Quelle place pour la sexologie dans un centre de planning familial?

Une analyse des demandes en lien avec les problèmes sexuels dans les consultations de planning familial du Chablais Valaisan

Mémoire présenté par Eliane Launaz Perrin pour l'obtention du Certificat de formation continue en Sexologie Clinique

Université de Genève, 2007-2009

Directrice de mémoire: Mme Denise Médico

© Eliane Launaz Perrin
Rte du Grand-Clos 10, 1871 Choëx
eliane.launaz@bluewin.ch
31.08.2009

TABLE DES MATIÈRES page N°

1. Introduction 1

2. Cadre et définition de la problématique: le planning familial dans le champ de la santé sexuelle et reproductive 4
2.1. Historique et développement du planning familial en Valais 4
2.2. Concepts et définitions 6
2.3. Buts de la recherche 8

3. Méthodologie 9
3.1. Analyse statistique des demandes sexologiques comme premier motif de consultation 9
3.1.1. Les bases de données du planning familial dans les centres SIPE 9
3.1.2. Echantillon 9
3.1.3. Méthode de calcul 10

3.2. Analyse des demandes sexologiques comme demandes secondaires 10
3.2.1. Echantillon 10
3.2.2. Méthode de calcul 10

3.3. Total des demandes sexologiques au planning familial 10

3.4. Définition des variables 10
3.4.1. Définition et catégorisation des demandes sexologiques au planning familial 11

4. Résultats 13
Présentation de l'analyse quantitative par des tableaux mettant en lien les données socio-démographiques et les demandes 13

5. Discussion 29
5.1. Principaux résultats de l'analyse 29
5.2. Mise en lien avec des études similaires 37
5.3. Pistes de développements possibles 39

6. Conclusion 41

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

1. Introduction

Au planning familial, les entretiens de conseil s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé sexuelle et reproductive et de prévention. Les prestations offertes visent à permettre à chaque personne s'adressant à nos centres de consultation, de faire des choix informés dans les domaines de la sexualité, de la vie affective et de la procréation. Les conseillères[1] en santé sexuelle et reproductive portent une attention particulière à l'information et l'éducation en matière de sexualité et de contraception; à la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles; à l'accompagnement des ambivalences face à une grossesse imprévue, dans les situations d'infertilité et les démarches de procréation médicalement assistée; à la prise en charge et au soutien des personnes dans des situations de violence sexuelle ou d'atteinte à leur intégrité physique.

La sexualité est la trame de fond sur laquelle se tissent les questionnements et les choix autour de la fertilité et de la vie amoureuse. Intrinsèquement liés à tout entretien s'y référant, la sexualité et son vécu restent le plus souvent en filigrane ou suggérés par des comportements qui interpellent les professionnelles. Que signifient, en effet, les demandes répétées d'une contraception d'urgence chez une jeune fille ou, chez une autre, le refus obstiné d'un examen gynécologique? Parler de son intimité ne semble pas aller pas de soi pour la personne qui consulte et notre rôle en tant que conseillère en santé sexuelle et reproductive, est de vérifier les besoins implicites sous-jacents à la demande exprimée. Interroger les non-dits exige à la fois un lien de confiance construit, le respect de la personne et de son rythme mais parfois aussi le devoir de bousculer et de confronter des comportements lorsqu'ils mettent en danger l'intégrité physique ou psychique des personnes qui nous consultent.

Les demandes des personnes que nous recevons se situent au croisement des désirs et des réalités. Désir amoureux, désir sexuel, désir de grossesse, désir d'enfant ou désir de reconnaissance; des enjeux complexes apparaissent lors des entretiens; ces désirs étant traversés par des peurs, des fantasmes, des préjugés ou des mythes et se confrontant aux normes et aux valeurs intégrées ainsi qu'à la réalité du quotidien. Chaque situation, qu'elle soit liée à la contraception, à un test de grossesse ou à un test de dépistage du VIH, met en jeu ces éléments et la nécessaire élaboration d'un choix avec les conséquences qu'il implique et ce, dans un contexte parfois très difficile. Le choix étant l'objet d'un compromis

[1] La forme féminine utilisée dans ce texte inclut les conseillers en santé sexuelle et reproductive, très peu nombreux en Suisse romande

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

entre le désir et la réalité, l'ambivalence que ces tensions entraînent est souvent au cœur de nos entretiens. Mise à jour et élaborée, elle peut devenir un puissant moteur de connaissance de soi et de changement. Pour exemple: le cas d'une jeune fille de 17 ans venue nous consulter car elle projetait de partir en vacances avec son ami et souffrait de ne pas obtenir de ses parents l'approbation de son choix amoureux. Au fil des entretiens elle a pu exprimer sa propre ambivalence, son sentiment de culpabilité de ne pas rester loyale aux valeurs familiales ainsi que la peur des premières relations sexuelles en lien avec l'image d'elle-même et le doute: «pourra-t-il me désirer avec le corps que j'ai? » Permettre l'émergence et l'élaboration de telles questions prévient de difficultés futures, car comme le précisait Denise Médico dans son cours du 14 mars 2008 sur la Sexoanalyse: «un trouble sexuel est souvent en lien avec la manière dont la personne vit dans son corps sexué, avec le possible conflit et l'anxiété comme protection face à une sexualité vue comme un danger».[2]

Le planning familial constitue pour les personnes qui consultent un endroit privilégié d'expression du vécu de leur sexualité et la pratique quotidienne du conseil en santé sexuelle et reproductive s'entremêle parfois avec la sexologie clinique**.** Dans sa thèse écrite suite à une recherche menée au planning familial du CHUV, la sexologue Nicoletta Belhadjali-Meregaglia, précise: «Nous relevons un pourcentage élevé de dyspareunies (15%), toutes exclusivement féminines(…). Nous émettons l'hypothèse que le contexte hospitalier, vécu habituellement comme un lieu de traitement de la souffrance, induit le sujet à exprimer en termes de douleur ses difficultés à éprouver du plaisir sexuel. »[3]
Lorsqu'une difficulté sexuelle est exprimée, de façon explicite ou implicite, les objectifs de base au planning familial sont de «définir la difficulté, d'évaluer la demande, d'offrir une prise en charge ou de préparer une orientation vers un spécialiste. »[4] L'observation a été faite de la difficulté pour les personnes qui nous consultent et trouvent le courage de dire leur problème sexuel, de devoir entreprendre ensuite une nouvelle démarche.

Ma recherche vise une analyse des demandes sexologiques dans nos consultations. La récolte des données se fera de manière quantitative par des analyses statistiques selon la

[2] MEDICO Denise, *La Sexoanalyse, Introduction à une théorie du développement psychosexuel et à une approche clinique du traitement des troubles de la sexualité,* Unige : 14 mars 2008, Certificat de sexologie clinique
[3] BELHADJALI-MEREGAGLIA Nicoletta, *Planning familial et Difficultés sexuelles*, Berne, Editions Peter Lang SA, Publications Universitaires Européennes ; 1988, p.103
[4] MEAN Françoise, WYSS Emmanuelle, *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Villars-sur-Glâne, Edition PLANeS; ascpf, 2006, p.15.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

base des données du centre SIPE de Monthey [5] et de manière qualitative par la relecture des dossiers 2007 et 2008. Les questions qui guident ma démarche sont les suivantes:

A. quel est le nombre de premières demandes sexologiques au planning familial et leur pourcentage par rapport au nombre des autres demandes?
B. quelle est la représentation des femmes et des hommes dans l'ensemble des demandes et dans les premières demandes sexologiques?
C. quel est le nombre total des demandes sexologiques comme premier motif de consultation et comme demande secondaire?
D. quel est le nombre des demandes sexologiques par tranches d'âges et selon le sexe?
E. quelles sont les prestations du planning familial qui favorisent l'expression de demandes sexologiques?
F. sous quelles formes apparaissent ces demandes pour les femmes?
G. sous quelles formes apparaissent ces demandes pour les hommes?
H. quels sont le niveau de formation et l'activité professionnelle des personnes qui ont des demandes sexologiques?

En termes d'éthique de recherche et de pratiques, la direction de la Fédération valaisanne des centres SIPE approuve et soutient cette recherche. Elle m'autorise pour cela à utiliser le matériel que constituent les dossiers 2007-2008 du centre SIPE de Monthey, autorisation subordonnée à une garantie de ma part de protection de ces données en termes de confidentialité et anonymat des personnes concernées. Ce mémoire a une utilité pratique. Il devrait permettre une réflexion de fond sur nos pratiques au planning familial et sur l'éventualité d'un développement et de l'adaptation de possibles prestations.

[5] Données tirées de Epicard, la banque de données valaisannes des centres SIPE

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

2. Cadre et définition de la problématique: le planning familial dans le champ de la santé sexuelle et reproductive

Afin d'expliciter le contexte dans lequel s'inscrit ma démarche, il m'a paru important de présenter l'histoire du planning familial en Valais en parallèle à une présentation des principes et des concepts internationaux de santé publique auxquels se réfère la pratique du planning familial en Suisse.

2.1. Historique et développement du planning familial en Valais

L'histoire valaisanne des centres de planning familial illustre bien le développement du planning familial. Parti d'une vision de régulation des naissances par l'information sur la contraception et la prévention des grossesses non désirées dans les années 1960-1970, il est devenu, dans le contexte de l'évolution bio-médicale, épidémiologique et sociale de la deuxième moitié du vingtième siècle, un concept de santé sexuelle et reproductive articulé autour des droits sexuels de la personne.

Le 14 février 2008, le peuple valaisan a accepté la nouvelle Loi sur la santé du VS dans laquelle est inscrite la santé sexuelle et reproductive.[6] Le Valais est ainsi un des premiers cantons suisses à avoir inscrit la santé sexuelle et reproductive dans une loi cantonale. Ce succès politique vient signer l'ancrage des centres SIPE dans le canton et la garantie à long terme du maintien de leurs prestations à la population. L'histoire de ce succès est riche. Elle a démarré dès 1976 avec un engagement important de personnes volontaires issues des milieux associatifs, politiques, professionnels et ecclésiastiques; tous ont œuvré à la création de centres de planning familial dans chaque ville du Valais romand. Ces centres ont plus de trente ans et leur évolution a été importante tant au niveau structurel, qu'à celui du développement des prestations ainsi qu'au niveau de l'adaptation à l'évolution de la société valaisanne et des besoins de sa population.

En 1976, s'ouvrait à Monthey le CIRENAC, Centre d'Information de Régulation des Naissances et d'Aide aux couples. Centre précurseur, il citait parmi les buts poursuivis la sexologie[7] et se montrait attentif à ce qui se développait ailleurs en Suisse, notamment à Genève où Willy Pasini et Georges Abraham, lors d'une réunion tenue à l'OMS en 1972,

[6] Loi sur la santé en Valais, 14 février 2008, art. 101 «[1] L'Etat soutient les mesures d'information et d'éducation sexuelles et de planning familial.»«[2] Le Conseil d'Etat définit les lignes directrices de l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.»

[7] Tiré du procès-verbal de la séance du comité du Cirenac du 8.03.1977 : «permettre à tous les habitants(…)de consulter(…)pour les problèmes relatifs à la régulation des naissances, à la contraception, à la lutte contre l'avortement, à la grossesse, à la sexologie(…)»

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

établissaient un bilan de l'enseignement de la sexologie, notamment de la sexologie médicale. Leur conclusion était que cet enseignement devait être développé auprès des professionnels de la santé et notamment auprès de ceux qui étaient actifs dans le domaine de la planification familiale.[8]

Une loi fédérale[9] et son application valaisanne[10] ont consolidé l'implantation des centres valaisans qui ont reçu le mandat de centres de consultation en matière de grossesse. Dès 1987 ils se groupent en Fédération valaisanne et sont reconnus par le Canton du Valais comme l'organisme officiel regroupant et représentant les différents centres de consultation de planning familial, de grossesse et de consultation conjugale du Valais.
Les années qui suivront seront marquées par un fort engagement à l'extérieur des centres auprès des populations cibles, un développement important de l'éducation sexuelle ainsi que celui des prestations des centres, notamment dans les domaines suivants:

- prévention du VIH/Sida par la mise en place de tests anonymes de dépistage du VIH
- prévention des grossesses non désirées et des difficultés sexuelles dans le post-partum
- soutien des femmes et/ou des couples autour de la grossesse
- prévention des violences et abus sexuels
- promotion de la santé en collaboration avec les ligues de la santé du VS

Durant cette dernière décennie, en lien avec l'évolution sociale et la recherche bio-médicale, de nouvelles demandes émergent qui entraînent des questionnements sur les pratiques du planning familial et l'adaptation de ses prestations. Ce sont des demandes individuelles ou de couple en lien avec la sexologie, l'infertilité et la procréation médicalement assistée, le diagnostic prénatal, la venue d'un enfant et la co-parentalité dans des situations de précarité, l'éducation sexuelle et le soutien éducatif liés aux enjeux des nouvelles technologies, l'intégrité physique et psychique des femmes victimes de mutilations génitales féminines.
Souvent représentatives de situations très complexes ces nouvelles demandes nécessitent une approche pluridisciplinaire et un travail en réseau.

[8] *Wikipédia,* cité par Aldo Campana, *Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS*, Genève: Formation continue en sexologie clinique, 2007
[9] Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse, 9 octobre 1981
[10] Loi d'application valaisanne sur les centres de consultation en matière de grossesse, 27 juin 1986

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Les années 2000 marqueront un nouveau tournant avec le choix d'une politique institutionnelle mieux coordonnée ainsi que l'obtention de nouveaux mandats[11]. En 2008, la Fédération valaisanne nomme une direction cantonale ce qui entraîne la dissolution des comités régionaux. Cette évolution, partie d'une structure régionale et autonome vers la structure cantonale actuelle, a permis tout au long de ces années de répondre aux réalités plurielles de notre canton entre plaine et montagne, villes et vallées. Nous pouvons observer qu'il en découle une implantation forte des centres dans leur région qui favorise leur identification par les utilisateurs et les partenaires professionnels.[12]Leur spécificité est d'être informateurs et non - prescripteurs. Ils offrent des informations et des consultations psychosociales et collaborent avec le réseau médical de leur région. La gratuité des entretiens et le tarif à bas seuil des prestations comme les tests de grossesse, les tests de dépistage du VIH et la délivrance de la contraception d'urgence, favorisent l'accès au centre des jeunes ainsi que celui des personnes à bas revenu. D'autre part, l'image du planning familial est suffisamment généraliste pour être vue comme lieu de premier recours pour évoquer des difficultés et permettre de contourner la difficulté que peut représenter pour certaines personnes la démarche d'aller «chez le psy» ou «chez le sexologue.»

2.2. Concepts et définitions

La pratique du planning familial en Suisse se réfère aux principes de santé publique en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) décrits par les organisations internationales telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'International Planned Prenthood Federation (IPPF), la plus grande organisation non gouvernementale oeuvrant dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation.[13]Ces principes sont articulés autour des droits de la personne en matière de sexualité et défendent l'accès à l'éducation sexuelle et aux services d'information et de soins en santé sexuelle et reproductive de qualité, le droit au choix dans la procréation, à décider d'être sexuellement actives ou non, à des relations sexuelles consenties et empreintes de satisfaction, de plaisir et de

- [11] Convention du 25 avril 2006 avec le DECS concernant les cours d'éducation sexuelle, de prévention des abus et de prévention sida.
- Application cantonale de la modification du code pénal concernant l'interruption de grossesse du 1er octobre 2002 (les centres SIPE désignés par le Conseil d'Etat comme ressource pour les femmes demandant une interruption de grossesse).
- Conventions avec l'Hôpital du Chablais à Aigle et l'Hôpital de Sion par le Réseau Santé Valais pour la prévention dans le post-partum, en gynécologie et en périnatalité.
- Convention SIPE – ICHVS (Institut central des hôpitaux valaisans) et son secteur infectiologie pour les tests de dépistage du VIH/Sida

[12] Elément subjectif: Le souci constant de correspondre aux besoins de la population a fait que, en 2000, le comité du centre SIPE de Monthey m'encourageait à débuter une formation en sexologie. A l'automne 2008, ce comité augmentait de 20% mon taux d'activité afin de favoriser la prise en charge des demandes sexologiques.

[13] MEAN Françoise, WYSS Emmanuelle, *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Villars-sur-Glâne, Edition PLANeS; ascpf, 2006, p.6-7

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

sécurité.[14]L'IPPF lutte aussi pour que le genre et la sexualité ne soient plus source d'inégalité ou de stigmatisation.

Dans le cadre du certificat de sexologie clinique, Aldo Campana précisait dans son cours: «Le concept de santé sexuelle a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 1972 à 1975. L'origine de ce concept provient d'une part, de la définition par l'OMS du concept de la **santé** en 1946(…) et d'autre part de l'apparition, grâce à la contraception orale d'une sexualité récréative libérée de la reproduction, et, surtout de la révolution sexuelle des années 60. La libéralisation des mœurs ainsi que des problèmes de santé publique, en particulier le SIDA, on (sic) fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle et des comportements et des attitudes qui permettent de la conserver et de l'améliorer.[15]» L'OMS donne une définition de la santé sexuelle en 1975 [16] et la complète en 2002 suite à la Conférence internationale sur la Population et le développement du Caire en 1994, la Conférence mondiale de Pékin sur les femmes en 1995 et la charte d'Ottawa en 1998. Cette nouvelle définition prend en compte les droits sexuels reconnus par des législations nationales et des textes internationaux relatifs aux droits humains fondamentaux.[17]

Au niveau national, la Fondation PLANeS (Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive), en tant qu'organisme faîtier, regroupe et représente les professionnel-le-s de la santé sexuelle et reproductive en Suisse, notamment des centres de planning familial et des services d'éducation sexuelle. Elle est l'interlocuteur national auprès de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) et de l'IPPF. Elle est composée d'un Conseil de Fondation, d'un Secrétariat général et d'un Conseil d'experts, eux-mêmes membres de l'association. Organe suprême de la Fondation, le Conseil de Fondation comprend de 8 à 16 membres représentant les différentes professions de la santé sexuelle et reproductive, des représentant/e/s des domaines de l'enseignement supérieur, de la recherche, des institutions politiques et de la coopération pour le développement. Les différentes régions linguistiques ainsi que les genres y sont également représentés de manière adéquate.

[14] ibid
[15] *Wikipédia,* cité par Aldo Campana, *Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS*, Genève: Formation continue en sexologie clinique, 2007
[16] «La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.»
[17]«La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun.»

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

PLANeS travaille à la mise en réseau en Suisse des acteurs de la santé sexuelle et reproductive, soutient l'organisation de la formation et de la formation continue des professionnel-le-s, s'engage pour le développement de l'éducation sexuelle, collabore avec les instances publiques à des projets de prévention et de promotion de la santé sexuelle et reproductive et assure avec le groupe parlementaire CAIRE+ le suivi des recommandations issues de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population et le développement. [18]

2.3. Buts de la recherche

Les questions qui guident cette recherche ont été présentées dans l'introduction. Elles visent à obtenir une vision plus exacte de la place de la sexologie dans la pratique du planning familial du centre SIPE de Monthey. Les résultats devraient permettre de connaître le nombre des demandes sexologiques, les principales difficultés présentées par les femmes et par les hommes, les tranches d'âge concernées ainsi que le niveau socio-économique des personnes rencontrées. En sous-chapitres nous analyserons de manière plus précise le pourcentage de représentation des hommes et des femmes dans les tests VIH/Sida, l'origine des jeunes filles adolescentes avec une demande sexologique, les difficultés sexuelles des femmes et des hommes en lien avec la réponse sexuelle humaine ainsi que l'activité professionnelle des personnes qui nous consultent.

[18] MEAN Françoise, WYSS Emmanuelle, *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Villars-sur-Glâne, Edition PLANeS; ascpf, 2006, p.95

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

3. Méthodologie

3.1. Analyse statistique des demandes sexologiques au planning familial comme 1er motif de consultation

3.1.1. Les bases de données valaisannes du planning familial

Le système informatique statistique des centres SIPE valaisans contient les données socio-démographiques de la personne. Il comprend également le motif de 1ère consultation[19], la prestation fournie (contraception d'urgence, test de grossesse, test VIH/Sida), la décision prise en cas d'ambivalence de grossesse, la contraception expérimentée et le choix contraceptif ainsi que l'orientation donnée à la demande. Les consultations en lien avec la sexualité peuvent être répertoriées dans divers champs. (voir feuille annexe I)

3.1.2. Echantillon

J'ai récolté les motifs de consultation du 1er entretien et/ou d'une nouvelle demande des années 2007 et 2008. Cela représente au total 1103 demandes de consultation dont 55 premières demandes sexologiques.

Les consultations suivantes n'ont pas été prises en compte dans cette récolte:

- les consultations conduites par la conseillère SSR du Sipe de Monthey à l'hôpital du Chablais à Aigle dans le cadre du post-partum et de la gynécologie
- les consultations en matière de grossesse au centre assurées par l'assistante sociale en périnatalité
- les consultations téléphoniques ou par courriel, le travail en réseau avec d'autres professionnels, les groupes venus au centre ainsi que les demandes faites par des étudiants pour des travaux de recherche. [20]

[19] Le dossier d'une personne est ouvert lors de la 1ère demande. Si cette personne revient pour un motif différent, une nouvelle demande est saisie avec le même numéro de dossier.

[20] Ces demandes représentent un volume d'activités croissant, notamment autour des questions éducatives, de la sexualité de l'enfant et de l'adolescent et des comportements qui y sont liés, du conseil et de l'orientation en cas de suspicion d'abus sexuel, de l'impact des nouvelles technologies sur les comportements des adolescents (internet, facebook, etc,)

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

3.1.3. Méthode de calcul

Les proportions de demandes de consultations 2007 et 2008 étant semblables, celles-ci ont été totalisées sur les 2 ans et il ne me semble pas pertinent d'effectuer une analyse différentielle par année.

3.2. Analyse des demandes sexologiques au planning familial comme demandes secondaires

3.2.1. Echantillon

La saisie informatique ne permettant pas de répertorier les demandes secondaires, j'ai procédé à une relecture des dossiers 2007-2008 afin de répertorier le nombre de demandes sexologiques secondaires. Cela représente au total 69 demandes sexologiques secondaires.

3.2.2. Méthode de calcul

Le nombre de demandes secondaires a été calculé sur la base de 757 dossiers, soit le nombre total de 1103 demandes desquelles il faut soustraire les 291 demandes concernant les tests de dépistage du VIH/Sida anonymes et sans dossier ainsi que les 55 premières demandes sexologiques.

3.3. Total des demandes sexologiques au planning familial

J'ai groupé le nombre de 1ères demande sexologiques (55) et le nombre de demandes sexologiques secondaires (69). Cela correspond à un total de 124 demandes sexologiques, soit environ le 11% des demandes totales au planning familial.

3.4. Définition des variables

J'ai ensuite construit un tableau avec un relevé des variables socio-démographiques: âge, sexe, origine, 1ère ou 2ème génération, niveau de formation, situation professionnelle, ainsi qu'avec les variables selon les demandes: sexualité comme 1er motif de consultation, autre motif de consultation (voir feuille annexe II)

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

3.4.1. Catégorisation des demandes sexologiques au planning familial

J'ai défini ce qui représente une demande sexologique dans le cadre du planning familial et identifié les prestations permettant l'expression de difficultés sexuelles. J'ai ensuite élaboré un catalogue et une catégorisation des demandes que j'ai relevées dans le tableau. Ainsi sont définies les demandes sexologiques comme suit:

- **les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine (30):** dyspareunie, anorgasmie, éjaculation précoce, anéjaculation, baisse ou absence du désir sexuel, vaginisme, dysfonction érectile: ce sont les difficultés sexuelles les plus souvent évoquées
- **les demandes faites lors des premières expériences sexuelles (26)**: la virginité, les caresses mutuelles, les douleurs de la première pénétration, être à la hauteur dans les relations, la fertilité, la culpabilité versus le désir de loyauté aux valeurs familiales, la pudeur, les tampons pour les règles, les prises de risques répétées, l'alcool, le cannabis et les relations sexuelles non protégées, les relations plus ou moins consenties ou coercitives
- **les questionnements en lien avec la fertilité et l'infertilité (23):** grossesses imprévues, demandes d'interruption de grossesse, difficultés à choisir et adhérer à une contraception, ces situations sont souvent le lieu d'interrogation par rapport à la fertilité, à la normalité
- **les demandes d'informations générales (10):** tout entretien d'information autour d'un choix contraceptif comprend des informations données sur l'anatomie et la physiologie des organes sexuels, l'examen gynécologique, la physiologie de l'excitation sexuelle. Ceci peut entraîner des questions plus intimes comme celles du plaisir sexuel, du désir sexuel, de la masturbation
- **les difficultés dans l'intimité relationnelle et amoureuse (9):** souvent liées aux difficultés liées à la réponse sexuelle humaine, accompagnées d'une mise en place de stratégies d'évitement ou d'une peur de se dévoiler ou d'être rejeté
- **les demandes liées à des abus ou des violences sexuelles, à un climat de violence relationnelle (9):** abus sexuel vécu pendant l'enfance ou l'adolescence, abus récent, jalousie, contrôle de l'autre, appels téléphoniques répétés pendant l'entretien, manipulation, humiliation, refus de l'examen gynécologique, faible estime de soi, attitudes abandonniques vis-à-vis des professionnelles
- **les plaintes somatiques (6):** dysménorrhées, sensation de brûlures à la pénétration ou lors de l'utilisation du préservatif, mycoses ou infections urinaires à répétition, maux de ventre
- **les difficultés liées à l'image corporelle (4)**: pudeur extrême, peur de grossir, troubles alimentaires, image corporelle négative, complexes, manque de confiance en soi

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

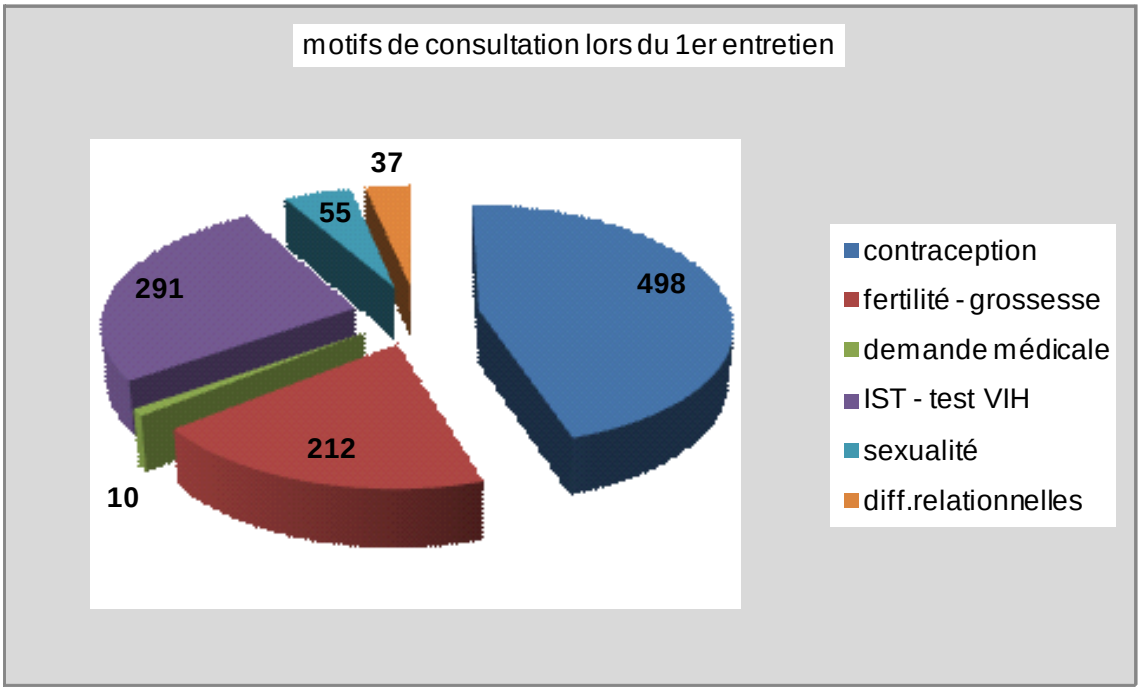
- **les situations des personnes vivant avec un handicap (3):** les personnes vivant avec un handicap psychique sont en général adressées au planning familial par des éducateurs, une institution ou leur famille pour des informations sexuelles
- **les questionnements autour de l'orientation sexuelle (2):** questionnements sur l'orientation sexuelle suite à une crise conjugale ou à la difficulté de garder un lien amoureux, questionnements parfois en lien avec l'image corporelle
- **les questionnements en lien avec l'identité de genre (2)**: perception de sa masculinité, de sa féminité, stéréotypes, difficulté à trouver un avantage à appartenir à son sexe biologique, méfiance vis-à-vis de la féminité et de son expression pour les femmes

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

4. Résultats de l'analyse statistique

A. Quels sont les premiers motifs de consultation au planning familial?

Tableau 1



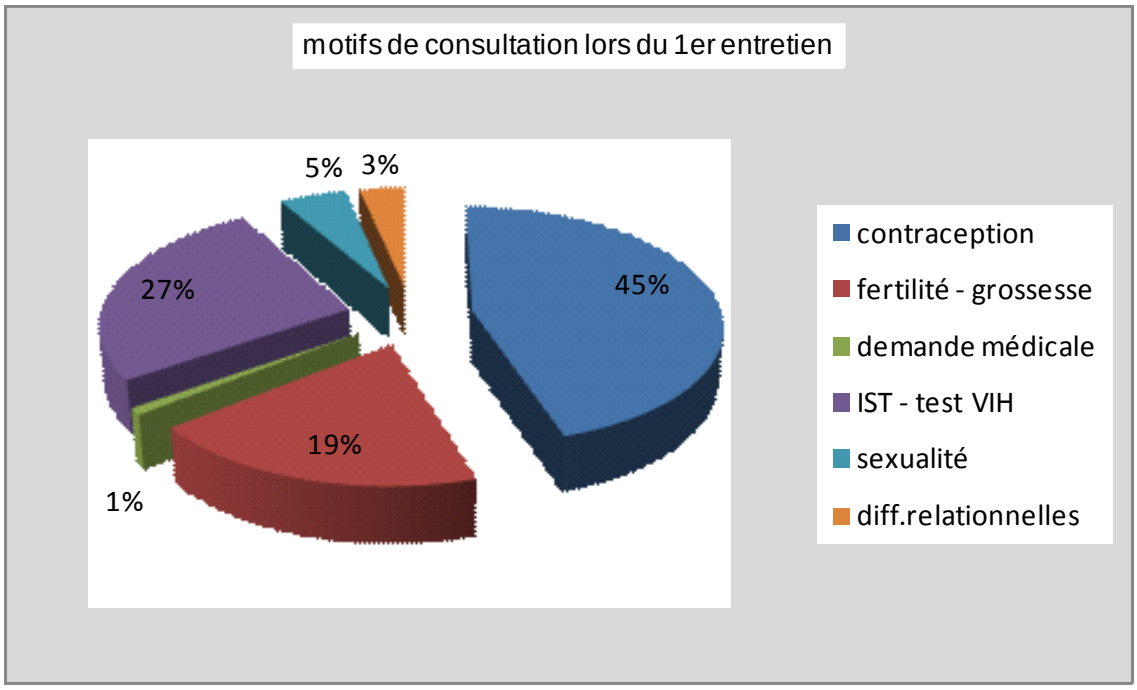
Sur un total de 1103 demandes, la contraception représente le motif de consultation le plus important avec 498 demandes. Celles-ci comprennent les demandes d'information ou de changement de contraception et les demandes de contraception d'urgence. Viennent ensuite les 291 demandes concernant les tests VIH/Sida et les demandes d'informations sur les IST. 212 demandes concernent la fertilité et la grossesse comprenant les tests de grossesse, les situations liées à une ambivalence de grossesse, les entretiens pré- et post-interruption de grossesse (IG) ainsi que les demandes liées à la fertilité. Les demandes avec la sexualité comme premier motif de consultation sont au nombre de 55 et comprennent les demandes d'information et d'éducation sexuelle, les premières relations sexuelles, les difficultés sexuelles, les abus et violences sexuelles.

Enfin, 37 demandes concernent des difficultés relationnelles: difficultés de couple, difficultés parents/enfants, difficultés personnelles et 10 concernent une demande médicale.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

A1. Quel est le pourcentage des demandes sexologiques comme premier motif de consultation par rapport au nombre total des demandes?

Tableau 2



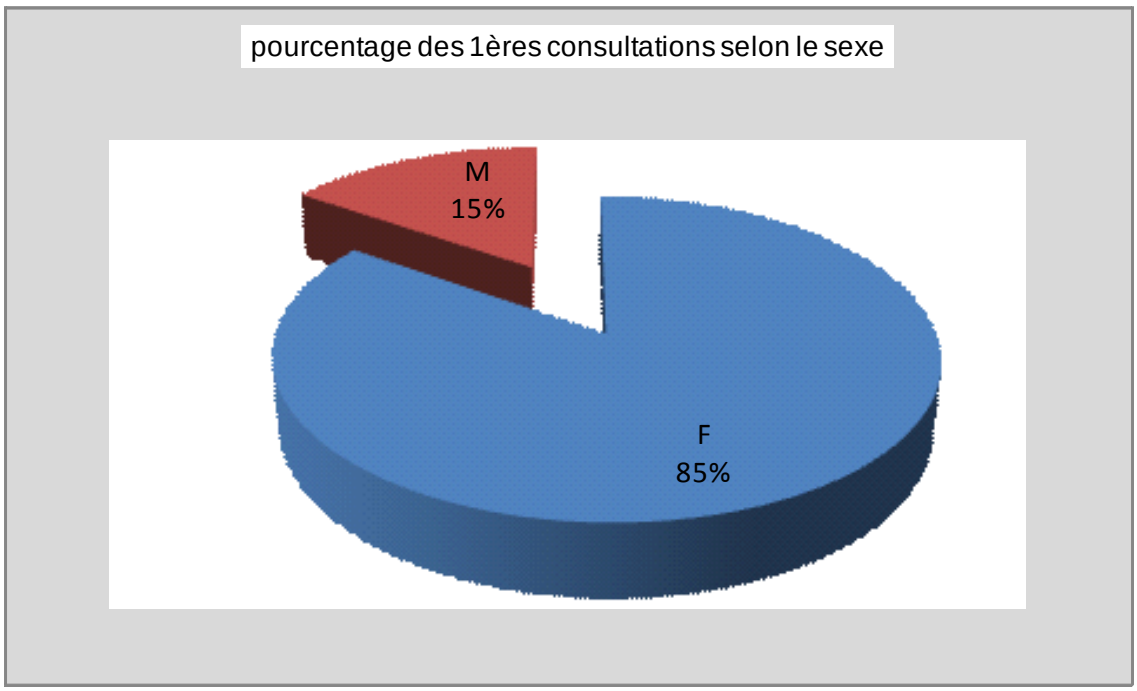
Le tableau 2 reprend les éléments du tableau 1 et indique en pourcentage les premiers motifs de consultation. Ainsi on peut voir que le 45% des demandes concerne la contraception, le 27% le domaine des IST et du VIH/Sida, le 19% concerne les demandes liées à la grossesse et à la fertilité, les premières demandes sexologiques représentent le 5% du total des demandes, le 3% concerne les difficultés relationnelles et 1% concerne des demandes médicales.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

B. **quelle est la représentation des hommes et des femmes dans les demandes au planning familial?**

pour l'ensemble des premières demandes?

Tableau 3

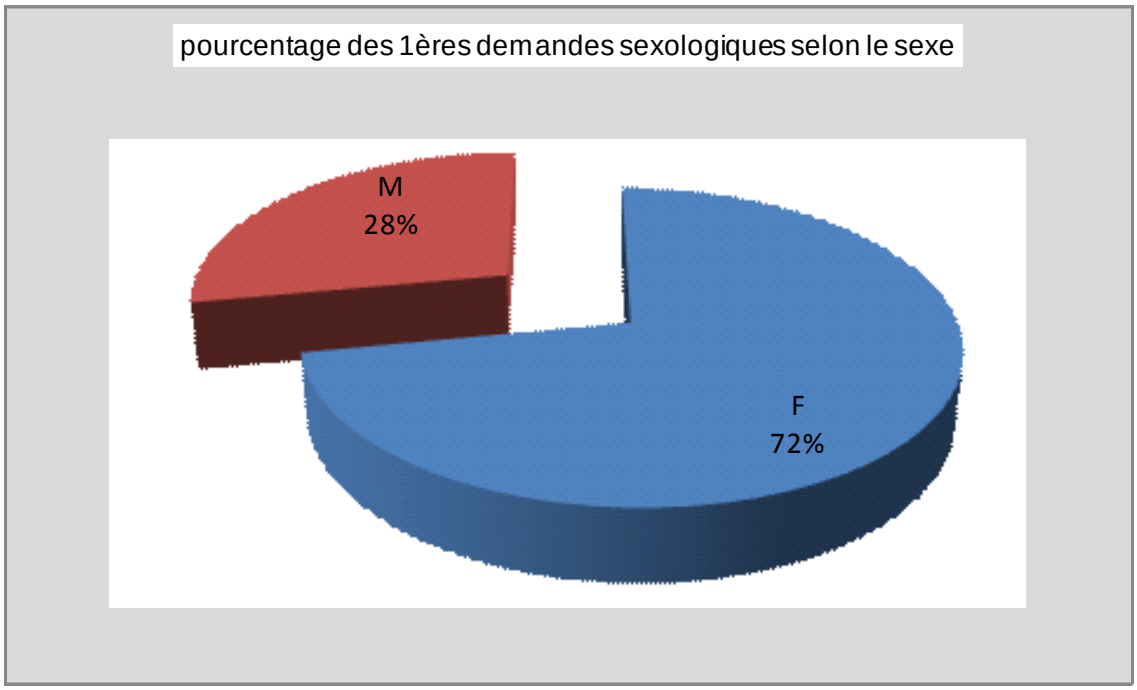


Dans l'ensemble de toutes les premières demandes, le pourcentage des demandes des femmes s'élève à 85% et celui des hommes à 15%.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

B1. Pour l'ensemble des premières demandes sexologiques?

Tableau 4

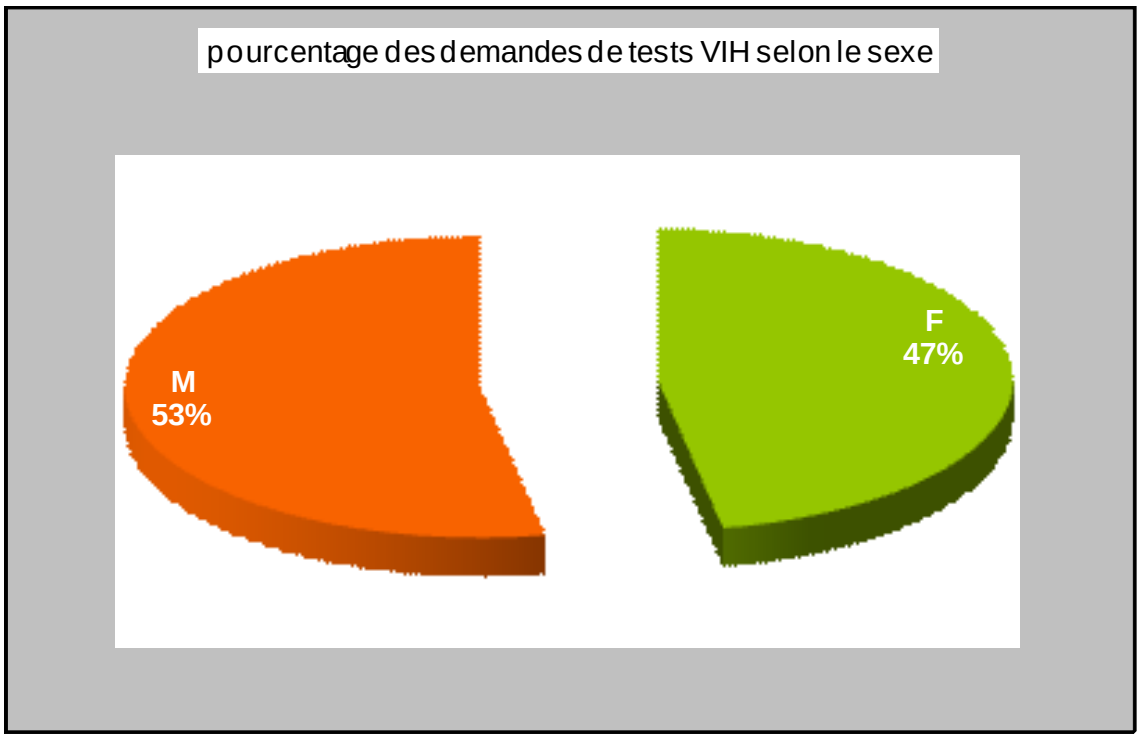


On constate que dans le tableau 3, le pourcentage des premières demandes masculines est de 15% pour l'ensemble des consultations. En ce qui concerne les premières demandes sexologiques masculines, on voit qu'il est quasiment doublé en passant de 15% à 28%.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

B2. pour les demandes de tests VIH?

Tableau 5

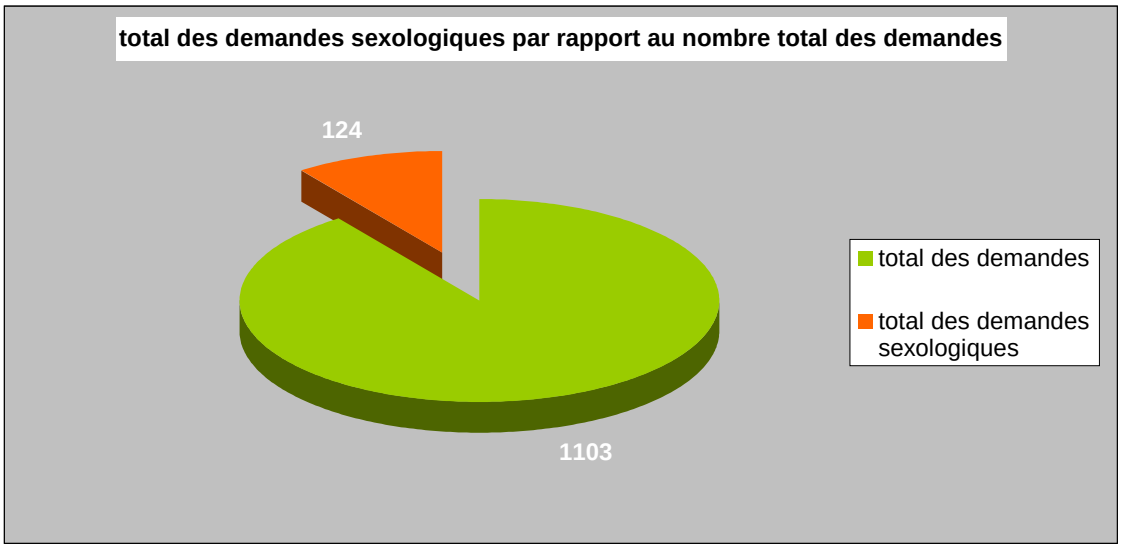


Les hommes sont largement représentés dans les demandes de test de dépistage du VIH avec un 53% des demandes totales de tests.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

C. Que représente le nombre total des demandes sexologiques (1er motif et demande secondaire) par rapport au nombre total des demandes?

Tableau 6



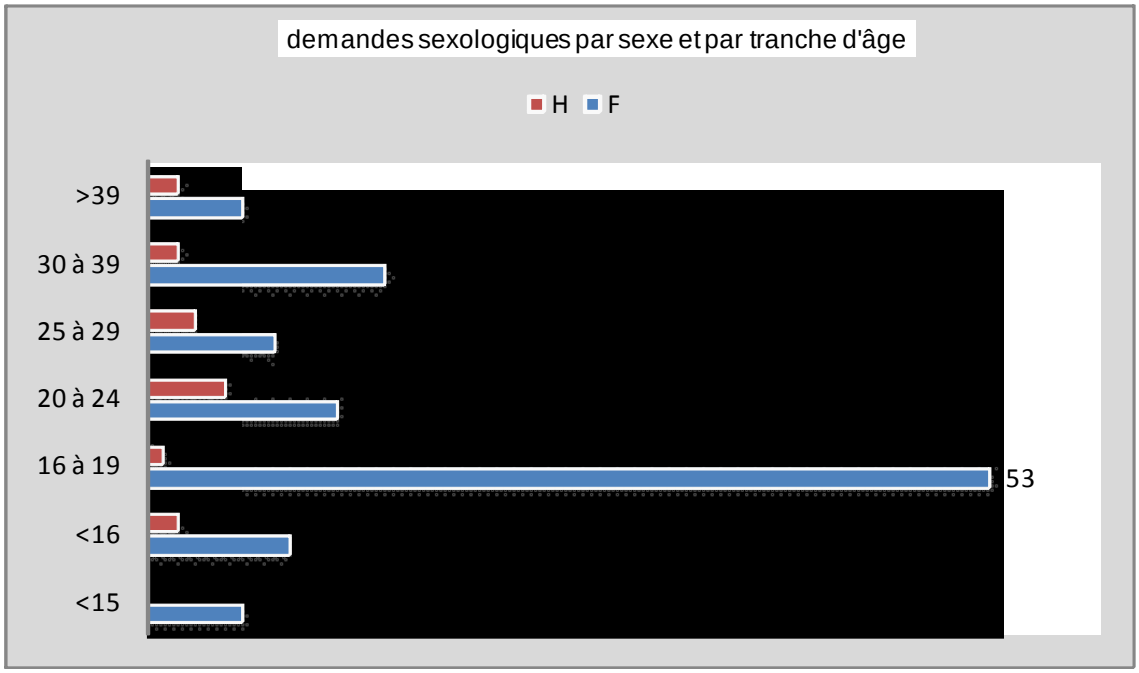
Le nombre total des demandes sexologiques est de 124 sur 1103 demandes, ce qui correspond à environ un 11% de toutes les demandes.[21]

[21] se référer au point 3.3. du chapitre Méthodologie

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

D. Quel est le nombre de demandes sexologiques selon le sexe et par tranche d'âge ?

Tableau 7

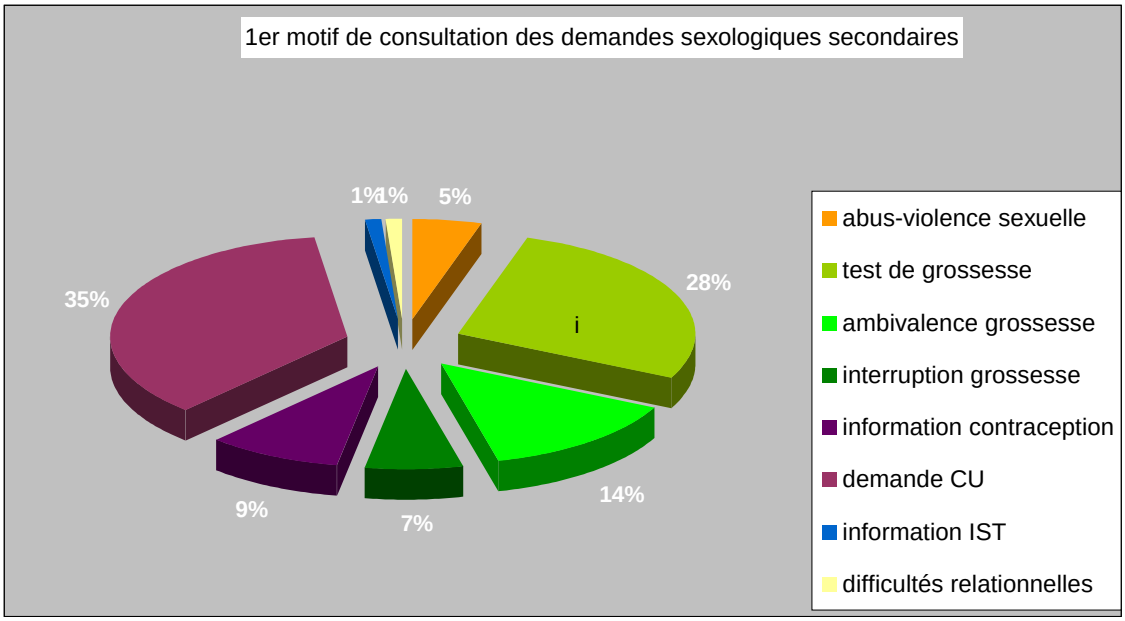


La tranche d'âge la plus représentée dans les demandes sexologiques des femmes est celle des 16-19 ans. 15 demandes viennent des moins de 16 ans, 20 demandes sont faites par des femmes de 20 à 30 ans et 6 demandes chez les plus de 39 ans. La deuxième tranche d'âge la plus représentée est celle des 30 à 39 ans avec 15 demandes. En ce qui concerne les demandes masculines, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 20 à 29 ans avec 8 demandes.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

E. Quels sont les domaines et les prestations du planning familial qui favorisent l'expression des demandes sexologiques secondaires ?

Tableau 8

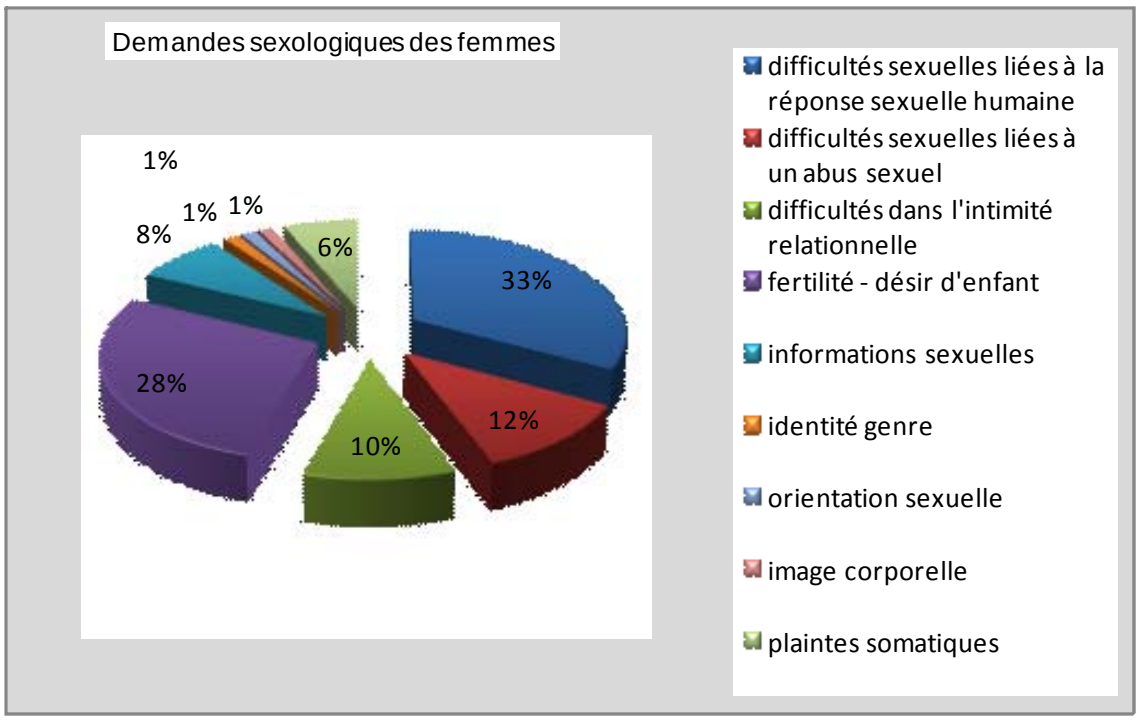


Avec 35%, les demandes de contraception d'urgence représentent la première porte d'entrée pour une demande sexologique secondaire. Les tests de grossesse, avec 28%, représentent la deuxième prestation favorisant l'expression d'une demande sexologique secondaire. L'ambivalence liée à la grossesse est un motif de consultation qui entraîne le 14% de demandes sexologiques. Viennent ensuite et dans l'ordre d'importance les demandes d'information sur la contraception (9%), les demandes d'interruption de grossesse (7%), les situations d'abus ou de violence sexuelle (5%). Les informations sur les IST et les difficultés relationnelles représentent chacune un 1%.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

F. Sous quelles formes apparaissent les demandes sexologiques des femmes ?

Tableau 9

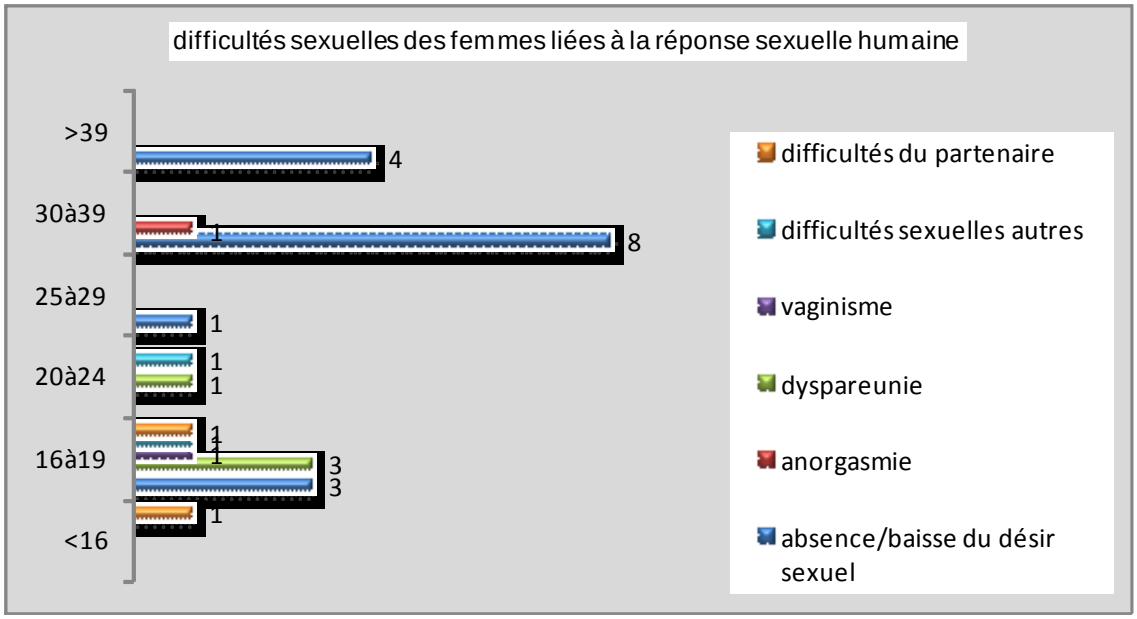


Avec 33% de représentation, les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine sont les 1ers motifs pour une demande sexologique de la part des femmes. La fertilité et le désir d'enfant viennent en deuxième position avec 28%. Les difficultés sexuelles liées à un abus sexuel antérieur (dans l'enfance ou l'adolescence) représentent un 12%. Les difficultés dans l'intimité relationnelle représentent un 10%. 8% sont des demandes d'informations générales sur la sexualité, 6% sont des plaintes somatiques. Chacune des demandes suivantes représente 1% : l'image corporelle, l'identité de genre, l'orientation sexuelle.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

F1. Quelles sont les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine chez les femmes?

Tableau 10



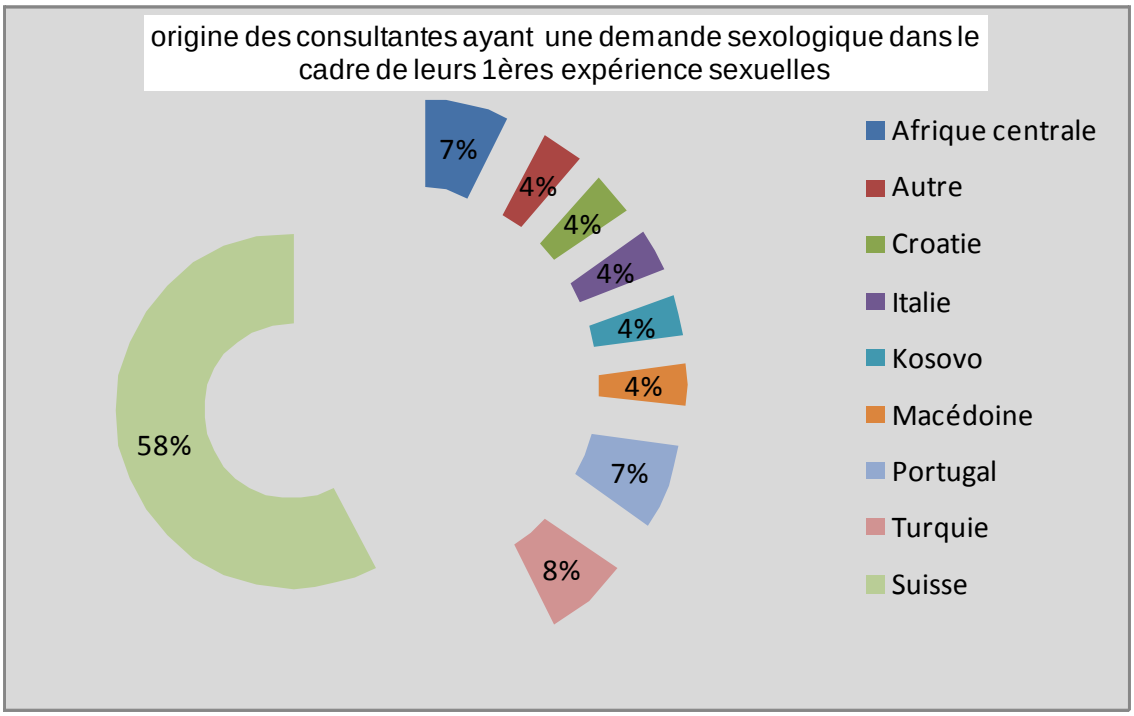
La baisse ou l'absence de désir sexuel est la difficulté sexuelle liée à la réponse sexuelle humaine la plus fréquente chez les femmes avec 16 situations, dont la majorité concerne les femmes au-delà de 30 ans. La dyspareunie et le vaginisme concernent des jeunes femmes des tranches d'âge 16 à 19 ans et 20 à 24 ans. Les difficultés sexuelles du partenaire sont amenées par des femmes de la tranche d'âge de 16 à 19 ans. L'anorgasmie concerne 1 femme de la tranche d'âge 30 à 39 ans. Les difficultés sexuelles autres sont représentées dans les tranches d'âge de 16 à 19 ans et de 20 à 24 ans.[22]

[22] Une situation est en lien avec la violence du partenaire, l'autre avec les mutilations génitales féminines

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

F2. Quelle est l'origine des adolescentes ayant une demande sexologique dans le cadre des premières expériences sexuelles?

Tableau 11



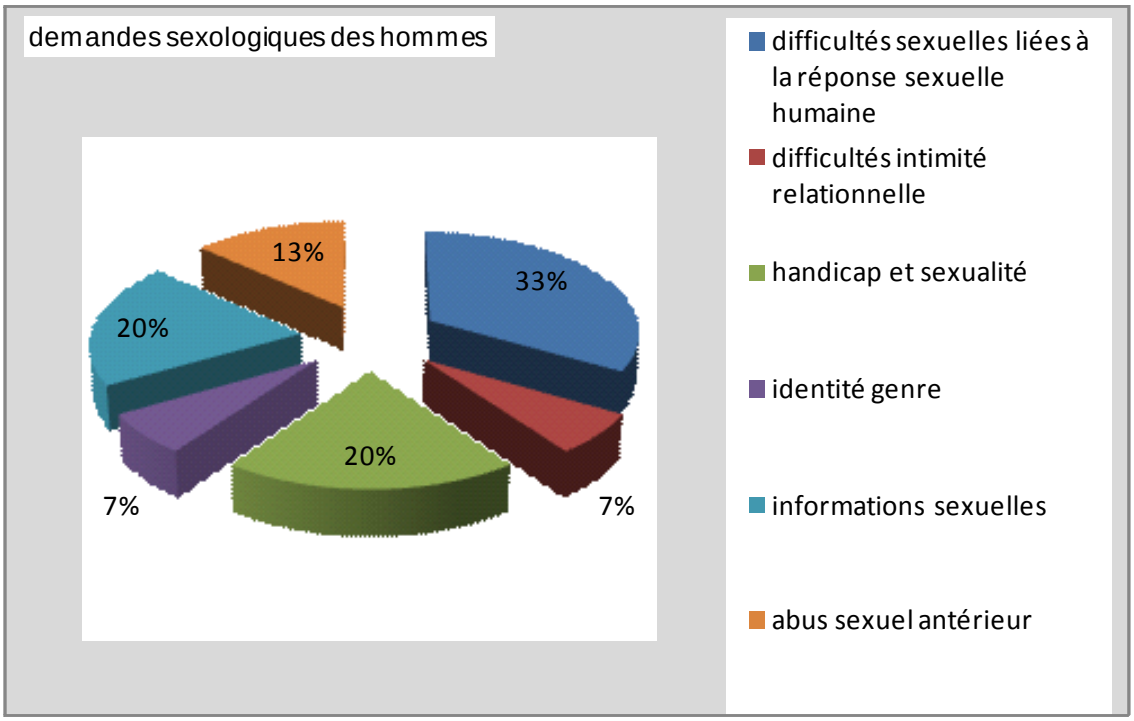
Dans les demandes sexologiques en lien avec les premières expériences sexuelles, les adolescentes d'origine suisse sont représentées à 58%. Les jeunes filles d'origine étrangère représentent au total le 42%. Plus de la moitié d'entre elles (22%) sont originaires de la Turquie, de l'Afrique centrale et du Portugal.[23]

[23] La population de la région socio-sanitaire des districts de Monthey et St Maurice comprend une population étrangère de l'ordre de 25% à 30% selon les localités. Les pays d'origine principaux sont le Portugal, l'Italie, la Serbie, la France, l'Allemagne et Autres pays. « La population montheysanne (…) est composée de 87 nationalités différentes, représentant 30% de la population(…) » Cité dans http://www.monthey.ch

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

G. Sous quelle forme apparaissent les demandes sexologiques des hommes?

Tableau 12

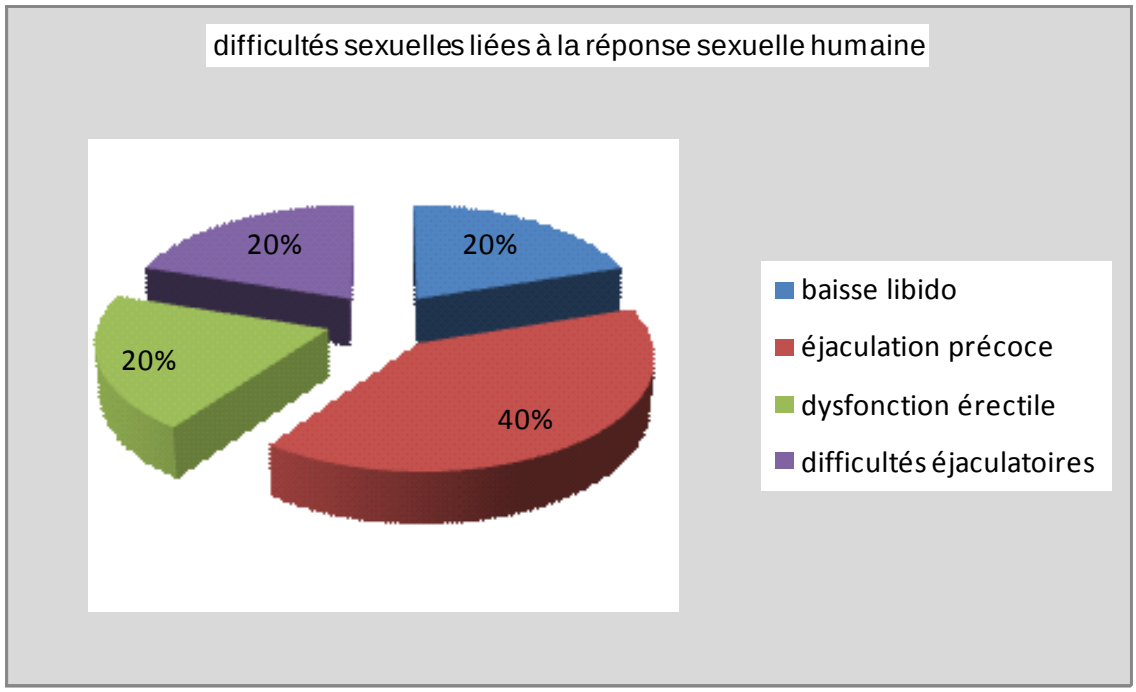


Avec 33%, les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine représentent la première forme d'expression des demandes sexologiques des hommes. Viennent ensuite les situations liées à un handicap et les demandes d'informations générales sur la sexualité avec un 20% chacun. 13% des demandes sexologiques viennent d'un abus sexuel antérieur. A égalité avec 7% sont exprimées les difficultés dans l'intimité relationnelle et les questions liées à l'identité de genre

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

G1. Quelles sont les principales difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine chez les hommes ?

Tableau 13

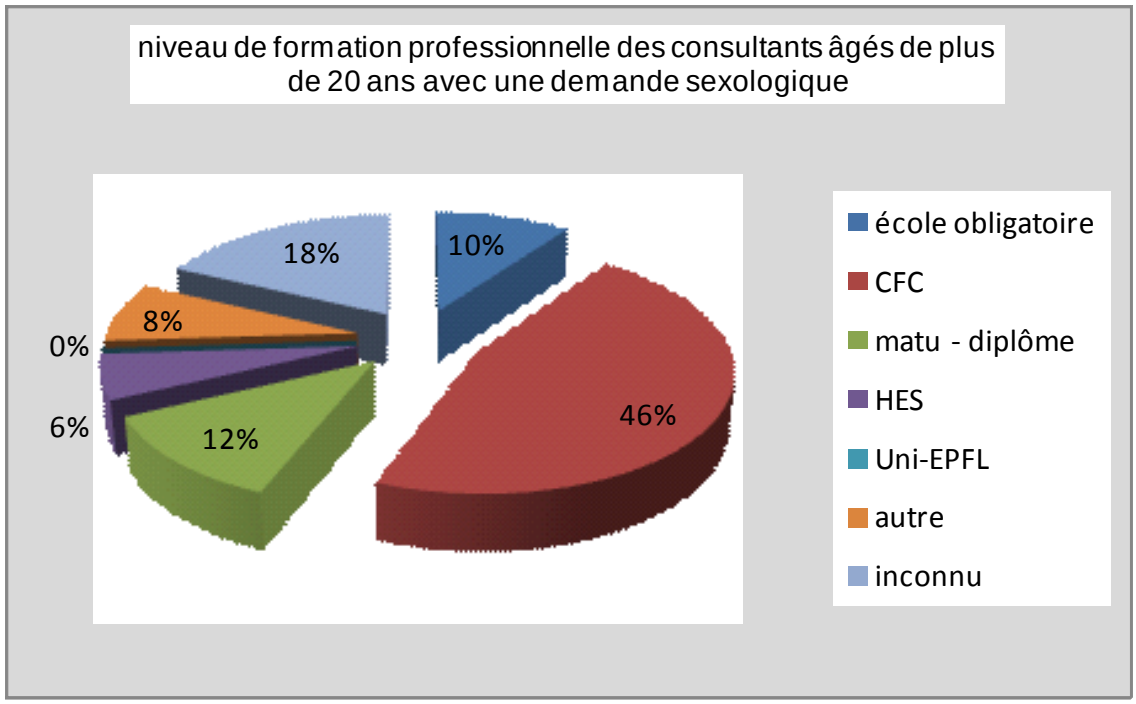


En ce qui concerne les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine chez les hommes, l'éjaculation précoce représente 40% des demandes. La baisse de libido, les dysfonctions érectiles et les difficultés éjaculatoires sont représentées à égalité avec 20% chacune.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

H. Quel est le niveau de formation professionnelle des personnes de 20 ans et plus avec une demande sexologique?

Tableau 14



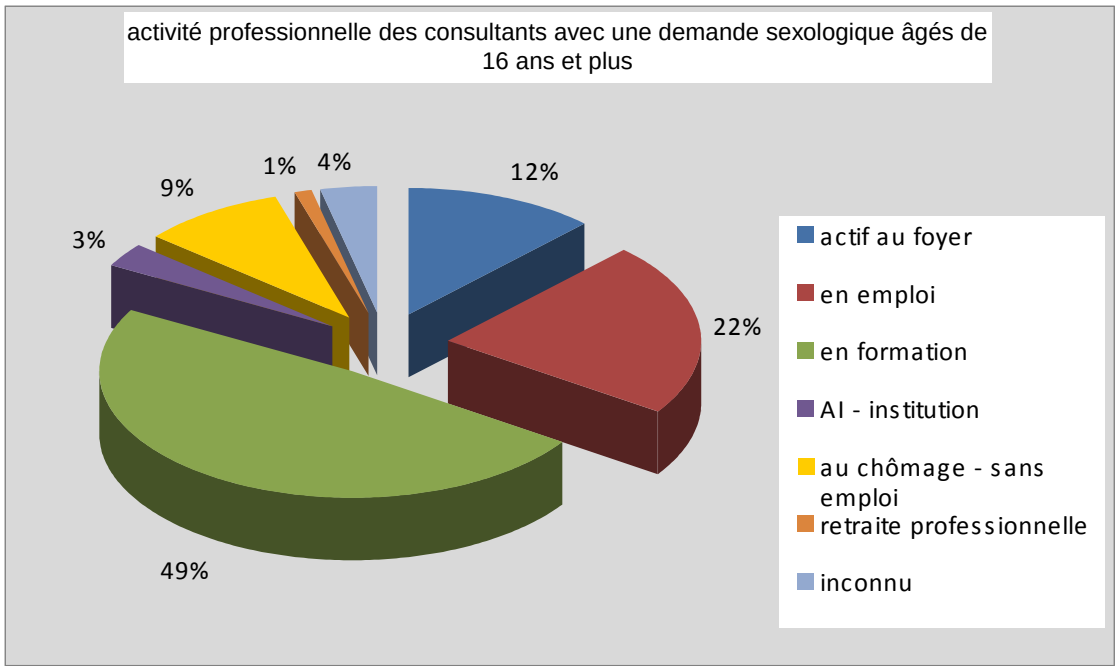
On constate que pour 46% des personnes le niveau de formation est un certificat fédéral de capacité (CFC), pour 12% un diplôme ou une maturité (collège secondaire, maturité professionnelle), pour 10% l'école obligatoire, pour 8% une formation autre, pour 6% un niveau HES. L'échantillon comporte un 18% d'inconnu. Le niveau de formation universitaire n'est pas représenté. [24]

[24] Il n'a pas été possible d'effectuer une telle analyse pour l'ensemble des consultations au centre car le nombre d'inconnues était trop élevé pour que le résultat soit pertinent. J'ai choisi de répertorier le niveau de formation atteint des personnes âgées de plus de 20 ans, la majorité des consultants de moins de 20 ans étant encore en formation (études ou apprentissage).

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

H1. Quelle est la situation professionnelle des personnes avec une demande sexologique âgés de 16 ans et plus ?

Tableau 15



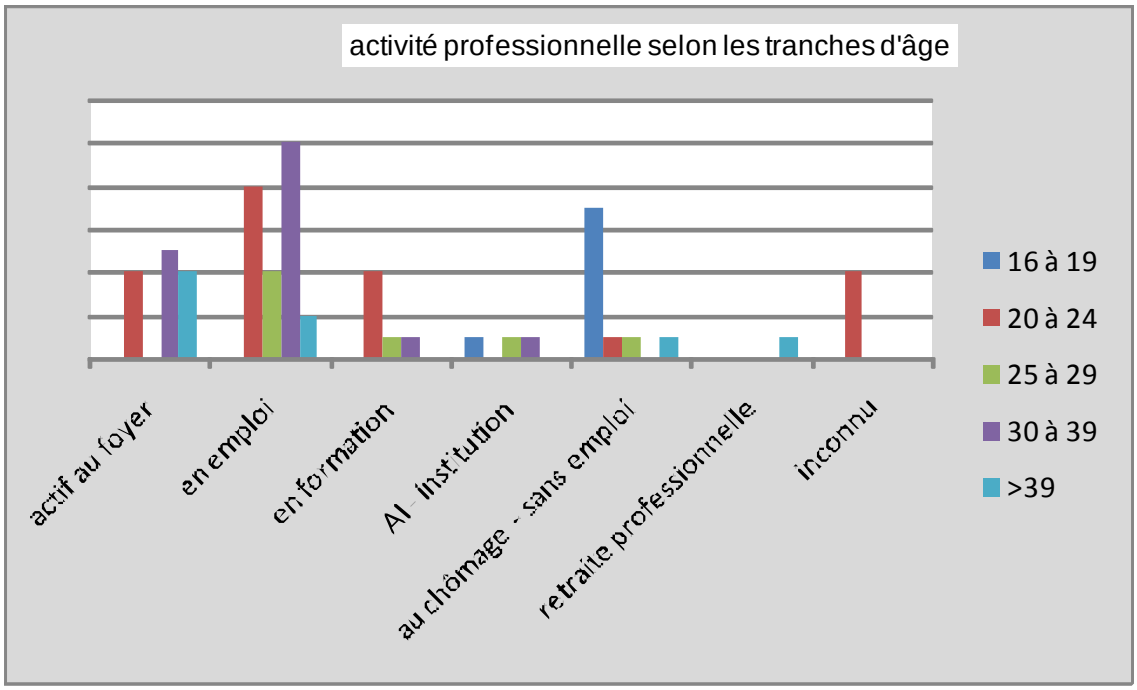
Les 49% des personnes sont en formation ; [25] 22% sont en emploi; 12% sont actives au foyer ; 9% sont au chômage ou sans emploi ; 3% sont en institution ou avec une rente AI ; 1% en retraite professionnelle. Il reste un 4% d'inconnu.

[25]La représentation de la tranche d'âge des 16-19 ans étant la plus élevée dans les demandes sexologiques avec 54 demandes (se référer au tableau 7) , il en découle logiquement un pourcentage élevé de personnes en formation.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

H2. Quelle est la situation professionnelle des personnes selon les tranches d'âge?

Tableau 16



L'échantillon utilisé pour cette analyse ne prend pas en compte les tranches d'âge de moins de 16 ans et moins de 15 ans, cette population fréquentant l'école obligatoire. On constate que la tranche d'âge des 16 – 19 ans est fortement représentée sous la rubrique au chômage – sans emploi.[26] Cela concerne 7 personnes sur 54, donc un 13% de personnes de cette tranche d'âge se trouvent dans la variable sans emploi ou au chômage.

[26] Cette tranche d'âge totalise 54 demandes (voir tableau 7). Les personnes concernées sont en majorité en formation : études, apprentissage, préapprentissage au semestre de motivation ; une personne est en institution.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

5. Discussion

5.1. Principaux résultats de l'analyse

Quel est le pourcentage des demandes sexologiques au planning familial?

Les demandes sexologiques, qu'elles soient formulées comme premier motif de consultation ou comme demande secondaire, représentent au total le 11% de toutes les demandes au planning familial (tableaux 2 et 6).

Ce résultat est à mettre en perspective par rapport au biais que représente le fait qu'il n'y a pas de dossier pour les entretiens de tests VIH/Sida (291 demandes), ni pour ceux menés à l'hôpital, que ce soit en gynécologie auprès des femmes vivant une interruption de grossesse (207 entretiens), une grossesse non évolutive (46 entretiens) ou à la maternité auprès des femmes ayant accouché (1102 entretiens).

Nous pouvons supposer en regard de ces observations que si les tests VIH/Sida (tableaux 1 et 5) et les entretiens à l'hôpital étaient accompagnées de l'ouverture de dossiers, leur analyse pourrait montrer un nombre de demandes sexologiques secondaires trois fois plus élevé.

En effet, la pratique du planning familial nous montre que les personnes qui nous consultent pour un test VIH, saisissent cette occasion pour aborder des questions liées à leur intimité relationnelle et sexuelle. Lors de l'entretien un bilan des risques éventuels pris par la personne venant pour le test est proposé. Il nécessite une investigation précise, notamment autour des pratiques sexuelles. Le fait que la sexualité soit abordée de matière directe, ainsi que la charge émotionnelle qui accompagne ce type de demande, font que les questions et/ou les problèmes en lien avec la sexualité sont fréquemment abordés. Je citerai pour exemple ce que j'ai entendu dans ma pratique. Les difficultés évoquées par les hommes sont la perte de l'érection lors de l'utilisation du préservatif, l'éjaculation précoce, les relations occasionnelles sans protection, les relations sexuelles avec d'autres hommes, les relations avec des prostituées, les difficultés personnelles comme l'angoisse face aux risques pris, la peur du jugement de la partenaire, la peur de l'intimité. En ce qui concerne les femmes, nous remarquons que le moment du test VIH/Sida questionne davantage des aspects relationnels comme la fidélité dans le couple ou des aspects de santé reproductive, comme la possible maternité en cas de séropositivité ou un choix contraceptif. On peut supposer que cette différence entre les questions des hommes et celles des femmes est due au fait que les femmes ont davantage l'occasion de parler de leur sexualité dans le cadre des autres prestations du planning familial ou chez leur gynécologue.

Les entretiens menés à l'hôpital constitueraient également un champ d'analyse très intéressant pour répertorier les demandes sexologiques. Les informations sur la contraception et les changements liés au post-partum proposées aux accouchées par une conseillère favorisent l'expression de questions, de craintes et de représentations liées à la

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

sexualité et à son vécu pendant la grossesse et après l'accouchement. Les femmes rencontrées parlent: de leur désir sexuel, parfois absent ou en baisse depuis la grossesse, de leur fatigue, de leur accouchement parfois mal vécu, de leurs douleurs et de leur inconfort, de l'allaitement qui peut peiner. Le retour à la maison est entrevu parfois comme un impossible défi à pouvoir tout concilier avec la peur de ne pas trouver un espace pour le couple et l'intimité. Pour certains couples ayant vécu une procréation médicalement assistée, la sexualité a été mise entre parenthèses car toute leur attention a été portée sur la grossesse. D'autres attendent parfois des conseils et des injonctions ou suivent les règles posées par leur culture, notamment quant au «bon moment» de reprendre des relations sexuelles avec pénétration. La période de la grossesse et du post-partum ainsi que le passage du couple à la parentalité, entraînent un processus de réaménagement psychologique individuel avec une modification des représentations des rôles et de la place de chacun. Selon Nicolas Favez, ceci «provoque un réaménagement du couple aux causes et conséquences multiples, et qui se marque par une période d'insatisfaction conjugale.»[27] Ceci confirme l'importance d'offrir aux femmes et aux couples l'occasion d'évoquer ces possibles difficultés et de transmettre des pistes et des lieux de soutien en cas de difficultés sexuelles.

Il est important de souligner que les exemples cités afin d'illustrer les propos entendus dans les entretiens sont issus de ma pratique professionnelle. Ce qui est dit par les personnes qui consultent, dépend à la fois de la manière dont les entretiens sont conduits par la conseillère en santé sexuelle et reproductive et des compétences spécifiques que celle-ci a développées. Des connaissances en sexologie de la part de la professionnelle vont permettre à celle-ci d'investiguer les questions posées et les problèmes soulevés de manière plus précise, sachant qu'une suite et des pistes peuvent être données.

[27] Nicolaz Favez, *Les transformations de la relation de couple lors de la transition à la parentalité*, Unige: 15 novembre 2008, Certificat de sexologie clinique

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Quelle est la représentation des hommes et des femmes dans les consultations sexologiques?

Le pourcentage des demandes masculines est de 28% dans les premières demandes sexologiques (voir tableau 4), soit quasiment le double par rapport aux demandes masculines générales. Quant au pourcentage des demandes masculines pour un test VIH/Sida, il est de 53%, donc supérieur aux 47 % des demandes féminines (voir tableau 5). Nous pouvons en déduire que mettre en place des prestations dans lesquelles les hommes peuvent reconnaître une «porte d'entrée» pour leurs problèmes, permet une hausse significative de leurs demandes.

Il reste à être conscient qu'en ouvrant le planning familial aux hommes, la mise en place de prestations spécifiques ne suffit pas. La promotion de la santé sexuelle nécessite la prise en compte des représentations qu'ont les hommes et les femmes quant à leur rôle dans les activités sexuelles. Une analyse de A. Giami et B. Spencer amène un éclairage intéressant sur le sujet en lien avec ce qu'ils appellent «les objets techniques» que sont la pilule, les préservatifs et le sildénafil pour le traitement des dysfonctions érectiles. [28] «…[11, 12]. En identifiant précisément les rôles et les fonctions de chacun des deux partenaires dans l'utilisation d'une technique, mais aussi en prenant en compte celui/celle sur qui la technique a un effet potentiel, ce cadre théorique peut permettre d'analyser les scénarios culturels et interpersonnels [13] qui rythment et organisent l'activité sexuelle lorsqu'il y a recours à ces objets techniques (…).(…)L'apparition de la pilule a permis de modifier durablement le rôle des femmes dans l'activité sexuelle, en leur attribuant une position active dans la gestion de la contraception. Le sida, et la réintroduction du préservatif au cœur même du rapport sexuel, a redonné une place aux hommes en matière de gestion des risques associés à l'activité sexuelle. Considérés comme « irresponsables » en matière de contraception, les hommes ont été réinvestis d'une responsabilité et d'une initiative en matière de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles. L'apparition du Viagra a rétabli le modèle de l'activité sexuelle «naturelle» et repris les représentations les plus traditionnelles de la sexualité masculine et féminine.» On peut supposer que ces changements de représentations ne sont pas sans conséquence sur les demandes sexologiques pouvant être formulées par les hommes au planning familial.

[28] GIAMI A., SPENCER B, Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels, *Rev Epidemiol Sante Publique,Masson, Paris ; 2004, 52 : 377-387*

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Quel est le nombre de demandes sexologiques selon le sexe et la tranche d'âge ?

Sur un total de 124 demandes sexologiques (tableau 7), la tranche d'âge la plus représentée chez les femmes est celle des 16 à 19 ans avec 53 demandes.

Cela correspond à la représentation de la tranche d'âge des 16 à 19 ans pour l'ensemble des consultations au planning familial du centre SIPE de Monthey.

La tranche d'âge la plus représentée chez les hommes est celle des 20 à 29 ans avec 8 demandes. Les adolescents garçons constituent un très petit nombre avec 3 demandes entre 15 et 19 ans.

Ceci vient confirmer l'observation faite dans l'enquête SMASH 2002 sur la santé et la sexualité des jeunes en Suisse et que développent J.-C. Suris et P.-A. Michaud dans leur article sur la consultation garçons de l'UMSA: «(…) l'enquête SMASH 2002 montre que 7% de jeunes suisses disent avoir besoin d'aide pour des problèmes liés à la sexualité ou à la contraception,(…) Chez les garçons, le pourcentage de ceux qui ont accès à une information est extrêmement faible, de l'ordre d'un jeune sur vingt-cinq ! (…) les jeunes filles ont leur gynécologue ou des centres de planning familial, tandis que les garçons n'ont pas de lieu de référence avec ces caractéristiques. En fait, bien que les centres de planning soient ouverts aux garçons, ceux-ci ne les utilisent que rarement, sans doute en raison d'une vision stéréotypée selon laquelle les services de santé sexuelle sont orientés vers les femmes. Une étude qualitative menée aux Etats-Unis qui explorait ces obstacles parmi des jeunes hommes vivant en milieu urbain concluait que les barrières personnelles et psychologiques étaient la peur de la stigmatisation et la perte du statut social, la honte et l'embarras, tandis que les barrières structurelles incluaient le manque de respect des professionnels, le manque d'intimité/confidentialité, et les défis pour accéder au système de soins.» [29]

[29] J.-C. Suris, P.-A. Michaud, Médecine de l'adolescence, consultation garçons, *Revue Médicale Suisse*, No 93, 2007, http://www.revmed.ch (consulté le 22.08.2009)

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Quels sont les domaines et les prestations du planning familial favorisant l'expression de demandes sexologiques?

Selon ce que nous pouvons observer dans le tableau 8, les prestations du planning familial favorisant l'expression des demandes sexologiques secondaires les plus importantes sont la contraception d'urgence (35% des demandes) et le test de grossesse (28% des demandes) et concernent donc les femmes.

L'ambivalence liée à la grossesse est une porte d'entrée également importante (14% des demandes). Si l'on réunit toutes les demandes liées à la grossesse (tests de grossesse, ambivalence de grossesse, interruption de grossesse), on arrive à un 49% de représentation dans les demandes sexologiques secondaires. A priori les questions de test de grossesse, d'ambivalence ou d'interruption de grossesse semblent plutôt liées à la santé reproductive et à la gestion de la fertilité. Pourtant si un certain nombre de ces situations entraînent des demandes sexologiques au planning familial, c'est qu'elles contiennent d'autres enjeux que celles de connaissance et de choix en matière de contraception. Elles sont profondément liées à la possibilité que saisissent ces personnes en situation de crise ou de doute d'élaborer et de penser leur fertilité et leur désir d'enfant, tant au niveau des représentations que de celui de leur vécu. Je développerai ce point dans la question suivante qui y est directement liée.

Sous quelles formes apparaissent les demandes sexologiques des femmes?

Le tableau 9 démontre que le 33% des demandes sexologiques des femmes sont des difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaines. La difficulté sexuelle principale évoquée (tableau 10) est celle de la baisse, voire de l'absence de désir sexuel. Elle est évoquée par une majorité des femmes âgée de 30 ans et plus. Les autres difficultés sexuelles sont la dyspareunie, l'anorgasmie et le vaginisme.

La plupart des femmes venant pour une absence ou une baisse de désir sexuel sont en couple stable, ont 1 à 3 enfants et disent ne pas vivre un conflit conjugal. Leur démarche a souvent lieu après une longue réflexion et suite à une première confidence faite chez le gynécologue ou auprès d'une collègue du planning familial. Elles identifient leur difficulté à la fatigue, l'ennui ou à un manque d'intimité relationnelle dans le couple. La peur de lasser ou de «faire souffrir» leur partenaire, le sentiment de «perdre quelque chose» dans leur vie sexuelle et de ne pas être «normales» les incitent à consulter. Dès lors, il paraît important de vérifier leurs besoins ainsi que la vision qu'elles ont d'une sexualité «normale» et de favoriser une prise de distance avec la norme et la pression possibles qu'elles vivent. La question du désir sexuel féminin fait aujourd'hui l'objet de nouvelles approches suite à l'analyse critique faite par Leonore Tiefer du modèle de la réponse sexuelle humaine (HSRC) défini par les recherches de Masters et Johnson. Denise Médico le précise ainsi,

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

dans le cadre de son cours au Certificat de sexologie clinique: «(…) la vision du désir selon le modèle dominant serait de type masculin: besoin spontané versus un désir féminin ressenti plutôt comme une réponse (Basson)[30] [31] et une motivation à s'engager dans une relation sexuelle. Le contexte et la relation en sont des variables prépondérantes(…) De récentes discussions au sein de la communauté scientifique ont lieu pour modifier les critères de «troubles du désir».[32] Nous pouvons ainsi nous interroger sur la prise en charge de telles demandes au planning familial. Formulées après la naissance d'un enfant, à la ménopause ou au moment de l'adolescence, ces difficultés liées au désir sexuel méritent que l'on s'intéresse au contexte relationnel et amoureux de ces femmes, au vécu de leurs premières expériences sexuelles parfois traumatiques, à l'image corporelle et à l'estime de soi et à d'éventuels antécédents d'abus ou de violences sexuelles. Les difficultés sexuelles liées à un abus antérieur représentent d'ailleurs le 12 % de notre échantillon.

La fertilité, le désir de grossesse ou d'enfant représentent la deuxième forme d'expression demandes sexologiques.

Les femmes qui nous consultent, adolescentes ou adultes, évoquent parfois un désir de grossesse qui viendrait pallier des difficultés familiales ou personnelles, un sentiment de solitude ou d'angoisse face à l'avenir, qui viendrait asseoir une identité et confirmer une normalité ou encore affirmer une loyauté aux valeurs familiales. Pour exemple:la phrase d'une jeune femme de 19 ans, enceinte et ambivalente dans son choix de poursuivre ou non la grossesse: «depuis que je suis enceinte j'ai plein de bonnes pensées, je me sens plus moi-même, je me sens entière, j'ai arrêté de boire (…) je veux mettre du bonheur dans ma famille.»

La pratique de conseillère en santé sexuelle et reproductive nous montre que les situations vécues par ces adolescentes ou ces jeunes femmes remettent en jeu les événements vécus dans l'enfance, le lien construit avec leur mère, leur place dans la famille et dans la fratrie. Il semble que la grossesse non prévue ou le désir de grossesse viennent questionner chez elles leur sentiment d'exister et leur lien au groupe familial ainsi qu'aux générations précédentes. La grossesse peut provoquer une sorte d'arrêt sur image et interpelle parfois des parents complètement choqués par la nouvelle. En pensant à elles, je citerai la psychiatre et psychanalyste Judith S. Kestenberg. Dans son livre «Les trois visages de la féminité», elle décrit les intégrations successives qu'entraînent une première grossesse et

[30] BASSON R. & all., Report of the international consensus development, Conference on female sexual dysfunctions: definitions ands classifications, U.S.A.: American Urological Association, *The Journal of Urology*, 2000, vol. 163, p. 888-893

[31] ASSOCIATION OF REPRODUCTIVE HEALTH PROFESSIONALS, Female sexual response, What you need to know [en ligne] 2005 www.arhp.org/factsheets (consulté le 25.08.2009)

[32]MEDICO Denise, *Débats actuels sur la sexualité féminine*, Genève: Certificat de formation continue en sexologie clinique, Unige, 2008

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

les suivantes chez les femmes dont la vie va évoluer d'une structure dyadique à une structure triangulaire puis à une structure de groupe familial et qu'elle nomme le «complexe féminin multiforme». Elle précise: «A l'intérieur de ce complexe féminin multiforme, nous pouvons détecter les trois visages de la féminité qui découlent des phases de développement (…): 1- le visage doux, patient, aimant de la femme maternelle. 2- le visage intense, résolu, de la femme «productrice», énergique et concurrente. 3- le visage séducteur de la femme sexuellement épanouie (…)» «(…) Dans les analyses nous sommes confrontés à des conflits entre ces trois aspects de la féminité. Ces conflits deviennent particulièrement importants quand la société oblige la femme à tenir un rôle dans lequel un des trois «visages»doit être relégué pour que les autres se développent.»[33]

Le tableau 11 illustre l'origine des adolescentes ayant une demande sexologique dans le cadre de leurs premières expériences sexuelles. On peut voir que les jeunes filles d'origine étrangère y sont largement représentées

Pour la plupart d'entre elles, les relations sexuelles sont vécues malgré un fort interdit parental ou intégré comme tel avec une grande difficulté à adhérer à une contraception suivie. Le choix contraceptif et la démarche chez le gynécologue deviendraient ainsi à leurs yeux l'officialisation de leurs relations sexuelles, donc le signe d'une déloyauté à la famille. Ces circonstances s'accompagnent souvent de relations sexuelles peu confortables, empreintes de peur et avec des problèmes de dyspareunie. Ce sont des jeunes filles qui reviennent plusieurs fois pour une contraception d'urgence ou pour un test de grossesse. Le temps et l'invitation que nous leur faisons à mettre en perspective ces événements avec leur vécu et leurs projets, font que peu à peu la plupart de ces jeunes filles dépassent ces conflits et trouvent un compromis acceptable pour elles. Ce travail représente certainement une prévention d'éventuelles difficultés sexuelles futures.

[33] Judith S. Kestenberg, *Les trois visages de la féminité Etudes sur le désir de maternité, la grossesse et la sexualité féminine,* Paris, Des-femmes-Antoinette Fouque ; 2008, p. 119-120

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Sous quelles formes apparaissent les demandes sexologiques des hommes?

Nous pouvons constater (tableau 12) que le 33% des demandes sexologiques des hommes sont les difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine. Le 13% des demandes sont en lien avec un abus sexuel antérieur. Les difficultés sexuelles le plus souvent évoquées chez les hommes sont l'éjaculation précoce, la dysfonction érectile, la baisse de libido et des problèmes éjaculatoires.

En comparaison nous pouvons remarquer les mêmes pourcentages pour les femmes dans le cas des difficultés sexuelles liées à la réponse sexuelle humaine et des demandes liées à un abus sexuel antérieur.

Pour 20% des demandes masculines il s'agit de situations liées à un handicap psychique. Dans notre échantillon, ce sont des jeunes hommes envoyés au planning familial par l'institution ou la famille, avec le souhait d'une éducation sexuelle faite par des personnes «neutres». Derrière la demande se profile parfois l'attente que ce passage au planning familial calme ou cadre des désirs sexuels exprimés par ces personnes, désirs qui dérangent ou inquiètent leur entourage. Ces hommes expriment un désir de reconnaissance et de normalité: vivre une relation amoureuse reconnue par les autres, inviter sa copine au cinéma ou au restaurant, être reconnus comme un couple, avoir un enfant, ce sont là leurs rêves. Les informations données et intégrées au rythme de leurs possibilités peuvent leur permettre de dépasser des barrières liées à leurs peurs, à leur maladresse, parfois à leur culpabilité de ressentir de l'excitation et du désir sexuel.

Si nous comparons les modes d'expression de problèmes sexuels chez les hommes et chez les femmes (tableaux 9 et 12) nous constatons que le nombre de modes d'expression pour les hommes est inférieur à celui de ceux utilisés par les femmes (9 modes pour les femmes, 6 pour les hommes).

Ceci découle logiquement des prestations du planning familial largement destinées aux femmes. La différence n'est cependant pas si grande et l'on peut remarquer que les hommes qui consultent ont des portes d'entrée diverses : difficultés sexuelles, difficultés dans l'intimité relationnelle, handicap et sexualité, identité de genre, infos sexuelles, abus sexuel antérieur. Cela contredit le préjugé concernant la difficulté des hommes à entreprendre une démarche dans les centres de planning familial. A remarquer que les hommes qui consultent ont en majorité 20 ans et plus. Il apparaît donc plus difficile pour les garçons adolescents de venir au planning familial. Il serait intéressant d'y réfléchir.

Que ce soit dans les demandes des hommes ou dans celles des femmes, les situations liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre ne sont pas des demandes émergentes

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

(1%). On peut supposer que si l'échantillon pouvait prendre en compte les tests VIH/Sida, ces situations seraient plus nombreuses.

Quel est le niveau socioculturel des personnes avec une demande sexologique?

Selon le tableau 14, la majorité des personnes qui nous consultent pour une demande sexologique ont un niveau de certificat fédéral de capacité. 18% ont une formation de niveau secondaire ou HES. Le niveau universitaire n'est pas représenté. 10% ont le niveau de l'école obligatoire.

Le tableau 15 montre un taux de 12% de personnes au chômage ou sans emploi ou au bénéfice d'une rente invalidité, 49% de personnes en formation (population adolescente) et 12% de personnes actives au foyer. Dans le tableau 16 qui présente l'activité professionnelle par tranche d'âge on constate qu'un 13% des 16 – 19 ans sont au chômage ou sans emploi. Selon l'office cantonal statistique du Valais, le taux de chômage pour le 1er trimestre 2009 dans les districts de Monthey et St Maurice est en moyenne de 4,7%.[34]

Deux conclusions peuvent être faites : 1) les personnes au chômage ou sans emploi, particulièrement les jeunes, sont surreprésentées dans nos consultations pour les difficultés sexuelles ; 2) 73% des personnes avec une demande sexologique sont en formation ou ont des revenus limités.

Nous pouvons en déduire que pour cette tranche de la population qui nous consulte, obtenir des consultations sexologiques à tarif accessible est prioritaire.

5.2. Mise en lien avec des études similaires

Afin de répertorier d'éventuelles études similaires, j'ai effectué une recherche sur la base de données SAPHIR, réseau des bibliothèques de Suisse romande. A partir de cette base, je suis allée prioritairement consulter les sites de l'IUMSP (Institut de médecine sociale et préventive à Lausanne), du Cdsp (Centre de documentation en santé publique du canton de Vaud) et du Cifern (Centre de planning familial de Genève). J'ai également effectué des recherches sur le site de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) ainsi que sur celui de PLANeS (Fondation suisse sur la santé sexuelle et reproductive). Cette recherche s'est révélée peu fructueuse. Les études trouvées sont principalement liées à la santé et la sexualité des adolescents, à l'épidémiologie en matière de VIH/Sida et des IST et à l'analyse des comportements chez les jeunes ainsi qu'à l'analyse de l'accessibilité des services de santé sexuelle. Quelques recherches s'intéressent aux besoins des hommes ou envisagent les rapports de genre dans la sexualité. Une seule recherche étudie les demandes

[34] ETAT DU VALAIS, Administration cantonale des finances, Office cantonal de la statistique, Publications, informations statistiques [en ligne]. 2009
www.vs.ch (consulté le 27.08.2009)

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

sexologiques dans le cadre du planning familial; elle a été menée au CHUV et publiée en 1988.[35] Je l'ai citée dans l'introduction et en cernerai ci-après les éléments essentiels. Je parlerai d'une deuxième étude publiée dans la revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins. Elle a été réalisée par Mme Linda Rossi, psychomotricienne, psychothérapeute et sexologue au Tessin.[36] Je parlerai aussi d'une présentation de Mme Lorenza Bettoli, conseillère en santé sexuelle et reproductive au Cifern, centre de planning familial à Genève.

1. **« Planning familial et difficultés sexuelles »**. Cette thèse a été écrite par Mme Nicoletta Belhadjali-Meregaglia, conseillère en planning familial, sociologue et qui travaille actuellement comme sexologue à Milan en Italie. L'étude a été menée au planning familial de la maternité du CHUV. L'échantillon analysé comporte les consultations sur deux ans et recense 140 difficultés sexuelles, soit le 8% de toutes les consultations. La classe d'âge la plus représentée est celle des femmes entre 21 et 30 ans. Les étrangères représentent le 48% des personnes qui consultent. Les demandes masculines sont sous-représentées avec 9 demandes. La difficulté la plus fréquemment évoquée par les femmes est l'absence ou la baisse du désir sexuel. Les conflits conjugaux sont peu nombreux (7%). Les difficultés liées à la douleur sont sur-représentées, ce qui est expliqué par le contexte hospitalier de ces demandes. Cette thèse a 21 ans; si la même étude était faite actuellement, nous pouvons supposer qu'elle divergerait peu dans les chiffres et dans les difficultés sexuelles présentées. Par contre, les changements provoqués par le VIH/Sida et l'évolution bio-médicale en matière de procréation et de diagnostic prénatal induiraient certainement de nouveaux modes d'expression des problèmes sexuels.

2. **« La consultation sexologique au Tessin: Analyse quantitative et qualitative »**. Mme Linda Rossi a répertorié 168 demandes sexologiques choisies selon un critère aléatoire sur dix ans de consultation. Installée comme psychothérapeute depuis 1994, Mme Rossi est actuellement essentiellement consultée comme sexologue. 63% des patients ont entre 30 et 40 ans. La représentation des demandes masculines a passé en 10 ans de 20% à 43%. 69% des personnes qui consultent sont de nationalité suisse. La grande majorité possède une formation de niveau secondaire ou supérieur et 16% des personnes ont un niveau universitaire. Le principal motif de consultation des femmes est le manque de désir sexuel (36%), celui des hommes est la dysfonction érectile (32%).

3. **« Santé sexuelle et planning familial: quel type de prévention et d'accompagnement »?** Il ne s'agit pas d'une étude mais d'une présentation faite par Mme

[35] BELHADJALI-MEREGAGLIA Nicoletta, *Planning familial et Difficultés sexuelles*, Berne, Editions Peter Lang SA, Publications Universitaires Européennes ; 1988, p 50, 108-109,118

[36] ROSSI Linda, La consultation sexologique au Tessin, Analyse quantitative et qualitative basée sur l'évaluation sexologique d'un groupe de 168 patients, *Santé sexuelle, La revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins*, 2008, no 5, p. 23-32

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

Lorenza Bettoli lors d'un congrès de sexologie en mars 2007[37]. Sur un total de 3463 entretiens en 2006 au planning familial de Genève, le 4% sont liés à la sexualité. Les premières demandes sexologiques sont au nombre de 30 et viennent de personnes âgées de 20 ans et plus avec 25 femmes et 5 hommes.

En comparaison de notre étude nous pouvons conclure:

- l'échantillon analysé dans chaque étude est quasi équivalent (124 situations pour la nôtre, 140 pour celle du Chuv et 168 pour celle de Mme Rossi)
- le pourcentage des premières demandes liées à la sexualité dans les centres de planning familial est assez proche avec respectivement un 4% (Cifern), un 5% (Sipe Chablais valaisan) et un 8% (Chuv)
- les centres de planning familial sont majoritairement fréquentés pour les demandes sexologiques par les adolescents et les jeunes adultes jusqu'à 30 ans
- la représentation des femmes étrangères dans les demandes sexologiques est importante dans les centres de planning familial du Chuv et du Chablais valaisan
- la fréquentation d'un cabinet privé de sexologie représente une majorité de personnes d'origine suisse, d'un niveau socio-économique élevé et avec un pourcentage d'hommes important
- pour les trois études la difficulté sexuelle principale évoquée par les femmes est la baisse de désir sexuel

5.3. Pistes de développement possibles

Le tableau présenté en annexe II[i] contient deux variables qui n'ont pas été explorées. Ce sont celle concernant le-la partenaire sexuel-le et celle qui précise le suivi des demandes sexologiques. Dans la variable «partenaire sexuel» sont répertoriées les situations suivantes: aucun-e partenaire – partenaire occasionnel-le – relation débutante < 6 mois – relation stable

– séparation. La mise en lien des demandes sexologiques et des difficultés sexuelles avec la situation relationnelle permettrait une observation intéressante du contexte relationnel dans lequel vivent les personnes qui nous consultent. Dans la discussion nous avons fait remarquer selon un constat empirique que les femmes consultant pour des troubles du désir sexuel vivaient pour la plupart en couple stable et avaient 1 à 3 enfants. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces demandes sont le reflet du défi que peut constituer pour les couples, l'érotisation du lien dans la durée. Ce type de difficulté peut surgi dans une étape de la vie du couple comme la naissance d'un enfant, le départ des enfants de la maison, la

[37] BETTOLI Lorenza, *Santé sexuelle et Planning familial : Quel type de prévention et d'accompagnement,* Congrès de sexologie, Lugano ; 2007

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

ménopause ou la retraite professionnelle. Elle peut aussi concerner les couples confrontés à une infertilité et/ou vivant une procréation médicalement assistée. Nous pourrions nous interroger sur les possibles développements des pratiques du planning familial dans ces situations.

Dans la variable «suivi» sont répertoriés les entretiens complémentaires et l'orientation avec les items suivants: 1 entretien complémentaire – oui > 2 entretiens complémentaires – non(pas de suivi proposé) — oui mais pas revenu-e – refusé - orientation chez un autre professionnel – autre suivi en cours. L'analyse de cette variable dans les demandes sexologiques permettrait de mettre en évidence le nombre moyen d'entretiens pour les demandes sexologiques et leur suivi. Nous pourrions aussi évaluer le nombre et le type de situations nécessitant une orientation vers d'autres spécialistes. Dans le possible développement des pratiques du planning familial dans ce domaine, il serait important de pouvoir définir ce que représente en termes de temps une prise en charge sexologique. La pratique d'un centre de planning familial informateur et donc non médicalisé comme le nôtre entraîne des collaborations multidisciplinaires avec les médecins gynécologues, urologues, pédiatres et généralistes ainsi qu'avec les psychothérapeutes, psychiatres et les services psychosociaux.

Le tableau ne contient pas les données qui auraient permis d'analyser la provenance des personnes avec une demande sexologique. Voilà un autre développement possible de cette étude. Cela permettrait de répertorier les ressources qu'utilisent les personnes qui nous consultent pour la sexualité et de savoir qui les a orientées au planning familial : collègues conseillères et des autres centres SIPE, éducation sexuelle, gynécologues, médecins, autres professionnels de la santé, internet, site valaisan.

Enfin, nous terminerons en regrettant que le temps ait manqué pour une analyse qualitative des dossiers. Les paroles et les modes d'expression des personnes que nous entendons sont riches et parfois percutants. Les situations répertoriées ont été cataloguées parfois avec difficulté en raison de problématiques multiples. Leur transcription narrative reflèterait la réalité et la complexité de ces difficultés de façon plus nuancée que les catégories dans lesquelles elles s'inscrivent.

6. Conclusion

En conclusion nous pouvons dire que les demandes sexologiques ont une place au planning familial. Le plus souvent amenées de façon implicite par les personnes qui nous consultent, elles nécessitent que nous y apportions une attention et des réponses. La recherche

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

démontre une prévalence importante dans les demandes sexologiques de personnes encore en formation, de jeunes d'origine étrangère et/ou migrants et de personnes dont le niveau socioéconomique est peu élevé, voire précaire. L'accessibilité est une priorité des centres de planning familial en Valais. Elle est démontrée tant au niveau de prestations gratuites ou à tarif bas, qu'au niveau de l'attention portée à l'accueil avec des permanences sans rendez-vous. Il y a donc lieu de penser qu'un développement de la sexologie dans les centres de planning familial correspondrait à ce souci de faciliter l'accès à toute personne ayant des besoins dans ce domaine, quel que soit son statut socioéconomique. Le développement de la sexologie pourrait être pensé sur deux axes. Le premier axe serait celui de la formation en sexologie des conseillères en santé sexuelle et reproductive et la reconnaissance de leur spécialisation. Le deuxième axe serait un développement de prestations de sexologie définies et identifiables par la population, notamment par les garçons adolescents et les hommes pour lesquels nous avons constaté le besoin de portes d'entrée au planning familial. Cette recherche a permis de mieux identifier la place de la sexologie au planning familial du centre SIPE de Monthey. Nous pouvons en déduire, selon les activités et l'ancrage régional des centres valaisans, que les constats faits dans cette recherche peuvent s'élargir à tous les centres de planning familial du Valais. Nous espérons ainsi par cette démarche favoriser une réflexion cantonale sur l'avenir de nos pratiques dans le domaine de la sexologie.

[i] En raison de la nature confidentielle des données qu'elles contiennent, les annexes mentionnées ne figurent pas dans le mémoire mis en ligne sur le site du Certificat.

© Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch

BIBLIOGRAPHIE

Livres

BELHADJALI-MEREGAGLIA Nicoletta, *Planning familial et Difficultés sexuelles*, Berne:Editions Peter Lang SA, Publications Universitaires Européennes, 1988

MEAN Françoise, WYSS Emmanuelle, *Guide pratique d'entretiens de planning familial*, Villars-sur-Glâne: Edition PLANeS; ascpf,; 2006

KESTENBERG Judith S, *Les trois visages de la féminité Etudes sur le désir de maternité, la grossesse et la sexualité féminine,* Paris: Des femmes Antoinette - Fouque; 2008

Articles, Etudes

SURIS J -.C., MICHAUD P.-A., Médecine de l'adolescence, consultation garçons, *Revue Médicale Suisse*, No 93, 2007, http://www.revmed.ch (consulté le 22.08.2009)

BASSON R. & all., Report of the international consensus development, Conference on female sexual dysfunctions: definitions ands classifications, U.S.A.: American Urological Association, *The Journal of Urology*, 2000, vol. 163, p. 888-893

ASSOCIATION OF REPRODUCTIVE HEALTH PROFESSIONALS, Female sexual response, What you need to know [en ligne] 2005. www.arhp.org/factsheets (consulté le 25.08.2009)

ROSSI Linda, La consultation sexologique au Tessin, Analyse quantitative et qualitative basée sur l'évaluation sexologique d'un groupe de 168 patients, *Santé sexuelle, La revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins*, 2008, no 5, p. 23-32

GIAMI A., SPENCER B, Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels, *Re. Epidemiol Santé Publique, Masson, Paris ; 2004, 52 : 377-387*

BETTOLI Lorenza, Santé sexuelle et Planning familial: Quel type de prévention et d'accompagnement, Congrès de sexologie, Lugano; 2007

Cours du Certificat de formation continue en sexologie clinique

MEDICO Denise, *La Sexoanalyse, Introduction à une théorie du développement psychosexuel et à une approche clinique du traitement des troubles de la sexualité*, Genève: Certificat de formation continue en sexologie clinique, Unige, 2008

Wikipédia, cité par Aldo CAMPANA, *Enseignement de la santé sexuelle à l'OMS*, Genève: Certiticat de formation continue en sexologie clinique, Unige, 2007

Cours du Certificat de formation continue en sexologie clinique (suite)

FAVEZ Nicolas, *Les transformations de la relation de couple lors de la transition à la parentalité*, Genève: Certificat de sexologie clinique, Unige, 2008

MEDICO Denise, *Débats actuels sur la sexualité féminine*, Genève: Certificat de formation continue en sexologie clinique, Unige, 2008

Sites web

VILLE DE MONTHEY, Monthey en chiffres,[en ligne] 2009. http://www.monthey.ch (consulté le 28.08.09)

ETAT DU VALAIS, Administration cantonale des finances, Office cantonal de la statistique, Publications, informations statistiques [en ligne]. 2009
www.vs.ch (consulté le 27.08.2009)

Articles de lois

Loi sur la santé en Valais du 14 février 2008. www.vs.ch

Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 9 octobre 1981.

Loi d'application de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 27 juin 1986

Règlement de la législation fédérale et cantonale sur les centres de consultation en matière de grossesse du 8 juillet 1987

Eliane Launaz Perrin, 31.08.2009
eliane.launaz@bluewin.ch