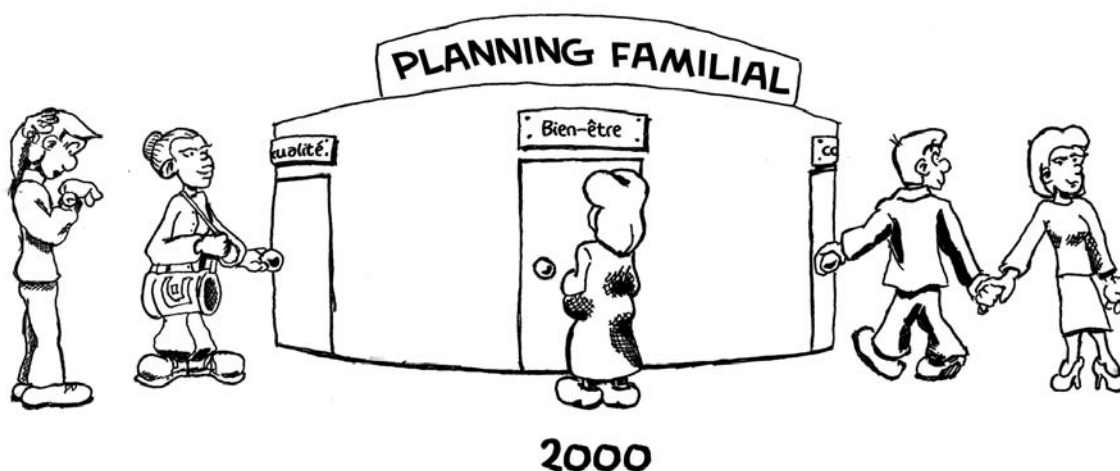
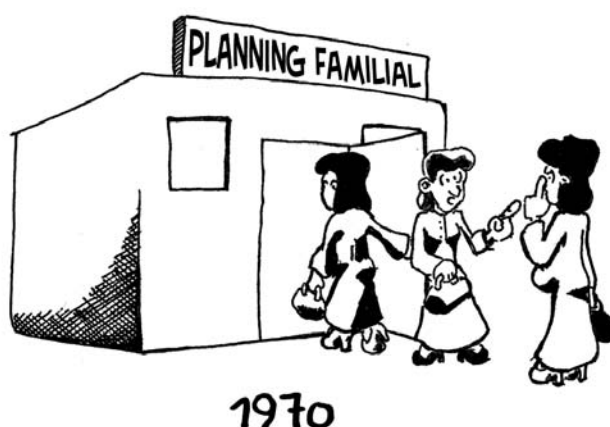


De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas



Présenté par Sarah Vilpert

Directrice de mémoire : Claudine Sauvain-Dugerdil

Directrice de stage : Nadia Pasquier

Remerciements

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail :

Claudine Sauvain-Dugerdil, professeure titulaire et directrice du LaboDémo, ma directrice de mémoire, qui m'a guidé et conseillé tout au long de mon cheminement scientifique, et Nadia Pasquier, cheffe de service du planning familial de la Fondation Profa, ma directrice de stage, qui m'a accueilli au centre de planning familial à Lausanne et qui m'a soutenue dans mes démarches.

Les professionnel-le-s de la Fondation Profa qui ont collaboré à la réalisation de ce travail : Sylvie Reymond, Monette Cherpit, Adeline Quach, Suzanne Schneider, Dominique Bailly-Vodoz et Tobie Gobet. Et celles qui m'ont motivé par leur enthousiasme quotidien : Evelyne Dubois, Nahoé Curtet, Myrian Carbajal, Isabelle Hautier et Marisa Cittadini. Et aussi toutes les autres personnes de la Fondation Profa qui sont intervenues plus ponctuellement.

Gilbert Ritschard qui m'a éclairé dans mes explorations statistiques, les professeurs de l'Université de Genève qui ont su répondre à mes questions et les collaborateurs/trices scientifiques avec qui j'ai échangé des idées.

François-Xavier Aeberhard qui a réalisé les illustrations humoristiques de ce travail et qui m'a largement prêté son soutien technique.

Sans oublier mon entourage proche en qui j'ai puisé mes forces.

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des abréviations.....	6
Introduction.....	7
1. Le concept de Santé Sexuelle et Reproductive	12
1.1 Les déterminants sociaux de la santé	12
1.1.1 La naissance d'un concept : les déterminants sociaux de la santé	12
1.1.2 Une définition des déterminants sociaux de la santé	13
1.2 La Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire 1994, et le concept de Santé Sexuelle et Reproductive.....	16
1.2.1 Les limites du concept de Santé Sexuelle et Reproductive.....	19
1.3 Les organismes ayant participé à la production et à la diffusion du concept de Santé Sexuelle et Reproductive.....	21
1.3.1 La Santé Sexuelle et Reproductive et la Maternité Sans Risque	21
1.3.2 La Santé Sexuelle et Reproductive et l'Organisation Mondiale de la Santé	21
1.3.3 La Santé Sexuelle et Reproductive et la Fédération Internationale des Planning Familiaux.....	22
1.4 Que doit-on retenir de la SSR ?	24
2. Etude de cas : le service de planning familial Profa	28
2.1 Des principes à l'action sur le terrain.....	28
2.2 Le service de planning familial Profa	29
2.2.1 Son histoire	29
2.2.2 Ses activités.....	29
2.2.3 Son organisation.....	32
2.3 Les principaux défis du planning familial Profa.....	34
2.3.1 Les hypothèses et questions de recherche.....	34
3. Proposition de monitoring des activités du service de planning familial Profa sur la base de leurs statistiques	40
3.1 Un monitoring des indicateurs du planning familial.....	41
3.1.1 Des données statistiques au choix d'indicateurs	41
3.2 L'information recueillie et les variables disponibles pour le calcul des indicateurs	44
3.2.1 Le formulaire Tarmed	44
3.2.2 Le questionnaire statistique.....	47
3.3 Les indicateurs	49
3.3.1 Les populations du planning familial.....	50

3.3.2	Les centres de planning familial	76
3.3.3	La population du planning familial et la population vaudoise.....	84
3.4	Recommandations.....	87
3.4.1	Les outils de saisie des données.....	87
3.4.2	Récolte des informations.....	93
3.4.3	Mécanismes de suivi pour l'utilisation de l'outil.....	94
4.	Les activités du planning familial Profa en 2005.....	96
4.1	Les publics cible : femmes et hommes, jeunes, migrants et personnes en situation fragilisée	96
4.1.1	Les femmes et les hommes	96
4.1.2	Les adolescents et les jeunes débutant dans la vie sexuelle.....	98
4.1.3	Les personnes issues de la migration récente.....	99
4.1.4	Les étrangers au statut précaire et les personnes en situation fragilisée	101
4.2	Les prestations du planning familial	104
4.3	Les centres de planning familial	106
	Conclusion.....	108
	Bibliographie.....	109
	Annexes.....	112

Liste des abréviations

APF :	Associations nationales de Planification Familiale
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 1994
IPPF :	International Planned Parenthood Federation, en français Fédération Internationale des Planning familiaux
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
ONG :	Organisation non gouvernementale
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PLANeS :	Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive
SCRIS :	Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques
SSR :	Santé Sexuelle et Reproductive
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« De tout temps, le pouvoir jugé effrayant des femmes sur la vie a été entouré de rituel et a fait l'objet de contrôles suivant l'idée qu'il est préférable de procréer avec la parcimonie de l'éléphant que comme le manguier croulant sous les fruits » (Hill, 1994, cité par Sauvain-Dugerdil, 1996).

La procréation représente un enjeu tant au niveau individuel, entre l'homme et la femme, que collectif. De nombreux travaux expliquent le rapport de pouvoir entre sexes, en partie, par la volonté de l'homme à maîtriser sa descendance. Cet enjeu n'a pas non plus échappé aux sociétés qui ont cherché tantôt à réduire la fécondité, de peur d'une surpopulation, tantôt à la favoriser, par crainte de la disparition de la collectivité. Ainsi, les tendances idéologiques face à la régulation de la natalité ont changé au fil des années. La brève *histoire* des Conférences internationales sur la Population qui suit l'illustre.

La thématique de la planification familiale a été l'objet d'un grand intérêt dans les débats des Conférences internationales sur la Population. Cependant, la nature de cette préoccupation s'est transformée en fonction des priorités conjoncturelles.

La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations. Une Américaine, Margaret Sanger, y a mené une campagne contre la « maternité asservie » (Tabah, 1994), concept qui défendait l'exercice d'une liberté individuelle sur le contrôle des naissances. Cette idée n'a pas rencontré de succès à une époque où des pays comme la France combattaient la dénatalité : le nombre s'apparentant à la puissance de la nation. C'est seulement à la création, en 1946, de la Commission de la population à l'ONU que les questions démographiques acquièrent une place d'importance sur la scène internationale. En 1954, la Conférence internationale de Rome a d'ailleurs pour objectif de sensibiliser les décideurs aux enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique.

La rhétorique de la planification familiale revient en force dans le débat international en 1965 à la Conférence internationale sur la Population de Belgrade. On questionne le rôle de la fécondité dans le développement socioéconomique. La volonté de marquer la puissance nationale par le nombre est désormais substituée par la question de la survie : peut-on faire face à la croissance démographique de ces prochaines années? Cette interrogation pose le problème comme un enjeu de société.

A partir de cette période, lors des Conférences internationales sur la Population successives, Bucarest, en 1974, Mexico, en 1984 et Le Caire en 1994, le débat scientifique fait place à la négociation politique. A Bucarest, les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique : lequel des deux influence l'autre ? A Mexico, le débat se déroule au moment où les USA, en pleine guerre froide, ont modifié leur vision sociétale et « affirment [...] que la croissance de la population est en soi un « phénomène neutre », les causes du sous-développement étant à chercher du côté de la centralisation excessive de l'économie qui impose au marché des contraintes artificielles » (Lassonde, 1999, p.22). Désormais la solution au développement ne se rapporte plus uniquement à la réduction de la fécondité mais réside dans le libre échange et l'assistance internationale. Enfin, au Caire, le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité. Le bien être individuel constitue le terreau du développement et le libre choix et la santé en matière de reproduction en sont les ferments.

L'évolution des débats¹ illustre les revirements idéologiques en matière de régulation démographique en liaison avec les enjeux sociopolitiques. En outre, elle est aussi à mettre en parallèle avec de meilleures connaissances scientifiques des comportements démographiques et des développements technologiques. Depuis les années septante, les grandes enquêtes mondiales sur la fécondité ont apporté, pour la première fois, des données à grandes échelles sur les comportements féconds. La commercialisation de la pilule contraceptive, en 1956, apporte de nouvelles perspectives face à la prise de conscience d'une *bombe P* dans les années septante. Le moyen envisagé pour stopper l'explosion démographique tant redoutée consiste à promouvoir activement la contraception médicalisée. Seulement, l'application des mêmes types de programmes à tous les contextes culturels entraîne des résultats extrêmement mitigés. La principale leçon tirée de cet insuccès, fut que le progrès technologique seul ne peut amener à une transformation des comportements. C'est ce que Coale (1973, in Lesthaeghe et Neidert, 2007) montre avec son modèle RWA. Selon lui, trois préconditions doivent être simultanément remplies pour assurer la transition de la fécondité : Readiness, Willingness, Ability. Les couples changent leurs comportements féconds uniquement si cela leur est bénéfique. Ces nouveaux comportements doivent être culturellement acceptables. Et enfin, des moyens techniques (méthodes contraceptives, lois...) doivent exister pour faciliter l'adoption de ces nouvelles conduites.

Après avoir constaté que le développement des sociétés ne dépend pas directement de la taille des populations, mais plutôt de leur accès aux ressources et de leur possibilité à disposer d'elles-mêmes, il n'a plus été question d'imposer une régulation des naissances. En effet, les politiques de dénatalité ou de natalité ont bénéficiés de meilleurs résultats lorsqu'elles donnaient le choix aux individus de décider de leur projet familial, plutôt que lorsqu'elles en imposaient un de manière coercitive. Seulement, le choix d'un projet familial nécessite d'avoir les capacités de le formuler et de le réaliser. C'est dans cette ligne qu'est née une notion plus large de santé de la reproduction dans laquelle la planification familiale n'est qu'une dimension. Cette notion a été formalisée par la Conférence Internationale de la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994.

La conception et la réalisation d'un projet familial ne dépendent pas uniquement de la volonté individuelle mais aussi du possible développement. Ainsi, l'identification des facteurs extérieurs agissant sur les destins individuels a révélé que l'égalité entre sexes et la santé sexuelle et reproductive constituent une condition essentielle pour l'éradication de la pauvreté.

La première partie de ce travail est consacrée à l'objet principal de la Conférence du Caire, à savoir la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Toutefois, le concept de SSR faisant partie d'une vision plus large de la santé et des raisons des problèmes de santé, il nous a semblé utile de faire référence aux *déterminants sociaux de la santé*, concept à la base de la compréhension et de l'explication d'une part des causes et risques de maladies. Ensuite, nous donnons une large définition du concept de SSR comme il a été présenté à la CIPD que nous discutons par la suite. Puis nous analysons l'importance de la place de cette notion pour des institutions telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou la Fédération Internationale des Planning Familiaux (IPPF).

La seconde partie du travail s'intéresse à la mise en œuvre du concept de SSR. Pour ce faire, nous répondons à la demande du service vaudois de planning familial Profa qui a pris la forme d'un stage de quatre mois dans cette institution. A travers l'évolution des activités du service dans le temps et l'espace, nous observons comment le planning familial Profa applique la notion de SSR dans sa pratique quotidienne. Dans ce but, nous avons analysé les données statistiques disponibles, puis sélectionné une série d'indicateurs permettant de rendre compte de la situation du service de planning familial Profa.

¹ Voir en annexe p. 113 la chronologie des conférences internationales.

Ce volet du travail commence par présenter les objectifs du service de planning familial Profaf, puis la problématique guidant notre réflexion sur le choix des indicateurs. Ensuite, une partie plus technique, destinée plus spécifiquement à Profaf, expose les propositions de monitoring qui ont été au centre du travail de stage. Elle développe le procédé à suivre pour le calcul des indicateurs et offre quelques suggestions pour l'amélioration de la qualité des données statistiques. Enfin, en conclusion, nous analysons les données statistiques 2005 du planning familial afin d'évaluer l'adéquation avec les objectifs fixés par le service.

Chapitre I

1. Le concept de Santé Sexuelle et Reproductive

1.1 Les déterminants sociaux de la santé

La reconnaissance de l'existence de facteurs sociaux intervenant sur l'état de santé est fondatrice dans la formulation du concept de SSR. Revenons sur le développement et la signification de la dimension sociale de la santé.

1.1.1 La naissance d'un concept : les déterminants sociaux de la santé

Si, aujourd'hui, plus personne ne nie la relation entre pauvreté et mauvaise santé, cette évidence n'a pourtant pas été acceptée de tout temps. Les risques de maladies liés à la position socioéconomique de l'individu sont ce qu'on a récemment nommé les *déterminants sociaux de la santé*. L'histoire de l'émergence de ce concept et les raisons de son actuelle importance sont retracés ici sur la base d'un document de l'OMS (2005).

La conscience d'un lien entre l'environnement socioéconomique et la santé a émergé au XIX^{ème} siècle avec le mouvement hygiéniste. En effet, des études épidémiologiques ont montré que la réduction de la mortalité due à des maladies infectieuses a eu lieu avant le développement de thérapies médicales efficaces. Autrement dit, ce sont les changements opérés volontairement dans le style de vie et l'alimentation qui ont contribué à la baisse de mortalité.

La Constitution de l'OMS, datant de 1946, tient déjà compte de l'importance des facteurs sociaux sur l'état de santé d'une population. En effet, il y est écrit que l'OMS s'engage à réduire les causes sociales de la maladie tout comme à assurer la diffusion des technologies médicales. Malgré cette inscription formelle dans la constitution, les années 1950 sont plutôt marquées par une approche technologique de la santé. Cette tendance s'explique par trois facteurs : l'avènement de médicaments très efficaces (vaccins, antibiotiques...) qui font chuter la mortalité, le développement de l'industrie pharmaceutique qui s'impose dans la politique de la santé pour défendre ses intérêts et un contrôle des USA sur l'OMS qui, en pleine guerre froide, refusent un modèle de santé social. Dans ce contexte, le rôle du milieu social sur le risque de maladie ne figure pas au rang des préoccupations de santé. En effet, des programmes de santé verticaux, centralisation des soins dans les villes au détriment des campagnes, technologisation de l'acte médical... sont privilégiés.

Un changement de paradigme de la santé s'opère entre les années 1960 et début 1970 partant du constat que le modèle médical pratiqué jusqu'ici ne répond pas aux besoins urgents des populations nécessiteuses. Ainsi, le modèle de santé communautaire basé sur les principes d'éducation et de prévention des maladies s'impose sur les scènes locales et nationales. Il s'agit d'impliquer les populations dans la prise en charge de leur santé. C'est à la Conférence des Soins de Santé Primaires (Conference on Primary Health Care), à Alma-Ata, en 1978, qu'est adopté le slogan « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » qui représentait déjà depuis 1970 la ligne de pensée de l'OMS, inculquée par son directeur général, Halfdan Mahler. La philosophie de cette devise repose sur l'emploi d'une technologie médicale appropriée, le refus d'un élitisme médical et l'existence d'un lien explicite entre développement social et santé. Ce type de programme de santé ne doit pas générer de coûts extravagants. Ainsi, les experts tentent d'élaborer un modèle universel de santé à bas coûts se basant sur les expériences de différents pays. Seulement, leurs études exposent les limites de création d'un tel

modèle : les externalités positives des systèmes de santé examinés dépendent du contexte social, politique et économique du pays. Finalement, l'objectif d'un modèle unique de soins de santé primaires est remis en question.

Dans les années quatre-vingt, l'idéologie néolibérale a fixé de nouvelles priorités sur le principe d'efficacité. Selon cette doctrine économique, seul le libre marché assure la prospérité et le bien être de tous à long terme. L'affaiblissement de l'Etat social provoque des bouleversements dans tous les domaines publics. Le secteur de la santé n'est pas épargné. Dans les pays en voie de développement, des réformes économiques sont imposées dans le cadre des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS). Le bilan de ces réformes se solde par une détérioration du niveau de vie et du système de santé.

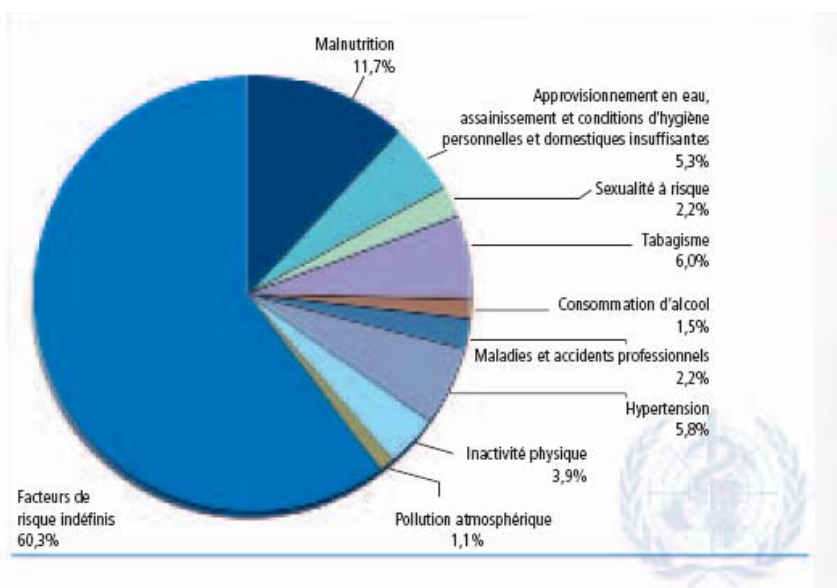
C'est seulement au milieu des années 1990 que le modèle néolibéral commence à être remis en question. Des mouvements sociaux de protestation émergent contre les entités qui incarnent les valeurs du néolibéralisme (G8, institutions de Bretton Woods...). Certains organismes internationaux comme l'OMS dont l'insuffisance de ressources économiques face à la Banque Mondiale avait réduit son pouvoir, changent de position idéologique. L'OMS réaffirme le principe de santé pour tous adopté dans les années 1970 et le développe.

Durant la seconde moitié des années 1990, une série de conférences internationales met le développement humain et social au rang de priorité politique. Or, le développement prôné met au centre l'être humain et son bien-être. C'est dans ce contexte que le vocabulaire spécifique de déterminant social de la santé émerge. De nombreuses études explorant le lien entre conditions sociales et maladies sont menées. Le concept de Santé Sexuelle et Reproductive développé à la Conférence du Caire en 1994 est notamment liée à cette évolution.

1.1.2 Une définition des déterminants sociaux de la santé

Tarlov (1996) a identifié quatre déterminants de la santé : les facteurs génétiques et biologiques, les soins médicaux, les comportements individuels (tabagisme, alcoolisme,...) et le contexte social dans lequel l'individu évolue. Selon lui, parmi ces quatre catégories, les caractéristiques sociales prédominent. En effet, plus de la moitié des décès dans le monde est lié à des facteurs de risque inconnus, dans lesquels figurent les déterminants sociaux.

Pourcentage du total des décès (à l'échelle mondiale) attribuable à certains facteurs de risque



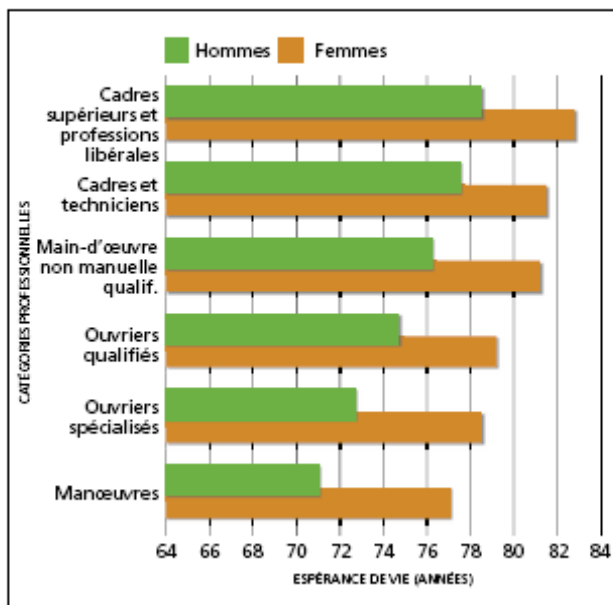
Source : Rapport sur la santé en Europe, OMS , 2002, p. 67.

Wilkinsons (1996) se rallie à ce propos: « Ni la science médicale ni la génétiques ne sont capables d'expliquer pourquoi un pays est plus en santé qu'un autre, ou pourquoi la plupart des pays gagnent deux ou trois ans d'espérance de vie avec chaque décennie qui s'écoule» (cité par Van Kemenade, 2002, p.2). Des études ont alors cherché à comprendre comment les conditions sociales influent sur les expériences individuelles de maladie et comment les inégalités sociales et économiques sont liées à l'état de santé des membres d'une société.

Dans ces recherches, les dimensions sociales agissent sur l'état de santé à travers le capital social, la cohésion sociale ou encore les capacités communautaires. Ces études évaluent le degré de vulnérabilité des individus ou des collectivités face à l'adversité (la maladie) selon leur appartenance sociale. Par exemple, Van Kemenade (2002) a constaté une relation positive entre le soutien social et le risque de décès : un individu isolé a plus de probabilité de mourir qu'une personne entourée.

D'autres travaux ont également montré que « les personnes situées en bas de l'échelle sont au moins deux fois plus exposées au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux qui se trouvent près du sommet de l'échelle » (Wilkinson et Marmot, 2004, p. 10).

**Figure 1. Espérance de vie :
différences par catégorie professionnelle
(Angleterre et pays de Galles, 1997–1999)**



Source : Les déterminants sociaux de la santé : les faits, OMS, 2004, p. 10.

Une relation existe donc bien entre situation défavorisée et état de santé. Autrement dit, les différences de mortalités dans une population peuvent s'expliquer par ses inégalités sociales. La façon dont la santé d'un individu est affectée dépend de sa position sur l'échelle hiérarchique sociale. Le revenu, le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation... sont autant de paramètres qui déterminent le degré de précarité sociale des individus. De plus, la relation entre pauvreté et santé est à double sens: la pauvreté occasionne la maladie et celle-ci contribue à renforcer la précarité.

Si l'on accepte que le milieu dans lequel évolue un individu a une incidence sur son état de santé, alors les politiques doivent s'engager à réduire les inégalités sociales engendrant cette discrimination. Pour ce faire, il s'agit d'identifier les populations défavorisées et de corriger les mécanismes vicieux dont elles sont victimes. C'est à cette réflexion que se rattache le concept de SSR.

1.2 La Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire 1994, et le concept de Santé Sexuelle et Reproductive

La particularité de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est déroulée en 1994 au Caire a été de poser différemment les problèmes de population : « La préoccupation de gestion du nombre des humains à naître a été remplacée par un souci de satisfaire les besoins des individus déjà nés et de relever les défis que posera le fonctionnement d'une planète de dix milliards d'habitants » (Sauvain-Dugerdil, 1999). Cette réflexion a situé le débat au niveau politique.

La globalisation du monde ne se réfère pas seulement aux termes d'échanges économiques, mais concerne également une indispensable responsabilisation collective face aux problèmes qu'elle génère. Le constat d'une pauvreté grandissante dans les pays du Sud nécessite une intervention globale visant à un développement plus égalitaire. Pour ce faire, la CIPD s'est fixé cinq objectifs fondamentaux à atteindre d'ici 2015 : une croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ; l'éducation de tous et en particulier celle des filles ; l'équité et l'égalité entre les sexes ; la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle ; l'accès universel aux services de santé de la reproduction, comprenant la planification familiale et la santé sexuelle.

Deux conditions sont indispensables à la réalisation de ces objectifs. D'une part, la stabilisation rapide de la croissance de la population mondiale et d'autre part une mobilisation solidaire des ressources humaines et financières nécessaires au développement. La mise en œuvre des objectifs doit assurer le respect des droits de l'homme universellement reconnus.

Les quinze principes qui guident le Programme d'Action de la CIPD, ratifiés par tous les participants, reposent sur le droit de chacun à améliorer sa qualité de vie. Le principe numéro sept se rattache à la garantie de l'accès à la santé pour tous, et en particulier celui à la SSR. Le chapitre VII du document « Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994 », intitulé *Droits et santé en matière de reproduction*, lui est consacré. La SSR y est définie ainsi :

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 ou 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 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 conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. (Principe d'action 7.2, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994)

Cette définition holistique de la SSR est très progressiste. Elle considère les besoins sexuels et reproductifs de l'individu dans leur globalité. Cette notion fait appel au bien être général de la personne, tant dans son corps et sa tête que dans son contexte social et sociétal. La SSR représente un droit dont chacun doit pouvoir jouir en toute liberté, à tout âge, en toute conscience et consentement.

La SSR, les principes qui la régissent, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour y parvenir sont détaillés en cinq thématiques :

- Droits et santé en matière de reproduction
- Planification familiale
- Maladies sexuellement transmissibles et prévention de la contamination par le VIH
- Sexualité et relations entre les sexes
- Adolescents

Reprenons brièvement le contenu principal des recommandations relatives à ces cinq thématiques.

Chaque pays doit intégrer dans son système de soin de santé des services de SSR que l'Etat soutient, encourage et promeut de manière active et publique. Ces services doivent être gérés en collaboration avec les Organisations Non Gouvernementales et le secteur privé qui contribuent à les rendre plus accessibles et acceptables.

Les objectifs visés par ces services consistent en l'amélioration de la qualité de la vie et des relations interpersonnelles des individus. On peut retenir en particulier les points suivants.

La reconnaissance de la diversité des besoins

Il s'agit d'identifier les besoins spécifiques des populations pour mieux y répondre en tenant compte de leurs différences : âge, sexe, appartenance ethnique, confession... Les individus doivent bénéficier d'informations et de conseils adaptés à leur situation individuelle et auxquels ils puissent donner librement et volontairement cours.

L'égalité et l'équité entre sexes

L'égalité entre les sexes, le respect mutuel et l'intégrité corporelle sont des pré requis pour garantir la SSR. A ce sujet, il s'agit de prévenir les mariages et les grossesses précoces qui mettent en danger la santé et le développement des jeunes filles. Une manière d'y parvenir consiste en la promotion de l'éducation des femmes. L'implication de la population masculine dans le processus de planification familiale, d'éducation des enfants et de responsabilisation face à la sexualité et ses conséquences prend également une large place dans l'accession à la SSR.

La qualité des services

Les services doivent être accessibles financièrement, géographiquement et socialement et acceptables du point de vue éthique et idéologique.

Les utilisateurs/trices des services de SSR doivent être intégrés dans le développement et l'amélioration de la qualité de ceux-ci. Une attention particulière doit être portée sur l'accès des femmes et des adolescents à ces services.

La prévention

La dimension de prévention constitue l'un des principaux axes d'action des services de SSR. La prévention agit sur trois niveaux² :

Primaire : intervenir avant qu'un problème de santé n'apparaisse en influençant les comportements et les conceptions des individus. L'éducation et l'information jouent un rôle essentiel à cette échelle.

² Définition de l'OMS

Secondaire : limiter les conséquences néfastes d'une maladie grâce à une détection et une intervention précoce (dépistage).

Tertiaire : prévenir la récurrence d'une maladie ou le retentissement des conséquences ou symptômes de celle-ci.

La SSR est un concept large qui « englobe la santé de l'enfant, la maternité sans risque, la survie de l'enfant, la planification familiale, les soins et conseils pendant la grossesse, durant et après l'accouchement et la santé sexuelle » (Lassonde, 1999, p. 37). Les services qui couvrent les besoins en SSR « doivent [...] suivre les grossesses à risque, [de] prévenir les maladies sexuellement transmissibles et la malnutrition, les maladies de la mère et de l'enfant, [de] fournir des informations sur la planification des naissances, la sexualité, les soins aux nourrissons, et [de] mettre à disposition des moyens de contraception » (Lassonde, 1999, p. 37).

La planification familiale dont l'objectif est de réduire l'incidence des grossesses non désirées et à risque conserve une place centrale dans ce vaste programme. Il s'agit de promouvoir l'utilisation de la contraception et d'en assurer le suivi.

Les recommandations de la CIPD révèlent bien un changement idéologique dans l'approche du contrôle de la reproduction. En effet, le contrôle des naissances par l'accès aux moyens contraceptifs n'est plus l'unique issue pour le développement. La focale s'est élargie et désormais la planification familiale est remise dans son contexte global.

Une meilleure connaissance scientifique et l'apparition d'un mal sociétal contribuent à l'émergence de ce paradigme. D'une part, dans les années 1980, les résultats de grandes enquêtes mondiales sur la fécondité ont montré la corrélation entre l'espacement des naissances et les chances de survie des enfants et des mères. D'autre part, la pandémie du sida a mis en évidence le lien entre sexualité et état de santé général. Ces découvertes révèlent des causalités qui remettent en question les associations simples faites jusqu'à présent entre contrôle de la fécondité et fourniture de contraceptifs. Désormais, la maîtrise de la reproduction est associée aux notions de santé, de sexualité et d'inégalités sociales. C'est ainsi que naît une approche intégrée des programmes dans le domaine de la procréation sous l'appellation de SSR.

La santé de la reproduction « dépasse l'aspect technique de la planification familiale en considérant les différents facteurs et motifs affectant les comportements reproductifs, tels que le rôle des hommes, les relations de pouvoir entre les sexes, le statut de la femme, le rôle des institutions sociales dans les stratégies de reproduction de même que dans les choix individuels » (Lassonde, 1999, p. 44). Cette nouvelle compréhension de la reproduction a l'avantage d'une grande souplesse : ce concept est applicable dans le monde entier puisqu'il fonctionne sur un principe adaptatif et relatif. L'acceptation de la variation du modèle reproductif en fonction du lieu et du temps permet l'adoption d'actions ajustées au contexte.

La sexualité est désormais reconnue comme une dimension du bien être. La femme n'est donc plus considérée dans sa seule fonction reproductive. Ainsi, la santé génésique est considérée tout au long de l'existence.

Un autre point d'ouverture du concept de la SSR est la reconnaissance des discriminations dont les femmes sont victimes et qui les empêchent trop souvent d'exercer leur libre choix en matière de procréation. L'éducation des femmes et leur accès à l'information constituent deux éléments à promouvoir pour réduire les inégalités genre.

L'élargissement du concept de contrôle de la reproduction par l'introduction des dimensions de santé, de sexualité et de la condition de la femme assure une conception plus éthique de la planification familiale. Les moyens pour atteindre les objectifs sont adaptés au contexte et les besoins et valeurs de la personne retrouvent leur centralité. Mais parce que la reproduction est une thématique délicate, le concept de SSR rencontre aussi des limites.

1.2.1 Les limites du concept de Santé Sexuelle et Reproductive

Ce nouveau paradigme de la SSR découle d'un consensus onusien, libre aux Etats de l'appliquer en y apportant des adaptations contextuelles. Les recommandations et les programmes d'action servent toutefois de référence aux organisations publiques et privées dans leurs entreprises nationales ou locales. A cet égard, il est judicieux de revenir sur les limites pratiques de la mise en œuvre du concept de SSR. Deux aspects sont examinés : les contradictions au sein du paradigme de la SSR et la concurrence entre la mise en œuvre du Programme d'Action et d'autres programmes de l'ONU.

Avec quelques années de recul et de pratique, deux principales critiques du paradigme de la SSR sont déjà formulées (Sauvain-Dugerdil in Lassonde 1999 et Sauvain-Dugerdil, 1999).

Premièrement, aux yeux des bailleurs de fond du Programme d'Action, les thématiques concrètes de maîtrise de la fécondité et de la croissance démographique sont plus convaincantes que celles plus floues de santé de la femme et de développement social. Il en résulte une réticence des investisseurs à financer des activités aux contours mal définis.

Deuxièmement, la centralité du terme « santé » dans le concept entraîne un risque de médicalisation de la vie sexuelle et du projet de vie. L'intégration de la reproduction et de la sexualité dans le secteur de la santé est-il réellement le meilleur choix pour traiter du bien être personnel et du libre arbitre ? D'abord, la médicalisation de la contraception dans un souci d'efficacité peut aller à l'encontre de la promotion de l'autonomie et de la responsabilité de la femme et de l'homme face au contrôle des naissances. Il peut devenir contradictoire de fixer comme objectif l'expansion de la couverture contraceptive et de poser comme principe le libre choix de l'individu. Ensuite, la contraception et la santé de la femme ne constituent pas les deux uniques composantes de la planification familiale. Cette dernière s'inscrit dans un projet de vie dans lequel d'autres dimensions, économique, politique, sociale, interviennent et dont il faut également tenir compte. En bref, l'inscription de la reproduction dans une perspective de santé n'assure pas automatiquement la volonté d'une approche globale de la reproduction et de la sexualité.

La mise en œuvre du Programme d'Action de la CIPD est, d'autre part, reléguée au second plan dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les OMD découlent de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et constituent idéologiquement le prolongement des grandes conférences internationales des années nonante. Ils sont définis selon huit points qui fixent les priorités d'action pour les quinze années à venir :

- Eliminer l'extrême pauvreté et la faim
- Assurer l'éducation primaire pour tous
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

- Assurer un environnement durable
- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Du concept de SSR, seuls quelques points sont retenus : la lutte contre le VIH/sida, la santé maternelle et la promotion du statut de la femme. La planification familiale a été reléguée à un niveau secondaire malgré la reconnaissance de sa position centrale dans le développement. Cet éclatement des composantes de la SSR pour n'en retenir que quelques unes risque de compromettre l'atteinte du principal objectif du Programme d'Action: le bien être tout au long de l'existence.

Réciproquement, le Programme d'Action et la SSR sont des conditions nécessaires pour pouvoir atteindre les OMD : « Reaching the goals of the ICPD Programme of Action will be critical for reaching the Millenium Development Goals-global targets set by world leaders in 2000 » (UNFPA). La réalisation des OMD dépend des dynamiques de la population tels que la croissance démographique, les niveaux de fécondité et de mortalité, la structure par âge de la population... « Des analyses récentes suggèrent que 25 à 40 % de la croissance économique peut être attribuée aux effets d'une baisse de la mortalité (la santé a un impact sur la productivité) et à une baisse de la fécondité (ce qui permet un approfondissement des investissements en capital humain) » (Bernstein et al., 2006, p. 8). L'interdépendance entre SSR et développement est particulière à deux égards. D'une part, le développement social exige un investissement de l'Etat dans les domaines de l'éducation et de la santé. Or, une baisse de la natalité permet de donner moins d'effort dans ces secteurs et d'augmenter leur qualité. D'autre part, l'impact de la pandémie du VIH/sida sur la mortalité est important. Certains pays d'Afrique subsaharienne voient leur espérance de vie se réduire de moitié, le Botswana notamment (Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006), par l'épidémie de VIH/sida. La transmission du virus a principalement lieu par rapports sexuels. Des programmes intégrés de SSR permettent une prévention efficace contre le VIH/sida. Dans cette perspective, les centres de planning familial sont des lieux opportuns pour parler du VIH/sida. Dissocier les actions concernant le VIH/sida de celles de la sexualité et de la reproduction, alors que les deux domaines sont intimement reliés, semble être une stratégie peu efficiente.

Par conséquent, des ONG telle que Family Care International soutiennent que les OMD détournent dangereusement l'attention de la SSR. D'ailleurs, l'état des financement des programmes relatifs à la SSR le confirme : le financement de l'aide à la population attribuait, en 1995, 56 % de son revenu à la SSR et plus que 13 % en 2003, et ce malgré une augmentation des fonds alloués au développement (Bernstein et al., 2006).

Le choix de ne tenir que partiellement compte de l'impact de la SSR sur le développement opère un retour en arrière idéologique qui risque de porter préjudice au succès des OMD.

1.3 Les organismes ayant participé à la production et à la diffusion du concept de Santé Sexuelle et Reproductive

La CIPD a formalisé la notion de SSR et sa promotion. Cependant, ce concept s'est inspiré d'autres mouvements, dont The Safe Motherhood Initiative, lancée en 1987 à Nairobi (Kenya). L'OMS et l'IPPF ont été, à la fois, instigatrices du concept et actrices actives dans sa mise en œuvre.

1.3.1 La Santé Sexuelle et Reproductive et la Maternité Sans Risque

The Safe Motherhood Initiative est née à la Conférence Internationale sur la Situation des Femmes, à Nairobi (Kenya), en 1987. Elle est le produit du constat de la négligence de la santé de la mère dans la maternité. En effet, un grand nombre de femmes meurent lors de l'accouchement ou de ses suites. Or, jusqu'ici, on s'est surtout préoccupé de la santé du nouveau-né alors que celle de la mère est déterminante pour la survie du bébé. Ainsi, un groupe d'agences internationales a lancé un mouvement global, The Safe Motherhood Initiative, luttant pour la réduction du fléau de la mortalité maternelle et des complications liées aux accouchements effectués dans de mauvaises conditions.

Ce groupe a réussi à donner une visibilité à la problématique de la santé maternelle dans les conférences internationales et à la faire reconnaître comme étant une étape centrale dans le processus de développement. Il a montré comment la société toute entière est affectée par la mort d'une mère, d'une épouse, d'une femme. En effet, ce ne sont pas uniquement les chances de survie du nouveau-né qui diminuent à la mort de la mère, mais aussi la probabilité que la famille toute entière tombe dans la précarité qui augmente. Les bénéfiques d'une maternité sans risque se calculent à long terme et à l'échelle de l'ensemble de la société.

Dans les actes, la maternité sans risque consiste à fournir des ressources humaines et matérielles pour assurer une prise en charge adéquate de l'ensemble de la maternité et d'assurer l'accès à ces prestations par une communication efficace, des coûts raisonnables pour la bénéficiaire et un service de qualité.

Le premier contact de la femme avec le système de santé s'effectue souvent lors de l'accouchement. Cet événement représente une occasion de diriger la femme vers d'autres services de santé tels que le planning familial. La maternité sans risque fonctionne comme un relais vers les prestations de santé.

La SSR inclut la dimension de la maternité sans risque dans son concept puisque toutes deux partagent le même objectif : assurer le développement en garantissant le bien être.

1.3.2 La Santé Sexuelle et Reproductive et l'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS a pour mission de fournir aux professionnels des domaines de la santé des modèles et des informations qui puissent les guider dans leur décision et action. En matière de SSR, l'OMS distingue clairement, depuis longtemps déjà, la santé sexuelle de la santé reproductive. Elle estime que la santé sexuelle est à considérer pour soi : la reproduction est un élément de la sexualité et non l'inverse. Elle donne une définition de la santé sexuelle en 1975 déjà :

« Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to

sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.» (WHO 1975)

Cette définition a été retravaillée et élargie en 2002 par un groupe d'experts suite à l'importance que la CIPD a prêté à la santé sexuelle.

L'importance grandissante du rôle de la santé publique dans les préoccupations politiques et l'apparition de la pandémie de VIH/sida ont restitué une place centrale à la sexualité dans les dimensions de bien être et de santé. Les efforts déployés pour contrer l'expansion du VIH/sida ont montré l'importance de la compréhension des comportements sexuels et des phénomènes de stigmatisation et de discrimination et celle de la prévention contre les IST dans l'obtention de résultats. C'est ainsi qu'on a compris que la santé sexuelle ne doit pas être réduite aux questions de reproduction, les enjeux de la sexualité dépassant ceux de la procréation, ni se limiter à la vision médicale mais doit être comprise dans sa globalité.

La sexualité reste taboue dans la plupart de nos sociétés, c'est pourquoi il faut trouver des contextes appropriés pour l'aborder. Les espaces autour de la reproduction et de la santé en sont. Si toutefois il est nécessaire de bien différencier la sexualité de la reproduction, il importe également de traiter tous les domaines relatifs à la SSR dans un même lieu afin d'atteindre un large public.

1.3.3 La Santé Sexuelle et Reproductive et la Fédération Internationale des Planning Familiaux

La Fédération Internationale des Planning Familiaux a été fondée en 1952 lors de la troisième conférence mondiale de la planification parentale à Bombay (Inde). Elle est le résultat du regroupement de voix féminines luttant pour le droit au contrôle des naissances par les femmes. Elle a débuté ses activités avec la publication d'un mensuel, *Around the World News of Population and Birth Control*, et chapeaute aujourd'hui les associations nationales autonomes de planning familial de plus de 180 pays. Son principal défi consiste à défendre le droit à la SSR.

L'IPPF est une pionnière de la notion de SSR telle qu'on la conçoit aujourd'hui. En effet, le contexte des années nonante l'a poussée à mener une réflexion sur la pertinence de ses activités. Son désir de promouvoir une position avant-gardiste en matière de planification familiale a débouché sur une reformulation de ses objectifs. Le plan stratégique, intitulé *Vision 2000* et formulé à cette occasion, décrit la ligne directrice de la Fédération pour les années à venir.

Ce plan marque l'importance du rôle des Associations nationales de Planification Familiale (APF) dans l'élargissement du champ d'action autour de la SSR. Il importe de dépasser le cadre strict de la planification familiale et de répondre de manière globale aux besoins relatifs à la sexualité, à la reproduction et à la maternité. Les APF gagnent en autonomie d'action tout en étant tenues de respecter les principes dictés par l'IPPF. L'IPPF mène une réflexion globale que les APF adaptent au niveau local.

Les domaines rattachés à la SSR définis par l'IPPF dans *Vision 2000* sont: la relation de couple, la grossesse non désirée, la mortalité maternelle, les IST et le VIH/sida, l'avortement à risque, l'infécondité, la violence à l'égard des femmes dont les mutilations génitales, les populations à risque. On attend des APF qu'elles fournissent des services adaptés concernant ces champs. Les APF sont chargées de couvrir une ou plusieurs activités citées ci-dessous selon les besoins locaux, la faisabilité et l'urgence :

- une double sensibilisation : changer les attitudes et changer les politiques
- l'information, l'éducation et la communication
- la prestation de services : fournir des prestations lorsque le gouvernement n'en propose pas, lorsque la mise en place d'un modèle novateur représente une prise de risque trop grande pour les autres organismes, lorsqu'il y a collaboration avec le gouvernement.
- la formation : le personnel des APF doit recevoir une formation conforme aux principes de *Vision 2000*.
- l'évaluation : créer des outils d'évaluation des services afin d'effectuer, en cas de besoin, les réorientations nécessaires.
- la recherche : suivre et comprendre l'évolution des comportements en matière de SSR pour y adapter les services et défendre les intérêts de ceux-ci.

En ce sens, l'IPPF est une des instigatrices du concept de SSR adopté à la CIPD. D'ailleurs, une part du travail de la Fédération consiste aussi à « impulser les politiques, [à] faire évoluer l'attitudes des responsables politiques, des leaders d'opinion et des professionnels qui se consacrent à la santé des femmes, et [à] contribuer à l'amélioration des services » (*Vision 2000*, 1995, p. 6).

En 1995, l'IPPF a créé une charte des droits sexuel et reproductif (*Charte on Sexual and Reproductive Rights*). Cette charte constitue un cadre éthique sur lequel l'IPPF se base pour réaliser ses missions. Elle identifie douze droits pertinents en matière de SSR et issus de la législation des droits humains internationaux. La base légale sur laquelle repose ces droits est à la fois un outil par lequel l'IPPF se fait reconnaître et avec lequel elle agit. Cette charte est un gage de sérieux pour les prestataires des services de planning familial et représente une référence formelle sur laquelle la Fédération s'appuie dans sa pratique.

- 1 The Right to Life
- 2 The Right to Liberty and Security of the Person
- 3 The Right to Equality, and to be Free from all Forms of Discrimination
- 4 The Right to Privacy
- 5 The Right to Freedom of Thought
- 6 The Right to Information and Education
- 7 The Right to Choose Whether or Not to Marry and to Found and Plan a Family
- 8 The Right to Decide Whether or When to Have Children
- 9 The Right to Health Care and Health Protection
- 10 The Right to the Benefits of Scientific Progress
- 11 The Right to Freedom of Assembly and Political Participation
- 12 The Right to be Free from Torture and Ill Treatment

Source: IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, 1995, p.7.

A la suite de l'adoption du paradigme de la SSR à son niveau central et à celui des APF, l'IPPF, Fédération en mouvement, a proposé un nouveau cadre stratégique 2005-2015. Celui-ci met l'accent sur cinq axes prioritaires : les adolescents/jeunes, le VIH/sida, l'avortement, l'accès, le plaidoyer ou *The Five A's* en anglais, Abortion, Access, Adolescents, Advocacy and Aids and HIV. Des objectifs sont fixés pour chacun de ces axes:

- assurer l'accès des adolescents aux services de planning familial et récuser les pratiques et les normes culturelles, mais aussi les législations, dangereuses pour la SSR des adolescents.
- réduire les discriminations et les stigmas relatifs au VIH/sida et abolir les barrières qui rendent les individus vulnérables face à cette infection pour mieux lutter contre la propagation du virus.
- empêcher les avortements qui mettent en danger la vie des femmes en promouvant le droit d'accès à des services de qualité en la matière, dans les dispositions possibles de la loi.
- assurer les prestations relatives à la SSR que les autres institutions ne couvrent pas, en particulier celles concernant les publics marginalisés.
- encourager les organismes publics et privés à promouvoir la SSR à travers leur positions et actions.

Les APF doivent désormais assurer la priorité à ces points d'action. L'IPPF exige des APF qu'elles s'accordent aux changements sociétaux pour toujours mieux répondre aux besoins émergents. Elle se démarque, dans sa démarche, par une constante évolution dans la mise en œuvre du concept de SSR à l'instar de laquelle elle entretient une image d'avant-gardisme.

1.4 Que doit-on retenir de la SSR ?

Le paradigme de la SSR est le produit d'un long cheminement idéologique : la planification familiale est progressivement remplacée par un concept plus large incluant la reproduction, la sexualité, la maternité et l'égalité entre sexes. Cet enrichissement successif de l'objet est le fruit de l'évolution d'une réflexion faite à l'égard des femmes, en particulier, et, plus généralement, de la population toute entière et de son bien être.

Reprenons ici, en quelques mots, les principales dimensions qui constituent le concept de SSR et sur lesquelles se base la suite du document.

La construction de la SSR et de ses enjeux repose sur les **droits universels de l'Homme** et donc de la femme.

L'égalité des sexes et l'équité entre sexes sont l'un des principes fondateurs de la SSR sans lequel, d'ailleurs, celle-ci ne peut être effective. Les violences faites aux femmes, issues des rapports de pouvoir entre sexes, doivent être abolies à toutes les échelles de la société (ménage, communauté, nation). Elles sont souvent d'ailleurs à la base des problèmes de santé des femmes.

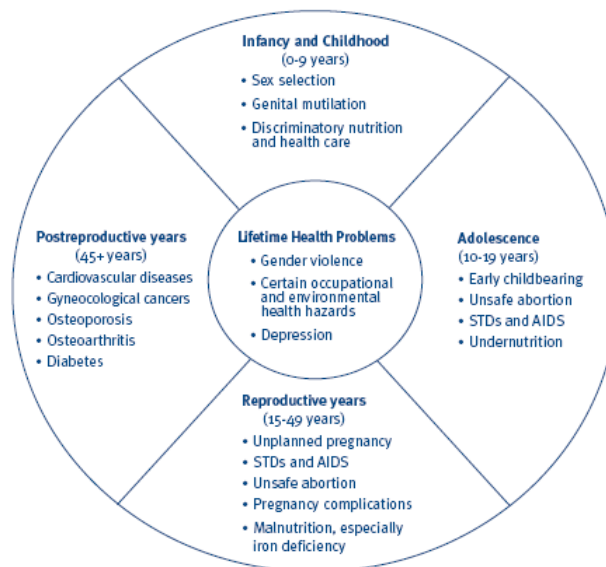
La réalisation des objectifs de la SSR passe par **l'autodétermination des femmes** (empowerment). L'éducation des filles joue un rôle central dans ce processus.

Concernant la SSR, son **approche** se veut **individualisée** : chaque population a des besoins spécifiques (âge, sexe, ethnie, religion...) auxquels il faut répondre par des moyens adéquats (information, éducation, intervention médicale...) tout en respectant les choix personnels.

Reproduction et sexualité sont deux champs de la SSR étroitement liés mais dont les enjeux diffèrent. La première concerne le désir de procréation et sa réalisation dans les meilleures conditions et la seconde la jouissance d'une sexualité consentie, informée et épanouie.

Les services en matière de SSR doivent tenir compte du **cycle de vie** et répondre aux besoins spécifiques de chaque période de vie. La figure ci-dessous répertorie les principaux événements ou éléments pouvant nuire à la SSR à différents stades biologiques.

HEALTH AND NUTRITIONAL PROBLEMS AFFECTING WOMEN DURING THE LIFE CYCLE ADAPTED FROM 1



Source : Sexual and reproductive health: briefing cards, 2000

La **prévention** constitue le principal axe d'action de la SSR.

Les activités autour de la SSR comprennent :

- l'information, l'éducation et le conseil autour de la sexualité et de la reproduction
- le planning familial (contraception, prévention des grossesses non désirées)
- la maternité et les soins pré et post natals (maternité sans risque)
- la santé des nouveaux nés
- la prévention contre les IST dont le VIH/sida
- la prévention et le traitement de l'infertilité

Dans la pratique, il est recommandé de regrouper ces activités sur un même lieu puisqu'elles sont interliées. La prévention n'est que plus efficace si elle arrive à jouer sur tous les terrains.

Ainsi, les bénéfices de la SSR opèrent à un niveau individuel, le bien être personnel, et collectif, des personnes en bonne santé rapportent d'avantage économiquement et socialement. C'est ce double profit qui érige la SSR au rang des enjeux incontournables des débats nationaux et internationaux.

Chapitre II

2. Etude de cas : le service de planning familial Profa

2.1 Des principes à l'action sur le terrain

Nous avons consacré la première partie de ce travail à la genèse du concept de SSR. Nous avons montré comment la CIPD a instigué un nouveau paradigme que les organismes internationaux ont adopté et adapté à leur domaine en charge et à leur propre disposition. Nous allons maintenant nous intéresser au passage des principes à l'action sur le terrain ou du général au particulier.

La mission de l'IPPF consiste à promouvoir la notion de SSR auprès des gouvernements mais aussi à mettre à disposition des institutions locales des outils pratiques, brochures d'informations, affiches et autres supports médiatiques. Ces instruments, élaborés dans la perspective de convenir à la majorité, sont, par définition, très généraux, tout comme l'est la notion de SSR. Ainsi, entre son concept théorique et son application, l'objet franchit une série d'étapes où il subit des transformations et des adaptations le rendant conforme aux besoins locaux. C'est cette transition vers la réalisation de la SSR que nous considérons dans la suite de notre travail.

En Suisse, PLANeS, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive, est l'organisme qui chapeaute notamment les centres de consultation en planning familial et les services d'éducation sexuelle. Elle est le membre suisse de l'IPPF depuis 1993, auparavant sous le nom de ASPFES (Association Suisse de Planning Familial et d'Education Sexuelle), et établit le lien entre le niveau international et national. Autrement dit, elle est chargée de transmettre et d'ajuster les informations et les décisions prises à l'échelle mondiale afin de les rendre sensées et adéquates dans le contexte national. De plus, elle coordonne les activités des différents centres de planning familial, tâche indispensable dans un système fédéral où les cantons disposent d'une grande autonomie. En effet, pour minimiser les disparités cantonales en matière de services relatifs à la SSR, elle s'occupe d'harmoniser l'offre des centres de planning familial grâce à leur adhésion à des programmes communs et à des propositions minimum. En s'affiliant à PLANeS, les centres de planning familial sont tenus de suivre une ligne conceptuelle nationale: positionnement sur certains sujets, formation des professionnels, documents informatifs...

Le planning familial Profa qui opère dans le canton de Vaud, en Suisse, est un adhérent de PLANeS. Sur la demande de la Fondation Profa, il est devenu notre objet d'investigation. Notre étude de cas prend deux dimensions.

D'une part, nous observons et analysons l'implémentation du concept de SSR. Le planning familial Profa est l'expression concrète d'un paradigme construit à un niveau international : comment la SSR s'applique-t-elle dans les centres de planning familial Profa ?

D'autre part, nous répondons à la requête formulée par la Fondation Profa d'établir un portrait des activités du service de planning familial. En effet, la Fondation Profa a exprimé le besoin de pouvoir suivre et évaluer l'évolution annuelle de son service de planning familial à travers des résultats chiffrés basés sur les données récoltées par celui-ci. La nécessité du suivi des activités du planning familial s'explique, en partie, par le rôle de sentinelle de la SSR que le canton de Vaud a confié à la Fondation Profa. En effet, la proximité des services de la Fondation avec la population vaudoise en fait un observateur privilégié des problématiques socioéconomiques et sanitaires émergentes liées à la sexualité et à la reproduction. Nous proposons donc un monitoring qui s'appuie sur une problématique formulant les enjeux du planning familial selon les principes de la SSR et les spécificités du service. Le

cadre de recherche permet de sélectionner une série d'indicateurs rendant compte des activités du service.

Ce chapitre présente donc le planning familial Profa, son histoire et ses caractéristiques. Puis, il expose notre questionnement scientifique et les hypothèses qui en découlent.

2.2 Le service de planning familial Profa

2.2.1 Son histoire

Les consultations de planning familial Profa existent depuis plus de 30 ans dans le canton de Vaud. L'ouverture du premier centre de planning familial vaudois, appelé Centre Médico-Social de Pro Familia (CMSPF), ligue vaudoise pour la protection de la famille, a eu lieu en 1967 à Lausanne. Elle fait suite au rapport sur la motion Merz³, adopté à l'unanimité en février 1965 par le Grand Conseil vaudois. A cette époque, les problématiques de planification familiale sont au cœur des préoccupations politiques internationales.

C'est au gré des phénomènes sociétaux et épidémiologiques que la Fondation Profa, nouvelle dénomination adoptée en 1998, s'agrandit et diversifie ses prestations. Actuellement, elle est composée de quatre services : le service de planning familial et de grossesse, le service d'éducation sexuelle, la consultation conjugale et le centre LAVI (loi sur l'aide aux victimes d'infraction).

La suite de ce travail ne tient compte que du service de planning familial qui se compose de sept centres : Aigle, Vevey, Renens, Lausanne, Nyon, Yverdon et l'Espace Prévention de La Côte dont nous ne tenons compte pour des raisons pratiques.

2.2.2 Ses activités

Légalement, les activités du planning familial s'inscrivent dans la loi cantonale vaudoise sur la santé publique du 29 mai 1985. Plus récemment, le Cadre cantonal vaudois pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007 a défini les priorités à poursuivre dans ce domaine. En matière de santé sexuelle et procréative, la Commission cantonale de prévention (CCP), a désigné Profa comme « centres de référence reconnus pour [ses] compétences » et lui a confié « la mise en œuvre au niveau cantonal des programmes prioritaires retenus » (Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007. p. 6 et p. 27). Les objectifs de ces programmes prioritaires basés sur les données épidémiologiques du canton de Vaud de 2001 visent à :

- réduire le nombre de grossesses non désirées en mettant à disposition de la population des prestations permettant de faire des choix avisés en matière de procréation.
- prévenir les maladies sexuellement transmissibles et les problèmes en lien avec la sexualité.

Les centres de planning familial Profa chargés de répondre à cette mission se sont donnés pour objectif d' « assurer le développement de la qualité de la vie affective et sexuelle des individus et des couples, la promotion de la santé et du bien-être dans la sexualité et la procréation » (Service des consultations de planning familial et de grossesse-Service d'éducation sexuelle. Santé et bien-être dans

³ Grand Conseil Vaudois. Rapport sur la motion Blanche Merz. Dr Philippe Bridel, rapporteur, mai 1965.

la procréation. Document de présentation. Fondation Profa, 2001 :1.). Concrètement, la mise en œuvre de cette tâche consiste à :

- prévenir des grossesses non désirées, en donnant accès à une contraception sûre et choisie en toute connaissance de cause dès le début de la vie sexuelle. La promotion et la prescription de la contraception post-coïtale (CPC), dite aussi contraception d'urgence ou pilule du lendemain, en est un moyen particulier.
- prévenir, dépister et, le cas échéant, traiter des infections sexuellement transmissibles (IST).

Les problèmes de violence sexuelle font également l'objet d'une attention particulière du service de planning familial.

Pour ce faire et en accord avec le cadre institutionnel national (PLANeS) et international (IPPF), les services de planning familial ont fixé des priorités concernant les populations à cibler, les prestations à fournir et la structure d'organisation des centres à respecter (Projet d'un modèle d'organisation-type, Profa, 2007).

Par définition, le public des centres de planning familial se compose de femmes ou d'hommes ayant une demande spécifique liée à la santé sexuelle ou à la procréation. Cependant, certains sous-groupes de la population sont plus concernés par les thématiques que le planning familial aborde:

- les adolescents et jeunes débutant dans la vie sexuelle
- les personnes issues de la migration récente et /ou au statut précaire
- les personnes en situation fragilisée (social, psychologique, économique)
- les personnes souffrant d'un handicap (psychique ou physique)

Les prestations sur lesquelles le planning familial met une attention particulière concernent:

- l'information en matière de sexualité et de contraception
- la prévention des grossesses non désirées
- la promotion de la contraception, y compris la CPC
- la prévention, le dépistage et le traitement des IST
- la prévention des abus sexuels et la prise en charge des situations de violence sexuelle

La qualité organisationnelle des services de planning familial repose sur trois critères :

- être aisément accessible à tous les habitants du canton
- tenir compte des spécificités régionales en matière de demandes et de besoins
- assurer un rôle de sentinelle vis-à-vis de l'émergence, de l'augmentation ou de la diminution de problèmes de santé sexuelle et reproductive

Revenons brièvement sur les raisons qui mènent à définir de tels publics cible, de telles prestations et une telle structure d'accueil.

2.2.2.1 Les publics cibles

Les adolescents et les jeunes débutant dans la vie sexuelle

L'adolescence se caractérise par des comportements sexuels exploratoires impliquant souvent une prise de risque en particulier face à la grossesse non désirée et aux IST. Les relations débutantes et le manque d'expérience rendent difficile le dialogue autour de la protection et de la contraception.

Les personnes issues de la migration récente et/ou au statut précaire

Les conditions de vie difficiles liées à la migration mettent la santé, y compris la SSR, au second plan des préoccupations quotidiennes des migrants. De plus, la méconnaissance de la langue et du fonctionnement structurel du pays d'accueil rend l'accès aux ressources sanitaires compliqué.

Les personnes en situation fragilisée (social, psychologique, économique)

Les raisons susceptibles de mettre un individu en situation fragilisée sont multiples et dépendent de facteurs contextuels. La précarité étant relative, un individu se trouve affaibli lorsqu'il ne peut faire recours aux ressources intellectuelles, économiques, sociales, politiques... dont la majorité de la population jouit. Un individu en situation précaire du point de vue économique ou familial⁴ développe une vulnérabilité accrue face aux risques liés à la sexualité et à la reproduction.

Les personnes souffrant d'un handicap (psychique ou physique)

Les rapports sexuels et la possibilité de procréer pour des personnes atteintes d'un handicap physique ou mental sont tabous dans nos sociétés. Pourtant, ces expériences font également partie intégrante de la vie de ces individus. Cette forme de déni social complique l'accès à une information adaptée aux besoins spécifiques.

2.2.2.2 Les prestations offertes

Une information, un conseil en matière de sexualité et de contraception

Le droit à une sexualité épanouie passe par une information relative à la contraception et à la prévention des IST. Il s'agit de donner les moyens aux consultants de prendre les meilleures décisions qu'il soit pour eux en toute connaissance de cause et d'évaluer leurs besoins dans les situations futures (empowerment).

La promotion de la contraception, y compris la contraception post coïtale (CPC)

La contraception doit être accessible à toutes celles/ceux qui le désire. Une sexualité épanouie passe aussi par la sécurité d'un moyen contraceptif efficace. Or, seul un moyen de contraception adapté à la personne garantit son efficacité.

La CPC est une méthode contraceptive d'urgence qui diminue l'incidence des grossesses non désirées.

La prévention des grossesses non désirées et des interruptions de grossesse

Une réflexion autour du désir d'enfant, de la contraception et de sa maîtrise, permet de prévenir des interruptions de grossesse ou de la venue non désirée d'un enfant dans des circonstances difficiles.

⁴ Se référer au chapitre I, « Les déterminants sociaux de la santé » pp. 12-15, explicitant le lien entre précarité et santé.

La prévention, le dépistage et le traitement des IST, dont le VIH/sida

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique. L'information, le traitement et le dépistage de ces maladies sont les principaux moyens pour en limiter la propagation.

La prévention des abus sexuels et la prise en charge des situations de violence sexuelle par des spécialistes

Les droits en matière de SSR et, en particulier, la notion d'intégrité sexuelle doivent constamment être redéfinis pour en prévenir la transgression. Les situations de violence sexuelle actuelle ou subie par le passé révélées lors d'entretiens sont confiées à des personnes compétentes tierce⁵.

2.2.2.3 La structure d'accueil

Une accessibilité aisée pour tous les habitants du canton

Deux paramètres garantissent cette accessibilité : une répartition équitable des centres sur le territoire vaudois et la volonté d'assurer un seuil moyen d'accès, par le plurilinguisme des professionnel-le-s du planning familial, des horaires d'ouverture flexibles, la pratique de tarifs sociaux et la garantie de la confidentialité.

La considération des spécificités régionales

Bien que le modèle d'organisation des centres de planning familial soit uniformisé, une attention particulière est réservée aux spécificités régionales. Ainsi, chaque centre doit s'adapter aux particularités locales de la composition de la population du point de vue de l'âge, de l'origine,...

Un rôle de sentinelle vis-à-vis de l'émergence ou de l'augmentation de certains problèmes

Etant donné son activité, le planning familial tient un post d'observateur de première ligne de l'évolution de la SSR. Cette place lui confère le rôle de rapporteur des problèmes émergents, en augmentation ou en diminution, auprès des autorités publiques compétentes.

2.2.3 Son organisation

Chaque centre de planning familial répond à la même structure professionnelle. Des secrétaires et/ou des assistantes médicales assurent l'accueil des consultant-e-s et les orientent, selon leur demande, vers les professionnels compétents.

Une des particularités du planning familial Profa réside dans son double rôle de conseiller et de prescripteur. En effet, dans chaque centre, des conseillères en planning familial et des médecins collaborent pour répondre aux demandes des consultant-e-s de façon exhaustive. Le tandem conseillère-médecin assure une prise en charge globale des situations : l'information, la prévention et le conseil étant alliés à l'acte médical. Une approche associant diagnostics psychosocial et médical maximise l'efficacité de l'intervention.

⁵ Le service LAVI prend notamment en charge ces cas.

Les conseillères en planning familial

La sexualité et les différents aspects qui s'y rapportent, contraception, désir d'enfants, maladies, restent des sujets délicats même dans nos sociétés. La pudeur et les tabous qui l'entourent sont d'ailleurs à la base des comportements à risque. Le travail de la conseillère consiste à écouter et comprendre la demande du/de la consultant-e afin de le/la renseigner, orienter et accompagner dans ses décisions et démarches. L'appui de la conseillère se veut à la fois rassurant et pourvoyant : le/la consultant-e doit gagner en estime de soi et en capacités à mener une vie sexuelle, relationnelle et affective épanouissante. L'approche psychosociale consiste à replacer la demande dans un contexte plus large, cercle familial, social, pour mieux comprendre les attentes et les besoins du/de la prestataire.

Les médecins

Les médecins en gynécologie générale assument les prestations médicales de planning familial (prescription de CPC), de gynécologie préventive (contrôles) et de dépistage (test VIH). Ils tiennent également un rôle de soutien et d'informateur complémentaire à celui de la conseillère.

Le mode d'organisation des centres de planning familial est pensé pour toucher un large public. Les horaires d'ouverture des centres sont en partie décalés de ceux des commerciaux (soirée) et des plages horaires sont réservées aux consultations sans rendez-vous. Le planning familial propose également des tarifs sociaux pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie ou ne pouvant la faire fonctionner pour des raisons de confidentialité. Les entretiens avec la conseillère sont gratuits. Les centres de planning familial travaillent également en réseau avec différents acteurs régionaux telles que des associations travaillant auprès des populations cibles ou des institutions de santé, les gynécologues et obstétriciens privés ou rattachés à un centre hospitalier. Le tableau détaillant chaque centre donne une idée de leur composition et fonctionnement professionnels.

Dotation des centres de consultations en planning familial, 2007

Consultations planning familial	Aigle	Vevey	Lausanne	Renens	Morges-Aubonne	Nyon	Yverdon
% conseillère en planning familial	30 %	35 %	210 %	105 %	30 %	35 %	35 % ville 20 % hôpital
% médecin gynécologue	20 %	20 %	190 %	80 %	Médecins de ville	20 %	20 %
% aide médicale	30 %	30 %	180 %	90 %	/	30 %	25 %
% réceptionniste	/	/	140 %	/	/	/	/

Cependant, les dispositions visant à abaisser au maximum le seuil d'accès du planning familial sont coûteuses et peuvent se voir limitées par des contraintes budgétaires.

Le choix d'une structure de service flexible et d'une association de compétences pluridisciplinaires a été réalisé pour mieux répondre aux défis relevés par Profa. Par son mode organisationnel, le planning familial Profa représente une originalité helvétique.

2.3 Les principaux défis du planning familial Profa

La structure et l'organisation du service de planning familial se veulent flexibles, réflexives et réactives afin de répondre le mieux possible aux besoins des populations vaudoises en matière de SSR. La diversité des situations socioéconomiques individuelles engendre une pluralité des besoins. La force et la spécificité du planning familial Profa résident dans son rôle de service complémentaire. En effet, les prestations offertes par les hôpitaux, les gynécologues ou les obstétriciens en matière de SSR ne conviennent pas à tout un chacun. L'accès à ces services peut être restreint pour des raisons économiques et sociales. Leur coût est élevé : les gynécologues et autres spécialistes ne pratiquent pas de tarifs sociaux. Ils exigent des compétences spécifiques telles que la connaissance de l'existence du service lui-même, la maîtrise de la langue française, une disponibilité durant des horaires fixes... Ainsi, le service de planning familial Profa comble les carences des institutions traditionnelles en pratiquant un seuil d'accès plus bas et en garantissant des compétences psychosocioculturelles.

L'approche qu'offre le planning familial n'est pas seulement différente des autres sur un plan financier (tarif social) ou pratique (horaire d'ouverture en soirée) mais aussi dans sa façon de concevoir la SSR. L'individu et son vécu sont mis au centre de la consultation : le langage purement médical est évincé pour faire place à la discussion et au conseil. La SSR n'étant paradoxalement pas qu'une histoire de santé, la perspective du planning familial est d'offrir un service à dimensions humaines.

2.3.1 Les hypothèses et questions de recherche

La mission qui m'a été confiée par la Fondation Profa consiste à sélectionner des indicateurs sur la base des données statistiques qu'elle récolte. Le choix des indicateurs dépend de critères scientifiques, les indicateurs doivent être conformes aux normes statistiques pour être fiables et reproductibles, mais se fonde aussi sur une réflexion par rapport aux buts poursuivis par le planning familial.

Notre problématique s'appuie sur la spécificité du service de planning familial telle que décrite ci-dessus. Les données statistiques deviennent le moyen de démonstration de la pertinence du service dans son contexte. Autrement dit, la population du planning familial et les prestations offertes deviennent sujets d'observation, d'analyse et d'évaluation. Quelle est, par exemple, la part des jeunes au planning familial Profa ? Par la suite, la comparaison des résultats pratiques, mesurés par les statistiques, permet d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés par le planning familial Profa en référence au cadre de la SSR. Pour ce faire, deux pistes, résumées à deux questions, sont explorées :

- Quel est le profil du public qui fréquente les centres de planning familial et quelles sont les prestations offertes ?
- Quels besoins de la population vaudoise en matière de SSR sont couverts, ou non, par les services de planning familial Profa ?

La réponse à la première question consiste à décrire la composition des publics et des prestations du planning familial Profa. Cette étape permet d'évaluer l'écart entre objectifs théoriques, les publics devant être atteints, et réalité pratique, les publics étant atteints. La composition démographique de la population vaudoise constitue un critère d'appréciation. Le second critère d'évaluation se réfère à l'observation de l'hétérogénéité de la population qui consulte.

Pour la seconde question, l'analyse des publics présents au planning familial et des prestations offertes fonctionne comme révélateur des forces et faiblesses du service. Les objectifs prioritaires

établis par le planning familial Profa ne peuvent prendre en compte tous ceux, et ils sont vastes, retenus dans les propositions internationales. Ainsi, l'objectif de notre travail vise à identifier si la population cible a été atteinte. Cette démarche permet à la Fondation Profa d'effectuer le bilan des objectifs réalisés et de concevoir des mesures incitatives concernant ceux qui ne l'ont pas été.

La sélection des domaines d'étude se base sur les publics cibles, les prestations offertes et le mode d'organisation des centres de planning familial définis par Profa. Une revue des récents rapports cantonaux de santé publique appuie certaines hypothèses, d'autres sont le fruit de notre travail à Profa.

La formulation des hypothèses suivantes est le résultat du compromis entre théorie et pratique. Les hypothèses, basées sur une réflexion théorique, ne trouvent pas systématiquement de réponse statistique dans la suite du travail qui repose sur les données disponibles. Dès lors, deux enjeux contradictoires se profilent : la nécessité d'une construction théorique pertinente et celle d'une problématique adaptée aux données disponibles. Autrement dit, l'impérative confrontation des ambitions théoriques aux réalités de terrain.

Hypothèse I : Les femmes et les hommes

La reproduction étant actuellement encore une histoire de femmes dans nos sociétés, peu d'hommes se sentent concernés par les préoccupations du planning familial. En effet, la grossesse relève de la responsabilité de la femme comme de celle de l'homme, seulement ses conséquences sont plus contraignantes pour la femme. Ainsi, la plus grande implication de la femme dans le contrôle des naissances est évidente puisque son destin en dépend et que l'offre contraceptive moderne (méthodes hormonales) ne s'adresse qu'au sexe féminin.

1.1) Qui sont les hommes qui se rendent au planning familial ?

1.2) Quels sont les motifs de venue au planning familial des hommes et des femmes ?

Hypothèse II : Les adolescents et les jeunes débutant dans la vie sexuelle

Dans le canton de Vaud, 10 % des garçons et 6 % des filles ont eu une relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (Etat de santé de la population vaudoise, cahier thématique 4, 2001) et, selon l'étude SMASH 2002, à 20 ans, 78 % des filles et des garçons, étudiant-e-s ou apprenti-e-s, ont déjà eu un rapport sexuel. Les premières expériences sexuelles ont lieu, en moyenne, entre l'âge de 14 et 20 ans.

2.1) Dans quelle mesure les 14-20 ans sont-ils représentés au planning familial ?

2.2) Les jeunes se rendent-ils plus souvent au planning familial que le reste de la population ?

Le début de la vie sexuelle et les relations occasionnelles sont caractérisées par une prise de risque élevée: « 7 % des jeunes sexuellement actifs n'ont utilisé aucun moyen de contraception lors du premier rapport, et ce chiffre monte à 12 % quand la relation est occasionnelle » (Etat de santé de la population vaudoise, 2001, p. 20).

Le préservatif représente la protection contraceptive la plus utilisée lors de relations occasionnelles ou débutantes. Parmi les 16-20 ans, 77,3 % des filles et 74,6 % des garçons ont utilisé un préservatif lors de leur première relation sexuelle (Narring et al., 2002). En 2000, parmi les 17-30 ans qui ont eu une relation sexuelle au cours des six derniers mois, 50 % ont toujours utilisé un préservatif (Etat de santé de la population vaudoise, 2001).

2.3) Les jeunes sont-ils particulièrement exposés aux risques relatifs à la SSR ?

2.3.1) Par le type de relation qu'ils entretiennent avec leur partenaire ?

2.3.2) Par la méthode contraceptive qu'ils utilisent ?

La contraception post coïtale est prescrite lors de rapport non protégé et concerne en particulier les adolescents et les jeunes adultes qui, au début de leur vie sexuelle, n'utilisent pas de contraception hormonale (Quach, 2005).

2.4) Les demandes de CPC concernent-elles uniquement les jeunes ?

2.5) Les jeunes demandent-ils plus de test de dépistage VIH ?

Hypothèse III : Les migrants

La vulnérabilité des migrants face aux risques relatifs à la SSR varie en fonction du sexe, du statut politique, de la situation économique, de la nationalité...(Document de base sur la question de « Migration et Santé », 2007).

3.1) Dans quelle proportion les migrants sont-ils représentés au planning familial?

Les migrants manquent de ressources, de par leur méconnaissance du fonctionnement helvétique et de leur position défavorisée dans la société, pour accéder facilement au système sanitaire suisse.

3.2) Qui sont les étrangers qui consultent au planning familial ?

Le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) des femmes étrangères est trois fois plus élevé que celui des Suissesses dans le canton de Vaud : 11,8 ‰ versus 4,5 ‰ (Spencer et al., 2004). Parmi les étrangères, les Africaines et les Sud Américaines sont particulièrement représentées.

3.3) Les demandes d'IVG du planning familial sont-elles plus fréquentes chez les étrangères ?

Hypothèse IV : Les personnes en situation fragilisée

Un paramètre de la prise de risque en matière de SSR est la situation socioéconomique de l'individu: « un quart des femmes ayant demandé une interruption de grossesse en 2002 ont un revenu irrégulier, sont au chômage ou rentières d'autres régimes de protection sociale... » (Spencer et al., 2002, p. 19).

4.1) Quelle est la situation socioéconomique des individus du planning familial ?

Le niveau d'éducation est un facteur de vulnérabilité sociale.

4.2) Quel est le niveau de formation des individus du planning familial?

Un changement d'état civil peut entraîner une fragilisation de la position socioéconomique : « une famille monoparentale sur quatre est pauvre selon une étude publiée par Caritas » « 85 % des parents seuls sont des femmes » (Swissinfo.ch, 20 novembre 07).

4.3) Les individus séparés ou divorcés sont-ils surreprésentés au planning familial ?

Hypothèse V : Méthodes contraceptives et situations individuelles

5.1) Le choix des méthodes contraceptives coïncide-il avec des publics spécifiques ?

5.1.1) Les jeunes, les migrants ou les personnes en situation fragilisée se caractérisent-ils par l'adoption d'une méthode contraceptive particulière ?

Les moyens de contraception se classent en trois catégories de temporalité (Le Goff, 2005) : les techniques à long terme (années), à moyen terme (mois), de l'instantané (préservatif). Le choix de la méthode contraceptive dépend de la relation entre partenaires.

5.1.2) La méthode contraceptive varie-t-elle en fonction du type de relation de couple?

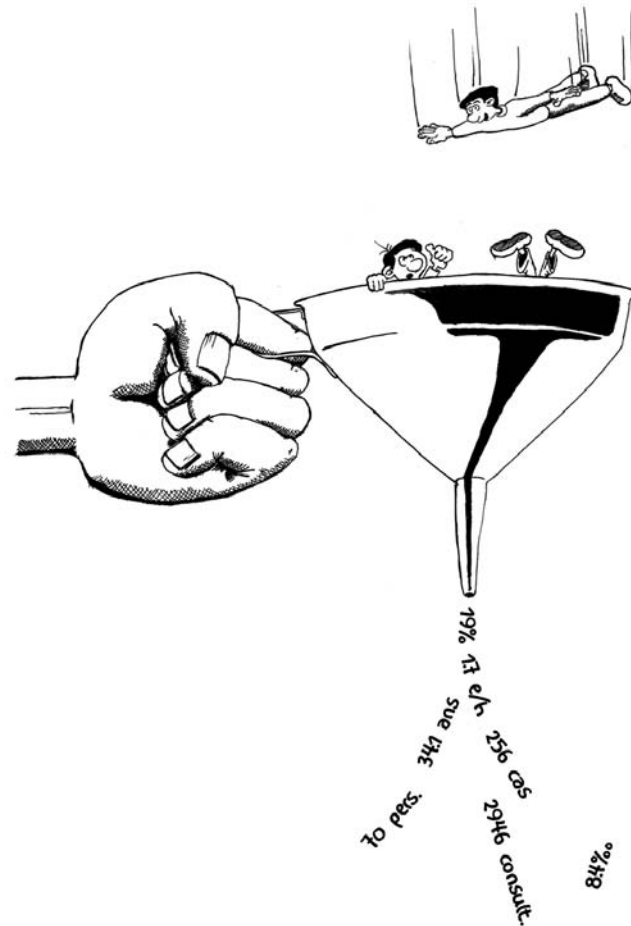
Hypothèse VI : Les centres de planning familial

Dans la commune de Renens, la proportion d'étrangers était de 52 % au recensement de 2000, alors que dans celle d'Yverdon les Bains, elle n'était que de 33 % (SCRIS).

- 6.1) La composition de la population des centres de planning familial connaît-elle des variations régionales ?
- 6.2) La population des centres de planning familial est-elle représentative de la population vaudoise ?

Chapitre III

3. Proposition de monitoring des activités du service de planning familial Profa sur la base de leurs statistiques



Avertissement

Ce chapitre présente le document original remis à la Fondation Profa à l'issue de mon stage. Ainsi, il se peut que les premiers paragraphes reprennent quelques informations déjà données dans le chapitre précédent.

3.1 Un monitoring des indicateurs du planning familial

Ce document présente une série d'indicateurs qui, sur la base des statistiques récoltées, puisse servir à mettre en place un processus de monitoring annuel des activités du planning familial. Il expose d'abord les sources d'informations et les adaptations apportées pour le calcul des indicateurs. Puis, il décrit, de façon détaillée, les indicateurs choisis, la façon de les calculer, et en propose une interprétation. Enfin, il se termine par une série de recommandations concernant les statistiques du service dans l'objectif d'améliorer la qualité des données et l'outil de travail que représentent les indicateurs.

3.1.1 Des données statistiques au choix d'indicateurs

La création et le choix d'indicateurs se basent sur différents critères dont le plus fondamental consiste à déterminer quels phénomènes ceux-ci doivent mesurer. Il a été convenu de la nécessité de concevoir des indicateurs qui retracent les activités du planning familial. Cet objectif exige à la fois de préciser quelles sont les activités menées au planning familial et de vérifier s'il existe, effectivement, une *trace* de celles-ci dans les informations statistiques récoltées.

3.1.1.1 La mission du planning familial Profa

Une lecture de la documentation relative aux services offerts à la Fondation Profa, à son organisation et à sa fonction cantonale, des entretiens formels et informels avec les différents professionnels du planning familial, ainsi qu'une participation, en tant qu'observatrice, à quelques consultations m'ont amené à définir les objectifs poursuivis par le planning familial et à en donner une formulation personnelle sous forme de problématique scientifique.

Le service de planning familial Profa s'adresse à toute la population et, en particulier, aux jeunes débutant leur vie sexuelle, aux personnes issues de la migration récente et/ou au statut précaire, aux personnes en situation fragilisée (social, psychologique, économique) et aux personnes souffrant d'un handicap, afin de répondre à toutes questions relatives à la santé sexuelle et reproductive (Quach, 2005). Il est spécifiquement mandaté pour prévenir les grossesses non désirées et les IST. Ces différentes exigences sont mises en œuvre à travers l'offre de consultations individualisées avec des professionnels chargés d'informer, de conseiller et de prévenir dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive.

Selon ma compréhension, la mission du service de planning familial Profa consiste à combler les carences existantes en matière de santé sexuelle et reproductive au niveau cantonal en offrant des services appropriés à des populations spécifiques. Le service de planning familial couvre les besoins de certaines populations auxquels les institutions « traditionnelles » ne répondent pas ou guère. De ce fait, une jeune fille pourra trouver au planning familial des réponses à ses questions concernant la contraception qu'elles n'auraient pas forcément obtenues dans le cadre d'une consultation avec un gynécologue.

Il existe donc une mission théorique du service de planning familial à confronter à une réalité pratique. L'expérience rejoint-elle le principe ? Autrement dit, il s'agit de chercher s'il existe une correspondance entre objectifs fixés et réalités du terrain.

Chaque jour de nombreuses personnes sont accueillies dans les sept centres de planning familial du canton. Ces individus coïncident-ils effectivement avec le public cible du planning familial ? Leurs demandes concernent-elles effectivement les prestations que le service veut offrir ? Les indicateurs retenus dans la suite de ce travail tentent de répondre à ces questions. Ils offrent une description des profils des prestataires et des prestations du planning familial. L'interprétation de ces profils réels se réfère à la comparaison aux portraits théoriques. Les objectifs du planning familial servent donc à la fois de référence pour le choix des indicateurs et de point de comparaison pour interpréter les résultats pratiques.

3.1.1.2 Un indicateur c'est quoi et à quoi ça sert ?

Le calcul d'indicateurs permet d'obtenir une information particulière sous une forme précise. Un indicateur a une nature, il a des qualités et des limites, et des fonctions, il répond à certains objectifs (Spencer, 2005 et OMS, 1998).

La nature de l'indicateur

Un indicateur, par définition, mesure un phénomène donné. Dans ce travail, le choix des phénomènes est défini par les objectifs que le service de planning familial Profa poursuit. Un des phénomènes à mesurer, par exemple, est la participation des différentes nationalités dans la population du planning familial. Un indicateur est ainsi créé pour le relever.

Un indicateur est descriptif : il mesure la proportion de Suisses dans la population du planning familial à une période et pour un endroit donné. Il n'explique rien et doit être interprété à la lumière du contexte. Ainsi, il ne fournit pas non plus de réponses aux problèmes qu'il peut soulever, mais se contente de susciter et d'appuyer la réflexion.

Un indicateur, même s'il est constitué de chiffres et semble donc objectif, reste une mesure relative parce que définie dans un contexte d'utilisation précis et donc dépendante de celui-ci.

Les fonctions de l'indicateur

Le principal objectif d'un indicateur est de quantifier de manière systématique des phénomènes déterminés. Ainsi, les indicateurs doivent être reproductibles d'années en années et suffisamment sensibles aux variations des phénomènes mesurés. Par exemple, un indicateur doit être capable de déceler les fluctuations dans le temps de la présence des 15-19 ans dans la population du PF.

Les indicateurs permettent d'évaluer des besoins, ceux-ci étant interprétés ici selon les objectifs poursuivis par le planning familial. Par exemple, l'augmentation dans le temps ou dans l'espace de la fréquence d'apparition d'un motif de consultation particulier peut traduire l'avènement d'un nouveau besoin dans la population vaudoise.

Les indicateurs mesurent l'atteinte d'objectifs établis ou l'impact de programme mis en œuvre par le service. Les retombées d'un projet visant à promouvoir le planning familial auprès des migrants peuvent être mesurées par l'augmentation de la présence d'étrangers dans la population du service avec un indicateur sur le type de permis de séjour.

Les indicateurs servent d'information de référence aux professionnels et facilitent la prise de décision. Le constat d'un net déséquilibre dans la fréquentation du service entre sexes peut influencer l'adoption d'une mesure incitant la participation de la minorité.

Les indicateurs condensent et simplifient l'information afin d'en faciliter la communication vers l'extérieur. La vitalité et la nécessité d'un service peuvent être résumées à l'aide d'un nombre limité de

résultats montrant la progression d'un sous-groupe au sein de la population du planning familial pour une année donnée.

Ainsi, l'utilité d'un indicateur est multiple pour autant que celui-ci soit bien choisi, repose sur des données fiables et soit interprété correctement. Un indicateur reste avant tout un outil qui nourrit la réflexion mais ne la remplace pas.

3.1.1.3 L'utilisation des données statistiques disponibles

Le calcul des indicateurs se base sur les données de deux sources pour les années 2005-06, 2005 étant l'année d'introduction du logiciel Tarmed et d'uniformisation des outils de récolte de données. D'une part, nous utilisons le formulaire administratif Tarmed nécessaire à la facturation des prestations fournies dont sont tirées les informations sociodémographiques. D'autre part, nous exploitons le questionnaire dit statistique qui relève des informations qualitatives sur le contenu des consultations données par les conseillères en planning familial.

L'étude de ces deux sources d'informations et du mécanisme de récolte de données a permis de distinguer les informations fiables et pertinentes par rapport aux objectifs poursuivis de celles à parfaire. Le calcul des indicateurs se base donc sur le matériel statistique tel qu'il a existé jusqu'à présent. Les recommandations du chapitre 5 concernent des propositions d'amélioration de la qualité et de la pertinence des données récoltées à l'avenir. Ainsi, notre contribution dans le travail d'élaboration des indicateurs est double. D'une part, nous créons, à partir des données statistiques, la matière première, une série d'indicateurs. D'autre part, nous portons un regard critique sur la qualité des données statistiques et des outils permettant de récolter celles-ci (Tarmed, questionnaire statistique). Notre réflexion porte donc sur la création d'un nouvel outil, les indicateurs, et l'adaptation des matériaux à la base de l'élaboration de celui-ci.

3.2 L'information recueillie et les variables disponibles pour le calcul des indicateurs

Les informations enregistrées dans les deux « questionnaires » ne concernent pas exactement les mêmes populations. Les informations consignées dans le formulaire Tarmed, concernent l'ensemble des consultations données par les médecins et les conseillères alors que le questionnaire statistique, lui, ne se rapporte qu'aux consultations des conseillères.

Les informations recueillies dans les questionnaires sont stockées dans une base de données créée à cet effet. Chaque information constitue une variable dans la base de données. Chaque variable comprend plusieurs réponses possibles, appelées ici items. Par exemple, les informations « Madame », « Monsieur », « Madame et Monsieur » et « Messieurs » sont enregistrées dans la variable « Sexe » qui prend deux valeurs dans les indicateurs : « Femme » et « Homme ». Ainsi, nous regroupons certains items afin de faciliter la lecture des indicateurs.

La première tâche à l'égard de ces données a consisté à s'interroger sur la qualité et la fiabilité de celles-ci. Après quoi, les données retenues ont été mise en forme afin d'être statistiquement pertinentes et exploitables. Ce chapitre présente donc les variables retenues dans chacun des deux questionnaires pour calculer les indicateurs.

3.2.1 Le formulaire Tarmed

Nous présentons ici les variables tirées du formulaire Tarmed⁶ qui sont utilisées pour la construction des indicateurs.

Chaque variable est répertoriée avec ses réponses possibles (items). Le regroupement d'items proposé correspond à celui employé dans le calcul des indicateurs. Cette information sert donc uniquement à connaître le détail des catégories proposées dans les indicateurs. Les commentaires faits sous « Note » donnent des indications pratiques sur les variables.

● Le sexe de la personne

« Sexe » : Madame / Monsieur / Madame et Monsieur / Messieurs

Note : « Madame et Monsieur » ne sont jamais cochés, cet item concerne le service de la consultation grossesse qui utilise également le formulaire Tarmed.

Regroupement : Madame = Femme / (Monsieur + Messieurs) = Homme

● L'âge de la personne au moment de la consultation

« Année de consultation » – « Année de naissance » = « Age à la consultation »

⁶ La version légèrement modifiée du formulaire Tarmed que nous proposons est donnée en annexe, p. 118.

● La nationalité de la personne

« Nationalité » : tous les pays / Inconnu⁷

Note : Le choix du regroupement des nationalités se base sur une logique d'unité culturelle.

Regroupement :

Suisse /

(Allemagne + Andorre + Autriche + Belgique + Cité du Vatican + Danemark + Espagne + Finlande + France + Gibraltar + Grande Bretagne + Grèce + Irlande + Islande + Italie + Liechtenstein + Luxembourg + Malte + Monaco + Norvège + Pays Bas + Portugal + Saint Marin + Suède) = Europe de l'Ouest /

(Albanie + Biélorussie + Bosnie Herzégovine + Bulgarie + Croatie + Estonie + Hongrie + Kosovo + Lettonie + Lituanie + Macédoine + Moldavie + Monténégro + Pologne + Roumanie + Russie + Serbie + Slovaquie + Slovénie + Tchéquie + Ukraine) = Europe de l'Est et Balkans /

(Afrique du Sud + Angola + Bénin + Botswana + Burkina Faso + Burundi + Cameroun + Cap Vert + Comores + Congo (Brazzaville) + Côte d'Ivoire + Djibouti + Erythrée + Ethiopie + Gabon + Gambie + Ghana + Guinée + Guinée Bissau + Guinée équatoriale + Ile Maurice + Kenya + Lesotho + Liberia + Madagascar + Mali + Malawi + Mozambique + Namibie + Niger + Nigeria + République d'Afrique Centrale + République Démocratique du Congo + Rwanda + Sao Tomé et Príncipe + Sénégal + Seychelles + Sierra Leone + Somalie + Soudan + Swaziland + Tanzanie + Tchad + Togo + Uganda + Zambie + Zimbabwe) = Afrique subsaharienne /

(Argentine + Bahamas + Barbade + Belize + Bolivie + Brésil + Chili + Colombie + Costa Rica + Cuba + El Salvador + Equateur + Grenada + Guatemala + Guyana + Guyane française + Haïti + Honduras + Jamaïque + Mexique + Nicaragua + Panama + Paraguay + Pérou + République Dominicaine + Saint Christophe et Néviès + Saint-Vincent et les Grenadines + Suriname + Trinité et Tobago + Uruguay + Venezuela) = Amérique du Sud et Centrale et Caraïbes /

(le reste des pays) = Autres /

(Inconnu + Valeurs manquantes⁸) = Inconnu.

● L'état civil de la personne

« Etat civil » : Célibataire / Marié / Divorcé / Veuf / Séparé / Inconnu

Note : Cette variable est peu exploitée dans la mesure où elle n'offre que peu d'information. En effet, actuellement, l'état civil ne reflète plus la situation « affective » des individus.

Regroupement : Célibataire / Marié / Divorcé + Veuf + Séparé / (Inconnu + Valeurs manquantes) = Inconnu

● La plus haute formation scolaire que la personne a terminé

« Formation » : Aucune / Ecole obligatoire / Apprentissage / Maturité, Diplôme / HES / Université / Inconnu

Regroupement : Aucune / Ecole obligatoire / Apprentissage / Maturité, Diplôme / (HES + Université) = Niveau universitaire / (Inconnu + Valeurs manquantes) = Inconnu

⁷ La personne qui saisit l'information informatiquement inscrit « Inconnu » lorsqu'elle ignore la réponse.

⁸ Lorsqu'aucune réponse n'a été donnée à la variable (aucun item coché), le système informatique reconnaît cette absence comme valeurs manquantes.

- **Le statut d'activité de la personne**

« Activité » : En formation (école) / En formation (apprenti) / En emploi / Chômage, sans emploi / AI, en institution / Actif au foyer / Inconnu

Regroupement : (Ecole + Apprenti) = En formation / En emploi / Actif au foyer / (Chômage, sans emploi + AI, en institution) = Sans activité / (Inconnu + Valeurs manquantes) = Inconnu

- **Le permis de séjour de la personne**

« Permis » : Suisse / Permis C / Permis B / Permis A / Permis N / Permis F / Permis L / Permis G / Touriste / Diplomate / Sans permis / Inconnu

Note : On ajoute un item « Suisse » à la variable « Permis » afin que les Suisses, qui n'ont pas de permis par définition, ne disparaissent pas dans les valeurs manquantes. En effet, aucune réponse ne correspondant au statut des Suisses jusqu'à présent, ceux-ci se perdent parmi les valeurs manquantes. On retire « Permis A » (saisonnier), permis qui n'existe plus depuis le 1^{er} juin 2002.

Regroupement : Suisse / Permis C / Permis B / Permis N, F / Sans permis / (Permis G + Permis L + Touriste + Diplomate) = Autre / (Inconnu + Valeurs manquantes) = Inconnu

- **Le centre de planning familial dans lequel la personne s'est rendue**

« Planning » : Planning Lausanne / Planning Renens / Planning Yverdon / Planning Aigle / Planning Nyon / Planning Vevey / Hôpital Yverdon

Note: Aucune statistique n'a été informatiquement enregistrée pour l'Hôpital d'Yverdon, celui-ci ne figure donc pas parmi les résultats.

- **Le professionnel qui a donné la consultation**

« Professionnel » : Médecin / Conseillère / Médecin et Conseillère / Assistante médicale

Note : Les consultations faites avec une assistante médicale comptent pour des consultations « Médecin ». L'item « Médecin et Conseillère » concernent les individus qui ont vu le médecin et la conseillère le même jour.

Regroupement: (Médecin + Assistante médicale) = Médecin / Conseillère / Médecin et Conseillère

- **Les personnes qui se sont rendues pour la première fois au planning familial**

« Nouveau cas » : Première consultation / Consultation suivante

Certaines prestations offertes sont systématiquement relevées parce qu'elles représentent des enjeux centraux pour le planning familial :

- **La prescription de la contraception post coïtale (CPC)**

« CPC » : Norlevo < 20 ans / Norlevo > 20 ans / CPC

- **Le test VIH**

« Test VIH »: Test VIH

- **La grossesse**

« Grossesse »: Ambivalence / Grossesse gardée / Interruption de grossesse (IG)

3.2.2 Le questionnaire statistique

Les variables présentées ci-dessous sont issues de la version 2005 du questionnaire statistique⁹. Tout comme pour le formulaire Tarmed, elles sont exposées de façon à connaître la formulation originale et la mise en forme utilisée dans les indicateurs.

- **Le type de relation que le/la consultant-e a eu durant les six dernier mois**

« Partenaire » : Aucune / Occasionnelle-s / Débutante / Stable avec ou sans ménage en commun / Séparation

Note : Les réponses possibles à cette question mélangent deux notions: l'état de la relation (Séparation-Aucune) et la durée de la relation (Débutante-Stable). Par conséquent, on peut douter de l'homogénéité de la compréhension de la question par les professionnels et donc de la fiabilité des réponses fournies. Nous proposons de modifier cette question par celle du type de relation sexuelle au cours des trois derniers mois.

- **Le motif principal de consultation (2006)**

« Motif » : Information et-ou prescription de contraception, y compris stérilisation / Prescription CPC / Test de grossesse / Accueil du test positif ; ambivalence grossesse / Grossesse gardée / Pré-IG / Post-IG / Demande médicale / Problème de fertilité, stérilité, suite de grossesse perdue / Information pré-ménopause-ménaupose / IST et-ou demande de test VIH, résultat de test / Information, éducation sexuelle, début de la vie sexuelle / Difficultés sexuelles / Problème personnel, couple, parent, enfant / Maltraitance, abus sexuel

Note : Dans les indicateurs, on utilise les motifs de consultation de 2006 qui ont l'avantage de récolter séparément les motifs de contraception et les demandes de CPC.

Les motifs de consultation changent de réponses chaque année depuis 2005 (ajout, retrait ou regroupement). La comparaison dans le temps de cette variable est ainsi rendue difficile, voir impossible.

Regroupement : Information et-ou prescription de contraception / Prescription CPC / (Pré-IG + Post-IG) = Pré, post IG / Demande médicale / IST et/ou demande de test VIH, résultat de test / (Test de grossesse + Ambivalence grossesse + Grossesse gardée) = Grossesse / (Problème personnel, couple, parent, enfant + Maltraitance, abus sexuel + Difficultés sexuelles) = Difficultés relationnelles ou sexuelles, violence et abus sexuels / (Problème de fertilité, stérilité, suite de grossesse perdue + Information pré-ménopause-ménaupose + Information,

⁹ Le questionnaire statistique 2005 est fourni en annexe, aux pp. 114-115.

éducation sexuelle, début de la vie sexuelle) = Informations sexualité et reproduction / Valeurs manquantes = Inconnu

● La méthode contraceptive utilisée avant l'entretien

« Méthode utilisée » : Ne relève pas du motif de consultation / Pas nécessaire de prévenir de grossesse / Aucune, mais serait nécessaire / Pilule / Depo Provera / Implanon / Patch contraceptif / Anneau vaginal / Stérilisation féminine / Stérilisation masculine / Condom toujours / Femidom / Diaphragme / DIU (Cuivre) / DIU (Mirena) / Auto-observation / Condom parfois / Spermicides / Coït interrompu (CI) / Calculs / CI, calculs, condom / Autre

Note : Le regroupement des méthodes contraceptives proposé, classées selon un critère de fiabilité contraceptive, « sûreté », a été effectué pour faciliter la lecture statistique. Il a été assenti par Adeline Quach, médecin responsable au PF Profa, malgré sa retenue à l'idée d'une hiérarchisation de la contraception. En effet, la fiabilité contraceptive ne dépend pas uniquement de la méthode mais aussi de son mode d'utilisation (prise systématique, refus du partenaire,...).

Regroupement : (Pilule + Depo Provera + Implanon + Patch contraceptif + Anneau vaginal + Stérilisation féminine + Stérilisation masculine + Condom toujours + Femidom + DIU (Cuivre) + DIU (Mirena)) = Méthodes sûres / (Diaphragme + Auto-observation + Spermicides = Méthodes plutôt sûres / (Condom parfois + CI + Calculs + CI, calculs, condom) = Méthodes peu sûres / Pas nécessaire de prévenir de grossesse / Aucune, mais serait nécessaire / (Ne relève pas du motif de consultation + Autre) = Autres / Valeurs manquantes = Inconnu

● La méthode contraceptive choisie à l'issue de l'entretien

« Méthode choisie » : Les réponses possibles, tout comme le regroupement effectué, se calquent sur ceux de la variable « Méthode utilisée ».

3.3 Les indicateurs

Les indicateurs présentés dans les pages suivantes sont le produit d'une réflexion menée en collaboration avec l'équipe statistique du planning familial composée de Sylvie Reymond, Nadia Pasquier, Monette Cherpit, Suzanne Schneider et Adeline Quach. Ils se basent sur les données statistiques du planning familial disponibles pour 2005-06.

Il s'agit d'une sélection d'indicateurs répondant à l'objectif général défini dans l'introduction, à savoir : quelle concordance existe-t-il entre les objectifs du planning familial et la réalité du terrain ?

Le choix des indicateurs s'est basé sur des critères d'accessibilité et de spécificité. La lecture des indicateurs doit être intelligible pour tou-te-s, c'est pourquoi des tableaux simples et des figures ont été privilégiés. Les indicateurs doivent refléter de manière synthétique, mais précise, la situation annuelle du planning familial.

La question du destinataire s'est également posée : à qui s'adresse l'information diffusée par les indicateurs et que veut-on montrer ? Par exemple, le choix d'une représentation par sexe des résultats statistiques a été défendu dans le but de justifier le renforcement des actions favorisant la présence des hommes au planning familial. Ainsi, certains indicateurs sont destinés à un usage interne, ils s'adressent aux professionnels Profa, et d'autres à un emploi externe, ils visent les partenaires financiers¹⁰. Les premiers servent à informer les collaborateurs alors que les seconds visent à défendre des budgets et autres projets.

Les indicateurs sont regroupés par thématiques. Le premier ensemble d'indicateurs concerne les profils généraux du public et des prestations de la population du planning familial et retrace leur évolution d'une année à l'autre. Une section est dédiée aux femmes, largement majoritaires dans la population du planning familial. Le second groupe compare les populations entre centres de planning familial. Enfin, le troisième groupe met en perspective la population du planning familial résidant dans le canton de Vaud avec la population vaudoise.

La majorité des tableaux et figures présentés ici se rapporte à 2005. Les quelques chiffres donnés pour 2006 concernent des données inexistantes en 2005. Les comparaisons dans le temps concernent uniquement les années 2005-06.

La plupart des indicateurs sont calculés sous forme de pourcentages : nombre de personnes d'une catégorie / nombre de personnes totales * 100. Certains indicateurs cependant sont tirés à partir d'autres formules systématiquement explicitées.

Chaque tableau ou figure est surmonté d'un titre indiquant ce qui est calculé et pour quelle année il l'est. Un exemple de lecture est proposé afin de comprendre comment la statistique doit être interprétée. Pour certains tableaux, une représentation visuelle est proposée (une figure). Un titre au-dessus de chaque figure indique à quel tableau celle-ci se rapporte (s'il en existe un). Les figures illustrent les tableaux, mais peuvent aussi être lues ou produites de manière indépendante.

Certains indicateurs sont calculés à partir du nombre de personnes, l'individu n'est compté qu'une fois en une année, et d'autres à partir du nombre de consultations, chaque visite de l'individu au planning familial durant l'année est relevée.

¹⁰ Les choix sont à faire par l'équipe du service en fonction de la pertinence des résultats statistiques annuels et des objectifs poursuivis.

En 2005 et en 2006, les médecins ont également remplis, une semaine par mois, les questionnaires statistiques. Cette méthode de récolte d'information a fourni des données difficilement exploitables et a finalement été abandonnée en 2007. Ainsi, dans ce travail, les données issues du questionnaire statistique proviennent uniquement des consultations effectuées par les conseillères.

Les effectifs de la population masculine étant parfois trop faibles pour calculer des pourcentages, des regroupements de catégories sont effectués. En effet, les statisticiens recommandent d'avoir au minimum 25 unités par catégorie pour calculer un pourcentage. Or, ce minimum n'étant pas systématiquement atteint, il est nécessaire de rassembler des catégories, en trouvant un équilibre entre une logique de classement, des effectifs suffisants et ce que l'on cherche à montrer. Le détail de l'assemblage des catégories est précisé en note de bas de page.

La plupart des indicateurs donne des valeurs pour l'item « Inconnu ». Or, celui-ci n'est, par la suite, que rarement interprété. Cet item n'a qu'une seule fonction : il mesure l'assiduité avec laquelle les informations ont été fournies. Autrement dit, « Inconnu » représente tous les cas où la question n'a pas reçu de réponse informative, faute de l'avoir posée.

3.3.1 Les populations du planning familial

3.3.1.1 La population du planning familial dans son ensemble

Ces indicateurs donnent une vision d'ensemble de la population qui se rend au PF¹¹ et des services auxquels celle-ci fait recours.

• **Tableau 1** 2005 : Nombre de consultations et de personnes

	Effectifs
Consultations	12472
Personnes	6701

Exemple : En 2005, 12 472 consultations ont concerné 6 701 individus soit, en moyenne, 1,86 consultations par personne (*nombre de consultations / nombre de personnes*).

• **Tableau 2** 2005 : Distribution des personnes selon le sexe

	Effectifs	%
Femme	6493	97
Homme	208	3
Total	6701	100

Exemple : En 2005, 97 % des personnes venues consulter au PF étaient des femmes.

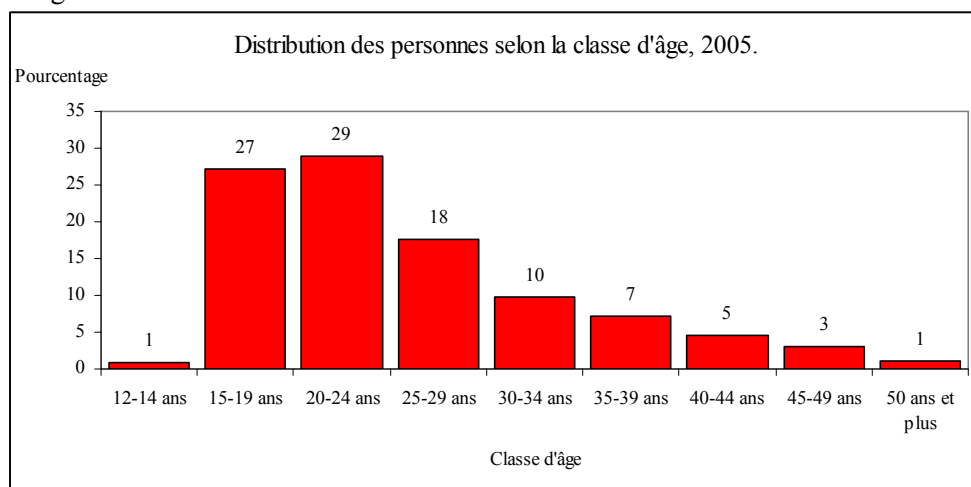
¹¹ Nous utilisons par la suite l'abréviation PF pour désigner le planning familial.

• **Tableau 3** 2005 : Distribution des personnes selon la classe d'âge

	Effectifs	%	% cumulés
12-14 ans	64	1	1
15-19 ans	1818	27	28
20-24 ans	1940	29	57
25-29 ans	1177	18	75
30-34 ans	649	10	84
35-39 ans	477	7	91
40-44 ans	307	5	96
45-49 ans	199	3	99
50 ans et plus	67	1	100
Total	6698	100	

Exemple : 29 % des personnes venues consulter au PF en 2005 avaient entre 20 et 24 ans et 57 % avaient moins de 24 ans.

Figure du tableau 3



• **Tableau 4** 2005 : Distribution des personnes selon le sexe et la classe d'âge

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
<15 ans	64	1	0	0
15-19 ans	1772	27	46	22
20-24 ans	1867	29	73	35
25-29 ans	1141	18	36	17
>29 ans	1646	25	53	25
Total sexe	6490	100	208	100

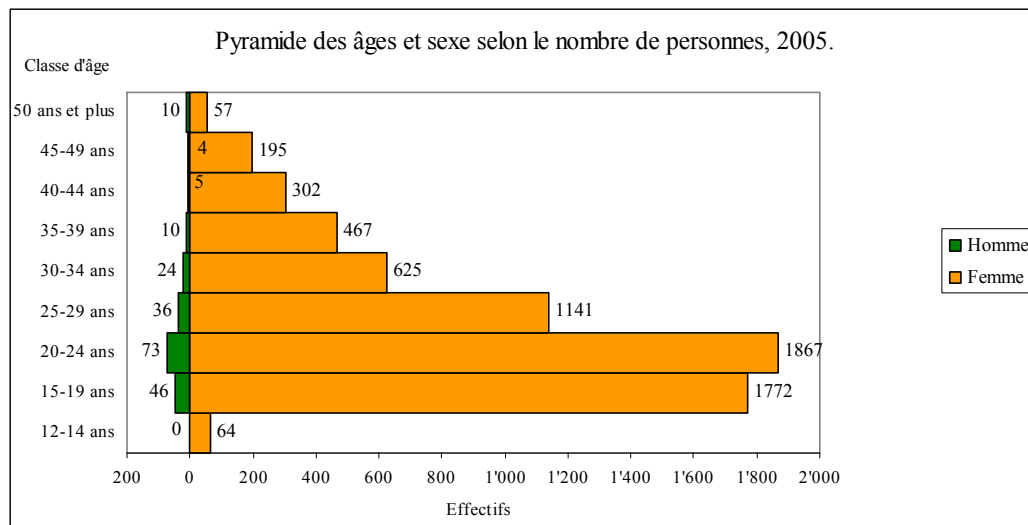
Exemple : En 2005, les hommes de 20-24 ans représentaient 35 % de la population masculine venue consulter au PF. A ce même âge, la proportion de femmes était légèrement moins élevée, 29 %.

Statistiques du tableau 4

	Homme	Femme
Moyenne	26 ans	25 ans
Médiane	23 ans	23 ans
Mode	22 ans	18 ans
Minimum	15 ans	12 ans
Maximum	73 ans	73 ans
Quartiles 25 %	20 ans	19 ans
Quartiles 50 %	23 ans	23 ans
Quartiles 75 %	30 ans	30 ans

Exemple : En 2005, les femmes venues consulter au PF avaient, en moyenne, 25 ans et les hommes 26 ans. 50 % des femmes comme des hommes avaient moins de 23 ans (médiane). L'âge auquel les femmes consultent le plus est 18 ans (mode) alors qu'il est de 22 ans chez les hommes. La femme la plus jeune avaient 12 ans et la plus âgée 73 ans, l'homme le plus jeune avait 15 ans et le plus âgé 73 ans. 75 % de la population masculine comme féminine du PF avait moins de 30 ans (quartiles 75 %).

• **Figure 5**



• **Tableau 6** 2005: Nombre moyen de consultations par personnes selon la classe d'âge

12-14 ans	1.53
15-19 ans	1.87
20-24 ans	1.82
25-29 ans	1.83
30-34 ans	1.89
35-39 ans	1.94
40-44 ans	2.07
45-49 ans	1.94
50 ans et plus	1.82
Total	1.86

Exemple : Les 40-44 ans sont venus consulter en moyenne 2,07 fois en 2005.

• **Tableau 7** 2005: Nombre moyen de consultations par personnes selon la nationalité

Suisse	1.77
Europe Ouest	1.81
Europe Est, Balkans	2.10
Afrique Subsaharienne	2.41
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	2.06
Autres	1.89
Total	2.01

Exemple : Les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont venus consulter en moyenne 2,41 fois en 2005.

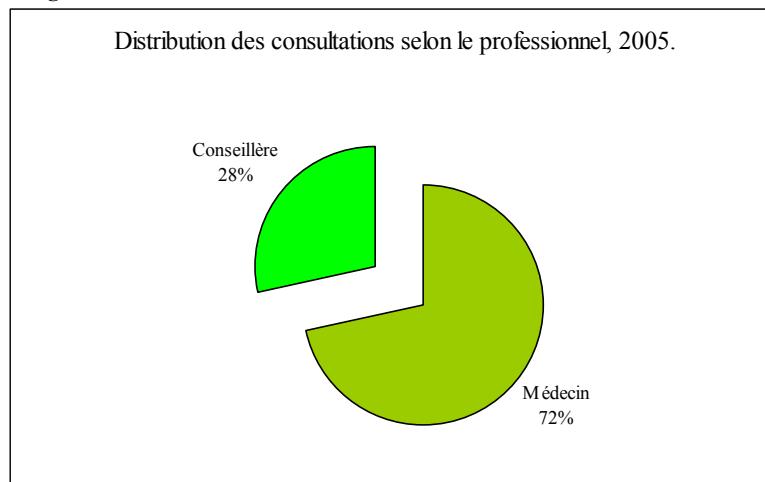
• **Tableau 8** 2005: Distribution des consultations selon le professionnel

	Effectifs	%
Médecin ¹²	9822	72
Conseillère ¹³	3866	28
Total	13688	100

Exemple : En 2005, 72 % des consultations du PF ont été effectuées par des médecins.

¹² La catégorie « Médecin » regroupe les items « Médecin », « Assistante médicale » et « Médecin et Conseillère ».

¹³ La catégorie « Conseillère » regroupe les items « Conseillère » et « Médecin et Conseillère ». De plus, des contraintes techniques ont amené à classer dans la catégorie « Conseillère » uniquement, des individus qui ont vu la conseillère et le médecin le même jour. Par conséquent, les consultations « Conseillères » sont légèrement surreprésentées par rapport aux « Médecin ».

Figure du tableau 8

- **Tableau 9** 2005: Distribution des personnes venues consulter pour la première fois¹⁴

	Effectifs	%
Première consultation	1920	29
Total des personnes	6701	100

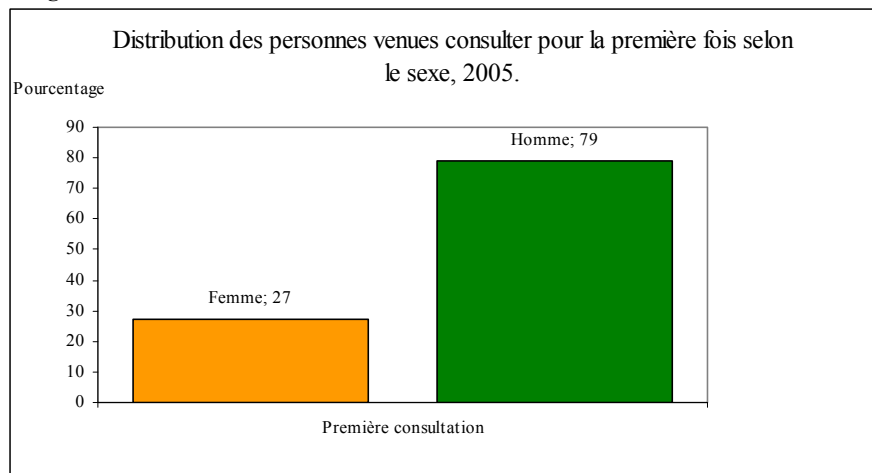
Exemple : 29 % des personnes ayant consulté en 2005 venaient pour la première fois au PF.

- **Tableau 10** 2005: Distribution des personnes venues consulter pour la première fois selon le sexe

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Première consultation	1756	27	164	79
Total sexe	6493	100	208	100

Exemple : En 2005, 27 % des femmes sont venues consulter au PF pour la première fois, cette proportion étant de 79 % chez les hommes.

¹⁴ En 2005, les valeurs de cette variable n'étaient pas vraiment fiables. Les modifications à apporter à la saisie des données Tarmed devraient pouvoir améliorer la qualité de cette variable.

Figure du tableau 10

- **Tableau 11** 2005: Distribution des personnes ayant consulté pour la première fois selon la classe d'âge

	Effectifs	%
<15 ans	54	3
15-19 ans	914	48
20-24 ans	439	23
25-29 ans	216	11
>29 ans	294	15
Total	1917	100

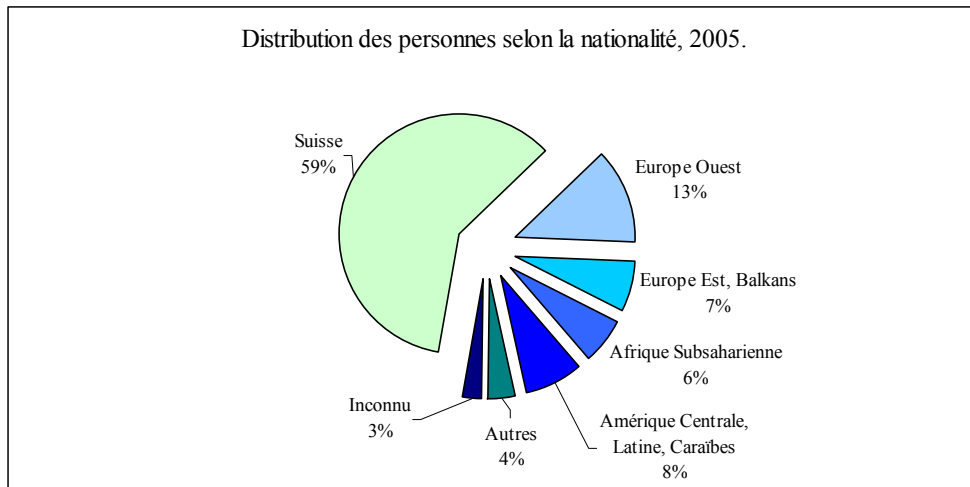
Exemple : En 2005, les 15-18 ans représentaient la classe d'âge dans laquelle les personnes venues consulter pour la première fois étaient les plus nombreuses, 48 %.

- **Tableau 12** 2005: Distribution des personnes selon la nationalité

	Effectifs	%
Suisse	4015	60
Europe Ouest	870	13
Europe Est, Balkans	463	7
Afrique Subsaharienne	399	6
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	537	8
Autres	249	4
Inconnu	168	3
Total	6701	100

Exemple : 60 % des personnes venues consulter en 2005 étaient de nationalité suisse.

Figure du tableau 12

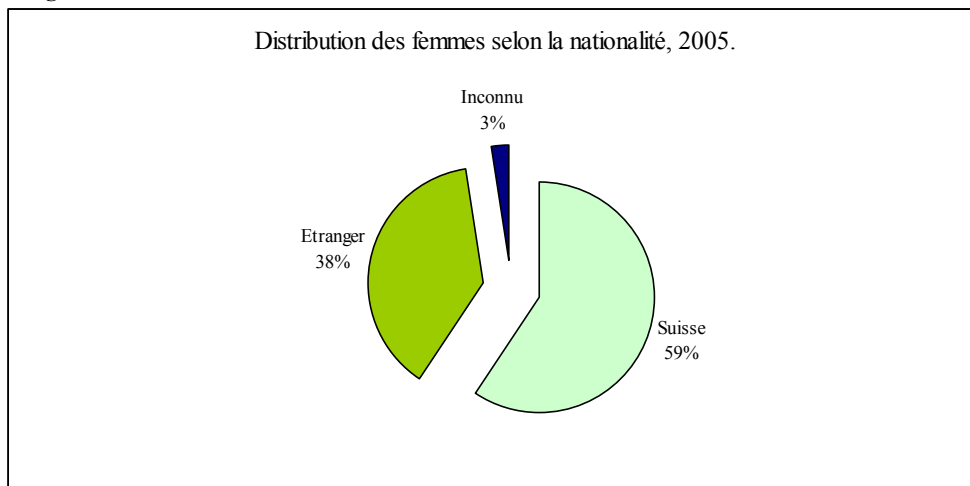


• **Tableau 13** 2005 : Distribution des personnes selon le sexe et la nationalité¹⁵

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Suisse	3856	59	159	76
Etranger	2473	38	45	22
Inconnu	164	3	4	2
Total sexe	6493	100	208	100

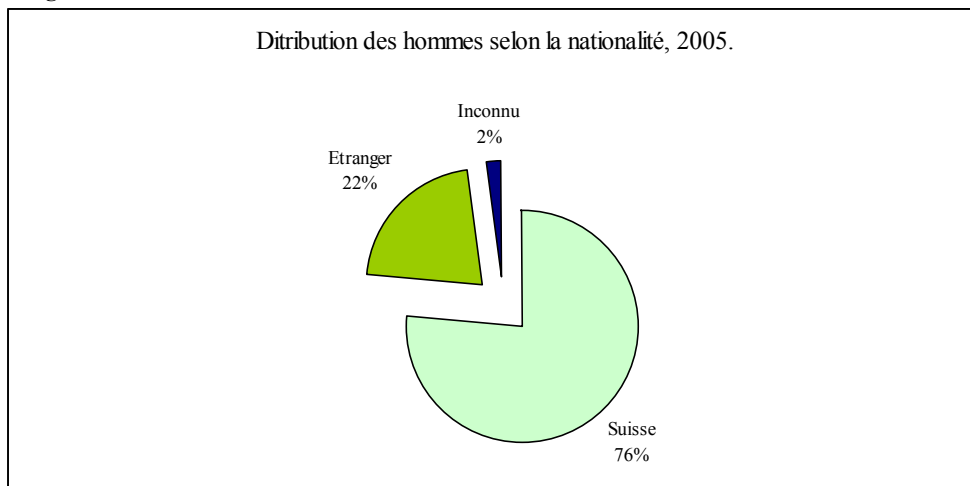
Exemple: 59 % des femmes qui ont consulté au PF en 2005 étaient de nationalité suisse. Chez les hommes, cette proportion atteint 76 %.

Figure du tableau 13



¹⁵ Si, par la suite, les effectifs des hommes étrangers deviennent plus importants, on pourra calculer une distribution détaillée de la nationalité selon le sexe.

Figure du tableau 13

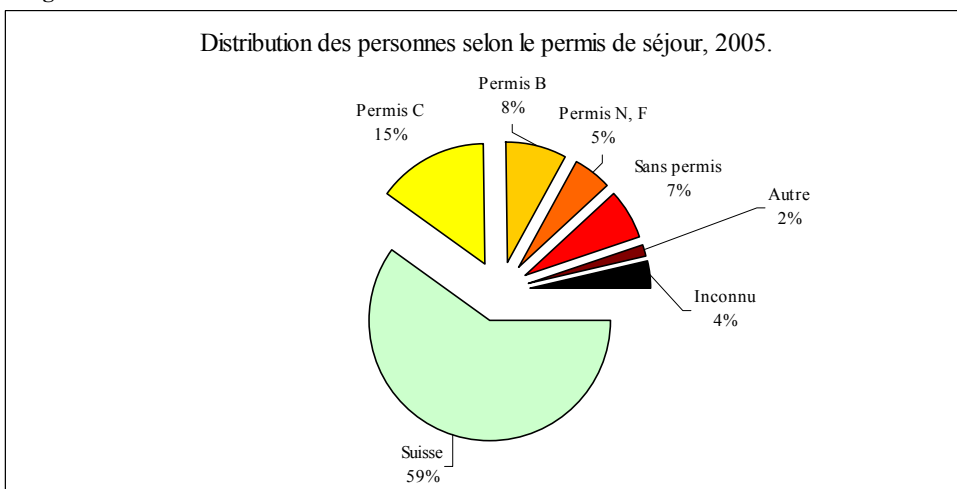


• **Tableau 14** 2005: Distribution des personnes selon le permis de séjour

	Effectifs	%
Suisse	4015	60
Permis C	992	15
Permis B	553	8
Permis N, F	335	5
Sans permis	450	7
Autre	109	2
Inconnu	247	4
Total	6701	100

Exemple : La proportion de requérants d’asile dans la population du PF est de 5 % en 2005.

Figure du tableau 14



Note : Tout comme pour la nationalité, lorsque les effectifs des hommes en possession d’un permis augmenteront, on pourra comparer la distribution des permis de séjour selon le sexe.

• **Tableau 15** 2005: Distribution des personnes selon l'état civil

	Effectifs	%
Célibataire	5178	77
Marié	1094	16
Divorcé, Veuf, Séparé	300	4
Inconnu	129	2
Total	6701	100

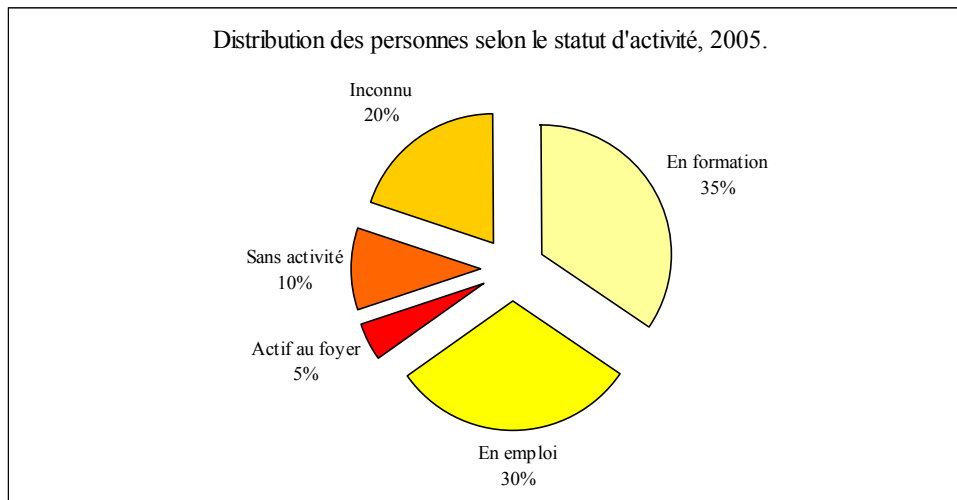
Exemple : En 2005, la majorité des personnes ayant consulté au PF, 77 %, étaient célibataires (état civil).

• **Tableau: 16** 2005: Distribution des personnes selon le statut d'activité

	Effectifs	%
En formation	2316	35
En emploi	2043	30
Actif au foyer	318	5
Sans activité	675	10
Inconnu	1349	20
Total	6701	100

Exemple : 35 % des personnes ayant consulté au PF en 2005 étaient en formation.

Figure du tableau 16



• **Tableau 17** 2005 : Distribution des personnes selon le sexe et le statut d'activité¹⁶

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
En formation	2246	35	70	34
Actif	2263	35	98	47
Autre ¹⁷	1984	31	40	19
Total sexe	6493	100	208	100

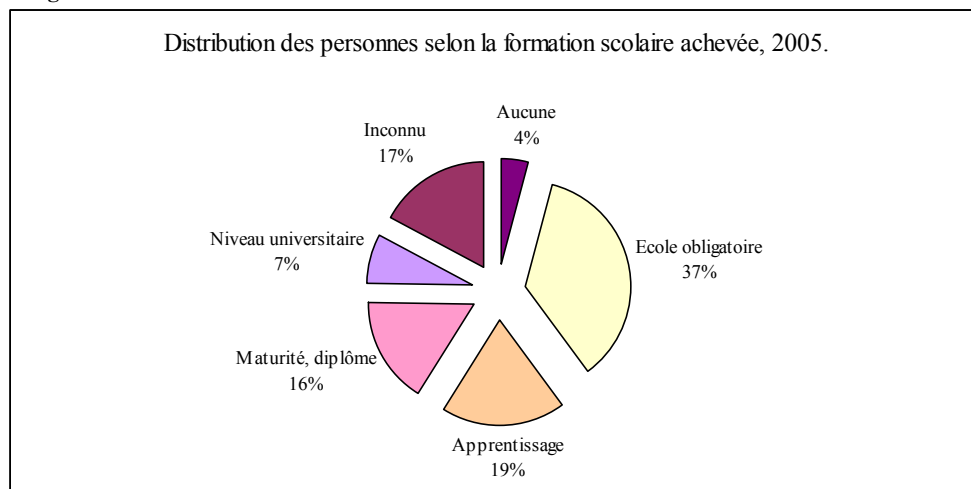
Exemple : Parmi la population du PF, plus d'homme sont en emploi, 47 %, que de femmes, 35 %.

• **Tableau 18** 2005: Distribution des personnes selon la formation scolaire achevée

	Effectifs	%
Aucune	275	4
Ecole obligatoire	2402	36
Apprentissage	1264	19
Maturité, diplôme	1099	16
Niveau universitaire	498	7
Inconnu	1163	17
Total	6701	100

Exemple : 7 % des personnes venues consulter au PF en 2005 détenaient un titre universitaire ou de niveau équivalent. Ce faible pourcentage est dû à l'effet d'âge, la population du PF étant très jeune.

Figure du tableau 18



¹⁶ Si par la suite les hommes deviennent plus nombreux, on pourra calculer une distribution détaillée du statut d'activité selon le sexe.

¹⁷ La catégorie « Autre » comprend les « Actif au foyer », les « Sans activité » et les « Inconnu ».

• **Tableau 19** 2005: Distribution des personnes selon le sexe et la formation scolaire achevée¹⁸

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Ecole obligatoire	2355	36	47	23
Apprentissage	1186	18	78	38
Maturité, diplôme, niveau universitaire	1543	24	54	26
Autre ¹⁹	1409	22	29	14
Total sexe	6493	100	208	100

Exemple : Les hommes qui sont venus consulter au PF en 2005 avaient majoritairement terminé un apprentissage, 38 %. Tandis que les femmes, elles n'avaient, pour la plupart, terminé que le niveau de scolarité obligatoire, 36 %.

• **Tableau 20.1** 2005 : Distribution des personnes en formation selon la formation scolaire achevée

	Effectifs	%
Aucune	174	8
Ecole obligatoire	1265	55
Apprentissage	80	3
Maturité, diplôme	699	30
Niveau universitaire	85	4
Inconnu	13	1
Total	2316	100

Exemple : Parmi les personnes en formation en 2005, 55 % n'avaient terminé que leur scolarité obligatoire, donc se situaient dans le secondaire, et 30 % avaient dépassé le niveau secondaire.

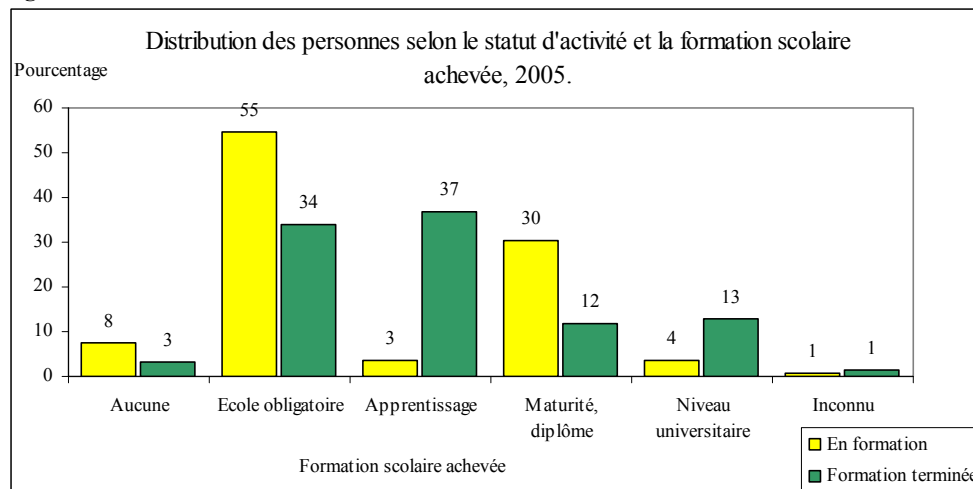
• **Tableau 20.2** 2005 : Distribution des personnes ayant terminé leur formation selon la formation scolaire achevée

	Effectifs	%
Aucune	98	3
Ecole obligatoire	1025	34
Apprentissage	1119	37
Maturité, diplôme	363	12
Niveau universitaire	391	13
Inconnu	40	1
Total	3036	100

Exemple : Parmi les personnes qui ne sont plus en formation, 37 % ont effectué un apprentissage et 34 % se sont arrêtés au niveau obligatoire.

¹⁸ Si les effectifs des hommes deviennent par la suite plus élevés, on pourra calculer la distribution détaillée de la formation scolaire achevée selon le sexe.

¹⁹ La catégorie « Autre » regroupe « Aucune » et « Inconnu ».

Figure des tableaux 20.1-2

• **Tableau 21²⁰** 2006: Distribution des consultations selon le motif de consultation

	Effectifs	%
Contraceptions	1339	35
Contraception post coïtale (CPC)	155	4
Informations sexualité et reproduction	139	4
Contrôle médical	345	9
Difficultés relationnelle ou sexuelle	186	5
Demande et résultat test VIH/IST	1084	28
Test grossesse	139	4
Ambivalence grossesse	79	2
Grossesse gardée	67	2
Pré IG	203	5
Post IG	96	2
Violences et abus sexuel	22	1
Inconnu	25	1
Total	3879	100

Exemple : Les deux premiers motifs de consultation en 2006 concernent des demandes relatives à la contraception, 35 %, et au test VIH/IST, 28 %.

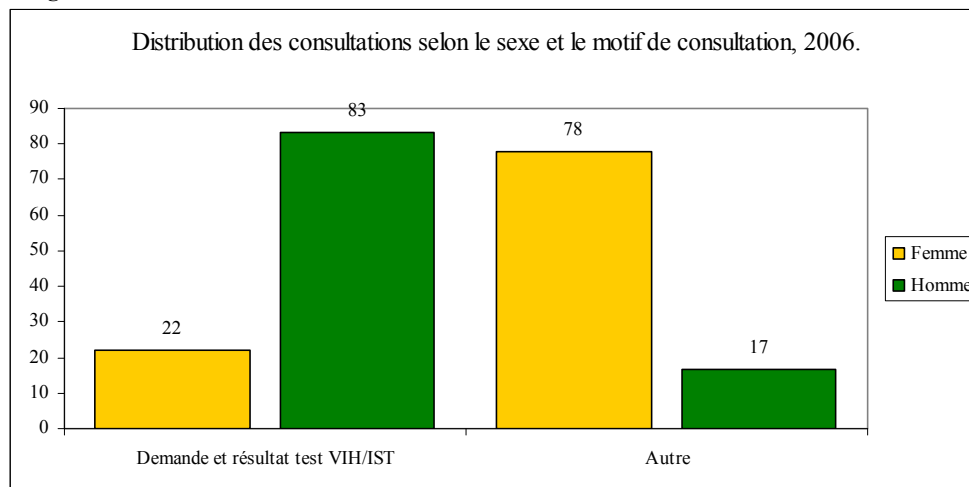
²⁰ Les tableaux 21 à 25 ne concernent que les consultations faites auprès des conseillères en PF.

• **Tableau 22** 2006: Distribution des consultations selon le sexe et le motif de consultation²¹

	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Demande et résultat test VIH/IST	777	22	307	83
Autre ²²	2733	78	62	17
Total sexe	3510	100	369	100

Exemple : En 2006, 83 % des consultations hommes concernaient une demande de test VIH/IST, alors que chez les femmes, cette demande ne représentait que 22 % des motifs de consultation.

Figure du tableau 22



• **Tableau 23** 2005: Distribution des consultations selon le type de relation avec le/la partenaire

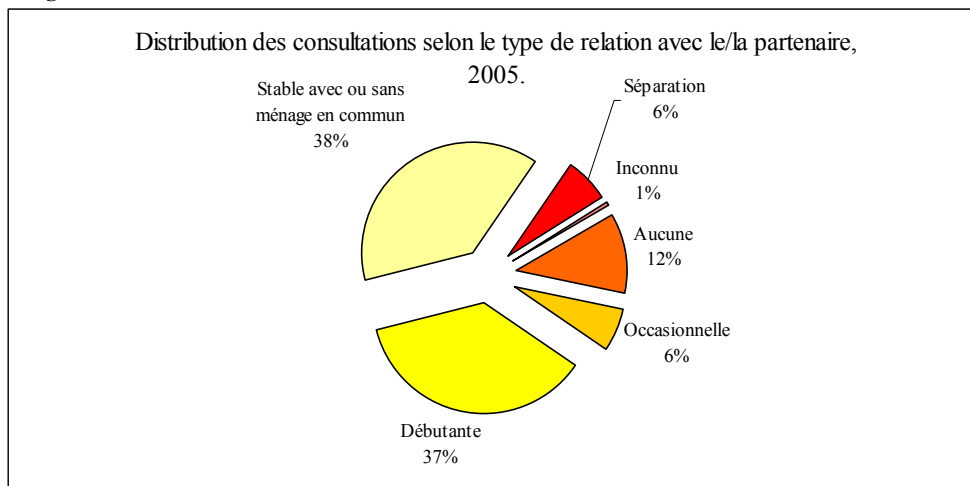
	Effectifs	%
Aucune	447	12
Occasionnelle	242	6
Débutante	1421	37
Stable avec ou sans ménage en commun	1481	38
Séparation	249	6
Inconnu	26	1
Total	3866	100

Exemple : 38 % des consultations en 2005 concernaient des personnes en relation stable avec leur partenaire.

²¹ Si par la suite les effectifs des hommes augmentent, on pourra calculer une distribution plus détaillée des motifs de consultation selon le sexe.

²² La catégorie « Autre » comprend tous les autres motifs de consultation.

Figure du tableau 23



• **Tableau 24** 2005: Distribution des consultations selon le sexe et le type de relation avec le/la partenaire²³

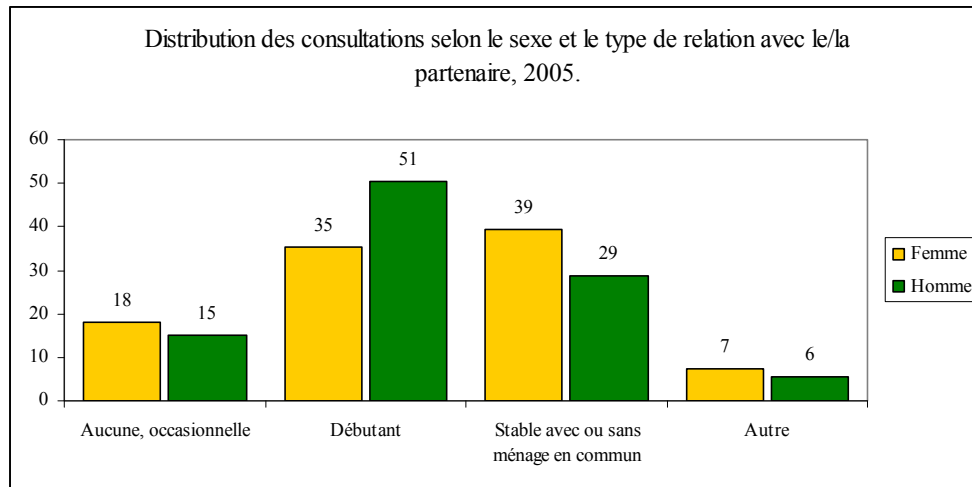
	Femme		Homme	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Aucune, occasionnelle	637	18	52	15
Débutante	1247	35	174	51
Stable avec ou sans ménage en commun	1382	39	99	29
Autre ²⁴	256	7	19	6
Total sexe	3522	100	344	100

Exemple: En 2005, 35 % des consultations féminines du PF concernaient des femmes débutant leur relation de couple. Dans la population masculine, cette proportion est plus élevée, 51 %.

²³ Si par la suite les effectifs masculins sont suffisamment élevés, on pourra calculer le détail de la distribution du type de relation avec le/la partenaire selon le sexe.

²⁴ La catégorie « Autre » regroupe les « Séparé » et les « Inconnu ».

Figure du tableau 24



Proposition de monitoring des activités du service de planning familial Profa sur la base de leurs statistiques

- **Tableau 25** 2005: Effectifs des consultations selon la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien et celle choisie à l'issue de l'entretien²⁵

Méthode utilisée	Effectifs	Méthode choisie	Effectifs
Condom toujours	1047	Pilule	1938
Pilule	968	Condom toujours	473
Condom parfois	397	Patch contraceptif	187
Depo Provera	93	Depo provera	156
Coït interrompu	85	Anneau vaginal	86
Patch contraceptif	64	DIU cuivre	77
DIU cuivre	50	Implanon	45
Coït interrompu, calcul, condom	48	Stérilisation féminine	22
Anneau vaginal	31	DIU (Mirena)	21
Implanon	24	Condom parfois	17
Stérilisation féminine	20	Coït interrompu	5
Calculs	15	Stérilisation masculine	4
DIU Mirena	6	Spermicides	3
Stérilisation masculine	4	Auto observation	3
Spermicides	3	Femidom	1
Auto observation	2	Calculs	1
Femidom	1	Coït interrompu, calcul et condom	1
Diaphragme	1	Diaphragme	0
Autre	7	Autre	1
Pas nécessaire de prévenir une grossesse	524	Pas nécessaire de prévenir une grossesse	334
Pas de contraception mais serait nécessaire	262	Pas de contraception mais serait nécessaire	26
Ne relève pas du motif de consultation	181	Ne relève pas du motif de consultation	276
Inconnu	33	Inconnu	189
Total	3866	Total	3866

Exemple : La méthode contraceptive utilisée le plus fréquemment avant l'entretien est le préservatif et celle la plus choisie à l'issue de l'entretien est la pilule.

Les chiffres des prestations spécifiques dispensées par le PF pour les consultations concernant aussi bien la conseillère que le médecin :

- Prescription de la contraception post coïtale (CPC) en 2006 : 407
- Test VIH effectués en 2006 : 604

²⁵ Se référer au tableau 43 pour connaître le croisement de la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien et celle choisie à l'issue de l'entretien.

• **Tableau 26** 2006 : Distribution des consultations pour la grossesse

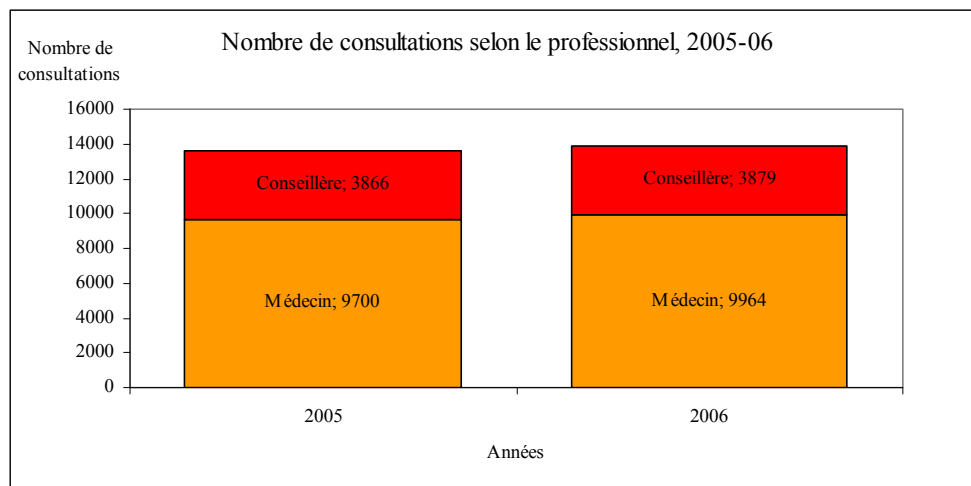
	Effectifs	%
Grossesse gardée	133	30
Ambivalence	88	20
Demande d'IG	221	50
Total	442	100

Exemple : En 2006, 50 % des consultations dont l'objet était une grossesse concernaient une demande d'IG.

3.3.1.2 Comparaisons 2005-06

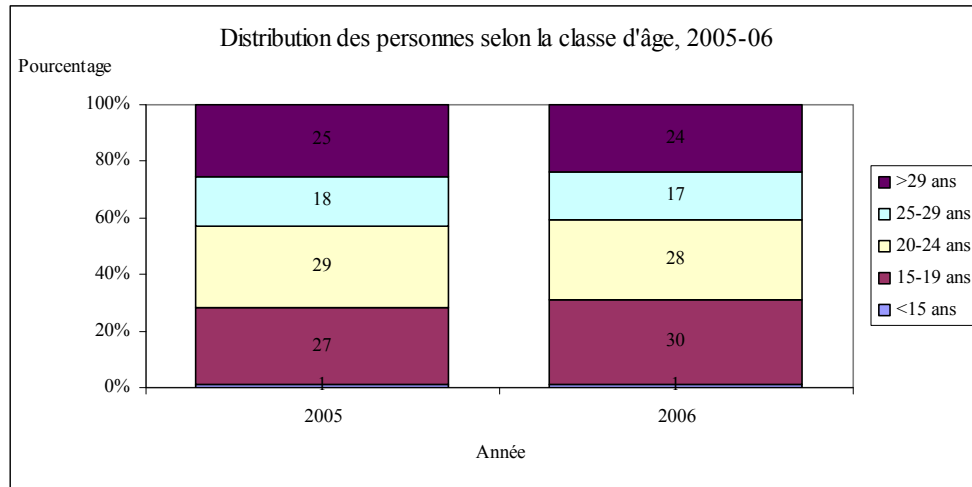
Ces indicateurs permettent de retracer l'évolution dans le temps du profil de la population au PF et des prestations offertes. Actuellement, seul 2005-06 figurent dans ces figures. Ces représentations ne deviendront pertinentes que lorsqu'elles concerneront une plus longue période.

• **Figure 27**



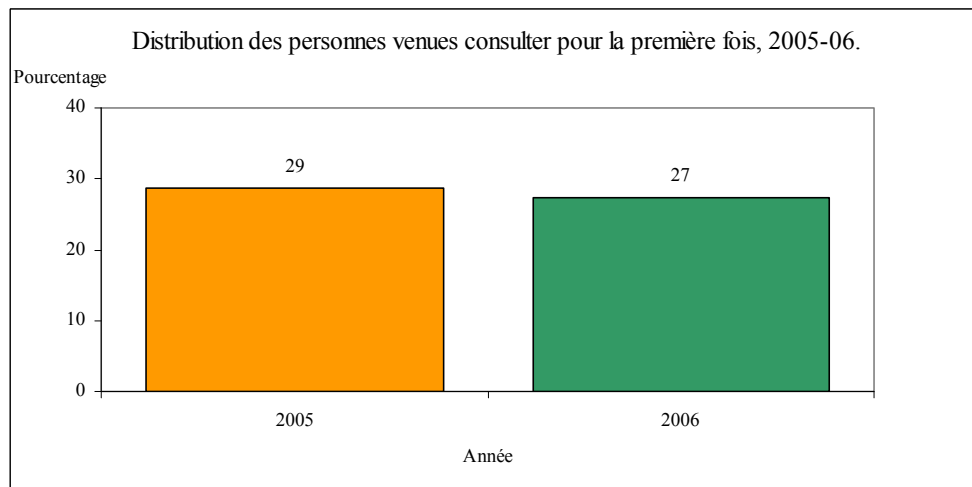
Exemple: le nombre de consultations n'a que légèrement augmenté entre 2005 et 2006. La croissance est essentiellement due aux consultations auprès des médecins. En 2005, 3 866 consultations au PF ont eu lieu avec une conseillère, ce chiffre est 3879 pour 2006.

• **Figure 28**



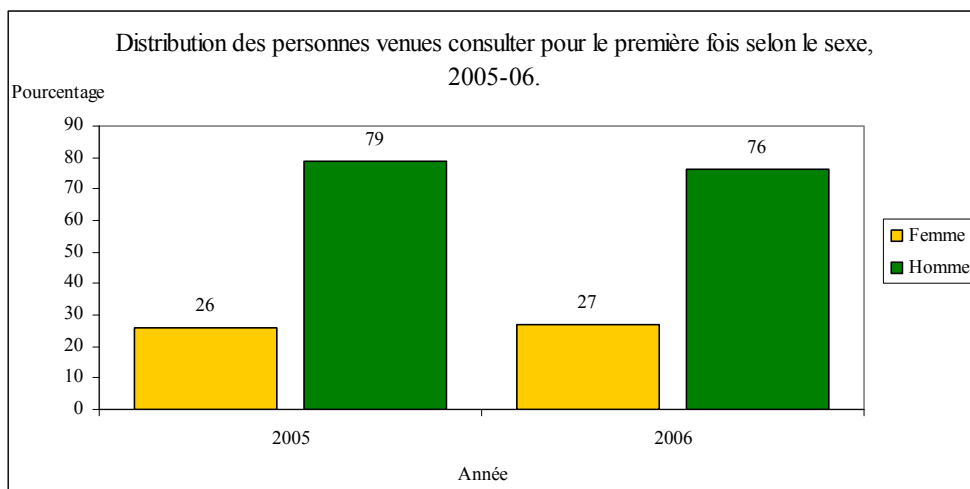
Exemple: La composition par âge n'a guère changé entre 2005 et 2006. Parmi les personnes venues consulter en 2006, la proportion de 15-19 ans est de 30 %, alors que celle-ci était de 27 % en 2005.

• **Figure 29**



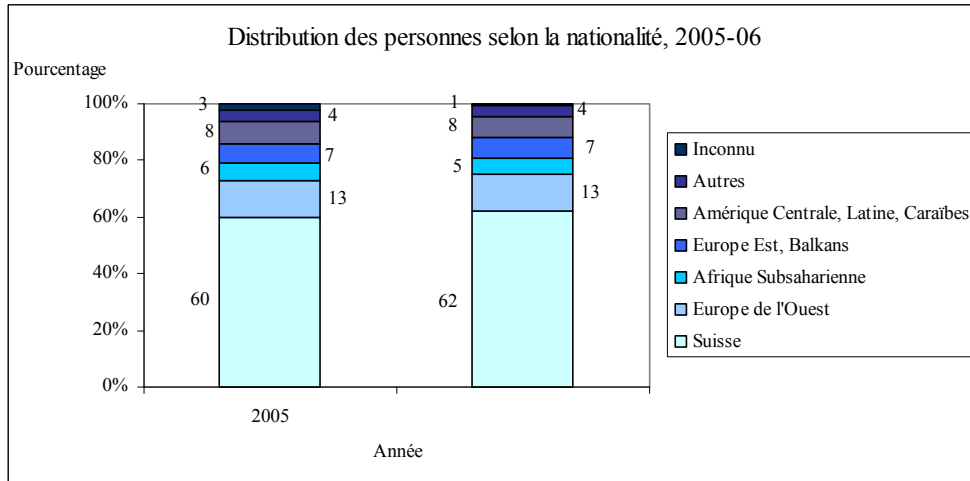
Exemple: La proportion de personnes venues consulter pour la première fois a très légèrement chuté entre 2005, 29 %, et 2006, 27 %.

• **Figure 30**



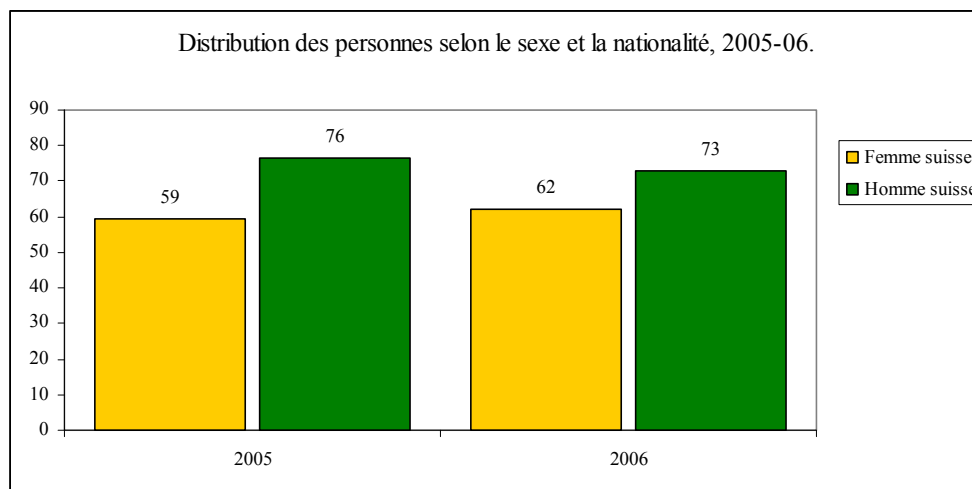
Exemple: La part des personnes de sexe féminin venues consulter pour la première fois en 2005 parmi le total des femmes ayant consulté est de 26 %, en 2005, et de 27 % en 2006. Chez les hommes, l'écart du nombre de personnes ayant consulté pour la première fois entre 2005 et 2006 est un peu plus prononcé : 79 % en 2005 et 76 % en 2006.

• **Figure 31**



Exemple : En 2005, 60 % des personnes venues consulter au PF étaient de nationalité suisse, contre 62 % en 2006.

• **Figure 32**



Exemple: En 2005, les femmes suisses représentaient 59 % de la population féminine du PF et, en 2006, 62 %. Les hommes suisses représentaient en 2005 76 % de la population masculine du PF et 73 % en 2006. On constate une progression de 3 points de pourcent des hommes étrangers entre 2005 et 2006, mais une diminution de 3 points parmi les femmes.

3.3.1.3 Indices

Le calcul des indices consiste à comparer les chiffres d’une année donnée (2006) à une année de référence (2005) afin de connaître la progression de tendances.

- Entre 2005 et 2006, on constate que le nombre de personnes ayant consulté diminue de 1 % ($\text{nombre de personnes 2006} / \text{nombre de personnes 2005} * 100$), par contre le nombre de consultations augmente de 1 % ($\text{nombre de consultations 2006} / \text{nombre de consultations 2005} * 100$). Le nombre de personnes ayant consulté pour la première fois a diminué de 5 % entre 2005 et 2006 ($\text{nombre de première consultation 2006} / \text{nombre de première consultation 2005} * 100$).

• **Tableau 33** Indice d’évolution selon le sexe

	Personne	Consultation	Première consultation
Femme	99	101	95
Homme	104	110	101

Personne : ($\text{nombre de femmes 2006} / \text{nombre de femmes 2005} * 100$)

Exemple : Le nombre de femmes venues consulter en 2006 a diminué de 1 % par rapport à 2005. En revanche, le nombre d’hommes a progressé de 4 % en 2006 par rapport à 2005.

Consultation : ($\text{nombre de consultations femme 2006} / \text{nombre de consultations femme 2005} * 100$)

Exemple : Le nombre de consultations homme a augmenté de 10 % en 2006 par rapport à 2005. Le nombre de consultations femme a connu une augmentation plus modérée entre 2005-06, de 1 %.

Première consultation : (nombre de première consultation femme 2006 / nombre de première consultation femme 2005 * 100)

Exemple: Le nombre de femmes venues consulter pour la première fois en 2006 a diminué de 5 % par rapport à 2005. Les premières consultations chez les hommes représentent par contre une progression de 1 % entre 2005 et 2006.

3.3.1.4 Profil des femmes

Les indicateurs qui suivent combinent plusieurs variables pour donner une image plus détaillée du profil des femmes. Celles-ci représentent la large majorité de la population du PF.

• **Tableau 36** 2005: Distribution des femmes selon la classe d'âge et la nationalité

%	< 24 ans	> 24 ans	Total nationalité/ Effectifs	Total nationalité/ %
Suisse	70	45	3856	61
Europe Ouest	12	14	844	13
Europe Est, Balkans	5	11	462	7
Afrique Subsaharienne	5	8	390	6
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	4	14	533	8
Autres	2	6	243	4
Total âge/ Effectifs	3634	2694	6328	/
Total âge/ %	100	100	/	100

Exemple : En 2005, parmi les femmes de moins de 24 ans, 70 % sont Suisses, tandis que parmi les plus de 24 ans, cette proportion tombe à 45 %.

• **Tableau 37** 2005: Distribution des femmes selon la nationalité et le permis de séjour

%	Permis C	Permis B	Permis N, F	Sans permis	Autre	Total nationalité / Effectifs	Total nationalité / %
Europe Ouest	66	21	1	4	41	836	35
Europe Est, Balkans	13	23	45	7	13	446	18
Afrique Subsaharienne	7	20	44	8	20	379	16
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	5	19	1	77	15	513	21
Autres	9	17	9	4	11	241	10
Total permis / Effectifs	986	549	326	445	109	2415	/
Total permis / %	100	100	100	100	100	/	100

Exemple : En 2005, parmi les femmes sans papier, 77 % sont des Latinos-Américaines²⁶ et parmi les permis C, 66 % des femmes sont originaires d'Europe de l'Ouest.

• **Tableau 38**²⁷ 2005: Distribution des consultations femmes selon le motif d'entretien et la classe d'âge

%	< 24 ans	> 24 ans	Total motif / Effectifs	Total motif / %
Contraceptions et CPC	49	26	1483	42
Informations sexualité et reproduction	3	4	126	4
Contrôle médical	9	17	387	11
Difficultés relationnelle ou sexuelle, violences et abus sexuels	4	5	742	4
Demande et résultat test VIH/IST	20	23	328	21
Grossesse (test, ambivalence, gardée)	8	13	328	9
Pré, post IG	7	11	285	8
Total âge / Effectifs	2501	1001	3502	/
Total âge / %	100	100	/	100

Exemple : En 2009, 49 % des femmes de moins de 24 ans ont consulté pour une contraception, alors qu'elles n'étaient que 26 % chez les plus de 24 ans.

²⁶ Le terme « Latinos-américains » désigne ici et dans les pages suivantes les personnes d'Amérique Latine, Centrale et des Caraïbes.

²⁷ Les tableaux 38 à 45 ne concernent que les consultations faites auprès des conseillères en PF.

• **Tableau 39** 2005: Distribution des consultations femmes selon le motif d'entretien et la nationalité

%	Suisse	Etrangère	Total motif / Effectifs	Total motif / %
Contraceptions et CPC	44	40	1476	42
Informations sexualité et reproduction	4	3	126	4
Contrôle médical	7	16	384	11
Difficultés relationnelle ou sexuelle, violences et abus sexuels	4	4	148	4
Demande et résultat test VIH/IST	27	13	730	21
Grossesse (test, ambivalence, gardée)	7	13	325	9
Pré, post IG	6	11	285	8
Total nationalité / Effectifs	2038	1436	3474	/
Total nationalité / %	100	100	/	100

Exemple : En 2005, 27 % des consultations des Suissesses concernaient une demande de test VIH/IST. Cette proportion n'est que de 13 % parmi les étrangères.

• **Tableau 40** 2005: Distribution des consultations femmes selon la fiabilité de la méthode contraceptive utilisée et la nationalité

%	Suisse	Etrangère	Total méthode / Effectifs	Total méthode / %
Méthodes sûres	33	29	1087	31
Méthodes plutôt sûres	32	25	1014	29
Méthodes peu sûres	12	18	503	15
Pas nécessaire de prévenir grossesse	14	16	500	14
Ne relève pas du motif de consultation	3	3	264	3
Total nationalité / Effectifs	2033	1433	3466	/
Total nationalité / %	100	100	/	100

Exemple : Les méthodes contraceptives utilisées par les Suisses et les étrangères sont assez similaires : 33 % des Suissesses utilisent des méthodes sûres et cette proportion est de 29 % parmi les étrangères. Néanmoins, les étrangères utilisent légèrement plus de méthodes peu sûres (18 %) que les Suissesses (12 %).

• **Tableau 41** 2005: Distribution des consultations femmes selon la fiabilité de la méthode contraceptive utilisée et la classe d'âge

%	< 24 ans	> 24 ans	Total méthode / Effectifs	Total méthode / %
Méthodes sûres	31	31	1096	31
Méthodes plutôt sûres	32	22	1022	29
Méthodes peu sûres	14	15	505	14
Pas nécessaire de prévenir grossesse	13	17	506	14
Ne relève pas du motif de consultation	2	5	102	3
Total âge / Effectifs	2497	997	3494	/
Total âge / %	100	100	/	100

Exemple : En 2005, les femmes de moins de 24 ans sont presque aussi nombreuses que leurs aînées à utiliser des méthodes contraceptives peu sûres, respectivement 14 % contre 15 %.

- **Tableau 42** 2005: Distribution des consultations femmes selon la fiabilité de la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien et la méthode contraceptive choisie à l'issue de l'entretien

		Méthode utilisée à l'issue de l'entretien							
Effectifs		Méthode sûre	Méthode plutôt sûre	Méthode peu sûre	Pas nécessaire de prévenir grossesse	Aucune mais nécessaire	Autres	Inconnu	Total méthode utilisée
Méthode utilisée avant l'entretien	Méthode sûre	1009	22	2	13	0	38	12	1096
	Méthode plutôt sûre	653	311	1	5	2	11	39	1022
	Méthode peu sûre	305	95	18	15	1	11	60	505
	Pas nécessaire de prévenir grossesse	186	37	3	263	4	6	7	506
	Aucune mais nécessaire	139	35	0	23	17	9	34	257
	Autres	10	3	0	2	0	93	1	109
	Inconnu	2	1	0	0	1	0	23	27
	Total méthode choisie	2304	504	24	321	25	168	176	3522

Exemple : En 2005, la large majorité des femmes sont reparties de la consultation avec une méthode contraceptive sûre : 2 304 sur un total de 3 522 consultations femmes. Parmi les femmes qui utilisaient une méthode contraceptive peu sûre (505), 305 sont reparties avec une méthode sûre et seules 18 ont gardé leur méthode (peu sûre).

- **Tableau 43** 2005: Distribution des consultations femmes selon la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien et la méthode contraceptive choisie à l'issue de l'entretien

Effectifs	Méthode choisie à l'issue de l'entretien															Total Méthode utilisée
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	251	530	1	30	0	53	8	0	22	6	10	5	2	10	36	964
2	7	743	0	15	0	25	6	0	14	11	1	10	0	35	9	876
3	63	171	8	22	0	18	5	0	6	5	3	10	1	9	36	357
4	4	16	0	55	0	6	2	0	2	2	1	2	0	0	0	90
5	7	40	1	4	5	1	5	1	2	0	2	2	0	0	12	82
6	0	7	0	3	0	44	0	0	2	1	0	0	0	3	0	60
7	1	4	0	1	0	3	38	0	0	0	0	0	0	0	0	47
8	7	22	0	1	0	6	0	0	1	1	2	1	0	1	4	46
9	0	2	0	1	0	1	1	0	22	0	0	0	0	0	0	27
10	1	4	0	0	0	1	0	0	2	12	0	1	0	0	1	22
11	0	5	1	4	0	4	2	0	0	0	26	2	0	2	6	52
12	34	171	3	3	0	6	2	0	4	2	1	263	4	6	7	506
13	30	104	0	13	0	15	4	0	2	4	2	23	17	9	34	257
14	2	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	92	1	102
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Total Méthode choisie	407	1823	14	152	5	184	73	1	79	44	48	321	25	167	148	3491

Exemple : En 2005, sur 82 femmes qui utilisaient le coït interrompu comme méthode contraceptive avant l'entretien, 40 ont adopté la pilule à l'issue de l'entretien. Sur 506 femmes affirmant ne pas prévenir de grossesse, 171 ont adopté la pilule à l'issue de l'entretien.

Légende du tableau : 1 Condom toujours, 2 Pilule, 3 Condom parfois, 4 Depo Provera, 5 Coït interrompu, 6 Patch contraceptif, 7 Diu cuivre, 8 Coït interrompu/ calculs/ condom, 9 Anneau vaginal, 10 Implanon, 11 Autres méthodes (Calculs, Spermicide, Auto-observation, Stérilisations masculine et féminine, Diaphragme, Fémidom, Diu Mirena), 12 Pas nécessaire de prévenir une grossesse, 13 Pas de contraception mais serait nécessaire, 14 Ne relève pas du motif d'entretien, 15 Inconnu.

- **Tableau 44** 2005: Distribution des consultations femmes selon le rang de consultation (première consultation, consultation suivante) et le motif de consultation

%	Première consultation	Consultation suivante	Total motif / Effectifs	Total motif / %
Contraceptions et CPC	32	55	1483	42
Informations, difficultés, violences	11	4	277	8
Contrôle médical	5	18	387	11
Demande et résultat test VIH/IST	31	8	742	21
Grossesse (test, ambivalence, gardée)	10	9	329	9
Pré, post IG	11	5	285	8
Total rang consultation / Effectifs	1945	1565	3503	/
Total rang consultation / %	100	100	/	100

Exemple : En 2005, la majorité des personnes qui consultait pour la première fois sont venues pour une demande de contraception, 32 %, ou de test VIH, 31 %. Les motifs pour les consultations suivantes concernent majoritairement une demande de contraception (55 %).

- **Tableau 45** 2005: Distribution des consultations femmes selon le rang de consultation (première consultation, consultation suivante) et la fiabilité de la méthode contraceptive utilisée

%	Première consultation	Consultation suivante	Total méthode / Effectifs	Total méthode / %
Méthodes sûres	17	43	1096	31
Méthodes plutôt sûres	39	22	1022	29
Méthodes peu sûres	16	13	505	14
Pas nécessaire de prévenir grossesse	19	11	506	14
Aucune mais nécessaire	7	8	264	8
Ne relève pas du motif de consultation	2	4	102	3
Total rang consultation / Effectifs	1562	1933	3495	/
Total rang consultation / %	100	100	/	100

Exemple : En 2005, la majorité des personnes qui consultent pour la première fois utilisent une méthode contraceptive plutôt sûre, 39 %. Parmi les personnes qui sont déjà venues consulter, la majorité utilisent une méthode contraceptive sûre, 43 %.

3.3.2 Les centres de planning familial

Les tableaux qui suivent donnent des informations sur les différents centres de PF et les spécificités de leur public. Les centres qui présentent des effectifs trop faibles (Nyon, Aigle, Yverdon et Vevey) ont été regroupés dans la catégorie « Régions ».

Localisation des centres de planning familial sur le territoire vaudois découpé en districts



Source : www.vd.ch./fr/themes/territoire/districts-prefectures/carte-generale/

• **Tableau 46** 2005: Nombre de personnes et de consultations selon le centre de PF

	Lausanne	Renens	Aigle	Nyon	Yverdon	Vevey
Personnes	3520	1559	354	330	516	422
Consultations	6742	2867	687	617	810	749
Consultations par personnes	1.92	1.84	1.94	1.87	1.57	1.77

Exemple: En 2005, Yverdon a donné 810 consultations à 516 personnes différentes, ce qui représente 1,57 consultations par personne.

• **Tableau 47** 2005: Distribution des personnes selon le sexe et le centre de PF

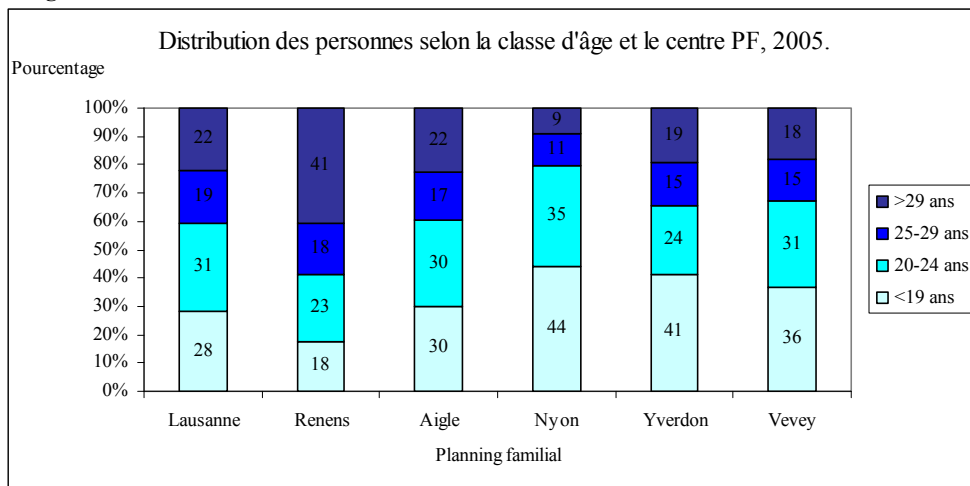
	Femme	Homme	Total	Sex-ratio
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	
Lausanne	3443	77	3520	2
Renens	1534	25	1559	2
Aigle	341	13	354	4
Nyon	301	29	330	10
Yverdon	491	25	516	5
Vevey	383	39	422	10

Exemple : La proportion d'hommes parmi les personnes venant consulter au PF change en fonction du centre PF. A Nyon et à Vevey, par exemple, on compte 10 hommes pour 100 femmes
Sex-ratio : $(\text{Nombre d'hommes} / \text{Nombre de femmes} * 100)$

• **Tableau 48** 2005: Distribution des personnes selon la classe d'âge et le centre de PF

	Lausanne		Renens		Aigle		Nyon		Yverdon		Vevey	
	%	% cumulés	%	% cumulés	%	% cumulés	%	% cumulés	%	% cumulés	%	% cumulés
<19 ans	28	28	18	18	30	30	44	44	41	41	36	36
20-24 ans	31	59	23	41	30	60	35	80	24	65	31	67
25-29 ans	19	78	18	59	17	78	11	91	15	81	15	82
>29 ans	22	100	41	100	22	100	9	100	19	100	18	100
Total / %	100		100		100		100		100		100	
Total / Effectifs	3520		1559		353		330		516		422	

Figure du tableau 48

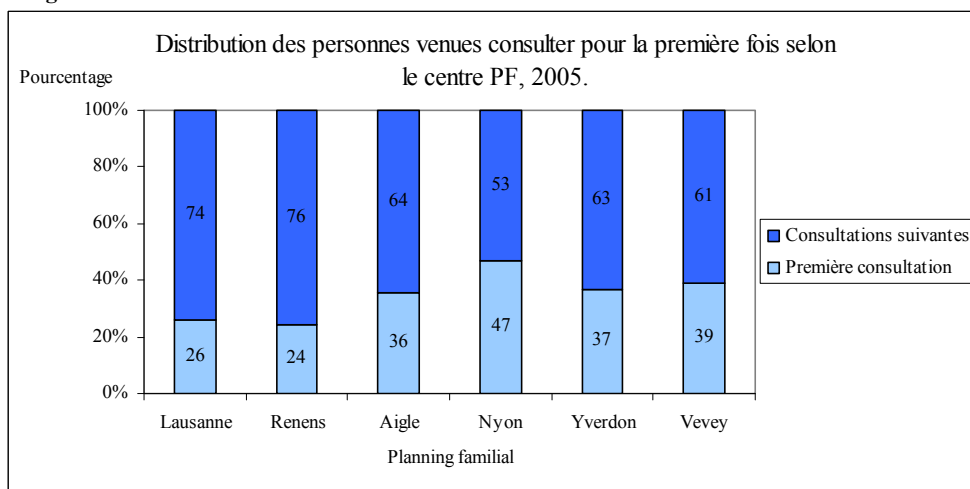


Exemple : Dans tous les centres PF, plus de la moitié de la population venant consulter a moins de 25 ans, sauf à Renens où la population est un peu plus âgée (59 % de la population ont 25 ans et plus). A Nyon, la population est très jeune, 80 % des personnes venues consulter a moins de 25 ans.

• **Tableau 49** 2005: Distribution des personnes venues consulter pour la première fois selon le centre de PF

%	Lausanne	Renens	Aigle	Nyon	Yverdon	Vevey
Première consultation	26	24	36	47	37	39
Total consultants / %	100	100	100	100	100	100
Total consultants / Effectifs	3520	1559	354	330	516	422

Figure du tableau 49



Exemple : Les personnes venues consulter pour la première fois sont moins nombreuses dans les deux centres PF qui reçoivent le plus de monde : elles représentent 26 % à Lausanne en 2005 et 24 % à Renens. Ces proportions sont légèrement plus élevées dans les centres régionaux : 47 % à Nyon.

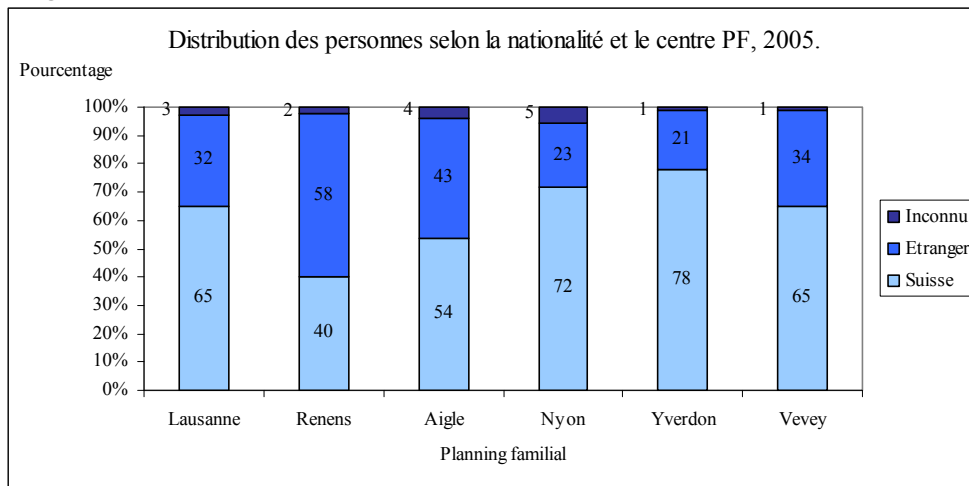
• **Tableau 50** 2005: Distribution des personnes selon la nationalité et le centre de PF

%	Lausanne	Renens	Aigle	Nyon	Yverdon	Vevey
Suisse	65	40	54	72	78	65
Etranger	32	58	43	23	21	34
Inconnu	3	2	4	5	1	1
Total / %	100	100	100	100	100	100
Total / Effectifs	3520	1559	354	330	516	422
Ratio : nombre d'étrangers pour 100 Suisses	50	144	79	32	27	52

Ratio : (*nombre d'étrangers / nombre de Suisses * 100*)

Exemple : En 2005, à Yverdon, il y a eu, en moyenne, 27 étrangers pour 100 Suisses, alors qu'à Renens, la proportion était de 144 étrangers pour 100 Suisses.

Figure du tableau 50



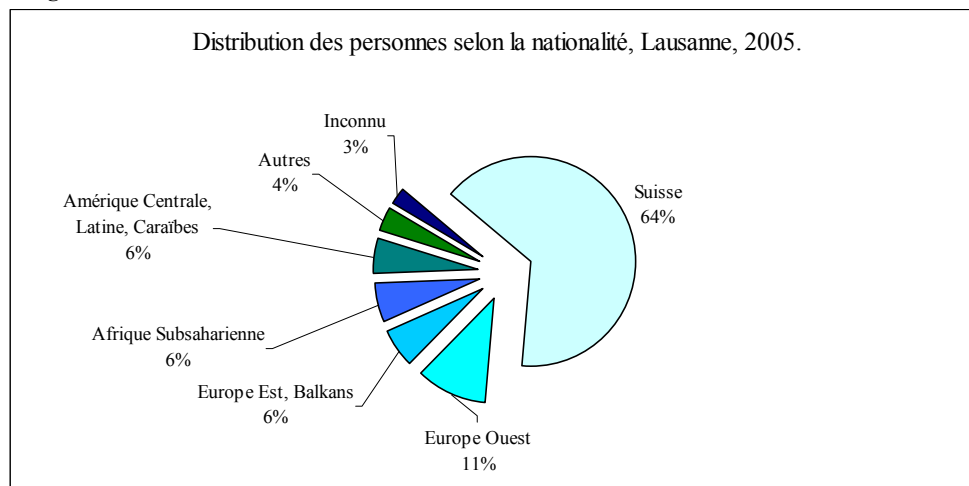
Exemple: Les centres de Nyon (72 % de Suisses) et d'Yverdon (78 % de Suisses) reçoivent une large majorité de Suisses. A Renens uniquement, la majorité des personnes venues consulter est étrangères (58 %). Aigle accueille également un grand nombre d'étrangers (43 %).

• **Tableau 51** 2005 : Distribution des personnes selon la nationalité et les centres de PF regroupés

%	Lausanne	Renens	Régions ²⁸
Suisse	65	40	68
Europe Ouest	11	18	12
Europe Est, Balkans	6	9	8
Afrique Subsaharienne	6	7	5
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	6	19	3
Autres	4	5	2
Inconnu	3	2	2
Total / %	100	100	100
Total / Effectifs	3520	1559	1622

Exemple : La seconde population la plus nombreuse au PF de Lausanne après les Suisses est ressortissante d'Europe de l'Ouest (11 %). La population du PF de Renens est plus contrastée que celles de tous les autres PF. Après les Suisses, 40 %, les ressortissants d'Europe de l'Ouest (18 %) et les Latinos-américains (19 %) sont les plus nombreux. La distribution des consultants dans les Régions ressemble fortement à celle de Lausanne. On retrouve une majorité de Suisses (68 %). La seconde population la plus présente provient également d'Europe de l'Ouest (12 %). Les Latinos-américains sont particulièrement peu présents (3 %).

Figure du tableau 51



²⁸ La catégorie « Régions » inclue les centres du PF de Nyon, Yverdon, Vevey et Aigle.

Figure du tableau 51

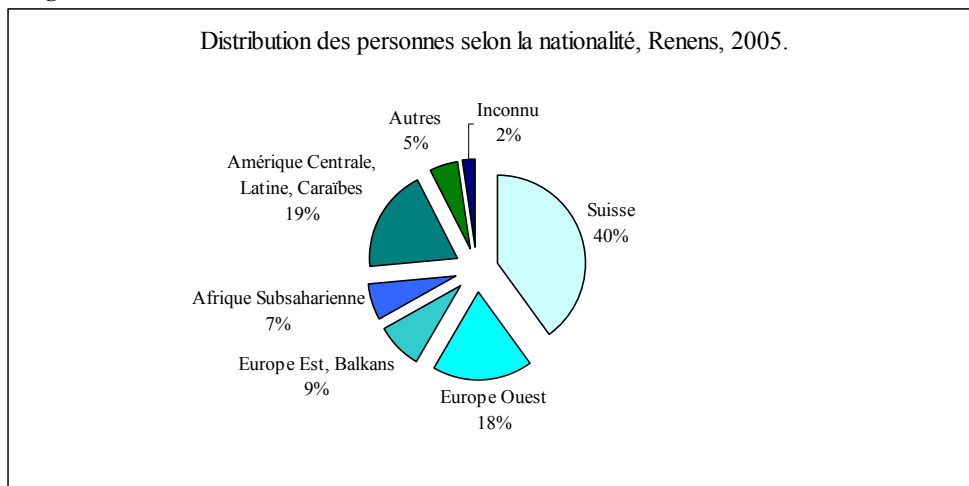
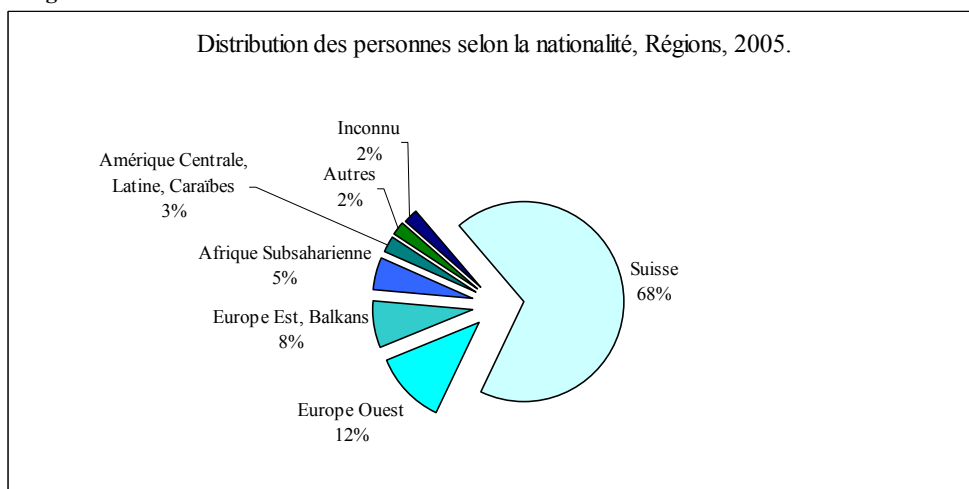


Figure du tableau 51



• **Tableau 52** 2005: Distribution des personnes selon le permis de séjour et les centres de PF regroupés

	Lausanne	Renens	Régions
Suisse	65	40	68
Permis C	13	22	13
Permis B	8	11	5
Permis N, F	5	5	6
Sans permis	5	16	2
Autre	1	3	2
Inconnu	4	4	4
Total / %	100	100	100
Total / Effectifs	3520	1559	1622

Exemple : A Renens, à Lausanne et dans les Régions, la majorité des étrangers possèdent un permis C, respectivement 22 %, 13 % et 13 %. Renens accueille une large proportion de sans papier (16 %). Les détenteurs de permis B sont également nombreux (11 %). Tout comme pour la nationalité, la distribution des personnes selon le permis de séjour dans les Régions ressemble à

celle de Lausanne. On observe cependant une population de requérants d’asile légèrement plus élevée dans les Régions (6 %) qu’à Lausanne (5 %).

Figure du tableau 52

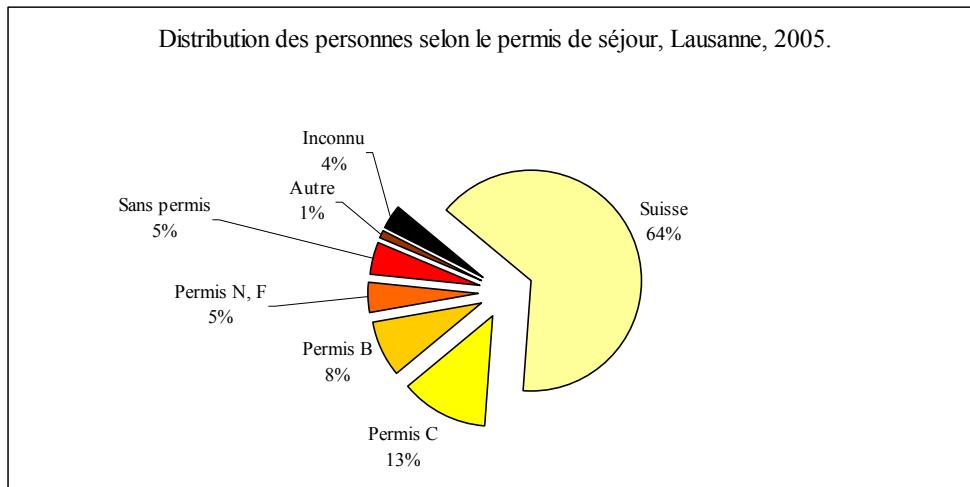


Figure du tableau 52

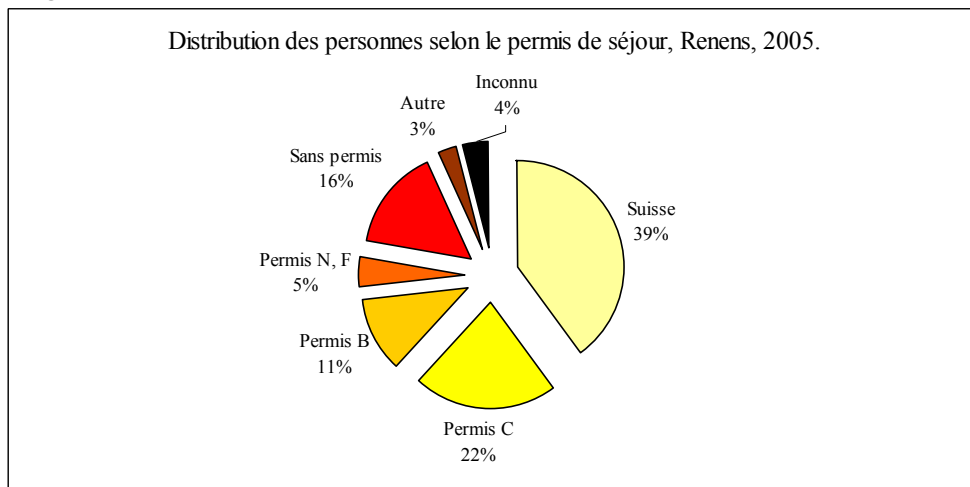
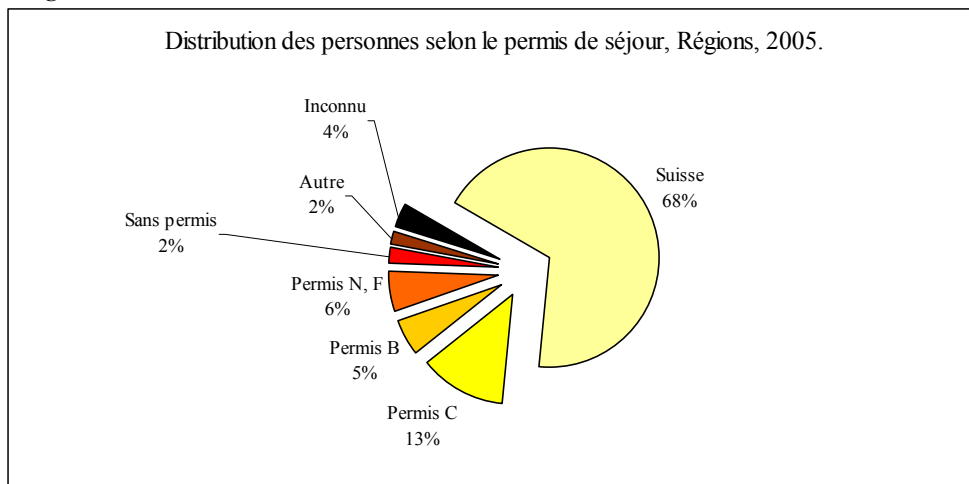


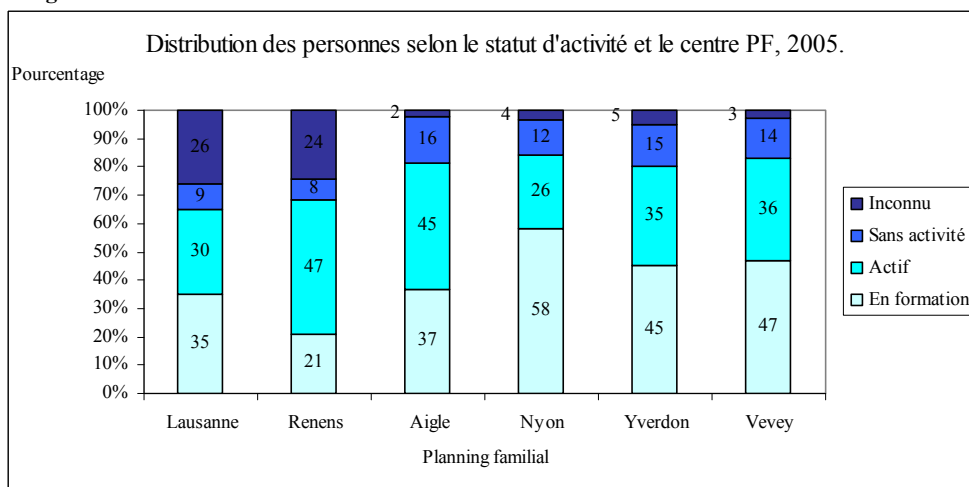
Figure du tableau 52



• **Tableau 53** 2005: Distribution des personnes selon le statut d'activité et le centre de PF

%	Lausanne	Renens	Aigle	Nyon	Yverdon	Vevey
En formation	35	21	37	58	45	47
Actif ²⁹	30	47	45	26	35	36
Sans activité	9	8	16	12	15	14
Inconnu	26	24	2	4	5	3
Total / %	100	100	100	100	100	100
Total / Effectifs	3520	1559	354	330	516	422

Figure du tableau 53



Exemple: La distribution des personnes selon le statut d'activité suit celle selon l'âge. En effet, dans les centres de PF où les jeunes sont nombreux, on retrouve une grande proportion de personnes en formation : 58 % à Nyon et 47 % à Vevey. Les centres de PF où l'on a pu observer une population un peu plus âgée, à Renens, en particulier, et à Aigle, dans une moindre mesure, on constate une grande proportion d'actifs : 47 % à Renens et 45 % à Aigle. On remarquera que la

²⁹ Dans les « Actif » ont été inclus les « Actif au foyer ».

proportion de sans activité est nettement plus élevée dans les Régions. Par ailleurs, les centres de Lausanne (26 %) et Renens (24 %) présentent un grand nombre de valeurs manquantes (Inconnu) pour la variable statut d'activité.

3.3.3 La population du planning familial et la population vaudoise

Nous mettons ici en relation la population féminine consultant au planning familial résidant dans le canton de Vaud avec l'ensemble de la population féminine résidant dans ce canton (ci-après femmes du PF et population féminine vaudoise). Les chiffres de la population vaudoise proviennent du SCRIS (Service Cantonal de Recherche et d'Information statistiques du canton de Vaud). Ils concernent la population résidante permanente et non permanente en 2005, ce qui correspond aux personnes suisses, à celles en possession des permis C, B et L, et aux diplomates et à leur famille. Ainsi, la population féminine du PF retenue pour ces calculs se calque sur ces critères: les permis N, F, G et les sans papier ne sont pas comptabilisés. La population de sans papier qui est relativement élevée au PF n'apparaît donc absolument pas dans les statistiques suivantes.

Nous retenons ici deux mesures :

- Le taux, qui mesure la proportion de la population féminine vaudoise qui s'est rendue dans un des centres de PF en 2005.
- Une mesure de la sur ou sous représentativité d'un groupe de consultantes par rapport à la structure de la population vaudoise en 2005.

Les taux sont proposés par nationalité dans les districts regroupés afin d'avoir une représentation géographique de la répartition de la population concernée par les services du PF.

- **Tableau 54** 2005 : Taux de résidentes vaudoises s'étant rendues à un des centres de PF selon la classe d'âge, la nationalité et le district de domicile.

%		Suisse	Etranger	Total
Lausanne et Ouest lausannois	15-24 ans	15	10	13
	25-39 ans	5	3	4
Morges et Nyon	15-24 ans	5	3	5
	25-39 ans	1	0	1
Lavaux-Oron, Aigle et Riviera-Pays-d'Enhaut	15-24 ans	7	3	5
	25-39 ans	1	1	1
Broye-Vully, Gros de Vaud et Jura-Nord vaudois	15-24 ans	7	5	7
	25-39 ans	2	1	1

Exemple : En 2005, 15 % de Suissesses résidant dans les districts de Lausanne ou de l'Ouest lausannois ayant entre 15 et 24 ans se sont rendues dans un des centres de PF. Cette proportion est de 10 % chez les étrangères.

Taux : $(\text{Nombre de femmes de 15-24 ans s'étant rendues au PF résidant dans le district de Lausanne ou de l'Ouest lausannois} / \text{Nombre de femmes de 15-24 ans résidant dans le district de Lausanne ou de l'Ouest lausannois} * 100)$

- **Tableau 55** 2005 : Taux de résidentes vaudoises s'étant rendues à un des centres de PF selon la classe d'âge et la nationalité, pour l'ensemble du canton de Vaud³⁰

%	Suisse	Europe Ouest	Europe Est, Balkans	Afrique Subsaharienne	Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	Autres	Total
15-24 ans	9	6	5	16	10	3	8
25-39 ans	2	1	3	8	5	2	2

Exemple : En 2005, 16 % des femmes d'Afrique subsaharienne de 15-24 ans résidant dans le canton de Vaud se sont rendues dans un des centres de PF.

- **Tableau 56** 2005 : Représentativité des femmes du PF par rapport à la population vaudoise féminine selon la classe d'âge et la nationalité

	Suisse	Europe Ouest	Europe Est, Balkans	Afrique Subsaharienne	Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	Autres
15-24 ans	1.10	0.78	0.68	2.09	1.24	0.38
25-39 ans	0.96	0.60	1.51	3.63	2.06	1.08

Exemple : La proportion de femmes d'Afrique subsaharienne âgée de 25 à 39 ans s'étant rendues au PF est 3.63 fois plus élevée que la proportion de ces femmes dans la population vaudoise. Cela signifie que les femmes africaines sont surreprésentées, à hauteur de 3.63, au PF.

Mesure : $((\text{Nombre de femmes suisses s'étant rendues au PF} / \text{Nombre de femmes s'étant rendues au PF}) / (\text{Nombre de femmes suisses dans le canton de Vaud} / \text{Nombre de femmes dans le canton de Vaud}))$

- **Tableau 57** 2005 : Taux de résidentes vaudoises s'étant rendues à un des centres de PF selon la classe d'âge et le permis de séjour, pour l'ensemble du canton de Vaud

%	Permis C	Permis B	Permis L	Requérant
15-24 ans	8	4	2	16
25-39 ans	2	2	2	20

Exemple : En 2005, 8 % des femmes résidant dans le canton de Vaud et détentrices d'un permis C se sont rendues au PF.

³⁰ Dans les tableaux 55 à 58, les requérantes d'asile sont incluses dans la population féminine vaudoise et dans la population féminine s'étant rendue au PF.

- **Tableau 58** 2005 : Représentativité des femmes du PF par rapport à la population vaudoise féminine selon la classe d'âge et le permis de séjour

	Permis C	Permis B	Permis L	Requérant
15-24 ans	1.32	0.61	0.34	2.53
25-39 ans	0.73	0.84	0.80	7.61

Exemple : On comptait, en 2005, 1.32 fois plus de femmes possédant un permis C, âgées de 15 à 24 ans dans la population du PF que dans la population vaudoise du même âge et détentrice du même permis. Ces femmes sont surreprésentées dans la population du PF à hauteur de 1.32.

3.4 Recommandations

Comme annoncé, un des objectifs de ce travail est de proposer quelques adaptations pour faciliter la saisie des informations, assurer la qualité des résultats et l'interprétation de ceux-ci. Ce dernier chapitre est organisé selon trois axes : améliorer les outils de saisie des données, la qualité de la récolte des informations et les mécanismes d'utilisation de l'outil statistique.

3.4.1 Les outils de saisie des données

Les recommandations suivantes concernent des adaptations dans la saisie des données du formulaire Tarmed³¹, une proposition d'une version ajustée du questionnaire statistique³² et une présentation des nouveaux indicateurs calculables à partir des modifications apportées.

3.4.1.1 Le formulaire Tarmed

En ce qui concerne le formulaire Tarmed, nous proposons quelques modifications des intitulés et des modalités de réponse et l'introduction de deux nouvelles variables.

- **Le centre de planning familial dans lequel la personne s'est rendue**

« Planning »

Dorénavant, le planning familial de Morges va aussi enregistrer ses statistiques. Il doit disposer du logiciel Tarmed et remplir le questionnaire statistique.

- **La plus haute formation scolaire que la personne a terminée**

« Formation »

Changement de l'intitulé de la question: on demande désormais la formation scolaire en cours ou achevée. Jusqu'à présent, on a demandé la formation scolaire achevée. On a pu constater, pour les personnes encore en formation, un décalage entre le niveau d'éducation réel de la population du PF et celui déclaré. En effet, une jeune femme en fin d'apprentissage était toujours répertoriée sous « Ecole obligatoire » jusqu'à ce qu'elle obtienne son papier. Il paraît ainsi que le niveau d'éducation des consultant-e-s du PF est bas alors qu'en réalité il est plutôt élevé. Avec le changement d'intitulé, cette distorsion n'a plus lieu.

- **Le permis de séjour de la personne**

« Permis »

La création d'un item « Suisse » permet d'éviter que tous les Suisses se retrouvent parmi les valeurs manquantes.

On retire « Permis A » (saisonnier), permis qui n'existe plus depuis le 1^{er} juin 2002.

³¹ Une nouvelle version du formulaire Tarmed est visible à la p. 118.

³² La nouvelle version du questionnaire statistique est visible aux pp. 116-117.

● Le professionnel qui a donné la consultation et le rang de consultation

« Professionnel » et « Nouveau cas »

Dans la saisie des données Tarmed, il convient de dissocier l'information relative au professionnel de celle relative au rang de consultation (« Nouveaux cas »). Désormais, ces informations seront saisies séparément.

D'autre part, il n'est plus nécessaire de remplir la case D (nouveau dossier) qui est supprimée : la première consultation implique nécessairement une ouverture de dossier.

● Le test VIH

Il est possible d'effectuer un test VIH rapide depuis novembre 2007. Par conséquent, une nouvelle variable a été introduite. Ses modalités sont :

« Test VIH »: Test rapide 9024 VIH < 20 ans / Test rapide 9025 VIH > 20 ans / Test normal

Regroupement : (Test rapide 9024 VIH < 20 ans + Test rapide 9025 VIH > 20 ans) = Test rapide / Test normal

● Le résultat du test VIH

«Test VIH 2 »: Négatif / Positif

Cette nouvelle variable mesure la prévalence des personnes déclarées séropositives dans la population du PF. Cette proportion pourra être comparée aux chiffres nationaux (Nombre de tests positifs au VIH déclarés par les laboratoires de confirmation par année de déclaration et pour 100'000 habitants).

3.4.1.2 Le questionnaire statistique

La nouvelle version du questionnaire statistique a été discutée avec le groupe statistique du service de PF Profa et testée sur le terrain auprès de différent-es conseiller-es. Les modifications apportées à l'ancienne version sont formulées dans l'objectif de clarifier et simplifier l'énoncé et de préciser et étoffer l'information récoltée. Les nouvelles questions s'inspirent ou reprennent les anciennes thématiques. Chaque question mesure un phénomène dans un but précis.

● 1 Accompagnement : qui assiste à la consultation avec le/la consultante ?

• Quoi ?

On désire savoir si le/la consultant-e est seul-e ou accompagné-e durant la consultation. Dans le cas où il/elle est accompagné-e, il s'agit de préciser par qui: pair (ami-e-s du même âge), partenaire (dans la relation amoureuse/sexuelle), autres personnes (mère, père, infirmière...).

• Pourquoi ?

Pour estimer la quantité de personnes réellement touchée par une consultation.

Jusqu'à présent, seule la personne qui a entrepris la démarche auprès du PF (prise de rendez-vous) est rendue visible dans les statistiques. Or, le travail d'information et de sensibilisation effectué par la conseillère est apprécié par tous les individus présents à la consultation.

Outre le nombre de personnes touchées par une consultation, il est intéressant de connaître le lien entre le/la consultant-e et son accompagnant-e afin de savoir avec qui celle-ci/celui-ci partage sa sphère intime. Dans une perspective où l'on cherche à impliquer l'homme, le partenaire, dans les

démarches relatives à la santé sexuelle et reproductive, une mesure de sa participation à la consultation paraît importante.

● 2 Motif principal de la consultation : « ce qui motive la personne à venir »

• Quoi ?

On désire savoir quel est le premier motif de visite mentionné par le/la consultant-e.

• Pourquoi ?

Pour connaître la distribution des motifs de consultation et ses fluctuations dans le temps. Les motifs de consultation font office de mesure pour, à la fois, évaluer les besoins de la population d'après leurs « demandes » et déterminer les prestations à promouvoir.

La proportion de certains motifs de consultation peut être comparée à l'échelle cantonale : nombre de demande d'IG au PF / nombre d'IG dans le canton de Vaud.

Deux modalités de réponse ont été ajoutées. La première concerne le lien entre la sexualité et le handicap. Un des objectifs de la Fondation Profa est de répondre aux problèmes de sexualité lié au handicap. La fréquence de visite relative à ce type de problème doit être enregistrée. La seconde se rapporte à l'orientation sexuelle, motif pour lequel aucune réponse ne correspondait jusqu'à présent.

● 3 Relation sexuelle au cours des 3 derniers mois

• Quoi ?

On désire savoir si le/la consultant-e a eu des relations sexuelles durant les trois derniers mois et le nombre de partenaires sexuel-le-s (un/plusieurs) fréquenté-e-s.

• Pourquoi ?

Pour connaître les situations en matière de relations sexuelles les plus fréquentes dans lesquelles les personnes se trouvent lorsque celles-ci s'adressent au PF.

Pour estimer la prise de risque en terme de grossesse non désirée et d'IST relativement à la situation sexuelle du/de la consultant-e (permis grâce aux croisements avec d'autres variables, méthode contraceptive utilisée, protection IST utilisée).

Quatre types de relations sexuelles sont ainsi distinguées :

- les personnes qui n'ont pas eu de relation sexuelle durant les trois derniers mois, qui n'ont donc connu aucun risque durant cette période
- les personnes qui ont connu plusieurs partenaires (relation d'un soir, mais également de plusieurs jours, mais de moins de trois mois) durant les trois derniers mois, qui ont donc pu connaître un risque
- les personnes qui n'ont connu qu'un partenaire durant les trois derniers mois et avec qui elles ont des relations sexuelles depuis moins de trois mois, qui ont donc pu connaître un risque
- les personnes qui n'ont connu qu'un partenaire durant les trois derniers mois et avec qui elles ont des relations sexuelles depuis plus de trois mois, qui ont donc pu connaître un risque

Dans les deux dernières situations, on différencie les couples ayant des relations sexuelles depuis moins de trois mois de ceux en ayant depuis plus de trois mois. Selon les « règles de counselling » en santé sexuelle et reproductive, les conseillères préconisent l'adoption d'une contraception non

barrière (pilule) seule, après au moins trois mois d'activité sexuelle avec le même partenaire. Avant d'abandonner la protection IST (condom), un test de dépistage VIH ou autres IST est vivement conseillé pour les deux partenaires. Le choix des trois mois correspond également au laps de temps, appelé « fenêtre immunologique », nécessaire à la détection de la présence du VIH dans le sang par le test. En effet, pour le dépistage du VIH, un délai de trois mois d'attente à partir du dernier rapport sexuel non protégé est requis.

● 4 Utilisation du préservatif masculin ou féminin comme protection IST au cours des trois derniers mois

• Quoi ?

On désire savoir si le/la consultant-e a utilisé le préservatif comme moyen de protection IST lors des relations sexuelles que celle-ci/celui-ci a pu avoir au cours des trois derniers mois.

• Pourquoi ?

Pour mesurer le niveau d'utilisation du préservatif comme protection contre les IST et évaluer la stratégie de prévention du VIH/sida. Il est difficile d'estimer le niveau d'exposition aux risques de IST étant donné la diversité des situations individuelles (virginité, test VIH, ...). La mesure de l'utilisation du préservatif contre les IST représente ainsi un indicateur fiable, même si incomplet, du niveau de conscientisation des personnes face aux risques d'IST.

Le croisement de cette variable avec la relation sexuelle et en particulier l'item « plusieurs partenaires » donne une image précise en termes de prise de risque de la population du PF. Celui avec la méthode contraceptive permet de mesurer l'utilisation de la double protection.

● 5 Méthode contraceptive utilisée par le/la consultant-e avant l'entretien

• Quoi ?

On désire savoir quel moyen contraceptif le/la consultant-e utilise pour se protéger contre les grossesses non désirées. Les méthodes contraceptives actuellement existantes sont listées. L'item « Autre » comprend toutes les pratiques non listées telles que les rapports anaux ou buccaux.

• Pourquoi ?

Pour évaluer la couverture contraceptive de la population du PF et connaître les pratiques contraceptives de celle-ci ainsi que ses fluctuations dans le temps (effet de mode).

● 6 Intention de changement de méthode contraceptive à l'issue de l'entretien ?

• Quoi ?

On désire savoir si la consultation a modifié la pratique contraceptive seulement (et non pas l'attitude face aux risques d'IST).

• Pourquoi ?

Pour mesurer l'impact du travail de la conseillère sur l'adoption d'une nouvelle méthode contraceptive et donc sur la prévention des grossesses non désirées.

Pour connaître les méthodes contraceptives les plus recommandées par les conseillères.

3.4.1.3 Nouveaux indicateurs

Les tableaux vides présentés ici concernent les indicateurs qui pourront être calculés à partir des modifications proposées dans le questionnaire statistique et dans le formulaire Tarmed. Des figures, encore inexistantes, pourront également être dessinées à partir de ces nouvelles données.

- **Tableau 59**³³ 2008: Distribution des consultations selon l'accompagnement de la personne qui consulte

	Effectifs	%
Seul-e		
Pair-s		
Le/la partenaire		
Autre personne		
Inconnu		
Total		

- **Tableau 60** 2008: Distribution des consultations selon la situation sexuelle au cours de 3 derniers mois

	Effectifs	%
Aucune		
Plusieurs partenaires		
Un partenaire, relation sexuelle < 3 mois		
Un partenaire, relation sexuelle > 3 mois		
Inconnu		
Total		

- **Tableau 61** 2008: Distribution des consultations selon l'utilisation du préservatif comme protection IST au cours des 3 derniers mois

	Effectifs	%
Toujours		
Parfois		
Jamais		
Inconnu		
Total		

³³ Les tableaux 59 à 65 ne concernent que les consultations faites auprès des conseillères en PF.

• **Tableau 62** 2008: Distribution des consultations selon l'utilisation du préservatif comme protection IST au cours des 3 derniers mois et la nationalité

	Toujours		Parfois		Jamais		Inconnu		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Suisse										
Europe Ouest										
Afrique Subsaharienne										
Europe Est, Balkans										
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes										
Autres										
Total										

• **Tableau 63** 2008: Distribution des consultations selon la situation sexuelle au cours des 3 derniers mois et la fiabilité de la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien

	Aucune		Plusieurs partenaires		Un partenaire, relation sexuelle < 3 mois		Un partenaire, relation sexuelle > 3 mois		Inconnu		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Méthodes sûres												
Méthodes plutôt sûres												
Méthodes peu sûres												
Pas nécessaire de prévenir grossesse												
Aucune mais nécessaire												
Autres												
Inconnu												
Total												

• **Tableau 64** 2008: Distribution des consultations selon l'utilisation du préservatif comme protection IST au cours des 3 derniers mois et la situation sexuelle au cours des 3 derniers mois

	Toujours		Parfois		Jamais		Inconnu		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Plusieurs partenaires										
Un partenaire, relation sexuelle < 3 mois										
Un partenaire, relation sexuelle > 3 mois										
Inconnu										
Total										

- **Tableau 65** 2008: Distribution des consultations selon l'utilisation du préservatif comme protection IST au cours de 3 derniers mois et la méthode contraceptive utilisée avant l'entretien

	Toujours		Parfois		Jamais		Inconnu		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Méthodes sûres										
Méthode plutôt sûres										
Méthode peu sûres										
Pas nécessaire de prévenir grossesse										
Aucune mais nécessaire										
Autres										
Inconnu										
Total										

- Le nombre de Test VIH rapide
- Le nombre de Test VIH positif / totalité des Tests VIH

3.4.2 Récolte des informations

Pour assurer une récolte d'information de qualité, il importe que la finalité de l'exercice soit bien comprise, que les outils et leur interprétation soient maîtrisés. D'autre part, la saisie d'informations pourraient être facilitée et complétée par l'introduction d'une fiche d'identification.

- Sensibiliser les professionnel-le-s du planning familial à l'importance des statistiques en suscitant leur intérêt en particulier en montrant l'utilité des résultats.
 - Familiariser l'ensemble des professionnel-le-s avec le nouveau questionnaire statistique. Il s'agit d'expliquer le choix des questions posées en explicitant ce que l'on cherche à savoir. Il est également important d'explicitier comment les questions et les réponses doivent être comprises. On recherche une uniformité dans la compréhension du questionnaire (pas d'interprétation personnelle). Il faut montrer que les non-réponses ou réponses mal données se traduisent, statistiquement, par des non-sens (des Suisses avec un permis B) ou des valeurs manquantes (17 % des valeurs manquantes pour la formation scolaire achevée). Les réponses fournies ont de plus grande chance d'être fiable si le questionnaire est systématiquement complété juste après l'entretien avec le/la consultant-e.
 - Présenter régulièrement des résultats statistiques aux professionnel-le-s concerné-e-s en proposant de les discuter. Lors de séance de supervision, une introduction statistique peut venir appuyer le sujet considéré. Il s'agit de familiariser les collaborateurs/trices à la statistique en montrant que c'est un outil de réflexion accessible à tou-t-e-s.

La qualité des statistiques dépend de l'implication de chacun-e à remplir consciencieusement sa part du travail et le fruit récolté est à la portée de chacun-e.

- On peut imaginer l'introduction d'une fiche d'identification à remplir par le/la consultant-e dans la salle d'attente. Cette fiche reprendrait les informations contenues dans l'en-tête du formulaire Tarmed (Nom, Prénom, Date de naissance, Adresse, Téléphone, Nationalité, Etat civil, Diplôme, Activité, Permis de séjour). Elle serait systématiquement remplie à chaque visite du/de la

consultant-e afin que les informations sociodémographiques puissent être mises à jour (ce qui ne semble pas être le cas actuellement).

L'objectif de cette fiche étant également de donner la possibilité aux secrétaires et/ou aux assistantes médicales d'actualiser les informations concernant les consultant-e-s aux moments où elles en ont le temps.

Bien évidemment, l'introduction de cette fiche doit être réfléchiée en fonction du mode de fonctionnement de chaque centre de PF et de la motivation de ceux-ci à l'encontre de cette proposition.

3.4.3 Mécanismes de suivi pour l'utilisation de l'outil

Pour une utilisation optimale de l'outil, la formation d'un groupe statistique attaché à la gestion de la procédure statistique paraît indispensable.

- Constituer un groupe statistique stable composé de professionnel-le-s concernés et compétents dans le domaine. Il est important pour la dynamique du groupe et le suivi des activités statistiques que les personnes s'engagent à long terme et selon les besoins puissent bénéficier de complément de formation sur les aspects techniques. Ce groupe doit pouvoir s'appuyer sur un informaticien qui aura préparé une procédure automatisée d'analyse.
- Les tâches suivantes doivent être réparties en fonction de l'intérêt et de l'expérience des personnes:
 - Sortir les résultats statistiques et les mettre en forme : effectuer des regroupements de catégories pertinents, comme nous l'avons fait pour la comparaison entre sexes. Cette opération est essentielle si l'on désire des résultats statistiquement significatifs.
 - Interpréter et commenter les résultats sur la base de discussions : les indicateurs sont reproductibles d'année en année, l'interprétation des résultats ne l'est pas. Il faut pouvoir repérer les résultats intéressants dans les tableaux.
 - Sélectionner les informations sur la base de discussions qui interpellent les collaborateurs/trices, les partenaires financiers et les communiquer de manière adéquate.
 - Demander au SCRIS les données vaudoises pour les années et les populations concernées (sexe, âge, localisation géographique, nationalité, permis de séjour).
 - Assurer le lien entre l'informaticien en charge de la base de données et les demandes spécifiques des collaborateurs/trices.
 - Être à disposition des collaborateurs/trices pour répondre aux demandes relatives aux statistiques (clarifications, chiffres...).
 - Sélectionner les données de l'année à publier dans le rapport d'activités selon ce que l'on désire montrer ou défendre.

Le rôle de ce groupe est essentiel dans la mise en oeuvre de l'ensemble des propositions faites dans ce document tant en terme d'adaptation des outils que de sensibilisation interne à l'utilité du suivi statistique.

Chapitre IV

4. Les activités du planning familial Profa en 2005

Revenons sur les résultats statistiques présentés par les indicateurs et discutons-les sur la base des hypothèses exposées dans le second chapitre. Il s'agit d'essayer de donner des réponses aux questions de recherche à partir des résultats chiffrés obtenus et des informations retirées des discussions avec les professionnel-le-s du planning familial. Notre analyse vise à établir un bilan des objectifs atteints par le planning familial Profa et de ceux restant à gagner en relation aux trois grandes dimensions de ses activités, à savoir les publics cible, les prestations offertes et les spécificités des différents centres.

4.1 Les publics cible : femmes et hommes, jeunes, migrants et personnes en situation fragilisée

4.1.1 Les femmes et les hommes

Le premier constat à tirer des données statistiques sur la population qui s'est rendue au planning familial en 2005 est l'évidente disparité entre sexes : seuls 3 % des consultants sont des hommes. Malgré une volonté d'ouverture au public masculin, le planning familial reste une institution de femmes où les hommes peinent à trouver leur place. Nahoé Curtet, sage-femme et conseillère en planning familial à la Fondation Profa, s'interroge, dans une étude intitulée « Planning familial : un lieu pour les hommes ? » (Curtet, 1995), sur les raisons de ce contraste sexué et les moyens potentiels d'y remédier. Sa recherche part du questionnement suivant: pourquoi les hommes ne viennent-ils pas consulter au planning familial pour eux-mêmes ? En effet, dans la majorité des cas, l'homme se rend au planning familial pour accompagner sa partenaire. Il consulte rarement seul pour une demande personnelle. Selon Nahoé Curtet, le manque d'attrait du planning familial pour les hommes est lié à l'image que ceux-ci en ont et à la représentation masculine de la sexualité et de la reproduction.

D'une part, le planning familial a une connotation éminemment féminine. Le lieu est rattaché aux concepts de famille, de contraception, de grossesse qui participent principalement à la sphère féminine, même si les hommes y sont actuellement aussi impliqués. Les femmes ont le monopole du planning familial malgré elles : ce sont elles qui le fréquentent et qui y travaillent en majorité. Ainsi, il est difficile pour un homme de trouver ses repères dans cet univers a priori très féminin.

D'autre part, la sexualité et la reproduction sont empreintes de représentations genrées. Les représentations masculines du corps et de la virilité, ainsi que des problèmes de confidentialité sont autant d'obstacles à la venue des hommes au planning familial. Premièrement, l'attention portée au corps est une valeur féminine. Bien que les normes soient en train de changer à cet égard, l'homme prenant soin de son corps, s'observant, reste considéré comme moins viril. Deuxièmement, la performance sexuelle est la première manifestation de la virilité. Or, le simple aveu de difficultés sexuelles est un signe de faiblesse mettant à mal la virilité. Troisièmement, le territoire public du planning familial, qui plus est fortement fréquenté par le sexe opposé, ne semble pas garantir aux hommes la discrétion requise pour le traitement de leurs problèmes sexuels.

La démarche de se rendre au planning familial semble plus simple pour les femmes puisqu'elles peuvent justifier leur visite par de nombreux motifs : contraception, grossesse, conseil... Pour un homme, les occasions de sa venue au planning familial sont moins évidentes. De plus, une démarche à découvert reste plus difficile à entreprendre dans un contexte sociétal qui accepte mal les faiblesses masculines. Selon l'opinion masculine (Curtet, 1995), un moyen de dépasser ces obstacles consiste à créer un espace spécifiquement destiné et réservé au public masculin. Cette solution semble réaliste, toutefois, elle ne doit pas empêcher l'objectif de favoriser la mixité dans les discussions autour de la procréation et de la sexualité. L'offre de test de dépistage du VIH représente une réelle porte d'entrée au planning familial pour le public masculin. En 2005, 83 % des hommes ont consulté pour cette raison. Cet argument pour attirer les hommes est d'ailleurs exploité depuis fin 2007 à son maximum avec la possibilité d'effectuer des tests rapides permettant l'obtention du résultat à la première visite. L'espoir de voir un jour au planning familial autant d'hommes que de femmes n'est pas vain, bien que cette *révolution* dépende surtout de l'évolution des mentalités au sein de la société.

Nous constatons non seulement une grande disparité dans les effectifs par sexe, mais en plus les profils sociodémographiques des hommes sont relativement différents de ceux des femmes :

- La population masculine du planning familial en 2005 est légèrement plus âgées que la population féminine : 27 % des femmes ont entre 15-19 ans, alors que cette proportion n'est que de 22 % chez les hommes (tableau 4). Par contre, aux âges de 20-24 ans nous observons proportionnellement plus d'hommes, 35 %, que de femmes, 29 %. De plus, l'âge auquel les femmes fréquentent le plus le planning familial est de 18 ans, alors qu'il est de 22 ans pour les hommes (tableau statistique 4). Par ailleurs, aucun homme de moins de 15 ans ne s'est présenté au planning familial en 2005.
- La population masculine est majoritairement suisse, 76 %, alors que ce n'est le cas que d'un peu plus de la moitié des femmes, 59 % (tableau 13).
- Près de la moitié des hommes (47 %) sont en emploi, alors que les femmes actives ne représentent que 35 % de la population féminine (tableau 17). Par contre, la proportion d'hommes en formation est quasi similaire à celle des femmes, 34 % contre 35 %.
- Les hommes apparaissent mieux formés que les femmes : 38 % des premiers ont achevé un apprentissage contre seulement 18 % des femmes (tableau 19). Les femmes, elles, sont plus nombreuses à n'avoir terminé que le niveau obligatoire, 36 %, cette proportion étant de 23 % chez les hommes. Cet écart de niveau de formation peut être expliqué par la distribution par âge : les hommes étant, en moyenne, plus âgés que les femmes, il est logique qu'ils aient un niveau de formation scolaire plus élevé.
- Les femmes et les hommes se distinguent également par la relation qu'ils entretiennent avec leur partenaire : 39 % des femmes vivent en relation stable, contre seulement 29 % des hommes (tableau 24). 51 % des hommes disent débiter leur relation amoureuse, contre 35 % chez les femmes. Ce qui peut expliquer, par ailleurs, la forte demande de test VIH chez les hommes.
- Les femmes fréquentant le planning familial sont un peu plus assidues que les clients masculins : les hommes ont consulté, en moyenne, 1,75 fois en 2005 et les femmes 1,86 fois. Le public masculin se renouvelle d'avantage: 79 % des hommes se sont rendus au planning familial pour la première fois en 2005, contre seulement 27 % des femmes (tableau 10). Les hommes ne se fidélisent pas au service au même titre que les femmes. Cette tendance peut également trouver une explication dans le motif principal de consultation des hommes: le test VIH. En effet, seuls deux rencontres sont nécessaires pour le test de dépistage VIH: la première pour la prise de sang et la

seconde pour l'obtention du résultat. Il faudra vérifier, par la suite, si le nombre de consultations par homme chute avec la venue du test VIH rapide pour lequel le résultat est délivré sur le moment.

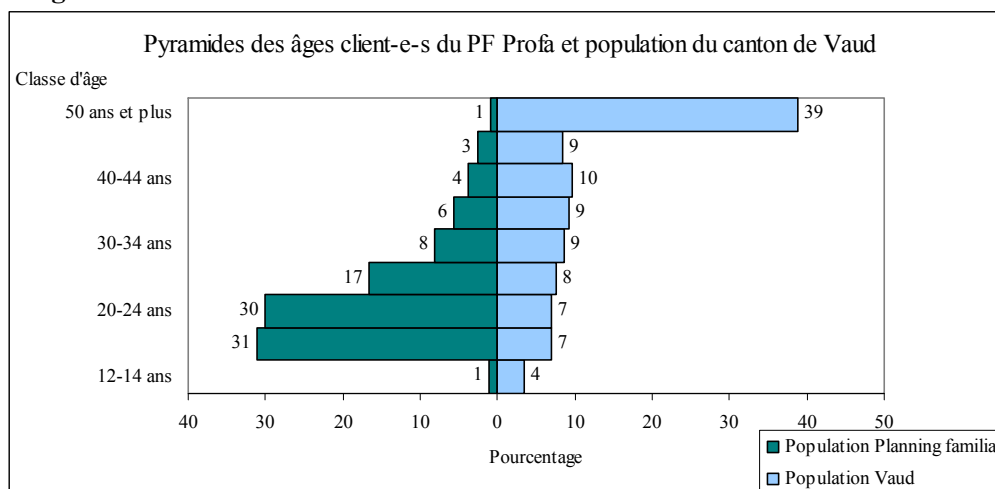
- Parmi les hommes, les minorités (étrangers, très jeunes, moins éduqués...) sont peu nombreuses.

Ces divers constats soulignent la nécessité de développer des stratégies adéquates pour favoriser l'implication des hommes de tous les milieux dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive. Nous avons cependant bien conscience que cette sensibilisation ne peut se jouer uniquement à l'échelle de Profa, mais doit s'opérer dans toute la société. Par ailleurs, les effectifs masculins étant très faibles, il se peut qu'une augmentation de la clientèle masculine, même légère, modifie fortement sa composition.

4.1.2 Les adolescents et les jeunes débutant dans la vie sexuelle

Le planning familial Profa cible précisément les jeunes et les adolescents débutant leur vie sexuelle. Les chiffres de 2005 montrent que 57 % du public du planning familial a entre 12 et 24 ans (tableau 3). Si nous ne retenons que la population du planning familial résidant dans le canton de Vaud, cette proportion est encore plus élevée : 62 %. Or, les résidents vaudois³⁴ de 12-24 ans (population permanente et non permanente) ne représentent que 18 % de la population totale en 2005 (figure 66). Les jeunes sont ainsi *surreprésentés* au planning familial, à hauteur de 3,4 fois. Néanmoins ce n'est que 8 % des jeunes filles de 15-24 ans habitant le canton de Vaud qui se sont rendues dans un des centres de planning familial Profa (tableau 55).

Figure 66



La population étrangère est moins représentée parmi les jeunes clientes : c'est le cas de 29 % des moins de 24 ans, mais de 52 % des plus de 24 ans (tableau 36). Parmi les 29 % d'étrangères de moins de 24 ans, 13 % sont des femmes de l'Europe de l'Ouest, 5 % sont ressortissantes d'Afrique subsaharienne, 5 % sont d'Europe de l'Est et des Balkans et 4 % sont Latinos.

Les jeunes de moins de 24 ans viennent essentiellement pour des demandes de contraception (49 % des consultations) ou de test VIH/IST (20 %) (tableau 38). Parmi les plus âgées, ces motifs se

³⁴ Tous les chiffres concernant la population vaudoise sont tirés des données du SCRIS.

retrouvent dans de moindres proportions (26 % pour la contraception, 23 % pour le test VIH), s'ajoutent des contrôles médicaux (17 %) et des demandes relatives à la grossesse (13 %, contre 8 % chez les moins de 24 ans). Le degré de sûreté des méthodes contraceptives ne varie que très peu avec l'âge.

En conclusion, le planning familial Profa accueille un public jeune comparé à la composition de la population vaudoise, néanmoins ce n'est qu'une faible proportion qui est touchée par ses services. Les jeunes consultent effectivement pour les prestations que le service souhaite leur offrir (contraception, test VIH/IST).

4.1.3 Les personnes issues de la migration

L'un des objectifs fixés par le planning familial Profa consiste à atteindre en particulier la population migrante. La majorité des personnes qui fréquentent le planning familial sont Suisses, néanmoins la clientèle comprend 40 % d'étrangers (tableau 12). Ceux-ci se répartissent majoritairement entre les ressortissants d'Europe de l'Ouest (13 % de l'ensemble des client-e-s), les Latinos (8 %), et les ressortissants d'Europe de l'Est et des Balkans (7 %). Une proportion importante des étrangers sont requérants d'asile et clandestins (11 % des client-e-s). En les retirant des effectifs des clients et en ne conservant que les clients résidant dans le canton de Vaud pour des raisons de comparabilité avec les statistiques officielles, la proportion d'étrangers parmi les client-e-s est identique à celle des habitants du canton de Vaud en 2005 (29 %). Les Latino-américains y sont cependant plus représentés (3 % parmi les client-e-s sans les requérants et clandestins et 1 % dans la population vaudoise), comme aussi les Africains (4 %, contre 1 %).

Tableau 67 2005: Distribution des personnes selon la nationalité

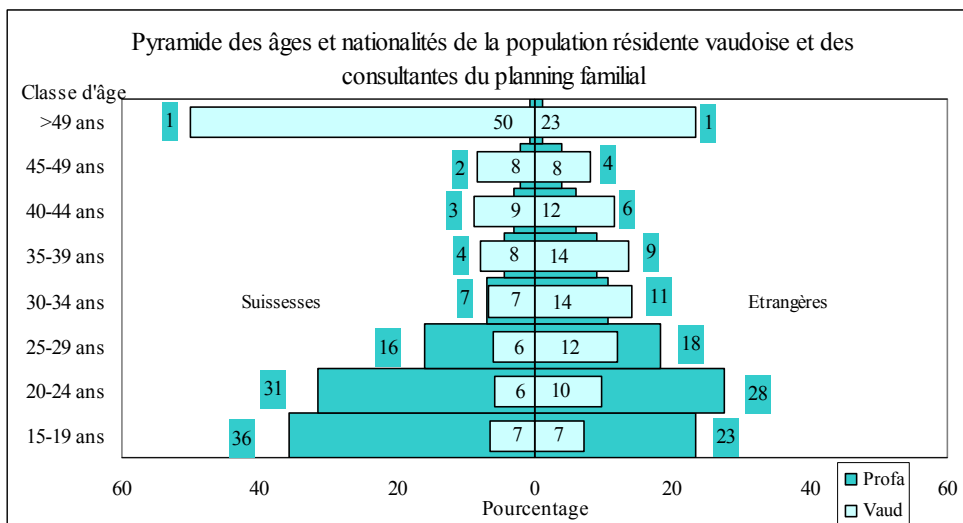
	Profa (sans requérants/clandestins)		Vaud	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Suisse	3802	71	467453	71
Europe Ouest	784	15	128056	20
Europe Est, Balkans	259	5	26979	4
Afrique Subsaharienne	190	4	6111	1
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	167	3	5962	1
Autres	187	3	21862	3
Total	5389	100	656423	100

Certains groupes d'étrangères ont particulièrement fréquenté le planning familial. En 2005, 16 % des ressortissantes d'Afrique subsaharienne de 15-24 ans résidant dans le canton de Vaud s'y sont rendues, alors que ce n'est le cas que de 10 % des Latinos et de 9 % des Suissesses (tableau 55). Les ressortissantes d'Afrique subsaharienne de 25-39 ans résidant dans le canton de Vaud ainsi que les Latinos sont *surreprésentées* au planning familial. Proportionnellement, il y a 3,63 fois plus d'Africaines et 2,06 fois plus de Latinos au planning familial que dans la population vaudoise (tableau 56).

Dans la population du planning familial résidant dans le canton de Vaud, les étrangères sont surtout présentes parmi les plus de 25 ans : 30 % ont plus de 29 ans, alors que les Suissesses de plus de 29 ans

ne sont que 17 % (figure 68). Pourtant, la structure par âge de la population vaudoise montre que les Etrangères sont plus jeunes que les Suissesses : 29 % des Etrangères ont moins de 30 ans, alors que cette proportion n'est que de 19 % chez les Suissesses. Ainsi, les jeunes étrangères de moins de 30 ans sont sous représentées au planning familial par rapport à leur proportion dans la population vaudoise.

Figure 68



Le croisement des motifs de consultation et de la nationalité (Etrangère-Suisse) révèle une nette propension des Suissesses à consulter pour une demande de test VIH/IST, 27 % ; les Etrangères n'étant que 13 % à consulter pour ce motif. Les Etrangères, elles, se rendent plus fréquemment au planning familial pour des contrôles médicaux (16 %) ou des motifs relatifs à la grossesse, alors que chez les Suissesses ces deux motifs ne reçoivent chacun que 7 % des consultations. Cependant, le motif majoritaire chez les Suissesses comme chez les Etrangères concerne la contraception, respectivement 44 % et 40 % des consultations (tableau 39).

Contrairement à ce qui a été constaté au niveau vaudois où le taux de recours à l'IG des femmes étrangères sont trois fois plus élevés que celui des Suissesses (Spencer et al, 2004), les étrangères consultant au planning familial pour une demande d'IG sont peu nombreuses. En effet, sur 211 demandes en 2005, 99 concernaient des Suissesses âgées principalement de 15 à 24 ans (tableau 69).

Tableau 69 Distribution des consultations femmes ayant consulté pour une demande d'IG selon l'âge et la nationalité

Effectifs	<19 ans	20-24 ans	25-29 ans	>29 ans	Total Nationalité
Suisse	38	29	11	21	99
Europe Ouest	10	8	8	11	37
Europe Est, Balkans	3	5	3	2	13
Afrique Subsaharienne	5	4	10	6	25
Amérique Centrale, Latine, Caraïbes	5	13	5	5	28
Autres	0	6	1	2	9
Total Age	61	65	38	47	211

Il n'existe que peu de différences dans les méthodes contraceptives utilisées par les Suissesses et les Etrangères. Nous relevons seulement que les Etrangères emploient un peu plus fréquemment des méthodes qualifiées de peu sûres (coït interrompu, calculs, condom parfois) que les Suissesses, respectivement , 18 % et 12 % (tableau 40).

En conclusion, bien que minoritaire en proportion absolue, la clientèle étrangère est surreprésentée au planning familial de Profa, c'est particulièrement le cas des ressortissantes d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine. Quant aux différences de motifs de consultation entre les clientes suisses et étrangères, nous ignorons si elles sont culturelles ou générationnelles.

4.1.4 Les étrangers au statut précaire et les personnes en situation fragilisée

En 2005, 20 % de la population du planning familial se réfère à des étrangers au statut relativement précaire ou carrément précaire : 8 % bénéficient d'un permis B, 5 % sont requérants d'asile et 7 % sans papier. Plus des trois-quarts (77 %) des clientes clandestines sont Latino Américaines. Les requérantes d'asile, elles, sont ressortissantes d'Europe de l'Est ou des Balkans (45 % d'entre elles) ou d'Afrique subsaharienne (44 %). En revanche, deux tiers des détentrices d'un permis C sont des femmes d'Europe de l'Ouest.

Aucune estimation du nombre de sans papier n'existe pour l'ensemble du canton de Vaud. Nous ignorons donc leur représentativité au planning familial. Quant aux requérants d'asile, en 2005, ils ne représentent que 0,98 % de la population vaudoise totale. Les requérantes d'asile sont largement surreprésentées parmi les clientes du planning familial : 16 % de celles de 15-24 ans et 20 % de celles de 25-39 ans se sont rendues dans un des centres durant l'année 2005 (tableau 57). Proportionnellement à leur nombre dans la population féminine vaudoise, les requérantes de 25-39 ans sont 7,61 fois plus représentées dans la population du planning familial (tableau 58).

Il est difficile de définir des critères objectifs pour mesurer la *fragilité* des situations personnelles. « De manière générale, la plupart des facteurs de risque [de la santé] sont plus fréquents dans la population ayant un moindre niveau de formation, un revenu moindre ou une situation professionnelle moins élevée » (Etat de santé de la population vaudoise 2001, pp. 136-137). Ainsi, nous retenons le niveau de formation, le statut d'activité, l'état civil et la relation de couple pour tenter de cerner la présence de personnes en situation fragilisée parmi les client-e-s du planning familial.

Les profils des Suisses sont différents de ceux des Etrangers pour les critères cités ci-dessus. En effet, les Etrangers sont plus nombreux à avoir un niveau de formation obligatoire (44 %) (tableau 70), alors qu'ils sont moins représentés parmi les jeunes gens et que seuls 22 % d'entre eux sont en formation, et à être mariés (31 %) et donc en relation de couple stable (51 %). Les Suisses sont ainsi mieux formés (20 % d'apprentissage, 19 % de maturité et 9 % de niveau universitaire), et pourtant encore en formation (43 %), et célibataires (89 %), en relation débutante (43 %). Le faible niveau de formation des Etrangers pourrait signaler une certaine précarité économique. Cependant leur situation affective stable ainsi que leur activité économique (33 % en emploi) ne permettent pas de conclure à une réelle précarité socio-économique des Etrangers.

Tableau 70 2005 : Distribution des personnes ou des consultations selon la nationalité, la formation scolaire achevée, la relation de couple, l'état civil et le statut d'activité

Formation scolaire achevée (personne)			Relation de couple (consultation)		
	Suisses %	Etrangers %		Suisses %	Etrangers %
Aucune	4	5	Aucun	13	10
Ecole obligatoire	31	44	Occasionnel	7	5
Apprentissage	20	16	Débutant	43	27
Maturité, diplôme	19	12	Stable avec ou sans ménage en commun	30	51
Niveau universitaire	9	5	Séparation	7	6
Inconnu	17	18	Inconnu	1	0
Total / %	100	100	Total	100	100
Total / Effectifs	4015	2518	Total / Effectifs	2312	1518
Etat civil (personne)			Statut d'activité (personne)		
	Suisses %	Etrangers %		Suisses %	Etrangers %
Célibataire	89	60	En formation	43	22
Marié	7	31	En emploi	29	33
Divorcé, Veuve, Séparé	3	7	Actif au foyer	1	10
Inconnu	1	1	Sans activité	8	13
Total	100	100	Inconnu	19	22
Total / Effectifs	4015	2518	Total	100	100
			Total / Effectifs	4015	2518

Le recensement de 2000 de la population résidant dans le canton de Vaud fait cas de 74,4 % de la population de plus de 20 ans ayant poursuivi des études après la scolarité obligatoire (tableau 71). Sur cette même base, au planning familial en 2005, 67 % des consultants ont une formation plus élevée que le niveau obligatoire. Les étrangers du planning familial sont nettement moins formés que ceux de la population vaudoise : 47 % sont allés au-delà de la scolarité obligatoire au planning familial contre 57 % dans la population vaudoise.

Tableau 71 Distribution des résidents du canton de Vaud et des client-e-s de Profa ayant poursuivi des études après la scolarité obligatoire

	Suisse %	Etranger %	Total %
Profa, 2005	82	47	67
Vaud, 2000	79,8	57,9	74,4

5 % des client-e-s du planning familial résidant dans le canton de Vaud en 2005 n'ont pas de formation, cette proportion s'élève à 3 % dans la population vaudoise recensée en 2000. Les universitaires (formation terminée) résidant dans le canton de Vaud ne sont que 7 % au planning familial en 2005, alors qu'ils sont 16 % dans la population vaudoise du recensement 2000.

Ces résultats laissent penser que le niveau de formation de la population du planning familial est plus bas que celui de la population vaudoise. Cependant, la grande proportion de personnes n'ayant terminé que le niveau obligatoire, 36 % (tableau 18), s'explique aussi par la jeunesse de la population du planning familial : la plupart des jeunes sont encore étudiants. En effet, 36 % de la population du planning familial résidant dans le canton de Vaud est étudiante et seule 31 % est active. Or, le

recensement de 2000 indique que 45 % de la population vaudoise est active et seulement 5 % en formation.

Pour mieux comprendre le niveau de formation réel de la population du planning familial, il est nécessaire de séparer les étudiants de la population active. Ainsi, parmi les étudiants, 55 % ont achevé le niveau obligatoire, et 30 % ont terminé le niveau secondaire (tableau 20.1). Parmi les personnes actives (en emploi), 37 % ont terminé un apprentissage et 34 % n'ont atteint qu'un niveau obligatoire (tableau 20.2). Si l'on pose l'hypothèse que tous les étudiants ayant terminé le niveau secondaire (30 %) sont actuellement en formation à un niveau universitaire, alors les universitaires en formation sont très présents au planning familial en comparaison à leur nombre dans la population active, 13 %.

La grande majorité des individus du planning familial sont célibataires, 77 %. 16 % sont mariés et seuls 4 % sont divorcés, séparés ou veufs. Sur le plan relationnel, de nombreuses personnes sont dans des relations de couple stables, 38 %, ou débutantes, 37 %. Très peu sont séparés, 6 %. Etant donné le jeune âge de notre population, nous ne sommes pas étonnés des 77 % de célibataires (état civil). Nous comprenons cependant que la plupart de ceux-ci sont en relation avec un-e partenaire. Les individus du planning familial se trouvent en majorité dans des situations affectives stables : les divorcés, les séparés et les veufs étant peu nombreux.

Selon le critère du niveau d'éducation et de la situation économique, le planning familial, recevant beaucoup de jeunes étudiants/apprentis, touche, en quelque sorte, la population cible. En effet, ne gagnant pas leur vie et n'ayant accumulé que peu d'expérience, les étudiants sont exposés à une certaine vulnérabilité. Cependant, nous ne saurions réellement définir cette population comme étant « en situation fragilisée ». Ne disposant pas d'autres informations pour mesurer la précarité socioéconomique, d'ailleurs difficilement évaluable statistiquement, nous ne pouvons conclure de manière déterminée sur la présence des personnes en situation fragilisée au planning familial.

4.2 Les prestations du planning familial

En 2005, le planning familial vaudois Profa a reçu 6 701 individus et a effectué 12 472 consultations, ce qui représente une moyenne de 1,86 visites par consultants durant l'année (tableaux 1 et 6). Près des trois-quarts des consultations ont été données par les médecins (72 %, tableau 8). Le renouvellement de la clientèle est assez faible : seuls 29 % des individus ayant consulté en 2005 se rendaient au planning familial pour la première fois (tableau 9). Lors de leur premier entretien, les consultants rencontrent obligatoirement une conseillère et un médecin. Par la suite, les consultant-e-s ne rencontrent souvent plus que le médecin : 80 % des *consultations suivantes* se font auprès du médecin (tableau 72).

Tableau 72 2005: Distribution des consultations selon le rang de consultation et le professionnel

	Première consultation ³⁵		Consultation suivante	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecin	1382	44	8440	80
Conseillère	1729	56	2137	20
Total	3111	100	10577	100

Le taux de fréquentation du planning familial varie en fonction de l'âge des consultant-e-s et de leur nationalité. Les personnes de 40-44 ans sont celles qui sont le plus revenues au planning familial : en 2005, en moyenne 2,07 fois (tableau 6). Les très jeunes, 12-15 ans, sont celles qui ont le moins tendance à retourner au planning familial dans la même année : en moyenne 1,53 fois. Les ressortissants d'Afrique subsaharienne ont consulté en moyenne 2,41 fois, les Suisses que 1,77 fois (tableau 7).

La méthode contraceptive la plus utilisée est le préservatif, déclaré dans 1047 consultations sur 3866 (27 %), suivi de la pilule, mentionnée dans 25 % des entretiens (tableau 25). Ce positionnement s'inverse pour la méthode contraceptive choisie à l'issue de la consultation : la pilule devient la première méthode contraceptive, signalée dans 1938 consultations sur 3866 (50 %). L'étude SMASH 2002 où sont comparées les méthodes contraceptives employées au premier et au dernier rapports sexuels des adolescents de 16 à 20 ans en Suisse révèle ce même ordre. Les individus utilisent davantage le préservatif au premier rapport sexuel, puis, emploient la pilule au dernier rapport sexuel (tableau 73). Nous en déduisons que le planning familial est un lieu privilégié auquel les individus se réfèrent pour être conseillés dans cette transition contraceptive, du préservatif à la pilule. L'accompagnement dans cette phase est essentiel puisque c'est à ce moment que sont transmises toutes les informations utiles et nécessaires au bon emploi de la nouvelle contraception.

³⁵ En toute logique, la répartition des premières consultations entre médecin et conseillère devrait être 50 %-50 %.

Seulement, comme expliqué, la nécessaire manipulation de la base de données a provoqué une légère surreprésentation des consultations faites auprès des conseillères.

Tableau 73 Utilisation (%) des différentes méthodes de contraception au premier rapport sexuel et au dernier rapport sexuel avec le dernier partenaire, selon le sexe (SMASH 2002, Q68)

	Au premier rapport		Au dernier rapport	
	Mentionné par les filles n = 1983	Mentionné par les garçons n = 2457	Mentionné par les filles n = 1983	Mentionné par les garçons n = 2457
Préservatif masculin (capote)	77.3	74.6	36.1	45.8
Pilule contraceptive	32.5	24.5	64	40.9

Certaines méthodes classées comme étant peu sûres figurent parmi les moyens de contraception assez utilisés par les clients de Profa : l'emploi non systématique du préservatif (condom parfois) est cité 397 fois ou la pratique du coït interrompu qui apparaît 85 fois. Cependant, les méthodes contraceptives peu sûres paraissent parmi les moins choisies à l'issue de l'entretien. L'intention d'abandonner des méthodes peu fiables souligne l'efficacité de l'intervention des conseillères. Notons toutefois que l'indication du nouveau choix de contraception ne relève pas de la pratique mais de l'intention. Pour avoir une perception de l'impact réel du travail des conseillères, il aurait fallu comparer les méthodes contraceptives utilisées par l'individu au fil des entretiens. Malheureusement, une telle analyse longitudinale était difficilement réalisable avec des données limitées à deux années (2005-06). A l'avenir, il sera important d'assurer que le mode d'enregistrement des données permette un suivi individuel.

Le croisement des méthodes contraceptives utilisées et choisies montre que la grande majorité des individus n'employant pas de contraception hormonale à leur arrivée déclare vouloir adopter la pilule à l'issue de l'entretien : sur 964 individus utilisant toujours le préservatif, 530 disent finalement adopter la pilule (tableau 43). Les consultant-e-s utilisant déjà une méthode hormonale avant l'entretien gardent la même la plupart du temps. Il est, par contre, étonnant que sur 506 personnes affirmant ne pas vouloir prévenir de grossesse, 171 repartent avec l'intention de prendre la pilule.

Même si l'entretien avec la conseillère se limite souvent à la première consultation, le travail d'information et de conseil qu'elle offre reste central et incontournable dans un service dont l'ambition consiste à promouvoir une approche complète de la santé sexuelle et reproductive et qui accueille une majorité de jeunes individus inexpérimentés.

4.3 Les centres de planning familial

La large majorité des consultants du planning familial habite le canton de Vaud, 96 %. Les 4 % restant proviennent des cantons de Fribourg (1 %), du Valais (2 %), de Genève 1 % et 1 % d'autres cantons suisses. Plus de la moitié (59 %) réside dans les districts de Lausanne et de l'Ouest lausannois ; les centres de Lausanne et de Renens, localisés dans ces deux districts, reçoivent le plus grand nombre de consultant-e-s, respectivement 53 % des prestataires (3520) et 23 % (1559) (tableau 74). A noter également que c'est dans les districts de Lausanne et de l'Ouest lausannois que la plus grande proportion de la population fréquente le planning familial Profa : 15 % des Suissesses et 10 % des Etrangères de 15-24 ans se sont rendues dans un des centres (essentiellement Lausanne et Renens), ces proportions étant moitié moins élevées dans les huit autres districts vaudois (tableau 54).

Tableau 74 2005: Distribution de la population du PF Profa par centres et districts vaudois

		Consultants du PF Profa par centres ou districts / Effectifs	Consultants du PF Profa par centres ou districts / %	Etrangers par centres ou districts ³⁶ / %
Centre	Lausanne	3520	53	32
District	Lausanne	2440	39	33
Centre	Renens	1559	23	58
District	Ouest lausannois	1252	20	41
Centre	Aigle	354	5	43
District	Aigle	267	4	30
Centre	Nyon	330	5	23
District	Nyon	315	5	29
Centre	Yverdon	516	8	21
District	Jura-Nord vaudois	529	8	21
	Gros de Vaud	291	5	12
	Broye-Vully	118	2	21
Centre	Vevey	422	6	34
District	Lavaux-Oron	361	6	19
	Riviera-Pays-D'Enhaut	335	5	-
Centre	Morges	-	-	-
District	Morges	368	6	20
Total centres		6701	100	-
Total districts		6276	100	-

Les centres se distinguent par le nombre de consultant-e-s mais aussi par le profil sociodémographique de la clientèle, particularités à mettre en relation avec les spécificités de la région sur laquelle ils opèrent. Ainsi, les diversités de l'offre médicale, de la composition de la population, des qualités des professionnel-le-s qui travaillent dans les services (langues parlées, actions sur le terrain...) sont autant de facteurs participant à donner aux centres leur caractère.

La distribution des étrangers dans les districts que les centres de planning familial couvrent montre une similitude avec la proportion d'étrangers dans ces services (tableau 74). Sauf pour les centres de

³⁶ Le pourcentage d'étrangers par districts est calculé selon le recensement 2000.

Renens et Aigle où la proportion d'étrangers au planning familial est plus élevée que dans les districts correspondants.

Les centres de Lausanne et de Renens sont ceux qui accueillent le moins d'hommes : en moyenne, 2 hommes pour 100 femmes contre 10 hommes pour 100 femmes à Nyon et à Vevey (tableau 47). La densité d'hommes dans les centres de planning familial régionaux peut s'expliquer par une offre réduite de test de dépistage VIH/IST dans les hôpitaux de ces zones. En effet, les hôpitaux de Morges et Aigle pratiquent le test sur ordonnance, à Yverdon, le test s'effectue aux urgences et à Nyon, par contre, il existe une consultation VIH anonyme ouverte deux fois par semaine une heure. Tandis que le CHUV et sa consultation VIH anonyme font concurrence aux centres de Lausanne et Renens.

Ce clivage entre centres urbains et centres régionaux se constate également par la proportion de nouveaux consultant-e-s. A Nyon, les personnes venues consulter pour la première fois en 2005 représentent 47 % de la population totale, alors qu'elles ne sont que 24 % à Renens et 26 % à Lausanne (tableau 49). Les centres de Lausanne et Renens, plus enracinés que les centres régionaux, accueillent une clientèle fidélisée qu'ils peinent à renouveler.

Renens se distingue sensiblement des autres centres de planning familial par l'âge, la nationalité, le statut politique et le statut d'activité de sa clientèle. En effet, à Renens, les consultant-e-s sont plus âgé-e-s : 59 % ont plus de 25 ans alors que cette proportion est de 20 % à Nyon (tableau 48). D'autre part, la population étrangère est beaucoup plus présente à Renens (58 %) que dans les autres centres (Yverdon 21 %) (tableau 50). Les Latino-Américains (19 %) et les ressortissants d'Europe de l'Ouest (18 %) sont les plus présents (tableau 51). Renens reçoit une population au statut précaire avec 16 % de sans papier contre seulement 2 % dans les régions (tableau 52). De plus, la majorité de la population du centre de Renens (47 %) est en emploi, alors qu'à Nyon 58 % des consultant-e-s sont en formation (tableau 53). La distribution du statut d'activité suit celle de l'âge : Nyon recevant une population très jeune, il est logique que les étudiant-e-s soient plus nombreux.

La composition de la population des centres de Lausanne et des régions se ressemble. La clientèle y est jeune : à Lausanne, 59 % de la clientèle a moins de 25 ans (tableau 48). La proportion d'étrangers varie entre 21 et 34 % : les ressortissants d'Europe de l'Ouest étant les plus représentés, 11 % à Lausanne et 12 % dans les régions (tableau 51). La majorité des étrangers sont détenteurs de permis C, 13 % à Lausanne comme dans les régions (tableau 52).

Nous constatons ainsi une disparité dans la composition de la population des centres qui se forme selon les axes « centre-périphérie » (Lausanne et Renens / les régions) et « concentration d'étrangers dans le district » (Renens / Lausanne et les régions).

Conclusion

En conclusion, les objectifs que le planning familial Profa s'est fixé, en référence au concept de Santé Sexuel et Reproductive et aux exigences cantonales vaudoises, sont ambitieux pour trois raisons.

Premièrement, le service de planning familial s'est fixé des publics cibles que l'on peut qualifier de marginaux dans la mesure où ils ne correspondent pas au profil de la majorité. De ce fait, les stratégies pour atteindre la clientèle doivent être ingénieuses et s'adapter continuellement en fonction des résultats obtenus, d'où l'importance de mettre en place un système de monitoring pertinent et facile à réaliser. Pour améliorer encore la représentation de certains groupes de population au planning familial, il s'agit de comprendre les raisons de leur sous représentation et de trouver des solutions permettant d'y parer. Dans ce sens, le travail en réseau, la collaboration avec des institutions recevant des populations spécifiques (services sociaux, associations de quartier ...), nous semble intéressants. Les résultats statistiques ont montré une présence plus faible des étrangers parmi les jeunes de moins de 25 ans. Or, la promotion du service de planning familial auprès des jeunes se fait majoritairement sur les lieux de l'instruction publique. Nous pouvons dès lors émettre l'hypothèse d'une certaine appréhension des jeunes étrangers à donner leur confiance à un service promu dans une institution apparentée à l'autorité. Dans ce cas, l'alternative pourrait consister à coopérer avec les associations de maison de quartier, les clubs de sport ou autres lieux de rencontre de jeunes pour promouvoir le service de planning familial sur un terrain neutre.

Deuxièmement, le service de planning familial promeut des valeurs novatrices qui correspondent peu à l'image que le terme de « planning familial » évoque dans les esprits. La très faible fréquentation masculine du service en est une preuve. Ainsi, on peut penser que l'appellation de planning familial constitue une barrière à l'atteinte de certains publics qui pourrait être surmontée par une nouvelle nomination.

Troisièmement, dans un contexte où la santé de la reproduction est souvent associée au domaine médical, le choix d'allier, dans un même lieu, approches psychosociale et médicale est pertinent mais délicat à mettre en oeuvre. La moindre fréquentation des entretiens avec les conseillères pourrait être un indice d'une certaine réticence à aborder des sujets délicats, la sexualité, la procréation, dans un contexte non médicalisé. Le rôle respectif des conseillères et du personnel médical demanderait donc à être bien précisé et une information conséquente transmise au public. Le travail de conseil est certainement très important pour le contact avec les secteurs les plus fragiles de la population.

Quoiqu'il en soit, le planning familial Profa a très bien réussi à surmonter ces obstacles, l'analyse statistique 2005 présentée ici le prouve. En effet, tous les objectifs retenus ont été atteints dans une plus ou moins large mesure. S'il existe réellement des domaines dans lesquels une amélioration peut être apportée, comme la participation des hommes à la SSR, dans certains autres cas, ce sont les indicateurs, bien que sélectionnés en conséquence, qui n'ont pas réussi à rendre compte de toutes les dimensions exprimées par les objectifs. L'absence de mesure pour évaluer la fragilité des situations individuelles en est un exemple. D'autre part, l'expérience montre que l'outil statistique est performant lorsqu'il est aidé par des discussions des résultats qui permettent une interprétation qualitative. Finalement, les indicateurs prendront tout leur sens une fois qu'ils pourront permettre un suivi longitudinal sur plusieurs années.

Bibliographie

- AMIOTTE, Luc, Méthodes quantitatives : applications à la recherche en sciences humaines. Québec : Editions du renouveau pédagogique inc., 2002, 469 p., passim.
- BERNSTEIN, Stan et Charlotte JUUL HANSEN, Choix Publics, Décisions Privées : La Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement. UK : Family Care International, ed. MilleniumProject, 2006, 24 p.
- Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007. Lausanne, novembre 2002, p.6 et p.27.
- CURTET, Nahoé, Planning familial un lieu pour les hommes ?. Bulletin N° 24 de la Fondation du centre médico-social Pro Familia, Novembre, 1995.
- Family Care International, Sexual and reproductive health: briefing cards. New-York, 2000.
- Family Care International, Safe Motherhood, a review, the Safe Motherhood Initiative 1987-2005. New-York, 2007, 12 p.
- FOX, William, Statistiques sociales. Canada : DeBoeck Université, 1999, 374 p.
- GIROUX, Sylvain, Ginette, TREMBLAY, Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action. Québec : Editions du renouveau pédagogique inc., 2002, 262 p., passim.
- HUTHER, Maternité et parcours de vie. L'enfant a-t-il toujours une place dans les projets des femmes en Suisse. Peter-Lang, 2005, série Population, Famille et Société, vol. 4, pp. 137-178.
- LAMBELET, Catherine, 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. Octobre 2001.
- LASSONDE, Louise, Les défis de la démographie : quelle qualité de vie pour le XXe siècle ?. Paris : La Découverte, 1996, 225 p., passim.
- LE GOFF Jean-Marie, Claudine, SAUVAIN-DUGERDIL, Clémentine, ROSSIER, Josette, COENEN-HUTHER, P., LANG, Maternité et parcours de vie. L'enfant a-t-il toujours une place dans les projets de vie des femmes en Suisse ? Série Population, Family and Society, V.4, 2005.
- IPPF, Cadre stratégique de l'IPPF 2005-2015 : un cadre d'opportunités. Londres: IPPF Regent's College, 2004, 17 p.
- IPPF, Vision 2000 : Santé sexuelle et reproductive, Planification familiale : mettre les promesses en pratique. Londres : IPPF Regent's College, 1995, 32 p.
- IPPF, IPPF Charte on Sexual and Reproductive Rights. Londres: IPPF Regent's College, 1996, 7 p.
- IUMSP, Etat de santé de la population vaudoise : troisième rapport pour la Commission cantonale de prévention. Cahier thématique 4 : Santé sexuelle et procréative. Unité de prévention, IUMSP, Département universitaire de médecin et santé communautaires, Hospices cantonaux, SCRIS, Décembre 2001, 36 p.
- IUMSP, Etat de santé de la population vaudoise : troisième rapport pour la Commission cantonale de prévention. Unité de prévention, IUMSP, Département universitaire de médecin et santé communautaires, Hospices cantonaux, SCRIS, Décembre 2001.

- LESTHAEGHE, Ron et Lisa, NEIDERT, The political Significance of the «Second Demographic Transition» in the US: A Spatial Analysis. Preliminary draft prepared for presentation at the Annual Meetings of the Population Association of America, New York City, Mars 28-30 2007, 46 p., pp. 2-4.
- LONGONE, P., 1974, année mondiale de la population, in Population et Sociétés, N° 70, juin 1974, pp. 1-4.
- MEAN, Françoise, Emmanuelle, WYSS, Guide pratique d'entretiens de planning familial. PLANeS et ASCPF, 2006.
- MEAN, Françoise, Jean-Pierre, GERVASONI, Nadia, PASQUIER, Sylvie, REYMOND DAROT, Regard sur les prestations de la Fondation Profa et de l'Espace Prévention Morges-Aubonne. Lausanne : Service de diffusion- SED Hospices / CHUV, 2005, Raison de santé No 111, 49 p.
- NARRING Françoise and al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002), SMASH 2002, Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Version provisoire, novembre 2003.
- NARRING, Françoise, H., WYLDER, Pierre-André, MICHAUD, First sexual intercourse and contraception : a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland, Schweiz med Wochenschr 2000. 130: pp. 1389-98.
- Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2005. New York, 2005, 48 p.
- Nations Unies, Indicateurs pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : définition, raison d'être, concepts, sources. New York, 2005, 144 p., pp 1-12.
- OFS et DDC, Rapport national pour la conférence régionale européenne sur la population. Budapest, 7-9 décembre 1998.
- OMS, Choix des Indicateurs de la Santé reproductive : Guide à l'usage des administrateurs de district, version pour les essais de terrain. Genève, 1998, 35 p.
- OMS, Santé et absence de discrimination, in Santé et Droits Humains, N°2, août 2001, pp. 1-16.
- OMS, WHO: regional strategy on sexual and reproductive health. Reproductive health/Pregnancy Programme. Copenhague, Novembre 2001, 41 p., passim.
- OMS, Rapport sur la santé en Europe 2002. Danemark, 2002, Publications régionales, Série européenne n° 97, p. 156, pp.66-74.
- OMS, Sexual health: a new progress for WHO, in Progress in Reproductive Health Research, N° 67, 2004.
- OMS, Action on the social determinants of health : learning from previous experiences. Commission on Social Determinants of Health, mars 2005.
- OMS, Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Genève, 2006, coll. Sexual health document series.
- ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006, édition spéciale 10^{ème} anniversaire de l'ONUSIDA. Genève, mai 2006.
- PASQUIER, Nadia, Conduite de prise de risqué et d'essai en matière de sexualité: le sens du risqué d'une grossesse non planifiée chez quelques adolescents et professionnels de la santé. 30 avril 2005.
- Profa. Santé et bien être dans la sexualité et la procréation. 2000.

- Profa, Projet pour un modèle d'organisation-type, Fondation Profa, planning familial, 2007.
- QUACH, Adeline, Mission et spécificité des consultations médicales du service de planning familial et de grossesse de la Fondation Profa. Lausanne, Octobre 2005.
- QUACH, Adeline, Contraception d'urgence dans un centre de planning familial, Schweiz Med Forum. 2005, 5. pp. 763-772.
- SADANA, Ritu, Definition and measurement of reproductive health, Bulletin of the World Health Organization. Genève, 2002, 80 (5), pp. 407-409.
- SAUVAIN-DUGERDIL, Claudine, Population et développement cinq ans après la Conférence du Caire, in Annuaire Suisse-Tiers Monde, 1999, pp. 70-75.
- SAUVAIN-DUGERDIL, Claudine, et Béatrice, SARTORIUS, Population et développement cinq ans après la Conférence du Caire : quel bilan en Suisse ?, in Demos, OFS, 2/99.
- SPENCER, Brenda, Hugues, BALTHASAR, Véronique, ADDOR, Indicateurs de santé sexuelle et reproductive en Suisse : Monitoring. Lausanne : IUMSP, 2003, 212 p., passim.
- SPENCER Brenda, Hugues, BALTHASAR, Interruption de grossesse dans le canton de Vaud en 2004. Lausanne : Service de diffusion- SED Hospices / CHUV, 2005, coll. Raison de santé N° 116, 39 p.
- SPENCER Brenda, Hugues, BALTHASAR, André, JEANNIN, Fabienne, BENNINGHOF, Interruption de grossesse dans le canton de Vaud. Analyse des données 2002. Lausanne : Service de diffusion- SED Hospices / CHUV, 2004, coll. Raison de santé N° 94, 41 p.
- Swissinfo.ch «Une famille monoparentale sur quatre est pauvre », 20 Novembre, 2007.
- TABAH, Léon, Les conférences mondiales sur la population, in Population et Sociétés, N° 290, mai 1994, pp.1-4.
- UNFPA, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. 2004, 76 p.
- VAN KEMENADE, Solange, Le capital social comme déterminant de la santé : comment le définir ?. Santé Canada, juillet 2002, pp. 1-28.
- WAGSTAFF, Adam, Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé, in Bulletin of the World Health Organization, 2002, 80(2), pp. 97-105.
- WILKINSON, Richard, Michael, MARMOT (publ. sous la dir. de), Les déterminants sociaux de la santé : les faits, Danemark : OMS, 2004, p. 40, pp.7-12.

Sites internet consultés et pages citées:

www.plan-s.ch

www.who.int/fr

www.profa.org

www.ippf.org

www.unfpa.org/goals/index.htm

www.scris.vd.ch

Annexe

Cours Population & Développement, automne 2007, Prof. Cl. Sauvain-Dugerdil

Population et Développement. Les métamorphoses d'un débat

LE CADRE : JALONS DU DEBAT INTERNATIONAL

1853, Bruxelles 1^{ère} conf. internat. (européenne) : méthodes de recensement

1927, Genève Conf. int. sur la PF (M. Sanger), création UIESP

Après 1945 USA acteur principal (fondations vs implic. politiques et sociales croissance démographique mondiale)

1946, ONU Commission UN de la population (dps 1994 Comm. P&D)
Secrétariat par Division de la population (projections)

1954, Rome Conférence organisée par l'ONU et l'UIESP, sous l'égide de la FAO, sur collectes statistiques (et débat démo)

1965, Belgrade Nouvelle Conf. ONU/UIESP. Premier débat internat. s/ fécondité comme facteur dév. socio-économique

1967, ONU Création d'un fonds pr formation et appui aux pays pr programmes démographiques; FNUAP, opérationnel en 1969

1974, Bucarest 1^{ère} conf. intergouvernementale sur la population (ONU).
Adoption d'un Plan mondial d'action. Demandé par pays industrialisés ds contexte nouvel ordre économique mondial. G77 : accent s/ dév et droits humains; USA : PF vs argument crise démographique

1984, Mexico 2^{ème} conf. intergouvernementale sur la population (ONU).
Révision du Plan mondial d'action.
Demande des PVD vs effets sentis croissance démographique (représentants santé, PF).
Volte-face USA vs guerre froide, croissance démo "neutre", dépend conditions

1994, Le Caire Conf. internationale sur la population et le développement (CIPD, ONU). Programme d'action 1995-2015.
La personne au centre du débat ds contexte lutte égalités de genre et contre pauvreté.
Mvts religieux et féministes.
PF ds optique besoins privés (offre intégrée ds SR, particip. hommes, besoin enfants, sexualité sans risques, familleS).

1999, La Haye-NewYork CIPD+5.
Droits reproduction et sexualité ; besoins des jeunes ; partenariat organis. gouvernem. - intergouv. - société civile. Ms allocations ress. insuffisantes.

2004, New York CIPD+10
Le maintien des acquis

6. Méthode contraceptive utilisée

00 ne relève pas du motif de la consultation

« + présé = b »

**Pas de
contraception**

- 01 pas nécessaire **
02 aucune (serait
nécessaire)

**Méthode
sûre ***

- *cocher
« + présé »
si double
protection
utilisée

- 03 pilule*
04 Depo Provera*
05 Implanon*
06 patch contraceptif*
07 anneau vaginal*
08 stér. féminine*
09 stér. masculine*

-

**Méthode
relativement
sûre**

- 10 condom toujours
11 femidom
12 diaphragme
13 DIU
14 auto-observation

**Méthode
peu sûre**

- 15 condom parfois
16 spermicides
17 CI
18 calculs
19 CI, calculs + condom
20 autre

** de prévenir une grossesse (désir d'enfant, pas de partenaire, etc....)

7. Méthode contraceptive choisie

00 ne relève pas du motif de la consultation

« + présé = b »

**Pas de
contraception**

- 01 pas nécessaire **
02 aucune (serait
nécessaire)

**Méthode
sûre ***

- *cocher
« + présé »
si double
protection
choisie

- 03 pilule*
04 Depo Provera*
05 Implanon*
06 patch contraceptif*
07 anneau vaginal*
08 stér. féminine*
09 stér. masculine*

-

**Méthode
relativement
sûre**

- 10 condom toujours
11 femidom
12 diaphragme
13 DIU
14 auto-observation

**Méthode
peu sûre**

- 15 condom parfois
16 spermicides
17 CI
18 calculs
19 CI, calculs + condom
20 autre

Fiche remplie par (initiales) :

STATISTIQUES 2008 - PLANNING FAMILIAL

LAUSANNE - RENENS - AIGLE - NYON - VEVEY - YVERDON - MORGES

Nom (3 lettres)..... Date de naissance

No de patient-e Fiche remplie par (initiales)

NE COCHER QU'UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION !

1. Accompagnement : qui assiste à la consultation avec le/la consultant-e ?

- Seul-e Accompagné-e par son/sa partenaire
 Accompagné-e par un (groupe de) pair-s Accompagné-e par une autre personne
(parent, professionnel, traducteur...)
-

2. Motif principal de la consultation : « ce qui motive la personne à venir »

- Contraception (information et / ou prescription, y compris stérilisation)
 Demande de CPC
 Retard de règle avec test de grossesse négatif
 Accueil de test de grossesse positif / Ambivalence grossesse **
 Grossesse gardée **
 Pré-IG ** *** A cocher aussi dans grille s/feuille facturation*
 Post-IG
 Demande médicale (y compris contrôle annuel)
 Fertilité, stérilité, suite de grossesse perdue
 Péri-ménopause
 IST et/ou demande de test VIH, résultat de test
 Information et / ou éducation sexuelle, début de la vie sexuelle
 Difficultés sexuelles
 Sexualité et handicap
 Orientation sexuelle (hétérosexuel-le, homosexuel-le)
 Relation (couple, famille, entourage), problèmes personnels
 Violence / Maltraitance / Abus sexuel
-

3. Situation sexuelle au cours des 3 derniers mois

- Aucune relation sexuelle
 - Plusieurs partenaires sexuels
 - Un partenaire unique, relations sexuelles depuis < 3 mois
 - Un partenaire unique, relations sexuelles depuis > 3 mois
-

4. Utilisation du préservatif masculin ou féminin COMME PROTECTION IST au cours des 3 dernier mois

- OUI, toujours OUI, parfois NON, jamais
-

5. Méthode contraceptive utilisée par la/le consultant-e AVANT l'entretien

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Diaphragme |
| <input type="checkbox"/> Depo Provera | <input type="checkbox"/> Auto-observation |
| <input type="checkbox"/> Implanon | <input type="checkbox"/> Spermicides |
| <input type="checkbox"/> Préservatif masculin ou féminin <u>toujours</u> | |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | <input type="checkbox"/> Préservatif masculin ou féminin <u>irrégulièrement utilisé</u> |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation masculine, féminine | <input type="checkbox"/> CI, régulièrement |
| <input type="checkbox"/> Patch contraceptif | <input type="checkbox"/> Calculs, régulièrement |
| <input type="checkbox"/> DIU (Mirena) | |
| <input type="checkbox"/> DIU (cuivre) | <input type="checkbox"/> Autres (rapport anaux...) |
-
- Pas nécessaire de prévenir une grossesse (désir d'enfant, pas de partenaire, homosexualité...)
 - Aucune contraception (serait nécessaire)
 - Ne relève pas du motif de la consultation
-

6. Changement de méthode contraceptive A L'ISSUE de l'entretien ?

- Non
- Oui. Nouveau choix : (Noter le numéro de la contraception)
- N'a pas encore décidé

CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE GROSSESSE



patiente / dte ouvert.
Nom / Prénom
Date de naissance
Adresse

Adresse corresp.

Assurance
No assuré
Etat civil
Nationalité
diplôme
Activité
Permis
Relation
Grossesse maladie
Ambiv. **GG** **IG**
Tiers payant
Assurance
Caisse BV

Tél Privé / Natel _____ / _____
Tél Prof _____
Date Dern. consult _____

STATISTIQUES

	1er	Ste	Rp	Pds
Méd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarque :

Test VIH

Date Consultation : -----

Prestations

	A	B	C	D		
1 CA + Instruction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9355.30 Frottis direct
2 CA + prévention gén.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8516.00 Test grossesse
3 CA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8580.00 Urine (5-10)
4 CA sans sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9309.00 Uricult
5 Gyn avec frottis direct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.1020 Polype
6 Gyn + cytol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.0070 Prélèv. cytol.
7 Gyn + cytol + info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.0060 Prélèv. f.direct
8 HPV sans f.direct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0610 Instruction
9 HPV avec f.direct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0050 Information
10 HPV + TTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0510 En matière de
11 TTT HPV / seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0520 Psycho-soc
12 Gyn sans ex tech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 22.0040 Stérilité
13 Consult-mini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0530 Génétique
14 Mirena LAMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.1370 Surveillance
15 Retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 22.0030 5 min. GYN
16 Sein sans info RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0020 5 min. CONS
17 Sein avec info RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0140 En absence de
18 1er Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0110 5 min. tél. 1er
19 Grossesse suiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0120 5 min. tél.suiv.
20 Grossesse suppl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.0130 5 min.tél.der.
21 Post-partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 00.2110 Consilium
22 Pré-IG sans Cytol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>X 23.0010 Exam. Seins
23 Pré-IG avec Cytol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 1ère sans exam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 Examen préventif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tarif Social

<input type="checkbox"/> 9001 CA < 20 ans	20.00
<input type="checkbox"/> 9002 Consult.	40.00
<input type="checkbox"/> 9003 Consult. courte	20.00
<input type="checkbox"/> 9004 CA > 20 ans	65.00
<input type="checkbox"/> 9005 Cytol.	20.00
<input type="checkbox"/> 9006 TG	15.00
<input type="checkbox"/> 9007 Injection / PDS	5.00
<input type="checkbox"/> 9008 DP	34.00
<input type="checkbox"/> 9009 Stérilet	120
<input type="checkbox"/> 9010 Mirena	300
<input type="checkbox"/> 9022 Stérilet	1.00

Test VIH rapide

<input type="checkbox"/> 9024 VIH < 20 ans	20.00
<input type="checkbox"/> 9025 VIH > 20 ans	60.00

<input type="checkbox"/> 9011 Implanon	400.00
<input type="checkbox"/> 9012 Prest.méd.	1.00
<input type="checkbox"/> 9013 Norlevo < 20 ans	15.00
<input type="checkbox"/> 9014 Norlevo > 20 ans	25.00
<input type="checkbox"/> 9015 CPC	1.00
<input type="checkbox"/> 9016 Entretien cons.	1.00
<input type="checkbox"/> 9017 Entretien cons.	40.00
<input type="checkbox"/> 9018 Retrait Implanon	150.00
<input type="checkbox"/> 9020 Changt Implanon	450.00
<input type="checkbox"/> 9021 Gratuité Médecin	0.00
<input type="checkbox"/> 9023 PVSE	30.00

Prochain rendez-vous : -----