit continuer à faire partie de la formation et être valorisée pour un geste contribuant au maintien de la SSR. Des échanges au sein de la profession concernant ces questions (colloques, congrès) y contribueraient<sup>mmm</sup>.

Jusqu'alors, la procédure suite à une demande d'IVG variait selon le canton. L'application de la nouvelle loi pose certaines exigences dans le traitement de la demande, tout en laissant les détails d'organisation aux cantons. En vue d'harmoniser les pratiques entre les cantons, PLANeS a entrepris une démarche en proposant aux cantons via la CDS un dossier modèle de formulaires et des informations à fournir aux femmes.

### 5.2.3 Lieux d'accouchement

Avec la médicalisation de l'accouchement, la grande majorité des naissances en Suisse ont lieu à l'hôpital (99%). Dans la première moitié du siècle les femmes mettaient leur enfant au monde chez elles, entourées de leur famille. Il arrivait également que les sages-femmes mettent à disposition une partie de leur domicile pour les parturientes. Ce fut l'origine des maisons de naissance qui sont des dispositifs intermédiaires entre les infrastructures hospitalières et le domicile des femmes enceintes<sup>110-112</sup>. Ces « Geburtshäuser » se sont surtout implantées en Suisse alémanique depuis 1941 (il en existe actuellement une dizaine en SA et environ 5 en SR). L'accompagnement par une sage-femme se fait tout au long de la période de maternité. En cas de pathologie, la femme peut être transférée dans un établissement hospitalier<sup>113-115</sup>.

---

<sup>ll</sup> L'étude a eu lieu en 1997, deux ans avant l'introduction de la Mifégyne ce qui laisse supposer que ces chiffres ne correspondent plus aux pratiques actuelles.

<sup>mmm</sup> Communication personnelle de Véronique Addor, MPH, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, juin 2002.

#### 5.2.4 Boîtes à bébé - Babyklappen

Ce dispositif soutenu par l'Aide suisse pour la mère (ASME), une des organisations à l'origine de l'initiative « pour la mère et l'enfant » a été introduit le 9 mai 2001 à l'hôpital d'Einsiedeln. Comme alternative à un avortement, les mères peuvent abandonner leur nourrisson dans une boîte de manière anonyme. Les mères pourraient dans un laps de temps de six semaines revenir sur leur décision. A ce jour cette offre n'a jamais été utilisée. A Berne une élue a déposé une motion au Grand Conseil demandant l'ouverture d'une boîte à bébé qui a été refusé par la majorité. L'ASME prévoit néanmoins l'ouverture de 4 nouveaux dispositifs en Suisse.

Sur un plan juridique, cette « solution » interdit à l'enfant de connaître ses origines et ses ascendants qui correspond à un droit de l'enfant (et prévu par exemple dans la LPMA où il est stipulé que l'enfant a le droit d'obtenir toutes les données relatives au donneur). L'absence d'inscription de l'enfant dans le registre des naissances ne lui garantit pas le droit à une tutelle éventuelle. La mère elle-même contreviendrait au code civil par omission de la déclaration de la naissance à l'Etat civil. Un rapport d'expertise de l'Office fédéral de la justice ainsi qu'une prise de position du Conseil fédéral clarifie sans ambiguïté le cadre illégal de cette « offre »<sup>116</sup>.

#### 5.2.5 Hystérectomies

Sur un plan général on sait que les femmes sont beaucoup plus souvent opérées que les hommes ; ce phénomène est réduit quand elles ont un niveau d'éducation élevé. L'assurance en chambre privée est un facteur favorisant les interventions chirurgicales.

Une série de travaux touchant à la fréquence des ablations de l'utérus ont démontré que cette pratique pouvait s'éloigner considérablement de strictes indications médicales. Une campagne d'information dans les media a fait baisser de 25% le nombre d'hystérectomies dans le canton du Tessin<sup>117</sup>.

En Suisse, une femme sur 7 n'a plus d'utérus. Après l'âge de 55-59 ans, 40% des femmes résidant en Suisse a subi une ablation de la matrice. En comparaison, c'est deux fois plus qu'en France sans qu'on observe par ailleurs une incidence sur la mortalité liée au cancer du col de l'utérus. Même à l'intérieur de la Suisse les disparités sont importantes : il y a 24% d'hystérectomies dans le canton de Fribourg et 21% dans le canton de Bâle contre 12% dans le Valais et à Genève et 10% au Tessin et dans les Grisons<sup>118</sup>.

#### 5.2.6 Sectio caesarea

Les césariennes, réservées dans le passé aux grossesses à complication sont au cours du temps devenues une offre des gynécologues tandis qu'il y a quelques années les hôpitaux publics s'évertuaient à garder le taux de césariennes le plus bas possible. La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique en 1999 ainsi qu'une rencontre d'experts à la clinique universitaire de Zurich en 2000 en ont fait leur thème principal<sup>119</sup>. Une césarienne peut être attractive pour les femmes en partie pour des raisons non médicales de planification de la date de naissance et/ou de limitation de la douleur. C'est donc devenu une offre de confort : le désir d'une césarienne est aujourd'hui accepté en tant qu'indication<sup>120-125</sup>.

### 5.2.7 La procréation médicalement assistée

Le groupe de travail de la Société Suisse de Fertilité, Stérilité et de Planning Familial affine un certain nombre de divisions hospitalières, de centres privés et de cabinets pratiquant la fécondation in vitro (FIVNAT-CH). Ce groupe tient un registre national des FIV qui documente chaque cas.

Au 30.3.2001 il y a 26 adresses liées à la FIVNAT-CH dont 19 en Suisse alémanique, 5 en Suisse romande et 2 au Tessin. Il s'agit de centres rattachés aux grands hôpitaux universitaires (BS, BE, GE, VD, ZH), à des hôpitaux cantonaux (Baden, Lucerne), à des hôpitaux privés et à des cabinets privés.

A noter qu'à ce jour la fécondation in vitro n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie alors que l'OMS a reconnu la stérilité comme une maladie. Le coût de ces interventions, à la charge du couple, se situe dans une fourchette de 4'000.- à 6'000.- frs.<sup>126</sup>

Deux associations, romande et alémanique, offrent une information et un soutien psychologique et juridique (permanence téléphonique et physique, bulletin, débats) et interpellent les autorités politiques sur des questions telles que le remboursement des FIV<sup>127-129</sup>.

Comme pour le diagnostic prénatal, le traitement de l'infertilité expose la femme et le couple à des situations de stress intenses qui débordent largement les incertitudes qui peuvent se présenter lors de toute grossesse<sup>130</sup>.

Le débat autour de ce thème reflète, selon nombre d'observateurs, les « fantasmes et angoisses » face à des techniques biomédicales qui ont bouleversé les possibilités de remédier à la stérilité<sup>131</sup>.

Les enjeux autour de la procréation assistée dépassent l'aide apportée aux couples stériles. C'est l'ensemble des technologies génétiques qui sont concernées. La complexité de cette problématique se traduit par certaines incohérences. Ainsi le diagnostic prénatal est autorisé tandis que le diagnostic préimplantatoire ne l'est pas.

### 5.2.8 Mammographie et cancer du sein

Le cancer du sein constitue l'un des problèmes de santé publique les plus importants dans les pays développés. En Suisse, c'est le plus fréquent des cancers féminins : on dénombre 4'000 nouveaux cas par an et environ 1'600 décès annuels. Une femme sur dix est touchée au cours de sa vie.

On distingue communément la mammographie de dépistage de la mammographie de diagnostic. Dans le premier cas il s'agit d'une mesure de prévention sans aucun symptôme. Dans le deuxième cas, la mammographie est effectuée si la patiente ou le médecin constate l'apparition d'un symptôme.

La mammographie de dépistage précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans est depuis 1996 une prestation obligatoire de l'assurance-maladie de base suisse. Celle-ci est toutefois provisoire jusqu'à fin 2007 et sera prolongée en fonction de critères de qualité et d'efficacité.

Des programmes organisés ne sont proposés que dans trois cantons romands (GE, VD, VS). En mars 2000 la mise en place de programmes de mammographie de dépistage a été interrompue en Suisse alémanique. Actuellement il n'existe pas de programme national de dépistage du cancer du sein<sup>132</sup>.

Une analyse rétrospective des expériences faites lors de la planification, de l'introduction et de la réalisation du programme de mammographie de dépistage décrit les facteurs qui influencent le processus de manière positive ou négative<sup>133</sup>. Les résultats basés sur des interviews d'experts

montrent que les difficultés de réalisation reposent moins sur l'examen médical en soi que sur les problèmes qui sont en relation avec un programme de santé publique (financement des prestations non-médicales, répartition des tâches entre Confédération et cantons, modification du rôle des acteurs). Les experts estiment que la volonté politique relative à la réalisation du programme est faible. On retrouve ici les difficultés liées au fédéralisme où les cantons n'ont apparemment pas assumé pleinement leur tâche. Une politique de santé nationale devrait remédier à ces problèmes. Le soutien de la part des médecins a été modeste dans ce dossier. Aux Etats-Unis les organisations féministes ont exercé une pression politique sur les décideurs qui a abouti à un accroissement net du budget de la recherche pour le cancer du sein. Les programmes de mammographie doivent faire l'objet d'un débat public et les femmes en particulier doivent être impliquées dans le maintien ou l'abandon de ces efforts de santé publique.

Un article paru en 2000 dans une revue internationale prestigieuse conteste l'efficacité de la mammographie<sup>134</sup>. Une contre-expertise d'épidémiologistes suisses réfutent ces conclusions. Au plan politique, cette publication a néanmoins constitué un frein sérieux à l'instauration de nouveaux programmes cantonaux et d'un programme de dépistage à l'échelle nationale. L'opposition et les résistances viennent essentiellement de Suisse alémanique où les professionnels de la santé sont peu favorables aux approches communautaires. On a pu parler à cet égard de « Mammo-Graben »<sup>135</sup>. La ligue suisse contre le cancer lance en mars 2002 un appel aux instances décisionnelles de santé publique (notamment la conférence nationale des directeurs des administrations sanitaires) de reprendre le débat sur l'introduction de programmes systématiques de dépistage par mammographie<sup>136,137</sup>.

Les détracteurs de la mammographie mettent en avant l'existence de faux positifs trop nombreux qui engendrent des investigations complémentaires inutiles. Ils arguent du coût élevé du dépistage et soulignent que le dépistage crée plus d'angoisses qu'il ne rassure les femmes.

Une étude a cherché à connaître les attitudes et conduites des médecins dans la prescription du dépistage mammographique<sup>138</sup>. La moitié des sujets interrogés par questionnaire sont en faveur d'un programme de dépistage généralisé pour les femmes au-dessus de 50 ans tout en jugeant que l'auto-palpation et l'examen clinique des seins sont considérés comme ayant un impact plus positif. Les médecins romands prescrivent significativement plus de mammographies que les alémaniques. Un besoin de formation des médecins et des décideurs concernant les risques et bénéfices de ce dépistage a été clairement mis en évidence.

### 5.2.9 Traitements hormonaux et ménopause

La ménopause implique, qu'au terme de sa période de fécondité, les ovaires de la femme cessent de produire oestrogènes et progestérone considérées comme ayant des effets bénéfiques et protecteurs sur la santé des femmes. L'hormonothérapie consiste à remédier à l'arrêt naturel de production de ces deux hormones. Ces traitements de substitution existent sous forme de comprimés, de pommade, de patch et de spray nasal qui devrait bientôt être mis sur le marché suisse. Selon les données de l'ESS de 1997, 22% des femmes entre 50 et 65 ans suivent un tel traitement.

La ménopause peut se manifester par des inconforts corporels tels que des bouffées de chaleur, des palpitations, des troubles du sommeil, des épisodes dépressifs, une perte de libido. Avec l'ostéoporose se sont les indications d'un traitement hormonal. Les risques-bénéfices du traitement hormonal de substitution (THS) post-ménopausique sont difficiles à chiffrer et controversés. Une revue récente de la littérature<sup>139</sup> notamment des meta-analyses, conclut que : le THS reste le meilleur traitement pour prendre en charge les troubles climatiques ; les études

sont en faveur d'un bénéfice du THS sur les maladies cardiovasculaires ; le THS a sa place dans la prévention de l'ostéoporose ; une augmentation du cancer du sein sous THS est possible mais statistiquement faible (RR 1,3-1,5), et la relation de cause à effet est multifactorielle.

### 5.3 APPRECIATION DES INFORMATEURS-CLES DE L'ADEQUATION DE L'OFFRE

La série d'entretiens menée d'abord auprès des experts du groupe de travail SSR, et en complément avec d'autres acteurs compétents dans le domaine, ont eu pour objectif d'éclaircir, dans les catégories produites par les interviewés, les lacunes, sous forme de difficultés, barrières et obstacles dans leur secteurs respectifs et pour ce qui relève de la situation de la santé sexuelle et reproductive suisse en général.

Une analyse de contenu combinant les axes d'analyse adoptées, à savoir les thèmes de politique de la santé (situation politique, administrative et légale), l'épidémiologie, IEC et soins avec le domaine de compétence des interviewés, recouvrant les quatre thèmes, est présentée ci-dessous. Ils pouvaient aborder des thèmes hors de leur champ d'expertise. Les résultats de cette analyse sont présentés en annexe 1.1. Le tableau des résultats est structuré selon les principales axes d'analyse et le domaine d'expertise des interviewés.

Les informations obtenues des experts ont guidé et influencé l'ensemble du rapport. En résumé, les entretiens ont fait apparaître les faits suivants. En les restituant par rapport aux axes (niveaux) d'analyse, les lacunes les plus manifestes se situent au plan :

- Politique : la SSR n'est pas une priorité de santé publique ; il existe un manque de volonté politique permettant l'allocation de ressources suffisantes notamment pour des centres de conseil/soins intégrés, une meilleure visibilité et un meilleur accès dans tous les domaines de la SSR.
- Des actions de terrain (IEC-soins), en particulier l'éducation sexuelle dont la couverture, l'organisation et l'impact, très hétérogènes, créent un problème relevé par la plupart des interviewés qu'ils soient directement concernés, ou d'un autre domaine d'expertise. Le manque de formation des médecins et des autres professionnels de la santé a été également relevé ainsi qu'un manque de coordination important entre les différents services et intervenants.
- Epidémiologique : il y a un déficit incontestable concernant la quantification, contraception, type de demandes de conseil, fertilité, IVG, MST, soins prodigués rendant toute prévention difficile et empêchant d'informer de manière ciblée les politiques de santé tant au plan fédéral, cantonal voire plus local.

### 5.4 OUTILS POUR L'AMELIORATION DES PRESTATIONS

Des mesures peuvent être envisagées afin de réduire les inégalités de l'offre sur l'ensemble du territoire : la création d'un site Internet contenant des informations sur les prestations existantes permettrait une meilleure diffusion des réflexions et de l'innovation de bonnes pratiques. Une *checklist* peut aussi être envisagée pour indiquer les prestations en matière de prévention en SSR qui devraient être disponibles dans chaque canton ou pour laquelle il faut organiser une

collaboration avec un canton voisin. Ce qui suit peut être considéré comme une première ébauche de *checklist* :

- Education sexuelle/prévention VIH en milieu scolaire : pour toute filière et à tous les niveaux d'enseignement.
- Planning familial : conseils et consultations.
- CPC : accès « bas seuil » et rapide.
- IVG : procédure standardisée pour les demandes et conseils.
- Grossesse : conseils et consultations en cours de grossesse ; promotion de l'allaitement ; soutien et conseils aux jeunes parents.
- VIH/sida/IST : conseils en matière de prévention, test VIH/sida et dépistage des IST, aide aux personnes vivant avec le VIH.
- Vie de couple : conseil conjugal, conseils, soins, lieux d'accueil pour les victimes et auteurs de violence conjugale.
- Dépistage du cancer : programme de mammographie, promotion de dépistage du précancer/cancer du col utérin et de la prostate.
- Epanouissement sexuel : conseils/ consultations pour dysfonctionnements sexuels.
- Infertilité : conseil et consultation.
- Dispositifs de prévention appropriés pour les populations spécifiques (migrants, homosexuels, personnes avec un handicap mental ou physique, toxicomanes, prostituées et MSW, détenus ...).
- De façon transversale : approche spécifique au genre.
- Formation des intervenants des médecins et autres professionnels en SSR.
- Collecte des données épidémiologiques relatives à la SSR.
- Coordination et mise en réseau des services ; collaboration multisectorielle.

## 5.5 RESUME

Il ressort de l'analyse de l'offre en IEC qu'elle est multiple ; de nombreuses ressources et exemples de *Good Practices* existent mais éparpillés, et ne sont que très partiellement coordonnés. L'organisation des prestations se présente de façon différente selon le canton et la commune ; il est donc difficile d'établir de façon systématique les prestations offertes et celles qui manquent. Certains aspects de l'offre doivent être consolidés et pérennisés (conseils et consultations de planning familial, grossesse, éducation sexuelle), d'autres devraient être d'avantage développés (aide en cas de violence conjugale, contraception post-coïtale). La couverture des prestations est inégale, la Suisse alémanique étant particulièrement désavantagée à cet égard.

Le cadre législatif procure certaines opportunités qui doivent être saisies : la nouvelle loi sur l'IVG offre à l'ensemble des cantons l'occasion d'améliorer et harmoniser la prise en charge des femmes demandeuses d'une IVG ; LAMal offre des possibilités pour une meilleure dépistage du cancer du sein et du col utérin.

La technique biomédicale en évolution incessante induit d'une part le problème de formation des professionnel(le)s et d'autre part un conseil/accompagnement de qualité des femmes et leurs

partenaires : l'information sur les nouvelles possibilités, les choix éthiques qui s'offrent doivent mobiliser le personnel soignant dans son ensemble. La médecine high-tech clairement crée de nouvelles demandes et besoins. Les femmes et leurs partenaires se trouvent confrontés à des choix totalement nouveaux, liés par exemple à la poursuite d'une grossesse d'un enfant handicapé. Les évolutions très rapides dans la technologie génétique nécessitent un travail d'information d'envergure. Il est important que les problèmes de société qu'elle pose soient reconnus et largement débattus et non pas restreints par des renvois à l'unique responsabilité individuelle qui n'est pas à nier.

Enfin, il est possible d'établir une liste de prestations à assurer pour la SSR dans chaque canton ou en collaboration avec un canton voisin. Celle-ci, ainsi que des exemples de bonnes pratiques devraient être mise à disposition pour l'ensemble des cantons.

**Tableau 2** Principales lacunes qui ressortent de la description et analyse de l'offre

Thèmes	Lacunes
<b>Politique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coûts de la violence</li> <li>• homologation de contraceptifs en attente</li> <li>• place insuffisante des problèmes bioéthiques liés au diagnostic prénatal dans le débat public</li> <li>• pression sociétale pour « l'enfant parfait » ; intolérance envers les handicapés</li> <li>• non prise en charge de la fécondation in vitro par l'assurance-maladie : coût élevé</li> <li>• absence de programme de dépistage du cancer du sein au niveau fédéral</li> <li>• réticences particulières en SA</li> <li>• réticences de la CDS</li> <li>• cancer du sein pas un thème central pour l'OFSP</li> <li>• assurance maternité</li> <li>• harmonisation de la protection sociale de la maternité et de la paternité</li> </ul>
<b>IEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hétérogénéité des ressources matérielles et humaines des centres de planning familial ; différence SA-SR</li> <li>• absence de recherches dans le domaine du conseil</li> <li>• manque de personnel formé en éducation sexuelle en SR</li> <li>• personnel enseignant pas formé pour l'éducation sexuelle en SA ; qualité dépendant des motivations des enseignants</li> <li>• capacité maisons pour femmes battues insuffisante par rapport à la demande</li> </ul>
<b>Soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sous-dotation féminine des médecins concernés par la SSR</li> <li>• limitations des durées de consultation gynécologique</li> <li>• offre de soins en gynécologie insuffisante</li> <li>• menace sur le libre choix du gynécologue</li> <li>• absence de chaire SSR dans les facultés de médecine</li> <li>• dilemme moral créé par l'échographie ; danger de crise psychique</li> <li>• capacités de communication et d'accompagnement des médecins en cas d'anomalies détectées à l'ultrason imparfaites ; suivi psycho-social insuffisant</li> <li>• absence de conseil avant les diagnostics prénatals</li> <li>• trop d'hystérectomies sans indication médicale suffisante ; disparités régionales importantes</li> </ul>

Thèmes	Lacunes
	<ul style="list-style-type: none"><li>• césariennes comme offre de confort</li><li>• gender bias en recherche bio-médicale</li></ul>
<b>Epidémiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• données sur les violences</li><li>• données sur motifs économiques du choix du contraceptif</li><li>• manque d'études cliniques sur l'hormonothérapie</li><li>• absence d'un rapport suisse sur la santé des hommes</li></ul>

## 6 LA SSR DE POPULATIONS SPECIFIQUES

Bien que l'approche analytique ne se soit pas portée sur une approche par population (cf. 1.6) sont détaillées ci-dessous certaines spécificités concernant les besoins de différentes populations. Il ne s'agit nullement d'un classement destiné à créer des catégories mutuellement exclusives (d'ailleurs, les populations les plus vulnérables cumulent souvent plusieurs problématiques) mais de mettre en évidence la nécessité de différencier et de diversifier l'offre en fonction de la population en question.

### 6.1 LES HOMMES ET LA SSR

S'il y a un « *gender bias* » en faveur des hommes dans la recherche médicale en général (cf. 3.6.2), dans le domaine spécifique de la SSR, le « *gender bias* » agit plutôt au détriment du genre masculin. Quel est le rôle de l'homme dans la SSR ? Quel est son niveau d'implication ?

Comme il est expliqué ailleurs dans ce document, l'évolution de la problématique de la SSR est très liée aux mouvements de promotion de la santé de la femme de l'égalité. La plupart des méthodes contraceptives pratiquées sont « féminines », c'est à dire, directement sous contrôle du partenaire féminin. C'est elle, en premier lieu, qui assume les conséquences d'une conception, qu'elle soit désirée ou non-désirée ; c'est à dire, elle décide de continuer ou non la grossesse, de porter et de mettre au monde le bébé. C'est elle qui est victime des violences sexuelles. Pour beaucoup de raisons donc, la plupart des prestations, que ce soit en termes d'IEC ou de soins, est centrée sur les besoins de la femme. Plus précisément, ces prestations concernent principalement les femmes en âge de procréer.

Une analyse des prestations du planning familial au Royaume Uni a fait ressortir comment la demande contraceptive de l'homme est le plus souvent liée à ses besoins sexuels tandis que celle de la femme est considérée comme une démarche de protection de la santé de la femme et de l'enfant<sup>140,141</sup>. Aux éléments précités s'ajoute alors un autre facteur pour comprendre la perception de la place de l'homme dans la SSR : dans quelle mesure estime-t-on que les différents aspects de la SSR relèvent du domaine médical ? La procréation, et tout ce qui l'entoure directement, est aujourd'hui considérée comme une préoccupation médicale « légitime ». D'ailleurs pour certains, cette partie de la vie est devenue même trop médicalisée. Par contre, l'enjeu est différent en ce qui concerne la sexualité. Ici, l'apport de la médecine est moins clairement établi. Elle est surtout impliquée en raison des infections sexuellement transmissibles, et à ce niveau, vraisemblablement le VIH a servi à revaloriser cet aspect de la pratique médicale. Sinon, différents spécialistes traitent les problèmes de dysfonction sexuelle, ces derniers étant plus le sujet du débat public depuis la mise sur le marché du Viagra<sup>142</sup>.

Dans ce contexte, l'homme est devenu le partenaire sexuel « oublié »<sup>143,144</sup>. Le partenariat au premier plan dans la SSR est celui de la femme et de son médecin (ou autre professionnel) traitant, donnant lieu à un scénario, où l'homme peut rester absent de l'ensemble des contacts avec les professionnels de la SSR. Pourtant, pour les rapports sociaux de genre les attitudes et les comportements de l'homme sont déterminants dans les relations sexuelles, dans l'utilisation de la protection contraceptive ou prophylactique, dans le bien-être général de la vie du couple. A priori, il pourrait donc lui aussi bénéficier d'aide dans ce domaine. Le manque d'attention au

partenaire masculin est également renforcé par les représentations sociales de la sexualité masculine, fortement marquées par le déterminisme biologique, l'homme étant perçu, par définition, comme irresponsable et par conséquent « cause perdue »<sup>145</sup>.

En ce qui concerne le planning familial, depuis un certain nombre d'années cette lacune a fait l'objet de l'attention de différents organismes internationaux<sup>146-148</sup>. Ainsi, plusieurs publications à cet égard existent aujourd'hui.

Les hommes ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes. Leur mode de vie, plus de prise de risque, plus de consommation d'alcool et de cigarettes, un rapport différent à leur corps et à l'expression des sentiments sont des éléments d'explication. L'approche du genre appliquée à la santé est longtemps restée synonyme d'une approche « femmes et santé »<sup>145</sup>. Si le genre masculin a été largement pris comme norme, on sait relativement peu de choses sur ses besoins spécifiques en matière de santé.

En Suisse, on dénombre différentes initiatives sur le thème de la santé de l'homme en général. En 1995 a eu lieu en Suisse un premier colloque sur la santé des hommes organisé par une association bernoise : *Männer unterwegs mit Männern für Autonomie und gleichberechtigte Partnerschaft von Mann und Frau*. Un groupe de travail, Arbeitsgruppe AG MaGs (Mann und Gesundheit) s'est formé pour débattre de ces questions dont un des résultats a été un manifeste pour la santé des hommes. La Fondation Radix pour la promotion de la santé a soutenu un projet santé des hommes proposé par ce groupe de travail, actif de février 2000 à l'été 2002<sup>149</sup>. Outre la distribution de ce manifeste, différentes actions ont été menées dans le cadre de ce projet (ex. des journées de formation comme celle menée ensemble avec l'IUMSP de Zürich, « *Gesundheit, Gesundheitsförderung und Lebensstil von Männern* », publication d'un dossier « Hommes et santé » dans Focus, magazine Suisse pour la promotion de la santé<sup>150</sup>). En particulier, le projet a donné lieu à l'élaboration d'un concept pour un rapport suisse sur la santé des hommes. L'absence actuelle d'un tel document peut être identifiée comme lacune : il serait complémentaire au rapport publié spécifiquement sur la santé des femmes en Suisse (décrit dans Chapitre 2). Le thème « masculinité et santé » est également travaillé par le mouvement masculin pour l'égalité en Suisse<sup>151</sup>. Plus particulièrement sur la question de la SSR, un projet de recherche du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique est actuellement en cours sur les représentations de la masculinité dans la recherche sur le sida et dans la politique et les pratiques de SSR en Suisse<sup>nn</sup>.

Malgré ces initiatives, l'approche du genre dans la SSR reste peu problématisée en ce qui concerne les besoins des hommes si on la compare avec le travail fait par rapport aux femmes.

## 6.2 « CARRIÈRE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE » : ÉVOLUTION DES BESOINS PRIORITAIRES AU COURS DE LA VIE

Tout comme les dernières années ont vu émerger une sensibilité accrue à une approche « de genre » dans la conception des services, une sensibilisation à la nécessité de planifier les prestations en prenant en compte de différents « stades » de la « carrière sexuelle et reproductive » est également apparue. Cette expression fait référence à l'évolution du vécu de la

---

<sup>nn</sup> Spencer et coll. « Where are the men ? Representations of masculinity in AIDS research and sexual health policy and practice. » 2002-2004. IUMSP, Lausanne.

sexualité et de la procréation au cours de la vie. Les besoins de personnes en termes de SSR évoluent en fonction des différents stades. La littérature internationale parle plutôt de « carrière reproductive »<sup>152</sup>. Ce concept se limite à la femme et aux années où elle est en âge de procréer, depuis les premières règles jusqu'à la ménopause. Dans ce rapport, un élargissement du concept est proposé plus en harmonie avec la définition de la SSR, c'est-à-dire, par rapport aux deux sexes et en prenant en compte la sexualité indépendamment de la fonction reproductive. Ainsi, dans le concept élargi, la carrière sexuelle et reproductive doit être définie en incluant les hommes et les besoins des personnes aussi bien avant la puberté qu'une fois la vie reproductive terminée. Elle comprendrait, par exemple, les éléments suivants :

- avant les premières relations sexuelles : besoins en éducation sexuelle ;
- gestion des premières relations sexuelles (« monogamie sérielle, relations occasionnelles ») : besoins de soutien affectif, apprentissage de la prévention (contraception et prévention HIV/IST) ;
- mise en couple et naissance des enfants : changement des besoins en prévention, besoins concernant la grossesse/accouchement/maternité/paternité ; éventuellement, conseil conjugal ;
- la famille constituée : modification des besoins contraceptifs ; éventuellement, gestion des relations en parallèle ;
- ménopause, andropause : éventuellement, besoin de conseils ou traitements ;
- années post-reproductives : incidence accrue des maladies des organes sexuels et reproductifs, incidence accrue des dysfonctions sexuelles.

Les éléments ci-dessus se réfèrent essentiellement aux hétérosexuelles ; pour les personnes ayant une préférence homosexuelle, les enjeux se présentent un peu différemment (cf. 6.3). Si la carrière sexuelle et reproductive évolue surtout en fonction de l'âge, il n'est pas le seul facteur à prendre en compte : les maladies et dysfonctions peuvent survenir à tout âge, on peut faire un enfant à 40 ans comme à 20, on peut se remettre en couple à 70 ans ...

Au niveau de la SSR, il est apparent à la lecture de ce rapport, que les personnes vivant leurs années reproductives, et en particulier celles de sexe féminin, constituent la population pour laquelle l'offre en SSR a été la plus développée. Penser la SSR en termes de carrière sexuelle et reproductive fait apparaître d'avantage les besoins différents des autres populations.

En Suisse ainsi qu'ailleurs en Europe, la sexualité des adolescents, et, par conséquent, leurs besoins en termes de prévention, est, en général, largement acceptée. Cette acceptation est loin d'être une évidence : aux Etats-Unis des programmes sont menés auprès des jeunes ayant pour objectif unique la promotion de l'abstinence (*abstinence only education*<sup>153</sup>). L'approche pragmatique à la prévention s'est surtout manifestée dans les campagnes de prévention du VIH/sida et l'éducation sexuelle. La crainte, exprimée par certains, que l'éducation sexuelle et la promotion du préservatif encouragent un début plus précoce des rapports sexuels, ne s'est pas réalisée<sup>154</sup> ; par contre, les jeunes sexuellement actifs ont fortement suivi les messages de prévention et constitue le groupe d'âge rapportant l'utilisation du préservatif le plus élevé<sup>20</sup>. Grâce à des recherches sérieuses dans le domaine, on dispose de nombreuses données en Suisse sur la sexualité des jeunes<sup>16</sup>.

Les centres de conseil et de consultation en matière de planning familial ont le droit de prescrire une contraception aux mineurs, à condition que ces derniers/dernières soient en âge de discernement. Trois enjeux-clés pour les adolescents sont actuellement: l'accessibilité à la contraception post-

coïtale<sup>155</sup>; la couverture et la qualité de l'éducation sexuelle/prévention VIH dans l'enseignement post-obligatoire ; un manque de prestations spécifiques aux besoins des garçons.

Passant à l'autre extrémité de la carrière sexuelle et reproductive, parler de la population générale au-delà de 50 ans comme une population marginalisée peut paraître exagéré, mais le " *ageisme* " (terme anglais se référant au fait de discriminer les personnes en raison de leur âge plus avancé) est un phénomène reconnu de la société moderne. A titre d'exemple, dans le monde du travail certains pays ont mis en place des mesures expressément pour lutter contre cette forme de discrimination. Qu'en est-il de la population dans les années post-reproductives, pour laquelle uniquement la santé sexuelle et non la santé reproductive est en jeu ? Cette population prend une importance grandissante dans la société des pays industrialisés, étant donné le vieillissement de la population et ses attentes (elle bénéficie en effet d'une santé bien meilleure que les générations précédentes<sup>oo</sup>). C'est d'ailleurs à partir de ces constats que l'OMS a mis en place de nombreuses initiatives autour du thème « *Healthy Ageing* »<sup>pp</sup>.

Toujours est-il qu'il subsiste certain tabou relatif aux relations sexuelles chez les personnes âgées (c'est à dire, approximativement à partir de l'âge de la retraite). Même si l'activité sexuelle de ceux qui se retrouvent dans la tranche d'âge " post reproduction – pré-retraite " bénéficie d'une certaine acceptabilité dans la société, la reconnaissance des mesures de promotion de la santé sexuelle chez ces derniers est loin d'être évidente. Pourtant, grâce à des enquêtes menées en Suisse et dans les pays voisins, la sexualité reste un thème d'importance après 50 ans ; d'ailleurs un net effet de génération peut être observé, par exemple en termes de répertoire de pratiques sexuelles<sup>156</sup>. Une étude menée par l'Université de Zürich chez les plus de 45 ans a surtout mis en évidence un " *interest-activity-gap* " (décalage entre l'intérêt/désir et l'activité sexuelle effective). Qu'il s'agisse de caresses, de masturbation par le partenaire ou de rapport sexuel avec pénétration, l'activité sexuelle vécue est moins fréquente que celle désirée<sup>157</sup>. Il y a une baisse du désir sexuel avec l'âge, mais elle est moins importante que celle de l'activité.

L'intérêt scientifique accru pour la sexualité grâce à l'épidémie du sida a peu fait augmenter nos connaissances sur les personnes d'âge moyen ou avancé dont les attitudes et comportements sont rarement abordés dans les études<sup>158</sup>. Néanmoins, l'IUMSP de Berne a mené des études qui font apparaître une prise de risque en termes de VIH qui serait plus prévalente chez les multipartenaires de plus de 45 ans, particulièrement chez les hommes<sup>159</sup>.

L'arrivée sur le marché du Viagra a fait parler de la dysfonction érectile, et parallèlement de la qualité des relations sexuelles chez les personnes " plus âgées ". Pfizer vient de publier une étude menée dans 28 pays chez les 40 – 80 ans (la Suisse n'en fait pas partie) sur les attitudes et les pratiques sexuelles<sup>qq</sup>. Il est probable que l'intérêt de ces résultats se situe plus au niveau des relations publiques qu'au niveau scientifique, mais une telle étude sert néanmoins à mettre en évidence la

---

<sup>oo</sup> La Suisse ne fait pas exception (voir Gognalons-Nicolet<sup>14</sup>).

<sup>pp</sup> Cf. par exemple : WHO Brasilia Declaration on Ageing (1996) ; Statement on healthy ageing, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta 21 - 25 July 1997 ; Press Release WHO/69, 26 September 1997, Rio de Janeiro & Geneva to Launch Global Movement for Healthy Ageing ; Press release WHO/50 28 September 1999 millions walk as WHO launches a global movement for active ageing.

<sup>qq</sup> <http://www.pfizerglobalstudy.com>.

question du bien-être sexuel de cette partie de la population. Pour certains informateurs, les dysfonctions sexuelles devraient faire l'objet de plus d'attention scientifique en Suisse<sup>rr</sup>.

Dans le cadre du 2<sup>ème</sup> congrès mondial organisé par l'International Society for the Study of the Aging Male, en 2000 un symposium a été organisé par l'IUMSP de Lausanne sur "Sexuality and the ageing male". Le symposium abordait les aspects suivants : comportements, satisfaction, problèmes sexuels, santé reproductive, spécificités homosexuels, counselling (annexe 10.17). La réflexion autour de ce symposium pourrait servir à initier une coordination des acteurs concernés par la question de sexualité et vieillissement en Suisse.

### 6.3 POPULATION HOMOSEXUELLE

Les homosexuels masculins entrent de plain-pied dans le champ de la SSR du fait de leur statut d'acteurs et de bénéficiaires de la prévention contre le VIH/sida<sup>83,160</sup>. Dès de la seconde moitié des années 1980, la Confédération, par l'intermédiaire de l'OFSP, s'est fortement associée aux efforts entrepris par les milieux homosexuels afin de faire face à l'épidémie. C'est notamment sur l'initiative de militants gays zurichois et grâce au soutien financier de l'OFSP que L'Aide Suisse contre le Sida a pu voir le jour en 1985<sup>161</sup>. Au fil du temps, certaines associations homosexuelles se sont imposées comme des relais essentiels de l'action préventive. C'est en effet par leur intermédiaire que des populations-cibles tels que les jeunes gays ou les travailleurs du sexe (*Male Sex Workers*) peuvent être atteints par la prévention ainsi que par une ensemble de mesures d'ordre psychosocial.

S'agissant de la population homosexuelle, l'amélioration de la santé sexuelle ne se limite pas à réduire les risques infectieux associés aux comportements sexuels, mais à reconnaître d'autres formes de vulnérabilité, davantage liées aux facteurs environnementaux, en particulier les normes et les attitudes sociales par rapport à l'homosexualité. En effet, malgré la plus grande visibilité et la meilleure acceptation sociales de l'homosexualité, la découverte de l'orientation sexuelle ainsi que sa révélation à l'entourage sont loin de constituer des événements anodins dans la biographie des individus, mais peuvent s'accompagner de troubles psychologiques relativement graves. Une étude menée parmi les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande a récemment mis en évidence une forte prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide parmi les hommes âgés de 16 à 25 ans<sup>162</sup>. Environ 30% des répondants ont songé au suicide au cours des 6 derniers mois, tandis que 24% déclarent avoir tenté de se suicider par le passé. Dans les deux tiers des cas, le passage à l'acte était en relation avec l'orientation sexuelle et s'expliquait par la représentation négative des répondants vis à vis de leur homosexualité, par la crainte d'un rejet de la famille ou de l'entourage, ou encore par des « *a priori* relatifs au monde homosexuel » (par exemple, la difficulté d'établir une relation stable dans ce milieu). Dans leurs conclusions, les auteurs de l'étude recommandent « aux autorités compétentes (...) de faire en sorte, qu'aux yeux de tous, l'homosexualité constitue un mode de vie acceptable et accepté »<sup>ss</sup>. Ce d'autant plus que durant les phases initiales du questionnement identitaire « la famille ne semble pas pouvoir assurer son rôle traditionnel de soutien et de construction identitaire »<sup>162</sup>. Plus concrètement, il s'agirait de sensibiliser les jeunes en scolarité obligatoire, ainsi que les enseignants, aux problèmes qu'implique la découverte de l'orientation sexuelle durant l'adolescence. En 1997, l'Aide Suisse contre le Sida a édité une brochure destinée aux jeunes gays, bisexuels et lesbiennes,

---

<sup>rr</sup> Communication personnelle. Marc Wisard, Département d'Urologie, CHUV, Lausanne, mai 2002.

<sup>ss</sup> Voir Cochand P, Singy P<sup>162</sup>, page 52.

ainsi qu'à leur entourage, de manière à exposer les enjeux liés au *coming out* et à sensibiliser les uns et les autres aux difficultés qui y sont afférentes<sup>163</sup>. En 2000, Pink Cross (Organisation faîtière des associations homosexuelles suisses) a également lancé une vaste campagne de sensibilisation aux problèmes de l'homophobie dans les écoles. Adressés aux autorités scolaires, cette campagne avait pour but d'amener les milieux de l'éducation à reconnaître les différentes formes de violence infligées aux personnes homosexuelles : d'une part les violences physiques et verbales, d'autre part les attitudes de déni vis à vis de l'homosexualité<sup>tt</sup>. Cette campagne de sensibilisation a en outre été accompagnée par des actions spécifiques sur le terrain.

Aborder la SSR sous l'angle de l'homosexualité implique enfin que l'on tienne compte des aspects liés à la reproduction que recouvre le terme générique d'homoparentalité. Aujourd'hui largement médiatisée, cette thématique a pris les couleurs d'un véritable débat de société et ne fait pas l'objet d'un consensus comme cela semble être le cas pour la création d'un partenariat enregistré entre les personnes du même sexe. De fait, l'actuel projet de loi du Conseil fédéral stipule que : « Les personnes liées par un partenariat enregistré ne sont pas autorisées à adopter un enfant ni à recourir à la procréation médicalement assistée. Cette interdiction ne doit pas être contournée par une adoption individuelle. Il est également interdit à un époux d'adopter seul un enfant. Les exceptions à cette règle sont extrêmement limitées »<sup>uuu</sup>. En dépit de cette interdiction, l'homoparentalité est une réalité en Suisse, en particulier dans la population homosexuelle féminine. Souvent les enfants sont issus d'une union hétérosexuelle antérieure mais sont élevés par un couple dont l'une des partenaires détient l'autorité parentale. Les mères ont plus rarement recours à l'insémination artificielle. De fait, si en Suisse celle-ci n'est accessible qu'aux couples hétérosexuels mariés, les futures mères ont toujours la possibilité de se faire inséminer dans un pays plus libéral en la matière. Du point de vue de la SSR, la question n'est pas tant d'établir la légitimité d'une telle pratique, mais plutôt de s'interroger sur le type de suivi obstétrique que les femmes sont en mesure d'obtenir dans le pays où l'insémination a lieu, ainsi qu'en Suisse, où se déroulera ensuite la grossesse. D'une manière générale et jusqu'à ce jour, seuls les médias et les milieux militants semblent s'être véritablement penchés sur la question de l'homoparentalité.

## 6.4 POPULATION TOXICOMANE

Dans le domaine des addictions, il apparaît que les femmes toxicodépendantes se différencient assez clairement de leur contre-parts masculins. Elle sont une minorité tant sur la scène de la drogue que dans les dispositifs thérapeutiques<sup>164</sup>. Ainsi, l'offre d'aide et de soins ambulatoire et résidentielle est orientée essentiellement vers une clientèle d'hommes. Cette lacune a incité l'OFSP à la promotion d'interventions en toxicomanie tenant compte des besoins particuliers des femmes<sup>165-169</sup> et des hommes<sup>167,168,170</sup>. Il s'agit de considérer les charges qui pèsent sur elles de même que les ressources qu'elles peuvent développer<sup>171</sup>. Ces efforts ont eu des résultats mitigés. Un certain nombre de structures résidentielles destinées aux femmes ont dû être fermées faute de moyens. La légitimité d'interventions ciblant les femmes n'est pas acquise. Néanmoins au cours des dernières années a pu se mettre en place un réseau d'expertes dans l'approche sexo-

---

<sup>tt</sup> Sur les discriminations dont sont victimes les hommes et les femmes homosexuels, voir Geber G, Herz N<sup>225</sup>.

<sup>uuu</sup> Loi fédérale sur le partenariat enregistré entre personnes du même sexe. Rapport explicatif et Avant-projet. Documents pour la procédure de consultation, Novembre 2001, p. 32.

spécifique des toxico-dépendances ce qui permet de maintenir ce dossier dans l'agenda de la politique sanitaire.

La consommation excessive de médicaments chez les femmes, en particulier en fin de carrière reproductive, est un fait bien établi mais qui est rarement considéré sous l'angle des addictions. Hormis l'importante automédication, les médecins prescrivent bien davantage de produits pharmaceutiques à leurs patientes que patients. Les problèmes importants de dépendance ainsi créés ne sont pas suffisamment considérés.

Les intervenants en toxicomanie ont longtemps mis l'accent sur la prévention de la transmission du sida par la seringue. Leur vie sexuelle n'était pas véritablement prise en compte<sup>172</sup>. Il semblerait que les toxicomanes manifestent un grand besoin de parler de sexualité : il manque des structures d'accueil qui puissent y répondre<sup>vv</sup>.

Or le domaine des dépendances a des liens étroits avec la sexualité. L'abus sexuel est un facteur qui entre dans l'étiologie des addictions. Les produits (alcool, substances) ont des effets directs sur les troubles sexuels. Ils influent aussi la relation de couple favorisant des climats de violence et/ou des comportements à risque. Ces thèmes sont encore largement méconnus et devraient être davantage investigués et intégrés dans la clinique<sup>173</sup>.

La consommation d'alcool et autres substances addictives présente un facteur de risque considérable pour la grossesse du point de vue bio-médical et psycho-social. Le traitement des femmes enceintes consommant des drogues repose sur des connaissances lacunaires<sup>174</sup>. Les mères toxicomanes sont encore plus stigmatisées que les femmes toxicodépendantes sans enfants. Elles sont, la plupart du temps, encadrées par des institutions qui sont ressenties comme des menaces puisque détenant le pouvoir d'enlever le droit de garde à ces femmes<sup>175</sup>. Leur demande d'aide est souvent inhibée par la peur d'être séparée de leur enfant. Ce climat de tension et d'angoisse ajouté à une précarité matérielle et sociale est peu propice à une amélioration de la situation socio-sanitaire de cette population.

Un important travail de sensibilisation du public et des professionnel(le)s à ces problématiques ainsi que la mise en place de structures accessibles qui tiennent compte des besoins spécifiques des femmes dépendantes reste à faire. Par exemple, les traitements de substitution permettent de maintenir un contact avec des dispositifs socio-sanitaires, ce qui est capital pour des personnes par ailleurs très difficiles d'accès. Il a été montré que les mères toxicomanes sont dans des situations psycho-sociales et somatiques plus favorables que celles qui ont vu leur enfant placé. La garde peut ainsi constituer un facteur de protection pour les mères qui consomment parce qu'elle est un espoir de normalisation, les contraint à structurer leur quotidien et soutient une estime de soi déficiente.

## 6.5 PROSTITUEES

L'obtention de produits passe souvent par une sexualité monnayée : prostitution et drogue ont des liens étroits<sup>176</sup>. Les situations d'urgence créées par le manque induisent des relations sexuelles risquées (rapports, fellation sans protection, pratiques sado-masochistes, viols et autres violences). Le cumul de problèmes somatiques et psychiques multiplie les difficultés de cette population souvent méprisée en plus par les personnes toxicodépendantes qui ne se prostituent pas. Les

---

<sup>vv</sup> Communication personnelle Marco Beney, intervenant en toxicomanie, Lausanne, mai 2002.

stratégies de protection entrent souvent en conflit avec les avantages financiers que représentent les pratiques sexuelles non protégées. Le risque d'infection par le VIH ou autres MST peut être perçu comme moindre par rapport à des situations de stress et d'angoisse plus immédiates liées à la dépendance et aux besoins d'argent. Bien qu'il existe actuellement des programmes pour les clients de prostituées<sup>177</sup>, leur rôle est resté longtemps occulté dans les stratégies d'intervention. Il existe néanmoins en Suisse des dispositifs bas seuil respectant l'anonymat des personnes concernées par la prostitution avec une présence sur les lieux (rue, bars, salon de massage) et selon les horaires (nocturnes) correspondants. Ce travail de proximité se fait souvent dans un bus ou autre local, espace de sécurité d'accueil, d'échange, d'information de prévention ; les usagers y trouvent également des préservatifs et du matériel d'injection stérile<sup>178,179</sup>. Les intervenantes connaissent très bien le milieu, certaines étant des ex-travailleuses du sexe. Ces types de dispositif manquent de ressources pour faire face à des demandes en constante augmentation. L'allocation de ressources nécessaires validerait leur légitimité par ailleurs reconnue dans divers forums d'expert(e)s. Ainsi la pérennisation de projets qui ont démontré leur efficacité n'est pas garantie.

La question de la responsabilisation à travers l'éducation des clients de prostituées a été abordée par un projet pilote qui permet des contacts personnels avec cette population<sup>180</sup>. Initié par l'Aide suisse contre le sida en collaboration avec l'OFSP en 1998, ce travail d'information et de prévention a eu lieu dans 5 villes suisses (Genève, Lausanne, Bâle, Zurich, Lucerne). Il s'agissait d'avoir des entretiens dans un endroit convivial à proximité des zones de prostitution avec les clients, abordant les thèmes des pratiques sexuelles à risque, des MST et plus largement des rôles masculins et féminins. L'accessibilité de ces personnes a largement dépassé les attentes de même que l'ouverture des interlocuteurs à ces thèmes. A noter qu'en Suisse romande le succès du projet a été plus grand qu'en Suisse alémanique.

## 6.6 POPULATION MIGRANTE

Les migrantes constituent une population-cible particulièrement concernée par la SSR. En effet, les causes de la migration se trouvent fréquemment dans des conditions traumatisantes (guerres, violences, tortures) qui laissent des traces sur la santé psychique des personnes touchées. Bien que la population migrante n'est pas homogène du point de vue de son statut légal, les requérants d'asile et a fortiori les étrangers en situation illégale se trouvent dans une incertitude existentielle et l'impossibilité de développer des perspectives du futur précises qui ont des conséquences sanitaires évidentes mais mal connues<sup>17</sup>. Ces difficultés, couplées à des niveaux de formation bas, une précarité psychosociale et un accès aux soins insatisfaisant caractérisent une population qui échappe, en partie, aux diverses interventions concernant la SSR. L'accessibilité est donc une des priorités dans ce domaine. Une série d'efforts ont été déployés en Suisse, notamment dans le cadre du programme global migration et santé, très axé sur la question du VIH/sida, lancé par l'OFSP au début des années '90<sup>181,182</sup>. Ainsi l'accent a été mis sur la formation de médiateurs et d'interprètes interculturels ayant une compétence en santé publique et étant issus ou du moins proches des diverses communautés concernées. Les personnes les plus à risque parmi cette population sont les travailleuses du sexe qui cumulent un statut sanitaire dégradé et des problèmes de consommation de drogue et/ou d'alcool. La situation des artistes de cabaret est également à signaler en raison de leur statut fort précaire<sup>183</sup>. Un exemple de travail de proximité ciblant ces personnes, outre les bus visant l'accès aux prostituées, sont les actions pré-

ventives d'intervenantes issues du milieu dans les lieux tels que cabarets, bars, salons de massage (Barfüsserfrauen<sup>184</sup>, Femmes aux pieds nus).

La thématique de la violence touche également les migrantes, non seulement avec les séquelles considérables qu'elle engendre du point de vue de la SSR, mais aussi parce que la protection légale dont elles peuvent se prémunir en cas de maltraitance est très lacunaire. Si une femme étrangère suit son époux (regroupement familial) ou vient en Suisse pour s'y marier, son autorisation de séjour dépend de celle de son époux. Si elle subit des violences sexuelles et/ou psychiques dans le mariage, elle est contrainte de rester avec son auteur pendant au moins 3 ans (5 ans dans certains cantons) sans pouvoir sortir de sa situation. En cas d'abandon du domicile commun elle est obligée de quitter le pays<sup>185,186</sup>.

De manière générale, les lacunes souvent relevées pour ce qui concerne la situation des migrant(e)s est un manque de données épidémiologiques sexospécifiques. Il serait intéressant de connaître les facteurs qui facilitent ou inhibent leur perception des différentes morbidités ainsi que leurs demandes d'aide. La santé des migrant(e)s a été, par le passé, considérée de manière trop exclusive sous l'angle du VIH/sida. On essaye actuellement d'élargir le cadre pour y intégrer davantage d'aspects pertinents pour la SSR (planning familial, contraception, conseil autour de la grossesse, de la naissance, accompagnement mère-enfant, soins gynécologiques etc.).

## 6.7 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Cette population constitue un groupe avec des besoins spécifiques importants en matière de SSR, voir les rapports synthétisés dans les chapitres 2.3.3 et 2.3.4.

## 6.8 POPULATION HANDICAPEE

La considération des besoins des handicapés en matière de SSR en général et de sexualité en particulier se pose en des termes différents selon la nature du handicap. Mais sur un plan global parce que cumulant les tabous (handicap et sexualité), la problématique a été longtemps ignorée sinon abordée de manière brutale par des stérilisations d'office. Ainsi la plus grande lacune dans le domaine est une sensibilisation des milieux concernés et surtout la formation adéquate des intervenant(e)s. Toutefois la reconnaissance d'une vie affective et sexuelle chez la personne handicapée commence peu à peu à s'imposer sous l'impulsion de professionnel(le)s qui sont confrontés à ces questions dans leur pratique (directeurs de foyers, animatrices en éducation sexuelle)<sup>187,188</sup>. Citons, comme exemple, la Charte « Amour et sexualité des personnes avec un handicap mental » (mars 2002), fruit de trois ans de travail d'un partenariat qui a associé professionnels, parents et personnes handicapées<sup>189</sup>. Les normes par rapport à la sexualité et l'handicap physique aussi bien que mental ont considérablement évolué au cours des 20 dernières années<sup>ww</sup>. Des exemples de *Good Practice* existent : il s'agit d'en assurer leur diffusion.

---

<sup>ww</sup> Communication personnelle Catherine Agthe Diserens.

## 6.9 POPULATION CARCERALE

Qui dit prostitution, toxicomanie, clandestinité appelle souvent le franchissement du seuil de la légalité. Nombre de figures évoquées ci-dessus risquent de se retrouver un jour ou l'autre de leur existence en prise avec des problèmes judiciaires, pour les motifs précédents ou des actes de délinquance. A cet égard le milieu carcéral est un contexte peu salutogénique. Les risques de contagion par des seringues infectées, les MST, les violences sexuelles, les problèmes psychiques en sont quelques illustrations<sup>190,191</sup>. Les visites conjugales et/ou un régime pénitentiaire qui permettent une vie sexuelle seraient des mesures à encourager pour une amélioration de la SSR dans ce contexte. Reste que la marginalisation relative de la SSR dans la politique de la santé touchant la population générale l'est, a fortiori, pour ce qui concerne les détenu(e)s. A quelques exceptions près comme le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires du canton de Vaud, il faut noter l'absence de structures qui ciblent ce type de population.

## 6.10 PERSONNES TRANSEXUELLES

Selon l'OMS, la définition du transsexualisme est la suivante :

*“ Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.”*

Intitulé “ troubles de l'identité sexuelle ”, le phénomène se distingue clairement en termes de diagnostic. Signalons qu'il est bien distinct des questions de préférence sexuelle ou de transvestisme fétichiste (port de vêtements du sexe opposé dans le but d'obtenir une excitation sexuelle).

Les troubles commencent dès l'enfance et donnent lieu à une souffrance importante, ils affectent toutes les sphères de la vie des personnes concernées, allant bien au delà des questions de la sexualité<sup>192</sup>. Selon l'informateur contacté, au moment où ils consultent pour faire une demande de changement de sexe, environ un tiers a déjà recours à l'Assurance Invalidité. Or si le thème de la transsexualité est un thème “ porteur ” pour les médias, la visibilité de cette problématique ne se traduit pas par des offres de prise en charge adéquate. Peu de médecins sont formés à ce sujet et encore moins seraient prêts à soigner ces personnes<sup>xx</sup>.

Au niveau international, il existe des standards de soins et une charte éthique élaboré par l'association faitière Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). Un réseau associatif existe en Suisse, notamment à Genève (Association 360°)<sup>yy</sup>.

Des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre comment améliorer la prise en charge de ces personnes en Suisse. Beaucoup de questions restent à résoudre, par exemple au niveau du dépistage, des évolutions de la situation suite à l'intervention chirurgicale, de l'apprentissage du rôle du genre quant on change de sexe. Une possibilité existe de constituer une cohorte pour une recherche à partir des patients et de l'association dans la région Lausanne/Genève<sup>xx</sup>.

---

<sup>xx</sup> Information et formation des soignants au sujet des transsexuels et transgenres. Projet d'étude clinique. Diplôme de Santé Publique de l'Université de Genève. Juliette Buffat.

<sup>yy</sup> espace@360.ch.

## 6.11 RESUME

Les populations spécifiques dont il est question dans ce chapitre constituent un ensemble d'individus très hétérogène. Dans un premier temps, au niveau de ce qui est généralement appelé « la population générale », il s'agit de mieux rendre compte de l'hétérogénéité de cette population en distinguant les besoins différenciés selon le genre et le stade de vie. Traditionnellement, les prestations ont surtout concerné la santé reproductive (santé maternelle et infantile) dont les femmes en âge de procréation constituent le premier groupe cible. En étendant le champ d'action à la santé sexuelle, il faut mieux définir les besoins des hommes et des personnes au delà de l'âge de la procréation.

D'autres populations sont caractérisées par la vulnérabilité sociale. Malgré la diversité de celles-ci, il est néanmoins possible d'identifier des thèmes transversaux. Un premier thème est la non-reconnaissance des besoins sexuels des personnes concernées, autrement dit, un manque de reconnaissance de leur droit à une vie sexuelle ou de leur choix dans l'expression de celle-ci. Quand la sexualité est abordée, ce n'est souvent qu'à travers la prévention du VIH. Pour certaines populations, on peut parler d'un tabou autour du sujet de la sexualité. En conséquence, la nature de leurs besoins en termes de prestations d'aide est mal appréciée. La non-reconnaissance de la sexualité de la personne en fonction de sa situation de vie, de sa santé ou de son identité sexuelle, peut être considérée comme une forme de discrimination.

Un deuxième thème est la vulnérabilité sociale et la violence. Ces éléments sont présents dans les milieux de la prostitution, de la drogue, dans le milieu carcéral ... La violence conjugale est connue dans toutes les couches de la société, mais les ressources des victimes et des auteurs pour y faire face ne sont pas distribuées de façon égale. Un exemple extrême, la situation de certaines femmes étrangères établies en Suisse dont le permis de résidence dépend directement du mari. Elles se retrouvent devant un choix entre l'expulsion et la violence au foyer, dans la mesure où quitter le mari a comme conséquence le retrait du droit de rester en Suisse.

## 7 APPRECIATION DE LA DEMANDE A TRAVERS LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA SSR

L'évaluation des besoins par rapport aux questions de santé sexuelle et reproductive repose moins sur des demandes exprimées, voire ressenties par la population, que sur une expertise épidémiologique et interdisciplinaire. Dans ce contexte, les besoins sont définis en fonction d'une norme de désirabilité dont les dépositaires sont les acteurs prestataires des différents secteurs sanitaires concernés. Aussi, l'adéquation entre les prestations et les besoins dépend-elle initialement de la qualité des informations disponibles sur les différentes composantes de la santé sexuelle et reproductive. Dans cette perspective, le recours à des données quantitatives est essentielle, car celles-ci permettent d'identifier, de définir et de spécifier les problèmes sur lesquels une action sanitaire peut être envisagée. Pour que ces données soient utiles à la prise de décision en santé publique, un certain nombre de conditions quant à leur récolte, qualité et exploitation doivent être réunies. Dans ce chapitre, il s'agit d'examiner dans quelle mesure les données de la SSR en Suisse correspondent à de tels critères.

Pratiquement, le recours à des données quantitatives implique que celles-ci soient non seulement récoltées, mais aussi disponibles, de qualité appropriée et que des moyens soient mis à disposition pour l'analyse et la diffusion des résultats aux parties prenantes (stakeholders). Dans le cas où les données s'intègrent dans un système de surveillance, celles-ci doivent faire l'objet d'un recensement systématique et d'analyses régulières, dont la qualité dépend en partie des garanties de pérennisation du système.

Enfin, lorsque des données quantitatives sont utilisées à des fins de monitoring, notamment sous forme d'indicateurs, celles-ci doivent faire l'objet d'un examen critique sur le plan des procédures de recueil et du niveau de couverture. La qualité des données détermine celle des indicateurs. L'élaboration de ces derniers repose sur des critères spécifiques<sup>zz</sup> dont il faut évidemment tenir compte.

---

<sup>zz</sup> Idéalement, un indicateur devrait être :

- **valide** : il doit effectivement mesurer le phénomène qu'il est censé mesurer donc varier avec ce dernier ;
- **fiable** : des mesures répétées (presque au même moment ou par des observateurs différents) produisent le même résultat. Le problème des variations aléatoires d'événements rares dans de petits groupes peut être résolu par le regroupement en des unités d'analyse plus grandes ;
- **utile** à la décision ;
- **disponible** ;
- **sensible** : il est capable de révéler des changements et varie dans un intervalle de temps assez court (1 à 5 ans) ou dans l'espace ;
- **représentatif** de la population de référence ;
- **susceptible** d'être répété à intervalle régulier (ex : tous les 5 ans) pour permettre des comparaisons temporelles ;
- **interprétable**.

## 7.1 LES SOURCES DISPONIBLES

Le tableau ci-dessous dresse l'inventaire des principales sources à partir desquelles il est possible d'obtenir des données statistiques sur les différentes composantes de la SSR. D'une manière générale, chacune de ces composantes est reliée avec un ou plusieurs systèmes d'information : a) les statistiques routinières, dont la récolte est du ressort des services de la Confédération ; b) les enquêtes répétées, conçues pour suivre l'évolution de problématiques particulières ; c) les études et les enquêtes ponctuelles, qui permettent d'approfondir ou d'explorer en détail une problématique spécifique. Actuellement, l'enjeu consiste à mobiliser ces ressources dans le but de définir, pour chaque domaine, un ou plusieurs indicateurs et de les articuler autour d'une problématique commune.

**Tableau 3** Les principales sources de données épidémiologiques pour la SSR

Thèmes	Statistiques routinières	Enquêtes répétées	Etudes, enquêtes ponctuelles
<b>Fécondité, grossesse, accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistique des naissances (1)</li> <li>Statistique des causes de mortalité (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête suisse sur la famille (1)</li> <li>Enquête suisse sur la santé (1)</li> <li>Evaluation de la prévention du sida en Suisse : population générale (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etudes analytiques (4)</li> <li>Review (4)</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déclaration obligatoire par les laboratoires (2)</li> <li>Système de déclaration Sentinella (2)</li> <li>Déclaration des polycliniques des 6 dermatologies (2)</li> <li>Déclaration complémentaire des médecins (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation de la prévention du sida en Suisse : population générale (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Système de déclaration Sentinella (2)</li> <li>Enquêtes de prévalence (4)</li> </ul>
<b>Santé des organes sexuels et reproductifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registres des tumeurs</li> <li>Statistique des causes de mortalité (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête suisse sur la santé (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etudes analytiques (4)</li> <li>Review (4)</li> </ul>
<b>Comportements sexuels et vie sexuelle</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation de la prévention du sida en Suisse (3) <ul style="list-style-type: none"> <li>population générale</li> <li>homosexuels</li> <li>au cabinet médical</li> </ul> </li> <li>Enquête sur la santé des adolescents (3)</li> <li>Enquête suisse sur la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Review</li> <li>Etudes analytiques (4)</li> </ul>
<b>Violence sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistique de la criminalité (1)</li> <li>Statistique LAVI (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête sur la santé des adolescents (3)</li> <li>Enquête suisse sur la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquêtes de prévalence (4)</li> <li>Etudes analytiques (4)</li> <li>Review (4)</li> </ul>

(1) Office fédéral de la statistique

(2) Office fédéral de la santé publique

(3) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

(4) Instituts de médecine sociale et préventive et autres institutions actives dans le domaine de la santé publique

## 7.2 PROJET DE MONITORAGE A L'OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTE<sup>aaa</sup>

Ce travail a d'ores et déjà commencé. En effet, l'Observatoire suisse de la santé (OS)<sup>bbb</sup> proposera, dès son inauguration (fin 2002), un module spécifiquement consacré au monitoring de la SSR. Une vingtaine d'indicateurs, répartis par canton ou par région, permettront de documenter quantitativement les principales composantes de la SSR, telles qu'elles ont été définies ci-dessus.

Sur la demande de l'OS, l'IUMSP de Lausanne a réalisé, au printemps 2001, une première proposition de maquette<sup>193</sup>. Ce document fournit les bases conceptuelles du monitoring ainsi qu'un choix raisonné d'indicateurs. Plus de 80 indicateurs ont ainsi été sélectionnés et hiérarchisés en fonction de critères mentionnés plus haut, des recommandations de l'OMS<sup>194-197</sup> et de différents experts suisses, ainsi que de la disponibilité des données auxquels ils font référence. Sur la base de ces propositions, l'OS a défini un premier jeu d'indicateurs<sup>ccc</sup>.

Destinées à un public relativement large, les données seront principalement présentées sous forme de graphique, désagrégées par canton ou région<sup>ddd</sup>, et – selon les indicateurs – par classe d'âge, par nationalité et par sexe. De plus, chaque indicateur sera doté d'une fiche technique précisant la définition et l'utilité des mesures ainsi que leurs limites. Enfin, des liens vers d'autres sites concernés par la problématique, ainsi que des références bibliographiques compléteront le dispositif.

Bien que l'établissement de ce module donne une visibilité nouvelle à la problématique de la SSR, il n'apporte pas de solution substantielle aux nombreuses lacunes que l'on recense dans plusieurs de ses composantes. En effet, conformément au mandat général de l'OS, ce module a pour but principal de rassembler et de diffuser les données recueillies par des institutions tierces dans l'ensemble de la Suisse. L'OS n'a pas pour fonction de produire lui-même des données. Il est néanmoins dans ses prérogatives de «proposer des améliorations et des innovations en ce qui concerne les relevés et registres de données en cas de lacunes et d'insuffisances dans les données de santé existantes» (communiqué de presse, 31.10.01). Celles-ci sont particulièrement importantes sur les questions relatives aux interruptions volontaires de grossesse, la contraception, les atteintes à l'intégrité sexuelle, les infections sexuellement transmissibles et les variables de type socio-démographique, qu'il faudrait associer à chaque indicateur pour orienter efficacement les actions de santé publique. Les trois sections suivantes ont pour but de relever les lacunes les plus manifestes et pour lesquelles des mesures devraient être prises prioritairement.

---

<sup>aaa</sup> Voir paragraphe 3.4.

<sup>bbb</sup> Cet observatoire a pour origine le projet Politique nationale suisse de santé, lequel consiste dans une plate-forme politique de discussion entre la Confédération et les ministres de la santé publique des différents cantons. Ce projet a vu le jour au cours de l'année 2000.

<sup>ccc</sup> Elaboration du module Monitoring de la santé sexuelle et reproductive pour l'Observatoire suisse de la santé. Contrat passé entre l'OFS et l'IUMSP en décembre 2001.

<sup>ddd</sup> Régions linguistiques ou les 7 régions définies par l'OFS (Région lémanique, espace mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale, Tessin).

**Tableau 4** Liste des indicateurs disponibles sur le site de l'OS dès la fin 2002  
(avec indication de la source)

Fécondité Grossesse Accouchement	Infections sexuellement transmissibles	Santé des organes sexuels et reproductifs	Comportements sexuels	Violence sexuelle reproductifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de fécondité (1)</li> <li>• Indice conjoncturel de fécondité (1)</li> <li>• Age moyen de la mère au premier enfant (1)</li> <li>• Naissances hors-mariage (1)</li> <li>• Naissances multiples (1)</li> <li>• Petit poids de naissance (1)</li> <li>• Mortalité périnatale (1)</li> <li>• Mortalité infantile (1)</li> <li>• Recours à la contraception (2)</li> <li>• Assurance maternité (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH : Incidence des nouveaux tests de confirmation positifs pour le VIH (4)</li> <li>• Nombre de cas de gonorrhée et de syphilis (4) – données déjà disponibles sur le site de l'OFSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frottis du col utérin / 24 derniers mois (2)</li> <li>• Mammographie / 24 derniers mois (2)</li> <li>Mortalité standardisée par cancer primaire du : <ul style="list-style-type: none"> <li>• col utérin (5)</li> <li>• corps utérin (5)</li> <li>• sein (5)</li> <li>• de la prostate (5)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population sexuellement active à 17 ans ou moins (6)</li> <li>• Nombre de partenaires sexuels / 12 derniers mois (6)</li> <li>• Partenaires occasionnels et utilisation du préservatif avec ceux-ci / 6 derniers mois (6)</li> <li>• Préservatif au dernier rapport sexuel (6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viols et autres infractions contre l'intégrité sexuelle déclarés à la police (7)</li> <li>• Atteintes à l'intégrité sexuelle parmi les jeunes âgés de 15 à 20 ans (6)</li> </ul>
(1) OFS (6) IUMSP	(2) OFS/IUMSP (7) OFS/OFSP	(3) OFAS	(4) OFSP	(5) OFS/IUMSP/ASRT

### 7.3 LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Alors que la Suisse vient de voter une modification de la législation sur l'avortement, il n'existe pas de recensement systématique, uniforme, suffisamment valide et fiable qui permettrait de mesurer l'intensité, l'évolution et les caractéristiques épidémiologiques du recours à l'IVG au niveau national. Ce manque est d'autant plus criant que le calcul de la fréquence des IVG fait partie des indicateurs de base de l'OMS<sup>194</sup>.

Les données présentées par l'Union suisse pour la décriminalisation de l'avortement (SVSS/USPDA) sont emblématiques du flou qui domine en la matière<sup>eee</sup>. Les chiffres disponibles consistent le plus souvent dans des estimations fondées sur des procédures d'enregistrement très diverses selon les cantons (statistiques hospitalières, enquêtes auprès des médecins, demandes d'avis conformes, etc.). Tous les médecins cantonaux ne tiennent pas un comptage des demandes d'avis conforme qui leur sont obligatoirement adressées. De même, les rares cantons qui détiennent des statistiques ne disposent pas forcément des variables nécessaires au calcul du dénominateur<sup>193</sup> (populations résidentes de référence). Les estimations les plus précises et les plus récentes au niveau suisse ont été obtenues dans le cadre d'une enquête nationale conduite en 1994<sup>198</sup>. Dans ce contexte, l'expérience vaudoise pourrait faire office de

<sup>eee</sup> <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/ivgchre13.htm>.

modèle. En effet, le canton de Vaud est le seul (avec le Jura<sup>fff</sup>) à exercer une surveillance épidémiologique annuelle du recours à l'IVG basée sur des données de population<sup>18,199,200</sup>. Issu d'une concertation entre le Service de la santé publique et les chercheurs de l'IUMSP, le suivi du taux de demandes (avis conforme) permet de détailler les caractéristiques épidémiologiques des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. Il faut néanmoins souligner que toutes les demandes n'aboutissent pas à une IVG. En effet, 3 à 8% des demandeuses ont pu changer d'avis ou perdre leur grossesse<sup>13</sup>. Ce biais est toutefois supposé constant. L'expérience vaudoise pourrait être étendue à l'ensemble de la Suisse, notamment grâce à l'adoption par les cantons d'une méthodologie commune. L'amélioration de la couverture et de la qualité des données hospitalières récoltées par l'Office fédéral de la statistique pourrait constituer l'un des éléments de la surveillance épidémiologique de l'IVG et de la mise en place de la nouvelle législation.

L'enquête périodique d'évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse donne un autre type d'éclairage sur la problématique des grossesses non désirées. Fondée sur un échantillon représentatif de la population âgée de 17 à 45 ans, l'enquête interroge les femmes sur leur dernière grossesse et fournit ainsi des indications sur le contrôle de la fécondité, la prévalence des IVG et son évolution au cours du temps. Récoltée en 1997 et en 2000, les données sont vraisemblablement de bonne qualité (taux de non-réponse quasiment nul), mais n'ont pas encore été analysées. D'autres sources permettent encore de compléter ce thème, en particulier les enquêtes ponctuelles. Ces dernières sont particulièrement utiles, lorsqu'il s'agit d'étudier les dimensions psychosociales de l'IVG : par exemple, son impact sur la sexualité et la contraception<sup>201</sup>.

#### 7.4 LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

En 1999, la modification de l'ordonnance sur la déclaration des maladies infectieuses a sensiblement altéré le système de surveillance IST<sup>202</sup>. Les nouvelles dispositions légales ont, d'une part, aboli l'obligation faite aux médecins de déclarer les infections classiques (blennorragie, chlamydia, syphilis et chancre mou) et, d'autre part, interrompu l'enregistrement par les laboratoires de l'incidence du T. Palladium<sup>sss</sup> (germe responsable de la Syphilis). Comme la recrudescence des IST tend actuellement à se confirmer dans plusieurs pays européens<sup>203-205</sup>, cette interruption paraît aujourd'hui clairement inappropriée.

De plus, les données de surveillance issues des laboratoires (Tableau 5) ne permettent pas de conduire des analyses approfondies sur le plan épidémiologique. D'une part, les informations disponibles sur le patient sont rudimentaires, d'autre part, le nombre total de tests effectués n'est pas calculé. Dès lors, l'absence de dénominateur hypothèque l'interprétation des résultats. En effet, comment savoir si une éventuelle recrudescence de tests positifs est liée à une augmentation réelle des infections ou à une augmentation des tests ? La question se pose également pour les infections à VIH. Dans ce domaine, néanmoins, les déclarations complémentaires des médecins permettent une meilleure compréhension de la dynamique épidémiologique.

---

<sup>fff</sup> Le canton du Jura a repris le questionnaire utilisé par le canton de Vaud.

<sup>sss</sup> L'abandon de la syphilis avait été motivé par le fait qu'il n'était pas possible de séparer clairement les nouveaux cas d'infection (incidence) des infections plus anciennes.

**Tableau 5** IST soumises à déclaration obligatoire depuis 1999

Déclaration initiale du médecin	Déclaration de laboratoire	Déclaration complémentaire des médecins
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sida (VIH+, et décès)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Test VIH positif</li><li>• N. gonorrhoea</li><li>• Chlamydia trachomatis</li><li>• Hépatites B et C</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sida</li><li>• VIH</li><li>• Hépatites B et C</li></ul>

Source : Ordonnance sur les déclarations de médecins et de laboratoire du 13 janvier 1999 (818.141.11)

Le réseau des 6 polycliniques dermatologiques suisses (NDPS) pallie partiellement à ces lacunes en surveillant l'incidence des germes suivants :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Urétrites (hommes)</li><li>• Rectite</li><li>• Cervicite</li><li>• Chlamydia</li><li>• Blennorragie</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Syphilis</li><li>• Chancre mou</li><li>• Herpès génital</li><li>• Condylome génital</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inflammation pelvienne</li><li>• Trichomas vaginalis</li><li>• Morpions</li><li>• Gale</li></ul> |
|---|---|--|

En 1990, les 6 polycliniques ont adopté un questionnaire commun visant à observer l'incidence du VIH parmi les patients souffrant d'infections sexuellement transmissibles<sup>206</sup>. Conçu dans le cadre d'une étude coordonnée par l'Action concertée européenne, ce questionnaire permet des analyses relativement détaillées sur le plan épidémiologique. En plus des données de base (âge, sexe, résidence), il fournit des informations sur l'origine des patients, le niveau de formation, l'orientation et l'activité sexuelle, la source d'infection probable et les comportements préventifs (utilisation du préservatif).

Bien que l'étude soit arrivée à son terme, le relevé ne s'est pas interrompu. Ces données constituent dès lors une source de renseignements utiles pour la prévention, mais dont on ne connaît malheureusement pas avec précision la couverture et le taux de non-réponses. De plus, les données du NDPS comportent un important biais de sélection : une sur représentation des hommes (90% dont 15% sont homosexuels) et des étrangers (45%)<sup>206</sup>. Par conséquent, ce dispositif ne peut pas être appréhendé comme une source d'information valide pour la population générale, mais il a l'avantage de faire référence à des segments de population caractérisés par une exposition au risque comparativement plus élevée.

La surveillance des IST en population générale est, quant à elle, assurée par le système de déclaration Sentinella (SSNS). Ce dispositif regroupe entre 150 et 250 médecins généralistes, ayant accepté de déclarer spontanément à l'OFSP les nouveaux cas de maladies transmissibles ainsi que d'autres affections aiguës<sup>hhh</sup>. Les MST ont commencé à faire l'objet d'un suivi (d'abord ponctuel) au début des années 1990 (Tableau 6). En 1995, une trentaine de gynécologues ont intégré le réseau, garantissant une meilleure visibilité des IST chez les femmes. Ces derniers, plus représentatifs des zones urbaines que rurales, enregistrent près de 4% des consultations effectuées dans un cabinet gynécologique<sup>207</sup>.

<sup>hhh</sup> <http://bag.admin.ch/sentinella/system/f/info.htm>.

**Tableau 6** Années de déclaration des MST/IST et des tests VIH (1986 à 1998)

	86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92	92/93	94	95	96	97	98
<b>Généralistes</b>												
Herpès zoster	■											■
Tests VIH		■	■	■	■	■	■	■	■	■		
MST						■	■			■		
<b>Gynécologues</b>												
Tests HIV									■	■	■	
MST									■	■	■	■
Chlamydia Trach.												■

En 1998, les gynécologues déclarants ont participé à une étude de prévalence de l'infection à chlamydia parmi les femmes âgées de moins de 35 ans. Cette étude ponctuelle a notamment permis de préciser certaines caractéristiques épidémiologiques de l'infection. Par extrapolation, les résultats montrent que les déclarations nationales des laboratoires (1998) ne représentent que 5% du réservoir total des infections à chlamydia parmi les femmes âgées de 20 à 34 ans<sup>208</sup>. De fait, d'après les estimations de l'OFSP, le chlamydia est l'IST la plus répandue en Suisse (2300 cas d'infection en 2000). Dans leurs conclusions, les auteurs de l'étude soulignent la nécessité de recourir à des études de prévalence afin de mesurer la fréquence de cette infection, qui non seulement est asymptomatique, mais peut également être une cause de stérilité chez la femme.

En 1997, un petit module relatif aux IST a été introduit dans l'enquête périodique d'évaluation de la prévention du sida. Au préalable, il s'agissait d'évaluer la qualité de l'instrument de mesure par le recours à questions formulées de façon différente<sup>iii</sup>. Les questions les mieux formulées ont finalement été retenues pour le questionnaire 2000. Les données qui y sont relatives n'ont pas encore été analysées.

Comparativement à ce que l'on peut observer dans le domaine du VIH/sida, la surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles n'est pas optimale. La recrudescence actuelle des IST, constatée dans plusieurs pays industrialisés, est d'autant plus préoccupante que l'on ne dispose pas d'instruments de surveillance suffisamment complets pour l'appréhender. Cette problématique n'est pas spécifique à la Suisse, mais s'applique également à d'autres pays européens. Certains d'entre eux ont d'ores et déjà pris des dispositions afin de moderniser la surveillance de certaines infections (gonorrhée, chlamydia, syphilis)<sup>209,210</sup>. Il est en revanche peu probable que le dispositif suisse évolue de façon substantielle dans un avenir proche<sup>202</sup>.

Néanmoins, certaines mesures devraient pouvoir contribuer à son amélioration, en particulier :

- le relevé par les laboratoires des tests négatifs, lequel permettrait d'analyser plus finement les données d'incidence,
- la réintroduction de la syphilis comme maladie à déclaration obligatoire<sup>iii</sup>.

<sup>iii</sup> Ce fut notamment le cas pour les répondants masculins qui ont été exposés de façon aléatoire à l'une ou l'autre formulation.

<sup>iii</sup> Cette mesure implique que les nouvelles infections puissent être distinguées des anciennes (forme latente).

Des enquêtes périodiques de prévalence des principales IST pourraient également constituer des alternatives efficaces.

## 7.5 VIOLENCE SEXUELLE

La violence sexuelle constitue une problématique extrêmement vaste et dont la définition est à géométrie variable suivant le point de vue de l'observateur. Au niveau national, les seuls indicateurs permettant de suivre une évolution à moyen-long terme dans ce domaine consiste dans le nombre de viols ainsi que d'autres formes d'atteintes à l'intégrité sexuelle déclarés aux services de police (voir art. 187-200 du Code Pénal). Sur le plan européen, le viol est la mesure la plus couramment utilisée<sup>211</sup>. Cet indicateur reste néanmoins imparfait, dans la mesure où il n'est pas vraiment possible d'estimer le nombre d'infractions non-déclarées (sous-enregistrement) et où les données peuvent varier en fonction de critères non-pondérables. Par exemple : la perception des victimes de l'utilité et du coût bénéfique de l'acte de dénonciation auprès de la police et de la justice peut évoluer au cours du temps. De plus, actuellement, ces statistiques ne sont pas disponibles par canton<sup>kkk</sup>, mais uniquement sous forme agrégée<sup>212</sup>.

La statistique suisse de l'aide aux victimes (OHS) représente une source d'information alternative. Elle provient des centres de consultation issus de la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infraction en vigueur depuis 1993 (LAVI). Les personnes assimilées à la victime peuvent également en bénéficier<sup>lll</sup>. Depuis 2000, l'OFS relève et exploite les données issues des centres LAVI dans l'ensemble de la Suisse<sup>213</sup>. Ces statistiques fournissent des informations détaillées, notamment sur la victime (sexe, âge, résidence, nationalité, relation avec l'agresseur) et l'objet de la consultation<sup>mmmm</sup>. Néanmoins, dans une perspective de santé publique, la qualité des données est limitée en raison des procédures de comptage. En effet, la statistique de l'aide aux victimes recense exclusivement les prestations offertes par les centres et non pas les cas individuels. Une personne pourrait ainsi apparaître à plusieurs reprises dans les statistiques, dès lors qu'elle s'adresse plus d'une fois à un ou plusieurs centres. Par conséquent, le risque de doublons n'est pas négligeable. Malgré ces limites et suivant certains aménagements, cette source pourrait servir à l'élaboration d'un indicateur sur la violence sexuelle en Suisse ou sur son traitement social.

Il n'en demeure pas moins que le recueil de données épidémiologiques détaillées est indispensable à la juste compréhension du phénomène : son ampleur et son impact sur la santé des individus. La recherche de Lucienne Gilloz et collaborateurs sur la domination et la violence envers la femme dans le couple est l'une des rares enquêtes à avoir fourni des indications chiffrées à un niveau

---

<sup>kkk</sup> Certaines polices cantonales publient néanmoins sur leur site leurs propres statistiques. Voir [http : www.prevention-criminalite.ch/CrimiF.htm](http://www.prevention-criminalite.ch/CrimiF.htm) .

<sup>lll</sup> Selon les recommandations actuelles pour l'application de la LAVI : « Les personnes assimilées à la victime sont les suivantes : conjoint, enfants, parents et toute autre personnes qui entretient dans le cas concret une relation étroite assimilable à celle des membres de la famille cités [...] ». Un site sur l'aide aux victimes est en préparation ([www.aideauxvictimes-suisse.ch](http://www.aideauxvictimes-suisse.ch)).

<sup>mmmm</sup> Cette rubrique est fondée sur les catégories d'infraction telles qu'elles sont définies par le Code Pénal. Dans la mesure où une consultation peut faire référence à plusieurs infractions (articles), il est nécessaire de hiérarchiser les délits en fonction de leur gravité ou du domaine d'intérêt. Les données publiées par l'OFS sont ventilées selon cette procédure (atteintes à l'intégrité sexuelle d'enfants *versus* autres formes d'atteintes à l'intégrité sexuelle).

national sur la base d'un échantillon représentatif de femmes âgées de 20 à 60 ans<sup>86</sup>. Deux enquêtes d'envergure ont également été menées chez les adolescents des deux sexes. En 1992, F. Narring et collaborateurs, dans le cadre l'enquête sur la santé des adolescents en Suisse (SMASH), ont recueilli des données sur la prévalence des atteintes à l'intégrité sexuelle parmi les 15-20 ans et les troubles morbides qui y sont associés<sup>214215</sup>. Les données de cette enquête seront actualisées pour l'année 2002. A Genève, D. Halpérin et collaborateurs ont également mesuré la prévalence d'abus sexuels au cours de la vie parmi des adolescents des deux sexes en fin de scolarité obligatoire<sup>216</sup>. Actuellement, il s'agit de l'enquête la plus détaillée disponible en Suisse sur ce problème.

Enfin, la violence sexuelle fait l'objet d'une question spécifique dans l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS), laquelle est fondée sur un échantillon représentatif de la population générale. Malheureusement, malgré sa taille, l'échantillon ne permet pas de mesurer le phénomène de façon suffisamment fiable. En effet, les répondants ont, au préalable, été filtrés par une question dans laquelle la thématique de la violence sexuelle ne transparait pas spécifiquement (ESS97)<sup>nnn</sup>. Pour l'enquête 2002, le module portant sur les violences en général a été réduit. Les personnes étant principalement interrogées sur leurs craintes par rapport à éventuelle agression dans 12 prochains mois (harcèlement, menaces, contraintes sexuelles, cambriolage).

## 7.6 RESUME

Au niveau national, la mise à disposition de données statistiques permettant de suivre l'évolution des différentes compositions de la SSR est à un stade embryonnaire. Certes, des données existent, mais à certaines exceptions près, elles sont le plus souvent éparpillées, difficilement accessibles, inadaptées ou sous-exploitées. Leur rassemblement en une structure unifiée et pérenne, ainsi que le développement de nouveaux indicateurs appelés à combler les lacunes les plus manifestes s'avère nécessaire. L'intégration d'un module sur la SSR dans le cadre des activités de monitoring de l'OS représente une opportunité importante pour engager l'évolution nécessaire.

Pour les différents domaines, il est possible d'identifier les mesures nécessaires pour combler les lacunes existantes, mais au préalable, une clarification de la responsabilité des différents acteurs s'avère nécessaire.

---

<sup>nnn</sup> La question servant de filtre est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violences, qu'il s'agisse de violences corporelles, par ex. frappé, ou bien que quelque chose vous ait été volé ? (question 39.00).

## 8 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES LACUNES

### 8.1 ENVIRONNEMENT : POLITIQUES DE SANTÉ ET BASES JURIDIQUES

<b>ENVIRONNEMENT : Bases existantes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Constitution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'assurance maternité malgré le mandat prévu par la Constitution fédérale à cet effet</li> </ul>
<b>LEg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des inégalités entre sexes perdurent</li> <li>• Absence de congé parental</li> </ul>
<b>LAMal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de prise en charge de prestations de conseil</li> <li>• Opportunités offertes pour la prévention mais peu saisies</li> </ul>
<b>Code pénal (violences, IVG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viol conjugal poursuivi que sur plainte</li> <li>• Besoin d'harmoniser les pratiques et statistiques cantonales à travers les règlements d'application</li> </ul>
<b>LAVI</b>	
<b>Loi sur les épidémies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu utilisée pour ce qui concerne les IST autres que VIH</li> </ul>
<b>Ordonnance sur les déclarations de médecin et de laboratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de déclaration obligatoire de la syphilis de la part des laboratoires</li> </ul>
<b>Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne reconnaît pas les prestations élargies des centres de planning familial</li> </ul>
<b>LPMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thèmes de société méritant une plus grande visibilité dans le débat public (comparée à d'autres pays, loi restrictive interdisant le don d'ovules, la maternité de substitution, le don d'embryon)</li> </ul>
<b>Lois sanitaires cantonales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traductions hétérogènes des textes législatifs fédéraux</li> <li>• Législation concernant la SSR disséminée dans nombre de juridictions</li> </ul>
<b>Droit international</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombreuses lacunes en ce qui concerne le respect de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : exemple : protection grossesse-maternité et travail.</li> </ul>
<b>Fédéralisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage de compétences Confédération-cantons peu clair</li> </ul>
<b>Politique nationale de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de stratégie SSR globale : stratégies concernant thèmes spécifiques parcellaires</li> <li>• La SSR n'est pas définie comme une priorité</li> </ul>
<b>Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décisions conservatrices e.g. dépistage cancer du sein</li> </ul>
<b>Organes de santé publique et d'action sociale supra-cantonaux (Romandie, BE et TI) : CRASS ; GRSP, GRAS, DIPPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de définir des stratégies communes et d'harmoniser les approches</li> <li>• Absence d'organisation intercantonale en SA</li> </ul>
<b>Bureaux de l'égalité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de ressources et de soutien pour certaines antennes</li> </ul>
<b>Conférence suisse des déléguées à l'égalité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Égalité d'une perspective masculine peu problématisée</li> </ul>

<b>ENVIRONNEMENT : Bases existantes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Bases légales de l'éducation sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantie d'une couverture et adéquation insuffisante</li> <li>• Répartition de responsabilités politiques et administratives pas claires</li> </ul>

## 8.2 IEC

<b>IEC : thèmes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Programmes et campagnes de prévention / promotion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs agences sont potentiellement responsables (OFSP, PSS, Radix, ASS...) : répartition de responsabilités pas claire en ce qui concerne SSR</li> <li>• Pas d'approche commune aux problèmes de SSR. Programmes et campagnes sur certains thèmes (ex. sida) et pas sur d'autres (ex. contraception, notamment CPC)</li> <li>• Education sexuelle dans les écoles : couverture et qualité très hétérogène ; lacunes importantes au niveau post-obligatoire ; organisation n'offre pas de garantie de pérennisation ; absence de contrôle de qualité dans le modèle interne (essentiellement SA)</li> <li>• Approche trop négative à la sexualité (trop axée sur la prévention)</li> </ul>
<b>Centres et sites d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisamment connus par la population</li> </ul>
<b>Consultations et conseils individuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail des centres de planning familial peu connu et peu reconnu par le monde médical et politique</li> <li>• Couverture ville/campagne et SR/SA inégale</li> <li>• Services inadaptés pour certains groupes (ex. femmes âgées, hommes à tous âges, handicapés, migrant(e)s...)</li> <li>• Formation des médecins inadéquate (manque de connaissances et de sensibilisation )</li> <li>• Manque d'approche globale</li> </ul>
<b>Coordination et mise en réseau des acteurs (Organes de coordination, Mise en réseau professionnel et associatif, Organismes faitiers)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés pour collaborations inter-régionale et inter-cantonale</li> <li>• Mise en réseau inadéquate en SA</li> <li>• Interdisciplinarité fonctionne mal (ex. médecins-sages-femmes ; planning familial – éducation sexuelle)</li> <li>• Coordination inadéquate, compétition pour ressources, manque de synergie</li> <li>• Fossé SA – SR</li> </ul>

## 8.3 SOINS

<b>SOINS : thèmes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Moyens contraceptifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homologation de produits modernes en attente</li> <li>• Pas de gratuité</li> <li>• Pas de vente libre</li> <li>• Difficulté d'accès à la CPC, conseil insuffisant</li> <li>• Offre peu diversifiée</li> </ul>
<b>Gynécologues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-représentation des femmes</li> <li>• Offre de soins se détériore</li> </ul>
<b>Procréation médicalement assistée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de prise en charge de la fécondation in vitro par la LAMal</li> </ul>
<b>Aspects médicaux liés à la grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic prénatal : capacités de communication et accompagnement des médecins pas optimal, problèmes de formation au plan technique</li> <li>• Inégalités dues aux positions idéologiques des médecins notamment sur l'IVG</li> <li>• Hystérectomies : indications pas toujours fondées, disparités régionales</li> <li>• Césariennes : indications médicales insuffisantes</li> </ul>
<b>Cancer du sein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mammographie : couverture du dépistage inégale, soutien modeste des médecins</li> <li>• Existence de faux positifs trop nombreux</li> <li>• Besoin de formation</li> <li>• Application des contrôles de qualité insuffisante</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage insuffisant</li> </ul>

## 8.4 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

<b>EPIDEMIOLOGIE : thèmes</b>	<b>Bases existantes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Fécondité, grossesse, accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiques de l'OFS : - Evolution de la population - Santé</li> <li>• Enquête suisse sur la santé (contraception)</li> <li>• Enquête suisse sur la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de données nationales sur l'IVG</li> <li>• Manque de critères pour établir certaines inégalités sociales (ex : catégories socio-professionnelles)</li> <li>• Absence de données sur la prévalence de la stérilité</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration obligatoire des maladies transmissibles</li> <li>• Réseau des 6 policliniques dermatologiques suisses</li> <li>• Système de déclaration Sentinella en Suisse</li> <li>• Enquête presse gay (hommes homosexuels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration des laboratoires : - l'absence de comptage du nombre total de tests effectués hypothèque l'interprétation des tendances - retrait de la syphilis comme maladie à déclaration obligatoire - les données récoltés sont rudimentaires sur le plan épidémiologique</li> <li>• Faible couverture de la surveillance (ex : infection à chlamydia)</li> </ul>

<b>EPIDEMIOLOGIE : thèmes</b>	<b>Bases existantes</b>	<b>Lacunes</b>
<b>Santé des organes sexuels et reproductifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistique de l'OFS : - causes de mortalité</li> <li>• Association suisse des registres des tumeurs</li> <li>• Enquête suisse sur la santé (frottis du col utérin, mammographie, hystérectomie, traitement hormonal de substitution)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre couvre seulement 60% de la population</li> </ul>
<b>Comportements sexuels :</b>  <b>Satisfaction et troubles sexuels</b>  <b>Comportements préventifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation périodique de la prévention du sida : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ population générale (17-45 ans)</li> <li>▪ hommes homosexuels</li> </ul> </li> <li>• Santé auprès des adolescents 15-20 ans</li> <li>• Enquête suisse sur la santé (satisfaction et troubles sexuels)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de données sur les comportements sexuels et préventifs dans les années post-reproductives</li> <li>• Absence de données précises sur la prévalence des troubles sexuels</li> </ul>
<b>Violence sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistique sur les infractions - atteintes à l'intégrité sexuelle (viols et autres formes d'atteintes)</li> <li>• Statistique de l'aide aux victimes (LAVI)</li> <li>• Enquêtes de prévalence / sondages de victimisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les statistiques de la criminalité en Suisse manquent de précision (pas de ventilation par canton)</li> </ul>

## 9 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les conclusions et recommandations sont regroupées autour de quatre objectifs : améliorer la coordination des acteurs et du dispositif dans le domaine de la SSR ; réduire les inégalités dans l'offre, l'accès et la qualité des prestations ; améliorer la qualité de l'information disponible ; améliorer la formation des acteurs de la SSR. Pour chacun d'entre eux, sont listés les constats qui ont donné lieu à la formulation de l'objectif et les enjeux en cause en désignant comme prioritaires les mesures proposées.

Si cette partie finale se fonde essentiellement sur les lacunes dégagées à partir des différentes sources et selon les quatre axes d'analyse, cela ne signifie pas qu'il faille minimiser les aspects largement positifs et performants des divers aspects de la SSR en Suisse. L'identification des lacunes permet la sélection d'un certain nombre de priorités selon des critères d'enjeux pour la SSR : l'importance, l'impact et la faisabilité. Signalons également que les recommandations qui figurent ici ne sont pas les seules qui peuvent être envisagées à partir des informations présentées dans ce rapport (cf. chapitre 8).

### 9.1 AMELIORER LA COORDINATION DES ACTEURS ET DU DISPOSITIF DANS LE DOMAINE DE LA SSR

#### 9.1.1 Constats

Les problèmes de coordination ont été signalés à plusieurs niveaux et constituent un *Leitmotiv* de l'état des lieux de la SSR en Suisse.

Bien que de nombreux efforts existent (conférences, commissions, associations, associations faitières ...) plusieurs exemples témoignent du fait que le niveau de coordination (et parfois même la volonté de le faire) est insuffisant et entrave l'amélioration du dispositif de l'offre dans son ensemble. Même avec la meilleure volonté de coopérer, la multiplicité des acteurs et des instances fait qu'il est quasiment impossible d'être au courant de l'ensemble de l'offre.

L'évolution actuelle ne fait que compliquer d'avantage la situation. Par exemple, dans un contexte de « normalisation » du sida, les acteurs dans ce domaine proposent d'élargir leur champ d'action à la SSR en général. Ce développement offre de nouvelles opportunités, mais il faudrait assurer qu'il se passe de manière à venir compléter le dispositif général.

Les prestations de SSR se trouvent éclatées dans plusieurs structures. A titre d'exemple, pour obtenir un conseil en contraception, faire un dépistage pour le VIH ou une autre IST, discuter d'un problème sexuel dans le couple, une personne doit parfois consulter quatre services différents. Plusieurs structures peuvent s'occuper du même problème sans qu'il y ait une réelle coordination. Par exemple, les membres d'une famille (père agresseur, mère et enfant victime) où il existe un problème de violence seront pris en charge par trois services différents.

#### 9.1.2 Enjeux

Une meilleure collaboration permettrait une synergie des ressources existantes et rendrait l'ensemble du système plus efficient. Elle rendrait le travail en réseau plus efficace et faciliterait

la définition du partage des responsabilités, ce qui sert à éviter des « doublures » et des lacunes. Une meilleure collaboration permettrait également une meilleure diffusion de « *Good Practices* ». Des mesures dans ce sens auraient un effet généralisé à relativement peu de frais.

### 9.1.3 Mesures

➤ **Mettre en place un groupe de travail chargé d'améliorer la coordination dans le domaine de la SSR.** Pour ce faire, le groupe devra :

- examiner le fonctionnement de l'ensemble des organes de coordination existants (compétences, acteurs, missions, délimitation géographique, communication avec d'autres organes...);
- émettre des propositions concernant des modifications de la situation actuelle (ex. créer une Commission de coordination au niveau fédéral, élargir les compétences d'un organe existant, fusions d'organes...);
- assurer l'élaboration d'une politique de SSR qui définissent, entre autres, le partage des responsabilités entre les différents acteurs, institutions, et organes de coordination ;
- assurer la poursuite des efforts de coordination en cours ou en préparation. Exemple : mettre en œuvre les recommandations dans le domaine de l'éducation sexuelle pour ce qui concerne une meilleure coordination.

Les principales instances supra-cantoniales et faîtières ayant une responsabilité dans le domaine de la SSR devront être présentes dans le groupe (OFSP, OFAS, CDS, CDIP, PLANeS, ASS) qui, selon besoin, fera appel à différents experts. Il est recommandé que l'OFSP prenne l'initiative pour le lancement du groupe, même si sa coordination est par la suite reprise par une autre instance. Cette initiative se justifie par diverses compétences fédérales : les acteurs du VIH/sida élargissent leur champ d'action, une nouvelle stratégie pour le sida est en cours d'élaboration nécessité de mieux prendre en compte les problèmes des autres IST... (loi sur les épidémies); diverses prestations prévues par la loi fédérale ne sont pas prise en compte de façon adéquate au niveau cantonal, une réponse devra être faite au Postulat Genner (exigences politiques et juridiques).

➤ **Créer et garder à jour un site Internet afin de mettre à disposition des informations concernant l'ensemble des prestations et des institutions dans le domaine de la SSR.**

- Le site réunira des informations relative à tout le territoire et proposer une base de données structurée (type de prestation, localité, thème de santé, populations spécifiques...).
- Il sera tenu à jour régulièrement.
- Il devra compléter et être complémentaire à la banque de données documentaires et audiovisuelles de Sida Info Doc.

Sida Info Doc a comme projet d'étendre leur champ d'action à la SSR. L'organisme a les compétences techniques nécessaires pour la création d'un tel site. Ces compétences doivent bien évidemment être complétées par des contacts avec d'autres organismes qui font la récolte d'informations dans le domaine ainsi par l'expertise d'autres acteurs, dont il faudrait s'entourer et qui sont indiqués dans ce rapport. L'attribution des autres responsabilités est encore à établir : quel(s) mandant(s) assumera la pérennisation du dispositif, qui assurera la transmission des informations permettant la mise à jour du site...

## 9.2 REDUIRE LES INEGALITES DANS L'OFFRE , L'ACCES ET LA QUALITE DES PRESTATIONS

### 9.2.1 Constats

Le système fédéral et les différences de mentalité marquées en Suisse se traduisent par des offres et accès aux IEC et aux soins très hétérogènes. Les disparités opèrent selon des critères linguistiques, confessionnels et/ou de ville-campagne. Les volontés politiques et bases légales concernant la SSR, l'intérêt pour la promotion de la santé ou l'éducation sexuelle, les formes organisationnelles des dispositifs varient selon les régions, les cantons voire les communes. Le clivage le plus visible, à cet égard, est celui qui oppose la Suisse romande à la Suisse alémanique.

- L'examen des lois sanitaires cantonales montre, par exemple, que la loi de 1981 et l'IVG ne figurent presque exclusivement que dans les textes des cantons romands. Les cantons romands (avec Berne et le Tessin) possèdent des dispositifs de collaboration inter-cantonale sans équivalent dans la partie alémanique. Devant le refus du peuple de l'assurance-maternité, Genève a été le premier canton à élaborer sa propre loi.
- Concernant les IVG, les seuls cantons à exercer une surveillance épidémiologique annuelle sont Vaud et Jura.
- L'Observatoire de la santé, récemment créé, rencontre un intérêt et un soutien bien plus soutenu en région francophone qu'en Suisse alémanique.
- Pour ce qui est du planning familial, l'organisation (structures faîtières), l'offre, la couverture, le travail en réseau sont plus élaborés dans la partie romande ; il en va de même de l'éducation sexuelle.
- Dans l'absence d'un programme national de dépistage du cancer du sein, seuls Genève, Vaud et Valais en ont pris l'initiative en Suisse.
- Les pratiques médicales aussi divergent : par exemple, deux fois plus d'hystérectomies réalisées dans les cantons de Fribourg et les deux Bâle qu'en Valais, Genève, Tessin ou Grisons. Les avortements sont en moyenne plus tardifs en Suisse alémanique avec une durée d'hospitalisation plus longue qu'en Suisse romande.

D'autres inégalités existent concernant l'accès de certaines populations aux prestations. Les populations ayant des besoins spécifiques dont il a été question dans ce rapport, dans le chapitre qui leur est consacré aussi bien qu'ailleurs, constituent un ensemble très hétérogène. Pour certaines d'entre elles il est néanmoins possible d'identifier des thèmes transversaux. Un premier thème est la non-reconnaissance des besoins sexuels, ou du choix d'expression de ceux-ci, des personnes concernées (celles concernées par la toxicomanie, la prostitution, la migration, la détention, l'infection à VIH, le handicap physique ou mental, le vieillissement, l'homosexualité, le transsexualisme...). Pour certaines populations, on peut parler d'un tabou autour du sujet de la sexualité. En conséquence, la nature de leurs besoins en termes de prestations d'aide est mal appréciée. Un deuxième thème est la vulnérabilité sociale et la violence. Ces éléments sont présents dans les milieux de la prostitution, de la drogue, dans le milieu carcéral, pour certaines populations étrangères.

L'inégalité entre les sexes touche les femmes et les hommes de différentes façons. Les femmes sont affectées par l'absence d'application des mesures d'égalité (ex. assurance maternité). La relative exclusion des hommes du champ de la SSR fait qu'ils figurent ici comme « ayant des besoins spécifiques », même s'il s'agit de la moitié de la population générale ! La SSR s'est développée dans une perspective de santé maternelle et infantile ou de santé de la femme ce qui a

fait que les prestations adressées aux hommes sont inadéquates ou tout simplement absentes. Les besoins en SSR au delà des années reproductives, quelque soit le sexe de la personne, sont également mal appréciés.

La violence conjugale est largement présente en Suisse. Des inégalités d'accès à la prévention et à la prise en charge sont constatées. Même si cette violence est connue dans toutes les couches de la société, les ressources des victimes et des auteurs pour y faire face ne sont pas distribuées de façon égale. (Un exemple est la situation de certaines femmes étrangères établies en Suisse dont le permis de résidence dépend directement du mari. Elles se retrouvent devant un choix entre l'expulsion et la violence au foyer, dans la mesure où quitter le mari a comme conséquence le retrait du droit de rester en Suisse.) Par ailleurs, des inégalités dans la qualité de l'offre existent entre les cantons. Signalons néanmoins les efforts importants de l'Institut suisse de prévention de la criminalité (CSPC) dans l'élaboration d'un concept pour la violence domestique, destiné à l'ensemble des corps de police<sup>87</sup>.

### 9.2.2 Enjeux

Dans le cadre de l'IVG, la loi sur le régime du délai, récemment adoptée par le peuple, nécessite une volonté politique affirmée des cantons pour sa mise en œuvre. Il faut saisir l'opportunité créée par le débat public autour de l'IVG qui a pu amener des partis politiques à avancer un certain nombre de propositions et promesses qui les engagent sur ce dossier, attirant l'attention sur la nécessité d'une prévention efficace. Dans cette fenêtre temporelle favorable, un élargissement de l'application de la loi de 1981 prenant en compte les prestations des centres de planning familial, notamment en matière de promotion de la santé et de prévention, peut permettre de renforcer ces dispositifs et unifier leurs actions. Ceci permettrait une mise à niveau de l'offre dans les cantons moins dotés de prestations.

La prévention ne concerne pas que les adultes, mais devrait commencer bien avant l'entrée dans la sexualité. Les politiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école ont été recensées pour l'ensemble de la Suisse<sup>1</sup> ; ce travail a donné lieu à un ensemble de recommandations dont la mise en œuvre a été examinée par un groupe d'expert(e)s mandaté par l'OFSP<sup>000</sup>. Il faut tirer parti de la dynamique créée dans ce domaine pour déboucher sur des améliorations concrètes.

L'inégalité d'accès à la SSR des populations spécifiques soulève des questions éthiques. La non-reconnaissance de la sexualité de la personne en fonction de sa situation de vie, de sa santé, de son identité sexuelle, voire de son genre, peut être considérée comme une forme de discrimination. Par ailleurs, certaines populations cumulent des facteurs de vulnérabilité sociale, et peuvent être considérées comme prioritaires en termes de santé publique.

La violence conjugale a fait l'objet de différentes recherches. Le moment est propice pour tirer profit de l'avancée du travail dans ce domaine dans la mesure où les actions nécessaires sont déjà connues et commencent à être expérimentées.

---

<sup>000</sup> Le travail du groupe a fait l'objet d'une synthèse remise à l'OFSP en juin 2002, préparée par l'Institut für angewandte Argumentenforschung.

### 9.2.3 Mesures

- **Augmenter et harmoniser le dispositif de prévention des grossesses non-désirées à travers un suivi des résultats du vote du 2 juin en matière d'interruption volontaire de grossesses.**
  - entreprendre un travail de lobbying trouvant un écho au parlement et auprès des décideurs cantonaux. Les milieux politiques, interpellés et impliqués dans ce dossier, doivent rester mobilisés pour défendre la prévention, l'éducation sexuelle et le planning familial selon des critères de qualité plus homogènes ;
  - faire une évaluation de l'application de la loi sur le régime du délai dans les cantons ;
  - adopter un protocole uniforme pour la prise en charge des femmes demandant une IVG<sup>PPP</sup> ;
  - mettre en œuvre les recommandations élaborées dans le domaine de l'éducation sexuelle/prévention VIH pour ce qui concerne les inégalités de couverture ;

Différents partenaires sont interpellés : PLANeS est déjà active dans le lobbying et dans la conception d'un dossier commun pour l'accueil des femmes demandeuses d'une IVG. La mise en oeuvre de ces recommandations dépend des membres de la CDS. En ce qui concerne l'éducation sexuelle, les compétences reviennent aux cantons, mais l'OFSP, mandant des différents rapports à ce propos devra montrer un leadership clair. Le partage précis des responsabilités devrait encore être clarifié (cf 9.1.3). L'évaluation de l'application de la loi du délai doit être commanditée auprès d'un institut scientifique externe. Sa réalisation nécessitera une coordination entre l'OFSP, l'OFAS, l'OFS et les cantons.

- **Générer une checklist définissant les prestations en matière de SSR qui doivent être offertes par les cantons.**
  - Une première ébauche de la checklist a été définie dans le cadre de ce rapport (cf. chapitre 5.4). La checklist devrait être disponible à partir du site Internet décrit ci-dessus. Elle comprend non seulement le type de prestations qui sont nécessaires, mais aussi un rappel des différentes populations ayant des besoins spécifiques (nécessité de développer un accueil adapté). Ce travail pourrait être coordonné par PLANeS ; l'appui de la CDS est nécessaire pour le faire connaître et valoir auprès des cantons. AID participerait à la réalisation technique. Ce travail devrait prendre en compte la réflexion sur les critères de qualité déjà entamée par PLANeS.
- **Améliorer la prévention et la prise en charge des victimes et des auteurs de violence conjugale.**
  - Il faudrait davantage diffuser les bases de travaux existants, comme les recommandations de la recherche menée dans le canton de Vaud sur la violence conjugale<sup>2</sup>. Celles-ci touchent les chapitres suivants : le travail en réseau, la formation des professionnels, la recherche, le domaine juridique, l'intervention policière, la prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que la prise en charge des victimes et des auteurs. Les outils développés dans le cadre des suites de cette recherche (protocole de dépistage et d'intervention, carte de ressources de réseau pour l'aide aux victimes...) peuvent être considérés comme une source de *Good Practice* dans ce domaine.

---

<sup>PPP</sup> Des propositions ont déjà été faites par PLANeS dans ce sens et soumises à la CDS.

Ces travaux peuvent être valorisés via le réseau des Bureaux d'égalité, en les présentant à la Conférence nationale des déléguées à l'égalité, et ensuite dans l'ensemble des cantons aux partenaires intéressés.

Il est également nécessaire d'accroître la collaboration intersectorielle en créant une interface entre les partenaires sociaux, de santé et la police, permettant d'assurer une couverture partagée 24 heures sur 24. Ces collaborations devraient être établies entre les partenaires au niveau cantonal, et ensuite entre les cantons au niveau fédéral. La participation de la CDS et de la CSPC est donc impliquée.

## 9.3 AMELIORER LA QUALITE DE L'INFORMATION DISPONIBLE

### 9.3.1 Constats

Par information disponible, on entend les données quantitatives collectées soit systématiquement, soit lors des enquêtes. Ces données existent sur différents aspects de la SSR, mais elles sont souvent éparpillées, difficilement accessibles, inadaptées ou sous-exploitées. Pour beaucoup d'entre elles, il existe peu de garantie de pérennité de leur collecte et analyse, ceci étant essentiel pour suivre l'évolution de la situation. Dans certains cas, il est nécessaire de tirer des conclusions sur la situation en Suisse à partir des données obtenues dans d'autres pays.

Exemples spécifiques :

- données sur les IVG incomplètes, non-uniformes, insuffisamment détaillées,
- système d'information sur les IST (hors VIH) lacunaire (particulièrement pour la population féminine),
- données sur les violences sexuelles inadéquates,
- manque de statistiques harmonisées sur l'activité des centres de consultations en IEC,
- manque de données sur les dysfonctions sexuelles en Suisse.

### 9.3.2 Enjeux

Afin d'améliorer la SSR il est indispensable de disposer d'informations pour guider la prise de décision en santé publique. Celles-ci permettent d'identifier des priorités, de faire des choix appropriés et d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles. L'utilité des données quantitatives dépend de leur satisfaction à certains critères méthodologiques (ex. validité, fiabilité, sensibilité) ; celle-ci doit donc être assurée. Dans beaucoup de cas, il suffit de relativement peu d'efforts supplémentaires pour disposer d'un bon outil décisionnel. Dans d'autres cas, comme pour la question des dysfonctions sexuelles, des recherches plus approfondies seraient nécessaires.

La Suisse dispose d'un bon outil épidémiologique permettant de suivre l'évolution de nouveaux cas d'infection à VIH (ce n'est pas le cas de tous les pays européens). Par contre, le dispositif de suivi des autres infections sexuellement transmissibles est relativement défaillant. Par conséquent, alors que l'incidence des ces infections augmente considérablement dans les pays voisins, il n'est pas possible de déterminer de façon adéquate l'évolution de la situation en Suisse.

### 9.3.3 Mesures

- **Dans le cadre de l'Observatoire de la santé, développer et pérenniser le module SSR afin d'améliorer la mise à disposition des données.**

Le développement actuel d'un module de SSR fait ressortir plusieurs lacunes dans la disponibilité et la qualité des données, mais également des pistes pour les rectifier. Citons déjà :

- données sur les IVG : déterminer une procédure modèle de recueil de données sur les IVG à appliquer dans tous les cantons ;
- données sur les violence sexuelles : rendre disponibles les statistiques policières sur le viol par canton ; adapter le système de recueil des données des centres LAVI pour que le comptage des cas individuels soit possible ; assurer la présence de questions dans les ESS qui permettent de recenser la prévalence de la violence sexuelle de manière adéquate ;
- dysfonctions sexuelles : mener des recherches afin de d'apprécier la prévalence, distribution et caractère du problème en Suisse.

Différents partenaires sont impliqués. Les cantons ont une responsabilité par rapport à la collecte des données de routine et la volonté d'harmonisation de leur récolte. L'OFS est impliqué à plusieurs niveaux, dans la coordination et l'analyse des données. L'OS gère le module, mais est limité dans le monitoring à une utilisation secondaire des données. Il faudrait un leadership clair, probablement de la part de l'OFSP, pour établir l'importance de ces données afin d'assurer la participation de tous les partenaires concernés. Le soutien des cantons est essentiel pour la récolte et la mise à disposition des données.

- **Mettre en place un groupe de travail pour déterminer comment renforcer le système de surveillance des IST en Suisse.**

Plusieurs mesures peuvent être envisagées pour renforcer le système de surveillance des IST :

- laboratoires : relever les tests négatifs ; rendre obligatoire la déclaration de T. Palladium (germe de syphilis) en distinguant entre les nouvelles et les anciennes infections ;
- renforcer le réseau Sentinella : Ex. relevés plus fréquents des infections à chlamydia ;
- mener des études de prévalence à intervalles réguliers ;
- octroyer d'avantage des moyens au service d'épidémiologie responsable à l'OFSP.

A nouveau, plusieurs partenaires sont concernés (l'OFS, l'OFSP, les laboratoires, les policliniques dermatologiques, les gynécologues) et doivent être représentés dans le groupe. L'OFSP a clairement un rôle de leadership sur la base de la loi sur les épidémies.

## 9.4 AMELIORER LA FORMATION DES ACTEURS DE LA SSR

### 9.4.1 Constats

La formation du conseil en planning familial et en éducation sexuelle a récemment trouvé des premières réponses institutionnelles (Certificat en guidance et éducation sexuelle en Suisse romande et modules de formation en pédagogie et conseil en matière de sexualité, en Suisse alémanique). Ces initiatives sont importantes mais ne peuvent pas répondre à l'ensemble des besoins en formation du

personnel IEC. Des lacunes sont signalées non seulement en matière de planning familial et éducation sexuelle, mais aussi par rapport aux risques pendant la grossesse et le post-partum. Concernant l'éducation sexuelle, le corps enseignant a d'importantes responsabilités, surtout en Suisse alémanique, mais les besoins de formation correspondants pour ces professionnels sont loin d'être assurés.

Pour les médecins, il n'existe actuellement pas de directives pour l'enseignement relatives à la SSR, ni dans les facultés de médecine ni dans les Hautes Ecoles Spécialisées selon les experts. La formation des généralistes et des gynécologues doit être améliorée non seulement sur le plan de l'accompagnement psychosocial, de prévention pendant la grossesse mais aussi celui d'aspects techniques comme par exemple l'échographie. Un manque de compétences nécessaires en médecine sexuelle est reconnu par le corps médical<sup>217</sup>.

Pour ce qui est de l'accompagnement et de la prise en charge de groupes spécifiques (personnes handicapées, adolescents, personnes vivant avec le VIH/sida, toxicomanes), il est nécessaire de sensibiliser les conseillers en planning familial et éducation sexuelle et les médecins aux besoins spécifiques de ces populations mais également, de former les médiateurs proches de ces personnes à des questions de SSR.

#### 9.4.2 Enjeux

La qualité de la formation est déterminante pour assurer la qualité des prestations. Une intégration adéquate de la SSR dans la formation de base et la formation continue des professionnels concernés constitue une des meilleures garanties d'une couverture adéquate de la population. Les centres de conseils ne touchent qu'une partie de la population : les médecins et le personnel paramédical ont donc un rôle primordial à jouer.

Un travail important a été effectué concernant la formation des professionnels en matière de VIH/sida<sup>218</sup>. Des leçons pour améliorer la formation dans le domaine de la SSR peuvent être tiré de cette expérience, bien documentée.

#### 9.4.3 Mesures

➤ **Renforcer les programmes de formation continue en matière de planning familial et d'éducation sexuelle et assurer leur pérennisation.**

- Ces programmes sont déjà établis. L'enjeu est d'en assurer leur pérennisation et de les valoriser auprès des autorités. Les partenaires concernés sont les Universités de Genève et de Lausanne, la HES de Lucerne, Promotion santé suisse, et les cantons (en tant qu'employeurs ou mandants).

➤ **Mener une étude afin de mieux préciser le contenu et les modalités d'un apport en formation SSR pour le corps médical et des autres professionnels.**

La présente étude a touché aux besoins en formation mais cette question n'a été qu'un élément parmi de nombreux autres. Il faudrait encore mieux préciser les lacunes signalées par les intervenants. La formation est un domaine complexe : les besoins diffèrent selon l'activité professionnelle de l'acteur, il y a plusieurs niveaux de formation, le degré de contrainte à les suivre et les moyens d'encourager la participation sont variables, les responsabilités et compétences sont partagés entre plusieurs instances et acteurs. Tous ces points indiquent la nécessité d'une réflexion sur les moyens les plus appropriés pour mieux intégrer la SSR dans les programmes et curricula de formation actuels.

Les résultats l'étude proposée permettront de :

- Améliorer la formation de base du corps médical, par exemple, en créant des modules de formation unifiés au plan fédéral à destination des facultés de médecine ; proposer une formation continue pour les médecins généralistes ainsi que les spécialités qui touchent à la SSR (gynécologie/obstétrique ; dermatologie, urologie, psychiatrie, médecine interne).
- Améliorer la formation de base des autres professionnels de la santé, par exemple, en créant des modules de formation unifiés au plan fédéral à destination des HES (assistants sociaux, infirmières, sages-femmes, éducateurs) et des universités (psychologues).

La formation devrait être améliorée à la base, ce qui permet une meilleure couverture de l'ensemble de la population, et en formation continue, ce qui permet un approfondissement des connaissances. On distingue deux catégories d'acteurs : les médecins, accessibles via les facultés de médecine ; les autres professionnels de la santé ou des services sociaux. Pour ces derniers, il faut distinguer entre les professionnels souhaitant travailler dans le domaine de la SSR ou ayant un intérêt particulier, qui ont besoin d'une formation complète (cf. plus haut) et ceux qui travailleront dans d'autres domaines (ex. toxicomanie, handicap ...) pour qui il s'agit plutôt des besoins de sensibilisation. Les procédures pour introduire de nouveaux sujets devront être suivies. Ceux-ci sont indiqués dans le rapport sur la formation VIH/sida 1989-1999<sup>218</sup>. Ce document détaille les institutions à solliciter ainsi que l'attribution des compétences.

## 9.5 CONCEPT D'ÉVALUATION

Les mesures proposées ne sont pas encore adoptées par les instances concernées. Il est donc difficile d'établir avec précision un dispositif d'évaluation, car normalement celui-ci est décidé entre les *stakeholders* et les évaluateurs en fonction d'une stratégie, d'un programme ou d'un projet précis, ainsi que des besoins dictés par le contexte. En principe, il faudrait donc savoir quelles recommandations faites seront appliquées, quand, par qui et dans quelle ampleur. Néanmoins, même en l'absence de ces informations, suffisamment d'éléments contextuels sont connus pour esquisser les grandes lignes du type d'évaluation approprié à la situation.

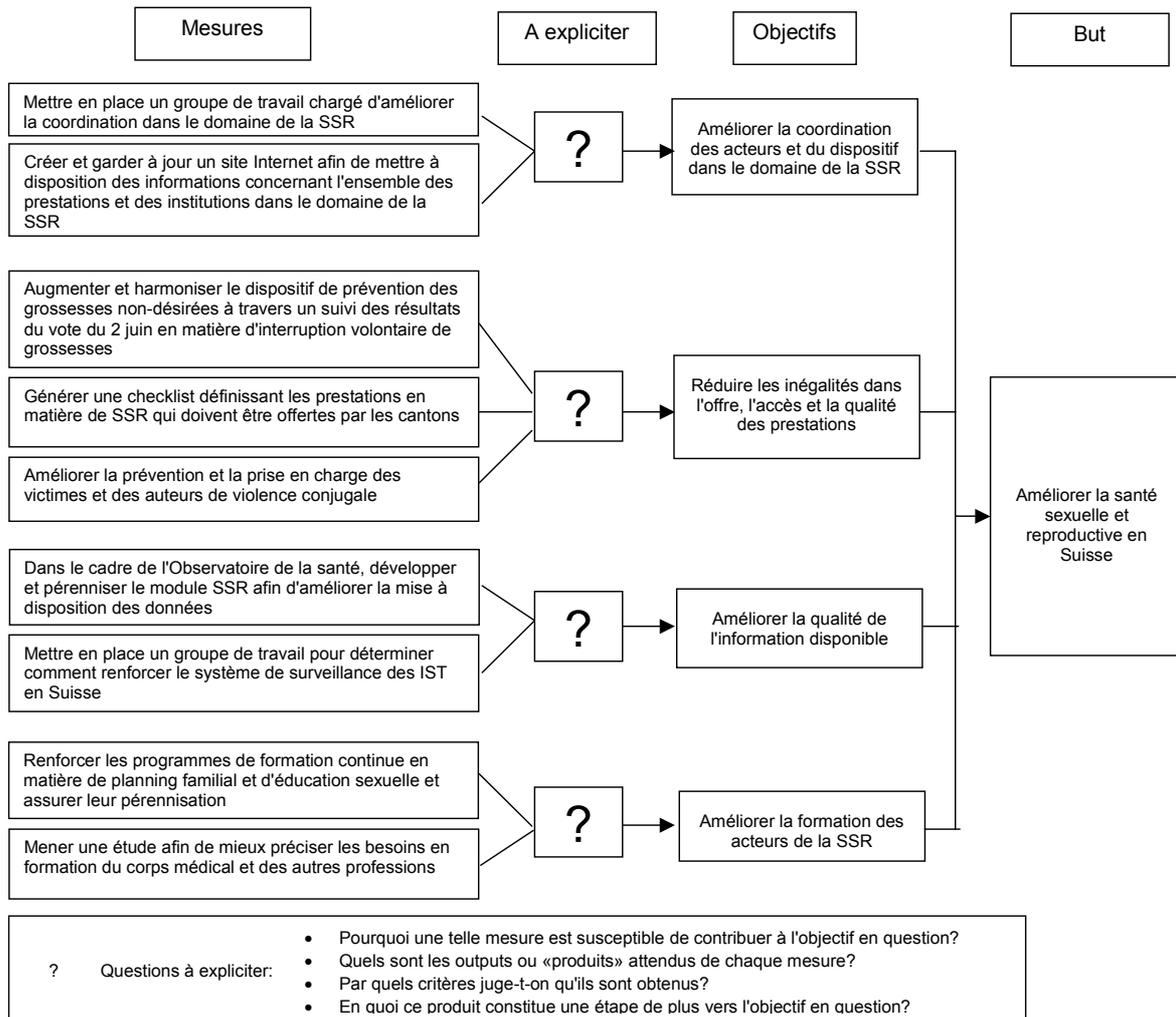
Il est proposé de poursuivre l'approche déjà adoptée dans le *Grobkonzept*, c'est-à-dire à partir de l'élaboration d'une « théorie d'action ». Cet outil est habituellement utilisé dans le cadre d'analyses de type « Programme Theory »<sup>219</sup>. Il s'agit d'une approche largement reconnue en évaluation et déjà expérimentée en santé publique en Suisse dans le cadre de l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie<sup>220</sup>.

Selon cette approche, les décideurs concernés par le programme en question élaborent une théorie d'action (stratégie, politique...) avec l'appui méthodologique des évaluateurs. La théorie d'action est un schéma conceptuel qui permet de saisir la logique des actions et de l'efficacité attribuée aux mesures prévues. Quelles sont les activités prévues ? Pourquoi ont-elles été choisies ? Quels en sont les résultats attendus ? Comment peut-on savoir si ces résultats ont été réalisés ? Le fait d'établir une théorie d'action est utile pour différentes raisons, sa mise au point :

- Rend explicite les hypothèses des décideurs concernant les liens de causalité qui soutiennent leurs actions. Pourquoi estime-t-on que les actions planifiées auront les résultats souhaités ?
- Délimite le champ d'action couvert par le programme ; permet de spécifier les composantes, les activités, les objectifs et les populations-cibles.
- Permet de distinguer les résultats planifiés et les résultats inattendus (favorables ou défavorables).
- Sert de base à la définition d'une théorie d'implantation, c'est-à-dire la spécification des activités et des prestations nécessaires.
- Sert pour la création des indicateurs qui permettront le monitoring des résultats du programme.

En prenant l'exemple précis de la SSR en Suisse, suite à l'analyse faite dans le cadre de la présente étude, l'on peut imaginer une stratégie ayant comme but l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive qui serait articulée autour des quatre objectifs (9.1 - 9.4) fixés ci-dessus dans les conclusions et recommandations. Des mesures sont proposées pour chacun des objectifs. Il s'agit d'explicitier le processus prévu pour arriver aux objectifs visés depuis les mesures envisagées. Pourquoi une telle mesure est susceptible de contribuer à l'objectif en question, quels sont les *outputs* ou « produits » attendus de chaque mesure, par quels critères juge-t-on s'ils sont obtenus, en quoi ce produit constitue une étape de plus vers l'objectif en question ? Les objectifs indiqués ci-dessus pourraient constituer la base d'une stratégie globale. L'analyse peut ensuite passer à un niveau plus détaillé, plus proche de la mise en œuvre, en prenant chaque objectif séparément. A ce niveau, les activités nécessaires à chaque mesure et les acteurs concernés peuvent être spécifiés, et des objectifs intermédiaires sous forme d'outputs chiffrés deviennent possibles.

Cet exemple est représenté de façon schématique ci-après.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 66).
- 2 Hofner MC, Siggen S. Violence conjugale dans le canton de Vaud: recherche préparatoire réalisée sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UP; Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes, Vaud; 2001.
- 3 Anonymous Reproduktive Gesundheit, santé reproductive, reproductive health. Bull Medicus Mundi 1999; 73 URL: <http://www.medicusmundi.ch/bulletin/bulletin73.htm>.
- 4 Frauenpolitik nach Peking: das Aktionsprogramm der Vierten Weltfrauenkonferenz, Positionen-Vernetzungen-Konsequenzen. [S.l.]: [s.n.]; 1997. URL: <http://www.fes.de>
- 5 World health organization (WHO), editor. Interpréter la santé génésique: forum CIPD +5, La Haye, 8-12 février 1999. Genève: OMS; 1999.
- 6 Fédération internationale pour la planification familiale, editor. Charte de l'IPPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction: vision 2000. Londres: IPPF (International Planned Parenthood Federation); 1995.
- 7 Santé sexuelle et reproductive: planification familiale, mettre les promesses en pratique: vision 2000. Londres: IPPF (International Planned Parenthood Federation); 1995.
- 8 Zemp Stutz E, Martin-Diener E, Wick M, Bowley M. Women's health profile Switzerland. Basel: Institute for Social and Preventive Medicine; 1996.
- 9 Dieffenbacher C, Zemp Stutz E, editors. Rapport sur la santé des femmes en Suisse: des données pour agir. Berne: Fonds national suisse de la recherche scientifique; 1996.
- 10 Zemp E, Coda P, Glardon MJ, Schmid M. Travaux de conceptualisation pour la promotion de la santé des femmes. Bâle: Institut de médecine sociale et préventive; 1999.
- 11 Coda P, Glardon MJ, Schmid M. Santé sexuelle et reproductive en Suisse: étude préparatoire avec recensement des études, publications et statistiques. Basel: Institute für Sozial- und Präventivmedizin; 1998.
- 12 Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. Available at: <http://www.equality-office.ch>. Accessed May 28, 2002.
- 13 von Türk A, Addor V, Jeannin A, Bükülmez M, Gervasoni JP. Etat de santé de la population vaudoise, 2001. Cahier thématique 4, Santé sexuelle et procréative: troisième rapport pour la Commission cantonale de prévention. Lausanne: Service de la santé publique; 2001. URL: <http://www.sanimedia.ch>
- 14 Abelin T, Bachmann N, Bisig B, Fischer W, Gmel G, Gognalons-Nicolet M, et al. Enquête suisse sur la santé 1997: canton du Valais. Sion: Etat du Valais: Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie; 2000.
- 15 So-Barazetti B, Glardon MJ, Palasthy E, Schmid M, Schwery Clavien G, Zemp E. Projekt "Ressources en santé sexuelle accessibles partout": Bestandesaufnahme und Bedarfserhebung bei Familienplanungsstellen und Aids-Hilfen in der Schweiz. Savigny: Schweizerische Vereinigung für Familienplanung und Sexualerziehung; 1996.

- 16 Narring F, Michaud PA, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Raisons de santé, 4).
- 17 Chimienti M, Efionayi D, Losa S. Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations; 2001. (Discussion paper).
- 18 Addor V, Ferron C, Narring F, Michaud PA. Interruptions de grossesse dans un canton suisse de 1990 à 1993: implications pour la surveillance épidémiologique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1997;45(474):82.
- 19 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).
- 20 Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 21 Hausser D, Lehmann P, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse sur mandat de l'OFSP (rapport de synthèse). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1987. (Cah Rech Doc IUMSP, no 23).
- 22 Dubois-Arber F, Lehmann P, Hausser D, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse : deuxième rapport de synthèse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1989. (Cah Rech Doc IUMSP, no 39).
- 23 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no 52).
- 24 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: quatrième rapport de synthèse 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no 82).
- 25 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: cinquième rapport de synthèse 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 26 Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B. Evaluation des Aktionsprogrammes Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997. Evaluation of the Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 22).
- 27 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 28 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Die Bedürfnisse der Menschen mit HIV/AIDS in der Schweiz: Kurzfassung. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001.
- 29 Guillod O, Zenger C, Ruckstuhl N. Bases légales. In: Gutzwiller F, Jeanneret O, eds. *Médecine sociale et préventive, santé publique*. 2 ed. Berne: H. Huber; 1999. p. 229-235.
- 30 Egli M, editor. *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Hünenberg: Trend Care; 1998.
- 31 PNR 40: violence au quotidien et crime organisé. Available at: <http://www.nfp40.ch>. Accessed June 13, 2002.

- 32 Revue de presse: le pragmatisme romand, la rigueur suisse-allemande. *Domaine Public* 1999;(1393):1-2.
- 33 Stauffer PA, Bellini C. Les alémaniques ne badinent pas avec le sexe. *Hebdo* 1996;(46):1-3.
- 34 Meyer PC. Donner un dénominateur commun à la santé. *Spectra* 2001;(30):1-5.
- 35 Lehmann P. 5 Fragen an Philippe Lehmann, Leiter des Projekts "Nationale Gesundheitspolitik", Bern. *GPI: Gesundheitspolitische Informationen* 2001;(4):1-3.
- 36 Conception et plan de développement de l'Observatoire de la santé. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2001.
- 37 Meyer PC. Lancement de l'Observatoire suisse de la santé: communiqué de presse. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82(48):2539.
- 38 Meyer PC. Das Observatorium liefert Grundlagen für Gesundheitspolitik und Planung der Gesundheitsversorgung. *Spectra*. 2001;(30). 4-5.
- 39 Pannatier G, Roux P. Guide des études genre en Suisse romande: année 2001-2002, no 1: offre d'enseignement et informations générales liées aux Etudes genre dans les universités de Lausanne, Genève, Fribourg et Neuchâtel. Lausanne: LIEGE (Laboratoire interuniversitaire en études genre); 2001.
- 40 Wecker R. Frauen- und Geschlechter-Forschung. *SozialAktuell* 2000;(17):1-4.
- 41 Les femmes à l'université, Commission fédérale pour les questions féminines, ed. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. p. 1-16.
- 42 Collège interdisciplinaire, études genre universités de Bâle Bern Fribourg Genève Lausanne Zurich. En avril 2002, pour une durée de 3 ans, sur 4 sites universitaires, 4 écoles doctorales interdisciplinaires démarrent dans le domaine des Etudes Genre. Available at: <http://www.zuv.unibas.ch/nachwuchs/Etudes-Genre.htm>. Accessed June 28, 2002.
- 43 Diplôme d'études approfondies (DEA) pluriuniversitaire en études genre: année 2002-2003: [programme de cours]. Université de Genève, Université de Lausanne. Genève: Université de Genève; 2002.
- 44 Association suisse femmes, féminisme, recherche. Available at: <http://www.femwiss.ch>. Accessed June 28, 2002.
- 45 Notre corps, nous-même. Collectif de Boston pour la santé des femmes. Paris: A. Michel; 1977.
- 46 Meier C. Frauengesundheitsforschung: 30 Jahre und ein bisschen weiter. Unipress: Forschung und Wissenschaft an der Universität Bern 2001;(109):1-8.
- 47 World Health Organization. Regional Office for Europe, editor. Strategic action plan for the health of women in Europe: endorsed at a WHO meeting, Copenhagen 5-7 February 2001. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.
- 48 Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. Premier et deuxième rapport de la Suisse sur la mise en oeuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Berne: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes; 2001. URL: [www.equality-offich.ch/f/docukente/cedaw.pdf](http://www.equality-offich.ch/f/docukente/cedaw.pdf)
- 49 Commission fédérale pour les questions féminines, editor. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. URL: <http://www.frauenkommission.ch>
- 50 Suisse, editor. Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes (loi sur légalité LEg) du 24 mars 1995 (état le 1er juillet 1996). Berne: Chancellerie fédérale; 1996.
- 51 Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) du 29 septembre 1995 (état le 13 février 2001). Berne: Chancellerie fédérale; 2001.

- 52 Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies) du 18 décembre 1970 (état le 27 novembre 2001). Berne: Chancellerie fédérale; 2001.
- 53 Raeber PA, Zurcher JL. Epidémiologie: suivre les épidémies et les germes à la trace: loi sur les épidémies. Feuille info / OFSP 2002;(1.2):1-2.
- 54 Suisse, editor. Ordonnance sur des études épidémiologiques visant à collecter des données sur le virus de l'immunodéficience humaine (ordonnance sur les études VIH) du 30 juin 1993. Berne: Chancellerie fédérale; 1993.
- 55 Suisse. Conseil fédéral, editor. Le bien de l'enfant érigé en principe fondamental de la procréation médicalement assistée. Le Conseil fédéral fixe au 1er janvier 2001 l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée: communiqué de presse du 4.12.2000. Berne: Département fédéral de justice et police; 2000.
- 56 Initiative populaire pour une procréation respectant la dignité humaine et loi sur la procréation médicalement assistée: 96.058. [Berne]: [Chancellerie fédérale]; 1996. (FF 1996 III, 197 / BBI 1996 III, 205).
- 57 Barraud P, Thévenoz C. Menaces sur la fécondation in vitro: dossier. Hebdo 1998;(25)
- 58 Suisse, editor. Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998. Berne: Chancellerie fédérale; 1998.
- 59 Conseil suisse de la science et de la technologie, editor. La procréation médicalement assistée: de la fécondation in vitro au diagnostic prénatal. Berne: Technology Assessment; 2000. (Information TA).
- 60 Bureau de l'égalité entre femmes et hommes. Available at: <http://www.jura.ch/services/befh>. Accessed May 28, 2002.
- 61 Jura (Canton), editor. Loi sanitaire du 14 décembre 1990. Delémont: République et canton du Jura; 1990.
- 62 Ordonnance concernant l'exercice de la profession de sage-femme du 30 novembre 1993. Delémont: République et canton du Jura; 1993.
- 63 Arrêté portant reconnaissance de l'association "Centre jurassien de planning familial et de consultation en matière de grossesse" en qualité de centre de consultation en matière de grossesse et de planisme familial du 14 janvier 1998. Delémont: République et canton du Jura; 1998.
- 64 Loi visant à protéger et à soutenir la famille du 28 avril 1988. Delémont: République et canton du Jura; 1988.
- 65 Loi sur l'école enfantine, l'école primaire et l'école secondaire (Loi scolaire) du 20 décembre 1990. Delémont: République et canton du Jura; 1990.
- 66 Information, education and communication (IEC) programmes Inter-agency field manual on reproductive health in refugee situations. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 119-126.
- 67 Lüscher S, editor. 1000 Adressen für Frauen in der Schweiz = 1000 adresses pour les femmes en Suisse = 1000 indirizzi per le donne in Svizzera. 3 ed. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann; 1998.
- 68 Le nouveau mouvement féministe et les organisations féminines depuis 1968, Commission fédérale pour les questions féminines, ed. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. p. 1-16.
- 69 Le mouvement féministe du début du siècle à la première guerre mondiale, Commission fédérale pour les questions féminines, ed. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. p. 1-13.

- 70 Le mouvement suffragiste et les associations féminines de la première guerre mondiale à la fin des années 1960, Commission fédérale pour les questions féminines, ed. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. p. 1-13.
- 71 Frauenzentralen der Schweiz, Centre de liaison des associations féminines, Federazioni svizzere associazioni femminili. Available at: <http://www.frauenzentrale.ch>. Accessed June 03, 2002.
- 72 Nottelefon und Beratungsstelle für Frauen - gegen sexuelle Gewalt. Lilli. Available at: <http://www.lilli.ch>. Accessed June 02, 2002.
- 73 Opferhilfe-Beratungsstelle Zürich. Available at: <http://www.opferhilfezh.ch>. Accessed June 03, 2002.
- 74 Castagna, Beratungs- und Informationsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder, weibliche Jugendliche und in der Kindheit betroffene Frauen ; Nottelefon, Beratungsstelle für Frauen gegen sexuelle Gewalt. Available at: <http://www.frauenberatung.ch>. Accessed June 13, 2002.
- 75 FemCo: Feministische Koalition, Coalition féministe, Coalizione femminista. Available at: <http://www.femco.org>. Accessed June 03, 2002.
- 76 Lambelet C. La mission des centres romands de planning familial: état des lieux et perspectives: le point de vue de l'Association suisse des conseillères en planning familial. Neuchâtel: RESO Bureau de recherche en sciences sociales; 2001.
- 77 Schläpfer-Reiser I. Wieso sind Schwangerschaftsberatungsstellen nötig? Schweizerische Ärztezeitung 2000;81(5):250-1.
- 78 So B, Studer L. Infos, conseil, prestations: sexualité, grossesse, naissance, couple... Savigny: Association suisse de planning familial et d'éducation sexuelle; 1998.
- 79 Fondation Profa, editor. Rapport d'activité 2000: planning familial, grossesse, conseil conjugal, éducation sexuelle, VIH-sida, Centre LAVI. Lausanne: Fondation Profa; 2001.
- 80 Jahresbericht des Walliser Dachverbands und der SIPE-Zentren = Rapport d'activité de la Fédération valaisanne et des centres SIPE 2000. Sion: Fédération valaisanne des centres SIPE (Sexualité, information, prévention, éducation); 2000.
- 81 Service de Formation Continue, Université de Lausanne. Certificat en guidance et éducation sexuelle. Available at: <http://www.unil.ch/sfc/>. Accessed June 10, 2002.
- 82 Université de Genève, Formation continue universitaire. Certificat de formation continue en sexologie clinique. Available at: <http://www.unige.ch/formcont/>. Accessed June 10, 2002.
- 83 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA. Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1993.
- 84 Conférence suisse des déléguées à l'égalité entre femmes et hommes. Available at: <http://www.equality.ch>. Accessed May 28, 2002.
- 85 Intégrité sexuelle et violence contre les femmes, Commission fédérale pour les questions féminines, ed. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000: femmes, pouvoir, histoire. Berne: CFQF; 2001. p. 1-12.
- 86 Gilloz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne: Editions Payot; 1997.
- 87 Felber P, Groupe de travail 'Violence domestique', Centre suisse de prévention de la criminalité. Campagne violence domestique 2002-2003: concept. Neuchâtel: Centre suisse de prévention de la criminalité; 2001.
- 88 Yodanis CL, Godenzi A. Report on the economic costs of violence against women. Fribourg: Department of Social Work and Social Policy - University of Fribourg; 1999.

- 89 Godenzi A, Müller G. Première étude de longue durée sur la résolution non violente des conflits au sein de la famille: communiqué de presse. Berne: Fonds national suisse; 2002. (PNR 40, Violence au quotidien et criminalité organisée).
- 90 Office fédéral de la justice. Aide aux victimes d'infractions. Available at: <http://www.ofj.admin.ch/f/index.html>. Accessed June 13, 2002.
- 91 Kunz J, Bitzer J. Verhütung aus Sicht der Frauen. Teil 1, Die Beratung durch den Hausarzt wird als "sehr gut" eingestuft. Praxis 2000;89(27/28):1142-6.
- 92 Kunz J, Bitzer J. Verhütung aus Sicht der Frauen. Teil 2, Langzeit-Pillenanwenderinnen sind besonders von den Vorteilen der hormonalen Kontrazeption überzeugt. Praxis 2000;89(31/32):1237-42.
- 93 Comby G. Pilule du lendemain: la Suisse à la traîne. Le Matin 2002;(20 mai):4-5.
- 94 Rindlisbacher S, Mutter B. Die "Pille danach" soll rezeptfrei in Schweizer Apotheken erhältlich sein: so konnten Abtreibungen verhindert werden. Facts: das schweizer Nachrichtenmagazin 2002;(16):1-7.
- 95 Conseil fédéral suisse. Recommandation Rochat, contrôles ultrasonographique: rapport écrit du Conseil fédéral du 22 mai 1996. Available at: <http://www.parlament.ch>. Accessed May 14, 2002.
- 96 Aspects psychosociaux des échographies durant la grossesse [Communiqué de presse]. Berne: Centre d'évaluation des choix technologiques, TA Technology Assessment; 2001. URL: <http://www.ta-swiss.ch>
- 97 Kessler H. Schwangere Frauen in Entscheidungsnot. Tages Anzeiger 2001;(12.12.2001):1-2.
- 98 Imhasly P. Ärztinnen und Ärzte sollten besser vermitteln. Bund 2001;(290):1-2.
- 99 Wunsch nach dem kommunikativen Arzt: von den psychosozialen Aspekten der Pränataldiagnostik. Neue Zürcher Zeitung 2001;(12. Dezember 2001):1-3.
- 100 Schaad B. Diagnostics ratés. Hebdo 2001;(31 mai 2001):1-5.
- 101 Schaad B. Malformation: Ruth Dreifuss jette le doute sur l'échographie. Hebdo 2001;(12 juillet 2001):1-2.
- 102 Schaad B. Avortement: enquête. Hebdo 2000;(23 mars 2000):1-5.
- 103 Association romande trisomie 21. Dépistage et diagnostic prénatal. Available at: [http://www.t21.ch/t21\\_diagprenatal.htm](http://www.t21.ch/t21_diagprenatal.htm). Accessed May 14, 2002.
- 104 Despland-Dondénaz M, Huldi H, Zufferey MM. La pratique de l'interruption de grossesse dans les établissements hospitaliers de Suisse: résultats d'une enquête. Praxis 2001;90:1455-7.
- 105 "Röstigraben" beim Abtreiben: Resultate einer repräsentativen Umfrage. Neue Zürcher Zeitung 2001;(5. September):1.
- 106 Abtreibung, Mythen und Meinungen: Gibt es das "Post Abortion Syndrome"? Neue Zürcher Zeitung. 2001; 16
- 107 Perrin, E. Bianchi-Demicheli F. L'interruption volontaire de grossesse à l'intersection de différentes problématiques sociologiques. Available at: [matweb.hcuge.ch/endo/IVG\\_Perrin\\_Bianchi-Demicheli.htm](http://matweb.hcuge.ch/endo/IVG_Perrin_Bianchi-Demicheli.htm). Accessed 3 June 30, 2002.
- 108 Schaad B and Guelpa B. Traumatisme de l'avortement: l'imposture. L'Hebdo. 2000;
- 109 Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Lüdicke F, Campana A. Contraception and sexuality after termination of pregnancy: a comparison between Lugano and Geneva. Swiss Med Wkly 2001;131(35-36):515-20.
- 110 Kessler H. Gebären, wie es den Müttern gefällt. Tages Anzeiger 1999;(24.12.1999):1-2.

- 111 Fasnacht B, Burkhalter A, Delachaux N. Maison de naissance, espace de naissance, maternité pavillonnaire ou maternité familiale ? *Med Hyg* 1999;57(2239):158-60.
- 112 Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz. Geburtshäuser: gebären statt entbunden werden. Available at: <http://www.geburtshaus.ch/iggh/index.html>. Accessed May 27, 2002.
- 113 Freipraktizierende Hebammen der Zentralschweiz. Available at: <http://www.hebammen-zentralschweiz.ch>. Accessed May 27, 2002.
- 114 Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland, Spital Wetzikon, Frauenklinik und Geburtshilfe. Available at: <http://www.gzo.ch/klinik/frauenklinik/f.htm>. Accessed May 27, 2002.
- 115 Stössel E. Mittelweg zwischen Hausgeburt und Spitalwochenbett. *Zürcher Unterländer* 2001;(5. Mai 2001):1-4.
- 116 Hausheer H, Aebi-Müller RE. Gutachten "Babyfenster". Bern: Office fédéral de la justice; 2001. URL: <http://www.ofj.admin.ch/themen/divers/babyfenster/Babyfenster-Gutachten.pdf>
- 117 Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, Repetto F. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988;2(8626-8627):1470-3.
- 118 Libal R. Les médecins ont le bistouri trop facile. *Hebdo* 1996;(40):1-3.
- 119 Singer, M. Kaiserschnitt auf Wunsch ? Available at: <http://www.singer.ch/wunsch.htm>. Accessed May 15, 2002.
- 120 Schilling C. Wo bleibt der Baby-Boom ?: vor neun Monaten gabs gute Tipps: nun naht der Termin für die Millenniumbabys. *Tages Anzeiger* 1999;(27.12.1999):1-2.
- 121 Kaiserschnitt auf Wunsch ?: Standpunkte "Kontra" im aktuellen "Lancet". *Gynäkologie* 2000;(6):27-9.
- 122 Villars, P. Aktuell: Kaiserschnitt auf Wunsch ? Available at: <http://www.villarsgyn.ch/sertiowunsch.htm>. Accessed May 15, 2002.
- 123 Lindner M. Lieber unters Messer. *Sonntags-Zeitung* 2002;1-3.
- 124 Rheintalische Volkszeitung. Made in Amerika und bei uns zunehmend populärer: Der Kaiserschnitt auf Wunsch, Nachrichten. Available at: <http://www.rva.ch/archiv/010608.html>. Accessed May 14, 2002.
- 125 Santiago M. Geburt: operieren oder pressen ? 2000. (Brückenbauer). URL: <http://www.brueckenbauer.ch/INHALT/0035/35gesund.htm>
- 126 Interpharma, Swiss Pharmaceutical Research Companies. Themen, Fortpflanzungsmedizin. Available at: <http://www.interpharma.ch>. Accessed June 24, 2002.
- 127 Serono. Worldwide fertility network. Available at: <http://www.ferti.net>. Accessed June 24, 2002.
- 128 Verein Kinderwunsch. Available at: <http://www.kinderwunsch.ch>. Accessed June 17, 2002.
- 129 Fontana H, Steimer Miller S. Die Behandlung der Infertilität in der Privatpraxis: Interview mit Frau Dr. med. Helen Fontana, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Zollikon. *Ars Medici* 2000;(4):213-5.
- 130 Bitzer J. Zur Psychologie der Infertilität. *Ars Medici* 2000;(2):93-6.
- 131 Conseil national, session d'été 1998: Initiative populaire pour une procréation respectant la dignité humaine, Loi sur la procréation médicalement assistée (96.058): onzième séance, mardi 23 juin 1998. Berne: Conseil national; 1998.
- 132 Cerny P, Otto R. Dépistage du cancer du sein par mammographie: prise de position de la Société suisse de radiologie. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82(12):602-3.

- 133 Faisst K, Ricka-Heidelberger R. Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 2001. (Raisons de santé, 70).
- 134 Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000;355(9198):129-34.
- 135 Soumaille S. Cancer du sein, il faut dépister! *Construire* 2001;(16):1-4.
- 136 Bouchardey C, Raymond L, Levi F, Probst-Hensch N, Tubiana M, de Wolf C. L'efficacité du dépistage mammographique est-elle vraiment contestable?: une revue critique de l'article de Gøtzsche et Olsen. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82(12):588-94.
- 137 Bouchardey C, Raymond L, de Wolf C, Abel T, Ackermann-Liebrich U, Goldhirsch A, et al. Prise de position en faveur du dépistage mammographique du cancer du sein en Suisse. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82(12):595-601.
- 138 Keller B, Zemp Stutz E, Tibblin M, Ackermann-Liebrich U, Faisst K, Probst-Hensch N. Screening mammographies in Switzerland: what makes female and male physicians prescribe them? *Swiss Medical Weekly* 2001;131:311-9.
- 139 Luzuy F. Les risques-bénéfices du traitement hormonal de substitution post-ménopausique: une différence individuelle. *Med Hyg* 2002;60:1563-8.
- 140 Spencer B. *Studies in birth control provision for men (dissertation)*. Manchester: University of Manchester; 1987.
- 141 Spencer B. Male involvement in family planning. *IPPF Medical Bulletin* 1988;22(4):2-3.
- 142 Giami A, Pietri L, editors. *Les traitements de l'impuissance*. Paris: Documentation française; 1999.
- 143 Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1999;128:29-33.
- 144 Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. In: Verschuor C, ed. *Quel genre d'homme? Construction sociale de la masculinité, relations de genre et développement*. Genève; Berne: Commission nationale suisse pour l'UNESCO (Genève); Institut universitaire d'études du développement (IUED); Direction du développement et de la coopération : DDC (Berne); 2000. p. 120-130.
- 145 Spencer B. Et Dieu créa... le genre. *Infothèque Sida* 2001;2:4-9.
- 146 Drennan M. Santé reproductive : la participation des hommes vue sous un nouvel angle. *Population Reports* 1998;Serie J(46)
- 147 Ketting E. Men's needs and responsibilities: dialogue, challenges, overview, responses. *Planned Parenthood Challenges (International Planned Parenthood Federation, London)* 1996;(2):1-45.
- 148 Green CP, Cohen SI, Ghouayel HB-E. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. *United Nations Population Fund Technical Report (New York)* 1995;(28):1-104.
- 149 Violi E. *MaGs - Männergesundheit: Projekt, Inhaltsverzeichnis "1. Schweizerischer Männergesundheitsbericht"*. Entwurf, 4. Fassung ed. Bern: Radix; 2001.
- 150 Anonymous *Hommes et santé: dossier*. *Focus* 2001;(8):6-12.
- 151 Anonymous *Der gesunde Mann. Männer be* 2002; 2(2):1-55.
- 152 Forrest J. Timing of reproductive life stages. *Obstet Gynecol* 1993;82(1):105-11.
- 153 Henry Shears K. Abstinence: A option for adolescents. *Network* 2002;22(1):5-7.
- 154 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-82.

- 155 Groupe santé sexuelle et reproductive en Suisse, editor. Vers une stratégie pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en Suisse: [Grobkonzept]. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 156 Delbès C, Gaymu J. L'automne de l'amour: la vie sexuelle après 50 ans. *Population* 1997;6:1439-84.
- 157 Schmid Mast M, Bucher T. Sexuell aktiv ins Alter. *Unimagazin: die Zeitschrift der Universität Zürich* 1999;(1):1-5.
- 158 Schmid Mast M, Hornung R, Gutzwiller F, Buddeberg C. Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 2002;40:13-9.
- 159 Bruhin E, Werner M, Abel T, Müller F. Lifestyle and HIV prevention: patterns of sexual risk and their determinants: a project on basic research and prevention development based on the concept of health relevant lifestyles. Bern: Swiss National Science Foundation; 2001.
- 160 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 161 Aide suisse contre le sida. Les homosexuels et le sida: la recherche d'une solution.; rapport sur la situation en Suisse. Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 1988.
- 162 Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA); 2001. (Raisons de santé, 71).
- 163 Aide suisse contre le sida (ASS). Etre soi-même: brochure à l'intention des jeunes gays, bis et lesbiennes et leur entourage. Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 1997.
- 164 Eckmann F. Evaluation du taux d'occupation dans les institutions de thérapie résidentielle pour toxicomanes en Suisse: juin 1999 - septembre 2001. Berne: COSTE Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue; 2002.
- 165 Trinkler J, Spreyermann C. Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers, car... : un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.
- 166 Intervention en matière de drogue en fonction du genre. Available at: <http://www.drugsandgender.ch>. Accessed June 25, 2002.
- 167 L'aide spécifique aux femmes consommant des drogues. Available at: <http://www.bag.admin.ch/sucht/weitere/f/frauenarbeit.htm>. Accessed June 28, 2002.
- 168 Plateforme romande, femmes -dépendances. Available at: <http://www.infoset.ch/inst/femdep/themes.html>. Accessed jUNE 28, 2002.
- 169 Ernst M-L. Les besoins spécifiques des femmes dans le domaine des toxicodépendances. *Dépendances* 2000;(11):16-9.
- 170 Müller H, Fidelio C. L'approche spécifique hommes dans le domaine de la dépendance. *Dépendances* 2000;(11):10-4.
- 171 Hablützel S, Kolip P. Gender-Perspektive in der Suchtprävention. *Magazin Unizurich, Bulletin ETHZ* 1999;(3, 275):56-7.
- 172 Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP. Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne: Hospices cantonaux, Département universitaire de médecine et de santé communautaires; 2000. (Raisons de santé).
- 173 Croquette Krokhar M. Troubles sexuels et addiction: Femmes, toxicomanies et sexualité, ISPA Lausanne, vendredi 19 avril 2002. [S.l.]: [s.n.]; 2002.

- 174 Hasler G, Meili D, Wang J, Gutzwiller F, Davatz F. Opiatabhängigkeit und Mutterschaft: eine Pilotstudie aus dem Zokl1, einer Poliklinik für methadongestützte Behandlung. *Abhängigkeiten* 2001;(2):1-14.
- 175 Dentan A, Alvarez C, Nicod B. Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants. *Dépendances* 2000;(11):20-4.
- 176 Dupertuis V, Ziegler G. Dépendances aux drogues illégales et prostitution. *Dépendances* 2000;(11):26-7.
- 177 Kern D. Don Juan : éducation en face-à-face des clients de prostituées : un projet de prévention du VIH/sida pour les consommateurs de sexe : rapport d'évaluation. Strasbourg: [s.n.]; 1999.
- 178 Fleur de pavé: rapport d'activités. Lausanne: Fleur de pavé; 2001.
- 179 Aspasia 20 ans. Genève: Aspasia; 2002.
- 180 Don Juan: face-to-face Freierbildung: ein Projekt der HIV/Aids-Prävention für Sexkonsumenten: Evaluationsbericht. Strasbourg: [s.n.]; 1999.
- 181 Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006 (stratégie élaborée par l'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés, l'Office fédéral des étrangers et la Commission fédérale des étrangers). Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001. URL: [http://www.unine.ch/fsm/presse/migration\\_bag\\_f.pdf](http://www.unine.ch/fsm/presse/migration_bag_f.pdf)
- 182 Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. Evaluation du programme global "Migration et santé" de l'Office fédéral de la santé publique. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM); 2001. (Rapport de recherche).
- 183 Caroni M. Danseuses et candidates au mariage: aspects juridiques de la traite des femmes en Suisse. Lucerne: Caritas; 1996.
- 184 Cavaleri A, Verwey M, Konigs E, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères: le projet Barfüsserfrauen. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.8).
- 185 Winkler D. Sexuelle Gewalt im Kontext der Migration. *Zeitschrift für Friedenspolitik*. 2001;
- 186 Femmes socialistes suisses. Les femmes d'origine étrangère parmi nous. Available at: [www.sp-frauen.ch/f/organisation/events/20010310\\_def.pdf](http://www.sp-frauen.ch/f/organisation/events/20010310_def.pdf). Accessed June 30, 2002.
- 187 Tschui M. L'amour handicapé. *Femina*. 2000;(41).
- 188 Favre B. Les handicapés ont aussi besoin d'amour. *Tribune de Genève*. 2002; 27
- 189 Partenariat parents - professionnels. Fondation Cap Loisirs, editor. Amour et sexualité des personnes avec un handicap mental: charte, cadres éthique et juridique. Genève: Fondation Cap Loisirs; 2002.
- 190 Gravier B. La santé en milieu carcéral. *Zoom*: a propos de toxicomanie en région lausannoise 1999;(9):1-5.
- 191 Hausser D. Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 40).
- 192 Buffat J, Daverio P-J, Rüedi B. Revue de la littérature sur le thème du transsexualisme. *Med Hyg (Genève)* 2001;59:2383-91.
- 193 Addor V, Spencer B. Indicateurs de santé sexuelle et reproductive pour la Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001.

- 194 Organisation mondiale de la santé. Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators. Genève: OMS; 1997.
- 195 Reproductive health indicators for global monitoring: report of the second interagency meeting. Genève: OMS; 2001.
- 196 Reproductive health indicators for global monitoring: report of an interagency technical meeting. Genève: OMS; 1997.
- 197 National health indicators system (NIHS): phase 2; report from the working group. 1999.
- 198 Dondénaz M, Gutzwiller F, Rey AM, Stamm H. Interruptions de grossesse en Suisse 1991-1994. Bull Med Suisses 1996;8(308):14.
- 199 von Türk A, Addor V, Bükülmez M, Gervasoni JP. Etat de santé de la population vaudoise 2001: troisième rapport pour la Commission cantonale de prévention; sexualité - maladies sexuellement transmissibles - IVG. Lausanne: Sanimedia; 2001. URL: www.sanimedia.ch
- 200 Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990-1999 in a swiss region and determinants of its recurrence. (in submission) 2001;
- 201 Perrin E, Bianchi-Demicheli F. Vie sexuelle, devenir du couple et contraception après IVG: étude prospective réalisée à Genève (Suisse) auprès de 103 femmes. Revue médicale de la Suisse romande 2002;(122):257-60.
- 202 Feuz M. Les infections sexuellement transmissibles en Suisse: historique du système de déclaration, situation actuelle et perspectives. Infothèque Sida 2002;14(1):11-3.
- 203 Fenton K, Giesecke J, Hamers F. Europe-wide surveillance for sexually transmitted infections: a timely and appropriate intervention. Euro surveillance 2001;6(5):69-70.
- 204 Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Yazdanpanah Y, Mertz J-P, Salmon D, Crémieux A-C, Soavi M-J, Dariosecq J-M et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. BEH 2001;(36-36):
- 205 Anonymous Gonorrhoe und Syphilis in Deutschland bis zum Jahr 2000. Epidemiologisches Bulletin 2001;(38):287-91.
- 206 Paget J, Batter V, Zwahlen M. The Swiss Network of Dermatology Policlinics HIV prevalence study: rationale, characteristics and results (1990-1996). Soz- Präventivmed 1999;44(1):7.
- 207 Birrer A, Bodmer T, Bollag U, Cloetta J, Egli N, Flückiger H, et al. Le système de déclaration Sentinella en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2000.
- 208 Paget J, Rundler E, Zbinden R. The prevalence of genital chlamydial infection among women consulting their gynecologist in Switzerland: the Sentinella Chlamydia Prevalence Study. Swiss Surveillance Network of Sentinel Gynecologists. In: Sentinella 1998: rapport annuel du système de déclaration Sentinella en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2000. p.
- 209 Pimenta J, Fenton KA. Recent trends in Clamydia trachomatis in the United Kingdom and the potential for national screening. Euro surveillance 2001;6(5):81-4.
- 210 Gwenda H, Paine T, Thomas D. Surveillance of sexually transmitted infections in England and Wales. Euro surveillance 2001;6(5):71-80.
- 211 European Commitee on crime problems. European sourcebook of crime and criminal justice statistics. [Strasbourg]: Council of Europe; 1999.
- 212 Statistique policière de la criminalité 2000: comprenant le développement de la criminalité durant les 10 dernières années. Office fédéral de la police; 2001.
- 213 Statistique suisse de l'aide aux victimes(OHS), 2000: résultats des données relevées selon la nouvelle méthode. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2001.

- 214 Narring F, Tschumper A, Michaud PA, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, et al. La santé des adolescents en Suisse: rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, 113a).
- 215 Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud PA. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatr* 1998;87:212-7.
- 216 Halpérin DS, Bouvier P, Jaffé PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J, Rey Wicky H, Astié F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312:1326-9.
- 217 Kunz R, Leuthold A, Buddeberg C. Sexuelle Dysfunktionen unter Antidepressiva: Ergebnisse einer Ärztebefragung. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1998;18(87):610-6.
- 218 Hofner MC. Formation VIH/sida 1989-1999: rapport final contrat no 6057. Unité de prévention, Ed. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 219 Weiss CH. Evaluation: Methods for studying programs and policies. 2 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1998.
- 220 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 221 Statistique médicale FMH 2001. Berne: Fédération des médecins suisses; 2002.
- 222 Lukesch B. Frauensache der Frauenarzt stirbt aus: Frauen gehen lieber zur Ärztin. *Facts: das schweizer Nachrichtenmagazin* 2001;(40):60-72.
- 223 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. VIH/sida : recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devrait l'emporter. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2003;8:128-32.
- 224 Die Familienplanungs- und Schwangerschaftsberatungsstellen vor neuen und alten Herausforderungen: Überlegungen zur gegenwärtigen Situation und zu notwendigen Veränderungen: Weiterbildungstagung 31. Januar 2002 in Zürich. Lausanne: PLANeS, Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit; 2002.
- 225 Geber G, Herz N. Toleriert unrecht: Die Diskriminierung von Lesben und Schwulen in der Schweiz. Bern: Lesbenorganisation Schweiz; Pink Cross; 1997.

## 10 ANNEXES

### 10.1 ENTRETIENS SSR : liste des informateurs/trices

Nom	Fonction, adresse	Domaine	Date d'entretien
Françoise Méan <sup>■</sup>	Conseillère en planning familial, PROFA, Lausanne. Présidente de l'ASCPF Coordinatrice du GESVAP	Planning familial	18 décembre 2001 Lausanne
Dr Jean-Luc Baierlé <sup>■</sup>	Médecin cantonal, Service de la santé du canton du Jura, Délémont	Administration sanitaire	19 décembre 2001 Délémont
Barbara So	Ancienne membre comité de PLANeS ex officio, Responsable de l'inventaire « Infos, conseil, prestations » de l'aspfes co-auteur du rapport « Prévention VIH/SIDA et éducation sexuelle à l'école »	Planning familial	10 janvier 2002 Lausanne
Ruth Genner <sup>■</sup>	Consultante santé publique, conseillère nationale, co-présidente du parti suisse des verts	Politiques de la santé	22 janvier 2002 Berne
Dorette Fert	Directrice du centre d'information familiale et de régulation des naissances (CIFERN) Genève	Planning familial	24 janvier 2002 Genève
Dr Elisabeth Zemp <sup>■</sup>	Médecin-chef, directrice de la section Femmes et Santé Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Basel	Epidémiologie, IEC, soins, politique de la santé	7 février 2002 Bâle
Prof. J. Bitzer <sup>■</sup>	Abteilungsleiter Gynäkol. Sozialmedizin und Psychosomatik Universitätsfrauen-klinik, Basel	Soins	7 février 2002 Bâle
Dr Marc Germond <sup>■</sup>	Médecin-adjoint, PD-MER, Département de gynécologie-obstétrique CHUV, Lausanne	Soins	28 février 2002 Lausanne
Konrad Baumann <sup>■</sup>	Chef du Service juridique du canton du Jura, Délémont	Politiques de la santé	1 <sup>e</sup> mars 2002 l'IUMSP, Lausanne
Dr Marina Costa <sup>■</sup>	Fachärztin für Kinder und Jugendliche Schulärztlicher Schulpsychologischer Dienst Schul- und Sportdepartement Stadt Zürich	IEC, soins, politiques de la santé	8 mars 2002 Zürich
Eveline Wyss <sup>■</sup>	Service de planning familial, Schwyz	Planning familial	14 février 2002 Schwyz
Geneviève Schwéry	Conseillère en planning familial SIPE, Sierre Vice-présidente de PLANeS	Planning familial	11 mars 2002 Sierre

Nom	Fonction, adresse	Domaine	Date d'entretien
Doris Zbinden	Collaboratrice Sexualpädagogik, Santé bernoise	IEC	6 mars 2002 Berne
Anita Cotting	Directrice de la Fondation PLANeS	Planning familial	20 février 2002 Lausanne
Anne Burkhalter	Sage-femme clinicienne et enseignante, Institut Romand des Sciences et des Pratiques	Sage-femme	5 mars 2002 Lausanne
Mirta Zurini	Responsable planning familial, Locarno	Planning familial	12 mars 2002 Locarno
Béatrice Desplands	Juriste, enseignante Institut du droit de la santé	Politiques de la santé	9 avril 2002 Lausanne
Christine Noyer	Educatrice sexuelle, ARTANES	Education sexuelle	25 avril 2002 Neuchâtel
Véronique Addor	MPH, chercheuse IUMSP	Epidémiologie, soins	27 mai 2002 Lausanne
Dr. M.-C. Hofner	Médecin en santé publique, Unité de Prévention, IUMSP	Prévention	29 mai 2002 Lausanne
N. Viens-Python	Licenciée en sciences infirmiers Unité de Prévention, IUMSP	Prévention	29 mai 2002 Lausanne

▪ Membres du groupe « Santé sexuelle et reproductive en Suisse »

Les informateurs suivants ont été sollicités sur certains dossiers particuliers :

- Dr. Christoph Glauser, Institut für angewandte Argumentforschung
- Dr Stéphane Rossini, conseiller national, directeur du diplôme de formation continue en travail social, Université de Neuchâtel
- André Jeannin, sociologue, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité d'évaluation de programmes de prévention
- Marco Beney, intervenant en toxicomanie, Ligue jurassienne contre les toxicomanies
- Véronique Louis, infirmière de médecine interne, spécialiste tests VIH
- Mirjam Feuz, Sc.M.P.H. Office fédéral de la santé publique Division épidémiologie et maladies infectieuses, Berne
- Dr Marc Wisard, Département d'Urologie, CHUV Lausanne
- Dr Juliette Buffat, Psychiatre/sexologue, Genève
- René Setz, Radix
- Marianne Messerli, Fondation Cap Loisirs
- Catherine Agthe Diserens, sexopédagogue spécialisée
- Françoise Vatre, sexopédagogue spécialisée

## 10.2 RESUME DU DOCUMENT "VERS UNE STRATEGIE POUR L'AMELIORATION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN SUISSE"

Le terme de santé sexuelle et reproductive se réfère au "bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement". En adoptant ce terme, les activités de prévention et de soins dans des domaines jusqu'alors séparés en termes d'organisation deviennent liées. Le concept vise également une approche plus globale à la santé.

Le groupe "Santé sexuelle et reproductive en Suisse" a été formé dans le but de promouvoir ces aspects de la santé des habitants de la Confédération ; multidisciplinaire, le groupe représente différents professionnels travaillant sur cette question.

Un "Grobkonzept", développé par le groupe, est décrit. Afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive en Suisse, un modèle d'intervention est proposé, composé de quatre axes d'action, à savoir :

1. Epidémiologie
2. Information, Education, et Communication (IEC)
3. Soins
4. Politiques de santé

En gros, la démarche à suivre pour les quatre axes consiste à : faire le synthèse des données disponibles (production des inventaires) ; identifier les lacunes ; développer les indices de contrôle de qualité ainsi que des guidelines ; promouvoir la coordination ; favoriser la mise en place des systèmes de monitoring et d'évaluation.

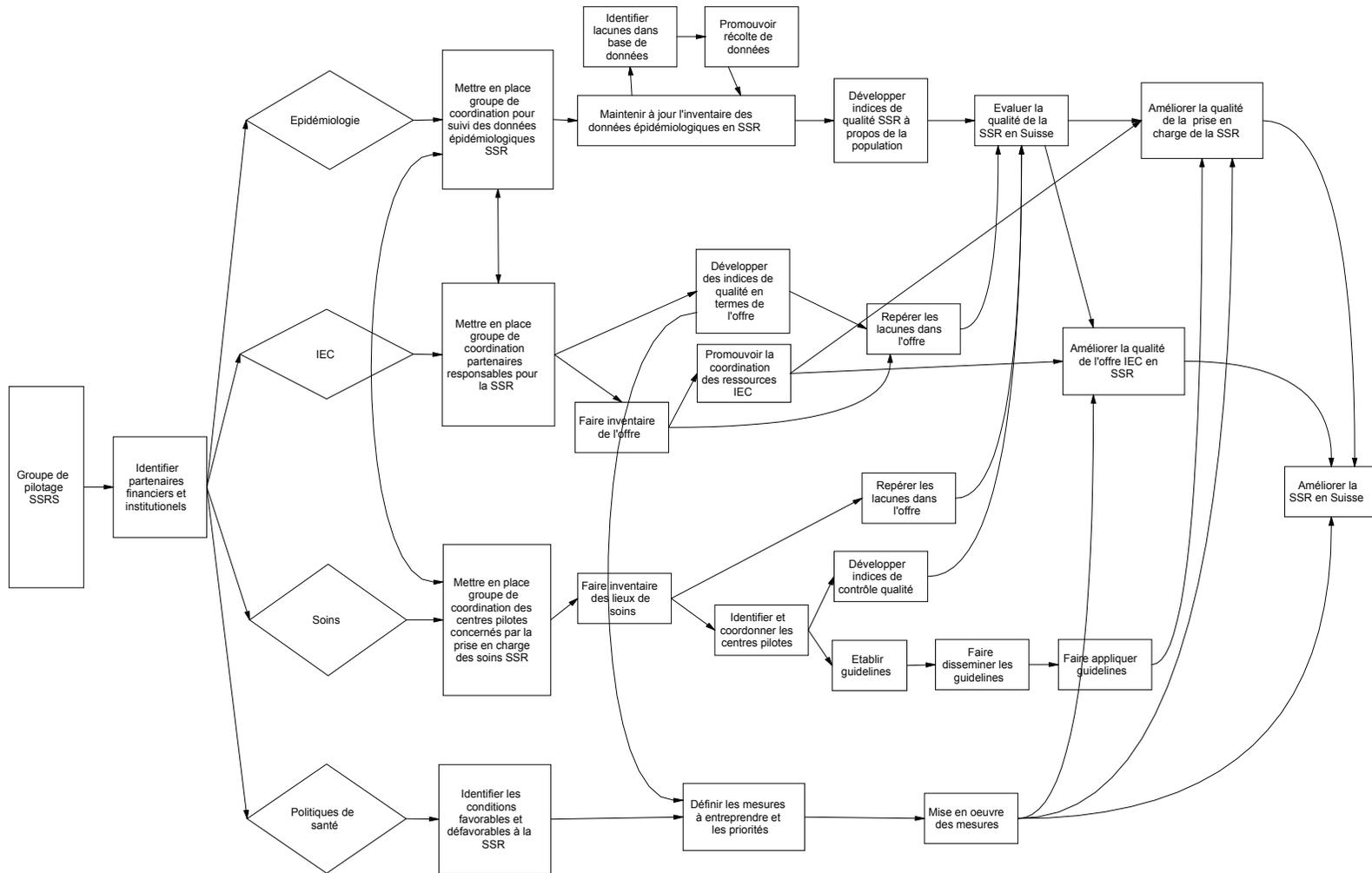
Le Grobkonzept propose une approche de santé publique afin d'évaluer, de suivre et d'améliorer la santé sexuelle et reproductive en Suisse. Il doit servir de base pour le développement d'un "Feinkonzept" qui proposera une définition de la stratégie nécessaire afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive en Suisse. Le Feinkonzept aura donc comme objectif de :

- faire le bilan de l'offre (les prestations actuelles) et de la demande (recensement des données relatives aux besoins) dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive
- décrire les mesures nécessaires pour améliorer la santé sexuelle et reproductive en Suisse
- affiner le modèle d'intervention préalablement défini, notamment en proposant des priorités pour les quatre axes ainsi que le partage des responsabilités des différents acteurs
- proposer un concept d'évaluation pertinent afin de suivre l'avancement de la stratégie lors de sa mise en oeuvre.

La nécessité de faire un tel bilan de la situation en Suisse est reconnue par le Conseil national qui, suite au Postulat Genner du 23 juin 2000, demande un rapport dans ce sens.

Enfin, le Feinkonzept proposé pourrait contribuer aux travaux en cours pour définir une politique nationale de la santé en Suisse.

### 10.3 MODELE D'INTERVENTION



## 10.4 EXTRAIT DU RAPPORT 'POLITIQUES ET PRATIQUES CANTONALES EN MATIERE DE PREVENTION VIH/SIDA ET D'EDUCATION SEXUELLE A L'ECOLE'<sup>1</sup>

### Résumé des principaux constats, leur contexte, des exemples de lacunes particulières, des mesures à envisager et des 'bonnes pratiques' actuelles

#### Bases légales et administratives

- L'obligation de traiter les thèmes VIH et éducation sexuelle est formulée dans des textes de loi et ordonnances administratives (modèle externe) ou par les plans d'étude et programmes scolaires (modèle interne). Bien que l'existence d'une base légale ne constitue pas à elle seule une garantie de durabilité, c'est un élément essentiel pour inscrire cette éducation dans l'enseignement de base à long terme. La prévention VIH/sida et l'éducation sexuelle devraient alors être explicitement mentionnées dans les plans d'études s'appliquant à toutes les écoles, quel que soit le niveau de scolarité.
- Les plans d'études, les concepts et guidelines, lorsqu'ils sont élaborés, constituent une bonne base, mais un dispositif pour assurer leur utilisation devrait y être associé.
- Les parents ont le droit de demander une dispense des cours d'éducation sexuelle. Par contre, ce n'est pas le cas pour la prévention VIH/sida et : la présence de ce thème dans les plans d'étude constitue donc "une notion d'obligation". L'association des deux thèmes laisse donc un "flou juridique" autour de cette question, même si dans la pratique cela ne pose pas souvent problème.
- L'objectif 5 du Programme national semble prendre comme présupposé le fait que les thèmes liés à la sexualité figurent déjà dans les plans d'étude. Ce n'est pas toujours le cas au niveau post-obligatoire. Pour que le VIH puisse s'intégrer dans les discussions autour de la sexualité, il faut déjà que ces discussions elles-mêmes soient prévues.

Constat	Exemples de lacunes spécifiques	Mesures à envisager	Exemples de bonnes pratiques pouvant servir de référence
Le principe de l'éducation sexuelle et de la prévention VIH/sida est admis dans la plupart des cantons au niveau de l'école obligatoire. Par contre, il n'est pas acquis au niveau post-obligatoire	Niveau obligatoire : GL, BS, SO, TH (plans d'étude extrêmement flous)  Niveau post-obligatoire : Les plans d'étude cadre au niveau fédéral ne sont pas explicites. Les écoles sont libres d'inclure ou non la sexualité et la prévention VIH/sida dans leur programmes	Un lobbying auprès des autorités responsables assurerait que la prévention VIH/sida et l'éducation sexuelle soient explicitement présentes dans les plans d'étude fédéraux, cantonaux et des écoles (travail de sensibilisation et de négociation)	<b>LU</b> : Biologielehrplan der Kantonsschule Luzern <b>SG</b> : guidelines (niveau obligatoire) <b>GE</b> : plan d'étude

## Organisation

- Il est nécessaire de clarifier les responsabilités politiques et administratives pour cette éducation. C'est surtout valable au niveau post-obligatoire. Plusieurs acteurs sont souvent impliqués, aussi bien aux niveaux politique et administratif que sur le terrain, et des efforts particuliers sont nécessaires pour assurer une bonne coordination.

Constats	Exemples de lacunes spécifiques	Mesures à envisager	Exemples de bonnes pratiques pouvant servir de référence
<p>Les lignes de responsabilité sont peu claires à tous niveaux.</p> <p>La responsabilité est très dispersée (confiée largement aux directeurs d'école) au niveau post-obligatoire</p>	<p><b>BS, BE, LU, SG</b> (peu de coordination, responsabilités mal définies ou communiquées) et pour <b>SO</b> où le responsable est à la fois concepteur, coordinateur et intervenant. Les cantons <b>NE, TG, ZH et VS</b> ont également identifié des problèmes de coordination</p>	<p>Lorsque plusieurs départements sont impliqués, une commission cantonale établit la répartition des responsabilités</p> <p>Les cantons identifient clairement les structures qui assument dans les faits la responsabilité pour les thèmes. Ils confient à ces structures l'assurance de qualité et de durabilité de cet enseignement</p> <p>L'OFSP soutient ces structures dans leur travail de sensibilisation (met à disposition des guidelines, check-lists et argumentaires)</p>	<p><b>TI</b> : la loi sur la promotion de la santé traite de la collaboration entre les départements concernés. Une commission est nommée à chaque nouvelle législature : la <i>Commissione per l'educazione sessuale nelle scuole</i></p> <p><b>GE</b> : le service de la santé de la jeunesse, dirigé par un médecin, est responsable d'un cahier des charges clairement défini pour les trois domaines et tous les niveaux scolaires</p> <p><b>GR</b> : étude cantonale d'analyse des besoins : recommandations concernant la répartition des responsabilités</p>
<p>La stabilité des systèmes de financement est variable</p>	<p><b>BEf</b> : le statut de APESE, l'institution qui assure l'éducation sexuelle, n'est pas assuré</p>	<p>Un mode de financement plus stable pour les systèmes les plus fragiles est assuré</p>	

## Couverture et contrôle

- La couverture ne semble pas toujours suffisante dans le modèle interne. Etant donné que le sujet n'est pas soumis aux examens scolaires, il n'est pas prioritaire ; son enseignement dépend de l'appréciation de chaque enseignant. Il y a un manque de transparence quand l'enseignement est transversal ("*fächerübergreifend*", abordé dans plusieurs branches d'enseignement). Il existe des différences régionales dans la fréquence des cours sur l'éducation sexuelle<sup>16</sup> qui peuvent s'expliquer par une plus faible couverture dans la région alémanique mais également par la dispersion des différentes composantes de cette éducation dans plusieurs cours.

Constat	Exemples de lacunes spécifiques	Mesures à envisager	Exemples de bonnes pratiques pouvant servir de référence
<p>Bien que le niveau de couverture rapporté soit relativement bon, il existe un risque intrinsèque de lacunes dans le modèle interne car la dispensation de l'enseignement de ces thèmes dépend de la motivation des enseignants. Les lacunes sont surtout évidentes au niveau post-obligatoire. Ces lacunes peuvent avoir les causes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>manque de temps, les enseignants étant surchargés</li> </ul>	<p>Pas de plage d'horaire pour les leçons (<b>BEg</b>)</p> <p>Seul 1/3 des établissements de formation préparent les futurs enseignants à aborder les thèmes de la sexualité</p> <p>Au niveau post-obligatoire : Estimations de faible couverture</p> <p>Il existe une conviction (non vérifiée) que les élèves sont saturés par le thème du VIH</p>	<p>Des plages horaires précises sont désignées pour les thèmes (cantons, écoles)</p> <p>Des modules d'enseignement pour chaque niveau d'école sont disponibles (OFSP, ou autre institution compétente, en collaboration avec des spécialistes en pédagogie)</p> <p>Des mesures de sensibilisation sont entreprises dans les lieux de formation pour les enseignants (OFSP)</p>	<p>Quelques cantons indiquent que les leçons doivent être données pendant la "<i>Klassenstunde</i>" (réunions de classe)</p> <p>Soutien du personnel enseignant par des "paquets pédagogiques" tels que ceux établis par</p> <p><b>AG</b> (Hautnah), <b>BL</b> (Hilfestellungen) <b>SG</b> (Lehrmittel der AHSGA) <b>ZH</b> (liste de matériel pédagogique)</p>

Constat	Exemples de lacunes spécifiques	Mesures à envisager	Exemples de bonnes pratiques pouvant servir de référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• les enseignants sont peu préparés à enseigner ces thèmes</li> <li>• réticences personnelles</li> <li>• les enseignants sont peu convaincus de l'importance du sujet</li> <li>• Les lacunes sont particulièrement évidentes au niveau obligatoire</li> </ul> <p>Le contrôle de la couverture ainsi de la qualité de l'enseignement des thèmes n'est que partiellement assuré</p>		<p>La formation d'acteurs externes et de personnes relais (Mediatoren) à l'intérieur des écoles est soutenue</p> <p>Les différents services cantonaux, les directeurs et les enseignants des différentes écoles sont sensibilisés (OFSP)</p> <p>Utilisation du modèle externe au niveau post-obligatoire</p> <p>Les cantons déterminent des mesures de contrôle pertinentes dans leur contexte (les autorités mettent à disposition des exemples de bonnes pratiques, du matériel approprié tel que des check-lists à tous les niveaux de responsabilité)</p> <p>Les concepts de promotion de la santé incluent explicitement les thèmes.</p>	<p><b>ZH</b> : les futurs enseignants doivent obligatoirement suivre un cours en éducation sexuelle</p> <p><b>SH</b> : il existe une formation d'enseignants relais en éducation sexuelle. Des enseignants-médiateurs ont été formés avec le soutien du réseau écoles en santé ; la formation continue en éducation sexuelle des enseignants du 6<sup>e</sup> est suivie, car elle est obligatoire</p> <p><b>LU</b> : cours de formation spécialisée en sexualité, offert par la Fachhochschule pour la première fois dès août 2000</p> <p><b>JU</b> : la formation des animateurs et animatrices en éducation sexuelle est payée par le Département de l'instruction publique</p> <p><b>AG</b> : concept de promotion de la santé qui inclut spécifiquement l'éducation sexuelle/le VIH</p> <p><b>SZ</b> : les thèmes sont confiés à 2 enseignants désignés dans une école</p> <p><b>ZG</b> : les enseignants de l'école professionnelle doivent signaler par écrit à leur direction leurs besoins pour l'enseignement des thèmes</p>

## 10.5 GROUPEMENTS SUPRA-CANTONAUX

Organigramme de collaboration inter-cantonale (pas d'équivalent en Suisse alémanique).

### CRASS : Conférence romande des affaires sanitaires et sociales

Organe de coordination politique des chefs de département de santé publique, ultérieurement des affaires sociales, des cantons romands, de Berne et du Tessin. Fondée en 1981, élargie en 1992.

Conseillers d'état de 8 cantons (GE, VD, VS, NE, FR, JU, BE, TI).

#### **Buts**

- harmonisation des dispositions cantonales d'application de la législation fédérale et des dispositions cantonales en matière de santé publique
- contacts réguliers pour échange d'informations et de documentation
- échanges de vues et d'expériences sur toutes les questions politiques, économiques ou sociales en rapport avec la santé publique
- concertation dans le domaine des prises de position en matière de consultations fédérales

#### **Structure**

- Membres : chefs des département cantonaux
  - Associés : présidence du GRSP et du GRAS
  - Assemblée plénière : 3 séances annuelles
- 

### GRSP : Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin

Groupe de haut fonctionnaires.

Organe consultatif et exécutif de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), agissant en parallèle avec son pendant en matière d'action sociale, le Groupement des affaires sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRAS). Fondé en 1973.

#### **Objectifs**

- harmonisation des législations dans le domaine de la santé publique
- concertation intercantonale en matière de prise de position dans les procédures de consultation fédérale
- échange régulier d'informations et de documentation
- étude technique de questions spécifiques du domaine de la santé

#### **Structures**

- Membres : chefs des services cantonaux de santé publique et médecins cantonaux
- Hôte permanent : secrétariat central de la conférence des directeurs des affaires sanitaires (CDS)
- Hôtes occasionnels : pharmaciens cantonaux et chimistes cantonaux
- Réunion plénière : 4-6 séances annuelles
- Groupes de travail permanents liés aux conventions intercantionales. Hospitalisations hors cantons, financement formation professionnels de la santé.

**GRAS : Groupement des affaires sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin.**

Groupe de haut fonctionnaires.

Organe consultatif et exécutif de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), agissant en parallèle avec son pendant en matière de santé publique, le Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP). Fondé en 1993.

**Objectifs**

- promotion de l'harmonisation des législations et des politiques cantonales dans le domaine de l'action sociale
- concertation intercantonale en matière de prise de position dans les procédures de consultation fédérale
- échange régulier d'informations et d'expériences
- coopération avec les organismes publics et privés de l'action sociale
- étude technique de questions spécifiques du domaine de l'action sociale

**Structures**

- Membres : chefs des services cantonaux de l'action sociale
- Hôtes permanents : secrétaires généraux de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS).
- Réunion plénière : 6-8 séances annuelles
- Groupes de travail permanent, aide sociale, LAVI, statistiques, asile, relations avec OFAS (AVS/AI), formation.

---

**DIPPS : Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé.**

Organe de coordination en matière de politique de la santé regroupant les cantons romands, Berne et le Tessin. DIPPS s'occupe de projets intercantonaux. La collaboration entre l'ARPS et le DIPPS est importante.

## 10.6 INTERPELLATIONS PARLEMENTAIRES

### Liste des interpellations parlementaires

98.3082 - Motion. Ruth-Gaby Vermot-Mangold

98.3083 - Date de dépôt : 9.3.1998

**Création d'un service fédéral chargé de la santé de la femme**

00.3364 - Postulat. Ruth Genner

Date de dépôt 23-06-2000

**Santé publique. Améliorer l'information sexuelle**

00.1109 - Question ordinaire. Genner Ruth

Date de dépôt : 05.10.2000

**Service chargé de la santé de la femme**

98.3084 - Motion. Ruth-Gaby Vermot-Mangold

98.3085 Date de dépôt : 9.3.1998

**Création d'un service fédéral chargé de la santé de la femme**

### Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de fournir les bases légales et structurelles nécessaires à la création d'un service central responsable des questions de santé féminine.

### Développement

La création d'un service central spécifiquement chargé de la santé de la femme correspond à un besoin urgent en Suisse. Le besoin d'un tel service ressort notamment des résultats de la recherche et de la politique menée jusqu'ici en matière de santé féminine. Les exigences de l'OMS, des programmes d'action des conférences des Nations Unies du Caire et de Pékin sur les femmes, du Congrès suisse des femmes de 1996 et du rapport sur la santé des femmes en Suisse (1996) démontrent également la nécessité de la création d'un service de ce genre.

### Aspects spécifiquement féminins de la santé

Les participantes aux conférences ainsi que d'autres chercheurs ont examiné de manière approfondie les aspects spécifiquement féminins du domaine de la santé, pour constater que les femmes, du fait de leur position sociale et de leur mode de vie ainsi que de l'inégalité de fait entre les sexes, sont particulièrement exposées aux problèmes de santé. Les phénomènes sociaux évoqués dans le document final de la 4e Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, organisée en 1995 à Pékin, ont d'ailleurs pour la plupart des répercussions négatives sur la santé des femmes: pauvreté et dépendance économique, violence, préjugés dont sont victimes les femmes et les jeunes filles, possibilité limitée de nombreuses femmes de disposer comme elles l'entendent de leur corps et enfin accès limité ou inégal à l'éducation, à la connaissance, à l'emploi et aux ressources.

Le rapport sur la santé des femmes en Suisse de 1996 fait lui aussi état de différences sur le plan de la santé entre les deux sexes. Si les femmes ont une espérance de vie supérieure et ont moins tendance à être victimes de décès prématuré (dû par exemple à la maladie, aux accidents, au suicide, au tabagisme ou à l'alcoolisme), il a en revanche été prouvé qu'elles jouissent d'une moins bonne santé que les hommes. Des enquêtes ont notamment révélé que les femmes entre

40 et 65 ans sont plus souvent touchées par la maladie et se sentent de manière générale plus fréquemment malades que les hommes. Deux tiers des femmes, contre la moitié des hommes seulement, se plaignent de douleurs physiques. Les femmes ont également plus souvent recours aux soins médicaux, se rendent plus souvent chez le médecin et consomment plus de médicaments. Quant aux causes de maladies chez les femmes, elles ne sont pas tant issues de différences biologiques entre les deux sexes que des différences au niveau de la position sociale. Les femmes sont en effet doublement, voire triplement mises à contribution pour peu qu'elles exercent une activité professionnelle en plus de leur rôle de femme au foyer et, selon les cas, de mère; et c'est sans parler des mères seules, qui sont d'autant plus sollicitées. Les femmes disposent souvent d'un niveau d'éducation inférieur, d'un accès plus limité aux postes bien rémunérés, que ce soit à temps partiel ou à temps complet, et de salaires moins élevés que les hommes, pour ne citer que quelques exemples. La situation est particulièrement durement ressentie par les étrangères et les femmes qui n'ont pas entrepris d'études après l'école obligatoire.

A cela s'ajoutent les problèmes gynécologiques qui jouent un rôle important tout au long de la vie de la femme.

### **Politique en matière de santé féminine**

Parce que les femmes disposent d'un accès trop restreint à la connaissance, aux services et aux ressources, parce que le personnel des centres de consultation et des institutions est insuffisamment sensibilisé et formé aux questions de santé spécifiquement féminines, et parce qu'enfin, investir dans la femme est un moyen de faire baisser les coûts de la santé, les femmes doivent être considérées comme un groupe cible et la santé féminine être expressément reconnue comme une priorité. Dans l'optique de l'élaboration d'une politique en matière de santé féminine, il s'agit essentiellement:

- de créer des structures et de désigner des responsables pour développer une politique multidisciplinaire en matière de santé féminine et élaborer un programme d'action;
- de développer une politique qui couvre les questions de santé féminine et qui tienne compte de la réalité politique et socio-économique à laquelle doivent faire face les femmes;
- de développer la recherche, aujourd'hui insuffisante, dans le domaine de la santé féminine.

### **Domaines d'action prioritaires**

Trois domaines, sélectionnés dans le programme du rapport sur la santé des femmes en Suisse, sont à traiter en priorité:

1. Femmes âgées de plus de 65 ans: l'apparition de troubles physiques et psychiques, et donc la détérioration de la qualité de la vie, à la suite de problèmes de santé liés à l'âge, touche bien davantage les femmes que les hommes.
2. Domaine de la consultation et de l'encadrement: le personnel des services de santé est généralement insuffisamment formé et informé sur les questions de santé typiquement féminines.
3. La recherche en matière de santé féminine doit être encouragée et développée de toute urgence.

## **Concept national de la santé féminine**

Les informations présentées ci-dessus montrent bien la nécessité d'un service fédéral qui élabore un concept global, assure la coordination et garantit la qualité d'une politique spécifique et efficace en matière de santé féminine.

## **Prise de position du Conseil fédéral 27-05-1998**

Le Conseil fédéral partage l'avis de la motionnaire selon lequel la santé publique doit tenir compte des aspects spécifiques au sexe et des différences de mode de vie entre les hommes et les femmes. La Confédération a d'ailleurs encouragé différents projets dans le domaine de la santé de la femme. Le rapport sur la santé des femmes en Suisse indique les secteurs où il existe un besoin d'agir. Si les adolescentes et les jeunes femmes, les femmes d'âge moyen et les femmes âgées de plus de 65 ans ont des problèmes de santé différents, les mesures en rapport avec la sexualité et la santé de la reproduction, celles visant à combler les lacunes dans le secteur des conseils et de la prise en charge, ainsi que les mesures visant à améliorer les facteurs socio-économiques sont cependant prioritaires pour les trois groupes d'âge.

Les résultats des recherches en matière de santé, comme les expériences tirées d'un projet établi sur plusieurs années visant à promouvoir la santé des femmes et réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, montrent qu'un service central tel que le demande la motionnaire pourrait jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé des femmes. Il reste cependant à déterminer où cet organisme devrait être installé et comment il devrait être financé. Le Conseil fédéral est prêt à faire élaborer un projet qui, d'une part, définirait le mandat d'un tel service central et, d'autre part, clarifierait les aspects juridique, politique et financier de sa faisabilité. En l'occurrence, il y aura lieu d'examiner, aussi dans l'optique d'alléger la tâche de l'administration, la possibilité d'une collaboration étroite avec des institutions externes et d'une amélioration de la mise en réseau des institutions existantes. Ce travail constituerait une base décisionnelle fiable pour toute démarche ultérieure.

## **Déclaration du Conseil fédéral 27-05-1998**

Le Conseil fédéral propose de transformer la motion en postulat.

### **Chronologie:**

21-03-2000 Retrait.

---

00.3365 - Postulat. Ruth Genner

Santé publique. Améliorer l'information sexuelle

Date de dépôt 23-06-2000

### **Texte déposé**

Le Conseil fédéral est prié de présenter une conception dans laquelle il indiquera comment fournir une offre de conseils étendue pour les questions touchant à la santé en matière de sexualité et de procréation.

### **Développement**

L'importance des activités de conseil et le rôle des centres de consultation sont des questions qui reviennent régulièrement dans le débat sur la réglementation des délais. Dans la loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse, la Confédération a donné

mandat aux seuls cantons d'instituer "des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse".

Les préoccupations des femmes et de leurs partenaires et les questions qu'ils se posent vont bien au-delà de l'approche très spécifique des consultations sur les problèmes de grossesse. Les services existants couvrent mal, par exemple, les besoins psychosociaux des femmes, des hommes, des couples. Or, la dimension psychosociale est fondamentale dans la prise des décisions touchant à la santé en matière de sexualité et de procréation. C'est le cas notamment pour les décisions concernant le choix d'un contraceptif, le diagnostic prénatal, l'interruption de grossesse ou la substitution hormonale. Si l'on veut éviter que les médicaments ou les interventions médicales soient la seule réponse aux problèmes socio-économiques complexes, il faut offrir des conseils de qualité.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse, les maladies sexuellement transmissibles sont devenues une préoccupation majeure en raison de l'apparition du VIH et du sida. Si l'on veut que le sida soit abordé plus sereinement, on doit davantage tenir compte de ce facteur dans les centres de consultation généraux. Les centres de consultation doivent donc disposer de moyens, en particulier pour le travail de prévention. Il faut tenir compte du fait que la prévention des comportements s'opère - et c'est heureux - selon une démarche propre à chaque sexe; il faut aussi s'attacher à impliquer les hommes et à les associer aux responsabilités, y compris dans les questions entourant la prévention de la grossesse.

Comme il est important qu'une bonne communication s'établisse avec les migrants, il faut examiner la possibilité de faire traduire les entretiens qu'ils ont avec les conseillers et proposer des brochures et des documents d'information dans diverses langues.

#### **Déclaration du Conseil fédéral 18-10-2000**

Le Conseil fédéral est prêt à accepter le postulat et à rédiger un rapport faisant le point sur la situation actuelle au niveau fédéral, cantonal et communal, examinant la nécessité d'éventuelles nouvelles offres et leur mode de financement.

---

00.1109 - Question ordinaire. Genner Ruth

Date de dépôt : 05.10.2000

**Service chargé de la santé de la femme**

#### **Texte déposé**

La motion Vermot du mois de mars 1998 a créé les conditions légales, politiques et financières de l'institution, le 1er janvier 2000, d'un poste Santé de la femme à l'Office fédéral de la santé publique. Le Conseil fédéral s'est clairement prononcé en faveur d'une politique de la santé qui tienne compte des spécificités féminines.

Il était prévu que ce nouveau poste soit situé à la croisée des chemins et que sa titulaire travaille étroitement avec les autres services de l'administration. Or, ni le public ni les milieux spécialisés n'ont jusqu'à présent pris conscience de son existence.

Dans ces conditions, je demande au Conseil fédéral de bien vouloir répondre aux questions suivantes:

1. A quelle unité administrative a-t-on rattaché le poste Santé de la femme et quand a-t-il été pourvu?
2. Quel profil devait avoir sa titulaire et quel cahier des charges avait-on prévu pour elle?
3. Quels objectifs, à moyen et à long termes, l'Office fédéral de la santé publique poursuit-il ici? Avec qui la titulaire du poste collaborera-t-elle?
4. Dans quel cadre peut-on attendre un travail d'information du public sur la question?

### **Réponse du Conseil fédéral 11-12-2000**

Un service national pour les questions de santé spécifiques au genre, appelé "Gender Health", a été créé en Suisse sur la base:

- du rapport sur la santé de la femme en Suisse de mars 1996;
- de la réponse du 27 mai 1988 du Conseil fédéral à la motion Vermot (98.3082, Création d'un service fédéral chargé de la santé de la femme), retirée le 21 mars 2000 avant son traitement par le Parlement; et
- du "Plan d'action 1999 de la Suisse - Egalité entre femmes et hommes", travaux découlant de la 4e Conférence mondiale des femmes de l'ONU à Beijing en 1995.

Le postulat Genner (00.3364, Santé publique. Améliorer l'information sexuelle) confirme la nécessité d'agir dans ce domaine. Les questions liées à la santé des femmes, traitées désormais par le service "Gender Health", sont ainsi ancrées dans un contexte plus général.

1. Le service "Gender Health" a été rattaché à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), car ce dernier possède déjà de l'expérience dans certains domaines spécifiques à la santé des femmes et des hommes et collabore avec les organes politiques de la santé. La personne désignée par voie interne pour mettre en place ce service a commencé son travail en avril 2000, mais a quitté l'OFSP fin septembre. Le poste sera repourvu dans le courant de l'année 2001.
2. Dans une perspective de réalisation à long terme, le service "Gender Health" aura les tâches suivantes:
  - mise en place d'un service national chargé de la surveillance et de la promotion des questions de santé spécifiques au genre;
  - planification et mise en oeuvre de projets;
  - mise en réseau, coordination et collaboration avec les institutions concernées et des spécialistes en Suisse et sur le plan international;
  - saisie et mise sur pied d'une documentation (cet élément devrait être délégué à une institution externe);
  - actualisation des offres existantes en matière de formation, formation continue, conseils, services de santé et amélioration de la qualité de ces offres;
  - recensement et diffusion des connaissances scientifiques (rapports, informations sur la nécessité d'agir, collaboration avec des centres de recherches);
  - organe de consultation et d'information.
3. Le premier objectif de l'OFSP est de mettre en place le service "Gender Health". Les buts poursuivis à moyen et à long termes par l'office par la création de ce service sont d'inclure explicitement les particularités et les besoins propres aux femmes et aux hommes en

matière de santé dans tous les domaines de la santé. Ces buts seront définis en collaboration avec un groupe d'experts mandaté par l'OFSP. Les services, les institutions et les organisations possédant une compétence spécifique dans ce domaine seront associés à cette démarche. Il s'agit également de suivre les développements sur le plan international et d'en tirer des enseignements pour la Suisse. Cette première phase débouchera sur un plan d'action qui sera mis en oeuvre en collaboration avec les services concernés de la Confédération et des cantons ainsi qu'avec les ONG.

4. La mise en oeuvre d'un plan d'action dans le domaine "*Gender Health*" est un processus à long terme qui nécessitera une activité soutenue de communication et d'information. L'information du public, en particulier des groupes cibles, en est un élément essentiel. Les connaissances scientifiques et la documentation rassemblées sur le sujet "*Gender Health*" seront mises à la disposition des institutions et des personnes concernées. Celles-ci devront également avoir accès aux offres existantes en matière de formation, de conseils et de services de santé. Il est prévu de créer à cet effet un centre de documentation.

## 10.7 LOI ET ORDONNANCE SUR L'ASSURANCE-MALADIE

### Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (Etat le 5 décembre 2000) 832.10

### Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie 832.112.31

29 septembre 1995 (état 13 février 2001)

#### Chapitre 3 : mesures de prévention

##### Art. 12

L'assurance prend en charge, en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal) :

Mesures	Conditions
Screening de : phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie	pour les nouveau-nés
Examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques cervico-vaginaux	les deux premières années : un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques. Par la suite, lorsque les résultats sont normaux, un examen tous les trois ans ; sinon fréquence des examens selon l'évaluation clinique
Test VIH	pour les nourrissons de mères séropositives et pour les personnes exposées à un danger de contamination, suivi d'un entretien de conseils qui doit être consigné
Mammographie	<ol style="list-style-type: none"><li>mammographie diagnostique : en cas de cancer de la mère, de la fille ou de la sœur. Fréquence selon l'évaluation clinique, jusqu'à un examen préventif par année. Un entretien explicatif et de conseils doit être mené avant la première mammographie ; il est consigné. L'examen doit être effectué par un médecin spécialisé en radiologie. Les appareils utilisés doivent être conformes aux lignes directrices de l'UE de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition).</li><li>mammographie de dépistage : dès 50 ans, tous les deux ans. Dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance</li></ol>

du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie. Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. La réglementation selon le ch. 2 est valable jusqu'au 31 décembre 2007.

## Chapitre 4 : Prestations spécifiques en cas de maternité

### Art. 13 Examens de contrôle

L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants (art. 29, al. 2, let. A., LAMal) :

Mesures	Conditions
a. Contrôles	
1. lors d'une grossesse normale sept examens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• première consultation : anamnèse, status gynécologique et conseils, examen du status veineux et des oedèmes aux jambes. Prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses</li> <li>• consultations ultérieures : contrôle du poids, de la tension artérielle, de la hauteur du fœtus, examen urinaire et auscultation des bruits cardiaques fœtaux. Prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes selon l'annexe à la liste des analyses.</li> </ul>
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique.
b. Contrôles ultrasonographiques	
1. lors d'une grossesse normale : un contrôle entre la 10 <sup>e</sup> et la 12 <sup>e</sup> semaine de grossesse ; un contrôle entre la 20 <sup>e</sup> et la 23 <sup>e</sup> semaine de la grossesse.	Après un entretien approfondi qui doit être consigné. Ces contrôles peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen.
2. lors d'une grossesse à risque	Renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Ils peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen.
c. Examen prénatal au moyen de la cardiotocographie	Lors d'une grossesse à risque

- |   |  |
|---|--|
| d. Amniocentèse, prélèvement des villosités choriales | après un entretien approfondi qui doit être consigné pour <ul style="list-style-type: none"> <li>• les femmes âgées de plus de 35 ans</li> <li>• les femmes plus jeunes présentant un risque comparable</li> </ul> |
| e. Contrôle post-partum un examen                     | entre la sixième et la dixième semaine post-partum : anamnèse intermédiaire, status gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.  |

#### **Art. 14** Préparation à l'accouchement

L'assurance prend en charge une contribution de 100 francs pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme.

#### **Art. 15** Conseils en cas d'allaitement

<sup>1</sup> Les conseils en cas d'allaitement (art. 29, 2<sup>e</sup> al., let c., LAMal) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

<sup>2</sup> Le remboursement est limité à trois séances.

#### **Art. 16** Prestations des sages-femmes

<sup>1</sup> Les sages-femmes peuvent effectuer à la charge de l'assurance les prestations suivantes :

- a. les prestations définies à l'article 13, lettre a :
  - 1 lors d'une grossesse normale, la sage-femme peut effectuer aux examens de contrôle. Elle est tenue de signaler à l'assurée qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse.
  - 2 lors d'une grossesse à risque, sans manifestation pathologique, la sage-femme collabore avec le médecin. Lors d'une grossesse pathologique, la sage-femme effectue ses prestations selon la prescription médicale.
- b. la prescription, lors d'un examen de contrôle, d'un contrôle ultrasonique mentionné à l'article 13, lettre b ;
- c. les prestations définies à l'article 13, lettres c et e, ainsi qu'aux articles 14 et 15.
  - 3 Les sages-femmes peuvent aussi fournir les prestations citées à l'article 7, 2<sup>e</sup> alinéa, à la charge de l'assurance. Ces prestations doivent être fournies après un accouchement à domicile, après un accouchement ambulatoire ou après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers.

## **Ordonnance sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein réalisé par mammographie (832.102.4)**

du 23 juin 1999

*Le Conseil fédéral suisse,*

vu l'art. 58, al. 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>;

vu l'art. 77, al. 3, de l'ordonnance du 27 juin 1952 sur l'assurance-maladie,

*arrête:*

### **Section 1 Disposition générale**

#### **Art. 1**

Les dispositions de la présente ordonnance fixent les conditions minimales que doivent remplir les programmes de dépistage du cancer du sein prévus par l'art. 12, let. o, ch. 2, de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins<sup>3</sup>.

### **Section 2 Conditions à remplir pour les participants au programme**

#### **Art. 2 Programme**

<sup>1</sup> Un seul programme de dépistage est mis en place pour un territoire déterminé au niveau cantonal ou intercantonal lorsqu'il permet d'atteindre le degré de participation optimal nécessaire au but de prévention du cancer du sein sur ce territoire.

<sup>2</sup> Une durée de réalisation de huit ans au minimum doit être garantie.

<sup>3</sup> Le programme est conduit par une organisation selon l'art. 3.

#### **Art. 3 Organisations**

<sup>1</sup> Les organisations qui réalisent le programme prévu par la présente ordonnance sont reconnues par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons. Ces organisations doivent notamment démontrer qu'elles disposent des ressources nécessaires pour assumer leurs tâches.

<sup>2</sup> Les organisations acceptent la participation au programme de fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions minimales énoncées dans la présente ordonnance.

<sup>3</sup> Elles contrôlent chaque année que ces conditions sont remplies et décident de la poursuite ou de la révocation de la participation du fournisseur de prestations au programme.

<sup>4</sup> Elles règlent le détail des principes énoncés aux art. 4, 7 et 10, après avoir entendu les organisations spécialisées.

<sup>5</sup> Elles peuvent prévoir une phase d'introduction et des conditions transitoires de participation au programme. Cette phase d'introduction ne peut pas dépasser deux ans.

#### **Art. 4 Médecins spécialisés en radiologie médicale**

<sup>1</sup> Les médecins qui effectuent et qui lisent la mammographie doivent être spécialisés en radiologie médicale et avoir suivi un cours de formation sur la mammographie de dépistage reconnu par la société médicale spécialisée.

---

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 832.102

<sup>3</sup> RS 832.112.31

<sup>2</sup> Ils doivent effectuer et lire un nombre minimum de mammographies de dépistage par année.

<sup>3</sup> Ils sont tenus de participer au processus de promotion de la qualité tel que défini par l'art. 10. Ils doivent en outre démontrer que la qualité de leurs lectures satisfait aux paramètres (performance indicators) recommandés par les lignes directrices de l'Union Européenne de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Le Département fédéral de l'intérieur est habilité à tenir à jour les modifications apportées aux lignes directrices de l'Union Européenne.

### **Section 3 Organisation du programme**

#### **Art. 5 Invitation**

<sup>1</sup> L'organisation adresse une invitation écrite à procéder à une mammographie de dépistage aux femmes dès 50 ans. Cette invitation fournit une information et des explications sur les risques de cancer du sein et sur la signification exacte du résultat de la mammographie.

<sup>2</sup> L'invitation doit aussi indiquer le droit à un entretien explicatif et de conseils tel que prévu par l'art. 6.

#### **Art. 6 Entretien explicatif et de conseils**

<sup>1</sup> L'entretien explicatif et de conseils peut être mené par un médecin spécialisé en gynécologie ou par le médecin traitant de l'assurée.

<sup>2</sup> Si l'assurée renonce à cet entretien, elle le signifie par écrit à l'organisation.

### **Section 4 Exécution et lecture de la mammographie**

#### **Art. 7 Appareils**

<sup>1</sup> Les appareils utilisés doivent être conformes aux lignes directrices de l'Union Européenne de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>5</sup>, telles que mises à jour par le Département fédéral de l'intérieur.

<sup>2</sup> Cette conformité doit être contrôlée périodiquement.

#### **Art. 8 Lecture de la mammographie**

<sup>1</sup> Le médecin spécialisé en radiologie médicale qui a effectué la mammographie transmet à l'organisation les clichés et le compte rendu de sa lecture. L'organisation charge un médecin spécialisé en radiologie médicale indépendant du premier, d'une deuxième lecture.

<sup>2</sup> Lorsque les résultats des deux lectures divergent, l'organisation les soumet pour une troisième lecture à un médecin spécialisé en radiologie médicale indépendant des deux premiers et qui est particulièrement expérimenté. Son avis est considéré comme un avis d'expert définitif. Une séance de consensus entre les deux premiers lecteurs peut être organisée, en lieu et place d'une troisième lecture.

---

<sup>4</sup> Ces lignes directrices peuvent être obtenues à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse, 3003 Berne

#### **Art. 9** Communication des résultats

<sup>1</sup> L'organisation transmet les résultats de la mammographie à l'assurée au plus tard huit jours après l'examen.

<sup>2</sup> Elle indique le cas échéant la nécessité de consulter un médecin spécialisé en gynécologie ou le médecin traitant pour effectuer les mesures diagnostiques ou thérapeutiques nécessaires.

#### **Section 5 Promotion de la qualité**

##### **Art. 10**

<sup>1</sup> Les programmes doivent prévoir les mesures suivantes:

- a. un contrôle externe, standardisé et semestriel de la qualité des lectures;
- b. des colloques trimestriels de discussion de cas afin de garantir le processus de perfectionnement des médecins qui participent au programme;
- c. une évaluation annuelle de la qualité des lectures de chaque médecin qui participe au programme selon les paramètres (performance indicators) recommandés par les lignes directrices de l'Union Européenne de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> L'organisation établit un rapport annuel à l'intention de l'Office fédéral des assurances sociales sur la réalisation du programme de promotion de la qualité.

#### **Section 6 Entrée en vigueur**

##### **Art. 11**

La présente ordonnance entre en vigueur le 1er juillet 1999.

## 10.8 LEGISLATION SUR L'IVG

Comparatif entre les deux législations sur l'IVG : source  
[www.femco.org/avortement/f\\_gesetze.htm](http://www.femco.org/avortement/f_gesetze.htm)

<b>Législation actuelle :</b> <b>Code pénal suisse.</b> <b>Infractions contre la vie et l'intégrité corporelle (1942)</b>	<b>La nouvelle loi :</b> <b>REGIME DU DELAI – REVISION DU CODE PENAL</b> <b>Selon la décision des Chambres fédérales du</b> <b>23.3.2001</b>
<b>Art. 118</b>	<b>Art. 118 Interruption de grossesse punissable</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. "La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie d'emprisonnement."</li><li>2. L'action pénale se prescrit par deux ans</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'article 119 soient remplies, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.</li><li>2. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.</li><li>3. La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.</li><li>4. Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par deux ans.</li></ol>
<b>Art. 119</b>	<b>Art. 119 Interruption de grossesse non punissable</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse a été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente. L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé de façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu. Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.</li><li>2. Celui qui, sans le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.</li><li>2. L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller.</li></ol>

- 3.1 La peine sera la réclusion pour trois ans au moins, si le délinquant fait métier de l'avortement.
3. Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.
4. Le canton désigne les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte.
5. A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

---

#### Art. 120

1. Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse a été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.  
L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé de façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu.  
Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.
2. Les dispositions de l'article 34, chiffre 2, demeurent réservées pour autant que la grossesse est interrompue par un médecin diplômé et qu'il s'agit d'écarter un danger imminent, impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.  
Dans ce cas le médecin traitant doit, dans les vingt-quatre heures après l'opération, aviser l'autorité compétente du canton dans lequel l'opération a eu lieu.
3. Si la grossesse a été interrompue à cause d'un autre état de détresse grave dans lequel se trouvait la personne enceinte, le juge pourra atténuer librement la peine (art. 66)
4. Les dispositions de l'article 32 ne sont pas applicables.

---

#### Art. 120 Contraventions commises par le médecin

1. Sera puni des arrêts ou de l'amende le médecin qui interrompt une grossesse en application de l'art. 119, al. 2, et omet avant l'intervention
- d'exiger de la femme enceinte une requête écrite;
  - de s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte, de la conseiller et de l'informer sur les risques médicaux de l'intervention ainsi que de lui remettre contre signature un dossier comportant:
    - la liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services;
    - une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle;
    - des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant;
  - de s'assurer lui-même, si la femme enceinte a moins de 16 ans, qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineurs.
- Sera puni de la même peine le médecin qui omet d'aviser l'autorité de santé publique compétente, conformément à l'art. 119, al. 5, de l'interruption de grossesse pratiquée

---

**Art. 121****Art. 121 abrogé**

---

Le médecin qui, ayant interrompu une grossesse conformément à l'article 120, chiffre 2, aura omis d'en aviser l'autorité compétente sera puni des arrêts ou de l'amende.

**Modification du droit en vigueur**

**La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit :**

---

**Art. 30 Interruption non punissable de la grossesse**

---

En cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 119 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

---

## 10.9 LOI ET ORDONNANCE CONCERNANT LES CENTRES DE CONSULTATION EN MATIERE DE GROSSESSE

### Loi fédérale 857.5

#### sur les centres de consultation en matière de grossesse du 9 octobre 1981

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu les articles 34<sup>quinquies</sup> et 64<sup>bis</sup> de la constitution fédérale<sup>1</sup>; vu le rapport de la commission du Conseil national du 27 août 1979<sup>2</sup> et l'avis du Conseil fédéral du 29 septembre 1980<sup>3</sup> sur les initiatives parlementaires et initiatives cantonales sur l'interruption de la grossesse, arrête:*

#### **Art. 1** Centres de consultation

<sup>1</sup> En cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à des consultations gratuites et à une aide.

<sup>2</sup> Elles seront informées de l'assistance privée et publique sur laquelle elles peuvent compter pour mener la grossesse à terme, sur les conséquences médicales d'une interruption et sur la prévention de la grossesse.

<sup>3</sup> Les cantons instituent des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Ils peuvent en créer en commun, reconnaître ceux qui existent déjà et faire appel à des organismes privés pour en assurer l'aménagement et le fonctionnement.

<sup>4</sup> Les centres de consultation doivent disposer de collaborateurs et de ressources financières qui leur permettent d'accorder sans retard les consultations gratuites et l'aide nécessaire aux personnes intéressées.

#### **Art. 2** Secret de fonction et secret professionnel

<sup>1</sup> Les collaborateurs des centres de consultation et les tiers dont les services ont été requis sont tenus au secret conformément à l'article 320 ou à l'article 321 du code pénal suisse<sup>4</sup>. L'article 321, chiffre 3, du code pénal suisse (obligation de renseigner et de témoigner en justice) n'est pas applicable.

<sup>2</sup> Si quelqu'un obtient des avantages financiers en donnant de fausses indications ou en recourant à des manœuvres frauduleuses, l'obligation de garder le secret sur ces faits est levée.

#### **Art. 3** Dispositions à édicter par le Conseil fédéral

Après consultation des cantons, le Conseil fédéral édicte des dispositions concernant les centres de consultation.

#### **Art. 4** Référendum, mise en vigueur

<sup>1</sup> La présente loi est soumise au référendum facultatif.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Date de l'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> janvier 1984<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 1979 II 1021

<sup>3</sup> FF 1980 III 1050

<sup>4</sup> RS 311.0. Actuellement «et ou à l'art. 321<sup>bis</sup>».

<sup>5</sup> ACF du 12 déc. 1983 (RO 1983 2004)

## Ordonnance 857.51

### concernant les centres de consultation en matière de grossesse

du 12 décembre 1983

---

*Le Conseil fédéral suisse,*

vu l'article 3 de la loi fédérale du 9 octobre 1981) sur les centres de consultation en matière de grossesse,

*arrête:*

#### **Article premier** Organisation

<sup>1</sup> Les cantons organisent les centres de consultation en matière de grossesse (dénommés ci-après «les centres») prescrits par la loi.

<sup>2</sup> Ils règlent la reconnaissance des centres existants et nouveaux, leur financement et leur surveillance. Ils désignent les autorités compétentes.

<sup>3</sup> Ils peuvent confier aux centres des tâches analogues à celle des centres d'information sexuelle, de consultation conjugale et familiale, et vice versa.

#### **Art. 2** Publication

<sup>1</sup> Les cantons publient sans retard toute reconnaissance et, à la fin de chaque année, une liste des centres reconnus, indiquant l'adresse, le numéro de téléphone ainsi que les heures de consultation.

<sup>2</sup> Ils communiquent cette liste à l'Office fédéral des assurances sociales (dénommé ci-après «l'Office fédéral»).

<sup>3</sup> L'Office fédéral publie une fois l'an le répertoire complet des centres reconnus. Il le remet à titre gracieux aux centres, aux autorités cantonales compétentes et, sur demande, à d'autres intéressés.

#### **Art. 3** Information des autorités fédérales

Les cantons communiquent en outre à l'Office fédéral:

- a. Leurs dispositions légales sur les centres;
- b. Tout refus de reconnaissance;
- c. A la fin de chaque année, l'organisation interne, en particulier la composition de l'équipe de spécialistes, de tout centre reconnu, et un rapport d'activité.

#### **Art. 4** Dispositions finales

<sup>1</sup> Les publications et informations prescrites par la présente ordonnance se feront pour la première fois à la fin de 1984.

<sup>2</sup> La présente ordonnance entre en vigueur le 1er janvier 1984.

---

<sup>1</sup> RS 857.5

## 10.10 EXTRAITS DES LOIS SANITAIRES CANTONALES TOUCHANT A LA SSR

### Canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures : loi sur la santé du 25 avril 1965

#### Die Hebammen

##### Art.9 Hebammen

<sup>1</sup>Die selbständige Ausübung der Geburtshilfe bedarf, sofern es sich nicht um eidgenössisch diplomierte Aerzte handelt, einer Bewilligung der Sanitätskommission. Sie wird Bewerberinnen erteilt, die über die nötige fachliche Ausbildung verfügen.

<sup>2</sup>Die Anforderungen zur Erteilung der Bewilligung werden durch den Kantonsrat festgesetzt.

<sup>3</sup>Die Hebammen sind verpflichtet, solange sie nicht auf die Berufsausübung verzichtet haben, in dringenden Fällen Beistand zu leisten.

### Canton d'Argovie : loi sur la santé du 10 novembre 1987

#### I. Berufsausübungsbewilligung

##### §37

d. an Hebammen die einen Abschluss einer vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) anerkannten Ausbildung oder einen vom SRK als gleichwertig anerkannten Ausbildungsabschluss besitzen. Zusätzlich muss der Nachweis einer mindesten zweijährigen, unselbständigen praktischen Tätigkeit im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen erbracht werden.

#### F. Gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge, Gesundheitsschutz

##### §46

<sup>1</sup>Die Gemeinden haben für die Gemeindecrankenpflege, die Hauspflege sowie die Beratung von Schwangeren und Müttern zu sorgen.

<sup>2</sup>Die Gemeinden schaffen oder unterstützen Einrichtungen, die der Aufklärung und Beratung zur Verhütung von Suchtkrankheiten und des Arznei- und Betäubungsmittelsmissbrauches dienen.)

<sup>3</sup>Sie können diese Aufgaben privaten Institutionen übertragen oder im Rahmen einer vertraglich geregelten Zusammenarbeit oder eines Gemeindeverbandes erfüllen.

#### G. Rechte und Pflichten der Patienten

##### §50

<sup>1</sup>Eine Frau kann sich künstlich befruchten lassen, wenn sie verheiratet ist und die schriftliche Zustimmung beider Ehegatten vorliegt, sofern eine natürliche Zeugung nicht möglich ist. Die Durchführung der künstlichen Befruchtung ist dem Arzt vorbehalten.

<sup>2</sup>Die künstliche Befruchtung innerhalb des Körpers ist mit fremden Samen zulässig, wenn die Befruchtung mit dem Samen des Ehemannes erfolglos oder nicht möglich ist oder wenn dadurch Erbkrankheiten vermieden werden können.

<sup>3</sup> Die Befruchtung ausserhalb des Körpers ist nur erlaubt, wenn alle andern Behandlungsmethoden aussichtslos sind. Sie darf nur mit dem Samen des Ehemannes und der Eizelle der Ehefrau durchgeführt werden. Sie ist nur in Spitälern mit gynäkologischer und Geburtshilflicher Abteilung mit genereller Bewilligung des Gesundheitsdepartementes zulässig. Jeder Embryo muss eingepflanzt werden.

<sup>4</sup> Keimzellen dürfen nur während der laufenden Behandlungsperiode am Leben erhalten werden. Experimente und Manipulationen an Embryonen sowie am Erbgut von Keimzellen und Embryonen sind untersagt. Jede Einflussnahme auf das Geschlecht odere andere Eigenschaften des Kindes ist verboten. Zulässig sind therapeutische Massnahmen an Embryonen zur Vermeidung schwerer Krankheiten, soweit sie das Erbgut verändern.

<sup>5</sup> Gewerbliche Samenbanken, die Befruchtung mit dem Samen und den Eizellen Verstorbener, Leihmutterverhältnisse, E Spenden sowie die Übertragung von Embryonen auf Dritte sind nicht zulässig.

## **Canton de Bâle-Campagne : loi sur la santé du 10 décembre 1973.**

### **II. Gesundheitsbehörden**

#### **§4 Aufgaben**

- die Mütterberatung und Säuglingsfürsorge

### **IV. Weitere Heilberufe**

#### **B. Hebammen**

#### **§26 Selbständige Hebammen**

Als Hebamme oder in verwandten Berufen (Hebammenschwester, Pflegerin für Geburtshilfe) darf sich selbständig betätigen, wer an einer anerkannten, von einem Facharzt für Geburtshilfe und Gynäkologie geleiteten Ausbildungsstätte das Diplom erworben hat.

### **VII. Gesundheitliche Vor- und Fürsorge**

#### **§42 Mutterschaftsberatung, Haus- und HeimGeburten**

<sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen für die Beratung der Schwangeren und Mütter. Sie können diese Aufgabe geeigneten Institutionen übertragen.

<sup>2</sup> Die Gemeinden ermöglichen Haus- oder HeimGeburten. Sie beteiligen sich an den durch die Krankenkassen oder andere Garanten nicht gedeckten Kosten.

### **Verordnung über Heilberufe**

### **VII. Besondere Bestimmungen für Hebammen und Hebammenschwestern**

#### **§20 Fachliche Voraussetzungen**

Bewerberinnen für die Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung als Hebamme oder Hebammenschwester haben sich für ein eidgenössisches Diplom oder ein Diplom des Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz oder ein Diplom des Schweizerischen Roten Kreuzes oder ein anderes gleichwertiges Diplom auszuweisen.

## **§21 Weiterbildung**

<sup>1</sup> Im Kanton tätige Hebammen und Hebammenschwestern haben sich obligatorisch weiterzubilden.

<sup>2</sup> Die Sanitätsdirektion ordnet die Weiterbildungskurse an. Die Kosten gehen zulasten der Gemeinden, sofern die Hebammen nicht freipraktizierend tätig sind.

<sup>3</sup> Bei unbegründetem Fernbleiben kann die Sanitätsdirektion die Bewilligung entziehen.

## **§22 Zugelassene Massnahmen**

<sup>1</sup> Die Bewilligung berechtigt die Inhaberin zur Beratung der Schwangeren, zum Beistand bei Geburten und zur Pflege von Mutter und Kind.

<sup>2</sup> Sie hat bei Regelwidrigkeiten während der Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett oder auch auf Verlangen der Frau oder ihrer Angehörigen für den Beizug eines Arztes zu sorgen und dessen Anordnungen zu befolgen.

<sup>3</sup> Es ist untersagt, Frauen mit Menstruationsstörungen, Ausfluss oder anderen gynäkologischen Krankheiten zu untersuchen oder zu behandeln.

<sup>4</sup> Sie darf nur nach ärztlicher Anordnung mit Medikamenten auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einwirken.

## **Canton de Bâle-Ville : loi sur la santé du 18 janvier 1864**

ajouts : 26 mai 1879 ; 24 décembre 1937 ; 5 janvier 1999 ; 22 juin 1999 ;

### **Komplementärmedizin**

#### **Verbote und Ausnahmen**

##### **§5**

Die Ausübenden einer komplementärmedizinischen Tätigkeit oder eines komplementärmedizinischen Verfahrens dürfen keine Geschlechtskrankheiten und andere meldepflichtliche Krankheiten behandeln und keine chirurgischen, Geburtshilflichen und gynäkologischen Eingriffe mit Ausnahme von Akupunkturbehandlungen zur Unterstützung bei Schwangerschaft und Geburt vornehmen.

#### **C. Besondere Bestimmungen für einzelne Berufe**

##### **5. Hebammen und Wochenbettschwestern**

###### **Fähigkeitsausweise**

##### **§17**

Als Fähigkeitsausweis gilt ein vom Schweizerischen Roten Kreuz SRK oder vom Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz anerkanntes Diplom als Hebamme. Zusätzlich zum Diplom hat sich die Hebamme über eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit nach Diplomabschluss, wovon ein Jahr in der Geburtsabteilung eines Spitals auszuweisen.

Zur Wochenbettpflege werden ausser Hebammen und diplomierten Kinderkrankenschwestern und -pfleger AKP oder mit Diplom-Niveau II zugelassen, sofern sie sich über eine mindestens

halbjährige praktische Tätigkeit in Wochenbettpflege in einer Geburtsabteilung eines Spitals ausweisen können.

## **Berufspflichten und Inkonvenienzentschädigung**

### **§18**

<sup>1</sup> Mit der Erteilung der Bewilligung erwirbt die Hebamme das Recht, selbständig und ohne ärztliche Verordnung Schwangere vor der Geburt zu betreuen, Geburten zu leiten sowie Mutter und Kind während des Wochenbettes zu betreuen. Sie ist nicht an eine Praxisörtlichkeit gebunden.

<sup>2</sup> Die Hebamme trägt die volle Verantwortung für die von ihr geleiteten Geburten. Sie hat gegen Haftpflichtansprüche ausreichend zu versichern. Sie hat periodisch zu statistischen Zwecken dem Gesundheitsamt Meldung über die durchgeführte HausGeburten zu erstatten.

<sup>3</sup> Die freiberuflich tätige Hebamme hat sich jährlich während mindestens dreier Tage fortzubilden.

<sup>4</sup> Die Wochenbettschwester ist die Beratung der Schwangeren vor der Geburt und der Beistand bei der Geburt untersagt.

<sup>5</sup> Die Eltern eines neugeborenen Kindes sind auf die Vorschriften der eidgenössischen Zivilstandsverordnung vom 1. Juni 1953 (Art. 59ff) aufmerksam zu machen, wonach jede Geburt sowie die nach dem sechsten Monat der Schwangerschaft erfolgte Fehlgeburt innert dreier Tage dem Zivilstandamt zu melden ist.

<sup>6</sup> Die Hebammen und Wochenbettschwestern haben für Einwohnerinnen des Kantons Basel-Stadt unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Ausrichtung einer Inkonvenienzentschädigung pro durchgeführte Geburt oder Wochenbettbetreuung. Das Nähere wird vom Regierungsrat in einem separaten Beschluss geregelt.

## **Beizug einer Aerztin oder eines Arztes und ärztliche Handlungen**

### **§19**

<sup>1</sup> Bei Auftreten von Risikozeichen während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ist die Hebamme oder die Wochenbettschwester verpflichtet die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, insbesondere eine Aerztin oder einen Arzt nach Wahl der betreuten Frau beizuziehen und deren bzw. Dessen Anordnungen zu befolgen. Sie hat ebenfalls eine Aerztin oder einen Arzt beizuziehen, wenn die Frau oder deren Angehörige dies verlangen.

<sup>2</sup> Den Hebammen und Wochenbettschwestern sind Handlungen verboten, die Aeztinnen und Aerzten vorbehalten sind. Die Verabreichung von Medikamenten während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist ihnen nur auf ärztliche Anordnung hin gestattet. Davon ausgenommen sind Vitamine und Spurenelemente, die Schmerzmittelabgabe unter der Geburt und die Abgabe von Uterotonikas im Wochenbett. Die Hebammen führen die für einen Notfall erforderlichen Medikamente bei jedem beruflichen Einsatz mit und sind befugt, diese bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe fachkompetent anzuwenden.

## **Canton de Berne : loi sur la santé publique du 2 décembre 1984.**

### **II. Les professions sanitaires**

#### **Art. 37**

Le Conseil-exécutif édicte une ordonnance concernant l'exercice de la profession de sage-femme. Il édicte notamment des prescriptions sur la participation à des cours de formation continue.

## **Canton de Fribourg : loi sur la santé du 16 novembre 1999.**

### **Principaux domaines et tâches de l'Etat**

#### **Art. 29**

<sup>1</sup> L'Etat encourage les mesures d'encadrement parental et infantile visant à permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions de santé possible.

<sup>2</sup> Il soutient en particulier les mesures d'aide et de conseil aux futurs parents et aux familles.

#### **Art. 37**

L'Etat définit et soutient les mesures d'information sexuelle et de planning familial. Il applique les dispositions du droit fédéral en la matière.

### **3. Autres Mesures**

#### **Interruption de grossesse**

#### **Art. 71**

<sup>1</sup> La Direction est l'autorité compétente pour désigner les médecins autorisés à délivrer l'avis conforme au sens de l'article 120 du code pénal suisse. Elle édicte des instructions en la matière.

<sup>2</sup> Lors de toute demande d'interruption de grossesse, le ou la médecin requérant/e, le Centre de planning familial et d'information sexuelle et le ou la médecin appelé/e à délivrer l'avis conforme ont l'obligation d'informer la patiente sur ses droits et ses devoirs ainsi que sur l'assistance offerte par les institutions sociales pendant la grossesse et après la naissance.

## **Canton de Genève : 9 textes de loi divers**

### **Art. 3 Liste des professions**

#### **c. sage-femme**

#### **Chapitre II Sages-femmes**

#### **Art. 101 Droits**

L'inscription dans le registre des sages-femmes confère aux titulaires le droit d'exercer cette profession dans les limites définies aux articles suivants.

#### **Art. 102 Champ d'activité**

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des accouchements normaux, la préparation à la naissance, les soins à donner aux femmes enceintes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveau-nés, à l'utilisation des agents thérapeutiques nécessaires à l'exercice de

leur art, à l'exclusion de toute intervention médicale ou chirurgicale instituée de leur propre chef.

#### **Art. 103**

<sup>1</sup> Toute anomalie de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches oblige la sage-femme à faire immédiatement appel au médecin.

#### **Cas d'urgence**

<sup>2</sup> Les cas d'extrême urgence et l'assistance à personne en danger sont réservés ; en cas de litige, la commission statue quant aux notions d'extrême urgence et de danger invoquées.

#### **Art. 104 Interdictions**

<sup>1</sup> Il est interdit aux sages-femmes de se livrer au traitement des maladies ressortissant à la gynécologie et à la pédiatrie.

<sup>2</sup> Il leur est interdit d'utiliser d'autres instruments que ceux que mentionne le règlement relatif à la pratique de l'obstétrique.

<sup>3</sup> Hormis les substances antiseptiques nécessaires à la pratique de l'obstétrique et celles qui sont mentionnées dans le règlement visé à l'alinéa 2, il est interdit aux sages-femmes de prescrire ou d'administrer de leur propre chef des médicaments.

#### **Règlement concernant les conditions relatives à la pratique des fertilisations in vitro et des transferts d'embryons dans les établissements médicaux privés**

du 28 mai 1986 (entrée en vigueur le 1<sup>e</sup> juillet 1986).

8 articles.

#### **Canton de Glaris : loi sur la santé du 5 mai 1963.**

#### **III. Medizinische Hilfsberufe**

##### **Art. 14**

##### **Hebammenwesen**

<sup>1</sup> Der Kanton sorgt für die Aus- und Weiterbildung der Hebammen. Der Regierungsrat erlässt die Vorschriften für die Ausübung des Hebammenberufes.

<sup>2</sup> Über die Organisation der Hebammenkreise und die Wartegelder der Hebammen erlässt der Landrat eine Verordnung (V des LR vom 29. April 1964 über das Hebammenwesen (GS VIII A/322/1).

#### **VI. Medizinalpolizei**

##### **Art. 33a**

##### **Künstliche Befruchtung**

Die homologe Insemination ist gestattet. Sämtliche andere medizinische Fortpflanzungstechniken sind untersagt.

## **Canton des Grisons : loi sur la santé du 2 décembre 1984.**

### **Organisation und Zuständigkeit**

#### **Art. 12 Gemeinden und ihre Aufgaben**

<sup>2</sup> Sie ... sorgen für die häusliche Pflege und Betreuung, Die Mütterberatung, die Säuglingspflege  
Verordnung über die Ausübung von Berufen des Gesundheitswesens, 28 janvier 1997.

<sup>3</sup> Hebamme

#### **Art.17**

Als Hebamme wird zugelassen, wer ein vom Departement anerkanntes Diplom als Hebamme besitzt.

#### **Art.18**

Die Hebamme berät, betreut und überwacht Schwangere, bereitet diese auf die Geburt vor, leitet Geburten und pflegt Wöchnerinnen und Neugeborene.

#### **Art. 19**

<sup>1</sup> Bei Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes ist die Hebamme verpflichtet, einen Arzt beizuziehen.

<sup>2</sup> Aussergewöhnliche Befunde bei Mutter und Kind hat sie unverzüglich dem Arzt zu melden.

<sup>3</sup> Bei Totgeburten ist die Hebamme verpflichtet den Bezirksarzt zu benachrichtigen.

**Ausführungsbestimmungen zur Verordnung über die Ausübung von Berufen des Gesundheitswesens, 26 août 1997.**

### **III. Abgabe und Anwendung von Heilmittel**

<sup>1</sup> Hebamme

#### **Anwendung**

#### **Art.4**

Die Hebamme ist befugt, zur Linderung von Geburtsschmerzen analgetische und spasmolytische Suppositorien anzuwenden.

## **Canton du Jura : loi sanitaire du 14 décembre 1990.**

#### **Art. 46**

La profession de sage-femme est soumise à autorisation.

## **Canton de Lucerne : loi sur la santé du 29 juin 1981.**

### **§42 Voraussetzungen für die Praxisbewilligung**

Die Bewilligung wird erteilt

- e. an Hebammen, die ein Fähigkeitszeugnis einer anerkannten schweizerischen Hebammenschule besitzen.

## V. Gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge

### §53 Mütter- und Säuglingspflegeberatung

<sup>1</sup> Die Gemeinde sorgen für die Mütter- und Säuglingspflegeberatung

<sup>2</sup> Sie können diese Aufgaben privaten Institutionen oder Gemeindeverbänden übertragen.

### §54 Schwangerschaftsberatung

<sup>1</sup> Der Staat sorgt für eine umfassende Schwangerschaftsberatung. Er kann diese Aufgabe privaten Institutionen übertragen.

<sup>2</sup> Personen, die in der Schwangerschaftsberatung gemäss Abs. 1 tätig sind, unterstehen in Bezug auf Tatsachen, die sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben wahrnehmen, dem Amtsgeheimnis nach Art. 320 des Schweizerischen Strafgesetzbuches.

## Canton de Neuchâtel : loi sur la santé du 6 février 1995

### Section 2 : Mesures médicales spéciales

#### Procréation artificielle

##### Art.31

<sup>1</sup> La fécondation in vitro avec transfert d'embryon (FIVETE) ne peut être pratiquée que par des équipes médicales au bénéfice d'une autorisation de l'autorité compétente.

<sup>2</sup> L'insémination artificielle et la FIVETE sont ouvertes aux couples hétérosexuels stériles.

<sup>3</sup> Le recours au don de gamètes n'est permis qu'aux couples mariés et pour autant qu'une fécondation homologue se révèle impossible. Le consentement écrit des deux conjoints est alors nécessaire.

<sup>4</sup> Le recours aux mères porteuses et la création d'embryons à des fins de recherche sont interdits.

##### Art. 32 Stérilisation

Interruption non punissable de la grossesse

##### Art.34

Le Conseil d'Etat pourvoit à l'application 120 du code pénal suisse, notamment en ce qui concerne la désignation du médecin spécialiste dont l'avis conforme est nécessaire pour permettre l'interruption d'une grossesse, et celle de l'autorité compétente pour recevoir l'avis prévu en cas d'interruption de grossesse pratiquée d'urgence.

#### Chapitre 4

Politique de promotion de la santé et prévention.

Protection maternelle et infantile.

##### Art.45

<sup>1</sup> La protection maternelle et infantile doit permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions possibles.

<sup>2</sup> Elle se réalise notamment sous la forme d'aide et de conseils aux futures mères et aux familles.

## Canton de Nidwald : loi sur la santé du 29 avril 1973

### **Besondere Bestimmungen für die Ausübung einzelner Tätigkeiten**

#### 7. Hebamme

#### **§24 Bewilligung**

<sup>1</sup> Eine Bewilligung erhält, wer die in der KVV genannten Voraussetzungen erfüllt.

<sup>2</sup> Hebammen, die ihren Beruf während dreier Jahren nicht mehr ausgeübt haben, wird die selbständige Berufsausübung erst nach einer von der zuständigen Direktion festgelegten Fortbildung bewilligt.

#### **§25 Tätigkeitsbereich**

Der Tätigkeitsbereich der Hebammen umfasst :

<sup>1</sup> die Beratung und die Betreuung von Schwangeren

<sup>2</sup> die Vorbereitung von Schwangeren auf die Geburt

<sup>3</sup> die Leitung der Geburt

<sup>4</sup> die Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen

<sup>5</sup> die Still-, Mütter- und Väterberatung

Sie dürfen die von der Kantonsärztin beziehungsweise vom Kantonsarzt bezeichneten Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung anwenden.

#### **§26 Besondere Pflichten**

Hebammen haben :

<sup>1</sup> bei Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder dem Wochenbetts unverzüglich eine Aerztin oder einen Arzt beizuziehen oder notfalls Mutter und Kind in ein Spital einweisen.

<sup>2</sup> bis zum Eintreffen einer Aerztin oder eines Arztes Notfallmassnahmen zu ergreifen

<sup>3</sup> jährlich die von ihr geleiteten Geburten der zuständigen Direktion zu melden.

#### **§27 Wartgeld**

<sup>1</sup> der Kanton entrichtet Hebammen, die im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung sind, ein von der zuständigen Direktion festzusetzendes Wartgeld. Bestehende Verträge bleiben vorbehalten.

<sup>2</sup> das Wartgeld besteht aus einer Pauschale und einem anhand der tatsächlichen Anzahl der Geburten und Wochenbettbetreuungen berechneten Zuschlag.

## Canton d'Obwald : loi sur la santé du 15 février 1997

### **Öffentliche Gesundheitspflege**

#### **A. Grundsätze der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden**

## **Art.6 Hauptverantwortung der Gemeinden**

c. die Sicherstellung der Familienhilfe, der Mütterberatung sowie des Hebammendienstes.

## **B. Organisation und Zuständigkeit**

### **Art.8 Regierungsrat**

Dem Regierungsrat obliegt die Aufsicht über den Vollzug des Gesundheitsgesetzes, insbesondere :

l. die Regelung des Wartegeldes für die Hebammen

## **Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege**

### **I. Allgemeine Bestimmungen**

#### **Art.2 Bewilligungspflicht**

Für die selbständige Berufsausübung bedürfen folgende Tätigkeiten einer Bewilligung des zuständigen Departementes :

c. das Behandeln von Schwangeren

d. die Geburtshilfe

### **II. Besondere Bestimmungen über die Ausübung einzelner Berufe der Gesundheitspflege**

6. Geburtshilfe

#### **Art.25 Tätigkeitsbereich**

Die Geburtshilfe umfasst die Beratung, Pflege und Ueberwachung von Schwangeren sowie Wöchnerinnen, die Vorbereitung und die Leitung der Geburt sowie die Pflege der Neugeborenen.

#### **Art. 26 Fachkenntnisse**

Voraussetzung für die selbständige Tätigkeit ist ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes Diplom oder ein gleichwertiger Ausweis.

#### **Art. 27 Besondere Berufsausübungsbestimmungen**

<sup>1</sup> Bei der Geburtshilfe darf nur nach ärztlicher Verordnung mit Heilmitteln auf Schwangerschaft und Geburt eingewirkt werden.

<sup>2</sup> Bei Komplikationen ist ein Arzt beizuziehen. In Notfällen ist die Schwangere in ein Spital einzuweisen.

<sup>3</sup> Aussergewöhnliche Befunde bei Mutter oder Kind sind unverzüglich dem Arzt zu melden. Bei Totgeburten ist der Kantonsarzt zu benachrichtigen.

<sup>4</sup> Gynäkologische Untersuchungen sind untersagt.

#### **Art. 28 Wartegeld**

Die Hebamme hat Anspruch auf eine Entschädigung, wenn die Gebärende oder Wöchnerin zivilrechtlichen Wohnsitz in einer Obwaldner Gemeinde hat und wenn die Hebamme :

a. die Gebärende zu Hause während der Geburt betreut oder

b. die Wöchnerin im Wochenbett zu Hause pflegt.

## **9. Gemeindekrankenpflege, Mütterberatung**

### **Art 35**

2. Voraussetzung für die Mütterberatung ist das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Krankenpflegeschule oder ein gleichwertiges Diplom und nach Möglichkeit der Ausweis über eine Zusatzausbildung für die Mütterberatung.

## **Canton de St. Gall : loi sur la santé du 28 juin 1979**

### **Oeffentliche Gesundheitspflege**

#### **9. Gesundheitsvorsorge**

### **Art 38**

Der Präventivmediziner erfüllt in der Gesundheitserziehung und in der Krankheitsverhütung folgende Aufgaben :

- c. Unterstützung und Koordination von Aufklärung, Beratung und Schulung.

## **Canton de Schaffhouse : loi sur la santé du 19 octobre 1970**

### **IV. Massnahmen gegen übertragbare und andere Krankheiten des Menschen**

#### **Art.33a**

<sup>1</sup>Die Gemeinden unterstützen die spitalexterne Krankenpflege. Sie sorgen für den Krankenpflege-, Hauspflege- und Haushilfedienst sowie die Beratung von Eltern von Säuglingen und Kleinkindern. Sie können hierfür Gebühren erheben.

## **Canton de Schwyz : loi sur la santé du 9 septembre 1971**

### **IV. Organisation und Zuständigkeit der Behörden**

<sup>1</sup> Der Regierungsrat übt die Aufsicht über das Gesundheitswesen im Kanton Schwyz aus.

<sup>2</sup> Er erlässt die im Gesundheitswesen notwendigen Verordnungen, insbesondere über :

- a) das Hebammenwesen

### **II. Die medizinischen und pharmazeutischen Berufe und Hilfsberufe**

#### **§15**

Die Bewilligung wird erteilt :

- b) an Hebammen aufgrund des Diploms einer anerkannten schweizerischen Hebammenschule

### **III. Gesundheitliche Vor- und Fürsorge**

#### **§25**

<sup>1</sup> Der Regierungsrat kann im Rahmen des Staatsvoranschlags private Organisationen von regionaler und kantonaler Bedeutung, welche die gesundheitliche Vor- und Fürsorge anstreben (Mütterberatung etc.).

## Canton de Soleure : loi sur la santé du 27 janvier 1999

### Heilpersonen

#### A. Gemeinsame Bestimmungen

##### §10 1. Bewilligungspflicht

Einer Bewilligung des Departementes bedarf, wer unter eigener fachlicher Verantwortung gegen Entgelt, insbesondere berufsmässig :

- b) die Geburtshilfe ausübt

#### IV. Andere Berufe der Gesundheitspflege (§28 Gesundheitsgesetz)

<sup>1</sup> Hebammen und Kreisspfleger

##### §40 Fachliche Voraussetzungen für die Bewilligung

Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Bewerberin oder der Bewerber nachweist :

- a) das Diplom einer anerkannten Ausbildungsstätte für Geburtshilfe
- b) eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit nach Diplomabschluss, wovon ein Jahr in der Geburtsabteilung eines Spitals.

##### §41 Besondere Berufspflichten

Die Bewilligungsinhaber und Bewilligungsinhaberinnen sind bei Auftreten von Risikozeichen während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett verpflichtet, eine ärztliche Fachperson nach Wahl der betreuten Frau beizuziehen und deren Anordnungen zu befolgen. Eine solche ist ebenfalls auf Verlangen der betreuten Frau oder der Angehörigen beizuziehen.

#### 16. Stillberaterinnen und Stillberater

##### §61 Berufsausübung

Die Bewilligung berechtigt zur selbständigen Stillberatung sowie zur Aus-, Weiter- und Fortbildung anderer medizinischer Berufe im Bereich der Laktation.

## Canton du Tessin : loi sur la promotion de la santé et la coordination sanitaire du 18 avril 1989

Néant.

## Canton de Thurgovie : loi sur la santé du 5 juin 1985

#### 17. Aufgaben der Gemeinden

##### §11

<sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen für einen Kranken- und Hauspflegedienst sowie für Beratungsstellen für Eltern von Säuglingen oder Kleinkindern.

<sup>2</sup> Sie können diese Aufgaben privaten oder öffentliche-rechtlichen Körperschaften übertragen.

<sup>3</sup> Für den Kranken- und Hauspflegedienst können die Gemeinden Gebühren erheben.

## **Canton d'Uri : loi sur la santé du 27 septembre 1970**

### **IV. Medizinische und pharmazeutische Hilfsberufe**

#### **Artikel 35 Hebammen**

Das Hebammenwesen wird auf dem Verordnungswege geregelt.

### **IV. Gesundheitliche Vor- und Fürsorge**

#### **Artikel 44 Mütterberatung**

Die Gemeinden richten eine Mütterberatung ein. Sie können diese Aufgaben den Hebammen, Ortskrankenschwestern oder privaten Institutionen übertragen.

## **Canton du Valais : loi sur la santé du 9 février 1996**

Chapitre 3 : Droits et devoirs

### **Promotion de la santé et prévention**

#### **Art.72 Objet**

<sup>1</sup> Le présent titre vise la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents en encourageant la responsabilité individuelle et la solidarité collective.

<sup>2</sup> Il a notamment pour objet

c) la protection maternelle et infantile

#### **Art. 78 Protection maternelle et infantile**

<sup>1</sup> La protection maternelle et infantile doit permettre à chaque enfant de naître et de se développer dans les meilleures conditions possible pour la mère et l'enfant.

<sup>2</sup> Elle se réalise en particulier sous la forme d'aide et de conseils aux futurs parents et aux familles, d'examen de contrôle nécessaires et de mesures visant à prévenir toute forme de maltraitances.

### **Section 2 : Dispositions spécifiques**

#### **Art. 11 Protection maternelle et infantile**

<sup>1</sup> La protection maternelle et infantile est régie par les dispositions cantonales d'application de la législation fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse et par d'autres dispositions spécifiques.

## **Canton de Vaud : loi sur la santé publique du 29 mai 1985**

### **Chapitre IV**

#### **Prévention**

#### **Institutions spécialisées**

##### **Art. 31**

L'Etat et les communes peuvent collaborer notamment avec les institutions spécialisées suivantes :

- c) le Centre médico-social Pro Familia, pour l'éducation sexuelle, le planning familial et le conseil conjugal.

## **Chapitre VI**

### **Mesures diverses**

#### **Interruption non punissable de la grossesse**

##### **Art. 71**

Les médecins, dont l'avis conforme est nécessaire en vertu de l'article 120 du Code pénal suisse pour permettre à un médecin d'interrompre une grossesse, sont désignés par le département sur préavis du Conseil de santé.

Le médecin qui a interrompu une grossesse dans le cas d'urgence prévu à l'article 120, chiffre 2, du Code pénal suisse en informe le médecin cantonal dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération.

Le département fixe le tarif des interruptions de grossesse autorisées, ainsi que des actes médicaux préalables (expertises, avis conformes, etc.) dans la mesure où les tarifs médicaux prévus par la loi sur l'assurance maladie et maternité ne sont pas applicables.

#### **Procréation humaine assistée**

##### **Art. 72**

Les médecins qui veulent entreprendre ou développer une pratique ayant pour but la procréation humaine assistée sont tenus de l'annoncer préalablement au département, à l'attention du Conseil de santé.

Lorsque la pratique de telles interventions est prévue dans un établissement sanitaire, la direction de celui-ci est également tenue d'informer le département.

Le Conseil de santé se prononce en application de l'article 13, alinéa 4.

### **3. Professions soignantes**

#### **Sage-femmes**

##### **Rôle et compétences**

##### **Art. 129**

L'activité de la sage-femme consiste à :

- a) conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence ;
- b) assister la mère de l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal ; s'il se présente des complications, elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin ;
- c) donner les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée ainsi qu'enseigner à la mère les mesures d'hygiène personnelle et les soins à donner aux enfants ;
- d) prescrire ou administrer les médicaments ou pansements nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.

La sage-femme pratique à titre dépendant ou indépendant.

## **Canton de Zug : loi sur la santé du 21 mai 1970**

### **IV. Gesundheitliche Vor- und Fürsorge**

#### **§30 Mütter- und Väterberatung**

Der Kanton unterstützt die Mütter- und Väterberatung und die Familienhilfe.

#### **§33 Hebammenwesen**

<sup>1</sup> Eine Hebamme hat Anspruch auf das Wartegeld

- a) wenn die Gebärende/Wöchnerin Wohnsitz im Kanton Zug hat
- b) wenn die Gebärende zuhause während der Geburt betreut wird
- c) wenn sie die Wöchnerin im Wochenbett pflegt

<sup>2</sup> Der Regierungsrat legt die Höhe des Wartegeldes fest.

<sup>3</sup> Die Gemeinde, in welcher die Schwangere oder Wöchnerin zur Zeit der Geburt Wohnsitz hatte, richtet das Wartegeld aus.

## **Canton de Zurich : loi sur la santé du 4 novembre 1962**

### **VII. Gesundheitliche Vor- und Fürsorge**

#### **Schwangeren- und Mütterberatung, Geburtshilfe**

#### **§54**

Die Gemeinden sorgen ferner dafür, dass für Hausgeburten genügend Hebammen vorhanden sind. Der Regierungsrat erlässt die erforderliche Verordnung.

## 10.11 GUIDE DE SUIVI PRÉNATAL

Ce document a été conçu comme projet de guide pour les équipes petite enfance de l'OMSV et des services avec lesquels ces équipes collaborent. Il résulte de la réflexion d'un groupe de travail interdisciplinaire qui a fonctionné entre 1997 et 2000. Pour l'instant ce projet n'a pas été mis en œuvre<sup>999</sup>.

---

<sup>999</sup> Communication personnelle Véronique Addor.

Promotion de la santé et prévention chez les enfants  
de 0 à 5 ans

Projet de programme à l' OMSV et dans les  
associations et fondations régionales

## **GUIDE POUR LE SUIVI PERSONNALISE DES FAMILLES EN PERIODE PRENATALE, A L'USAGE DE LA CONSEILLERE EN PERINATALITE**

Ce guide a été élaboré par le groupe de projet 'Petite enfance', pour illustrer le rôle primordial de la conseillère en périnatalité, un rôle à créer dans la plupart des régions vaudoises. Il est adapté d'un guide québécois similaire conçu dans le cadre de « Naître égaux - Grandir en santé ». Il tient compte également de l'expérience de Mme S. Roa, qui a été la première conseillère en périnatalité à Yverdon et fait partie du groupe de projet.

La démarche proposée indique des activités et des stratégies destinées à répondre aux besoins des femmes enceintes. Elle vise à initier la relation de confiance et le suivi personnalisé, deux éléments absolument centraux du programme.

La conseillère doit être sage-femme. L'idée est d'inviter les gynécologues d'une région à proposer systématiquement, à TOUTES les femmes enceintes d'environ vingt semaines, une évaluation personnalisée des besoins physiques et psychosociaux, afin d'offrir un complément au suivi médical. La promotion de la santé et la prévention primaire peuvent faire une réelle différence pour la santé de l'enfant et de la mère lorsqu'elles sont commencées dans la période prénatale. La première partie du guide (dès 20 semaines de grossesse) concerne donc l'ensemble des femmes enceintes. La seconde partie s'adresse aux femmes à grands besoins identifiés lors de la première visite, et pour lesquelles un suivi plus intense s'avère nécessaire.

Des conseillères en périnatalité sont demandées par plusieurs intervenants et recommandées dans de nombreux documents cités dans le texte du programme, en particulier pour la prévention primaire de la maltraitance et de la violence familiale. Nous considérons qu'il s'agit d'un maillon indispensable au succès du programme.

juillet 1998

Période: première visite dès la 20ème semaine de grossesse, pour toutes les femmes référées

Contacts suggérés: 2ème visite et/ou accompagnement plus soutenu en cas de besoins identifiés conjointement par la conseillère et la femme

Etat de la vie familiale et de la grossesse	Déterminants de la santé/ facteurs de vulnérabilité'	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes-ressources	Documents de référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>grossesse désirée ou non</li> <li>changement de l'image corporelle, visibilité de la grossesse, fierté</li> <li>alternance de périodes de confort/inconfort et fatigue</li> <li>gain de poids</li> <li>santé dentaire</li> <li>peau : chloasma, vergetures, pigmentation des aréoles, ligne brune médiane</li> <li>possibilité de douleurs dorsales, crampes, essoufflement, oedèmes, anémie, brûlure gastriques, pertes vaginales, infection urinaire, migraines, malaises, varices, constipation, contraction normales ou prématurées</li> <li>adaptation de l'alimentation</li> <li>hygiène de vie et hygiène physique</li> <li>adaptation de l'activité physique</li> <li>instabilité émotionnelle, vulnérabilité</li> <li>représentation de l'accouchement et de l'enfant : possibilités d'anxiété et peur (douleur à l'accouchement, malformations, perte due fœtus)</li> <li>préparation à l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>alimentation équilibrée selon les besoins de la grossesse, avec attention particulière en cas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>malnutrition</li> <li>obésité</li> <li>diabète gestationnel</li> <li>anémie</li> </ul> </li> <li>tabagisme et culpabilité év. liée</li> <li>consommation d'alcool, de drogues illégales, abus de médicaments</li> <li>âge des parents à la première grossesse et à la grossesse actuelle (adolescents, &gt; 40 ans)</li> <li>attitude et sentiments face à la grossesse et à la naissance <ul style="list-style-type: none"> <li>grossesse non désirée avec ou sans demande d'I.V.G., considération d'adoption</li> <li>consultation prénatale tardive, inexistante ou changements répétés de médecin</li> <li>surconsommation d'intervenants pendant la grossesse</li> <li>pas de comportement de préparation à la naissance</li> </ul> </li> <li>maladies physiques ou psychiques des parents, préexistantes ou liées à la grossesse (y c. immaturité)</li> <li>risques obstétricaux transmis par le médecin</li> <li>équilibre familial passé et présent (difficultés de couple, violence)</li> <li>équilibre personnel (séparations et deuils, passé pénal, prostitution, expérience d'abus / maltraitance, institutionnalisation, maladie des grands-parents, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aider la femme enceinte et son entourage à vivre la grossesse, l'accouchement et l'arrivée du nouveau né dans la famille de façon harmonieuse</li> <li>repérer les femmes enceintes en difficulté et les orienter vers les ressources adéquates pour améliorer leur situation</li> <li>améliorer la santé des enfants à naître</li> <li>réduire l'incidence de la prématurité</li> <li>réduire la proportion des nouveau-nés de poids insuffisant à la naissance</li> <li>réduire le nombre de situations à risque pour la femme enceinte en tenant compte de son milieu de vie</li> <li>favoriser la mise en place d'un environnement sain et sécuritaire pour la santé de l'enfant à naître</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>faire un bilan global de santé avec la femme enceinte et son partenaire</li> <li>informer les femmes enceintes (couples) des diverses modifications de leurs besoins bio-psycho-sociaux pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum</li> <li>informer des différentes adaptations que la naissance d'un enfant implique dans une famille</li> <li>diminuer la proportion de femmes enceintes fumeuses</li> <li>diminuer la proportion de femmes consommant des drogues ou des quantités excessives d'alcool</li> <li>informer sur les services de santé régionaux et expliquer les prestations qu'ils offrent aux femmes enceintes et aux jeunes mères</li> <li>dépister les familles à grands besoins et les orienter vers le personnel et les services auxquels elles peuvent s'adresser en vue de résoudre leurs problèmes</li> <li>expliquer le contexte de travail pluridisciplinaire autour de la période périnatale et, avec l'accord de la personne, travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels impliqués dans la situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>expliquer les phases normales du déroulement de la grossesse, répondre aux inquiétudes</li> <li>traiter de façon personnalisée, avec la femme enceinte et son partenaire (si désir) l'alimentation pendant la grossesse et la période de l'allaitement</li> <li>faire un bilan de l'activité, travail et repos habituels chez la femme et proposer des adaptations favorables à une grossesse saine <ul style="list-style-type: none"> <li>environnement sain : chauffage, pollution, ventilation</li> <li>évaluation et prévention de la fatigue et l'épuisement</li> <li>activité physique : marche et sport</li> <li>travail : posture, pauses</li> <li>repos et sommeil</li> </ul> </li> <li>donner les informations concernant l'hygiène et l'habillement pendant la grossesse et pendant la période de post-partum <ul style="list-style-type: none"> <li>vêtement et chaussures</li> <li>hygiène journalière</li> <li>protection de la peau (ventre, seins)</li> <li>hygiène dentaire et contrôle dentaire</li> </ul> </li> <li>informer et répondre aux questions et craintes de la femme concernant la sexualité pendant la grossesse et le post-partum</li> <li>encourager l'arrêt de la fumée et accompagner la femme dans la démarche</li> <li>informer très concrètement des conséquences de la consommation de drogues et médicaments, et de l'abus d'alcool</li> <li>encourager le suivi médical, l'accompagnement par une sage femme, et le choix d'un pédiatre avant l'accouchement</li> <li>proposer des mesures permettant à la femme d'observer les modifications des besoins pendant la grossesse et de prévenir l'accouchement prématuré</li> <li>dépister l'anxiété et les attitudes consistant à éviter la réalité</li> <li>informer du développement de l'enfant pendant la grossesse et partager avec la femme ses représentations et attentes vis-à-vis de l'enfant</li> <li>stimuler la relation parents - enfant pendant la grossesse</li> <li>proposer aux femmes enceintes avec facteurs de vulnérabilité un accompagnement soutenu pendant la grossesse (entretiens individuels, cours de préparation à l'accouchement et à la naissance, autres)</li> <li>informer des ressources (démarches, structures et professionnels) existantes et les accompagner si le couple le désire</li> <li>référer systématiquement en cas de problèmes aux intervenants concernés, en priorité au gynécologue</li> <li>encourager l'utilisation d'un siège adapté pour enfant en voiture dès la sortie de la maternité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager une utilisation optimale des ressources familiales et socio-sanitaires</li> <li>en partant de la propre réalité de la femme et de son partenaire, informer la femme enceinte des changements de rôles suite à l'arrivée de l'enfant en l'aidant à s'approprier son histoire et en lui proposant des moyens de vivre ces changements de façon optimale</li> <li>soutenir et aider la femme pour organiser et se préparer au retour à domicile après l'accouchement en incluant le partenaire, en valorisant les ressources propres, ainsi que le réseau familial et professionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mettre sur pied des groupes de rencontres de femmes enceintes, incluant des femmes de milieux et d'origines différents, avec des femmes ayant déjà des enfants</li> <li>susciter la création d'un programme d'échange de matériel dans le quartier ou la région, par ex: sièges de voiture pour enfants (dès la sortie de la maternité)</li> <li>lieux d'achats de 2ème main</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>gynécologues et généralistes</li> <li>personnel de la maternité (préparation du dossier médical d'accouchement, visite de la maternité, etc.)</li> <li>infirmières puéricultrices</li> <li>autres professionnelles des CMS</li> <li>sages-femmes indépendantes</li> <li>Profa</li> <li>assistantes sociales des communes</li> <li>diététiciennes</li> <li>monitrices des cours de puériculture et de préparation à l'accouchement</li> <li>ligue Leche</li> <li>services de garde d'enfants (prise de contact)</li> <li>Appartenances</li> <li>FAREAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tableau illustrant le fœtus à divers stades de sa croissance</li> <li>brochures diverses, Pro Juventute, BPA</li> <li>liste de facteurs de vulnérabilité</li> <li>La trousse éducative lien : violence contre les femmes et les enfants dans les relations et l'usage d'alcool et de drogues, en quête de solutions. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1995 (module 4 :13-21).</li> <li>test de cage (dépistage de l'alcoolisme) Mayfield et al. Am J Psychiatry 1974;131:121-3.</li> </ul>

Bien-être physique et psychologique de la femme

	Etat de la vie familiale et de la grossesse	Déterminants de la santé/ facteurs de vulnérabilité'	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes-ressources	Documents de référence
Bien-être du père	<ul style="list-style-type: none"> <li>attitude face à la grossesse (ambivalence, fierté, crainte inspirée par les responsabilités)</li> <li>attitude face aux changements chez la partenaire</li> <li>soutien psychologique et pratique de la partenaire, engagement</li> <li>possibilité d'anxiété face à l'accouchement</li> <li>sentiment d'être exclu ou au contraire que les attentes à son égard sont trop élevées (lien avec le bébé, accompagnement à l'accouchement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>place du père</li> <li>exclusion du père</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stimuler la participation du père à l'ensemble de rencontres prénatales</li> <li>apprendre au père à créer des liens avec son enfant déjà pendant la grossesse (parler, toucher, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>accorder une place privilégié au père lors de chaque rencontre</li> <li>observer et valoriser ses compétences parentales et/ou son désir de les acquérir</li> <li>à partir de son vécu et de sa représentation de la grossesse, mettre en évidence les ressources qu'il a mises en place pour faire face aux changements dus à la grossesse, s'y adapter et y participer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>créer des groupes d'échange de pères</li> <li>liste de pères qui sont d'accord de partager leur expérience</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>livres, bandes dessinées et vidéos concernant la périnatalité</li> </ul>
Santé et développement du fœtus	<ul style="list-style-type: none"> <li>croissance, mouvements et développement selon l'âge gestationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>petit poids, retard de croissance intra-utérin</li> <li>malformations</li> <li>grossesse multiple</li> <li>antécédents de décès in utero ou néonatal</li> <li>antécédents de prématurité</li> <li>tabagisme parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager l'arrêt de la fumée des futurs parents et accompagner la femme et son partenaire dans la démarche</li> <li>proposer des stratégies de réduction du stress (relaxation, etc.), surtout en cas d'arrêt de la fumée</li> <li>partager avec la femme l'information sur la manière d'observer les mouvements foetaux</li> <li>être disponible et accompagner la femme pendant les moments difficiles de la grossesse (recherche de pathologie ou malformations, suite d'une hospitalisation, repos strict)</li> <li>vérifier les conditions de travail de la femme</li> <li>encourager une visite pédiatrique prénatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>partir des connaissances de la mères relatives au développement du fœtus pour en ajouter, les modifier, les confirmer et les renforcer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>susciter des groupes de soutien de femmes enceintes désirant cesser de fumer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boutik</li> <li>centres de prévention</li> <li>cours divers</li> <li>gynécologues</li> <li>pédiatres</li> <li>en cas de problème de santé foetal: services de génétique du CHUV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>méthodes pour arrêter de fumer (ex: ligues de la santé)</li> </ul>
Devenir parents et bien-être du couple	<ul style="list-style-type: none"> <li>changements dans la vie du couple</li> <li>modification de l'intérêt sexuel</li> <li>développement de l'attachement à l'enfant</li> <li>construction de l'identité parentale, retour des parents sur leur propre vécu d'enfants</li> <li>sentiment de compétence et efficience en tant que parents</li> <li>rapprochement avec la famille d'origine et avec d'autres couples avec enfants</li> <li>préparation à la venue du nouveau-né</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>difficultés de communication dans le couple</li> <li>abandon du père (monoparentalité)</li> <li>apparition ou augmentation de la violence</li> <li>attentes anormales concernant le futur bébé</li> <li>antécédents de décès in utero ou néonatal</li> <li>antécédents de prématurité</li> <li>famille recomposée, autres enfants nés de mariages antérieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aborder avec les conjoints les changements qu'ils observent dans leur relation depuis le début de la grossesse</li> <li>identifier leur besoins d'apprentissage sur les conséquences de la grossesse sur le couple et les stimuler à en parler</li> <li>suggérer des moyens pour faire face aux tensions du couple et favoriser l'encouragement mutuel des conjoints</li> <li>encourager la communication avec le fœtus (toucher, parler, haptonomie, etc.)</li> <li>favoriser leur participation aux groupes de rencontres prénatales ou autres groupes de pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager la communication active entre partenaires</li> <li>mettre en évidence les capacités relationnelles du couple et valoriser leur stratégies pour résoudre les conflits et faire face aux tensions</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>conseillers conjugaux</li> <li>Centre social protestant</li> <li>Profpa</li> <li>etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> <li>brochures sur les droits et devoirs des parents non mariés</li> </ul>

	Etat de la vie familiale et de la grossesse	Déterminants de la santé/ facteurs de vulnérabilité'	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes-ressources	Documents de référence
Besoins socio-économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>satisfaction des besoins de base: budget, logement, alimentation (équilibrée et suffisante), vêtements de grossesse, meubles pour le nouveau-né</li> <li>accès aux soins médicaux et dentaires</li> <li>information concernant les prestations sociales</li> <li>préparation de conditions favorables pour le retour à la maison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>conditions de vie</li> <li>conditions de travail: <ul style="list-style-type: none"> <li>- travail excessif, lourd, sans pause</li> <li>- dévalorisation de sa capacité de travail liée à la grossesse</li> <li>- travail instable, chômage</li> <li>- conditions du versement du salaire pendant le congé maternité</li> </ul> </li> <li>environnement socio-culturel et politique: <ul style="list-style-type: none"> <li>- isolement familial et/ou social, difficultés d'intégration, marginalité</li> <li>- niveau socio-économique bas (réel ou perçu) , scolarité limitée, difficultés d'assurances</li> <li>- logement inadapté, sans confort, promiscuité</li> <li>- difficultés de langue</li> <li>- statut précaire (requérant d'asile, saisonnier, sans permis)</li> <li>- expérience de la violence (domestique, guerre, torture, catastrophe de l'environnement)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem ci dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>s'informer de la suffisance de moyens pour s'alimenter adéquatement</li> <li>identifier avec les parents leur différents besoins socio-économiques et les moyens existants pour y répondre</li> <li>vérifier l'accès aux prestations de santé et sociales (congé maternel, assurances, allocations familiales, aide sociale, etc.)</li> <li>s'informer de la suffisance de moyens économiques pour couvrir les frais inhérents à la grossesse et la naissance (logement, habits et autres)</li> <li>encourager activement l'acquisition de matériel approprié pour l'enfant à naître (meubles, habits, layette, sièges, etc.)</li> <li>informer des ressources (démarches, structures et professionnels) existantes et les accompagner si nécessaire dans la recherche de solutions aux difficultés en lien avec la vie sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>faciliter l'émergence de leurs propres ressources pour résoudre leurs problèmes socio-économiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dépannage alimentaire, financier (à créer)</li> <li>aide des communes et quartiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>services sociaux, prestations sociales</li> <li>actions caritatives et bénévoles, p. ex: cartons du coeur, Centre social protestant, Caritas, paroisses, restaurants communautaires, commerces et supermarchés locaux, associations communautaires (ex: Familles du Quart-Monde), magasins de meubles et habits de deuxième main, Appartenances, Entrelaçar, cercles nationaux, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>listing (ex: établi par le SPJ) des ressources à disposition par région</li> </ul>

**Période: 21 à 40 semaines de grossesse**

**Contacts suggérés: accompagnement soutenu en cas de besoins identifiés conjointement par la conseillère et la femme**

	Déterminants de la santé/' facteurs de vulnérabilité'	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes - ressources	Documents de référence
Bien-être physique et psychologique de la femme	<ul style="list-style-type: none"> <li>malnutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>retrouver un niveau nutritionnel compatible avec une grossesse harmonieuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>effectuer un bilan détaillé des manques nutritionnels en lien avec les goûts, les habitudes et les ressources financières de la femme</li> <li>proposer une alimentation personnalisée et qui compense les carences identifiées</li> <li>pour les femmes dont le revenu ne permet pas une alimentation appropriée à la grossesse: la conseillère collabore avec les centres sociaux régionaux et les assistantes sociales des CMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aider la femme à améliorer la gestion du ménage (manière d'acheter, de stocker, de cuisiner, de choisir les aliments, etc.) en valorisant ses propres compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>créer ou susciter:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>cuisines communautaires, év. avec supervision souple</li> <li>cours gratuits d'une diététicienne, év. lié à la cuisine communautaire</li> <li>des groupes de femmes incluant des personnes pratiquant une alimentation équilibrée, réseau d'échange de savoir (ex: cuisiner contre taper à la machine)</li> <li>orienter vers les cartons du coeur ou d'autres organisations caritatives</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diététicienne</li> <li>centres de prévention</li> <li>cartons du coeur et autres organisations caritatives (voir liste 1 ère visite)</li> <li>assistante sociale</li> <li>réseaux existants d'échange de savoir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>guide alimentaire à remettre à la femme</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>obésité</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>effectuer un bilan détaillé des sources de déséquilibre en lien avec les goûts, les habitudes, les ressources financières et l'activité physique de la femme</li> <li>proposer un accompagnement personnalisé par une diététicienne</li> <li>proposer une activité physique en tenant compte des goûts et possibilités de la femme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sensibiliser le partenaire à ces facteurs de vulnérabilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sociétés ou clubs de gym adaptées à la femme enceinte et selon avis médical</li> <li>natation et gym aquatique adaptées</li> <li>relaxation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diététicienne</li> <li>centres de prévention</li> <li>médecin</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>diabète gestationnel</li> <li>anémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager la femme à suivre les contrôles médicaux réguliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sur ordre médical, informer, conseiller (en prenant le contre-pied d'éventuels conseils populaires erronés), et contrôler la compliance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager la femme à parler du stress engendré par les problèmes de santé aux intervenants et au partenaire</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>médecin</li> <li>diététicienne</li> <li>infirmière spécialiste en diabétologie (CMS)</li> <li>Fédération vaudoise du diabète</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>tabagisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>approfondir la démarche d'arrêt de la fumée pour les femmes qui en ont manifesté le désir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proposer un plan de sevrage, accompagner et soutenir la femme</li> <li>expliquer les inconvénients et conséquences de la fumée pendant la grossesse et pour l'enfant à venir</li> <li>proposer des stratégies de gestion du stress (ex: relaxation, détente, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>valoriser les succès et la détermination de la femme</li> <li>encourager le soutien du partenaire non fumeur, et, s'il est fumeur, l'encourager à ne plus fumer ou de ne pas fumer à la maison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>susciter la création de groupes de pairs pour arrêter de fumer</li> <li>encourager et prendre des initiatives pour supprimer la fumée dans les lieux destinés aux femmes enceintes, aux mères et aux enfants, à commencer par les maternités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem 1 ère visite</li> <li>Centre de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem 1 ère visite</li> <li>plan de 5 ou 20 jours (Ligues)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>consommation excessive d'alcool, de drogues illégales et abus de médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aider la femme à se défaire d'habitudes néfastes à la grossesse, au développement du fœtus, à sa propre santé et à celle du futur enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>informer la femme des conséquences néfastes et de l'importance d'une action immédiate</li> <li>aider la femme à reconnaître sa dépendance</li> <li>l'informer des ressources spécifiques si elle ne les connaît pas déjà et l'accompagner parfois en personne vers ces services</li> <li>faire un bilan des problèmes associés</li> <li>mettre toute l'énergie nécessaire pour créer des liens de confiance et garder le contact</li> <li>collaborer avec les intervenants spécialisés dans la prise en charge de la dépendance dans la région, et ceux déjà actifs auprès de la personne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>soutenir le désir éventuel de changement et valoriser les efforts déjà entrepris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mobiliser l'entourage (réseaux primaire et secondaire)</li> <li>encourager la création ou la participation à des groupes d'entraide comprenant des femmes dans la même situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Croix-Bleue</li> <li>Fondation vaudoise contre l'alcoolisme</li> <li>le Relais</li> <li>centre du Levant</li> <li>équipe de professionnels de la rue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>test de cage (dépistage de l'alcoolisme) Mayfield et al. Am J Psychiatry 1974;131:121-3.</li> <li>brochures ISPA</li> </ul>

	Déterminants de la santé/ facteurs de vulnérabilité'	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes - ressources	Documents de référence
Bien-être physique et psychologique de la femme (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>grossesse précoce (&lt; 20 ans) ou tardive (&gt; 40 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>offrir aux futurs parents les moyens de se préparer à la naissance, en respectant leur personnalité, valeurs, croyances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proposer une préparation à la naissance personnalisée</li> <li>créer des moyens audiovisuels en liens avec la grossesse, naissance et soins du nouveau-né (bandes dessinées, cassettes, vidéos) adaptés aux goûts et intérêts des adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rechercher et utiliser les ressources personnelles des parents dans l'accompagnement</li> <li>trouver avec le couple une personne privilégiée dans leur entourage, comme référence pour leur permettre d'acquérir les connaissances et compétences pour être parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proposer des rencontres en groupe de femmes/couples vivant une grossesse tardive, év. des groupes d'adolescentes enceintes (niveau cantonal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>médecins</li> <li>sage-femme</li> <li>assistante sociale</li> <li>Profa</li> <li>infirmière puéricultrice</li> <li>infirmières Jeunesse et santé</li> <li>Unité de médecine de santé des adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem 1 ère visite</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>grossesse difficilement ou non acceptée par un ou les deux parents</li> <li>considération d'adoption ferme ou ambivalente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>soutenir la femme ou le couple dans leur choix de vivre avec l'enfant à naître ou de s'en séparer</li> <li>offrir un soutien personnalisé tout au long de la grossesse indépendamment du choix du couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>accompagner la femme ou le couple, dans la prise de conscience de la grossesse</li> <li>informer et accompagner (si besoin) les démarches de reconnaissance de paternité et d'adoption de l'enfant</li> <li>proposer l'aide d'autres professionnels concernés par leur situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utiliser les signes et symptômes de la grossesse que la femme est en train de vivre</li> <li>mettre tout en oeuvre pour intégrer le partenaire dans les entretiens (rendez-vous le soir, affiches valorisant le rôle du partenaire, etc.)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>médecins</li> <li>état civil et services d'adoption</li> <li>assistante sociale</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>maladies physiques ou psychiques des parents préexistantes ou liées à la grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>soutenir la femme et le couple, selon le projet de prise en charge proposé par son médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>encourager les parents à suivre de façon optimale le traitement prescrit par le médecin</li> <li>en accord avec le médecin, informer de signes et symptômes propres de sa maladie et des mesures à prendre</li> <li>rappeler au couple la disponibilité et spécificité des intervenants</li> <li>proposer une aide au ménage (répit ou compensation de la déficience)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>valoriser les capacités et les ressources personnelles mises dans la gestion de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>créer un réseau d'aide personnalisé pour les problèmes liés à la maladie</li> <li>établir des contacts avec les associations de patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>médecins et autres professionnels concernés</li> <li>associations d'entraide en lien avec la maladie</li> <li>Ligues de la santé</li> <li>CMS</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>déséquilibre et/ou dysfonctionnement de l'un des parents ou du couple (violence, maltraitance, deuil, autres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diminuer ou supprimer les risques pour le bon déroulement de la grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>informer et orienter les personnes vers les professionnels et institutions qui peuvent les aider à résoudre ou à gérer leurs problèmes</li> <li>les accompagner si nécessaire dans les démarches de prise de contact</li> <li>proposer des entretiens périodiques (écoute/échange) dans le but de créer et maintenir une relation de confiance</li> <li>mobiliser l'entourage dans un projet de prise en charge défini par un professionnel spécifique (inclure le réseau primaire dans la prise en charge)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stimuler leurs propres stratégies de résolution de problèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>contacts avec des personnes et des groupes de femmes et de couples vivant ou ayant vécu des situations semblables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionnels concernés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>livres témoignages</li> </ul>
Santé et développement du fœtus	<ul style="list-style-type: none"> <li>altération du développement du fœtus, malformation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>permettre à la femme d'arriver au terme de sa grossesse dans les meilleures conditions possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>informer de la nécessité de la compliance du suivi et consignes médicales</li> <li>en accord avec le médecin, contrôler l'observation des signes et symptômes anormaux, informer des précautions à prendre</li> <li>proposer des manières de réduire et gérer le stress</li> <li>susciter si approprié des discussions communes entre les différents intervenants, spécialistes et parents (ex: malformation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en partant des connaissances de la femme et de son partenaire, les renforcer modifier ou confirmer</li> <li>intégrer activement le partenaire dans le projet de prise en charge</li> <li>faire émerger les personnes ressources dans son entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>contacts avec des personnes et des groupes de femmes et de couples vivant ou ayant vécu des situations semblables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionnels concernés</li> <li>personnes ayant vécu et résolu positivement une situation semblable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>brochures et livres</li> <li>permanences téléphoniques (Main Tendue, SOS femmes)</li> </ul>

	Déterminants de la santé/ 'facteurs de vulnérabilité'	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes - ressources	Documents de référence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>antécédents de grossesses et /ou accouchements pathologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proposer un accompagnement soutenu et adapté à la situation vécue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer les séquelles et l'angoisse que cette grossesse ou accouchement antérieurs ont laissées chez la femme et le couple</li> <li>connaître les moyens que la femme et le couple ont utilisé pour y faire face</li> <li>proposer un espace d'écoute active au couple ou à la femme</li> <li>si la femme ou le couple sont encore en période de deuil, proposer l'intervention d'un professionnel spécialisé dans ce domaine</li> <li>rappeler la disponibilité et encourager l'expression et le partage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mettre en évidence les apports que cette expérience a amené à la femme et le couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>associations spécialisées, après évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionnels concernés</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>grossesse multiple</li> <li>fratrie nombreuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>donner les moyens à la femme et couple de vivre la grossesse de façon optimale et de prendre les mesures pour accueillir plusieurs nouveau-nés</li> <li>aider à organiser le retour à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>faire un bilan des ressources matérielles, financières et en temps nécessaires pour recevoir et s'occuper des enfants</li> <li>orienter vers les services sociaux et les aides sociales disponibles</li> <li>organiser un suivi régulier pour accompagner les parents dans le vécu de la grossesse multiple</li> <li>inviter le couple à suivre les cours de préparation à l'accouchement et cours de puériculture</li> <li>s'assurer des connaissances en matière de contraception, en fonction des intentions des parents concernant une grossesse future, afin d'éviter une autre grossesse trop rapprochée</li> <li>proposer une aide au ménage gratuite si nécessaire en fin de grossesse et dès le retour à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utiliser les compétences des parents et de leur milieu social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>association de parents de jumeaux</li> <li>échange personnalisé avec d'autres parents ayant déjà vécu une expérience similaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionnels concernés</li> <li>personnes ayant vécu et résolu positivement une situation similaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>brochure, livres spécialisés</li> </ul>
Bien-être du partenaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>exclusion du partenaire et ou implication inadéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>favoriser les actions tendant à familiariser le partenaire avec son nouveau rôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>connaître la raison de l'exclusion ou de la sollicitation excessive ou insuffisante du partenaire par la femme</li> <li>informer de son rôle et de l'importance du couple pour le développement de l'enfant</li> <li>l'inviter à participer aux rencontres en favorisant la communication entre partenaires</li> <li>informer sur les droits et obligations du père</li> <li>informer la femme et le partenaire des personnes et institutions ressources vers lesquelles se tourner pour résoudre ces difficultés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utiliser l'histoire de la femme et du partenaire pour axer les interventions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>groupes d'échange de futurs pères</li> <li>liste de pères qui sont d'accord de partager leur expérience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionnels et institutions concernées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>brochures, livres, bandes dessinées, vidéos</li> </ul>
Devenir parents et bien-être du couple	<ul style="list-style-type: none"> <li>difficultés de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>permettre au couple de trouver des moyens et espaces de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stimuler la communication entre partenaires</li> <li>informer et encourager la femme et le partenaire à prendre contact avec les personnes et institutions ressources vers qui se tourner pour résoudre ces difficultés</li> <li>proposer la participation aux cours de préparation à l'accouchement et puériculture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>en valorisant leur moyens de communication stimuler la communication active entre partenaires</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>conseillers conjugaux, psychiatres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>documentation spécifique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>attentes disproportionnées vis-à-vis de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aider la femme et le couple à avoir des attentes réalistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer l'ampleur de la difficulté</li> <li>proposer un cours de préparation à la naissance individuel et personnalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>à partir de leur histoire personnelle et commune les encourager à trouver la place réelle de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>groupes d'échange de parents</li> <li>trouver les personnes ressources "guides" dans leur entourage proche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem</li> </ul>

	Déterminants de la santé/ facteurs de vulnérabilité'	Objectifs spécifiques	Interventions (adressées à la femme enceinte et à l'entourage de son choix)	Stratégies de renforcement des capacités de la famille	Activités possibles dans le réseau immédiat ou le quartier, la commune	Personnes - ressources	Documents de référence
Besoins socio-économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>situation socio-économique précaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>améliorer les conditions de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mettre en évidence les difficultés</li> <li>diriger vers l'assistante sociale pour établir un budget et les aider à s'y tenir</li> <li>informer la femme et le couple de ressources régionales capables et les accompagner dans leurs démarches</li> <li>proposer des démarches acceptables dans le contexte socioculturel</li> <li>rester disponible</li> <li>proposer une aide au ménage selon la situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>faire émerger leur propres ressources pour résoudre les difficultés</li> <li>valoriser leurs capacités à devenir parents malgré les difficultés</li> <li>respecter les valeurs et les limites du couple</li> <li>connaître et respecter les habitudes de chaque pays d'origine en matière de périnatalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dépannages divers des communes et quartiers</li> <li>prestations sociales</li> <li>susciter des réseaux d'échange de matériel pour bébé, vêtements de grossesse, soutien par d'autres femmes enceintes ('marrainage')</li> <li>groupes et associations spécifiques selon difficulté: femmes étrangères (Appartenances), cours de français, cours d'alphabétisation, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>voir 1 ère visite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>listing des ressources par région</li> <li>étude sur les pratiques périnatales dans quelques pays (V. Pernet)</li> </ul>

Guide prénatal/30-40sem,27.7.98

Explications:

Les colonnes 'Etat de la vie familiale' et 'Objectifs généraux' n'ont pas été reprises ici, car elles sont identiques à celles de la première visite. Les facteurs de vulnérabilité identifiés dans la feuille de la 20 ème semaine sont repris et développés un à un dans cette partie.

## 10.12 OFFRE IEC-SOINS

### Du conseil à l'intervention de crise

Structures	Domaine	Population-cible	Prestations	Sources
Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes	égalité	femmes-hommes	conseil, aide, médiation, travail politique	www.equality-office.ch
Gleichstellungsbüros der Schweiz AG-AR-BE-BL-BS-FR-GE-GR-JU-LU-NE-SG-TI-VS-VD-ZH Berne, Lausanne, Zürich, Winterthur Bureaux de l'égalité entre les femmes et les hommes	égalité	femmes-hommes	conseil, aide, médiation, travail politique	
Conférence suisse des déléguées à l'égalité	égalité	femmes-hommes	conception et réalisation de projets et campagnes nationales ou supra régionales édition de publications prises de position pour des procédures de consultation fédérales formation de l'opinion publique, conférences promotion et coordination de la collaboration entre les différents services et bureaux de l'égalité organisation de séminaires de formation continue	www.equality.ch

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Eidgenössische Kommission für Frauenfragen Commission fédérale pour les questions féminines CFQF	égalité situation des femmes en Suisse	femmes-hommes	analyse situation des femmes en Suisse formulation de recommandations pour promouvoir l'égalité des chances entre femmes et hommes prises de position sur des textes de loi information et sensibilisation de l'opinion publique organisation de manifestations campagnes et projets, élaboration de rapports et de principes directeurs	<a href="http://www.frauenkommission.ch">www.frauenkommission.ch</a>
Dokumentationsstelle für Frauenfragen, Bundesamt für Kultur Centre de documentation pour les questions féminines	thèmes: égalité, politique, travail, éducation, santé, migration, féminisme	femmes	information, documentation recherche bibliographique, prêt	<a href="http://www.equality-office.ch/d/m-bibliothek.htm">www.equality-office.ch/d/m-bibliothek.htm</a>
INFRA, Information und Beratung von Frauen für Frauen BE	législation	femmes	information, documentation mise en réseau	
F-information GE	thèmes: égalité, politique, travail, éducation, santé, migration, féminisme	femmes	écoute, consultations, orientation, espace de rencontre conférences	<a href="http://www.f-information.org">www.f-information.org</a>
Filigrane : Centre de documentation sur la condition féminine et l'égalité, GE	thèmes : couple, divorce, droits de la femme, égalité entre hommes et femmes, famille, féminisme, maternité, relations du travail, santé, sexisme, violence, histoire des femmes, politique à l'égard des femmes, littérature féminine, psychologie		information, documentation, prêt	<a href="http://www.f-information.org/filigrane">www.f-information.org/filigrane</a>
Bureau information femmes bif VD	questions féminines, divorce, violences, assurances sociales	femmes	écoute, renseignement, orientation mise en réseau	<a href="http://www.bif-vd.ch">www.bif-vd.ch</a>
Beratungsstelle für Frauen (Goldau und Lachen)	Questions féminines	femmes	conseil	
Frauenbibliotheken, Dokumentationsstellen BE, BS, LU, VD, SG	questions féminines	femmes	information, documentation, prêt	<a href="http://www.schema-f.fembit.ch/s_fadres.htm">www.schema-f.fembit.ch/s_fadres.htm</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Frauenzentralen Centres de liaison des associations féminines AG-AR-BE-BL-BS-GL-GR-LU-SG-SH-SO-TG-VD-ZG-ZH	égalité homme-femme coordination activités des associations représentation auprès des autorités	femmes	conseil juridique conseil budgétaire, carrière professionnelle, aide ménagère, aide femmes âgées, planning familial familial, grossesse, sexualité	<a href="http://www.frauenzentrale.ch">www.frauenzentrale.ch</a>
Frauenzentren Centres Femmes AR, FR, GE, LU, SO, ZH	réseaux de contact espaces de rencontre	femmes	échanges informels, information, aide	<a href="http://www.fembit.ch">www.fembit.ch</a>
Schweizerische Bund für Elternbildung SBE Fédération suisse pour la formation des parents FSFP	formation des parents, éducation des enfants	parents	soutien et accompagnement des parents dans leur tâche éducative cours, conférences, travail de groupe, projets	<a href="http://www.elternbildung.ch">www.elternbildung.ch</a>
Mütterzentren, DVSM BE, BS, Bienne, SO, SG, UR, ZG, ZH	aide aux mères	femmes-enfant(s)	formation continue, garde d'enfants	<a href="http://www.muetterzentrum.ch">www.muetterzentrum.ch</a>
Tagesfamilien AI, AR, BE, GL, GR, LU, SG, ZH	mères de jour	femmes-enfant(s)	Garde d'enfants	<a href="http://www.tagesfamilien.ch">www.tagesfamilien.ch</a>
Beratungsstelle Pinocchio für Eltern und Kinder		parents-enfants	conseil pour parents ou chef(fe)s de famille accompagnement à court/moyen/long terme d'enfants et leur famille petits groupes pour enfants	<a href="http://www.pinocchio-zh.ch">www.pinocchio-zh.ch</a>
Schweizerische Vereinigung der Elternorganisationen SVEO	politique familiale	parents	Conférences, publications conseil d'associations de groupes de parents conseil dans situations de conflit promouvoir collaboration entre groupes de parents	<a href="http://www.schule-elternhaus.ch">www.schule-elternhaus.ch</a>
Informationsstelle Tagesfamilien in der Schweiz Pro Juventute ZH	aide familiale	mères de jour, parents	mise en réseau des lieux d'accueil pour enfants conseil et suivi de la mère de jour et les parents conseil des aspects juridiques, financiers et questions d'assurance	<a href="http://www.projuventute.ch/d/angebot/index.html">www.projuventute.ch/d/angebot/index.html</a>
Tagesmütterverein ZH	intégration, égalité des chances, aide familiale	mères de jour, parents	rencontres informelles, conseil, aspects légaux, subventions	<a href="http://www.tagesmuetter.ch">www.tagesmuetter.ch</a>
PflegekinderAktion Schweiz Schweizerische Fachstelle für das Pflegekindwesen PAS ZH	placement	familles d'accueil, enfants placés, parents	Cours-conférences, documentation, aide, conseil, intervention de crise, aide juridique	<a href="http://www.pflegekinder.ch">www.pflegekinder.ch</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Schweizerischer Verband Alleinerziehender Mütter und Väter SVAMV Fédération suisse des familles monoparentales FSFM	intégration familles monoparentales	familles monoparentales	information, conseil, mise en réseau, groupes de self-help, lobbying, travail politique	www.svamv-fsfm.ch
Schweizerischer Verein für Mediation SVM Association Suisse pour la Médiation ASM	conseil conjugal	femmes-hommes	conseil psychologique, médiation	www.mediation-svm.ch
Verein für Ehe- und Familienberatung / -therapie VEF	conseil conjugal	femmes-hommes	conseil psychologique, médiation, thérapie	www.v-e-f.ch
Interessengemeinschaft der Männer für Familie und Partnerschaft IGM	séparation, divorce	pères séparés ou divorcés	conseil juridique guide dans les procès civils	www.igm-be.ch
Männerbüro, Männerstelle, MännerSache Aargau, Bâle, Berne, Bienne, Genève, Lausanne, St. Gall, Lucerne, Zurich	thèmes masculins	hommes	conseil pour situations de crise : séparation, divorce, chômage prévention de la violence masculine	www.maenner.ch www.mannebuero.ch
Lesbenorganisation Schweiz LOS Organisation lesbienne suisse OLS	homosexualité	lesbiennes	information, documentation, aspects juridiques partenariat	www.los.ch
RainbowgirlsVerein Lesbenberatung	homosexualité	lesbiennes, bisexuelles	information, conseil juridique, coming-out, sexualité, VIH, violence, drogues mise en réseau	www.rainbowgirls.ch
Drgay Antenne de l'Aide suisse contre le sida	homosexualité	homosexuels	information, conseil juridique, coming-out, sexualité, VIH, violence, drogues mise en réseau	www.drgay.ch
Dialogai Antenne de l'Aide suisse contre le sida GE	homosexualité	homosexuels	information, conseil juridique, coming-out, sexualité, VIH, violence, drogues mise en réseau	www.dialogai.ch
Vogay VD	homosexualité	homosexuels	information, conseil juridique, coming-out, sexualité, VIH, violence, drogues mise en réseau	www.vogay.ch

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe Xenia	prostitution	prostituées	information, soutien, accompagnement sortie de prostitution, promotion sociale des prostituées, faciliter rencontres entre prostituées et autres femmes	
Aspasie GE	prostitution	prostituées	prévenir exclusion sociale, lieu de réflexion, d'échange, d'action, défense d'intérêts juridiques interventions dans procédures judiciaires, pénales, civiles, administratives	<a href="http://www.home.ch/~spaw2508">www.home.ch/~spaw2508</a>
Fleur de Pavé VD	prostitution	prostituées	prévenir exclusion sociale, lieu de réflexion, d'échange, d'action, défense d'intérêts juridiques interventions dans procédures judiciaires, pénales, civiles, administratives	<a href="http://www.infoset.ch/inst/fleur/">www.infoset.ch/inst/fleur/</a>
Beratungsstelle für Ausländerfrauen und ihre Familie, BAFFAM BE	migration	femmes, couples migrants	information conseil juridiques	<a href="http://www.vbgbern.ch/pag/standorte/baffam.html">www.vbgbern.ch/pag/standorte/baffam.html</a>
SABIA, Mutter-Kind Projekt Kinderdorf Pestalozzi	migration	mère-enfant migrantes	logement temporaire, conseil pour problèmes quotidiens, conseils juridiques en cas de divorce, garde des enfants, cours d'allemand, scolarisation des enfants	<a href="http://www.pestalozzi.ch">www.pestalozzi.ch</a>
NOSOTRAS-Wir Frauen ZH	intégration égalité femme-homme	femmes migrantes	organisation de manifestations mise en réseau	<a href="http://www.access.ch/nosotras">www.access.ch/nosotras</a>
Beratungsstelle für binationale Paare FRABINA	Migration, intégration	femmes- hommes	conseil, divorce, finances, formation	<a href="http://www.sans-papiers-bern.ch/adressen">www.sans-papiers-bern.ch/adressen</a>
WEN DO Selbstverteidigung von Frauen für Frauen und Mädchen BE, LZ, SG, ZH	auto-défense	jeunes filles femmes	prévention affirmation de soi défense corporelle	<a href="http://www.wendo.ch">www.wendo.ch</a>
SILAT Frauen Kampfkunstschule	auto-défense	jeunes filles femmes	groupes de conscientisation corps, angoisse	<a href="http://www.silat.ch/">www.silat.ch/</a>
Bundesamt für Sozialversicherung + Zentralstelle für Familienfragen+ Kinderschutzbund	maltraitance	enfants maltraités	inventaire adresses de lieux d'aide et de conseil en Suisse	<a href="http://www.admin.ch/ed mz">www.admin.ch/ed mz</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Fachstelle MIRA Kinderdorf Pestalozzi	prévention formation	professionnels	soutien de projets de prévention par des institutions et associations sensibilisation formation	www.mira.ch
Fachstelle zur Prävention sexueller Ausbeutung von Mädchen und Jugendlichen LIMITA ZH	prévention	adolescent(e)s victimes de violences sexuelles parents professionnels et institutions(écoles, jardins d'enfant, homes, lieux de formation)	conception de projets de prévention information, conférences conseil brochures	www.limita-zh.ch
bif Beratungs- und Informationsstelle für Frauen gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft ZH	violence dans le couple	femmes	information, conseil juridique, accompagnement, aide auprès des autorités	www.bif-frauenberatung.ch
Castagna Beratungs- und Informationsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder, weibliche Jugendliche und in der Kindheit betroffene Frauen ZH	maltraitance, violence	enfants adolescentes femmes abusées au cours de leur enfance	information, conseil, accompagnement, formation	www.frauenberatung.ch
Beratungsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder und Jugendliche VIVA LU	maltraitance	enfants adolescents victimes de violences sexuelles	information, conseil, accompagnement, formation	www.viva-luzern.ch
Viol Secours Association de femmes contre les violences sexuelles	viol	adolescentes femmes violées	information, soutien, hotline	www.home.ch/~spaw8767
Frauen Not Telefon Winterthur	violences sexuelles	adolescentes femmes violées	information, soutien, hotline	www.frauennottelefon.ch
Frauenhäuser Frauenwohngemeinschaften Aargau, Bâle, Berne, Bienne, Brigue, Coire, Genève, Fribourg, Lausanne, Lucerne, Lugano, Olten, St. Gall, Schaffhouse, Soleure, Thoune, Thurgovie, Winterthour, Zürich	violences, viols	femmes	écoute, conseil téléphonique, orientation, renseignements,24h/24h, intervention de crise, logement temporaire	www.frauenhaus-schweiz.ch
Mädchenhaus	violences sexuelles	jeunes filles violées	soutien, aide financière, logement d'urgence, mise en réseau : avocat, thérapeute ; conseil juridique ; assistance police-tribunal ; aide demandes de réparation	www.maedchenhaus.ch

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Schlupfhuus	violences sexuelles	adolescent(e)s violé(e)s	conseil, aide, soutien, crise	www.schlupfhuus.ch
Beratungsstelle für männliche Opfer sexueller Gewalt	violences sexuelles	garçons, hommes	aide psychologique, sociale, juridique, matérielle	www.stadt-zuerich.ch/kap10/gewalt
Dargebotene Hand Main tendue 143	hotline	population	écoute personnalisée	www.tel-143.ch/welcome.html
Aide téléphonique 147 Pro Juventute	hotline	enfants jeunes	soutien, conseil, écoute mise en réseau	www.147.ch
Elternnotruf Bâle, Zoug, Zurich	hotline	mères, pères, parents, entourage	conseil problèmes d'éducation, stress, maltraitance, violence sexuelle	www.elternnotruf.ch
Selbsthilfegruppen Kontaktstelle SG	groupe d'entraide	victimes, parents, entourage	mise en réseau avec groupes d'entraide création de groupes d'entraide conseil	www.kosch.ch/selbsthilfegruppen.html
Donna Mobile Groupe d'action ostéoporose Suisse Arbeitsgemeinschaft Osteoporose Schweiz	défense intérêts de patients	patientes	auto-test groupe d'entraide contacts	www.donna.ch

## Associations féminines

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Féministische Koalition FEMCO Coalition féminine fondée 1998	plate-forme pour les actrices du mouvement féministe	association sens de l'art. 60 du CCS	échange communication formation d'opinions formation continue débat travail de lobbying	www.femco.ch
Feministische Bewegung gegen Gen- und Reproduktionstechnologies NOGERETE				

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Bund Schweizerischer Frauenorganisationen Alliance de sociétés féminines suisses (ASF) Alliance F fondée en 1900	le plus grand réseau féminin de Suisse parité femmes/hommes politique fédérale défense intérêts des femmes notamment dans l'économie	association faïtière	assistance dans les procès de discrimination centre de documentation réseau d'experts pour les questions intéressant directement les femmes site internet	www.bsf.ch
Dachverband Schweizerischer Gemeinnütziger Frauenvereine (SGF) Société d'utilité publique des femmes suisses (SUPFS) fondé en 1888		association faïtière	formation conseil soutien de projets de femmes	www.sgf.ch
Association suisse pour les droits de la femme ADF fondé en 1909	représentation des ONG auprès des organisations internationales membre de la coordination post Pékin Suisse plate-forme d'action de la 4 <sup>e</sup> conférence mondiale sur les femmes		réalisation des résolutions du 5 <sup>e</sup> congrès suisse des femmes concrétisation des décisions des sessions des femmes concernant les questions sociales bulletin CONTACT	
Schweizerische Katholische Frauenbund SKF fondé 1912	domaine formation, et social	association faïtière		www.frauenbund.ch
Evangelische Frauenbund der Schweiz EFS		association faïtière		www.efs-fsfp.ch

### Carrière reproductive (planning familial/conseil, préparation à la naissance, gymnastique prénatale, allaitement, conseil mère/père, soins enfants)

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
PLANeS Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive ex- Association suisse de planning familial et d'éducation sexuelle)	SSR	population générale	coordination	www.plan-s.ch

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität Centres de planning familial	SSR	population générale	coordination	<a href="http://www.bsv.admin.ch">www.bsv.admin.ch</a>
Fondation Profa	SSR	population générale	conseil et consultation	<a href="http://www.profa.ch">www.profa.ch</a>
Berner Gesundheit Zentrum für alle Fragen rund um Gesundheit	prévention promotion santé		consultation formation	<a href="http://www.beges.ch">www.beges.ch</a>
Fachstelle für Sexualpädagogik der Stiftung Berner Gesundheit SIB	éducation sexuelle		consultation formation	<a href="http://www.beges.ch">www.beges.ch</a>
Lust und Frust Fachstelle für Sexualpädagogik ZH	éducation sexuelle	adolescent(e)s	information test de grossesse pilule du lendemain visites dans les écoles formation	<a href="http://www.lustundfrust.ch">www.lustundfrust.ch</a>
Association Romande et Tessinoise des Animatrices et Animateurs en Education Sexuelle ARTANES	éducation sexuelle	Enfants/adolescent(e)s	favoriser reconnaissance de l'éducation sexuelle faciliter une formation de base spécifique de qualité rencontres de formation permanente	
Aktionsforum Mutterschaft ohne Zwang MOZ ZH	grossesse	femmes couples	information	
Verein Kinderwunsch		couples stériles	information, lobbying, mise en réseau, newsletter, accompagnement personnalisé	<a href="http://www.kinderwunsch.ch">www.kinderwunsch.ch</a>
Verein Mütterhilfe Beratungsstelle für werdende Mütter ZH	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	conseil	<a href="http://www.mueterhilfe.ch">www.mueterhilfe.ch</a>
Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu Pränataler Diagnostik ZH	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	conseil Information documentation	<a href="http://www.praenatal-diagnostik.ch">www.praenatal-diagnostik.ch</a>
Berufsverband diplomierter Geburtsvorbereiterinnen BdG ZH fusionne avec Schweizerischer Fachverband für Geburtsvorbereitung	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	conseil personnalisé, accompagnement, préparation à la naissance, gymnastique prénatale, collaboration avec organisations cours	<a href="http://www.geburt.ch">www.geburt.ch</a> <a href="http://www.geburtsvorbereitung.ch">www.geburtsvorbereitung.ch</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Cours de préparation à la naissance Clinique la Source VD	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	gymnastique douce approche théorique détente et relaxation respiration consciente conseils pour cours en piscine	<a href="http://www.lasource.ch">www.lasource.ch</a>
Préparation à la naissance maternité HUG GE	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	prévention, information, écoute	<a href="http://www.matweb.hcuge.ch">www.matweb.hcuge.ch</a>
Schweizerischer Verband für Geburtsvorbereitung SBG	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	conseil, accompagnement, formation continue	<a href="http://www.geburtsvorbereiterin.ch">www.geburtsvorbereiterin.ch</a>
Forum Geburt	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	forum de discussion, information, partage d'expériences, mise en réseau, choix du lieu et manière d'accoucher,	<a href="http://www.forum-geburt.ch">www.forum-geburt.ch</a>
Geburtshäuser Bâle, Vaud, Valais, Lucerne, Zürich	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire		<a href="http://www.geburtshaus.ch/iggh/f_iggh.htm">www.geburtshaus.ch/iggh/f_iggh.htm</a>
InteressenGemeinschaft der GeburtsHäuser IGGH-CH Aigle, Bienne, Fribourg, Fruthwilen, Lenzburg, Moudon, Muttenz, Oberburg, Olten, Nyon, Stans, Steinach, Wald, Zurich	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire		<a href="http://www.geburtshaus.ch">www.geburtshaus.ch</a>
Hebammenzentrale ZH	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	24h/24h, 365 jours. Conseil gratuit	
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sage-femmes FSSF	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	conseil, mise en réseau formation	<a href="http://www.hebamme.ch">www.hebamme.ch</a>
Arcade Sage-femmes, Sage- femmes à domicile GE	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	permanence téléphonique conseil, écoute, information consultations de grossesse préparation à la naissance surveillance de grossesse sur ordre médical accouchements à domicile accouchements ambulatoires prise en charge, soins mère et nouveau-né soutien à l'allaitement, informations contraception	<a href="http://www.prevention.ch/sages_femmes_a_domicile.htm">www.prevention.ch/sages_femmes_a_domicile.htm</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Geburtswunden und ihre Heilungsmöglichkeiten	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	consultation personnalisée ou discussions de groupe animé par des sage-femmes	
Geburtstrauma verarbeiten Winterthur Zürcher Oberland	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire	Selbsthilfezentren	
Geburtsbegleitung DOULA	préparation à la naissance/accouchement	femmes enceintes et leur partenaire		<a href="http://www.doula.ch">www.doula.ch</a>
MAMIS-in-Not	grossesse	femmes seules avant l'accouchement	accompagnement pendant et après la naissance	<a href="http://www.mamis-in-not.ch">www.mamis-in-not.ch</a>
appella Informationstelefon zu Verhütung von Schwangerschaft, Kinderlosigkeit und Wechseljahre ZH			conseil téléphonique information médecine alternative	<a href="http://www.appella.ch">www.appella.ch</a>
Mutterschaftsbeiträge Sozialhilfe	aide sociale	mères démunies	aide financière durant les premiers 6 mois après la naissance	
Mütterberatung Thoune, Sarganserland, Berne, Trachselwald, Aarberg, Zug	maternité	mères		
Mütter- und Väterberatungsstelle	maternité	parents de nouveaux-nés et nourrissons	accompagnement, aide	<a href="http://www.muetterberatung.ch">www.muetterberatung.ch</a>
Mütterberatung und Väterberatung der Stadt Zürich	maternité	mères, pères, parents	conseil mensurations de l'enfant	
Schweizerischer Verein der Mütterberatungsschwestern SVM ZH	maternité, promotion santé, prévention	Mères, parents	conseil, empowerment	
Beratungsstelle Mütter- und Väterhilfe ZH		parents	conseil et soutien de femmes et hommes durant la grossesse jusqu'à 2 ans (grossesse, naissance, nourrisson) conseil juridique information soutien socio-thérapeutique	
Elternbildungszentrum ZH		parents	cours puériculture, cours pour futurs parents	
Mütterhilfe	soutien grossesse	conseil, aide financière		<a href="http://www.muetterhilfe.ch">www.muetterhilfe.ch</a>
Engelskinder	Soutien deuil	parents ayant perdu un enfant	homepage	<a href="http://www.engelskinder.ch">www.engelskinder.ch</a>

<b>Structures</b>	<b>Domaine</b>	<b>Population-cible</b>	<b>Prestations</b>	<b>Sources</b>
Mütter- und Vaterberatung		parents	conseil soins, alimentation, développement nouveau-né, dépistage de troubles du développement, conseil vaccinations, prévention maladie-accidents, cours de puériculture aux parents	
Ligue La Leche Suisse	allaitement maternel	mères	information, conseil personnalisé, groupes d'entraide, publications, cours, conférences	<a href="http://www.stillberatung.ch">www.stillberatung.ch</a>
Valentina, Stiftung Kinderdorf Pestalozzi Begleitetes Wohnen für Mutter und Kind	grossesse, petite enfance	nouvelles mères	soutien	<a href="http://www.valentina-bewo.ch">www.valentina-bewo.ch</a>
Mutter-Kind Wohngemeinschaft SABIA, Stiftung Kinderdorf Pestalozzi	logement	nouvelles mères migrantes	soutien	<a href="http://www.haus-sabia.ch">www.haus-sabia.ch</a>
Informationsstelle Krippen Schweizerischer Krippen-Verband SKV ZH	crèches, petite enfance	mères	Information Conseil Formation continue	<a href="http://www.krippenverband.ch">www.krippenverband.ch</a>
Marie Meierhofer-Institut ZH	petite enfance	éducatrices petite enfance directrices de crèche	conseil et formation continue recherche pratique publication spécialisée accompagnement socio-pédagogique accompagnement de cas	<a href="http://www.mmizuerich.ch">www.mmizuerich.ch</a>

### 10.13 LISTE DES CENTRES DE CONSULTATION EN MATIERE DE GROSSESSE ET ANTENNES CANTONALES DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA (ASS)

Les centres inclus dans cet inventaire comprennent : les centres de consultation en matière de grossesse (conformément à la loi fédérale du 9 octobre 1981) ; les antennes cantonales de l'Aide suisse contre le sida (ASS). En ce qui concerne les adresses de consultation en matière de grossesse, la source de base se trouve sur le site internet <http://www.bsv.admin.ch/fam/-beratung/f/schwanger.htm>. Les informations du site n'étant pas à jour, elles ont été complétées par le fichier tenu par PLANeS ainsi que par divers contacts individuels. Pour les antennes de l'ASS, la source de base se trouve sur le site [www.aids.ch](http://www.aids.ch) (antennes cantonales). Le centre du canton de Vaud et le centre « Dialogai » à Genève ne figurant pas sur cette liste, ceux-ci ont été ajoutés par la suite.

Une grille a été établie pour définir l'ensemble des prestations susceptibles d'être disponibles dans un centre ayant des activités dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR) en Suisse (centres dits de « consultation en matière de grossesse » et « antennes sida »). A partir de cette grille, un questionnaire court a été formulé et envoyé le 7 novembre 2002 à l'ensemble des centres identifiés. Grâce à plusieurs rappels, un taux de réponse de 100% a pu être obtenu.

Bien que les antennes sida ne soient habituellement pas désignées comme centre, le terme « centre » est utilisé pour les deux types d'institution afin de simplifier l'inventaire.

Les membres de l'équipe à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive ayant contribué à la production de l'inventaire sont : Meltem Bükülmez, Kirsten Sandberg-Christensen, Myriam Maeder, Barbara So-Barazetti et Brenda Spencer.





n°	Canton	Coordonnées des centres / antennes (Pour les centres / antennes précédés d'une * se reporter à leur commentaire à la fin de l'inventaire)	Quel est le mandat du centre ?	Quelles prestations de conseil, quels cours propose le centre ?	Quelles prestations médicales sont proposées par le centre ?	Proposez-vous un accueil spécifique pour:
			Centre de consultation de grossesse mandaté par le canton Centre de consultation VIH mandaté par le canton Information et conseil sans prescription d'ordonnances Information et conseil avec prescription d'ordonnances Conseil contraception Conseil grossesse Conseil diagnostique prénatal (génétique) Conseil post partum Conseil allaitement Conseil information VIH/sida Conseil information infections sexuellement transmissibles Conseil problèmes de santé sexuelle spécifique aux hommes Conseil stérilité/fertilité Conseil pour problèmes sexuels Conseil ménopause Conseil conjugalcouple Conseil interruption de grossesse (IVG) Conseil viol, violence, abus sexuels Conseil juridique Permanence téléphonique anonyme Cours d'éducation sexuelle dans les écoles Cours sur VIH/sida dans les écoles Cours à thème pour groupes-cibles divers Formation continue Bibliothèque/documentation Consultations gynécologique Tests de grossesse Suivi prénatal Diagnostic prénatal Suivi postnatal de la femme Prise de sang VIH-test Consultations problèmes de santé sexuelle spécifique aux hommes Consultations pour infections sexuellement transmissibles Interruption de grossesse (IVG) Autres prestations médicales	Les adolescentes Les adolescents Les hommes Les migrant(e)s Les personnes vivant avec le VIH/sida Les homosexuel(le)s Les toxicomanes		
129	NE	* <b>Planning Familial</b> Fbg de l'Hôpital 27, 2000 <b>Neuchâtel</b> Tel 032 717 74 35 ou 032 717 74 36, Fax 032 717 74 19 Planning.familial@ne.ch.	•	•	•	•
130	NW	<b>ELBE - Schwangerschaftsberatungsstelle des Vereines Ehe- und Lebensberatung c/o spezialisierte Beratungsstellen des Kant. Sozialamts Nidwalden</b> , Rathausplatz 9, 6370 <b>Stans</b> Tel 041 210 10 87, Fax 041 210 10 88 Info@elbeluzern.ch, www.elbeluzern.ch.	•	•	•	•
131	OV	<b>ELBE - Schwangerschaftsberatungsstelle des Vereines Ehe- und Lebensberatung c/o Frauenkontaktstelle</b> , Dorflplatz 6, 6060 <b>Sarnen</b> Tel 041 210 10 87, Fax 041 210 10 88 Info@elbeluzern.ch, www.elbeluzern.ch.	•	•	•	•
132	SG	* <b>Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität</b> <b>Rosenbergstr. 10, 9001 St. Gallen</b> Tel 071 222 88 11 faplasg@tele-net.ch.	•	•	•	•
133	SG	<b>Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität</b> <b>Susann-Müller-Str. 6, 9630 Wattwil</b> Tel 071 988 56 11 fapla@sbtoegggenburg.ch, www.sbtoegggenburg.ch/fapla.	•	•	•	•
134	SH	* <b>Beratungsstelle für Schwangerschaft und Familienplanung</b> <b>Frauentgasse 24, 8201 Schaffhausen</b> Tel 052 632 76 93 ou 052 632 75 74, Fax 052 632 75 74 berlepsh@bluewin.ch.	•	•	•	•
135	SO	<b>Beratungsstelle für Schwangerschaft und Familienplanung</b> <b>Alice-Vogt-Strasse 2, 4226 Breitenbach</b> Tel 061 781 34 49.	•	•	•	•
136	SO	<b>Beratungsstelle für Schwangerschaft und Familienplanung</b> <b>Bettlachstr. 8, 2540 Grenchen</b> Tel 032 652 19 22 ou 032 622 44 33, Fax 032 622 44 32 sovel@freesurf.ch.	•	•	•	•
137	SO	* <b>Beratungsstelle für Schwangerschaft und Familienplanung</b> <b>Hammerallee 19, 4600 Olten</b> Tel 032 622 44 33, Fax 032 622 44 32 vel-so@swissonline.ch (im Aufbau).	•	•	•	•
138	SO	* <b>Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung SO</b> <b>Rossmarktplatz 2, 4500 Solothurn</b> Tel 032 622 44 33, Fax 032 622 44 32 sovel@freesurf.ch (im Aufbau).	•	•	•	•
139	SO	<b>Frauenpraxis Runa</b> <b>Theatergasse 26, 4500 Solothurn</b> Tel 032 621 34 54, Fax 032 621 34 57 www.frauenpraxis-runa.ch (inaktiv).	•	•	•	•
140	SZ	<b>Beratungsstelle für Ehe-, Sexual- und Schwangerschaftsfragen</b> <b>Oberdorfstr. 2, 8808 Pfäffikon</b> Tel 055 410 48 44, Fax 055 410 48 94 eheberatungpf@bluewin.ch.	•	•	•	•
141	SZ	<b>Beratungsstelle für Ehe-, Sexual- und Schwangerschaftsfragen</b> <b>Steislegstr. 3, 6430 Schwyz</b> Tel 041 811 43 40, Fax 041 811 30 50 bess.schwyz@bluewin.ch.	•	•	•	•
142	TG	* <b>Beratungsstelle für Schwangerschafts- und Sexualfragen</b> <b>Gublerhaus</b> , Frauenfelderstr. 37, 8570 <b>Weinfelden</b> Tel 071 626 58 40, Fax 071 626 58 49 benefo@bluewin.ch.	•	•	•	•







n°	Souhaitez-vous nous faire part de vos remarques et commentaires ?
101	① : "Nur" im Zusammenhang mit gynäkologischer Untersuchung.
102	① : Beratungen bei Schwangerschafts-konflikt für Mädchen unter 16 Jahren.
103	
104	Das FGZ-Bern ist eine städtisch subventionierte Beratungsstelle, noch bis Ende 2002 finanziell unterstützt. Subventionen ab 2003 wurden von der Stadt Bern als auch vom Kanton Bern abgelehnt. Die Schliessung der Beratungsstelle, nach mehr als 20 jährigem Bestehen, steht uns per Ende März 03 bevor !
105	
106	
107	
108	
109	① : Distribution de pilule pour 3 mois sur ordonnance médicale ; idem pour la contraception post-coïtale (CPC). ② : Et aiguillage vers une conseillère conjugale. ③ : Aiguillage vers le service spécialisé dans l'hôpital, où se trouve le Centre.
110	① : Distribution de pilule pour 3 mois sur ordonnance médicale ; idem pour la contraception post-coïtale (CPC). ② : Et aiguillage vers une conseillère conjugale ③ : Aiguillage vers un spécialiste privé.
111	① : Teilweise
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	① : Aiguillage vers le Centre de planning familial de Fribourg.
119	
120	① : Dans le cadre du Service Santé Jeunesse (SSJ). ② : Non médical --> sage-femme pour Migrantes. ③ : Ordonnance pour la contraception post-coïtale (CPC).
121	Neue Adresse und Tel. Nummer voraussichtlich ab Januar 2004. ① : Psychologische Betreuung / Beratung. ② : Nicht-ärztliche / medizinische Beratung.
122	
123	
124	
125	① : Y inclus les information avant et après le test. ② : Assurés par des animatrices en éducation sexuelle extérieures. ③ : Entretien
126	
127	
128	① : Le Centre est chargé par le groupe SIDA Neuchâtel d'effectuer les tests VIH et les consultations y relatives.
129	① : A la question ci-dessus, nous n'avons pas d'accueil "spécifique" pour les différentes catégories citées, mais nous recevons ces personnes pour différentes prestations, surtout les 1, 2, 3 et 4.
130	
131	
132	① : Im Zusammenhang mit Verhütungsfrage / Sexualberatung + Schwangerschaft. ② : Keine Scheidungs / Trennungsberatung. Nur im Zusammenhang mit Schwangerschaft / Geburt / Verhütung / Sexualität.
133	
134	② : Selten, eher im Rahmen der Paarberatung.
135	
136	
137	① : Im Rahmen der Sexualkurse. ② : Im Aufbau ③ : Im Zusammenhang mit unseren Angeboten.
138	① : Im Rahmen der Sexualkurse. ② : Im Aufbau ③ : Im Zusammenhang mit unseren Angeboten.
139	
140	

n°	Souhaitez-vous nous faire part de vos remarques et commentaires ?
141	
142	Zur Zeit keine Sexualberatung mehr, nur kurze telefonische Auskünfte zur Sexualität und Triage für Sexualtherapie -beratung.
143	① : Et aiguillage vers le service spécialisé de l'hôpital.
144	
145	① : Aiguillage vers le service spécialisé de l'hôpital.
146	① : Et aiguillage vers le service spécialisé de l'hôpital.
147	Als Mitarbeiterin und Sozialarbeiterin bei der Schwangerschaftsberatungsstelle Uri bin ich zur Hauptsache in der Beratung tätig. Die Leiterin der Stelle hat eine Hebamme inne. Diese Frau führt neben den Beratungen auch Kurse in Schulen durch, allerdings nur auf Anfrage.
148	
149	
150	
151	Notre centre étant inclus dans la maternité, nous bénéficions des prestations offertes par les différents services de la Maternité. ① : Toutes ces consultations médicales se font à la Policlinique de la Maternité, et en gynécologie. ② : Et aiguillage vers des services spécialisés ③ : Assuré par l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) de l'hôpital.
152	① : Le planning familial a son bureau à l'Espace Prévention de la ville. Les conseillères se déplacent sur demande et conseillent là où les utilisatrices ont besoin d'elles. Elles assument également la consultation en planning familial à l'Hôpital de Morges (30%). ② : Accueil de toutes les populations, mais pas de manière spécifique.
153	
154	
155	
156	
157	
158	① : Und Überweisung an spezialisierte Stellen. ② : Auf Anfrage.
159	① : Dans nos bureaux avec conseillère conjugale. ② : Aiguillage vers juriste en cas de besoin. ③ : Effectué par animatrices en éducation sexuelle. ④ : Hors de nos locaux. ⑤ : Contraception post-coïtale (CPC).
160	① : Contraception post-coïtale (CPC) avec autorisation du médecin.
161	
162	① : Pas clair dans ce que vous entendez par "accueil spécifique" ? Mais ces personnes fréquentent notre Centre.
163	
164	① : Im Rahmen der Opferberatungsstelle, für den wir ebenfalls den Auftrag haben. ② : Das Angebot für Männer ist nur punktuell.
165	
166	
167	
168	
169	
170	
171	① : Spezifisch für diese Gruppen keine separate Sprechstunde, jedoch in normalen Poliklinik-Betrieb integriert.
172	
173	
174	① : Beschränkt ② : Nur im Zusammenhang mit ungeplanter Schwangerschaft
175	① : Teilweise ② : Selten





n°	Souhaitez-vous nous faire part de vos remarques et commentaires ?
201	
202	① : Ansatzweise ② : Im Rahmen ihres Auftrages zur HIV-Prävention bezieht die Aids Hilfe Bern die Themen Sexualität (Sexuelle Orientierung, Verhütungsmittel, STD's Kommunikation in Beziehungen etc.), Sucht (Safer Use Regeln, Drogenkonsum u. Schutzverhalten) sowie sogenannte Tabuthemen (Homosexualität, Prostitution, sexuelle Gewalt, Promiskuität) in ihre Information zu HI/Aids mit ein um eine umfassende Präventionsarbeit leisten zu können und die Wirksamkeit d. HIV-Prävention zu erhöhen.
203	
204	Une bonne part de nos activités consiste à proposer des actions de prévention auprès du grand public ou auprès de certains publics cibles: stand d'info, événements divers lors du 1er décembre, actions diverses dans la rue, etc.
205	① : Quai 9 - Espace d'accueil et d'injection, 6 rue de la Pépinière, 1201 Genève
206	
207	
208	
209	
210	
211	
212	① : Teilweise
213	① : Kein Leistungsauftrag des Kantons ; Subventionen ② : Theater zur HIV-Prävention Spezifische Angebote auf Anfrage z.B. Prävention mit HIV-pos Frau od. Mann.
214	
215	Beratung zu HIV Test in ZA mit Labor Illamed, Frauenfeld.
216	
217	
218	① : Via Spital Brig
219	
220	
221	
222	Die mit ① bezeichneten Angebote werden durch die Fachstelle für Sexualpädagogik "Lust und Frust" bereitgestellt. Die Fachstelle ist ein Gemeinschaftsprojekt des Schulärztlichen Dienstes des Stadt Zürich und der Zürcher Aids-Hilfe. Fachstelle für Sexualpädagogik Langstr. 21, 8004 Zürich. Tel. 01 299 30 44

## 10.14 PROPORTION DES FEMMES MEDECINS DANS LES SPECIALITES FMH LIEES A LA SSR

Le corps médical concerné par la SSR ne se limite pas à une spécialité précise. Sont concernés les généralistes, les gynécologues, les urologues, les infectiologues. La médecine de la reproduction est une sous-spécialité de la gynécologie.

Quelle place ont les femmes dans ces disciplines ?

**Tableau 7** Statistiques FMH par titre de spécialiste en médecine générale, 2001<sup>221</sup>

	<b>Total</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>
Médecins en exercice	2'863	398 (14%)	2'465 (86%)
Médecins en pratique privée	2'620	317 (12%)	2'308 (88%)
Octroi des titres de spécialiste FMH en 2001	103	32 (31%)	71 (69%)

**Tableau 8** Statistiques FMH par titre de spécialiste en gynécologie et obstétrique, 2001

	<b>Total</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>
Médecins en exercice	927	274 (29.5%)	653 (70.4%)
Médecins en pratique privée	825	218 (26.4%)	607 (73.5%)
Octroi des titres de spécialiste FMH en 2001	44	27 (61.3%)	17 (38.6%)

A noter que sur 154 médecins en exercice ayant une spécialité d'urologue, deux sont des femmes. Sur 127 urologues en pratique privée il y a une seule femme.

Sur 90 infectiologues en exercice, 10 (11%) sont des femmes. Sur 33 infectiologues en pratique privée, 2 sont des femmes (6%).

Dans le domaine de la médecine générale (la spécialité la plus dotée après la médecine interne) on constate une très faible représentation des femmes.

Si dans l'ensemble on observe une sous-représentation nette des femmes gynécologues, le trend actuel indique une féminisation de cette spécialité.

Mais leur visibilité professionnelle est moindre que celle de leurs collègues masculins : La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique -SSGO- (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, SGGG) compte près de 1000 membres masculins contre environ 150 femmes.

Concernant la promotion des femmes médecin : leurs chances de réaliser la carrière souhaitée sont nettement plus faibles que celles de leurs collègues masculins. S'il y a actuellement parité d'étudiant(e)s pour les assistantes on approche 45% et 35% des chefs de clinique sont des femmes. Mais aux postes de direction le pourcentage est à moins de 10%.

Il apparaît que les patientes préfèrent, en pratique privée, se rendre chez une gynécologue plutôt qu'un gynécologue<sup>222</sup>. Cette attractivité grandissante suscite paradoxalement des craintes d'une dévalorisation de la profession et d'un risque pour la recherche scientifique académique avec des gynécologues travaillant de moins en moins en milieu hospitalier.

## 10.15 LISTE DES CENTRES DE CONSULTATION LAVI

Source : <http://www.ufg.admin.ch/themen/opferhilfe/beratungsstellenliste.pdf>

**Adressen der anerkannten kantonalen OH-Beratungsstellen der Schweiz**

**Les centres de consultation LAVI reconnus par les cantons en Suisse**

**Indirizzi dei consultori LAV riconosciuti dai Cantoni in Svizzera**

Alphabetische Reihenfolge nach Kantonen

Liste alphabétique selon les cantons

Elenco alfabetico per Cantoni

<b>Kanton Canton Cantone</b>	<b>Name und Adresse Nom et adresse Nome e indirizzo</b>	<b>Telefon/FAX Téléphone/FAX Telefono/fax</b>
<b>AG</b>	Opferhilfe Aargau Postfach 5001 Aarau	062 837 50 60 Fax 837 50 61
<b>AI</b>	Beratungsstelle Opferhilfe der Stiftung für Opfer strafbarer Handlungen Oberer Graben 3 9000 St.Gallen  Tag und Nacht Soforthilfe für vergewaltigte Frauen und Jugendliche, Dienst der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen und der Beratungsstelle Opferhilfe St. Gallen	071 223 48 77 Fax 223 56 01  079 698 95 02
<b>AR</b>	Beratungsstelle Opferhilfe der Stiftung für Opfer strafbarer Handlungen Oberer Graben 3 9000 St.Gallen  Tag und Nacht Soforthilfe für vergewaltigte Frauen und Jugendliche, Dienst der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen und der Beratungsstelle Opferhilfe St. Gallen	071 223 48 77 Fax 223 56 01  079 698 95 02
<b>BL/BS</b>	<u>Allgemeine Beratungsstelle</u> Beratungsstelle Opferhilfe beider Basel Schwarzwaldallee 171 4058 Basel (ausserhalb der Bürozeiten werden die Anrufe auf die Telefonnummer 143 umgeleitet)  <u>Beratungsstelle für Frauen</u> <b>Nottelefon</b> Beratungsstelle und Opferhilfe für gewaltbetroffene Frauen Clarastrasse 2, Postfach 4005 Basel  <u>Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche</u> Triangel Opferhilfe-Beratungsstelle beider Basel für gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche Grenzacherstrasse 34 4058 Basel	061 693 44 40 Fax 693 44 34 E-Mail : <a href="mailto:opferhilfe-basel@gmx.ch">opferhilfe-basel@gmx.ch</a>  061 692 91 11 Fax 692 91 15  061 683 31 45 Fax 683 31 45
<b>BE</b>	Beratungsstelle Opferhilfe Mühlemattstr. 53 3007 Bern  Service d'aide aux victimes Rue Rechberger 2 2502 Bienne	031 372 30 35 Fax 372 30 39 E-Mail : <a href="mailto:beratungsstelle@opferhilfe-bern.ch">beratungsstelle@opferhilfe-bern.ch</a>  032 322 56 33 Fax 323 83 03

<b>Kanton Canton Cantone</b>	<b>Name und Adresse Nom et adresse Nome e indirizzo</b>	<b>Telefon/FAX Téléphone/FAX Telefono/fax</b>
	Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen und Mädchen Rodtmattstrasse 45 3014 Bern	031 332 14 14 Fax 333 34 04 E-Mail : bfm@bluewin.ch
	Berner Frauenhaus Postfach 297 3000 Bern 7	031 332 55 33 Fax 332 55 72 E-Mail : frauenhaus-bern@bluewin.ch
	Frauenhaus und Beratungsstelle Region Biel Solidarité femmes région biennoise, Maison d'accueil et centre de consultation Kontrollstrasse 12 2503 Biel	032 322 03 44 Fax 322 56 25 E-Mail : solfemmes@datacomm.ch
	Frauenhaus Thun-Berner Oberland Postfach 48 3602 Thun	033 221 47 47 Fax 221 47 48 E-Mail : Fh_thun@freesurf.ch
	Beratungsstelle gegen Gewalt an Frauen und Kindern Scheibenstrasse 3 3600 Thun	033 223 07 90 Fax 223 07 91 E-Mail : bs.thun@freesurf.ch
	Die dargebotene Hand Postfach 585 3000 Bern	143 Fax 031 301 12 39
	Die dargebotene Hand Nordwest La Main Tendue du Nord-Ouest Postf./C.p. 500 2501 Biel/Bienne	143 Fax 032 323 74 86
<b>FR</b>	Le centre de consultation LAVI pour homme Avenue du Général Guisan 56 1700 Fribourg	026 465 20 24 Fax 466 47 88
	Le centre de consultation LAVI pour femmes Case postale 807 1701 Fribourg	026 322 22 02 Fax 323 25 06
	Le centre de consultation LAVI pour enfants et adolescents Boulevard de Pérolles 30 1700 Fribourg	026 347 27 57 Fax 347 27 38
<b>GE</b>	Centre de consultation LAVI 40, rue du Stand 1204 Genève	022 320 01 02 022 320 02 48
<b>GL</b>	Opferhilfeberatungsstelle des Kantons Glarus Kantonaler Sozialdienst Winkelstrasse 22 8750 Glarus	055 646 66 28 055 646 66 96
<b>GR</b>	Opferhilfe-Beratungsstelle Fachstelle Kinderschutz GR Grabenstrasse 40 7000 Chur	081 258 31 90 Fax 258 31 99 E-Mail : mail@opferhilfe.gr.ch
<b>JU</b>	Service social régional du district de Delémont Rue de la Préfecture 7 2800 Delémont	032 422 67 77 Fax 422 67 87
	Service social régional d'Ajoie et du Clos-du-Doubs Rue Pierre Péquignat 22 2900 Porrentruy	032 466 80 40 Fax 466 32 72

<b>Kanton Canton Cantone</b>	<b>Name und Adresse Nom et adresse Nome e indirizzo</b>	<b>Telefon/FAX Téléphone/FAX Telefono/fax</b>
	Service social et médico-social des Franches-Montagnes Rue de la Côte 1 a 2350 Le Noirmont  <i>Coordination :</i> Service cantonal de l'aide sociale Faubourg des Capucins 20 2800 Delémont	032 953 17 66 032 953 17 67 Fax 953 18 61  032 420 51 40 Fax 420 51 41
<b>LU</b>	Opferberatungsstelle des Kantons Luzern Habsburgerstrasse 22 6003 Luzern	041 227 40 60 und 210 45 31 Fax 210 45 64 E-Mail : info@opferberatung-lu.ch
<b>NE</b>	<u>Coordination, direction du centre de consultation LAVI, Office de liaison :</u> Fondation neuchâteloise pour la coordination de l'action sociale F.A.S Rue du Parc 53 Case postale 2163 2302 La Chaux-de-Fonds  <u>Centre de consultation LAVI (généraliste) :</u> Centre de consultation LAVI Service d'aide aux victimes Rue J.-L. Pourtalès 1 case postale 2050 2001 Neuchâtel  Centre de consultation LAVI Service d'aide aux victimes Avenue Léopold Robert 90 Case postale 293 2301 La Chaux-de-Fonds  <u>Permanence:</u> La Main Tendue C.P. 500 2501 Bienne	032 919 75 17 Fax 919 65 16 E-Mail : FAS@ne.ch  032 889 66 49 Fax 889 66 51 E-Mail : LAVI.Neuchatel@ne.ch  032 919 66 52 Fax 919 66 53 E-Mail : LAVI.VCH@ne.ch  143
<b>NW</b>	Rechtsdienst des Kantons Nidwalden Dorfplatz 2 6371 Stans	041 618 79 09 und 618 72 63 Fax 618 79 11
<b>OW</b>	Kantonales Sozialamt Dorfplatz 4 6062 Sarnen	041 666 63 35 Fax 666 64 14
<b>SG</b>	Beratungsstelle Opferhilfe der Stiftung für Opfer strafbarer Handlungen Oberer Graben 3 9000 St. Gallen  Tag und Nacht Soforthilfe für vergewaltigte Frauen und Jugendliche, Dienst der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen und der Beratungsstelle Opferhilfe St. Gallen  Anlauf- und Beratungsstelle Kinderschutzzentrum St. Gallen Falkensteinstrasse 84 Postfach 226 9006 St Gallen	071 223 48 77 Fax 223 56 01  079 698 95 02  071 243 78 02 Fax 243 78 18 E-Mail : info@gd-ksz3.sg.ch

Kanton Canton Cantone	Name und Adresse Nom et adresse Nome e indirizzo	Telefon/FAX Téléphone/FAX Telefono/fax
SH	<u>Für Frauen:</u> Frauenhaus Schaffhausen Postfach 1614 8201 Schaffhausen	052 625 25 00 Fax 625 60 68 E-Mail : frauenhaus.schaffhausen@bluewin.ch
	<u>Für Männer:</u> Sozialdienst der Stadt Schaffhausen Oberstadt 23 8200 Schaffhausen	052 625 92 59 Fax 632 15 13 E-Mail : martin.amman@stsh.ch
	<u>Für Kinder:</u> Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Promenadenstrasse 21 8200 Schaffhausen	052 624 99 00 Fax 625 34 62 E-Mail : kjpd@schaffhausen.ch
SO	Beratungsstelle Opferhilfe Poststrasse 10 4500 Solothurn	032 627 22 81 Fax 627 22 31
	Dargebotene Hand Postfach 2645 5001 Aarau	056/062/064/067 143
SZ	Opferhilfeberatungsstelle Gotthardstrasse 61a 6410 Goldau	0848 82 12 82 Fax 041 857 07 43 E-Mail : opferhilfe@art-online.ch Internet : www.arth-online.ch/opferhilfe
TG	Beratungsstelle Opferhilfe Begegnungszentrum Gublerhaus Frauenfelderstrasse 37 8570 Weinfelden	071 626 58 46 Fax 626 58 49
	Beratungsstelle für Fragen bei Kindsmisshandlung Frauenfeldstrasse 37 8570 Weinfelden	071 626 58 44
TI	Unità di intervento regionale (UIR) del Bellinzonese e Valli Viale Stazione 21 6500 Bellinzona	091 814 31 73 Fax 825 01 08
	Unità di intervento regionale (UIR) del Locarnese Via Antonio Ciseri 5 6600 Locarno	091 751 19 31 Fax 752 35 58
	Unità di intervento regionale (UIR) del Luganese Via Rinaldo Simen 10 6904 Lugano	091 922 61 43 Fax 922 62 27
	Unità di intervento regionale (UIR) del Mendrisiotto Via Giorgio Bernasconi 16 6850 Mendrisio	091 646 90 60 Fax 646 90 62
UR	Opferhilfeberatungsstelle Evelyne Marciante, Mediatorin Gotthardstrasse 61a 6410 Goldau	0848 82 12 82 Fax 041 857 07 43 E-Mail : opferhilfe@art-online.ch
VD	Centre LAVI Aide et conseil aux victimes d'infractions 2, place Bel-Air 1003 Lausanne	021 320 32 00 021 320 32 23

<b>Kanton Canton Cantone</b>	<b>Name und Adresse Nom et adresse Nome e indirizzo</b>	<b>Telefon/FAX Téléphone/FAX Telefono/fax</b>
<b>VS</b>	Commission cantonale d'aide aux victimes d'infractions Av. de la Gare 21 1950 Sion	027 323 88 85 Fax 323 88 86
	Centre consultation LAVI Avenue de la Gare 21 1950 Sion	027 323 15 14
	Centre consultation LAVI Avenue de France 6 1870 Monthey	024 472 45 67
	OHG-Beratungsstelle Visp St. Martiniplatz 1 3930 Visp	027 946 85 32
<b>ZG</b>	Frauenzentrale Opferberatung Tirolerweg 8 6300 Zug	041 725 26 50 Fax 725 26 41 E-Mail : opfer@frauenzentralezug.ch
	Opferberatung Zug Ägerstrasse 56 6300 Zug	041 728 29 39 Fax 728 24 63 E-Mail : info.obz@gd.zg.ch
	triangel Beratungsstelle der ev. Ref. Kirchgemeinde Gotthardstrasse 14 6304 Zug	041 728 80 75
<b>ZH</b>	Opferhilfe-Beratungsstelle der Stiftung für Opfer von Gewalttaten Langstrasse 18 8004 Zürich	01 299 40 50 Fax 299 40 51 E-Mail : opferhilfe@ohzh.ch
	CASTAGNA Universitätsstrasse 86 8006 Zürich	01 360 90 40 Fax 360 90 49 E-Mail : casta.mail@bluewin.ch
	SCHLUPFHUUS Schönbühlstrasse 8 8032 Zürich	01 251 06 11 Help-O-fon : 157 00 57 Sorgentelefon : 01 261 21 21 E-Mail : schlupfhuus@everyware.ch
	Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich Steinwiesstrasse 75 8032 Zürich	01 266 76 46 E-Mail : sekretariat.ksg@kispi.unizh.ch
	Fachstelle für Kinderschutz und Opferhilfeberatung Zeughausstrasse 76 8402 Winterthur	052 267 63 62 (tagsüber) 079 672 55 40 (Pikett) E-Mail : jugendsekretariat@win.ch
	oder Kantonsspital Winterthur (Kinderklinik) Postfach 8401 Winterthur	052 266 41 56
	Beratungsstelle des Mädchenhauses Zürich Quellenstrasse 25 8005 Zürich	01 341 49 45 E-Mail : info@maedchenhaus.ch
	Beratungs- und Informationsstelle bif gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft Postfach 1164 8031 Zürich	01 278 99 99 Fax 278 99 98 E-Mail : info@bif-frauenberatung.ch Internet : www.bif-frauenberatung.ch
	Beratungsstelle Nottelefon für Frauen gegen sexuelle Gewalt Langstrasse 14 Postfach 8026 Zürich	01 291 46 46 Fax 242 82 14 E-Mail : nottelefon@swissonline.ch

<b>Kanton</b>	<b>Name und Adresse</b>	<b>Telefon/FAX</b>
<b>Canton</b>	<b>Nom et adresse</b>	<b>Téléphone/FAX</b>
<b>Cantone</b>	<b>Nome e indirizzo</b>	<b>Telefono/fax</b>
	Frauen-Nottelefon Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt Technikumstrasse 38 Postfach 2036 8401 Winterthur	052 213 61 61 Fax 213 61 63 E-Mail : frauennottelefon@swissonline.ch
	Beratungsstelle für gewaltbetroffene Jungen und Männer Hallwylstrasse 78 8004 Zürich	01 291 23 80 E-Mail : opferberatung@hotmail.com
	Vereinigung für Familien der Strassenopfer Baumackerstrasse 53 8050 Zürich	01 310 13 13 Fax 310 13 12 E-Mail : info@strassenopfer.ch

Bern, Februar 2003

## 10.16 APPRECIATION DES INFORMATEURS-CLES DE L'ADEQUATION DES OFFRES : ANALYSE DU CONTENU DES ENTRETIENS

Expert selon domaine d'expertise	Axes d'analyse			
	Politiques de santé et bases juridiques	Epidémiologie	IEC	Soins
<b>I Politique, Judiciaire</b>				
R. Genner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Loi 81 mal appliquée</li> <li>Röstigraben</li> <li>Promotion santé vs prévention</li> <li>Fédéralisme ne tient pas ses promesses d'innovation, d'émulation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Postulat</li> <li>Planning mal organisé</li> <li>Education sexuelle ne fonctionne pas bien en SA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pas de soutien des médecins aux sages-femmes</li> </ul>
B. Desplands	<ul style="list-style-type: none"> <li>effets pervers du fédéralisme</li> <li>Loi 81 à modifier, élargir</li> <li>Assurance-maternité</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>meilleure reconnaissance des prestations du planning familial</li> </ul>	
K. Baumann	<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de politique publique claire ; approches trop sectorielles</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Centres de planning familial trop axés sur la mère, on oublie le père</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins ne devraient pas ignorer le partenaire</li> </ul>
E. Zemp	<ul style="list-style-type: none"> <li>inclusion de la SSR dans la politique de santé nationale</li> <li>Santé=Politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>exclusion de la SSR des statistiques routinières</li> <li>absence de données (soins, prévention...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>problème de formation des généralistes, gynécologues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>santé des femmes plus grande place que chez les hommes</li> <li>carrière reproductive</li> <li>femmes âgées</li> <li>pauvreté/précarité</li> </ul>
J-L. Baierlé	<ul style="list-style-type: none"> <li>fossé SA—SR</li> <li>clivage entre approches médicales et éducation à la santé/prévention</li> <li>difficultés bureaucratiques dans les collaborations intercantionales (ex : programme de dépistage du cancer du sein)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de statistiques nationales (ex :IVG)</li> <li>absence statistiques sanitaires unifiées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Röstigraben : éducation sexuelle, planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>disparités régionales dans l'offre de soins</li> </ul>

Axes d'analyse				
Expert selon domaine d'expertise	Politiques de santé et bases juridiques	Epidémiologie	IEC	Soins
B. So		<ul style="list-style-type: none"> <li>• lacune de statistiques planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque d'information sur l'offre planning familial</li> <li>• pas de centre de documentation</li> </ul>	
M.-C. Hofner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lien grossesse-tabac longtemps ignoré</li> <li>• lien grossesse-travail, thème important</li> <li>• prévention trop pensée en termes biomédicaux</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibilisation à l'école sur la parentalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formation des gynécologues insuffisante par rapport à la problématique des violences conjugales</li> </ul>
V. Addor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• absence de volonté politique dans le soutien des jeunes familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• données sur la périnatalité pas assez différenciées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grande emphase sur l'éducation sexuelle et absence de soutien aux jeunes familles</li> <li>• actions d'empowerment à mener</li> <li>• manque de formation des professionnels dans le domaine psychosocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de services de soins et de conseil</li> <li>• réduction nocive de durée de séjour à l'hôpital après accouchement</li> </ul>
<b>III IEC</b>				
F. Méan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Röstigraben</li> <li>• manque de ressources financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de regroupement des statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• différence de planning familial SA-SR</li> <li>• blocages au niveau de l'éducation sexuelle, même en SR</li> <li>• ville-campagne : couverture inégale du planning familial</li> <li>• l'expérience des professionnelles en matière de MST (SIDA) n'est pas exploitée pour des actions de prévention</li> </ul>	

Expert selon domaine d'expertise	Axes d'analyse			
	Politiques de santé et bases juridiques	Epidémiologie	IEC	Soins
D. Fert	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de ressources financières</li> <li>planning familial ne constitue pas une priorité politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pas d'unification des statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ouvrir le planning familial à des personnes-relais ouvertes sur un réseau d'institutions</li> <li>intégrer les hommes : le planning familial est trop exclusivement féminin</li> </ul>	
E. Wyss	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de ressources financières</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de concept relatif à l'éducation sexuelle</li> <li>mauvais fonctionnement de l'éducation sexuelle dans les écoles</li> <li>manque de réseau, de visibilité des centres de planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>concurrence avec les médecins qui ont une offre qui devrait revenir au planning familial</li> <li>absence de collaboration</li> </ul>
A. Cotting	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de base légale pour le planning familial</li> <li>manque de ressources financières</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>lacunes dans l'éducation sexuelle</li> </ul>	
D. Zbinden			<ul style="list-style-type: none"> <li>en matière d'éducation sexuelle la Suisse est un pays en voie de développement</li> <li>manque de lieux à bas seuil pour traiter de la sexualité</li> <li>prendre davantage en compte les hommes</li> </ul>	

Expert selon domaine d'expertise	Axes d'analyse			
	Politiques de santé et bases juridiques	Epidémiologie	IEC	Soins
M. Costa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Röstigraben</li> <li>• absence de ressources financières</li> <li>• absence de soutien politique</li> <li>• fédéralisme est négatif pour l'école et la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de statistiques disponibles sur les grossesses, les MST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• en SA quasi absence d'éducation sexuelle</li> <li>• éducation sexuelle : blocages et tabous ; pas de contrôle de qualité ; personne n'est responsable</li> <li>• pas de reconnaissance du travail des gens du planning familial</li> <li>• trop peu d'adolescents garçons qui consultent : les 12-18 ont peu d'accès au planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• médecins installés en cabinet privé ne sont pas concernés par la SSR</li> </ul>
G. Schwery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• différence SR-SA</li> <li>• manque de ressources financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• absence de données statistiques au plan fédéral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• éducation sexuelle reste un maillon faible</li> <li>• peu d'accès à la population des migrants : absence de médiateurs culturels et d'interprètes</li> <li>• développer le thème sexualité et handicap</li> </ul>	
M. Zurini	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de ressources financières</li> <li>• différence SA-SR</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de personnel</li> <li>• manque d'intégration des approches</li> </ul>	
C. Noyer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il faudrait une meilleure base légale du travail d'éducation sexuelle au plan fédéral</li> <li>• différence SA-SR</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• meilleure prévention et promotion auprès des jeunes</li> <li>• adopter une approche positive en parlant de sexualité (et non pas seulement comment éviter les MST)</li> </ul>	

		Axes d'analyse		
Expert selon domaine d'expertise	Politiques de santé et bases juridiques	Epidémiologie	IEC	Soins
<b>IV SOINS</b>				
J. Bitzer		<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de données, d'indicateurs de SSR</li> <li>population des migrants trop ignorée</li> <li>aspects longitudinaux des trajectoires reproductives pour une meilleure prévention</li> <li>absence de données sur la prévention, contraception, fertilité, MST, IVG répétées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>gros besoins en conseil : il y a un problème de dispatching et de référence</li> </ul>	
M. Germond	<ul style="list-style-type: none"> <li>loi sur la PMA a été fabriquée dans le fantasme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>absence quantitative de la problématique de l'infertilité, stérilité</li> <li>nécessité de comparaisons internationales</li> <li>problème des statistiques cantonales (ex : IVG, fertilisation in vitro)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation des médecins dans le domaine de la SSR inadéquate</li> </ul>
A. Burkhalter				<ul style="list-style-type: none"> <li>améliorer l'interface lieux de soins et professionnels</li> <li>interdisciplinarité ne fonctionne pas bien</li> <li>manque d'une perspective de promotion de la santé et de prévention</li> <li>tendance à trop médicaliser la naissance</li> </ul>

SA=Suisse alémanique

SR=Suisse romande

10.17 PROGRAMME: SYMPOSIUM ON SEXUALITY AND THE AGING MALE, 2<sup>ND</sup>  
 WORLD CONGRESS ON THE AGING MALE, GENEVA, FEBRUARY 9-13, 2000

Topic	Title	Presenter and affiliation	Description
<b>Introduction</b>	• Presentation of Symposium: Why be interested in the sexuality of the aging male?	Brenda Spencer, Symposium coordinator. University Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne	
	• Society, sex and the aging male	Marianne Schmid Mast, Northeastern University, Department of Psychology, Boston	A multiperspective presentation on the issues, theoretical approaches and research to date
<b>Sexual behaviour in older men</b>	• Male and female sexuality in later years	Thomas Bucher, Coordinating Centre for Interdisciplinary Sex Research, University of Zürich	Comparison of male and female experience of sexuality in later years; links with other aspects of lifestyle
	• In the autumn of love: impact of aging throughout the generations	Christiane Delbès & Joelle Gaymu, National Institute for Demographic Studies (INED), Paris	Sexual activity in persons aged 50 and above, data taken from the major national survey on sexual behaviour in France. Discussion of changes attributable to age vs. generation effects
	• Gay men, sexuality and aging	James J. Kelly, California State University	Issues regarding sexuality and aging specific to homosexual men
<b>Sexual health</b>	• From impotence to erectile dysfunction: the medicalisation of a common problem	Alain Giami, National Institute of Health and Medical Research (INSERM) President of the Governmental Working Party on the Treatment of Impotence, Paris 1998	To what extent may the sexual problems of older men be seen as a medical problem? In what way are these problems socially constructed?
	• Impact of aging on the production and quality of sperm	Pierre Jouannet, Prof. d'Histologie -Embryologie, Université Paris V, Faculté de Médecine Cochin-Port-Royal	State of the art presentation on knowledge regarding aging and male reproduction
	• Counselling men in the later years	Robert Bolz, Association for Sex Counselling and Family Planning (ProFa), Germany	Presentation of the needs of aging men as seen from a clinical and counselling perspective
<b>Synthesis</b>	• Conclusions and Perspectives	Raul Schiavi, Emeritus Professor of Psychiatry, Mont Sinai School of Medicine, New York City Author of "Aging and male sexuality"	Synthesis of presentations; salient themes for future work