

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

28 juin 2023

833

SEXUALITÉS

LA SANTÉ SEXUELLE, AUJOURD'HUI

Dyspareunies et endométriose

Préservation de la fertilité: inclusion
des personnes trans

Éducation sexuelle inclusive dans
les consultations médicales

Atlas des mutilations génitales
féminines

Formation en ligne sur la santé
des personnes LGBTIQ+

État confusionnel aigu hypoactif:
démence ou dépression?

Volume 19, 1253-1288
ISSN 1660-9379

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

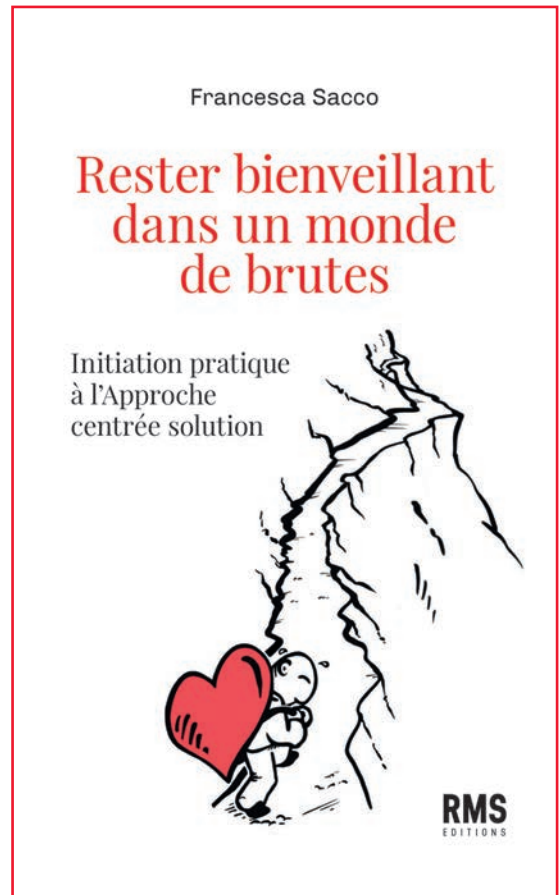


Francesca Sacco

Rester bienveillant dans un monde de brutes

Initiation pratique à l'Approche centrée solution

RMS
EDITIONS



12 x 20 cm - 200 pages - Prix TTC : CHF 18.- / 18 € - ISBN : 9782880495367 - © 2022

Rester bienveillant dans un monde de brutes

Vous ressentez, au fond de vous, le désir d'être une bonne personne? Super! Mais contrairement à ce que laissent supposer de nombreux livres de développement personnel mâtinés de psychologie positive, la pratique de la bienveillance ne transformera pas votre vie en un enchantement.

Sans doute l'avez-vous déjà remarqué: la bienveillance est une arme qui ressemble souvent à un pistolet à eau face à la méchanceté humaine. Est-ce une raison pour devenir méfiant? Ce livre postule que non et présente une approche psychothérapeutique basée sur la bienveillance: l'Approche centrée solution (ACS).

Tout comme il existe un consentement éclairé dans le domaine médical, il doit être possible de pratiquer une sorte de «bienveillance éclairée» qui ne ferait pas de nous des proies naïves et ne nous inciterait pas à endurcir nos coeurs. L'ACS a ceci de particulier qu'elle parle au tout-venant, en abordant les problèmes existentiels de façon pragmatique. En même temps, elle permet aux professionnels de la relation d'aide et de l'accompagnement de faire preuve d'une grande créativité dans leur pratique. Chacun pourra donc y trouver une source d'inspiration pour la vie de tous les jours.

COMMANDE



Je commande:

___ ex. de **RESTER BIENVEILLANT DANS UN MONDE DE BRUTES**

CHF 18.-/18 €

Frais de port: CHF 3.- (offerts dès 30.- d'achat); autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

SEXUALITÉS

- 1255 **ÉDITORIAL** La santé sexuelle, aujourd'hui.
J. Rigoli, F. Miranda et L. Pichonnaz
- 1258 Dyspareunies et endométriose: expériences biographiques et cliniques des femmes.
A.-C. Milleepied
- 1262 Vers l'inclusion des personnes trans dans les protocoles de préservation de la fertilité en Suisse romande. *S. Gouilhers, R. Albospeyre-Thibeau et D. Gardey*
- 1266 Pistes pour une éducation sexuelle inclusive basée sur les droits sexuels dans les consultations médicales. *M. Machlout, M. Charmillot et C. Jacot-Descombes*
- 1270 Un atlas des mutilations génitales féminines chez les enfants et les adolescentes.
N. Sachs-Guedj, M. Yaron et J. Abdulcadir
- 1277 I-CARE: une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+. *R. Bize, E. Volkmar, Z. Blanc-Scuderi, D. Medico, A. Zufferey, C. Béziane, A. Merglen, C. Brockmann et P. Bodenmann*

1257 Résumés des articles

- PSYCHIATRIE**
- 1282 État confusionnel aigu hypoactif. Un diagnostic différentiel dans le traitement de la démence et de la dépression. *F. Diouf, B. Hoang, L. Bammatter, M. Eshmaewy et P. G. Unschuld*
- ACTUALITÉ**
- 1286 **Lu pour vous.** Traitement par les statines: quid du traitement personnalisé? *Z. L. Jakab*
- 1286 **Carte blanche.** La valeur temps de l'argent. *A. Perret Morisoli*
- 1287 **Zoom.** MitraClip pour traiter l'insuffisance mitrale secondaire. *V. Noverraz*
- TRIBUNE**
- 1288 Pour des urgences hospitalières publiques 24h/24 de proximité? *T. Schmutz, Y. Guechi et V. Ribordy*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Dr Bertrand Kiefer
Directeur: Michael Balavoine
Directrice adjointe: Marion Favier

RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs-trices en chef-fe adjoint-es:
Dr Pierre-Alain Plan, Pre Carole Clair
(Unisanté), Dre Melissa Dominice Dao
(HUG), Dre Sanae Mazouri (Centre

Médical Terre-Bonne), Pr Omar Kherad
(Hôpital de la Tour) et Pr Nicolas Senn
(Unisanté)
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.),
Joanna Szymanski et Sophie Lonchampt
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web: Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse: Frédéric Michiels (resp.),
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse: Papier + numérique: CHF 210.-
100% numérique: CHF 170.-;
Étudiants: 100% numérique
(sur justificatif): CHF 80.-
Étranger: Papier + numérique: 260 €
100% numérique: 150 €
Étudiant: 100% numérique
(sur justificatif): 75 €
Institutions: Contactez
marketing@medhyg.ch ou appelez le
+41 22 702 93 41 afin d'obtenir une
offre sur mesure.

Organe officiel de la Société médicale
de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
 - EMBASE/Excerpta Medica
 - EMCare
 - Scopus
- Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch

POUR UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Priorité au patient

Beat Bürgenmeier

Hans Stalder

Préface d'Henri Bounameaux

13 x 21 cm

124 pages

Prix TTC : 18 CHF, 18 €

ISBN : 9782880495442

© 2023

POUR UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Priorité au patient



Beat Bürgenmeier
Hans Stalder

Préface d'Henri Bounameaux

RMS
EDITIONS

RMS
EDITIONS

POUR UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Malgré un budget important, une bonne densité médicale et la qualité indéniable des soins pratiqués, le système de santé suisse présente de nombreuses faiblesses.

Le présent ouvrage donne une impulsion nouvelle au débat sur les réformes de ce système en analysant les intérêts des différents acteurs impliqués – professionnels de santé, assurés et caisses d'assurance-maladie – pour remettre le patient au centre des préoccupations.

Les auteurs, l'un médecin, l'autre économiste, proposent une approche interdisciplinaire, de nouvelles formes de financement et de paiement, ainsi qu'un contrôle de qualité indépendant. Cette approche, qui a pour but une réforme en profondeur du système de santé suisse, porte l'attention sur des aspects éthiques comme la solidarité, l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins. Elle propose notamment une organisation du système de santé suisse sous forme de réseaux.

COMMANDE



Je commande:

___ ex. de **POUR UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE**

CHF 18.-/18 €

Frais de port : 3.- pour la Suisse ; autres pays : 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....

.....

Date et signature

Je désire une facture



La santé sexuelle, aujourd'hui

Pr JUAN RIGOLI, FERDINANDO MIRANDA et LAURIANE PICHONNAZ

Rev Med Suisse 2023; 19: 1255-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.833.1255



«La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour». Cette définition, la première sur laquelle la communauté médicale ait pu compter, est celle que l'OMS a officiellement adoptée en 1975, à la suite d'un symposium international sur la formation des professionnel·les de santé en matière de sexualité organisé un an plus tôt par l'OMS à Genève, avec le concours de membres de la Faculté de médecine et de

ce qui était alors le Fonds universitaire Maurice Chalumeau de l'Université de Genève (FUMC). Le rapport issu de ce symposium fondateur promouvait une «approche positive» de la sexualité, que deux des participants genevois, Georges Abraham et Willy Pasini, se sont aussitôt employés à diffuser auprès des professionnel·les de santé, dont il fallait vaincre les résistances ou le désarroi, en mettant en place, avec le soutien du FUMC, le premier enseignement universitaire de sexologie clinique dans l'espace francophone. On mesure difficilement aujourd'hui quelle conquête a pu représenter cette pleine «intégration» de la vie sexuelle dans le domaine de la «santé», définie par l'OMS, dès 1946, comme un «état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

Aucune modification officielle par l'OMS de cette première définition de la santé sexuelle n'interviendra avant les années 2000. La notion de «bien-être» sur laquelle elle s'appuie a pourtant rapidement été jugée problématique parce que relative, excédant le cadre d'une définition strictement scientifique et introduisant une valeur individualiste, à la limite de l'injonction, sans référence au contexte socio-culturel. Des mutations sociétales

multiples, ainsi que des cadres institutionnels nationaux et internationaux divers et changeants vont cependant mettre en avant l'importance d'une telle définition et la nécessité de son adéquation aux temps nouveaux, qu'elle a pour mission à la fois de refléter et de transformer.

L'histoire institutionnelle et sociale des domaines en lien avec la santé sexuelle est complexe, mais les principaux jalons en sont bien connus. Dès les années 1960, ce sont les mouvements relevant des plannings familiaux et plus généralement des féminismes qui mènent de nombreux combats, pour l'accès à la contraception et à l'avortement, contre les violences et les discriminations, notamment basées sur le genre. À la fin des années 1980, l'épidémie du VIH/sida bouleverse le monde et instaure un climat

de peur au sein duquel la prévention devient une thématique majeure. Les revendications en termes de «droits sexuels» font leur apparition dans l'agora publique et les chambres parlementaires, alors que les médias commencent à narrer l'hécatombe causée par cette épidémie.

Au milieu des années 1990, deux événements internationaux d'envergure infléchissent encore la notion de santé sexuelle, en particulier sous l'angle des droits des femmes à vivre leur sexualité de manière autonome et libre: la Conférence internationale pour la population et le développement tenue au Caire (1994), puis la Déclaration de Pékin (1995).

Au début des années 2000, une nouvelle définition de la santé sexuelle commence à prendre forme, notamment grâce au travail d'ONG telles que la Pan American Health Organization (PAHO) et la World Association for Sexual Health (WAS), intégrant la notion

LA NOTION DE «BIEN-ÊTRE», UNE VALEUR INDIVIDUALISTE, À LA LIMITE DE L'INJONCTION

Articles publiés sous la direction de

JUAN RIGOLI

Directeur scientifique

FERDINANDO MIRANDA

Directeur exécutif

LAURIANE PICHONNAZ

Chargée de projets

Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS)



www.unige.ch/cmcss



Newsletter du CMCSS

de «droits sexuels». L'articulation de la santé sexuelle et des droits humains n'a cessé ensuite de s'affirmer durant la décennie suivante, les «droits sexuels» étant considérés tantôt comme inclus implicitement dans les droits humains, tantôt comme une extension juridique nécessaire. La Déclaration des droits sexuels de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) en 2008 constitue une étape marquante dans ces débats, tout comme les Principes de Jogjakarta en 2006 qui prennent en compte la diversité des identités de genre et des orientations sexuelles.

Quant à l'OMS, elle rend officiellement publique une nouvelle définition en 2006: «*La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.*» Largement utilisée aujourd'hui, cette nouvelle version reste ancrée dans l'idée d'un «bien-être» individuel, mais aussi «social», à protéger contre toute forme de contrainte. Parallèlement, elle supprime la référence à l'«amour» figurant dans la première version: les «expériences sexuelles» sont désormais distinguées de la sphère affective.

Dans cette même perspective, la WAS a proposé en 2021 une définition du «plaisir sexuel» doublée d'un plaidoyer pour la reconnaissance de la «satisfaction» et de la «jouissance» qui résultent «d'expériences érotiques partagées ou solitaires», tant sur le plan physique que psychique (pensées, fantasmes, rêves, etc.); «expériences» qui doivent se fonder, dans l'inaliénable exercice des «droits sexuels», sur «l'autodétermination, le consentement, la sécurité, l'intimité, la confiance et la capacité de communiquer et de négocier les relations sexuelles».

Cet extraordinaire élan définitionnel, de 1974 à nos jours, témoigne d'une notion en pleine expansion, dont l'inclusivité et la complexité croissantes exigent des professionnel·les de santé une constante adaptation et une capacité permanente d'interrogation à la fois des pratiques de soins et des positionnements théoriques, au croisement de la médecine et

de l'ensemble des disciplines devant concourir à une compréhension fine et respectueuse des sexualités.

En 2020, le développement de ce qui était encore un fonds universitaire, le FUMC, a abouti à la création du Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS). Ce nouveau centre académique interdisciplinaire entend remplir de la manière la plus étendue les missions confiées par Maurice Chalumeau à l'Université de Genève, en prenant en compte les changements épistémologiques et sociétaux induits par les mouvements historiques qui ont questionné et modifié, durant ces dernières décennies, nos rapports aux sexualités et aux pratiques et identités qui en découlent, en lien direct avec les métamorphoses de la notion de «santé sexuelle».

Bâti sur un échantillon de travaux scientifiques soutenus par le CMCSS, le présent dossier thématique entend illustrer concrètement en quoi et comment l'abord des sexualités dans la recherche, la formation et la clinique appelle une approche holistique, inclusive, non pathologisante et transdisciplinaire.

**CONCOURIR À
UNE COMPRÉ-
HENSION FINE ET
RESPECTUEUSE
DES SEXUALITÉS**

Peut-être pourra-t-il également contribuer à mettre en lumière, à travers la multiplicité des questions de santé sexuelle qui y sont traitées, les directions dans lesquelles devrait évoluer la définition de l'OMS, la rendant plus apte encore à guider des politiques publiques nationales qui se déclinent dans des contextes sociaux et culturels différents. Ce nouvel instrument conceptuel devrait avoir en ligne de mire la suppression des inégalités sociales dans l'accès aux soins en matière (notamment) de santé sexuelle; la promotion de ce même accès pour les groupes discriminés en raison de leur sexualité ou de leur genre; la nécessité de désarmer les stéréotypes sexuels, toujours vivaces dans les pratiques de santé; la délicate articulation du plaisir sexuel, du consentement et de la «prise de risque» assumée; l'essor du numérique qui bouleverse notre rapport au monde et aux sexualités; ainsi que tant d'autres dimensions qui interviennent dans la «santé sexuelle, aujourd'hui».

Rev Med Suisse 2023; 19: 1270-6

Un atlas des mutilations génitales féminines chez les enfants et les adolescentes

N. Sachs-Guedj, M. Yaron et J. Abdulcadir

Cet article traduit et synthétise un guide de références contenant du matériel iconographique sur la vulve pré et postpubère avec et sans mutilation génitale féminine ou excision (MGF/E). La littérature disponible se concentre sur les adultes alors que les MGF/E sont généralement pratiquées avant l'âge de 15 ans. Les signes peuvent être subtils et dépendent du type de mutilation ainsi que de l'expérience de l'examineur-ice. Paru en 2022 et réalisé grâce à la collaboration de 23 professionnel·les, «Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents: Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-81736-7>» est disponible en libre accès. Il vise à former les professionnel·les à l'établissement de diagnostics, à une prise en charge adaptée, ainsi qu'au signalement auprès des organismes de protection de l'enfance, si nécessaire.

Rev Med Suisse 2023; 19: 1266-9

Pistes pour une éducation sexuelle inclusive basée sur les droits sexuels dans les consultations médicales

M. Machlout, M. Charmillot et C. Jacot-Descombes

Dans les institutions d'accueil et les écoles de Suisse romande, les offres en matière d'éducation sexuelle sont inégalement développées pour les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers. Cet accès limité à l'éducation sexuelle et la non-prise en compte de leur développement sexuel sont autant de formes de discrimination à leur égard. La sexualité fait partie intégrante de la santé globale. Les professionnel·les de santé peuvent contribuer à appliquer le droit à l'éducation sexuelle auprès des enfants en considérant les consultations comme des opportunités pour un échange pédagogique sur la sexualité selon leurs besoins. Cet article présente quelques pistes issues de l'éducation sexuelle holistique basée sur les droits sexuels, en particulier les droits à l'expression, à la participation et à l'autodétermination.

Rev Med Suisse 2023; 19: 1262-5

Vers l'inclusion des personnes trans dans les protocoles de préservation de la fertilité en Suisse romande

S. Gouilhers, R. Albospeyre-Thibeau et D. Gardey

Cet article porte sur la mise en œuvre de l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans en Suisse romande. Alors qu'elle est devenue un standard de soins international, nous mettons en évidence, à partir d'une enquête sociologique par entretiens auprès de 25 juristes, médecins et représentant·es du milieu associatif LGBTQ+, que les soignant·es sont confronté·es à quatre défis majeurs dans sa mise en pratique: composer avec un cadre légal incertain; concilier la temporalité de la préservation de la fertilité avec celle de la transition; rendre les infrastructures médicales inclusives et se saisir du financement de la conservation des gamètes tant à un niveau individuel qu'institutionnel. En conclusion, l'article revient sur le rôle des institutions médicales dans le développement des droits reproductifs des personnes trans.

Rev Med Suisse 2023; 19: 1258-61

Dyspareunies et endométriose: expériences biographiques et cliniques des femmes

A.-C. Millepied

La dyspareunie est un symptôme fréquent de l'endométriose altérant fortement la vie sexuelle et affective des patientes. L'analyse sociologique développée dans cet article entend d'abord éclairer les expériences négatives des douleurs sexuelles au prisme des normes sociales qui les sous-tendent. Elle montre ensuite que les femmes peuvent parvenir, dans le contexte de relations égalitaires, à trouver des moyens de contourner ou limiter les douleurs, en particulier par le biais de pratiques non pénétratives. L'article examine finalement les attentes exprimées par les patientes à l'égard des dispositifs de soins et fait ressortir le besoin d'une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire, ainsi que d'espaces où elles peuvent mettre leurs expériences en commun.

Rev Med Suisse 2023; 19: 1277-81

I-CARE: une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTQ+

R. Bize, E. Volkmar, Z. Blanc-Scuderi, D. Medico, A. Zufferey, C. Béziane, A. Merglen, C. Brockmann et P. Bodenmann

Alors que plusieurs études récentes suggèrent qu'environ 1 jeune sur 6 fait partie de la diversité arc-en-ciel en Suisse, une proportion élevée des professionnel·les de santé n'a jamais eu de cours sur la santé des personnes LGBTQ+ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées, queers, en questionnement ou autres). Cette situation entraîne d'importantes lacunes dans la prise en charge médicale des personnes LGBTQ+, ainsi qu'une difficulté d'accès à des soins équitables, culturellement appropriés et de qualité. Cet article présente l'ambitieux et inédit projet de formation par e-learning I-CARE (Improving Care and Access for Rainbow Equity) qui devra contribuer, à partir de la fin de cette année, à combler les lacunes actuelles dans la formation prégraduée et continue des professionnel·les de santé.

Dyspareunies et endométriose: expériences biographiques et cliniques des femmes

ANNE-CHARLOTTE MILLEPIED^{a,b}

Rev Med Suisse 2023; 19: 1258-61 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.833.1258

La dyspareunie est un symptôme fréquent de l'endométriose altérant fortement la vie sexuelle et affective des patientes. L'analyse sociologique développée dans cet article entend d'abord éclairer les expériences négatives des douleurs sexuelles au prisme des normes sociales qui les sous-tendent. Elle montre ensuite que les femmes peuvent parvenir, dans le contexte de relations égalitaires, à trouver des moyens de contourner ou limiter les douleurs, en particulier par le biais de pratiques non pénétratives. L'article examine finalement les attentes exprimées par les patientes à l'égard des dispositifs de soins et fait ressortir le besoin d'une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire, ainsi que d'espaces où elles peuvent mettre leurs expériences en commun.

Dyspareunia and endometriosis: an inquiry about women's experiences

Dyspareunia is a common symptom of endometriosis impairing women's sexual and affective life. Drawing on a sociological analysis, this article highlights that negative experiences of sexual pain can be better understood considering the social norms that underlie them. It then shows that women can partially overcome their pain by engaging in equal relations where they adopt non penetrative practices. Finally, women express the need of multidisciplinary and coordinated care, as well as spaces where they can share their experiences.

INTRODUCTION

L'endométriose est une maladie gynécologique chronique dont les symptômes peuvent être particulièrement invalidants. Parmi les multiples sphères de vie impactées par cette pathologie, la sexualité occupe une place importante. On estime que près de la moitié des femmes atteintes d'endométriose souffrent de dyspareunies,¹ c'est-à-dire de douleurs superficielles ou profondes, pendant et/ou après les rapports

sexuels avec pénétration. L'endométriose peut aussi affecter la vie sexuelle par l'intermédiaire de la fatigue, des douleurs pelviennes chroniques, des troubles digestifs et urinaires, des saignements, de l'infertilité ou encore des traitements hormonaux et chirurgicaux.^{2,3} D'une manière générale, les femmes atteintes d'endométriose déclarent plus d'insatisfaction sexuelle, de diminution du désir et du plaisir et de difficultés à atteindre l'orgasme.⁴ Il a également été démontré que les troubles sexuels étaient associés à des difficultés conjugales, voire des séparations.^{3,5}

Cet article analyse l'expérience des dyspareunies à partir d'une enquête qualitative basée sur la réalisation d'entretiens approfondis, de deux heures en moyenne, avec trente-six femmes diagnostiquées avec une endométriose, âgées de 18 à 58 ans et résidant en France.^a Vingt-six se définissent comme hétérosexuelles, cinq comme bisexuelles et cinq comme lesbiennes. Dans quelle mesure les douleurs sexuelles révèlent-elles certaines normes sociales? Quelles sont leurs conséquences et comment sont-elles gérées par les femmes en fonction de leurs relations et de leurs parcours de soins?

NORME PÉNÉTRATIVE ET SUBORDINATION DU DÉsir ET DU PLAISIR FÉMININ

L'exercice de la sexualité est soumis à des normes, des contraintes et des injonctions sociales, qui pèsent inégalement sur les hommes et les femmes. Si elle ne s'y réduit pas, la sphère sexuelle est un lieu où s'actualisent des rapports de domination; en témoigne l'ampleur des violences sexuelles dont les victimes sont, dans l'immense majorité, des femmes.

Les douleurs confrontent les femmes à des sentiments de culpabilité,⁶ notamment à cause de leur difficulté ou incapacité à avoir des rapports pénétratifs. Rappelons que la pénétration, en particulier pénovaginale dans les relations hétérosexuelles, est pensée comme constitutive de la définition d'un rapport sexuel.⁷ Ne pas pouvoir se conformer à la norme pénétrative est alors vécu comme une déviance. Cela se traduit par des sentiments de honte, de défaillance et par des difficultés à divulguer la douleur aux partenaires. L'interruption d'un rapport sexuel déjà entamé apparaît comme particulièrement difficile, dans la mesure où retirer son consentement revient à s'exposer à des réactions potentiellement négatives, voire violentes. Plusieurs enquêtes témoignent en effet d'expériences de «rappels à l'ordre» («*Il y en a même un qui m'a dit "souffre en silence, aie un peu de*

^aInstitut des études genre, Faculté des sciences de la société, Uni-Mail, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^bInstitut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), École des hautes études en sciences sociales, Campus Condorcet, Bâtiment Recherche Sud, 5 Cours des Humanités, 93300 Aubervilliers, France
annecharlotte.millepiet@yahoo.fr

^aCette enquête a été menée dans le cadre d'une thèse de sociologie sur l'expérience et la prise en charge de l'endométriose, réalisée à l'Université de Genève et à l'École des hautes études en sciences sociales - EHESS (Paris). Outre les entretiens avec des patientes, la recherche comprend des entretiens et observations auprès de médecins expert-es de l'endométriose en France. Cette recherche a fait l'objet d'un soutien de la part du Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) (subside de recherche), de la Ville de Paris (bourse pour les études de genre 2019) et de l'EHESS (allocation doctorale).

Softigyn®

♀ sans œstrogène

Défendre naturellement sa santé intime

- * Restaure et préserve la flore vaginale physiologique
- * Diminue la récurrence des infections vaginales (e.g. candidose vulvovaginale)¹
- * Capsules molles vaginales, pour une action rapide et homogène



Exemple d'utilisation typique :
Pendant et après un traitement
local ou systémique par des anti-
infectieux

1. Carriero C, et al. Vaginal capsules of *Lactobacillus plantarum* P 17630 for prevention of relapse of candida vulvovaginitis: an Italian multicenter observational study. Int J Probiotics Prebiotics 2007; 2(2-3):155-162.

Softigyn®, 100'000'000 CFU capsules molles vaginales

Comp. : *Lactobacillus plantarum* P 17630 vivant, lactose, parahydroxybenzoates, dioxyde de titane, excip. pro caps. **Ind.** : restaure et préserve la flore vaginale physiologique (ex. en cas de vaginite, pendant et après un traitement local ou systémique par des anti-infectieux, à titre préventif en cas de mycoses vaginales à répétition). **P.** : une gélule vaginale / jour. **CI** : hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **MG** : sensibilisation (si utilisation prolongée), réactions allergiques. **Int.** : un traitement simultané par des anti-infectieux (local ou systémique) peut réduire l'efficacité de Softigyn® ; aucune donnée sur les interactions avec les produits en latex (préservatif, diaphragme) ; par précaution, envisager le cas échéant l'utilisation d'autres méthodes de contraception durant le traitement par Softigyn® et au cours des premiers jours suivant l'arrêt du traitement. **EI** : aucun. **Prés.** : boîtes de 6 capsules molles vaginales (D). Labatec Pharma S.A., 1217 Meyrin (Genève). De plus amples informations sur ce médicament sont disponibles sur : www.swissmedinfo.ch.

 **LABATEC**
- Women's Health -

dignité») et de viol. Les douleurs sexuelles agissent ici comme un révélateur du principe de subordination du désir et du plaisir féminins. En population générale, cela se traduit, par exemple, par le fait que 50% des femmes hétérosexuelles ont parfois ou souvent des rapports sexuels pour faire plaisir à leur partenaire sans en avoir vraiment envie elles-mêmes.⁸ Une enquête menée auprès de patientes atteintes d'endométriose révèle que 46% déclarent accepter d'endurer la douleur pour satisfaire leur partenaire.⁹

Si les femmes célibataires peuvent être amenées à éviter les relations affectives et sexuelles, ce qui n'est pas sans générer d'anxiété,¹⁰ il est plus difficile pour celles en couple de ne plus avoir de vie sexuelle. L'absence de sexualité pose ici problème, car l'activité sexuelle est socialement définie comme un élément central de la notion même de couple, dès sa formation, puis en tant que signal de sa «bonne santé».¹¹ La majorité des femmes interrogées déclarent une diminution de la fréquence des rapports sexuels en lien avec les douleurs. Elles expriment le sentiment de faire défaut à leur «devoir conjugal» et ont peur de mettre leur couple en péril. Cela a également été observé dans l'enquête de Fritzer et coll., dans laquelle 30% des répondantes ont l'impression d'être une «mauvaise épouse» à cause de leurs douleurs.⁹ Ceci peut être resitué dans le contexte de répartition inégale de la charge mentale au sein des couples hétérosexuels, qui concerne aussi la sexualité et positionne les femmes comme responsables de l'équilibre sexuel de la relation.¹²

Parmi les femmes rencontrées, l'attitude consistant à «souffrir en silence»¹³ concerne avant tout le début de leurs trajectoires sexuelles. Malgré les difficultés, elles sont amenées à développer des techniques visant à avoir prise sur la douleur et ses conséquences.

MODIFICATION DES PRATIQUES SEXUELLES ET AJUSTEMENTS AU QUOTIDIEN

Toutes les femmes rencontrées témoignent de la mise en place de «tactiques» visant à contourner, apprivoiser ou surmonter les douleurs, qui peuvent être vectrices de reconfiguration positive des expériences sexuelles. L'établissement d'une relation durable constitue souvent un contexte propice à une telle transformation, mais les relations épisodiques peuvent également être investies comme des espaces d'expérimentation et d'apprentissage.

L'élément le plus rapporté par les enquêtées est l'adoption, exclusive ou majoritaire, de pratiques non pénétratives. Il s'agit principalement de pratiques buccogénitales (fellation et cunnilingus), de masturbation mutuelle, de caresses et de frottements, qui ne sont plus reléguées à un rôle de préliminaires. Pour beaucoup d'enquêtées hétérosexuelles, l'élaboration d'alternatives à la pénétration a été vécue comme un enrichissement de leur sexualité permettant de rompre avec une forme de routine et de retrouver du plaisir. Elles ont été amenées à faire preuve de réflexivité à l'égard de leur vie sexuelle, en s'engageant dans des relations plus égalitaires et des échanges sexuels davantage fondés sur un principe de réciprocité, s'opposant ainsi à la norme consistant à axer la relation sexuelle sur le plaisir masculin.

Ces formes d'ajustement reposent également sur l'acquisition de savoirs expérientiels sur son corps, son plaisir et ses douleurs. Cela passe par de l'auto-observation, que ce soit par le biais de la masturbation solitaire ou dans le cours même de l'interaction sexuelle. Identifier avec précision la localisation des douleurs, les positions et pratiques qui y sont corrélées, est une manière de les anticiper pour mieux les éviter. Une enquêtée explique ainsi: «je sais quelles positions me font mal, j'arrive mieux à dire, à sentir quand je vais avoir mal parce que parfois ça commence petit et ça devient plus grand». Chez ces femmes, le cadre sécurisant qu'une relation durable donne à la rencontre sexuelle fournit une base favorable à ce travail sur les sensations, lié à la connaissance mutuelle et intime qui s'est développée dans le temps: «J'ai eu mal... toujours, jusqu'à ce que j'aie un copain vraiment de longue durée et qu'on apprenne à y aller très doucement et à trouver les contours».

Si les femmes trouvent des moyens, dans leur quotidien, pour mieux vivre avec les douleurs et limiter leur retentissement sur leur bien-être individuel, conjugal et sexuel, celles-ci restent cependant bien présentes. Qu'en est-il de leur engagement dans une démarche thérapeutique et des attentes formulées à l'égard des professionnel·les de santé?

DES PATIENTES EN QUÊTE DE RECONNAISSANCE ET D'INTELLIGIBILITÉ

Des enquêtes documentent les réticences des femmes à parler de leurs douleurs sexuelles à leur médecin et leurs expériences de disqualification lorsqu'elles le font.¹⁴ En effet, certaines patientes témoignent d'un manque de considération de la part des professionnel·les de soins et dénoncent l'interprétation psychologique qui a pu être faite de leurs douleurs comme impliquant une culpabilité de leur part: «(les gynécologues) ne m'écoutaient pas, c'est toujours frustrant, elles n'avaient pas de réponses, elles n'avaient aucune solution pour moi, à part que sûrement je n'avais pas assez envie de sexe, et que je stressais et donc que j'avais mal et que c'était ma faute». Avant le diagnostic en particulier, certaines femmes ont vu leurs difficultés sexuelles mises sur le compte de problèmes conjugaux ou de violences sexuelles passées et ont été orientées vers des sexologues et des psychologues. Précisons que ces patientes ne sont pas opposées à des formes d'accompagnement psychologique. C'est la réduction de leurs douleurs à cet unique faisceau de compréhension qui est vécu comme disqualifiant, surtout si elle ne s'accompagne d'aucune proposition de traitement. Ces expériences peuvent entraîner une forte défiance à l'égard de la profession médicale.

Dans ce contexte, le diagnostic d'endométriose, lorsqu'il s'accompagne d'une explication des causes physiques de la dyspareunie, est source de soulagement et d'intelligibilité. Le rapprochement causal, effectué par les médecins entre les dyspareunies et l'endométriose procure un sentiment de légitimité et ouvre un espoir de prise en charge. Pour certaines, c'est même uniquement au moment du diagnostic qu'elles prennent conscience du caractère anormal de leurs douleurs: «j'ai juste découvert que toute ma vie sexuelle jusqu'(au diagnostic) n'a jamais été normale»; «j'ai mis du temps à associer mes douleurs lors des rapports sexuels à ma maladie. Là, pour le coup, ce sont des médecins qui m'en ont parlé».

On sait qu'il «n'y a pas de solution médicale immédiate»¹⁵ aux dyspareunies. La chirurgie et l'hormonothérapie peuvent avoir des effets sur la réduction de la douleur mais risquent d'altérer d'autres paramètres de la fonction sexuelle.⁵ Parmi les femmes interrogées dans le cadre de cette recherche, celles déclarant que leurs douleurs sexuelles ont diminué mettent cette amélioration sur le compte du travail d'accompagnement décrit ci-dessus, ainsi que sur leur engagement dans un parcours de soins combinant des traitements médicaux avec des thérapies complémentaires et alternatives (telles que l'acupuncture, la kinésithérapie, l'ostéopathie et la naturopathie) et des changements d'hygiène de vie (activité sportive et changement d'alimentation). Cependant, l'engagement dans un tel parcours, multidimensionnel et permanent, implique des coûts temporels et économiques qui contribuent à renforcer les inégalités sociales de santé. Cela fait ressortir la nécessité d'une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.

Dans la mesure où il peut être difficile d'aborder les questions relatives à la sexualité en consultation, une piste de réflexion peut être de favoriser l'accès des patientes à des espaces de partage de leurs expériences, en organisant des groupes de discussion, en orientant vers les associations de patientes ou en conseillant certaines lectures (par exemple, *Endo & Sexo. Avoir une sexualité épanouie avec une endométriose*, écrit par Marie-Rose Galès,¹⁶ patiente experte). Par ailleurs, dans l'optique d'une prise en charge non discriminante, il importe de ne pas présupposer que les patientes sont hétérosexuelles, et de garder à l'esprit que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes souffrent également de dyspareunies.

CONCLUSION

Cette recherche confirme le constat selon lequel les dyspareunies peuvent avoir des effets délétères, tant sur le plan psychologique que relationnel. Cependant, elle montre que

les femmes peuvent trouver, dans le contexte de relations égalitaires, des moyens de contourner ou limiter les douleurs, en particulier par le biais de pratiques non pénétratives. Les douleurs sexuelles ne sont ainsi pas fatalement synonymes d'une sexualité contrainte ou entravée. Dans le cadre médical, les patientes expriment le besoin d'être accompagnées et écoutées sans se sentir jugées. Elles espèrent pouvoir bénéficier d'une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire où elles sont partie prenante de la définition d'une stratégie thérapeutique.

Conflit d'intérêts: L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La norme pénétrative et les inégalités hommes/femmes permettent de mieux comprendre les expériences négatives des patientes souffrant de dyspareunies.
- Les femmes trouvent des moyens de surmonter leurs douleurs, bien que partiellement, à travers l'adoption de pratiques non pénétratives.
- Une prise en charge bienveillante, coordonnée et pluridisciplinaire, est nécessaire.
- Il faut faciliter l'accès des patientes à des espaces de partage de leurs expériences.

Le Centre Maurice Chalumeau en sciences de sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) soutient le projet de recherche: *À l'épreuve de l'endométriose. Douleur et sexualité dans l'expérience et la prise en charge médicale d'une maladie chronique*, sous la direction des Professeur-es Delphine Gardey (UNIGE) et Michel Bozon (INED). Équipe de recherche: Anne-Charlotte Millepiéd.

Informations accessibles sur: www.unige.ch/cmcss

1 De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* 2013 Oct;28(10):2677-85. DOI: 10.1093/humrep/det284.

2 *Shabanov S, Wenger JM, Seidler S, et al. Quand le sexe fait mal au couple: le cas particulier de l'endométriose. *Rev Med Suisse.* 2017 Mar 15;13(554):612-6. DOI: 10.53738/REVMED.2017.13.554.0612.

3 **Hudson N, Culley L, Law C, et al. «We needed to change the mission statement of the marriage»: biographical disruptions, appraisals and revisions among couples living with endometriosis. *Social Health Illn.* 2016 Jun;38(5):721-35. DOI: 10.1111/1467-9566.12392.

4 Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, et al. «I can't get no satisfaction»: deep dyspareunia and sexual functioning in

women with rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril.* 2012 Dec;98(6):1503-11e. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.07.1129.

5 Pluchino N, Wenger JM, Petignat P, et al. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Hum Reprod Update.* 2016 Nov;22(6):762-74. DOI: 10.1093/humupd/dmw031.

6 **Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007 Jul;33(3):189-93. DOI: 10.1783/147118907781004831.

7 *Kaler A. Unreal Women: Sex, Gender, Identity and the Lived Experience of Vulvar Pain. *Feminist Review.* 2006;(82):50-75.

8 Ferrand M, Bajos N, Andro A. Accords et désaccords: variations autour du désir. In: Bajos N, Bozon M (dir.). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris: La Découverte, 2008; p. 359-80.

9 *Fritzer N, Haas D, Oppelt P, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Jul;169(2):392-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.04.001.

10 Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Women's Health.* 2014 Oct 4;14:123. DOI: 10.1186/1472-6874-14-123.

11 Bozon M. Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. *Sociétés contemporaines.* 2001;(41-42):11-40.

12 Thomé C. La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010). Thèse de sociologie. Paris: EHESS, 2019.

13 Denny E. «You are one of the unlucky ones»: Delay in the diagnosis of endometriosis. *Diversity in Health and Social Care.* 2004;1(1):39-44.

14 Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs.* 2004 Jun;46(6):641-8. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03055.x.

15 Hummelshoj L, De Graaff A, Dunselman G, Vercellini P. Let's talk about sex and endometriosis. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2014 Jan;40(1):8-10. DOI: 10.1136/jfprhc-2012-100530.

16 Galès MR. *Endo & Sexo. Avoir une sexualité épanouie avec une endométriose.* Paris: Éditions Trédaniel – Josette Lyon, 2019.

* à lire

** à lire absolument

Vers l'inclusion des personnes trans dans les protocoles de préservation de la fertilité en Suisse romande

SOLÈNE GOUILHERS^a, RAPHAËL ALBOSPEYRE-THIBEAU^a ET DELPHINE GARDEY^b

Rev Med Suisse 2023; 19: 1262-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.833.1262

Cet article porte sur la mise en œuvre de l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans en Suisse romande. Alors qu'elle est devenue un standard de soins international, nous mettons en évidence, à partir d'une enquête sociologique par entretiens auprès de 25 juristes, médecins et représentant-es du milieu associatif LGBTQ+, que les soignant-es sont confronté-es à quatre défis majeurs dans sa mise en pratique: composer avec un cadre légal incertain; concilier la temporalité de la préservation de la fertilité avec celle de la transition; rendre les infrastructures médicales inclusives et se saisir du financement de la conservation des gamètes tant à un niveau individuel qu'institutionnel. En conclusion, l'article revient sur le rôle des institutions médicales dans le développement des droits reproductifs des personnes trans.

Towards the inclusion of trans people in fertility preservation protocols in French-speaking Switzerland

This article examines the state of gamete preservation for trans people in Switzerland. While it has become an international standard of care for trans people undergoing medical transition, we highlight, via a sociological study based on interviews with 25 legal experts, doctors and LGBTQ+ organization members, that health care providers are confronted with four major challenges: grappling with an uncertain legal framework; reconciling the temporality of fertility preservation with the temporality of transition; making medical infrastructures inclusive; and dealing with the funding of gamete preservation at both the individual and institutional levels. The article concludes by discussing the role medical institutions play in the development of trans reproductive rights.

^aSociologues, PhD, Institut des études genre, Faculté des sciences de la société, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^bHistorienne et sociologue, PhD, Professeure, Institut des études genre, Faculté des sciences de la société, Université de Genève, 1211 Genève 4
solene.gouilhers@unige.ch | raphael.albospeyre-thibeau@unige.ch | delphine.gardey@unige.ch

^aLa recherche, dirigée par la Pre Delphine Gardey, est financée par le Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS), la Fondation Boninchi et est autorisée par la Commission universitaire pour une recherche éthique à Genève. Le 1^{er} volet de l'enquête consiste en 46 entretiens semi-directifs conduits en Suisse et en France, auprès d'expert-es médicaux, juridiques et du milieu associatif LGBTQ+ sur l'autoconservation des gamètes et l'accès à la PMA pour les personnes trans. Le 2^e volet, en cours, consiste en des entretiens auprès de personnes trans ayant conservé leurs gamètes ou envisageant de le faire. Cet article se centre sur l'analyse des entretiens auprès des expert-es en Suisse romande (n = 25).

INTRODUCTION

L'autoconservation des gamètes pour les personnes trans qui entreprennent des traitements hormonaux susceptibles d'altérer leur fertilité est devenue ces dernières années un standard de soins international, édicté en particulier par l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH).^{1,2} Cependant, des discriminations et barrières dans l'accès des personnes trans à la médecine de la reproduction ont été mises en évidence par les associations LGBTQ+, la littérature médicale et les sciences sociales.³⁻⁶ La mise en pratique de l'autoconservation des gamètes reste ainsi dépendante du développement de pratiques de soins plus inclusives.⁷⁻¹⁰

Cet article vise à rendre compte des enjeux pratiques centraux rencontrés par les professionnel-les de santé pour prendre en charge la préservation de la fertilité des personnes trans.^a À partir d'une recherche sociologique menée par entretiens auprès de 25 expert-es de la transition de genre et/ou de la reproduction (dans les domaines médical, juridique ou associatif LGBTQ+) en Suisse romande,¹¹ il décrit la manière dont celles et ceux-ci rendent compte de la situation juridique et médicale actuelle en matière d'autoconservation des gamètes pour les personnes trans, les difficultés identifiées et les moyens imaginés pour les dépasser.

UN CADRE LÉGAL PENSÉ SANS LES PERSONNES TRANS

En Suisse, le fait que les personnes trans ne soient jamais explicitement mentionnées dans les textes de loi qui encadrent la médecine de la reproduction, favorise une situation d'incertitude. Juristes, professionnel-les de santé et associations sont ainsi amené-es à interpréter ces dispositions générales pour les appliquer aux personnes trans.

Si tous-tes s'accordent à dire que l'autoconservation des gamètes est accessible aux personnes trans, la plupart souligne que la durée de conservation est limitée à 5 ans, renouvelable pour 5 ans. Or, la loi prévoit que la limitation de durée ne s'applique pas aux personnes ayant conservé leurs gamètes avant un traitement médical pouvant les rendre stériles, comme une chimiothérapie. Certain-es considèrent que les personnes trans devraient bénéficier d'une durée de conservation illimitée, rappelant que l'autoconservation des gamètes dans le cadre d'une transition relève d'une indication médicale lorsque les traitements initiés altèrent la fertilité.

Les possibilités d'usage des gamètes des personnes trans dans une procédure de PMA font aussi l'objet d'incertitudes. Certains sont explicitement interdits, par exemple s'ils impliquent une gestation en dehors du couple.

Selon une juriste, ce flou juridique favorise une hétérogénéité à la fois des pratiques et des informations transmises aux personnes: «Si la situation juridique n'est pas clarifiée [...] on ne sait jamais si on va tomber sur des (soignant-es) bienveillant-es.». Des expert-es pondèrent cet avis, soulignant les marges de manœuvre ouvertes aux professionnel-les de santé favorables aux droits reproductifs des personnes trans. Face à ces incertitudes, les institutions de soins ont ainsi un rôle déterminant à jouer. Suivre le principe juridique de non-discrimination, défini par la Convention européenne des droits de l'homme, devrait selon certain-es juristes et associations favoriser l'accès des personnes trans à la médecine de la reproduction.

TRANSITION ET PROJETS DE PARENTALITÉ: DES TEMPORALITÉS EN FRICTION

Au-delà des incertitudes juridiques, les médecins et les associations relèvent plusieurs défis dans la mise en œuvre de la préservation de la fertilité. Un enjeu central réside dans l'articulation de différentes temporalités relatives au soin, d'une part, et à l'itinéraire biographique, d'autre part.

L'autoconservation des gamètes doit être achevée avant l'instauration de traitements hormonaux (ou après leur interruption durant plusieurs mois, si les gonades ont été conservées). Cette procédure peut ainsi retarder l'initiation de traitements très attendus: certain-es évoquent un sentiment d'«urgence», voire de «survie» ressenti par nombre de personnes concernées. Conserver des gamètes peut alors être vécu comme une non-priorité et être mis de côté, en particulier pour les hommes trans pour qui la procédure (ponction ovocytaire) est plus longue et coûteuse que pour les femmes trans (recueil de spermatozoïdes par masturbation). Pour les préadolescent-es, la possibilité de prendre des bloqueurs de puberté entre en tension avec la conservation des gamètes. Pour éviter de retarder l'initiation de traitements, et mieux articuler les temporalités de soins, les professionnel-les soulignent la nécessité de protocoles et de réseaux de soins multidisciplinaires (mettant en lien les médecines de la transition et de la reproduction) opérants et réactifs, afin d'informer, d'orienter et de réaliser la préservation, le cas échéant, d'une manière efficace et rapide.

L'articulation des temporalités biographiques est un enjeu surtout pour les jeunes. Proposer une préservation de la fertilité et poser la question de la parentalité à un jeune âge peut apparaître comme inapproprié car trop anticipé. La limite temporelle de conservation des gamètes peut aussi vider de sens la procédure: «ça n'a presque aucun sens de dire (à un-e adolescent-e) "tu devras les utiliser avant 10 ans, sinon ce sera détruit"», explique une médecin. Les interviewé-es considèrent qu'il faut s'efforcer de prendre en compte ces temporalités pour accompagner les personnes trans au plus proche de leurs situations et des possibilités techniques et juridiques actuelles et projetées dans le futur. Elles et ils se concentrent,

et invitent les personnes à se concentrer, sur la conservation: il s'agit de laisser les possibles ouverts, tout en différant la question de l'utilisation et donc d'une projection dans une éventuelle parentalité biogénétique.

Finalement, plusieurs médecins et représentant-es d'association soulignent que le plus important est de proposer sans imposer. La conservation de gamètes est ici mobilisée comme une technologie de gestion du temps¹²: elle permet de remettre à plus tard la question de la parentalité. Il s'agit de s'engager avec les personnes dans une réflexion sur l'option de conserver ses gamètes qui prend en compte à la fois les limites et incertitudes de la loi, les difficultés pratiques et les situations des personnes, sans faire de la procédure un nouveau passage obligé des parcours de soins.

INCLUSIVITÉ DES INFRASTRUCTURES MÉDICALES EN QUESTION

Pour ce faire, il est nécessaire selon les enquêté-es de travailler à l'inclusivité des infrastructures médicales de préservation de la fertilité. Comme le souligne un représentant d'association, celles-ci sont fortement genrées: les locaux, mais aussi les formulaires et les habitudes langagières sont fondés sur un modèle cisgenre, binaire et hétérosexuel qu'il s'agit de repenser. De bonnes pratiques sont évoquées:

- Prendre en charge les personnes en utilisant les civilités, pronoms et prénoms souhaités, indépendamment de l'état civil.
- Dé-gener les organes reproducteurs et les gamètes (par exemple, concevoir que des hommes peuvent faire congeler leurs ovocytes et des femmes leurs spermatozoïdes).
- Se questionner sur les espaces les plus appropriés pour recevoir les patient-es, surtout lorsque les lieux sont fortement genrés (par exemple, salle d'attente de gynécologie).
- Se présenter comme lieu inclusif (site internet, brochures, etc.).
- Inviter les personnes à signaler tout inconfort, admettre de ne pas tout savoir et s'excuser en cas de maladresse.
- Adapter les procédures et techniques médicales en accord avec les personnes (par exemple, certain-es gynécologues effectuent des contrôles par voie abdominale avant une ponction d'ovocytes, en complément d'examens sanguins, afin d'éviter les échographies endovaginales quand cela n'est pas acceptable pour les patients).

Pour réaliser ces efforts, plusieurs professionnel-les sont en lien avec des associations LGBTQ+. Certain-es ont organisé des formations, d'autres font partie de réseaux de soins coordonnés par ces milieux. Un médecin de la reproduction a aussi souligné combien les personnes trans reçues en consultation l'ont conduit à améliorer ses pratiques, valorisant l'importance du savoir expérientiel des patient-es.¹³

Pour autant, les associations LGBTQ+ rapportent des expériences d'exclusion et de discrimination vécues par des patient-es, et des soignant-es confirment la résistance à l'inclusion des personnes trans par certaines institutions ou collègues. Leur stratégie est de rester dans une conception médicale et pragmatique des prises en charge. La préservation de la fertilité est envisagée comme une responsabilité

médico-légale et éthique, dans la mesure où des traitements altérant la fertilité sont initiés. Pour les médecins interviewé-es, l'émergence de bonnes pratiques dans l'accompagnement des personnes trans souhaitant conserver leurs gamètes dépend de la mobilisation de professionnel-les de santé formé-es à ces questions et d'associations LGBTQ+, afin de constituer des réseaux de soins inclusifs.

PERSPECTIVES INSTITUTIONNELLES ET INDIVIDUELLES DE FINANCEMENT

Ces initiatives se confrontent aux enjeux des financements aux niveaux individuel et institutionnel.

Les médecins et les associations soulignent la nécessité d'un financement public accru à la fois des réseaux de soins qui se constituent pour l'accompagnement des personnes trans, et des recherches qui restent lacunaires. Face à l'augmentation des demandes de consultations dans le cadre d'affirmations/transitions de genre, les professionnel-les de santé (notamment pédiatres, psychiatres et endocrinologues) manquent de temps. Elles et ils expliquent que les délais de prise en charge augmentent, dans des situations où la réactivité est primordiale.

Finalement, plusieurs enquêté-es déplorent que l'autoconservation des gamètes avant une transition ne soit pas prise en charge par l'assurance-maladie, alors qu'elle relève d'une indication médicale. Elles et ils soulignent le renforcement des inégalités sociales dans l'accès aux soins que cette situation engendre, certain-es n'excluant pas qu'elle puisse être attaquée juridiquement dans le futur.

CONCLUSION

La situation juridique concernant l'accès à la médecine de la reproduction pour les personnes trans est traversée par de nombreuses incertitudes, auxquelles se confrontent les personnes concernées, les professionnel-les et associations qui les accompagnent. Des enquêté-es constatent un renforcement des inégalités puisque celles et ceux qui ont le moins de ressources économiques sont défavorisé-es, de même qu'en termes de réseau et d'accès aux informations.

Professionnel-les de santé, associations et juristes soulignent ainsi le rôle central que peuvent jouer les institutions de santé, à la fois par une interprétation des lois favorable aux droits reproductifs et à la non-discrimination des personnes trans, et le développement de pratiques et de réseaux de soins inclusifs. Elles et ils expriment des espoirs de changement, tant à propos de l'augmentation des engagements pour la

santé des personnes trans que des évolutions législatives favorables au développement de leurs droits.

Remerciements: Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à un entretien, ainsi que la Dre Camille Bajoux et Mx Sylvain Berrut (collaborataire au Pôle Trans du Checkpoint Vaud, Fondation PROFA) pour leurs relectures attentives. Le présent texte n'engage cependant que ses auteur-es.

Conflit d'intérêts: Les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

S. Gouilhers: <https://orcid.org/0000-0002-6714-0900>

D. Gardey: <https://orcid.org/0000-0001-8411-3982>

IMPLICATIONS PRATIQUES

Enjeux centraux identifiés par les professionnel-les:

- Travailler à la mise en place de protocoles et de réseaux de soins multidisciplinaires mettant en lien les médecines de la transition et de la reproduction et incluant les associations LGBTQ+.
- Fournir une information claire et complète sur les possibilités médicales et légales en matière de préservation de la fertilité et d'accès à la PMA, et s'engager dans une réflexion à ce sujet avec les personnes concernées.
- Travailler à rendre les infrastructures médicales inclusives et bienveillantes, en adaptant le langage, les formulaires et les espaces à l'identité de genre des publics accueillis. Se signaler comme lieu inclusif (site internet, brochures, etc.).
- Adapter les procédures et techniques médicales selon les besoins exprimés par les personnes concernées.
- Favoriser le financement des réseaux de soins et de la préservation de la fertilité pour raison médicale pour les personnes trans (remboursement par l'assurance-maladie).

Le Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) soutient le projet de recherche *Vers l'accès à la procréation médicalement assistée des personnes trans? Une enquête comparative (Suisse, France)*, sous la direction de la Professeure Delphine Gardey (UNIGE).
Équipe de recherche: Dre Solène Gouilhers (UNIGE) et Dr Raphaël Albospeyre-Thibeau (UNIGE).

Informations accessibles sur: www.unige.ch/cmcss

1 **Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 6;23(Suppl.1):S1-259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

2 *Héroult L. La gestion médicale de la parenté trans en France. *Enfances Fam*

Génération. 2015;(23):165-84. DOI: 10.7202/1034206ar.

3 Asklöf K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgend Health*. 2021

Dec 2;6(6):325-31. DOI: 10.1089/trgh.2020.0081.

4 *Fiorilli O. Reproductive Injustice and the Politics of Trans Future in France. *TSQ: Transgend Studies Quarterly*. 2019;6(4):579-92. DOI: 10.1215/23289252-7771737.

5 *Epstein R. Space invaders: Queer and

trans bodies in fertility clinics. *Sexualities*. 2018;21(7):1039-58. DOI: 10.1177/1363460717720365.

6 **Héroult L. Transparentalités contemporaines. *Mouvements*. 2015;(82):106-15. DOI: 10.3917/mouv.082.0106.

7 **Hines S, Pearce R, Pfeffer CA, Riggs DW, White FR. Trans pregnancy:

Fertility, reproduction and body autonomy. *Int J Transgend Health.* 2021 Feb 18;22(1-2):1-5. DOI: 10.1080/26895269.2021.1884289.

8 Rogers C, Webberley M, Mateescu R, et al. A retrospective study of positive and negative determinants of gamete storage in transgender and gender-diverse patients. *Int J Transgend Health.* 2021 Dec 26;22(1-2):167-78. DOI: 10.1080/26895269.2020.1848693.

9 Falck F, Frisén L, Dhejne C, Ar-

muand G. Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics. *Int J Transgend Health.* 2021;22(1-2):42-53. DOI: 10.1080/26895269.2020.1845905.

10 Tishelman AC, Sutter ME, Chen D, et al. Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and

families: qualitative responses to an international survey. *J Assist Reprod Genet.* 2019 Mar;36(3):579-88. DOI: 10.1007/s10815-018-1395-y.

11 **Gouilhers S, Gardey D, Albospeyre-Thibeau R. De la stérilisation imposée à la préservation de la fertilité des personnes trans: les médecins au travail. *Travail Genre et Société.* 2023 (à paraître);50.

12 Van de Wiel L. Frozen in anticipation: Eggs for later. *Women's Studies Int*

Forum. 2015;53:119-28. DOI: 10.1016/j.wsif.2014.10.019.

13 Akrih M, Rabeharisoa V. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Sante Publique* 2012;24(1):69-74. DOI: 10.3917/publ.121.0069.

* à lire
** à lire absolument

AndreaFol®

Acide folique 0.4 mg

Seule monosubstance avec 0.4 mg d'acide folique et l'indication:
Prévention primaire des malformations du tube neural.

- Petits comprimés, faciles à avaler
- Idéal pour la prophylaxie à long terme, car il ne contient que les 0.4 mg d'acide folique recommandés

Admis aux
caisses-maladies



Plus
d'information:



ab Andreabal AG, 4123 Allschwil
www.andreabal.ch

AndreaFol® C: acide folique 0,4 mg. **I:** prévention primaire des malformations du tube neural. **P:** prendre 1 comprimé par jour. **CI:** hypersensibilité à l'un des composants. **EI:** rarement: réactions allergiques, très rarement: troubles gastro-intestinaux. **IA:** antifoliques, antiépileptiques, contraceptifs, analgésiques administrés au long cours, prise simultanée d'antiacides à base de sels d'aluminium ou de magnésium, zinc, cholestyramine, fluoropyrimidines. **P:** 30 et 90 comprimés. **CV:** liste D. 9/2019. Pris en charge par l'assurance-maladie. Vous trouverez de plus amples informations sur www.swissmedinfo.ch. Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tél. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

Pistes pour une éducation sexuelle inclusive* basée sur les droits sexuels dans les consultations médicales

MAYA MACHLOUT^a, Dre MARYVONNE CHARMILLOT^b et Dre CAROLINE JACOT-DESCOMBES^c

Rev Med Suisse 2023; 19: 1266-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.833.1266

Dans les institutions d'accueil et les écoles de Suisse romande, les offres en matière d'éducation sexuelle sont inégalement développées pour les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers. Cet accès limité à l'éducation sexuelle et la non-prise en compte de leur développement sexuel sont autant de formes de discrimination à leur égard. La sexualité fait partie intégrante de la santé globale. Les professionnel·les de santé peuvent contribuer à appliquer le droit à l'éducation sexuelle auprès des enfants en considérant les consultations comme des opportunités pour un échange pédagogique sur la sexualité selon leurs besoins. Cet article présente quelques pistes issues de l'éducation sexuelle holistique basée sur les droits sexuels, en particulier les droits à l'expression, à la participation et à l'autodétermination.

Avenues for inclusive sexuality education based on sexual rights in medical consultations

In French-speaking Switzerland, sexuality education for children with special educational needs is unevenly developed in childcare institutions and schools. This limited access to sexuality education and the failure to take into account their sexual development are forms of discrimination against them. Sexuality is an integral part of the global health. Health professionals can contribute to the implementation of the right to sexuality education for children with special educational needs by considering consultations as opportunities for sexuality education according to their needs. This article presents some ideas from the holistic sexuality education based on sexual rights, in particular the rights to expression, to participation and to self-determination.

^a Doctorante en sciences de l'éducation, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, UNI MAIL. 40, Boulevard du Pont-d'Arve 1211 Genève 4,

^b Maîtresse d'enseignement et de recherche, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, UNI MAIL. 40, Boulevard du Pont-d'Arve 1211 Genève 4,

^c Directrice adjointe et cheffe de projet Éducation sexuelle, SANTE SEXUELLE Suisse, Rue St-Pierre 2, 1003 Lausanne

maya.machlout@etu.unige.ch | maryvonne.charmillot@unige.ch
caroline.jacot-descombes@sante-sexuelle.ch

* Aligné avec la définition de l'école inclusive, qui vise à offrir à chaque enfant l'environnement scolaire le plus adapté à ses particularités individuelles, cet article applique ce qualificatif à l'éducation sexuelle et en particulier il s'agit de mobiliser les travaux d'inclusion des élèves ayant des « besoins éducatifs particuliers » et non pas l'inclusion des personnes de la diversité (ex. LGBTQ+) (Vidal et al, 2021)¹.

^a Le terme « besoins éducatifs particuliers » (special educational needs) désigne les enfants ayant besoin d'une adaptation de l'enseignement du fait d'une situation de handicap et plus généralement tous les enfants qui du fait de leurs difficultés peuvent se trouver exclus des parcours ordinaires de scolarisation.¹⁷

^b Nous privilégions dans cet article la terminologie *personnel de santé* et non *personnel médical* pour mettre l'accent sur l'importance du travail en réseau concernant les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers (pédiatres, psychologues, infirmier·ères, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Cette modalité de travail collective appelle à la participation des parents, conformément à l'évolution des politiques éducatives et sociales suisses.¹⁸

INTRODUCTION

En Suisse, les pratiques en matière d'éducation sexuelle entre les cantons sont hétérogènes.² Les institutions et les écoles qui accueillent des enfants et des jeunes ayant des besoins éducatifs particuliers^a (BEP) ont leurs propres stratégies d'intervention. Au sein des cantons romands francophones, ces stratégies varient entre les écoles ordinaires, les écoles spécialisées et entre les institutions d'accueil, et elles dépendent également des professionnel·les.³ Ces offres hétérogènes en matière d'éducation sexuelle pour les enfants et les jeunes ayant des BEP sont inégalement développées, voire inexistantes. Cet état de fait est notamment lié aux représentations selon lesquelles ils et elles ne seraient pas concerné·es par une sexualité relationnelle, voire seraient des personnes asexuées.⁴ Des conceptions semblables se retrouvent dans notre recherche. Certains parents estiment que leurs enfants n'ont pas besoin d'une éducation à la sexualité en raison de leur handicap, d'autres que c'est un sujet tabou qu'il ne faut pas aborder à l'école.³⁻⁵ Le Comité des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées critique la mise en œuvre insuffisante de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) en Suisse.⁶ Les enfants et les jeunes ayant des BEP continuent d'être insuffisamment protégé·es contre la violence et les discriminations. Ils-elles ont peu d'opportunités de prendre leurs propres décisions et de choisir librement pour leur vie. Ils-elles se trouvent encore exclu·es de certaines activités de la vie quotidienne. Dans le domaine de l'éducation en particulier, le Comité déplore le manque de stratégie politique de la Suisse pour la mise en place d'un système scolaire inclusif.⁶ Comme le met en évidence notre recherche en cours³, ces constats concernent également l'accès à l'éducation sexuelle. Dans cette contribution, nous proposons aux professionnel·les des pistes pédagogiques issues de l'éducation sexuelle holistique basée sur les droits sexuels qui leur permettent de les appliquer et de renforcer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes ayant des BEP lors des consultations médicales et de soins. Ces pistes sont illustrées par des situations tirées de pratiques réelles en éducation sexuelle. Nous portons l'attention sur les droits sexuels les plus mobilisables dans les pratiques de consultation, à savoir les droits à l'expression, à la participation et à l'autodétermination.

LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ^b

Dans le parcours de vie des enfants ayant des BEP, le personnel de santé est une ressource fiable, régulièrement consultée

et qui constitue un facteur protecteur dans le domaine de la promotion de la santé. Si la santé intègre la santé sexuelle dans les définitions établies par l'OMS et la Confédération, sur le terrain, il manque des pratiques à cet égard, faute de formations et de choix des priorités.^{7,8} Si l'on se réfère aux recommandations relatives à l'application des standards pour une éducation sexuelle en Europe, «il convient d'instaurer localement des relations de travail entre les écoles et les services médicaux et psychosociaux».⁹

Les professionnel·les de santé ne connaissent pas forcément les problématiques liées au handicap. L'approche proposée dans cette contribution permet d'ouvrir un espace d'échange au moment des consultations, pour favoriser l'expression des enfants à propos de la sexualité et valoriser leurs paroles en les écoutant. Ce lien peut être développé à l'aide d'outils visuels (image d'un·e jeune, habillé·e/déshabillé·e, corps malade/corps sain avec ses fonctions vitales, etc.), en soutenant l'enfant par le regard, en lui adressant la parole par l'emploi de termes faciles à comprendre, avec un rythme de paroles adapté à ses besoins.

Autrement dit, notre proposition dans cet article est de considérer chaque consultation en santé comme une opportunité de réaliser une part d'éducation sexuelle. Il s'agirait ainsi d'une responsabilité collective et partagée d'informer et d'éduquer à la sexualité sans jugement, avec une approche positive et dans le respect et la reconnaissance des droits sexuels. Pour ce faire, les pédiatres, en particulier, peuvent se baser sur les checklists pour les examens de prévention de la Société suisse de pédiatrie (**tableau 1**).¹⁰ Selon ces recommandations, les questions explicites sur l'éducation sexuelle sont proposées à la préadolescence (10ans) pour préparer l'enfant à la puberté. Notre suggestion est d'aborder, dès la prime enfance, avec les parents la question de la responsabilité de l'éducation sexuelle pour en assurer sa réalisation. Le site www.sexualaufklaerung-schule.ch/web.php/1/fr/accueil/bienvenue offre des repères concernant les thèmes à aborder en fonction des stades de développement de l'enfant. S'agissant des jeunes patient·es, la connaissance des comportements sexuels permet également au personnel de santé de réagir de manière positive et pédagogique à des informations transmises les concernant et d'activer des ressources supplémentaires en cas de comportements sexuels problématiques. Se familiariser avec des méthodologies qui soutiennent des approches positives pour aborder les comportements sexuels des enfants (voir, par exemple, la méthodologie du Sensoa flag system^c) permet d'envisager l'éducation à la sexualité comme une ressource de bien-être global plutôt que comme un sujet tabou ou non nécessaire pour ces enfants et ces jeunes. Par ailleurs, ces méthodologies complètent les outils de détection des violences domestiques tels que les abus sexuels. Le guide à l'attention des médecins de famille de la Fondation protection de l'enfance suisse^d en est un exemple pertinent.

^c <https://flagssystem.org/> et pour la Suisse: www.sante-sexuelle.ch/nos-activites/formations-conferences/flaggensystem-flag-system

^d Maltraitance infantile - Protection de l'enfance. Guide de détection précoce et de conduite à tenir en cabinet médical, www.kinderschutz.ch/fr/offres/telecharger-commander/guide-maltraitance-infantile

TABLEAU 1		Checklists pour les examens de prévention
Recommandés par la Société suisse de pédiatrie en 2017.		
Âge de l'enfant	Points possibles à mentionner dans le domaine de la sexualité	
1 semaine/1 mois/ 2 mois/6 mois	Examen physique: organes génitaux (hymen, pénis, testicules)	
9 mois/12 mois	Examen physique: testicules en place, lèvres	
18 mois/24 mois	Examen physique: testicules en place/coalescence labiale partielle/complète	
3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Socio-affectif: sait son sexe (le nomme?) • Examen physique: abdomen/organes génitaux, (coalescence labiale/hymen/testicules en place/phimosis) 	
4 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse: facteurs de risque de maltraitance (par ex.: mobbing/violence domestique/parties génitales: attitude, nom) • Socio-affectif: sait son sexe (le nomme?) • Examen physique: organes génitaux, (coalescence labiale/hymen/testicules en place/phimosis) 	
6 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse: facteurs de risque de maltraitance (par ex.: mobbing/violence domestique/parties génitales: attitude, nom) • Examen physique: organes génitaux, (coalescence labiale/hymen/testicules en place/phimosis) 	
10 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse: habitat, éducation, activités/alimentation, drogues, sexualité, stress/santé mentale/suicide (HEADSS) (pour le S de sexualité: identité, attentes, comportement) • Image corporelle, sexualité <ul style="list-style-type: none"> - Connait les différents aspects de la puberté à venir - Qui fait l'éducation sexuelle? • Examen physique: organes génitaux, testicules en place • Facteurs de risque, conseils préventifs: abus sexuels 	
12 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse: HEADSS (pour le S de sexualité: identité, attentes, comportement) • Image corporelle, sexualité: a reçu une éducation sexuelle • Examen physique: organes génitaux, testicules en place • Facteurs de risque, conseils préventifs: abus sexuels 	
14 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse: HEADSS (pour le S de sexualité: identité, attentes, comportement) • Image corporelle, sexualité: développement de la sexualité/ parler de l'hétéro-/homosexualité/partenaire, rapports sexuels, menstruations (dysménorrhées/régularité), contraception/pilule du lendemain, informé sur VIH/IST • Examen physique: hygiène corporelle/perles blanches. Organes génitaux, testicules en place/varicocèles/gynécomastie • Facteurs de risque, conseils préventifs: examen personnel des seins/des testicules 	

L'ÉDUCATION SEXUELLE HOLISTIQUE: UNE POSTURE POUR LA CONSULTATION

Pour harmoniser l'application de la CDPH dans les pratiques des professionnel·les de santé, lutter contre la discrimination et le rejet, renforcer la prise de décision et favoriser l'auto-détermination, nous nous appuyons sur l'approche holistique de l'éducation sexuelle. La Déclaration des droits sexuels de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) en 2008,¹¹ et les Standards pour l'éducation sexuelle en Europe de l'OMS Europe en 2010 constituent les deux références phares de cette approche validée pour la Suisse en 2018 par le Conseil fédéral.^{2,12}

En pratique, l'exercice des compétences psychosociales peut être soutenu par le réseau médical, voire renforcé dans le but

que les enfants puissent exercer leurs droits et leur capacité d'autodétermination, d'expression et de participation sur les thématiques du corps, des émotions, des relations, de l'expression et/ou l'identité de genre et de l'orientation affective et sexuelle.⁹ Il est ainsi possible de pratiquer une éducation sexuelle holistique basée sur les droits humains telle que définie par l'UNESCO:¹³ «L'éducation sexuelle complète est un processus d'enseignement et d'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité, fondé sur le programme scolaire. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur permettront de prendre conscience de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à la manière dont leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres, et de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie.»

LES DROITS SEXUELS: PARTICIPATION, EXPRESSION, AUTODÉTERMINATION

Considérer l'éducation sexuelle dans sa dimension globale à partir des droits humains permet de protéger la dignité de chaque personne et d'assurer le respect de ses libertés, de sa vie privée, l'égalité de traitement, l'autonomie, l'intégrité. La charte élaborée par l'IPPF comprend les 10 droits sexuels présentés dans le **tableau 2**.¹¹

Les enfants et les jeunes ayant des BEP ont très peu d'opportunités de prise de parole au sein de l'espace public, y compris dans les milieux médicaux où ils-elles sont souvent représentés-es par des tiers (parents, éducateurs-trices, etc.). Prendre en considération leurs expériences vécues en leur offrant des occasions de prise de parole en consultation est une manière de mettre en pratique le droit à l'autodétermination et de leur permettre concrètement d'exercer leurs compétences en matière de prise de décision et de communication.¹⁴⁻¹⁶ Dans un milieu où le droit à la participation est peu appliqué, il est d'autant plus important de rappeler que la santé de personnes ayant des BEP ne peut être promue et protégée sans leur participation.¹⁵ C'est la participation des personnes concernées qui permet la compréhension de leurs besoins et la modification de leurs conduites.

Pour comprendre les obstacles à la participation des personnes concernées, nous nous référons à deux cas exposés par une spécialiste en santé sexuelle dans le cadre de notre thèse. Les deux situations décrites dans les encadrés 1 et 2 montrent que les échanges ont lieu entre adultes (parents, médecins, éducateurs-trices). Il s'agit pour eux et elles de statuer *sur* la situation de Daniel ou de Diana, sans chercher à connaître leurs vécus, leurs sentiments, leurs points de vue. L'approche par les droits sexuels consiste au contraire à chercher une solution *avec* Daniel ou Diana, de leur donner la parole pour comprendre les significations qu'il et elle attribue à leurs actions et à leurs situations.

⁹ L'orientation sexuelle fait référence aux préférences sexuelles, à l'attraction que l'on éprouve pour une personne en particulier. L'identité de genre, quant à elle, se définit comme le sentiment d'appartenance à un genre spécifique, indépendamment de son sexe biologique (<https://www.fr.ch/sante/prevention-et-promotion/orientation-sexuelle-et-identite-de-genre>)

TABLEAU 2

Les droits sexuels de la déclaration de 2008 de l'IPPF

IPPF: International Planned Parenthood Federation.

- Article 1: Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre
- Article 2: Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre
- Article 3: Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à son intégrité corporelle
- Article 4: Le droit au respect de la vie privée
- Article 5: Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi
- Article 6: Le droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression; et le droit à la liberté d'association
- Article 7: Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science
- Article 8: Le droit à l'éducation et à l'information
- Article 9: Le droit de choisir de se marier ou non, de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment
- Article 10: Responsabilité et réparation

ENCADRÉ 1

Les parents de Daniel (13ans, qui présente un trouble du développement intellectuel léger) se posent beaucoup de questions au sujet de son comportement affectif: il exprime qu'il est amoureux de sa sœur (9ans), cherche toujours à la voir nue à la douche, la suit aux toilettes, essaie de la toucher entre les jambes, tapote ses fesses à l'improviste et semble ravi de ces contacts. Ils emmènent Daniel à une consultation psychologique. L'heure consacrée se déroule majoritairement à devoir décrire les faits, les réactions de la sœur, les repères déjà mis en place dans le cadre familial, etc. Daniel est très «occupé» par un jeu sur sa tablette... (Entretien téléphonique de Maya Machlout avec Catherine Agthe Diserens, 2023)

ENCADRÉ 2

Les parents de Diana (16ans, atteinte du syndrome de Williams) refusent la contraception hormonale, car ils craignent une prise de poids... alors qu'ils veillent à ce réel problème pour leur fille. La structure d'accueil où Diana passe la semaine, souhaite l'introduction de la pilule car Diana est une grande séductrice et elle aime «papillonner» avec les ados du foyer qui est ouvert à la sexualité des jeunes moyennant qu'ils-elles soient protégés-es. Tout au long de l'entretien chez le médecin, en présence du responsable du foyer, des parents et de Diana, l'enjeu de l'échange se joue entre «la contraception OK mais lorsque Diana vivra vraiment des relations sexuelles» (parents) et «si elle était enceinte au foyer parce qu'elle avait eu une relation sexuelle sans que nous ne le sachions?» (foyer) et encore «mais dans ce cas, au foyer, ne risquerait-elle alors pas aussi un abus sexuel... puisque vous n'exercez aucune surveillance?» (le médecin)... (Entretien téléphonique de Maya Machlout avec Catherine Agthe Diserens, 2023)

CONCLUSION

Encourager et soutenir les enfants et les jeunes ayant des BEP dans leur développement global incluant la sexualité à partir

des principes d'autodétermination, de participation et d'expression, constituent une opportunité pour les professionnelles de santé dans leurs consultations. La finalité de ce processus est non seulement d'améliorer leurs conditions de vie mais également de contribuer aux transformations sociales nécessaires au respect des droits humains.

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Intégrer le thème de l'éducation sexuelle dans les consultations dès la petite enfance en se basant sur les recommandations de l'OMS et de la Société suisse de pédiatrie.
- Tenir compte du droit à la vie privée et de la confidentialité lors des consultations en proposant à l'enfant/l'adolescent-e un moment sans ses parents pour aborder la thématique de la sexualité.
- Aborder la découverte du corps, le plaisir, les relations amoureuses et sexuelles, etc. et pas uniquement se centrer sur la sexualité problème (abus sexuels, IST, prévention des grossesses).
- Intégrer la notion d'identité sexuelle et de genre dès l'enfance en mettant l'accent sur l'autodétermination de l'enfant.

En 2021, le Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) a octroyé la «Bourse doctorale Maurice Chalumeau 2021» à Maya Machlout pour sa thèse de doctorat inscrite à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève sous la direction de la Dre Maryvonne Charmillot (UNIGE) et de la Dre Caroline Jacot-Descombes (Santé Sexuelle Suisse). Titre de la thèse: *Éducation sexuelle inclusive basée sur les droits sexuels : vers une réduction des injustices épistémiques qui touchent les personnes à besoins éducatifs particuliers.*

Informations accessibles sur: www.unige.ch/cmcss

- 1 Vidal M, Boisvert M, Murahara F, Borri-Anadon C, Beauregard F. Les angles morts des travaux sur l'inclusion scolaire à la lumière de la théorie de la justice sociale de Nancy Fraser. *L'éducation en débats: analyse comparée*. 2021 Déc 22;11(1):7-23.
- 2 *Kessler C, Blake C, Gerold J, Zahorka M. Rapport d'experts sur l'éducation sexuelle en Suisse, référence faite à des documents de principe internationaux et comparaison avec des pays choisis. Berne: Institut tropical et de santé publique suisse, 2017.
- 3 Machlout M. Les enjeux actuels de l'éducation sexuelle spécialisée en Suisse romande: État des lieux. Manuscrit en préparation, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Genève: Université de Genève 2022; 18 p.
- 4 Berrewaerts J, Fries V, Goblet D, et al. Handicap, sexualité et citoyenneté. *Rev Nouv*. 2016;3(3):48-55.
- 5 Vaginay D. Sexualité et handicap: un défi social. *J Psychol*. 2013 Jan 1;1(304):38-44.
- 6 **Organisation des Nations unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Observations finales concernant le rapport initial de la Suisse [En ligne]. 13 avril 2022. Disponible sur: www.edi.admin.ch/dam/edi/fr/dokumente/gleichstellung/amtliches/crpd_abschliessende_bemerkungen_uebersetzungen.pdf.download.pdf/CDPH%20Observations%20finales%20sur%20le%20rapport%20initial%20de%20la%20Suisse.pdf
- 7 Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS). Santé sexuelle – une définition pour la Suisse. Berne: Confédération Suisse, 2015.
- 8 WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Genève: World Health Organization, 2006.
- 9 **Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et Centre fédéral pour l'éducation à la santé (BZgA).

Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Conseils de mise en œuvre. Cologne: BZgA, 2013.

10 **Swiss Society of Pediatrics.

Checklists pour les examens de prévention recommandés par la Société Suisse de Pédiatrie. Suisse: Groupe de travail de la SSP, 2011.

11 **International Planned Parenthood Federation. Sexual rights: an IPPF Declaration. Royaume-Uni: Fédération internationale pour la planification familiale, 2008.

12 *OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Cologne: Centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé BZgA; 2010.

13 UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2018.

14 Boucher N, Charrier F. Chapitre 6. Handicap, autodétermination et recherche émancipatrice: les Disability Studies. In: Petiau A. De la prise de parole à l'émancipation des usagers. Recherches participatives en intervention sociale. Rennes: Presses de l'EHESP, 2021; p. 149-67.

15 Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec*. 2014;62(4):4-7.

16 Blin M. L'autodétermination: une responsabilité collective et partagée. Présentation du dossier. La nouvelle revue – Éducation et société inclusives. 2022 Sep 6;2(94):5-9.

17 Thomazet S. L'intégration a des limites, pas l'école inclusive! *Rev Sci Edu*. 2008;34(1):123-39.

18 Marleve-Rochat D. La collaboration entre membres d'un réseau accompagnant un enfant à besoins éducatifs particuliers suivi par un SEI vaudois. Perceptions et pratiques de parents et de professionnels. Genève: Université de Genève, 2021; 192 p.

* à lire

** à lire absolument

Un atlas des mutilations génitales féminines chez les enfants et les adolescentes

Dre NOÉMIE SACHS-GUEDJ^{a,b,c}, Dre MICHAL YARON^a et Dre JASMINE ABDULCADIR^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 1270-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.833.1270

Cet article traduit et synthétise un guide de références contenant du matériel iconographique sur la vulve pré et postpubère avec et sans mutilation génitale féminine ou excision (MGF/E). La littérature disponible se concentre sur les adultes alors que les MGF/E sont généralement pratiquées avant l'âge de 15 ans. Les signes peuvent être subtils et dépendent du type de mutilation ainsi que de l'expérience de l'examineur-ice. Paru en 2022 et réalisé grâce à la collaboration de 23 professionnel·les, «Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents: Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-81736-7>» est disponible en libre accès. Il vise à former les professionnel·les à l'établissement de diagnostics, à une prise en charge adaptée, ainsi qu'au signalement auprès des organismes de protection de l'enfance, si nécessaire.

An atlas on Female Genital Mutilation/ Cutting among children and adolescents

This article translates and synthesizes a reference guide containing iconographic material of the pre- and post-pubertal female external genitals with and without genital mutilation/cutting (FGM/C). The literature focuses on adults, whereas FGM/C are usually performed before the age of 15. Signs of FGM/C can be subtle and depend on the type of mutilation as well as the experience of the examiner. Published in 2022 and produced with the collaboration of 23 professionals, this illustrated guide "Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents: Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-81736-7>" is currently available in open access. It is aimed at facilitating the training of health professionals in making diagnosis, clinical management, and reporting to child safeguarding/law enforcement agencies, where required.

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines ou excision (MGF/E) comprennent toutes les procédures impliquant les lésions et l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes

féminins à but non thérapeutique. Différents types et sous-types de MGF/E (**tableau 1**) sont pratiqués généralement avant l'âge de 15 ans.^{1,2} Ces procédures sont largement condamnées, considérées comme une violation des droits

TABLEAU 1 Types et sous-types de MGF/E

MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.

Types	Définitions	Sous-types
Type I	Ablation partielle ou totale du gland du clitoris (partie visible du clitoris, une partie sensible des organes génitaux féminins, qui a la fonction de procurer du plaisir sexuel), et possiblement du corps du clitoris et/ou du prépuce/du capuchon clitoridien (le repli de peau entourant le gland du clitoris)	Type Ia. Ablation d'une partie ou de l'intégralité du prépuce/du capuchon clitoridien Type Ib. Ablation d'une partie ou de la totalité du gland du clitoris et possiblement du corps du clitoris, avec le prépuce/le capuchon clitoridien
Type II	Ablation partielle ou totale du gland du clitoris, éventuellement du corps du clitoris et des lèvres internes (les plis internes de la vulve), avec ou sans l'ablation des lèvres externes (les plis extérieurs de la peau de la vulve)	Type IIa. Ablation partielle ou totale des lèvres internes Type IIb. Ablation partielle ou totale du gland du clitoris, et éventuellement du corps du clitoris et des lèvres internes (le prépuce/capuchon clitoridien peut être affecté) Type IIc. Ablation partielle ou totale du gland du clitoris et éventuellement du corps du clitoris, des lèvres internes et des lèvres externes (le prépuce/capuchon clitoridien peut être affecté)
Type III (fait référence à l'infibulation)	Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'accolement des lèvres internes et/ou externes. Le recouvrement de l'ouverture vaginale se fait avec ou sans ablation du prépuce clitoridien/du capuchon clitoridien, du gland et du corps (type I)	Type IIIa. Ablation et repositionnement des lèvres internes Type IIIb. Ablation et repositionnement des lèvres externes
Type IV	Toute autre intervention nuisible sur les organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piqûre, perçage, incision, grattage et cautérisation, étirement labial	-

(Adapté de l'OMS).

^aDépartement de pédiatrie, gynécologie et obstétrique, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement de médecine reproductive, Hôpital universitaire Dexeus, Carrer de Sabino Arana, 5, 19, 08028 Barcelona, Espagne, ^cUniversité autonome de Barcelone, Cerdanyola del Vallès, Plaça Cívica, 08193 Bellaterra, Barcelone, Espagne
noesac@dexeus.com | michal.yaron@hcuge.ch | jasmine.abdulcadir@hcuge.ch

humains des filles et des femmes et illégales dans la majorité des pays. Plus de 200 millions de filles et de femmes ont subi une MGF/E dans plus de 31 pays différents.^{2,3} Si la pratique est plus répandue dans certaines régions d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie du Sud-Est/Asie-Pacifique, elle est présente dans presque tous les pays en raison des schémas migratoires. En Suisse, on estime à 22 400 le nombre de personnes possiblement concernées ou à risque.⁴

Depuis 2010, il existe une consultation dédiée à la prise en charge des personnes avec des MGF/E au sein du Service de gynécologie des HUG. Il est en effet essentiel que les professionnel·les de santé (PS) puissent se former à connaître, identifier et documenter un large éventail d'organes génitaux modifiés et non modifiés. Bien que des images et des outils de formation soient disponibles,^{2,5,6} la littérature existant se concentre principalement sur les adultes. Des recommandations spécifiques pour la prise en charge des nourrissons, enfants et jeunes adultes (N/E/JA) et du matériel de formation iconographique faisaient jusqu'alors défaut. Paru en 2022 et réalisé grâce à la collaboration de 23 professionnel·les nationaux·ales et internationaux·ales, ce guide illustré est actuellement disponible en libre accès sur: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-81736-7>.⁷ C'est une référence visuelle et un outil d'apprentissage. L'objectif est d'améliorer la prise en charge globale des jeunes femmes concernées en facilitant la formation des PS dans l'établissement d'un diagnostic précis, la prise en charge et la gestion des complications. Nous présentons ici une version résumée, en français.

ÉVALUATION DU N/E/JA EN CAS DE SUSPICION DE MGF/E

L'examen des enfants lorsqu'une MGF/E est suspectée est une exigence nouvelle et il peut être effectué par différent·es spécialistes.^{8,9} Le contexte, les PS impliqués et la nature de l'identification des cas varient selon les pays. Le/a clinicien·ne responsable de l'évaluation peut être pédiatre, gynécologue, médecin généraliste, urogynécologue, clinicien·ne en santé sexuelle ou médecin légiste. L'objectif principal de l'évaluation clinique est de confirmer la présence d'une MGF/E et de ses complications.

L'hémorragie, l'infection et la septicémie font partie des complications aiguës potentielles d'autant plus si l'intervention est effectuée avec un équipement non stérile ou par un·e praticien·ne non qualifié·e.¹⁰ Bien que la prévalence de ces complications ne soit pas connue, il est clair qu'elles peuvent mettre la vie en danger.¹¹ Le ou la PS des pays à revenu élevé a peu de probabilités de voir des enfants consulter à la suite d'une complication immédiate. Si tel est le cas, ils/elles doivent suivre les exigences locales pour signaler le cas suspect aux services de protection de l'enfance et de lutte contre la maltraitance des enfants.¹²

Un·e PS peut être sollicité·e dans différents contextes, en fonction du pays dans lequel l'enfant réside et des lois en vigueur, notamment si:

- La N/E/JA est originaire d'un pays où les MGF/E sont pratiquées.

- La présence d'une MGF/E a été évoquée par l'enfant ou par sa famille.
- Une évaluation est demandée à la suite de préoccupations de la police, d'un·e enseignant·e, d'un·e prestataire de soins médicaux ou des services sociaux.
- Les services de l'immigration demandent une évaluation dans le cadre d'une procédure de demande d'asile.^{13,14}
- La présence d'antécédents ou de symptômes pertinents (par exemple, infections urinaires récurrentes, vulvite ou autres troubles génito-urinaires).
- Une suspicion de maltraitance.
- Une évaluation est réalisée lors d'un contrôle gynécologique annuel.
- Une évaluation chez une femme enceinte est réalisée durant des contrôles pré et postnataux ou durant l'accouchement.

La personne qui pratique l'évaluation doit avoir de l'expérience dans l'examen génital des enfants et être formée à l'identification des différents types de MGF/E. De nombreux pays ne disposent pas d'expert·es avec un degré de formation suffisant. Dans le but d'éviter des examens répétés pouvant être traumatisants, il est recommandé de développer des centres régionaux avec des praticien·nes spécialistes pouvant aider à l'expertise, avec la possibilité d'enregistrer après un consentement préalable, des images et/ou des vidéos. Un consentement écrit doit être obtenu pour toute image, vidéo ou enregistrement pris pendant l'examen. Dans le cas de procédures judiciaires, la documentation photographique est fortement recommandée. En Suisse, les points de contacts sont référencés sur le site internet suivant: www.excision.ch/reseau/points-de-contact.

Une prise en charge pluridisciplinaire, avec des soutiens psychologiques et de la communauté locale est recommandée, que la MGF/E soit confirmée ou infirmée.^{15,16}

ANAMNÈSE

Il est important de commencer par recueillir l'anamnèse directement auprès de la personne concernée. Le/a travailleur·se social·e et les parents/tuteurs légaux/responsables d'enfants peuvent fournir plus de détails, en sachant que ces derniers peuvent être à l'origine de la demande de la MGF/E. Au début de la consultation, le/a PS explique pourquoi l'examen a été suggéré. L'anamnèse doit comprendre les antécédents familiaux et médicaux, les étapes du développement de l'enfant et son état de santé général. Des informations sur le lieu de naissance, le groupe ethnique et les détails des voyages sont pertinentes. Les questions portant spécifiquement sur les symptômes physiques et psychologiques associés à la MGF/E sont importants (**tableau 2**). Cependant, bien que de nombreuses plaintes médicales puissent être attribuées à la MGF/E, certains symptômes physiques ou psychologiques peuvent être dus à une autre cause. Lors de l'anamnèse, il est important de ne pas causer de dommages iatrogènes pouvant amener la N/E/JA à se sentir stigmatisée.^{17,18} Un langage adapté à l'âge est important et des interprètes certifiés peuvent être sollicités. Les membres de la famille et/ou les ami·es ne devraient jamais servir d'interprètes.

TABEAU 2 Évaluation du N/E/JA avec suspicion de MGF/E

MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision; N/E/JA: nourrissons, enfants et jeunes adultes.

Complications aiguës des MGF/E

- Douleur intense
- Lésion des tissus
- Hémorragie
- Choc hémorragique
- Infection et septicémie
- Tuméfaction des tissus génitaux
- Rétention urinaire aiguë
- Décès

Complications chroniques des MGF/E

- Douleur chronique
- Dyspareunie
- Névrome clitoridien
- Difficultés menstruelles
- Miction douloureuse ou difficile
- Chéloïde génitale
- Infections de l'appareil reproducteur
- Infections de l'appareil urinaire
- Kystes d'inclusion épidermiques
- Trouble du stress post-traumatique (PTSD)
- Dépression et anxiété
- Dysfonction psychosexuelle

EXAMEN CLINIQUE

Le consentement de l'enfant ainsi que celui du/de la représentant-e légal-e est requis. Si l'évaluation concerne une adolescente, son consentement est suffisant. Dans la mesure du possible, la concordance des sexes doit être respectée entre la patiente et le/a PS. Un-e thérapeute par le jeu peut aider à préparer les jeunes enfants à l'examen.

L'étendue de l'examen dépendra de l'âge de la jeune fille et de sa compréhension. Un examen général peut précéder l'examen génital afin d'atténuer l'anxiété et normaliser le processus. L'examen génital doit être effectué aussi délicatement et rapidement que possible, de manière sensible et adaptée à l'âge. Un examen vaginal interne n'est presque jamais nécessaire pour l'évaluation d'une MGF/E. La patiente doit être rassurée sur le fait qu'elle peut interrompre l'évaluation à tout moment.

L'enfant peut être examinée en position de «grenouille» ou genoux-poitrine. Un bébé peut se faire changer sa couche ou s'asseoir sur les genoux de son parent/tuteur. Les organes génitaux sont inspectés par une légère traction labiale appliquée latéralement et vers le bas pour révéler le sillon interlabial et l'éminence clitoridienne (figure 1).¹⁹ Si disponible, un colposcope est recommandé pour un éclairage et un grossissement adéquat.

La MGF/E n'est pas toujours facilement détectable lors de l'inspection des organes génitaux (par exemple, MGF/E type IV), d'autant plus que l'examen du clitoris et de la zone péri-clitoridienne n'est pas courant chez l'enfant. La reconnaissance des variantes anatomiques du clitoris et de la vulve pré et postpubertaire est essentielle (figure 2).²⁰ Les lèvres internes sont sous-développées avant les changements hormonaux de la puberté et ne doivent pas être confondues avec une muti-

lation. Les adhérences labiales consécutives à des processus inflammatoires, à un état hypo-œstrogénique, à un lichen scléreux ou à d'autres dermatoses vulvaires peuvent également être sujets à confusion, tout comme des irrégularités de la peau de la vulve ou du clitoris. La classification de l'OMS peut être utilisée pour décrire le type de MGF/E (figures 3 et 4).²¹

QUAND LA MGF/E EST CONFIRMÉE

Si la MGF/E est confirmée, un dépistage de l'hépatite B, C et du VIH, doit être envisagé, bien que les données soient limitées concernant les taux de transmission. Les autres examens dépendront de l'anamnèse et des constatations cliniques.

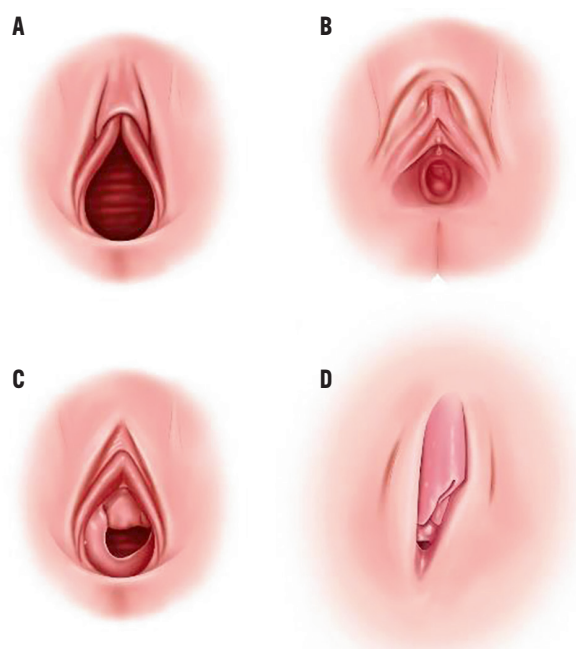
FIG 1 Examen prépubertaire



(Avec la permission de E. Dubuc, reproduite à partir de réf.⁷).

FIG 2 Différentes variations anatomiques du prépuce du clitoris²⁶

A. Fer à cheval; B. Trompette; C. Tente; D. Grain de café.



(Reproduite à partir de réf.⁷).

FIG 3 Diagramme des différents types de MGF/E

MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.

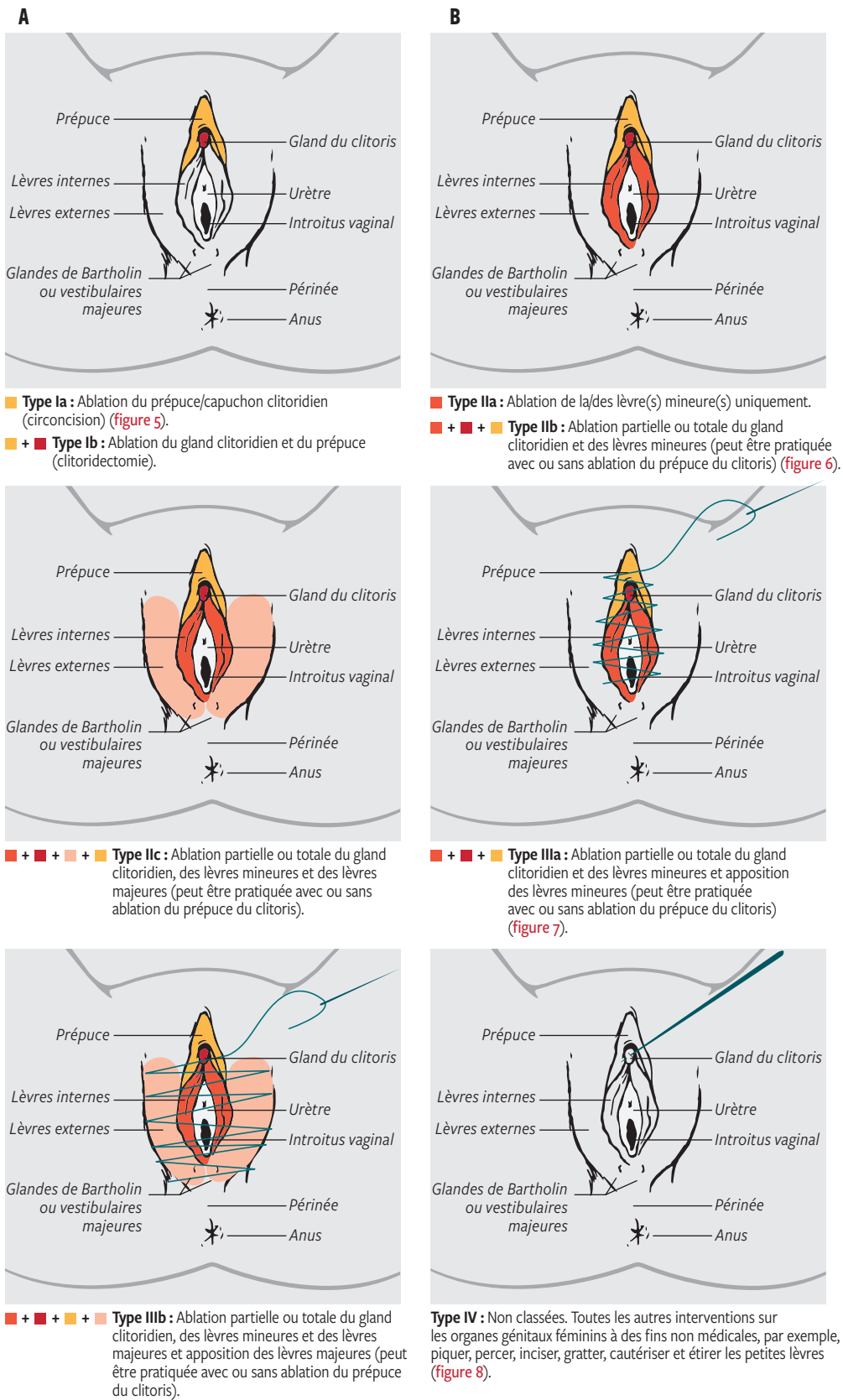
(Reproduites à partir réf.⁸).

FIG 4 Adhésion labiale partielle

Enfant de 3 ans et demi avant et après traitement estrogénique local.



(Avec la permission de M. Yaron, reproduite à partir de réf.⁷).

FIG 5 MGF/E type I (ablation partielle du bord gauche du prépuce)

Enfant de 10 ans, originaire de Côte-d'Ivoire.
MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.



(Avec la permission de C. Deguette, reproduite à partir de réf.⁷).

La prise en charge comprend:

- L'identification et la gestion des conséquences de la MGF/E sur la santé.

FIG 6 MGF/E type IIb

Enfant de 3 ans, originaire du Mali.
MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.



(Avec la permission de C. Deguette, reproduite à partir de réf.⁷).

- Des informations non stigmatisantes adaptées à l'âge et au milieu culturel.
- L'évaluation du risque pour les autres enfants de la famille. Dans certains pays, la confirmation médicale peut déclencher une enquête de police et des poursuites pénales.
- Des conseils aux futurs parents sur les complications médicales et l'illégalité des MGF/E.

COMPLICATIONS

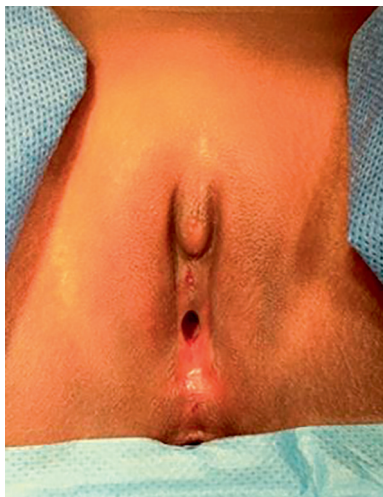
Plusieurs complications existent (symptômes urinaires, kystes épidermiques vulvaires, cicatrices ou adhérences) (figure 9). Cependant, elles ne nécessitent pas toujours un traitement. La morbidité et la mortalité potentielles associées à une grossesse ou à un accouchement ne sont pas modifiées chez les patientes avec MGF/E, à l'exception du risque plus élevé de déchirures périnéales et d'épisiotomie.

CHIRURGIE

Pour les MGF/E de type III, les symptômes urinaires ou l'obstacle au flux menstruel sont les plus courants et peuvent nécessiter une désinfibulation,²² qui se déroule généralement en ambulatoire. Pour les patientes asymptomatiques, cela doit être discuté et peut être choisi par la personne concernée, souvent à un âge de discernement ou lors du début des rapports sexuels pénétratifs. Des informations complètes doivent être données sur la nature de l'intervention, l'anatomie de la vulve, en exprimant clairement que l'intervention

FIG 7	MGF/E type IIIa
--------------	------------------------

Jeune fille de 11 ans, originaire de Somalie.
MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.



(Avec la permission de M. Caillet, reproduite à partir de réf.⁷).

FIG 8	MGF/E type IV
--------------	----------------------

Enfant de 6 mois, originaire de Côte d'Ivoire, née en France avec cicatrice linéaire au niveau de la lèvre gauche supérieure.
MGF/E: mutilations génitales féminines ou excision.



(Avec la permission de C. Deguette, reproduite à partir de réf.⁷).

ne concerne pas l'hymen ou ce qui pour certain-es est considéré comme une virginité prénuptiale.²

Il n'y a pas de preuve concluante quant au bénéfice de la chirurgie de reconstruction/réexposition clitoridienne avant l'entrée dans la vie sexuelle.¹⁸ Elle n'est pour le moment pas recommandée sur des mineures.

PROCÉDURES JUDICIAIRES

Si la MGF/E est confirmée, une évaluation par les autorités juridiques et les services sociaux de protection de l'enfance peut être demandée, la MGF/E étant illégale dans la plupart des pays, bien que les détails et l'application de la législation peuvent varier.²³ Si elle a été effectuée avant que l'enfant soit dans le pays où l'examen a lieu, les poursuites pénales ne suivent généralement pas dans la majorité des pays. Il existe

FIG 9	Kyste d'inclusion épidermique
--------------	--------------------------------------

Enfant de 5 ans, excisée à 11 mois, originaire de Guinée.



(Avec la permission de A. Vercoutere, reproduite à partir de réf.⁷).

cependant des exceptions; dans une affaire suisse de 2018, une mère a été condamnée pour avoir fait exciser ses deux filles en Somalie avant de partir pour l'Europe.²⁴ Le Réseau suisse contre l'excision féminine et le Centre suisse de compétence pour les droits humains ont critiqué cette décision de justice, la qualifiant d'excès judiciaire. La décision a été différente en 2023 lors d'une affaire similaire jugée à Baden où les parents ont été acquittés.²⁵

LORSQUE LA MGF/E N'EST PAS IDENTIFIÉE

Une proportion significative d'enfants référées pour une suspicion de MGF/E ne présentera aucun signe,⁸ mais parfois un autre diagnostic. La consultation est l'occasion de fournir des informations, d'assurer la prévention, d'identifier et de prendre en charge un éventuel autre diagnostic. En cas de voyage à l'étranger, une lettre de protection de la Confédération suisse, qui sera disponible dès le printemps 2023, pourra être un document précieux en cas de pression en faveur de l'excision dans le pays d'origine.

CONCLUSION

L'inspection des organes génitaux externes est une composante essentielle de l'évaluation des N/E/JA. Les signes de MGF/E peuvent être très subtils et pas toujours visibles. L'examen des enfants avec suspicion de MGF/E doit être effectué par des spécialistes désigné-es. L'examineur-ice doit être formé-e à l'identification d'un large éventail d'organes génitaux pré et postpubertaires physiologiques et doit savoir reconnaître les différents types et sous-types de MGF/E. Les PS doivent connaître les complications et les diagnostics différentiels. Le nombre relativement faible de N/E/JA avec MGF/E dans les pays à revenu élevé se présentant pour une

évaluation médicale peut rendre difficile le développement d'aptitudes et de compétences adéquates. Cet atlas a pour but de renforcer la confiance du personnel soignant dans l'identification et le diagnostic des MGF/E chez les enfants et les adolescentes.

Conflit d'intérêts: Les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En Suisse, 22 400 personnes sont possiblement concernées ou à risque de mutilations génitales féminines ou excision (MGF/E).
- Ces procédures sont principalement pratiquées avant l'âge de 15 ans, largement condamnées et considérées comme une violation des droits humains des filles et des femmes, elles sont illégales dans la majorité des pays.
- Les signes peuvent être subtils et dépendent du type de mutilation ainsi que de l'expérience de l'examineur-ice.
- L'examen des enfants avec suspicion de MGF/E doit être effectué par des spécialistes désigné-es.

Le Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) a soutenu la publication scientifique *Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents: Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report*, Springer International Publishing, 2022, 360 p.

Informations accessibles sur : www.unige.ch/cmcss

1 World Health Organization (WHO). Prevalence of female genital mutilation [En ligne]. Disponible sur : [www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation](http://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation)

2 United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change [En ligne]. Juillet 2013. Disponible sur : <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/>

3 Unicef. Female genital mutilation [En ligne]. Disponible sur : www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation

4 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Mesures contre les mutilations génitales féminines [En ligne]. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitschancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung.html

5 *Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. *J Sex Med.* 2018 Apr;15(4):601-11.

6 Beausang J, Mama ST. A Summary of Female Genital Mutilation/Cutting for the Pediatric and Adolescent Care Provider. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2023 Apr;36(2):97-102.

7 **Abdulcadir J, Sachs Guedj N, Yaron M. Female Genital Mutilation/

Cutting in Children and Adolescents. *Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report.* Cham: Springer, 2022.

8 *World Health Organization (WHO). Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Genève: WHO, 2018.

9 Haute Autorité de santé (HAS). Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [En ligne]. 6 février 2020. Disponible sur : www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours

10 Young J, Nour NM, Maccauley RC, et al. Diagnosis, Management, and Treatment of Female Genital Mutilation or Cutting in Girls. *Pediatrics.* 2020 Aug;146(2).

11 Touré M. Excision et santé de la femme. Conakry: Éditions Ganndal, 2003; 64 p.

12 Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health.* 2011 Oct 3;8:26.

13 Hausammann C. Condamnation pour mutilations génitales féminines commises à l'étranger. Critique de l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 février 2019 [En ligne]. Disponible sur : <https://skmr.ch/fr/publications-documentations/artikel/bestrafung-fur-weibliche-genitalbeschneidung-im-ausland>

14 Mishori R, Ottenheimer D, Morris E. Conducting an asylum evaluation focused on female genital mutilation/cutting

status or risk. *Int J Gynecol Obstet.* 2021 Apr;153(1):3-10.

15 Essén B. One Genital, Two Judgments: Why Do "Expert Witnesses" Draw Different Conclusions in Suspected Cases of Illegal Cutting of Girls' Genitals? In: Johnsdotter S (ed). *Female genital cutting. The global north and south.* Malmö: Malmö University, 2020; p. 259-87.

16 Tantet C. Female genital mutilations: how to protect children and families? *Rev Prat.* 2022 Nov;72(9):982-4.

17 Hodes D, O'Donnell NA, Pall K, et al. Epidemiological surveillance study of female genital mutilation in the UK. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2021 Oct 6;106(4):372-6. Disponible sur : <https://adc.bmj.com/content/early/2020/10/05/archdischild-2020-319569>

18 Earp BD. Protecting Children from Medically Unnecessary Genital Cutting Without Stigmatizing Women's Bodies: Implications for Sexual Pleasure and Pain. *Arch Sex Behav.* 2021 Jul;50(5):1875-85.

19 Mohamed FS, Wild V, Earp BD, Johnson-Agbakwu C, Abdulcadir J. Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate. *J Sex Med.* 2020 Mar;17(3):531-42.

20 Young J, Rodrigues KK, Imam B, Johnson-Agbakwu C. Female Genital Mutilation/Cutting—Pediatric Physician Knowledge, Training, and General Practice Approach. *J Immigr Minor Health.* 2020 Aug;22(4):668-74.

21 World Health Organization (WHO). Female genital mutilation (FGM) [En

ligne]. Disponible sur : www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/

22 Larsson M, Cohen P, Hann G, Creighton SM, Hodes D. An exploration of attitudes towards female genital mutilation (FGM) in men and women accessing FGM clinical services in London: a pilot study. *J Obstet Gynaecol.* 2018 Oct;38(7):1005-9.

23 Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health.* 2012;17(6):677-95.

24 Tribunal fédéral suisse – Schweizerisches Bundesgericht [En ligne]. Disponible sur : www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F11-02-2019-6B_77-2019&lang=de&type=show_document&zoom=YES&

25 Canton d'Argovie. Un couple somalien acquitté après l'excision de 5 de leurs filles. *blue News* [En ligne]. Disponible sur : www.bluewin.ch/fr/infos/faits-divers/parents-acquitt-s-apr-s-l-excision-de-cinq-de-leurs-filles-1627509.html

26 Brodie KE, Grantham EC, Huguélet PS, et al. Study of clitoral hood anatomy in the pediatric population. *J Pediatr Urol.* 2016 Jun;12(3):177.e1-5.

* à lire

** à lire absolument

I-CARE: une formation pionnière par apprentissage en ligne sur la santé des personnes LGBTIQ+

Dr RAPHAËL BIZE^a, Dre ERIKA VOLKMAR^b, ZOÉ BLANC-SCUDERI^c, Pre DENISE MEDICO^d, ADÈLE ZUFFEREY^b, CAMILLE BÉZIANE^e, Dr ARNAUD MERGLEN^f, CÉLINE BROCKMANN^g et Pr PATRICK BODENMANN^h

Rev Med Suisse 2023; 19: 1277-81 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.833.1277

Alors que plusieurs études récentes suggèrent qu'environ 1 jeune sur 6 fait partie de la diversité arc-en-ciel en Suisse, une proportion élevée des professionnel·les de santé n'a jamais eu de cours sur la santé des personnes LGBTIQ+ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées, queers, en questionnement ou autres). Cette situation entraîne d'importantes lacunes dans la prise en charge médicale des personnes LGBTIQ+, ainsi qu'une difficulté d'accès à des soins équitables, culturellement appropriés et de qualité. Cet article présente l'ambitieux et inédit projet de formation par apprentissage en ligne I-CARE (Improving Care and Access for Rainbow Equity) qui devra contribuer, à partir de la fin de cette année, à combler les lacunes actuelles dans la formation prégraduée et continue des professionnel·les de santé.

I-CARE: a pioneering e-learning training program on LGBTIQ+ health

While several recent studies suggest that approximately 1 in 6 young people in Switzerland are part of the rainbow diversity, a high proportion of health professionals have never had a course on LGBTIQ+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer, questioning or other) health. This situation leads to significant gaps in the medical care of LGBTIQ+ persons as well as difficulties in accessing equitable, culturally appropriate and quality care. This article presents the ambitious and novel e-learning project I-CARE (Improving Care and Access for Rainbow Equity) which should contribute, from the end of this year, to filling the current gaps in the undergraduate and continuing education of health professionals.

^aFaculté de biologie et de médecine, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bFondation Agnodice, Rue Centrale 23, 1003 Lausanne, ^cSexopraxis, Rte de la Clochette 7, 1052 Lausanne, ^dUniversité du Québec à Montréal, 405 Rue Sainte-Catherine Est, Montréal, QC H2L 2C4, Canada, ^eAssociation Les Klamydia's, 1004 Lausanne, ^fFaculté de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève et Université de Genève, 1211 Genève 4, ^gFaculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^hFaculté de biologie et de médecine, Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté et Université de Lausanne, 1011 Lausanne
raphael.bize@unisanté.ch | erika.volkmar@ssd-ad.ch
zoe.blanc-scuderi@sexopraxis.ch | medico.denise@uqam.ca
adele.zufferey@agnodice.ch | lesklamydias@gmail.com | arnaud.merglen@unige.ch
celine.brockmann@unige.ch | patrick.bodenmann@unisanté.ch

^aNous utilisons volontairement l'acronyme LGBTI (personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou intersexuées) pour relater les résultats d'études épidémiologiques et l'acronyme plus inclusif LGBTIQ+ (personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées, queers, en questionnement ou autres) ou l'expression «personnes de la diversité arc-en-ciel» lorsque nous parlons des communautés concernées dans leur ensemble. Les personnes queers, en questionnement ou autres sont, en effet, rarement prises en compte dans les études épidémiologiques, notamment en raison des défis de catégorisation que cela représente.

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, des études suisses et internationales démontrent que les personnes LGBTI^a font face à des iniquités spécifiques en matière de santé.¹⁻⁵ Cela se traduit notamment par une moins bonne santé générale, davantage de difficultés psychiques (anxiété, dépression, risque suicidaire), ainsi que par une consommation accrue de substances addictives.^{1,5,6} Une grande partie de ces disparités en santé est causée par le stress et les préjudices liés au fait d'appartenir à des groupes sociaux sujets à la stigmatisation, aux discriminations et confrontés à différentes formes de violences.⁷⁻⁹

Alors que plusieurs études récentes suggèrent qu'en Suisse environ 1 jeune sur 6 fait partie de la diversité arc-en-ciel,^{6,10} une proportion élevée des professionnel·les de santé n'a jamais eu de cours sur la santé des personnes LGBTIQ+ et sur les besoins spécifiques de ces populations. Cette situation entraîne d'importantes lacunes dans les prestations fournies ainsi qu'une difficulté d'accès à des soins équitables, culturellement appropriés et de qualité.^{2,11,12} L'orientation affective et sexuelle, l'identité et l'expression de genre ainsi que les caractéristiques sexuelles biologiques ne sont que rarement abordées dans les consultations médicales.

Depuis des décennies, les organisations communautaires LGBTIQ+ s'engagent au quotidien sur les questions de santé, qu'il s'agisse du travail de prévention ou de plaider auprès des pouvoirs publics. Elles constituent des lieux sûrs où les personnes de la communauté peuvent accéder à des ressources et rencontrer des pair·es. Cet ancrage dans le terrain permet aux actrices et acteurs communautaires de connaître les besoins des bénéficiaires et, si besoin, de s'adapter pour y répondre. Cet engagement est souvent peu connu des professionnel·les de santé qui peuvent se sentir démuni·es face à leurs patient·es LGBTIQ+. Le projet I-CARE a été pensé et co-construit pour que ces deux mondes puissent mieux se comprendre et s'enrichir mutuellement. Il donne la possibilité aux soignant·es de dépasser les questions de légitimité pour devenir de meilleur·es allié·es et aux actrices et acteurs du terrain de mieux saisir les enjeux inhérents à la prise en soins.

À la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, seules deux périodes traitent de cette thématique durant l'ensemble du cursus de médecine. À cela s'ajoute un cours à option de trois périodes, suivi par 15 à 20 étudiant·es par volée. À la Faculté de médecine de Genève, ce sont trois

périodes qui sont attribuées à cette thématique pour une introduction aux connaissances de base uniquement. Si ces cours montrent une certaine efficacité pour améliorer les connaissances des étudiant-es,¹³ ces dernier-ères sont nombreux-ses à demander davantage d'heures d'enseignement sur ce sujet. Constatant leurs lacunes en matière de soins aux personnes LGBTIQ+, les professionnel-les de santé déjà en exercice nous sollicitent fréquemment pour organiser des formations postgraduées ou continues.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de formation par apprentissage en ligne sur les enjeux de la diversité arc-en-ciel en contexte de soins de premier recours. En Amérique du Nord, plusieurs universités (notamment Harvard et Stanford) proposent des formations théoriques sur cette thématique (voir notamment: <https://mededucation.stanford.edu/courses/teaching-lgbtq-health/>). Le Parlement européen a récemment financé le développement d'une formation en présentiel, intitulée Health4LGBTI,¹⁴ qui n'est cependant pas disponible en français.

PRÉSENTATION DE LA FORMATION I-CARE

De ces différents constats et des demandes des organisations communautaires est né le projet de formation I-CARE (Improving Care and Access for Rainbow Equity) par apprentissage en ligne à l'intention des professionnel-les de la première ligne de soins. La revue de la littérature scientifique, ainsi que la structure modulaire du projet européen Health4LGBTI nous ont servi de base de réflexion.

Le projet est porté par Unisanté et bénéficie du soutien et de la collaboration de représentant-es d'organisations communautaires LGBTIQ+, du Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS), de la Commission e-Learning de la Faculté de biologie et médecine (FBM-CHUV) de l'Université de Lausanne, de la Direction générale de la santé du canton de Vaud, des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), de l'Institut et Haute école de la santé La Source à Lausanne, et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (**tableau 1**). La **figure 1** présente le logo qui permettra d'identifier I-CARE dans les supports de communication à venir. Le lancement de la formation est prévu à partir de la fin de l'année 2023.

Publics cibles et objectifs de la formation I-CARE

La formation I-CARE cible les médecins de première ligne (formation continue), mais également les étudiant-es en médecine (prégradué). Elle sera aussi proposée aux infirmières et infirmiers, ainsi qu'aux étudiant-es en soins infirmiers. Une diffusion auprès d'autres professionnel-les de santé est envisageable en fonction de l'intérêt.

Les objectifs généraux de la formation sont de permettre aux apprenant-es de: a) comprendre la nécessité d'acquérir des compétences cliniques transculturelles pour favoriser des soins équitables auprès de patient-es issu-es de la diversité arc-en-ciel et b) acquérir les connaissances et les compétences de base pour assurer un accueil et des soins de premier recours de qualité.

TABLEAU 1	Liste des enseignant-es intervenant dans la formation I-CARE
-----------	--

Ordre alphabétique.

Deborah Abate, Association InterAction (national)
Anne-Emmanuelle Ambresin, DISA, CHUV, Lausanne
Sylvan Berrut, Checkpoint Vaud, PROFA, Lausanne
Camille Béziane, Association Les Klamydia's (romand)
Raphaël Bize, Unisanté, Lausanne (direction du projet, groupe de pilotage)
Zoé Blanc-Scuderi, SexopraxiS, Lausanne (coordination du projet, groupe de pilotage)
Patrick Bodenmann, Unisanté, Lausanne (supervision, groupe de pilotage)
Céline Brockmann, Université de Genève (appui stratégique)
Vanessa Christinet, Checkpoint Vaud, PROFA, Lausanne
Caroline Dayer, Experte en prévention et traitement de l'homophobie et de la transphobie
Isabelle Favre, Projet Lutte contre les discriminations, Dialogai, Genève
Anne François, Médecine interne générale, Genève
Catherine Fussinger, Déléguée cantonale aux questions LGBTIQ (canton de Vaud)
Caroline Gautier, Consultation L-Check, PROFA, Lausanne
Martine Jacot-Guillarmod, DFME, CHUV, Lausanne
Florent Jouinot, Aide suisse contre le sida et SwissPrEPared (national)
Denise Medico, Université du Québec à Montréal, Canada
Arnaud Merglen, HUG, Genève (appui stratégique)
Jérémy Nayak, Unisanté, Lausanne
Nicolas Ozelley, Association Familles arc-en-ciel (national)
Sophie Peuble-Bovon, responsable santé VoGay et Unisanté, Lausanne
Patrick Schmitt, DISA, CHUV, Lausanne
Mathieu Turcotte, Institut et Haute école de la santé La Source, HES-ISO, Lausanne
Erika Volkmar, Fondation Agnodice (romand), (stratégie, groupe de pilotage)
Raphaël Wahlen, DISA, CHUV, Lausanne
Adèle Zufferey, Fondation Agnodice (romand)

FIG 1	Logo de la formation I-CARE
-------	-----------------------------



Fondements scientifiques et approches pédagogiques

La formation I-CARE s'appuie sur les connaissances scientifiques les plus récentes. Elle sollicite également la collaboration étroite des associations LGBTIQ+ pour la définition des enjeux prioritaires et la mise à disposition de témoignages.

La formation fait appel à différentes approches pédagogiques (apports théoriques illustrés à l'aide de schémas, témoignages de personnes concernées, entretiens simulés, quiz, etc.). Les unités d'apprentissage consistent en des capsules audiovisuelles d'une durée de 5 à 15 minutes chacune. Des supports d'apprentissage complémentaires seront disponibles sur la plateforme d'apprentissage (recommandations, documentation de référence,^{15,16} articles scientifiques), et des quiz permettront de tester l'acquisition des connaissances.

L'intégration au cursus des études de médecine à la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL et de la Faculté de médecine de l'UNIGE est garantie. Elle permettra de diversifier les approches pédagogiques en recourant, par exemple, à un enseignement de type «classe inversée» (les étudiant-es viennent en cours après avoir visionné les capsules, ce qui

permet de laisser davantage de place aux mises en situation et aux interactions durant le cours en présentiel). Une intégration similaire est prévue au sein des hautes écoles formant les infirmières et infirmiers en Suisse romande. Les démarches usuelles seront entreprises auprès des sociétés médicales concernées pour l'obtention de crédits de formation continue.

Structure et modules

La structure en cinq modules et les principaux thèmes abordés dans la formation I-CARE sont présentés dans la **figure 2** ci-après.

Les deux premiers modules apportent les connaissances théoriques essentielles à la compréhension des enjeux de la diversité arc-en-ciel en contexte de soins (savoir). Après la présentation des objectifs de la formation, le *module 1* explique les notions de caractéristiques sexuelles, d'identité de genre, d'expression de genre et d'orientations affective et sexuelle, ainsi que la terminologie usuelle. Il aborde ensuite les enjeux de stéréotypes, de préjugés, de stigmatisation, de discrimination et de violences. Les témoignages intégrés à ce module et la singularité des expériences relatées ont pour objectif d'accroître l'autoréflexivité en incitant les apprenant-es à se mettre à la place des personnes concernées.

Le *module 2* explique pourquoi la santé des personnes LGBTQ+ est impactée par un certain nombre de déterminants spécifiques. Il décrit également les principaux problèmes de santé qui sont surreprésentés parmi les personnes LGBTQ+, ainsi que les barrières limitant leur accès aux soins.

Le *module 3* donne des clés pour améliorer le «savoir-être». Il permettra aux apprenant-es d'identifier leur rôle dans la provision de soins culturellement et médicalement appropriés auprès des personnes de la diversité arc-en-ciel et les

encouragera à prendre conscience des rapports de pouvoir qui peuvent interférer avec la qualité des soins. Il montre également comment créer un environnement accueillant et adopter une attitude et un langage inclusifs.

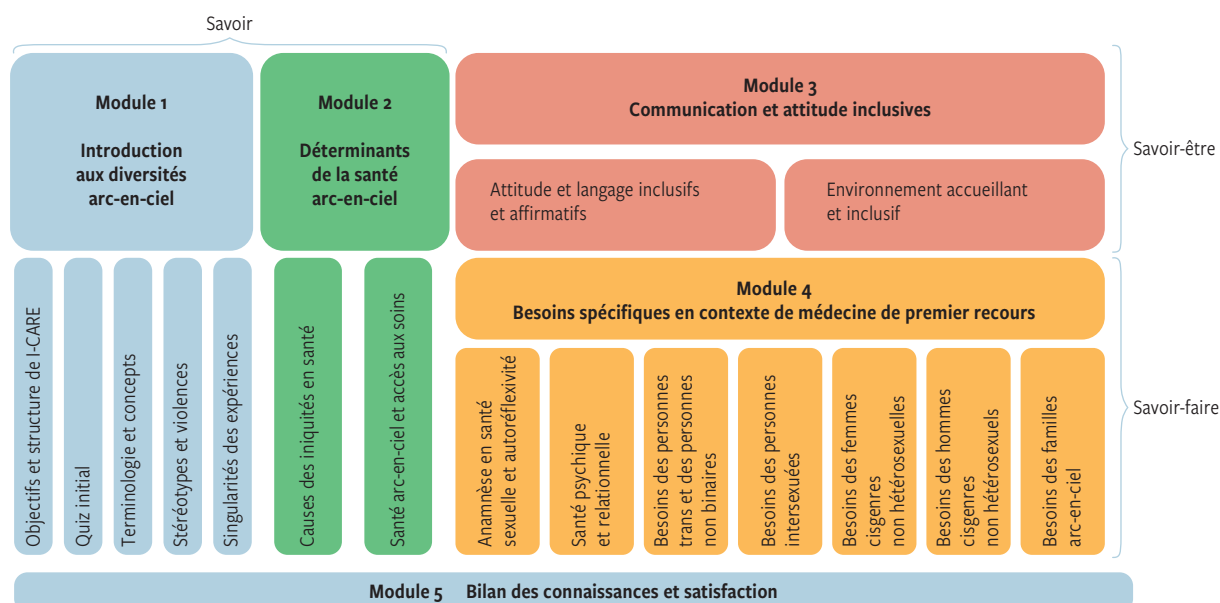
Le *module 4* traite des enjeux de «savoir-faire». À la demande de nombreux-ses étudiant-es et praticien-nes installé-es, il commence par illustrer la conduite d'une anamnèse en santé sexuelle et aborde ensuite les enjeux de santé psychique et relationnelle en illustrant, quand cela est pertinent, comment renforcer la résilience et l'estime de soi des patient-es concerné-es. Il se décline ensuite dans une série de capsules qui abordent les besoins spécifiques des différents sous-groupes qui constituent la diversité arc-en-ciel, à commencer par les personnes transgenres et celles non binaires, suivies par les personnes intersexuées, les femmes cisgenres non hétérosexuelles, les hommes cisgenres non hétérosexuels, et enfin les familles arc-en-ciel. Ces capsules ont une orientation volontairement pratique et font appel à des mises en situation, notamment sous la forme de consultations simulées. Des outils pratiques (checklists, recommandations pour la pratique clinique, etc.) complètent ce module.

Finalement, le *module 5* propose aux apprenant-es de faire le bilan des connaissances acquises et de partager leur appréciation concernant cette formation.

Modalités de suivi de la formation

Les contenus et le déroulé de la formation seront organisés au moyen d'un logiciel de création de formation en ligne et seront ensuite hébergés sur une plateforme de type Moodle. Afin de pouvoir évaluer l'intérêt suscité par cette formation et l'atteinte des publics cibles, mais également dans le but de pouvoir délivrer des attestations de formation donnant droit à des crédits reconnus (ECTS et ISFM notamment), les apprenant-es devront créer un compte ou utiliser leurs iden-

FIG 2 Structure de la formation I-CARE



tifiants SWITCH-edu-ID pour accéder à la formation. Cette démarche de connexion permettra également aux apprenant-es de suivre la formation de manière flexible (selon le temps disponible par session), tout en «retombant» exactement là où elles et ils se sont arrêté-es lors de la session précédente.

Évaluation prévue

La plateforme qui hébergera la formation I-CARE nous permettra de connaître le nombre de personnes qui auront débuté et celles qui auront suivi l'entier de la formation. Un questionnaire initial anonyme (qui sera hébergé sur un serveur sans lien avec les identifiants de connexion) nous permettra de collecter quelques informations sociodémographiques utiles pour évaluer l'atteinte des publics cibles. Un second volet de ce questionnaire permettra d'évaluer l'impact de la formation en mesurant l'évolution des connaissances *avant et après* la formation. La publication de ces résultats scientifiques contribuera à l'amélioration des connaissances dans le domaine de la formation médicale.

DISCUSSION

Comme le montrent les demandes fréquentes du terrain, ce projet comblera un déficit important de formation dans le domaine de la santé des personnes LGBTIQ+ en Suisse romande et fournira de précieux outils de diffusion des connaissances. Ses retombées seront multiples puisqu'il permettra à la fois: a) un auto-apprentissage en ligne accessible à un large éventail de professionnel-les de santé; b) une utilisation comme support de cours prégradués en présentiel et c) la réalisation d'apprentissages de type «classe inversée» auprès des étudiant-es en médecine et en soins infirmiers.

Au-delà des lacunes constatées en lien avec la santé des personnes de la diversité arc-en-ciel, c'est aussi l'anamnèse et les conseils en matière de santé sexuelle qui peinent à trouver leur place au sein des espaces de consultations. Un nombre important de praticien-nes expérimentent quotidiennement une gêne inhibitrice dans le questionnement et l'approfondissement des thématiques liées à la sexualité. Cette autocensure est renforcée par différents facteurs: le manque de formation, la peur de mettre l'autre mal à l'aise, la gêne personnelle ou un savant mélange de ce qui précède.

Aborder les questions de sexualité dans une consultation médicale ne contribue pas seulement à lever un tabou, cela

permet surtout de créer un espace d'écoute non jugeante et de promotion de la santé à part entière. Savoir dépasser le malaise autour de la sexualité appelle à s'interroger soi-même sur les raisons de cette retenue et à chercher des outils pour dépasser ces barrières. Ce sont aussi ces opportunités d'auto-réflexivité et d'apprentissage que la formation I-CARE offrira aux apprenant-es.

CONCLUSION

La formation I-CARE permettra une diffusion beaucoup plus large et efficace des connaissances nécessaires à la provision de soins culturellement et médicalement appropriés auprès des personnes LGBTIQ+. Elle devrait contribuer à améliorer en francophonie l'accès à des soins de qualité et réduire les disparités en santé actuellement constatées.

Conflit d'intérêts: Les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

R. Bize: <https://orcid.org/0000-0001-5626-4628>

A. Merglen: <https://orcid.org/0000-0001-5654-8428>

P. Bodenmann: <https://orcid.org/0000-0002-1058-1035>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'ensemble des professionnel-les de santé et des étudiant-es pourront accéder à partir de la fin de l'année 2023 à la formation I-CARE par apprentissage en ligne.
- Cette formation leur fournira les connaissances de base pour prodiguer des soins culturellement et médicalement appropriés aux personnes LGBTIQ+ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées, queers, en questionnement ou autres), dans un contexte de premier recours.
- La formation donnera droit à des crédits reconnus par les instances habilitées.

Le Centre Maurice Chalumeau en sciences des sexualités de l'Université de Genève (CMCSS) soutient le développement de la formation «I-CARE» par apprentissage en ligne (*Improving Care and Access for Rainbow Equity*).

Informations accessibles sur www.unige.ch/cmcss

1 **Zeeman L, Sherriff N, Browne K, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health*. 2019 Oct 1;29(5):974-80.

2 Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med*. 2015 Jan;30(1):9-16.

3 Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian Gay Bisexual and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better unders-

tanding. Washington, DC: National Academies Press, 2011; xviii, 347 p.

4 Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Prev Med*. 2007;44(1):70-5.

5 *Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht. Luzern: Hochschule Luzern Soziale Arbeit, 2022.

6 *Udrisard R, Stadelmann S, Bize R. Des chiffres vaudois sur la victimisation des jeunes LGBT. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022.

7 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.

8 Hatzenbuehler ML, Rutherford C, McKetta S, Prins SJ, Keyes KM. Structural stigma and all-cause mortality among sexual minorities: Differences by sexual behavior? *Soc Sci Med*. 2020 Jan;244:112463.

9 *Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implica-

tions. *Pediatr Clin North Am*. 2016 Dec;63(6):985-97.

10 Barrense-Dias Y, Akre C, Berchtold A, et al. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018.

11 Meads C, Hunt R, Martin A, Varney J. A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 21;16(17):3032.

12 Whittle ST, Turner L, Combs RL, Rhodes S. Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. *Bruxelles:*

ILGA Europe, 2008.

13 Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. PLoS One. 2020;15(7):e0234743.

14 Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K,

et al. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. Patient Educ Couns. 2020 May;103(5):978-87.

15 **Bize R, Berrut S, Volkmar E, et al.

Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres

et intersexuées. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H, editors. Vulnérabilités, équité et santé. 2^e éd. Chêne-Bourg: RMS éditions/Médecine et Hygiène, 2022; p. 347-60.

16 **Medico D, Volkmar E, Wahlen R, et al. Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres. In: Boden-

mann P, Jackson Y, Wolff H, editors. Vulnérabilités, équité et santé. 2^e éd. Chêne-Bourg: RMS éditions/Médecine et Hygiène, 2022; p. 361-71.

* à lire

** à lire absolument

État confusionnel aigu hypoactif

Un diagnostic différentiel dans le traitement de la démence et de la dépression

Dr^e FATIMA DIOUF^a, Dr BRIEUC HOANG^a, Dr LAURENT BAMMATTER^a, Dr MOHAMED ESHMAWEY^{a,b} et Pr PAUL G. UNSCHULD^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 1282-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.833.1282

L'état confusionnel aigu (ECA) correspond à une altération aiguë de l'attention et de la conscience ainsi que de la cognition. L'ECA hypoactif représente un défi pour l'équipe médico-soignante en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge. Par ailleurs, les symptômes de l'ECA hypoactif se recoupent le plus souvent avec ceux de la démence et la dépression, ce qui peut mener à une erreur diagnostique. Lorsqu'il se prolonge (plusieurs semaines), l'ECA hypoactif met les soignants et la famille du patient en grande difficulté. Dans cet article vont être abordés les particularités de l'ECA hypoactif dans la pratique en milieu hospitalier, ses bases neurobiologiques, les défis qu'il représente au niveau diagnostique ainsi que sa prise en charge selon les dernières données de la littérature.

Hypoactive delirium

Delirium (or Acute Confusional State) refers to an acute alteration of attention, consciousness, and cognitive performance. Particularly the hypoactive subtype of delirium represents a diagnostic and clinical challenge. As symptoms of hypoactive delirium may overlap with the clinical picture present in dementia and depression, correct diagnostic differentiation can be challenging. In the absence of timely diagnosis and treatment, hypoactive delirium can last for several weeks. Apart from the health consequences for the patient, such a long course can stress caregivers and the family to their very limit. In this article, we will address the particularities of hypoactive delirium in hospital practice, the neurobiological bases of this disorder, the challenges it represents at the diagnostic level as well as its recommended management according to current literature.

L'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU DANS LA PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE

L'état confusionnel aigu (ECA) est défini comme une pathologie aiguë altérant les capacités cognitives, avec une fluctuation de l'état de vigilance et de l'attention. L'ECA atteint le sujet au niveau de ses fonctions cérébrales telles que la cognition, la perception, la pensée et la mémoire. Des perturbations au niveau psychomoteur et du rythme nyctéméral peuvent également être présentes. Le sujet peut également présenter des hallucinations et/ou des illusions. Dans l'ECA, la sévérité des symptômes est fluctuante au cours de la

journée et engendre des pics au cours de la nuit. Son installation est rapide (quelques jours) et sa durée brève (moins d'un mois).¹

La prévalence de l'ECA atteint 10 à 31% des personnes admises à l'hôpital.² Ce trouble reste encore souvent mal diagnostiqué, représentant ainsi une part non négligeable des coûts de la santé. Ses causes sont multifactorielles et il existe actuellement des moyens efficaces non pharmacologiques pour prévenir l'état confusionnel et en diminuer l'incidence et la durée.³ La démence est le facteur prédisposant le plus important pouvant causer un ECA. En effet, la démence et l'ECA partagent un terrain physiopathologique commun impliquant les mécanismes d'inflammation et une diminution de l'activité cholinergique, de la vascularisation et du métabolisme cérébral.⁴ Le taux de mortalité d'un patient admis à l'hôpital pour un ECA dans l'année qui suit varie entre 10 et 26%.⁵ Par ailleurs, les personnes âgées qui ont un antécédent d'état confusionnel présentent un risque de démence plus élevé que la moyenne,⁶ d'où la nécessité de réaliser un bilan neurocognitif dans l'année qui suit.

Il existe 4 types différents d'ECA classés selon leurs manifestations motrices:

- Hyperactif.
- Hypoactif.
- Mixte.
- Sans symptômes moteurs.

L'ECA hypoactif se caractérise par une somnolence, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une apathie. Selon des études récentes, il est plus fréquent dans la pratique que l'ECA hyperactif⁷ bien que souvent sous-diagnostiqué. En effet, le tableau clinique est plus discret que celui de l'ECA hyperactif et il est souvent confondu avec celui de la dépression. Le pronostic du type hypoactif est moins bon que celui des autres types d'ECA. En effet, sa durée est associée à une perte des capacités cognitives et des fonctions exécutives contrairement au type hyperactif⁸ (tableau 1).

L'ECA hypoactif partage un certain nombre de symptômes communs avec la dépression comme l'apathie, l'asthénie et le ralentissement psychomoteur. Ainsi, jusqu'à 50% des cas sont non diagnostiqués ou mal diagnostiqués (*misdiagnosed*). À noter que dans l'ECA hypoactif, l'installation des symptômes est plus brutale, leur fluctuation est plus rapide et la diminution de l'attention ainsi que les troubles de la vigilance sont davantage présents. Par ailleurs, la nature des perturbations du sommeil diffère entre les 2 pathologies (réveils précoces dans la dépression, sommeil fragmenté et/ou inversé dans l'ECA hypoactif).

^aService de psychiatrie gériatrique, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bCentre de la mémoire, Département de gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
fatima@diouf.ch | brieuchoang@gmail.com | laurent.bammatter@hcuge.ch
mohamed.eshmawey@hcuge.ch | paul.unschuld@hcuge.ch

TABLEAU 1

Facteurs de risque de l'état confusionnel aigu

ECA: état confusionnel aigu.

Facteurs de risque ou prédisposants (non modifiables)	Facteurs précipitants (modifiables)
<ul style="list-style-type: none"> • Démence • Âge avancé (> 65 ans) • Troubles cognitifs • Antécédent d'ECA ou d'AVC • Épisode dépressif • Multiples comorbidités • Perte des stimuli sensoriels (diminution de l'audition, troubles de la vision) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médication • État infectieux • Opérations chirurgicales • Perturbation des électrolytes • Atteintes cardiaques et/ou pulmonaires • Usage de mesures de contention • Rétention urinaire, fécalome

(Adapté de réf.⁴).

NEUROBIOLOGIE DE L'ECA

Une infection ou une blessure (facteurs précipitants) active la production de médiateurs inflammatoires localement ainsi qu'au niveau cérébral. Ceci entraîne une activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et des voies descendantes des systèmes sympathiques et parasympathiques par le biais de cascades inflammatoires médiées par les cytokines notamment. Le cortisol, l'acétylcholine, la noradrénaline et d'autres médiateurs endocriniens sont impliqués dans cette communication bidirectionnelle entre le cerveau et le système immunitaire périphérique.⁹ Dans un contexte d'inflammation, la sécrétion périphérique de cytokines induit une réaction exagérée de la microglie, ce qui peut significativement altérer la neurotransmission cérébrale et plus particulièrement la synthèse ainsi que le relargage de l'acétylcholine, la dopamine, la sérotonine (5-hydroxytryptamine), la noradrénaline, le glutamate et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA).¹⁰ Une diminution de l'activité cholinergique cérébrale (reflétée par une augmentation de son taux sanguin) est constatée chez les patients en état confusionnel.^{11,12} À l'inverse, une suractivation de la voie dopaminergique a été mise en évidence.¹³ La dysfonction neuronale et synaptique induite par ces mécanismes inflammatoires se traduit au niveau clinique par des symptômes neurocognitifs et comportementaux. Si la réponse immunitaire se prolonge et/ou se fait de manière exagérée, la production de cytokines pro-inflammatoires peut avoir un effet délétère en induisant une mort neuronale et des atteintes cognitives à long terme via une surréaction des cellules gliales. Une réponse immunitaire, d'ampleur quand bien même modérée, peut par ailleurs induire des atteintes de ce type en cas d'âge avancé ou d'existence préalable d'une maladie neurodégénérative.⁹

Selon des études récentes, le cortisol et plus globalement l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien sont impliqués dans la genèse de l'état confusionnel. Il existerait par ailleurs un lien entre le taux de cortisol mesuré dans le liquide céphalorachidien en préopératoire et un risque accru de développer un état confusionnel en postopératoire. Les sujets atteints d'un épisode dépressif majeur sont donc davantage à risque d'un état confusionnel en postopératoire car la cortisolemie est augmentée lors d'un épisode dépressif majeur. Ceci corrobore les observations évoquées plus tôt dans l'article, mettant en évidence la dépression comme un facteur de risque pour développer un état confusionnel. À noter également

que la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer présente des similitudes avec celle de la dépression en ce sens qu'elle implique également l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et des taux de cortisol élevés.¹⁴

IMPORTANCE DE DIAGNOSTIQUER L'ÉTAT CONFUSIONNEL HYPOACTIF PLUS RAPIDEMENT

L'ECA hypoactif est plus difficile à reconnaître que l'ECA hyperactif et son évolution est moins favorable, entraînant notamment des soins de plus longue durée, une qualité de vie moindre ainsi qu'une plus grande mortalité. L'évolution plus défavorable de l'ECA hypoactif pourrait s'expliquer par le fait que le diagnostic se fasse plus tardivement. Identifier plus rapidement ces situations et traiter les causes réversibles chez ces patients pourrait améliorer l'évolution de ce trouble¹⁵ (tableau 2).

SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES ENTRE LES FORMES D'ECA

Les caractéristiques communes retrouvées dans les ECA (hyperactif, mixte et hypoactif) sont l'altération aiguë de l'attention et de la conscience ainsi que de la cognition (perturbation de la mémoire, de la perception et du langage, désorientation, etc.). Cette altération se développe sur une courte période (en heures ou jours). Un autre point commun est que la sévérité de l'atteinte de l'attention et de la conscience fluctue sur une même journée.¹⁵

Les causes des ECA peuvent être, entre autres, une affection médicale, un sevrage ou une exposition à des toxiques. Plusieurs facteurs de risque communs sont associés au développement d'un état confusionnel. Les facteurs de risque associés spécialement au type hypoactif sont les suivants: perturbation métabolique, défaillance d'organe, altération cognitive préexistante, déshydratation et âge avancé.¹⁵

Tandis que l'ECA hyperactif se manifeste plutôt par un tableau d'agitation psychomotrice, de nervosité/impatience, d'errance et parfois d'agressivité, l'ECA hypoactif se caractérise par une somnolence, une apathie, une léthargie, une passivité, un ralentissement psychomoteur, une diminution de l'activité,

TABLEAU 2

Critères diagnostiques de l'état confusionnel aigu

Critères diagnostiques principaux

- Installation brutale des symptômes
- Fluctuation des symptômes
- Vigilance perturbée
- Attention diminuée
- Atteinte des capacités cognitives (p. ex. désorientation, altération du langage...)

Critères additionnels

- Cycle nyctéméral perturbé
- Hallucinations et/ou illusions
- Ralentissement ou agitation psychomotrice
- Troubles du comportement
- Fluctuation thymique

(Adapté de réf.⁸).

de la vitesse d'exécution et du discours ainsi qu'une conscience réduite de l'entourage. Dans l'ECA mixte peuvent se retrouver des critères des 2 formes (hyper et hypoactive) dans les dernières 24 heures.^{7,15,16}

Une étude de la littérature de 2016 relève que les personnes présentant un ECA hypoactif pourraient vivre des expériences incompréhensibles et des sensations émotionnelles fortes. Elles pourraient également éprouver de la peur.^{15,17}

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET ERREURS DE DIAGNOSTIC – LES «3D»

Il est nécessaire de distinguer l'ECA hypoactif des autres comportements apathiques et de retrait. L'ECA hypoactif est fréquemment confondu avec une dépression ou une démence, et l'hétéroamnèse permettra de distinguer l'ECA hypoactif d'autres causes de changement de comportement. Le moyen mnémotechnique des 3D peut être utilisé pour se rappeler du diagnostic différentiel en anglais: *Delirium*, *Depression* et *Dementia*. Il s'agit également de déterminer si les perturbations de l'attention, de la conscience et de la cognition ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant ou un état d'éveil sévèrement diminué, tel le coma.¹⁵

Une étude observationnelle a montré que sur 67 personnes âgées hospitalisées et référées à un service de consultation psychiatrique avec suspicion de dépression, 42% présentaient un ECA.^{15,18}

Alors que dans les épisodes dépressifs, une diminution de l'activité peut s'observer, il n'y aura cependant pas de fluctuation, de réduction de la conscience ou de début brusque.¹⁵

En cas de démence, des troubles du comportement ainsi qu'un tableau d'apathie et de retrait peuvent également être présents. Toutefois, le mode d'apparition sera insidieux en cas de démence tandis qu'il est aigu dans l'ECA. Aussi, l'attention est principalement affectée dans l'ECA tandis que d'autres domaines de la cognition seront atteints dans la démence.^{15,16}

À noter qu'un ECA hypoactif peut être superposé à celui de démence et c'est l'hétéroamnèse qui permettra de déterminer si le changement par rapport à l'état de base est aigu, ce qui irait dans le sens d'un ECA, ou chronique, ce qui orienterait plutôt vers une démence.¹⁵

PRISE EN CHARGE DE L'ECA HYPOACTIF

La prise en charge d'un ECA hypoactif repose essentiellement sur trois aspects:

- Le diagnostic en lui-même avec la sévérité de ses symptômes.
- L'identification de son étiologie.
- La remédiation de l'étiologie causale la plus probable avec l'instauration d'un traitement approprié le cas échéant.

Définir l'hypothèse étiologique causale de l'ECA hypoactif, son traitement et la prévention d'une récurrence est prioritaire dans la prise en charge du patient.

PRÉVENTION DE L'ECA

Ainsi et avant toutes mesures médicamenteuses, il conviendra de prime abord d'être attentif à certains aspects essentiels dans la prévention ou l'aggravation de l'ECA, impliquant un grand nombre de mesures non pharmacologiques. Bon nombre d'études ont démontré les effets bénéfiques de ces mesures dans la prise en charge et la prévention de la survenue d'un ECA.¹⁹⁻²¹

Les principales interventions identifiées permettant de diminuer l'incidence d'un ECA hypoactif sont les suivantes:

- Veiller aux précautions de base (hydratation, alimentation, miction, etc.).
- Prévenir les aspects sensoriels et environnementaux.
- Améliorer l'orientation du patient.
- Favoriser une mobilisation adaptée à la situation clinique.
- Promouvoir un discours et une stimulation adaptés à la personne.
- Continuer une stimulation cognitive.
- Anticiper la facilitation du sommeil physiologique.
- Éviter et/ou surveiller l'utilisation de médicaments problématiques.
- Éviter et traiter les complications médicales.
- Intensifier une bonne gestion de la douleur.

Au-delà de ces aspects, les preuves disponibles ne soutiennent pas l'utilisation de médicaments pour prévenir l'ECA hypoactif: les *agents antipsychotiques* présentent des avantages inconstants et au mieux modestes.²² Leur emploi se limite exclusivement à la prise en charge d'un ECA hyperactif. Concernant les *inhibiteurs de l'acétylcholinestérase*, leur emploi n'a pas démontré d'effet favorable sur la survenue d'un ECA hypoactif; avec par ailleurs des effets secondaires plus importants.²³ La *mélatonine* a montré une efficacité inconstante dans la prévention d'un ECA.²⁴

TRAITEMENT D'UN ECA HYPOACTIF

L'instauration d'un traitement médicamenteux psychotrope n'est ni recommandé, ni clairement établi.²¹ Comme précédemment mentionné une évaluation diagnostique approfondie doit précéder tout usage de psychotrope. En cas d'ECA hypoactif persistant, l'évaluation diagnostique devrait être systématiquement revue.

L'intervention pharmacologique la plus pertinente est de ne pas introduire de nouvelle molécule potentiellement confusogène. Lorsqu'une condition médicale aiguë sous-jacente (par exemple: infection, défaillance organique, etc.) est identifiée comme pouvant être responsable de l'ECA hypoactif observé, le traitement consiste à traiter spécifiquement cette dernière (traitement antibiotique, hydratation intraveineuse, etc.).

Les situations médicales le plus souvent observées dans la survenue d'un ECA hypoactif sont les suivantes:

- L'encéphalopathie métabolique associée aux troubles hydriques et électrolytiques (déshydratation, hyponatrémie/hypernatrémie, hypo/hypercalcémie), à l'hypoglycémie, aux infections (septicémie, voies urinaires, voies respiratoires,

peau et tissus mous) ou à une insuffisance organique (urémie, insuffisance hépatique, hypoxémie/hypercapnie).

- La toxicité médicamenteuse (par exemple, anticholinergiques, antihistaminiques, hypoglycémisants, psychotropes divers, opioïdes, corticostéroïdes, myorelaxants, agonistes dopaminergiques, anti-infectieux, diurétiques, digoxine, extraits de plantes). À noter qu'un ECA peut survenir avec des taux plasmatiques dans l'intervalle thérapeutique usuel recommandé, en particulier chez les patients à risque. Certains syndromes aigus d'intoxication médicamenteuse peuvent être traités rapidement avec l'antidote approprié.
- Un sevrage (alcoolique et/ou de sédatifs/hypnotiques, nicotine). L'arrêt brusque d'un traitement hypnotique pris au long cours devrait très clairement être évité afin de réduire le risque de survenue d'un ECA sur sevrage. La seule indication formellement retenue de l'usage des benzodiazépines chez un patient âgé étant justement la prévention de survenue d'un ECA sur sevrage.²⁵

Par ailleurs, une supplémentation en thiamine est peu coûteuse et pratiquement sans risque; elle devrait être administrée à tous les patients hospitalisés présentant des signes de dépendance à l'alcool et/ou de carence nutritionnelle.

Quelques rapports de cas et une série de cas non contrôlés s'intéressant à l'usage de médicaments psychostimulants, tels que le méthylphénidate, ont suggéré qu'ils pourraient être associés à une amélioration de la vigilance et de la cognition.²⁶ Cependant, et en l'absence de preuves plus solides, les psychostimulants (par exemple, méthylphénidate, modafinil) ne peuvent pas être recommandés pour traiter l'ECA hypoactif en raison du risque de précipiter l'agitation ou d'aggraver d'éventuels symptômes psychotiques.

CONCLUSION

L'ECA hypoactif est responsable d'une mortalité importante dans l'année qui suit sa survenue et augmente le risque de développer une démence. Au vu de sa présentation clinique, il est souvent confondu avec la dépression et la démence. Or, plus le patient est diagnostiqué tôt, meilleures sont les chances qu'il récupère rapidement ses capacités. Le traitement de l'ECA hypoactif repose principalement sur l'identification de la condition médicale aiguë sous-jacente et le traitement de celle-ci.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'ECA (état confusionnel aigu) hypoactif est plus difficile à reconnaître que le type hyperactif et son évolution moins favorable.
- Les principaux diagnostics différentiels de l'ECA hypoactif sont la dépression et la démence ; c'est l'hétéroanamnèse qui permettra de distinguer l'ECA hypoactif d'autres causes de changement de comportement.
- La prise en charge des patients présentant un ECA hypoactif devrait être centrée sur les mesures préventives et non pharmacologiques ainsi que sur l'identification des facteurs déclenchants.
- Il n'a pas été démontré de manière concluante que la prophylaxie médicamenteuse pouvait prévenir la survenue d'un ECA hypoactif.
- Lorsqu'une pathologie aiguë sous-jacente est identifiée comme étant responsable de l'ECA hypoactif, le traitement repose sur la gestion spécifique de cette dernière.

1 Lotstra F, François A. Delirium ou état confusionnel aigu chez la personne âgée. *Rev Med Brux*. 1994 Jul-Aug;15(4):274-6.

2 Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*. 2006 Jul;35(4):350-64. DOI: 10.1093/ageing/af005.

3 Rieck KM, Pagali S, Miller DM. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract* (1995). 2020 Mar;48(sup1):3-16. DOI: 10.1080/21548331.2019.1709359.

4 Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210-20. DOI:10.1038/nrneuro.2009.24.

5 McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*. 2002 Feb 25;162(4):457-63. DOI:10.1001/archinte.162.4.457.

6 Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014 Mar 8;383(9920):911-22. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

7 Van Velthuis EL, Zwakhalen SMG, Mulder WJ, et al. Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: a retrospective cohort study evaluating daily practice.

Int J Geriatr Psychiatry.

2018 Nov;33(11):1521-9. DOI: 10.1002/gps.4690.

8 Hayhurst CJ, Marra A, Han JH, et al. Association of Hypoactive and Hyperactive Delirium With Cognitive Function After Critical Illness. *Crit Care Med*. 2020 Jun;48(6):e480-8. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004313.

9 Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. The immunology of delirium. *Neuroimmunomodulation*. 2014;21(2-3):72-8. DOI: 10.1159/000356526.

10 *Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210-20. DOI:10.1038/nrneuro.2009.24.

11 Flacker JM, et al. The association of serum anticholinergic activity with delirium in elderly medical patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998;6(1):31-41.

12 Mussi C, Ferrari R, Ascari S, Salvioli G. Importance of serum anticholinergic activity in the assessment of elderly patients with delirium. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1999;12(2):82-6. DOI: 10.1177/089198879901200208.

13 Trzepacz PT. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000 Apr;5(2):132-48. DOI: 10.153/SCNP00500132.

14 Eshmaewy M, Zullino D, Popp J.

Relationship between delirium and depression in old age. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2021 Apr;172:w03178. DOI: 10.4414/sanp.2021.03178.

15 *Hosker C, Ward D. Hypoactive delirium. *BMJ*. 2017 May 25;357:j2047. DOI: 10.1136/bmj.j2047.

16 Sautebin A, et al. « État confusionnel aigu : l'hétéro-anamnèse au cœur des décisions » [En ligne]. Lausanne: Serveur académique Lausannois; 2012 [consulté le 26 octobre 2022]. Disponible sur : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_A4D42A3DDB32.P001/REF17 Fuller V. Delirium recall –an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016 Jun;25(11-12):1515-27. DOI: 10.1111/jocn.13155. Epub 2016 Mar 9.

18 Farrell KR, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med*. 1995 Dec;155(22):2459-64.

19 Woodhouse R, Burton JK, Rana N, et al. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Apr 23;4(4):CD009537. DOI: 10.1002/14651858.CD009537.pub3.

20 *Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017 Sep 26;318(12):1161-74. DOI: 10.1001/jama.2017.12067.

21 Hsieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):512-20.

22 Oh ES, Needham DM, Nikoobee R, et al. Antipsychotics for Preventing Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2019 Oct 1;171(7):474-84.

23 Overshott R, Karim S, Burns A. Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;2008(1):CD005317.

24 Walker CK, Gales MA. Melatonin Receptor Agonists for Delirium Prevention. *Ann Pharmacother*. 2017 Jan;51(1):72-8.

25 Li Y, Ma J, Jin Y, et al. Benzodiazepines for treatment of patients with delirium excluding those who are cared for in an intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 28;2(2):CD012670. 26 Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Mar;30(2):100-7.

* à lire

LU POUR VOUS Traitement par les statines: quid du traitement personnalisé?

Dans cet essai clinique randomisé multicentrique, des chercheurs sud-coréens ont évalué chez des patients atteints de maladie coronarienne la non-infériorité d'un traitement avec des statines ciblant un taux de cholestérol LDL (lipoprotéines de basse densité) entre 1,29-1,81 mmol/l contre un

traitement utilisant des statines à haute intensité. L'étude a inclus 4400 patients dans 12 centres, qui ont été traités avec la rosuvastatine et l'atorvastatine à des taux variant en fonction du bras d'intervention. Les résultats montrent que le taux d'événements cardiovasculaires majeurs incluant le taux de décès

toutes causes confondues, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de revascularisation coronaire à 3 ans était de 8,1% dans le groupe traité selon la stratégie du taux cible, contre 8,7% dans le groupe traité par statines à haute intensité. Cette différence répondait à la marge de

non-infériorité préétablie. Ainsi, chez les patients atteints de maladie coronarienne, la stratégie de traitement ciblant le taux de cholestérol LDL était non inférieure à la stratégie de traitement par statines à haute intensité en termes de résultats cliniques majeurs à moyen terme.

Commentaire: ces résultats fournissent des preuves supplémentaires en faveur de l'adoption d'une stratégie de traitement ciblant le taux de cholestérol LDL, qui permet une approche personnalisée en tenant compte de la variabilité individuelle de la réponse au traitement par statines, augmentant l'observance thérapeutique.

Dre Zsofia Lilla Jakab

Service de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève

Coordination: Dr Jean Perdrix

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Hong SJ, et al. Treat-to-target or high-intensity statin in patients with coronary artery disease a randomized clinical trial. *JAMA*. 2023 Apr 4;329(13):1078-87. DOI:10.1001/jama.2023.2487

CARTE BLANCHE

LA VALEUR TEMPS DE L'ARGENT

**Dre Annouk Perret Morisoli**

Mobile Anesthesia Care
Rue de Vevey 178
1630 Bulle
a.perret-morisoli@mobile-anesthesia-care.ch

Nouvellement engagée dans une formation en finance à la faculté des HEC de l'Université de Lausanne, je prends conscience que si mes études de médecine m'ont apporté de

nombreuses connaissances sur le corps humain et ses maladies, elles ont laissé dans l'ombre de nombreux aspects du fonctionnement de notre société. Je réalise à quel point ceci contribue à enfermer dans des domaines très spécialisés. Ayant obtenu une maturité fédérale classique avant de me plonger passionnément dans des études de médecine, étudier l'économie représente un défi passionnant pour moi. Avec modestie, je découvre des nouveaux horizons auxquels je n'aurais jamais imaginé m'y intéresser ou y avoir accès. Récemment, nous avons abordé

le rapport entre le temps et l'argent, qui correspond à l'idée selon laquelle «l'argent disponible à l'instant présent a une valeur intrinsèque plus grande que la même somme d'argent à un instant futur, compte tenu du potentiel rendement que l'argent disponible instantanément peut offrir». Vous n'avez rien compris? Autrement dit, grâce à des formules mathématiques semblant incompréhensibles, il est possible de calculer la valeur actuelle d'un projet futur. Pour ce faire, il faut premièrement anticiper les rendements estimés en cash, pour le temps que durera le

projet. Ensuite, il s'agit de déduire de ces rendements d'une part le coût des capitaux nécessaires pour rentabiliser le projet et, d'autre part, le coût des risques liés à l'investissement. La combinaison de ces rendements ainsi calculés représente cette fameuse valeur actuelle du projet futur. Si le chiffre est positif, le projet vaut l'investissement. CQFD. Le cerveau fatigué par la complexité de ces calculs financiers n'empêche pas un sursaut de révolte de mes sentiments roses-verts. Et les émissions de CO₂? Ces calculs ignorent superbement la valeur ajoutée

d'un projet reliée à ses coûts environnementaux et à ses engagements sociétaux. Fort à propos, notre excellent Professeur enchaîne en nous expliquant que, récemment, l'accent mis sur la durabilité a conduit à la prise en considération de facteurs traditionnellement non financiers tels que les émissions de carbone – ces dernières affectant négativement la valeur de l'investissement. Pour ce faire, la « Carbon Pricing Leadership Coalition (CPLC) » a été lancée à Paris en 2015. Son

objectif est d'internaliser les coûts associés aux émissions de carbone en appliquant un prix du carbone à l'ensemble de l'économie mondiale. Il est donc possible, aujourd'hui, de calculer une valeur actuelle qui prend en compte non seulement les futurs bénéfices rapportés au coût du capital et aux risques, mais aussi la valeur ajoutée liée à l'impact positif ou négatif sur la société ou l'environnement. Toutes ces considérations numériques se situent à des années lumière de ma pratique

$$VAN = \sum_{t=0}^T \frac{CF_t}{(1+k)^t}$$

médicale. Enrichie par des années d'expérience glanées au contact avec la souffrance, la maladie et la richesse de l'être humain, je réalise l'abîme qui sépare certains corps de métiers, ainsi que la nécessité absolue

de créer des passerelles entre ces mondes qui sinon ne vont jamais réussir à se comprendre.

(Valeur Actuelle Nette, source Wikipedia).

ZOOM

MitraClip pour traiter l'insuffisance mitrale secondaire

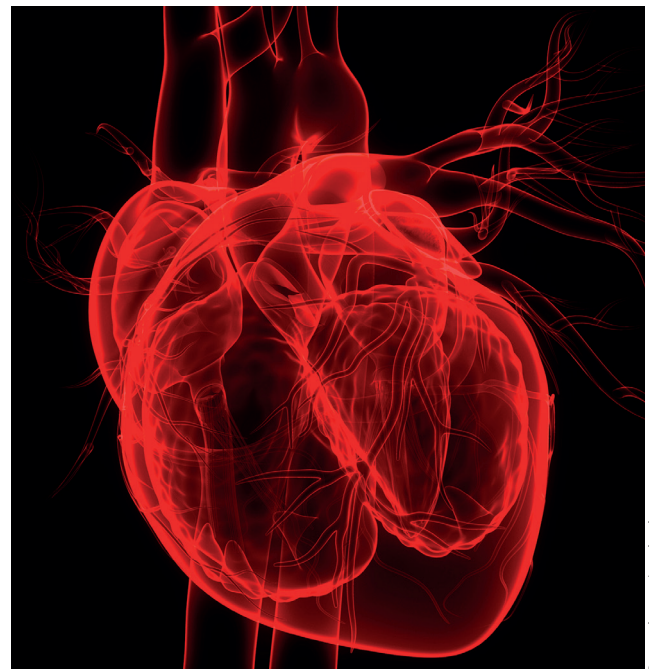
L'insuffisance mitrale (IM) secondaire n'est pas intrinsèque à la valve mais due à une dilatation de l'anneau mitral et à l'étirement des muscles papillaires, empêchant les feuillets mitraux de se rapprocher complètement pendant la systole. Associée à une dysfonction ventriculaire gauche, le pronostic est sombre, avec notamment des décompensations cardiaques et une augmentation de la mortalité. L'étude COAPT (Cardiovascular Outcomes Assessment of the MitraClip Percutaneous Therapy for Heart Failure Patients with Functional Mitral Regurgitation) rapporte une certaine efficacité de la réparation percutanée de la valve mitrale (MitraClip) avec diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque (IC) et de la mortalité à 2 ans, chez les patients sous traitement médical maximal. Les bénéfices à long terme étant incertains, cette étude a étendu le suivi à 5 ans, dont voici les résultats.

Méthode: étude randomisée et contrôlée, multicentrique (78 centres aux États-Unis et Canada). Inclusion: IC d'origine ischémique ou non avec FEVG entre 20 et 50%, IM secondaire modérée à sévère ou sévère, symptomatiques malgré un traitement médical maximal (NYHA > II). Exclusion: hypertension pulmonaire sévère, dysfonction droite modérée ou sévère symptomatique. Intervention: randomisation 1:1 entre un groupe médication seule (traitement médical selon les recommandations) et un groupe médication avec pose de MitraClip (groupe intervention). Après 2 ans, un cross-over, si indiqué, était permis dans le groupe contrôle. Issue primaire: hospitalisations pour IC dans les 2 ans et absence de complications liées au dispositif dans l'année, évaluées sur le suivi à 5 ans.

Résultats: 614 patients randomisés

selon un rapport 1:1 entre le groupe médication seule et le groupe intervention. Pour les premiers 2 ans, le taux d'hospitalisations pour IC était de 35,8% par patient-année dans le groupe intervention vs 67,9% dans le groupe placebo (RR: 0,53; IC 95%: 0,40-0,70). Pour le suivi à 5 ans, le taux d'hospitalisations pour IC par année est de 33,1% par patient-année dans le groupe intervention vs 57,2% par patient-année dans le groupe médication seule (RR: 0,53; IC 95%: 0,41-0,68). Le taux de non-complications liées au dispositif était de 96,6% à 12 mois et de 89,2% à 5 ans.

Discussion et interprétation: les résultats sont plutôt favorables à la pose de MitraClip en cas d'IM modérée à sévère symptomatique, notamment sur la diminution des hospitalisations pour IC. Cependant, le taux de mortalité toute cause confondue reste élevé dans cette



© gettyimages/magcmine

étude, avec plus de la moitié des patients décédés dans les 5 ans pour le groupe intervention et dans les 2 ans pour le groupe contrôle. 21,5% des patients du groupe contrôle ont pu bénéficier d'une pose de MitraClip (cross-over permis dans le protocole). L'étude était sponsorisée par Abbott, le fabricant du MitraClip. **Conclusion:** l'implantation d'un dispositif MitraClip chez les patients avec IM secondaire modérée à sévère et sévère est une technique sûre, qui diminue le taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque, déjà significatif dans les deux ans, avec

le bénéfice qui perdure à 5 ans. La mortalité reste toutefois élevée pour cette population de patients.

Dre Viviane Noverraz

Avec la collaboration du groupe

MIJOUR, Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

Stone GW, et al. Transcatheter mitral-valve repair in patients with heart failure. *N Engl J Med.* 2018 Dec 13;379(24):2307-18. DOI: 10.1056/NEJMoa1806640
Stone GW, et al. Five-year follow-up after transcatheter repair of secondary mitral regurgitation. *New Engl J Med.* 2023 Jun 1;388(22):2037-48. DOI: 10.1056/NEJMoa2300213

Pour des urgences hospitalières publiques 24h/24 de proximité?

En juin 2021, en pleine pandémie Covid-19, afin de contrer la centralisation des urgences du canton de Fribourg et la fermeture nocturne de deux sites d'urgences périphériques (Tavel et Riaz), un comité citoyen dépose une initiative populaire en faveur de la réouverture H24 de ces urgences dites de «proximité».¹ Elle est validée par le Grand Conseil du canton de Fribourg en mars 2022. Celui-ci décide à l'unanimité de définir un contre-projet solide. Dans le même temps, les urgences de ces deux hôpitaux sont redéfinies comme «permanences», leurs plateaux techniques n'étant plus adaptés à la prise en charge des urgences vitales. En janvier 2023, le Conseil d'État repousse le vote d'une année, la naissance de l'alternative ayant pris du retard. Le challenge relevé par cette initiative n'en n'est pas moins ambitieux : améliorer l'accessibilité aux soins en réouvrant des urgences de proximité. Afin de bien saisir l'enjeu, il convient de revenir sur les définitions d'urgence et de service d'urgences SU.

La Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) définit l'urgence comme «un changement de l'état de santé dû à une maladie ou à un accident pour lequel la personne elle-même ou une tierce personne considère une assistance médicale immédiate nécessaire».² À cette notion, s'associe celle du degré d'urgence. On parle d'urgences «absolues» lorsque le pronostic vital est engagé, d'urgences «extrêmes» (qui peuvent vite évoluer vers des urgences absolues), d'urgences «potentielles» (qui nécessitent une surveillance) et d'urgences «relatives» (qui peuvent attendre). Même pour l'urgentiste le plus aguerri, il est parfois difficile de faire la distinction entre toutes ces urgences. De plus, les limites raisonnables de l'attente

ne sont pas définies. En cas d'incertitude, il semble plus prudent de consulter. Afin d'y voir plus clair, la définition du dictionnaire de l'Académie française de médecine complète: «La notion médicale d'urgence fait intervenir deux acteurs antagonistes, celui qui appelle à l'aide et celui qui est sollicité: chacun apprécie différemment la situation. L'appelant ressent l'urgence de façon surtout subjective, c'est l'urgence ressentie. Celui qui est sollicité apprécie plus objectivement et cherche à distinguer l'urgence vraie de la fausse urgence». Dans le doute, l'avis de son médecin semble le plus approprié. En cas d'indisponibilité de celui-ci, les alternatives en Suisse, notamment de nuit profonde, restent limitées. Seule la consultation dans un service d'urgences permet bien souvent de trancher.

Afin de définir un service d'urgences, la SSMUS propose un certain nombre de prérogatives reposant sur les caractéristiques du SU, de son équipe et du plateau technique. Bien consciente des enjeux politiques et financiers, de l'évolution constante du panorama des urgences, la SSMUS nuance: il s'agit de recommandations!³ Pour être éligible à l'appellation «urgences», ledit service doit donc répondre à un certain nombre de critères. Quel que soit le niveau, un SU requiert a minima un service d'anesthésiologie, un bloc opératoire, un service de chirurgie et une radiologie H24 7/7. Afin d'y voir plus clair, d'autres pays proposent des appellations plus explicites: des départements d'urgences et leur réseau d'ambulances et des services de soins primaires. Bien souvent un système de triage assure l'orientation des patients.

Les plateaux techniques des centres hospitaliers périphériques du réseau HFR ne cochant aujourd'hui aucune de ces cases,

il serait bien trompeur, voire dangereux de remplacer le panneau «permanence» par celui «urgence». Dans un contexte de restriction financière et de centralisation imposées aux hôpitaux publics, d'exigences liées aux accréditations, l'exercice, même voté, s'avèrera irréaliste. L'habit ne fera pas le moine. Malgré tout, cette initiative pointe du doigt la nécessité d'assurer l'accès à un expert, le triage et l'orientation des urgences ressenties de jour comme de nuit. La consultation aux urgences ne doit pas être une solution par défaut. La réponse politique, contenue dans le contre-projet doit être forte et coordonnée, et garantir des soins de proximités H24. Et cela, nous votons pour!

IL SERAIT DANGEREUX DE SIMPLEMENT REMPLACER LE PANNEAU «PERMANENCE» PAR CELUI «URGENCE»

1 Comité citoyen d'initiative cantonale fribourgeoise « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité ». www.initiative-h24.ch/. Dernier accès le 28.05.2023.

2 SMUSS. Médecine d'urgence hospitalière. Programme du 1er janvier 2021. [klinische_notfallmedizin_version_internet_f.pdf](https://www.klinische_notfallmedizin_version_internet_f.pdf) (siwf.ch). Dernier accès le 28.05.2023

3 Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer Notfallstation. Bull Med Suisses. 2014;95(35):0. DOI: <https://doi.org/10.4414/bms.2014.02865>

DR THOMAS SCHMUTZ, DR YUCEF GUECHI ET PR VINCENT RIBORDY

Service des urgences (SMUR)
HFR Fribourg – 1708 Fribourg
thomas.schmutz@h-fr.ch – youcef.guechi@h-fr.ch
vincent.ribordy@h-fr.ch

PR VINCENT RIBORDY

Co-président
Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage
Wattenwylweg 21 – 3006 Bern

Information santé
grand public



Auteures

Laurence Dispaux
Yvonne Iglesias

Préface d'Alexine Thompson-
de Benoit

Prix

29.- / 29 €
208 pages
15 x 22 cm
ISBN 9782889411177
© 2022

Le désir de la femme

Guide pour le couple, se comprendre et se retrouver

Alors qu'il constitue souvent une partie majeure du fonctionnement d'un couple, le désir sexuel demeure un sujet sensible et fondamental. Ce désir peut interroger, rassurer ou au contraire inquiéter les partenaires. Se poser des questions, tenter de résoudre seule ou à deux un problème lié à la sexualité plutôt que de l'occulter, sont des démarches saines.

Le concept novateur de ce livre repose sur une invitation à vous situer sur les grands axes de votre sexualité, ou continuums, vos positionnements pouvant varier ou évoluer selon les événements et étapes de la vie. Cette démarche vous permettra de mettre en évidence les nuances, les paradoxes parfois, bref la complexité unique de votre désir. Théorie, continuums, cas concrets et outils vous permettront d'acquérir une meilleure compréhension de vous-même, de votre partenaire et de votre couple.

En retournant ce coupon à **Planète Santé**
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

__ ex. **Le désir de la femme**

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : commande@medhyg.ch
Internet : revmed.ch/livres / Tél. : +41 22 702 93 11 / Fax : 022 702 93 55

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène

Migralgie

Le chemin de l'exil,
un continuum de violence

Sous la direction de Paul Schneider
Préface de Jean Martin



13 x 21 cm

220 pages

22 CHF, 19 €

ISBN: 9782880495459

© 2023

Migralgie

Le chemin de l'exil,
un continuum de violence

Sous la direction de Paul Schneider
Préface de Jean Martin



RMS
EDITIONS

RMS
EDITIONS

Migralgie

Le chemin de l'exil, un continuum de violences

Beaucoup posent cette question: Que pensent les médecins de notre législation sur l'asile ?

La politique migratoire et de l'asile est urgemment à revoir, du point de vue humain, juridique et médico-social. Médecins Action Santé Migrant·e·s (MASM) offre un outil de travail pour les politiques et administrations conscientes des défauts des lois, et désireuses d'y remédier. Le néologisme « migralgie » décrit le large spectre de la douleur induite par la migration et les textes légaux qui veulent l'empêcher. Le mal poursuit son œuvre destructrice chez ceux qui entrent; et pour les accueillants, c'est un mal-être ou un malaise.

Ce livre a comme ambition d'exprimer un avis médical et éthique dans ce débat général où prévalent actuellement des considérations politiques, économiques et populistes. N'est-ce pas le moment de rendre ces lois compatibles ne serait-ce qu'avec le droit international et les conventions signées par la Suisse, mais surtout avec l'éthique médicale que nous voyons bafouée dans plusieurs secteurs ?

COMMANDE



Je commande:

_____ ex. de **MIGRALGIE**

CHF 22.-/19 €

Frais de port : 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat)

Autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture