



Date de dépôt : 28 janvier 2025

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier l'initiative populaire 198 « Pour une contraception gratuite »

Rapport de majorité de Pierre Nicollier (page 4)

Rapport de minorité de Jacklean Kalibala (page 41)

1. Arrêté du Conseil d'État constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le **15 mars 2024**
2. Arrêté du Conseil d'État au sujet de la validité de l'initiative, **au plus tard le** **15 juillet 2024**
3. Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative, **au plus tard le** **15 juillet 2024**
4. Décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet, **au plus tard le** **15 mars 2025**
5. En cas d'acceptation de l'initiative, adoption par le Grand Conseil d'un projet rédigé, **au plus tard le**..... **15 mars 2026**
6. En cas d'opposition d'un contreprojet, adoption par le Grand Conseil du contreprojet, **au plus tard le** **15 mars 2026**



Initiative populaire cantonale

Pour une contraception gratuite

Les citoyennes et citoyens soussigné-e-s, électrices et électeurs dans le canton de Genève, conformément aux articles 57 à 64 de la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012, et aux articles 86 à 94 de la loi sur l'exercice des droits politiques, du 15 octobre 1982, appuient la présente initiative législative cantonale non formulée, par laquelle il est demandé au Grand Conseil de définir un cadre législatif permettant :

- d'organiser la prise en charge, au niveau cantonal, de l'ensemble des frais liés à la contraception, cette dernière étant notamment entendue comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (définition de l'OMS). Sont visées les méthodes de contraception dont l'efficacité est prouvée, soit notamment : la contraception orale, y compris d'urgence (« pilule du lendemain »), les implants, les contraceptifs injectables, les patchs contraceptifs, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins et les préservatifs.

EXPOSÉ DES MOTIFS

La contraception : un enjeu de santé publique !

La contraception est au centre de la santé sexuelle et reproductive. En permettant de prévenir des grossesses non désirées, **elle renforce le pouvoir décisionnel et l'autonomie des femmes**. Sans contraception, le respect du droit à la santé tel que défini à l'article 7 de la déclaration des droits sexuels de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est gravement compromis.

Pourtant, les frais liés à la contraception ne sont, en principe, pas pris en charge par les assurances sociales. Or **ils peuvent représenter des sommes conséquentes**, particulièrement dans notre pays où les produits contraceptifs sont, en moyenne, significativement plus chers que chez nos voisins. Les méthodes les plus efficaces sont en outre souvent celles dont le coût initial est le plus élevé (jusqu'à F 400.- pour un stérilet par exemple, hors coût de consultation). Ces montants peuvent être prohibitifs pour des personnes en situation de précarité.

De plus, en l'absence de remboursement, les coûts et la responsabilité de la contraception tendent à être inéquitablement répartis entre partenaires et à **peser majoritairement sur les femmes**. Cette situation doit changer.

La présente initiative a donc pour but de prévoir un financement public permettant **un partage solidaire et équitable des coûts liés à la contraception**. Telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), celle-ci regroupe l'ensemble des agents, dispositifs, méthodes et procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. L'interruption de grossesse est donc exclue du champ de la présente initiative.

Selon le Conseil fédéral, « *il incomb[e] aux cantons de créer d'autres bases légales pour permettre aux femmes et aux hommes [...] d'accéder facilement à une contraception gratuite* ». Il paraît pertinent d'initier cette démarche à Genève, qui s'est déjà illustré par le passé en jouant un rôle pionnier dans le domaine proche de l'assurance maternité et qui est le canton affichant le plus haut taux d'interruptions de grossesse en Suisse.

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de Pierre Nicollier

La commission de la santé a traité l'IN 198 les 29 novembre 2024 et 10 janvier 2025, sous la présidence de M. Jean-Marc Guinchard. Nous remercions en outre M^{me} Alicia Nguyen, procès-verbaliste, ainsi que M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique, pour leur travail précieux.

A également assisté aux séances : le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur de l'OCS.

Ont été auditionnés :

- Le comité d'initiative représenté par M^{me} Jacklean Kalibala et M^{me} Sophie Demaurex ;
- Le DSM représenté par M. Pierre Maudet, conseiller d'État chargé du DSM et le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur de l'OCS ;
- Groupe santé Genève représenté par M^{me} Anne Saturno, directrice, M. Mathieu Rougemont, membre du comité, et M^{me} Grace Luis Perez, infirmière ;
- L'unité de santé sexuelle et planning familial représentée par la Dre Sara Arsever, responsable.

À la suite de ces auditions, une majorité de la commission a décidé de refuser l'initiative et a voté le principe d'un contreprojet.

Audition des membres du comité d'initiative (présentation : annexe 1)

M^{me} Jacklean Kalibala et M^{me} Sophie Demaurex, initiantes

M^{me} Kalibala explique qu'il s'agit d'une initiative populaire demandant que l'ensemble des frais liés aux méthodes de contraception soient pris en charge par le canton.

M^{me} Demaurex ajoute que des barrières à l'accès à des soins de qualité en Suisse restent fréquentes et peuvent encore mener à des renoncements. Ces barrières peuvent se situer autant dans l'environnement direct d'un individu que dans le système de santé ou encore le contexte global. Le taux de participation des individus à leurs frais de santé est élevé et intervient au travers de la franchise et de la quote-part. Ces frais représentent 5,5% des dépenses des foyers, contre 3,3% en moyenne dans les pays de l'OCDE.

Ce système peut favoriser le renoncement aux soins pour des raisons financières – par exemple des personnes ayant des franchises élevées et nécessitant des soins dentaires ou encore des prestations non remboursées en matière de prévention, de dépistage d'IST, de contraception, etc.

M^{me} Kalibala indique que la contraception est définie par l'OMS comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de fécondation ou l'éviter. L'organisation indique également que les moyens de contraceptions les plus sûrs sont les moyens à longue durée d'action, dits LARC (long acting reversible contraception), qui sont le stérilet et l'implant, mais dont le coût initial est plus élevé.

En Suisse, deux personnes sur trois utilisaient en 2017 une ou plusieurs méthodes de contraception. Les moyens de contraception les plus fréquemment utilisés sont le préservatif (42%) et la pilule (31%), ces chiffres se référant tant aux femmes qu'aux hommes. En troisième place viennent le dispositif intra-utérin (DIU) hormonal chez les femmes (12%) et la stérilisation chez les hommes (15%). Elle précise que Santé Sexuelle Suisse est l'organisation faîtière des centres de santé sexuelle de Suisse et édicte des recommandations. Ces grossesses engendrent une surcharge socio-économique importante tant sur le plan individuel que sociétal.

M^{me} Kalibala souligne que le préservatif, en plus d'être un moyen de contraception, permet de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Bien que les IG soient peu fréquentes en Suisse, les grossesses non désirées sont une problématique de santé publique importante. Les grossesses non désirées sont des grossesses à haut risque avec de plus hauts taux de complications et d'événements négatifs pour la mère, le partenaire et le bébé.

M^{me} Demaurex mentionne ensuite les indicateurs genevois et la moyenne suisse. Le canton de Genève (centre urbain) présente des indicateurs de santé moins favorables pour de nombreuses problématiques de santé que la moyenne suisse. Le taux d'interruptions de grossesse (IG) y est le plus élevé de Suisse (10.5/1000 femmes versus 6.9 en Suisse). L'incidence du VIH dans la région lémanique est la plus haute de Suisse (8.7/100 000 habitants).

M^{me} Kalibala souligne que l'accès à la contraception contribue à la fois à la promotion de la santé et à l'autonomisation des femmes. Selon l'OFSP, la contraception relève d'un choix personnel. Il ne faut pas sous-estimer pour autant l'impact des grossesses non voulues sur la santé de la population. L'association Santé sexuelle suisse indique, quant à elle, que « la contraception doit être considérée comme une prestation sanitaire essentielle, intégrée à l'ensemble de l'offre des soins de santé. La garantie d'avoir accès

financièrement à la contraception ne devrait pas dépendre de dons privés, mais être reconnue et assurée comme une tâche de l'État ». L'OMS et l'Assemblée parlementaire (Conseil de l'Europe) relèvent également que l'accès à la contraception est essentiel.

M^{me} Kalibala informe que la contraception est une stratégie de santé publique très rentable. Beaucoup d'études ont été menées aux États-Unis, où la contraception n'est pas non plus remboursée. Selon une étude du planning familial en Californie, toutes les méthodes contraceptives étaient rentables : elles permettaient d'économiser davantage en dépenses publiques pour les grossesses non désirées qu'elles ne coûtent à fournir. Étant donné qu'aucune méthode unique n'est cliniquement recommandée à chaque femme, il est médicalement et financièrement conseillé aux programmes de santé publique de proposer toutes les méthodes contraceptives. Un audit du PWC a également affirmé qu'une fois tous les effets pris en compte, la fourniture de services de contraception permet de réaliser des économies. En évitant les coûts importants associés à ces naissances non désirées, les contribuables économisent 4 dollars pour chaque dollar dépensé en planning familial.

M^{me} Kalibala poursuit avec l'Atlas européen de la contraception et remarque que la Suisse est le seul pays d'Europe occidentale dont l'indicateur est jaune, alors que les pays européens ayant un niveau de vie similaire ont une situation bien meilleure concernant la contraception. Elle présente ensuite les différents indicateurs de la Suisse qui ne sont pas très positifs, notamment en termes d'accès.

M^{me} Kalibala précise que certains pays européens ont introduit des mesures pour améliorer la santé sexuelle et reproductive, notamment en intégrant la contraception aux prestations de l'assurance-maladie de base, en la rendant gratuite pour les jeunes de moins de 25 ans et les populations vulnérables. La distribution de préservatifs est également gratuite pour tous, ainsi que l'accès à la contraception d'urgence. Elle ajoute que le maintien de la confidentialité est aussi garanti.

M^{me} Kalibala ajoute qu'en Suisse, la contraception n'est pas couverte par la LAMal. La contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain », peut être retirée en pharmacie sans ordonnance médicale, mais seulement après un entretien-conseil approfondi. Elle ajoute que l'Hospice général rembourse seulement la contraception des requérants d'asile. Les frais pris en considération par l'Hospice général dans le calcul des charges comprennent la contraception, mais cela est méconnu et très rarement demandé. Elle souligne que les femmes n'accèdent pas toutes à la contraception de façon égale et que les coûts de la contraception – en plus des effets indésirables et des interventions – sont essentiellement à la charge des femmes seules.

M^{me} Kalibala souligne à nouveau que le coût de la contraception comprend le moyen de contraception – pilule, stérilet, préservatif –, mais aussi le coût de la consultation médicale et de l'intervention qui n'est pas couvert par la LAMal. Les méthodes de longue durée d'action (LARC) qui sont les plus efficaces représentent un coût de mise en place important (jusqu'à F 500.-), bien qu'intéressantes du point de vue financier sur la durée. La stérilisation également, dont le coût est encore plus élevé.

M^{me} Demaurex ajoute qu'il existe un réel risque de renoncement aux méthodes LARC pour des raisons de coût au profit de méthodes moins efficaces et moins chères, mais également moins adaptées à la situation.

M^{me} Kalibala présente les différentes méthodes contraceptives ainsi que leur action, leur mode d'emploi, le prix ainsi que différentes remarques (voir présentation annexe 1, pp. 16-17),

M^{me} Kalibala reprend ensuite quelques éléments du rapport du Conseil d'État. Les partisans de l'IN 198 estiment que la gratuité de la contraception conduirait à une économie sur les dépenses de santé. Il est effectivement possible que la diminution partielle des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles (IST) permette de réaliser une économie, mais il est peu probable que l'économie soit plus importante que la somme des dépenses liées à la gratuité de la contraception. La gratuité de la contraception n'est pas suffisante en soi pour en améliorer l'accès : un renforcement de l'information sur les méthodes et les points d'accès est également essentiel. Elle souligne que la première remarque peut être discutée, mais est d'accord avec la deuxième. Elle mentionne ensuite qu'il ressort du rapport que le renoncement à certaines contraceptions n'est pas lié à un manque d'informations, mais surtout à leur coût non remboursé par la LAMal, selon l'USSPF.

M^{me} Demaurex soulève que l'IN 198, selon le Conseil d'État, soulève des questions complexes de nature éthique, financière et logistique, et les énumère (voir présentation annexe 1, p. 20).

M^{me} Kalibala présente ensuite les différentes réponses aux questions soulevées par le Conseil d'État (voir présentation annexe 1, p. 21).

M^{me} Demaurex explique les différents éléments du contreprojet. Ce dernier souhaite rendre la contraception gratuite et proposer un suivi gynécologique à la population des 15-25 ans (environ 27 500 femmes en 2023 dans le canton de Genève), sachant que ce public cible représente près de 70% des entretiens d'information auprès de l'USSPF. Elle précise que l'accès à cette contraception gratuite et son octroi à ce groupe de bénéficiaires se feraient par

des consultations bien identifiées, à l'instar de l'USSPF, mais aussi par d'autres lieux tels que l'antenne d'Onex.

M^{me} Demaurex poursuit avec les différentes critiques pouvant être apportées au contreprojet. Il serait nécessaire de traiter des demandes plus hétérogènes, et non pas que celles demandant des informations, ainsi que prendre en compte les enjeux d'une population plus vaste. Elle soulève que l'alternative serait d'ouvrir également ce contreprojet aux personnes plus âgées en situation de précarité selon des critères préétablis. Pour rappel, la majorité des IG dans le canton de Genève ont lieu entre 25 et 34 ans.

M^{me} Kalibala mentionne le projet de Santé Sexuelle Suisse sur des fonds COVID qui prévoirait le financement de la contraception, mais pas les frais liés à l'interruption de la grossesse. Elle conclut qu'en Suisse, ce ne sont pas uniquement des jeunes femmes qui n'ont pas les moyens de financer la contraception, mais également des familles en situation de précarité. Elle ajoute que lorsque le choix est possible, les personnes préfèrent des méthodes de longue durée d'action (LARC). Elle soulève que les personnes en situation de précarité renoncent souvent aux LARC alors qu'elles sont les plus efficaces.

M^{me} Kalibala relève qu'en 2020, les centres de consultation en santé sexuelle reconnus comme tels ont eu la possibilité de soumettre des requêtes. Un total de 167 demandes, émanant de 12 cantons, ont été déposées pour le financement de moyens contraceptifs. Le montant global s'élevait à F 96'924.-, soit une moyenne de F 492.- par demande. 81% des moyens contraceptifs financés consistaient en des méthodes réversibles de longue action, et la majorité des demandes (68%) de financement de la contraception émanait de familles avec enfants (dont 22% de familles monoparentales) qui se sont adressées aux centres de santé sexuelle.

M^{me} Demaurex rappelle que la Commission fédérale pour la santé sexuelle a mis l'accès à la contraception comme axe prioritaire d'action en Suisse.

M^{me} Kalibala conclut que l'accès à la contraception et à des informations sur la santé sexuelle et reproductive est une question de santé publique importante. Elle souligne que la prise en charge de coûts est une question sociétale d'égalité et de solidarité. Elle rappelle que la Suisse a clairement du retard par rapport aux pays d'Europe centrale. La situation ne s'est pas améliorée ces dernières années : malgré de multiples interpellations, le CF refuse d'entrer en matière sur une inclusion des moyens contraceptifs dans la LAMal et remet la responsabilité aux cantons. Elle pense que l'État doit veiller à ce que les méthodes contraceptives soient financièrement abordables pour toutes et tous, notamment pour les groupes marginalisés et vulnérables.

Audition du DSM

- *M. Pierre Maudet, conseiller d'État (DSM)*
- *Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur de l'OCS*

M. Maudet rappelle que le rapport du Conseil d'État sur l'IN 198 date du 26 juin 2024 et a donné lieu à un débat au sein du CE, ce qui a amené ce dernier à effectuer un état des lieux. Il souligne que cela a été l'occasion de saluer certaines communes ayant pris des initiatives, notamment la ville d'Onex qui a effectué des expériences intéressantes.

M. Maudet fait ensuite part des éléments financiers relatifs aux investissements. Il souligne que des dispositifs existent et sont aujourd'hui bel et bien activés. Il estime que la situation peut encore être améliorée, mais que l'initiative, telle qu'elle est formulée, a des exigences trop basses et reste trop imprécise sur ses impacts financiers. Elle est également excessivement généreuse sur son dispositif. Le Conseil d'État a suggéré d'envisager un contreprojet en particulier en termes de ciblage plus précis s'agissant de l'âge.

Certes, entre 25 et 30 ans, il y avait également, voire davantage de personnes concernées, mais il est nécessaire de cibler une tranche d'âge définie. La loi prévoit par ailleurs une approche en partenariat avec les communes se basant sur une expérience qu'il lui semble intéressant de développer.

M. Giannakopoulos ajoute que l'OCS est unanime sur le fait que l'objectif de l'IN est noble. Cependant, certains éléments sont à prendre en considération.

Le premier concerne le ciblage de la population. Plusieurs types de ciblage sont possibles, une analogie avec le système américain n'est pas possible. Ce qui a été présenté par les initiates est juste, mais concerne une population ayant un revenu annuel inférieur à 25 000 \$. Il existe donc une présélection, et ce droit est accordé à des personnes extraordinairement exposées aux grossesses indésirées et à un certain nombre d'inégalités. Le ciblage peut donc se faire en fonction de la vulnérabilité des personnes. Dans le cas du texte discuté aujourd'hui, le ciblage a été effectué en fonction de l'âge de la population, et ce en rapport avec l'exposition à un risque de grossesse indésirée, notamment au niveau de la maturation psychosexuelle. Il existe une tendance qui mène à un déplacement de cet âge, qui ne se limite plus aux jeunes entre 15 et 25 ans.

Un député PLR voit que la réflexion va vers une approche plus large que celle de l'initiative, qui se limite à rendre gratuit ce qui est aujourd'hui payant, et ce dans le but de rétablir une inégalité de traitement par rapport à la capacité contributive globale. Il admet que, du point de vue de l'accompagnement de la

maturation psychosexuelle et de la santé sexuelle de la population, il est vrai que supprimer ou réduire la barrière d'accès aux contraceptifs constitue un élément, mais pas le seul. Tous les éléments, notamment en matière de maturation psychosexuelle et de santé sexuelle, passent par d'autres aspects tels que l'éducation, la culture, etc. Il lui semble nécessaire de prévoir cela de manière plus large. Pour toutes ces raisons, il contribuera volontiers à l'idée d'un contreprojet.

M^{me} Kalibala admet, concernant les études américaines, qu'il s'agit d'une population à bas revenu. Elle précise cependant que d'autres études se basent sur des modèles où la contraception est payée par une entreprise à ses employés. Elle souligne que l'entreprise sort de la situation gagnante, car son action a un impact, notamment sur le travail de ses employés. Elle explique que cela démontre l'impact économique que peut avoir la possibilité de prévoir et de planifier les grossesses, sans avoir à les subir de manière non désirée. Elle est d'accord qu'il est nécessaire de cibler la population et indique être prête à aller dans cette direction. Cependant, l'âge n'est pas un critère suffisant, et elle trouve important de prendre en considération d'autres facteurs socio-économiques.

Discussions et vote d'auditions

Le président rappelle que l'initiative devrait être traitée au plus tard le 13 février 2025 en plénière et souligne que le délai est au 15 mars 2025. Cela signifie que la commission devrait déposer un rapport le 28 janvier 2025 au plus tard. Le délai est relativement court, et il demande si la commission a des suggestions d'audition.

Une députée S souhaite auditionner le Planning familial ainsi que Groupe santé Genève, qui fournit un service d'information et d'accueil. Elle pense que cela permettrait à la commission d'avoir une vision d'ensemble des différentes actions qui sont déjà menées.

Le président précise que le Groupe santé Genève se nommait auparavant Groupe SIDA Genève, mais a renoncé à cette appellation, car considérée comme restrictive. Le GSG a ensuite élargi ses activités en matière de prévention.

Un député PLR répète que le groupe PLR est favorable à la proposition d'un contreprojet. Il indique que des auditions supplémentaires, bien que pouvant être intéressantes, ne changeront pas sa position. Il souhaite formuler en substance les contours de ce contreprojet, sachant que les délais sont serrés.

Un député MCG souhaiterait que le vote de cette initiative se fasse rapidement et que de nouvelles auditions soient effectuées uniquement dans le cas où un contreprojet serait examiné.

Le président met aux voix les auditions du Groupe santé Genève ainsi que du Planning familial.

Oui : 10 (3 PS, 2 Ve, 1 LJS, 2 PLR, 2 UDC)

Non : -

Abs : 3 (2 MCG, 1 LC)

Les auditions du Groupe santé Genève et du Planning familial sont acceptées.

Audition du Groupe santé Genève

M^{me} Anne Saturno, directrice, M. Mathieu Rougemont, membre du comité, M^{me} Grace Luis Perez, infirmière

M^{me} Saturno indique que Groupe santé Genève a pris connaissance des objets en discussion et est favorable à l'idée d'un accès à une contraception gratuite. Cependant, plusieurs questions se posent, notamment concernant le public cible. Elle souligne également que certains objets mentionnent des moyens de contraception incluant la contraception permanente et qu'ils visent une population générale.

Dans le cadre des IN 198 et 198-A, le Conseil d'État propose de restreindre cette gratuité pour des raisons de coûts à la population des 15 à 25 ans, incluant les consultations gynécologiques et les moyens de contraception. Bien que favorable à une contraception gratuite pour tous, M^{me} Saturno indique que ce groupe d'âge n'est pas le public habituel du Groupe santé Genève.

Leur priorité est de promouvoir l'accès à la santé, en particulier à la santé sexuelle, pour les personnes vulnérables, quelles qu'elles soient. Elle répète son soutien à une contraception gratuite pour tous, tout en exprimant des interrogations sur les critères d'accès et les types de contraception inclus.

M. Rougemont appuie les propos de M^{me} Saturno en précisant que la population visée par le Groupe santé Genève n'est pas la même que celle du Planning familial, bien qu'il existe également une demande au sein de leur public. Il insiste sur le fait que cette démarche devrait s'inscrire dans un cadre plus large de prévention des IST (infections sexuellement transmissibles), car les populations concernées posent rarement une seule question sur la contraception, mais plutôt une série de questions sur la santé sexuelle.

Le public de Groupe santé Genève comprend majoritairement des personnes vulnérables qui n'ont pas accès aux soins habituels et qui ne se

rendent pas au Planning familial. Le GSG agit donc de manière subsidiaire à ce dernier et accueille une population déjà aguerrie aux questions de contraception, mais qui n'y a pas accès.

Depuis quatre mois, le GSG propose des consultations gynécologiques gratuites grâce à une gynécologue bénévole. Des travailleuses du sexe consultent fréquemment au GSG, et un accès à une contraception gratuite est crucial pour elles. Le GSG a également mis en place des kits de contraception d'urgence permettant de répondre rapidement aux besoins sans nécessiter de référer les patientes au Planning familial. La demande est réelle et croissante, et ils souhaitent développer davantage ces services au sein du GSG.

M^{me} Perez explique que beaucoup de femmes souhaitant accéder à la contraception obtiennent une ordonnance grâce à la médecin bénévole de GSG, mais doivent se rendre en France voisine pour acheter des contraceptifs en raison des coûts. Les options de contraception sont souvent limitées par des considérations financières : les pilules contraceptives sont moins chères que des dispositifs comme les implants, ce qui restreint les choix. En outre, la mise en place de la contraception est compliquée par des contraintes logistiques.

La gynécologue bénévole du GSG n'intervient que deux fois par mois, ce qui engendre des délais d'attente. Un premier contrôle médical est nécessaire pour évaluer l'aptitude à utiliser un contraceptif, suivi d'une seconde consultation pour la pose du dispositif. Ces étapes créent des barrières d'accès et augmentent le risque de perte de suivi des patientes.

Le président note que le Groupe santé Genève s'appelait auparavant Groupe SIDA Genève. Il imagine que son champ d'intervention s'est élargi. Il demande des précisions sur leurs groupes cibles.

M^{me} Perez répond que le GSG veille à ne pas prendre en charge en double les populations déjà suivies par les HUG ou la CAMSCO. Les principaux groupes pris en charge sont les suivants : les personnes européennes sans accès aux soins, principalement des travailleuses du sexe disposant d'un permis de séjour de 90 jours, souvent sans couverture d'assurance. Ces interventions sont réalisées en partenariat avec Aspasia.

Le GSG prend également en charge les personnes sans assurance ou avec des franchises très élevées, ce qui inclut des individus ayant des besoins médicaux ponctuels non couverts par leur assurance.

Le Groupe santé Genève accueille également des personnes ayant des enjeux de confidentialité tels que les jeunes dont l'assurance est gérée par leurs parents, des étudiants exerçant un travail du sexe, mais qui ne se considèrent pas comme tels. Ces personnes peuvent bénéficier de dépistages IST anonymes, gratuits si nécessaire. Le GSG collabore également avec Quai 9.

Finalement, le GSG s'adresse également à la population LGBTQIA+, notamment des hommes qui ne souhaitent pas consulter des gynécologues classiques en raison de mauvaises expériences passées. La gynécologue du GSG est perçue comme une personne « safe », ce qui favorise une prise en charge communautaire et inclusive.

Elle mentionne finalement un nouveau projet dédié aux femmes précaires qui comprend l'engagement d'une médecin à 30%. Elle insiste sur le fait que la prise en charge au GSG est non seulement médicale, mais aussi communautaire, ce qui a entraîné une augmentation de la demande pour leurs services.

Un député S demande en quoi consistent les consultations pour les femmes européennes.

M^{me} Perez répond que cela concerne soit les consultations de médecine générale, le GSG disposant de trois médecins généralistes, soit les dépistages d'IST ou encore les consultations en gynécologie.

Le député demande pourquoi la discussion porte spécifiquement sur les femmes européennes.

M. Rougemont explique que les personnes sans assurance-maladie suisse provenant de l'Union européenne ne remplissent pas les critères de l'UMSCOM qui garantit l'accès à la santé, incluant la médecine générale et d'autres prestations. Ces personnes, en théorie, pourraient se rendre dans leur pays ou en France pour accéder aux soins, mais cette option est souvent impraticable.

Une députée Verte s'interroge sur le champ d'action et les prestations proposées par le GSG. Elle souhaiterait obtenir davantage d'informations sur leurs offres et demande s'ils se retrouvent parfois démunis ou contraints de refuser des personnes.

M^{me} Saturno répond que le GSG, en tant qu'entité subventionnée par l'État, applique le principe de subsidiarité et accueille les personnes qui n'ont pas accès au système de santé ailleurs ou qui subissent des discriminations ou des préjugés. Les personnes qu'ils reçoivent sont souvent extrêmement marginalisées et précarisées, ce qui rend difficile le fait de refuser ou de poser des limites.

Si le GSG n'existait pas, ces personnes n'auraient souvent aucune alternative. Elle explique que leur mission est de simplifier le parcours de santé des personnes en situation de vulnérabilité, souvent marquées par un parcours migratoire, des discriminations liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou d'autres facteurs. Sous un même toit, ils offrent des prestations médicales, juridiques, communautaires et sociales. Le GSG dispose d'un système de

coordination interne qui vise, par exemple, à travailler sur la réduction des franchises d'assurance-maladie pour permettre l'accès aux traitements nécessaires.

M^{me} Saturno souligne qu'ils s'efforcent d'utiliser tous les déterminants de la santé pour répondre aux besoins sur le terrain. Avec l'augmentation de la précarité, ils jonglent avec les ressources disponibles, notamment pour répondre aux besoins médicaux tels que les consultations gynécologiques, la médecine générale ou la santé sexuelle. Elle ajoute que les travailleuses du sexe qu'ils accueillent, par exemple, n'ont parfois pas eu de contrôles médicaux depuis deux ou trois ans.

M^{me} Saturno note enfin que la santé des femmes est un domaine peu documenté et que les prises en charge restent souvent très genrées. Pour y remédier, le GSG a lancé un projet pilote d'un an, financé par des fonds privés, en collaboration avec des associations du réseau. Ce projet vise à mieux comprendre les besoins des femmes et à pérenniser les actions grâce à un financement.

Un député PLR demande si la prise en charge par le canton des moyens contraceptifs, pour hommes et femmes, devrait être simplement décrétée ou si elle devrait être conditionnée à une consultation médicale communautaire. Cela permettrait une approche intégrée, où la contraception prise en charge par le canton servirait aussi à aborder les besoins plus larges de la personne. Il demande si le modèle devrait être « open-bar » ou passer par une consultation préalable.

M^{me} Perez répond qu'elle estime essentiel de lier l'accès à la contraception à une consultation. Selon elle, un modèle « open-bar » ne serait pas approprié, car il est crucial de comprendre les besoins spécifiques de chaque individu et d'identifier d'éventuelles contre-indications. Elle ajoute que parler de contraception ouvre également la porte à des discussions sur les IST. Il serait pertinent d'inclure dans la gratuité une consultation infirmière, médicale. Pour elle, un accès à un spécialiste – qu'il s'agisse d'un infirmier ou d'un gynécologue – est nécessaire avant de délivrer une contraception afin de garantir une prise en charge adaptée et complète.

Le député PLR demande si cette consultation devrait être envisagée comme une porte d'entrée ou comme un suivi à long terme.

M^{me} Perez répond qu'il ne s'agirait pas simplement d'une porte d'entrée, car la discussion autour des IST est intrinsèquement liée à la santé sexuelle et à la contraception. Elle insiste sur l'importance d'un accompagnement personnalisé, assuré par un spécialiste, pour répondre aux besoins spécifiques de chaque personne.

M. Rougemont relève qu'une grande partie de la population rencontre des obstacles à l'accès à la santé en raison de franchises élevées, notamment les jeunes qui n'ont pas les moyens de payer leurs frais médicaux. La contraception fait partie des prestations limitées pour cette population. Il mentionne que les personnes précaires sont également concernées. Il estime qu'il est important d'offrir à cette population, qui n'a pas accès à tous les soins, des professionnels de santé capables de trier les besoins urgents et de les orienter vers d'autres spécialités, en réduisant les barrières comme les coûts. Selon lui, il ne faut pas se limiter à offrir uniquement la contraception, mais l'associer à des consultations plus larges qui ne doivent pas nécessairement être médicales, car l'accès aux médecins est déjà restreint. Il propose par exemple des consultations avec des infirmières ou des agents de santé communautaire formés pour détecter les besoins prioritaires.

Une députée S rappelle que l'initiative demande de prendre en charge l'ensemble des frais liés à la contraception, y compris les consultations. Elle souligne que la population de GSG est précisément celle visée par l'initiative, car cette dernière cible la population globale. Elle demande si l'accès à la contraception serait bénéfique pour la population genevoise dans son ensemble.

M^{me} Saturno confirme que GSG est favorable à l'initiative. Plus il y a d'accès, plus il y a de prévention. La question qu'ils se sont posée en lisant les objets était de savoir si la contraception permanente était incluse. Ils ont compris qu'il y avait un arbitrage à faire en termes de coûts, et elle serait donc favorable à cibler leur propre population, tout en soutenant l'idée d'une accessibilité à la contraception pour l'ensemble de la population.

M. Rougemont pense que l'évaluation des coûts est complexe. Il a remarqué dans les arguments de l'IN 198-A que le coût théorique serait de F 20 millions, avec une économie estimée à seulement F 5 millions. Cependant, si tous les facteurs sont pris en compte, y compris les coûts médicaux liés à la contraception, aux suivis, ces coûts seraient probablement beaucoup plus élevés. Il souligne que l'économicité des conséquences d'un mauvais accès à la contraception est largement sous-estimée. Offrir à Genève une telle mesure serait un signal fort pour inciter les autres à suivre. Selon lui, la Suisse, bien que censée être plus riche que ses voisins, est en retard dans le domaine de la prévention et adopte une approche plus frileuse et économe.

M^{me} Saturno relève que ce qui lui semble particulièrement important dans l'initiative est la question de la prévention des IST. Elle se demande également quel type de contraceptif serait inclus. Elle voit cela comme une opportunité majeure, surtout au regard du fait que la Confédération a fait de la prévention des IST une priorité dans son nouveau plan d'action pour lutter contre le VIH

et la propagation des IST, un phénomène que GSG constate également sur le terrain. Elle insiste sur le fait que cette initiative ne concerne pas seulement les jeunes et les femmes, mais qu'il y a un besoin général de renforcer la prévention dans ce domaine.

Audition de l'unité de santé sexuelle et planning familial

Dre Sara Arsever, responsable

La Dre Arsever remercie la commission pour l'invitation et se présente en tant que médecin à l'unité de santé sexuelle et planning familial depuis trois ans. Elle est médecin interniste généraliste, spécialisée en santé publique, et souhaite expliquer le rôle de son unité pour que la commission comprenne sa place dans le paysage genevois.

La Dre Arsever précise que l'unité de santé sexuelle et planning familial est un lieu ressource pour toute personne ayant des questions liées à la santé sexuelle, avec un objectif de promouvoir la santé sexuelle à Genève. Ce service est non médicalisé, ce qui signifie qu'elle est la seule médecin de l'unité, tandis que ses collaboratrices, qui mènent des entretiens avec les bénéficiaires, sont des conseillères en santé sexuelle. Ces dernières suivent une formation post-graduée de deux ans. L'unité dispose également d'un centre de documentation avec un documentaliste à 50%.

La Dre Arsever informe que les consultations sont gratuites et confidentielles, accessibles à toutes les personnes sans discrimination. Certaines prestations, telles que le dépistage des IST, la contraception et les tests de grossesse, sont payantes, mais l'absence de revenus n'est jamais un frein à la consultation. Il est simplement demandé aux bénéficiaires de participer financièrement selon leurs capacités. L'unité accueille environ 2000 personnes par an, avec des entretiens d'une durée de 1h à 1h30. Pendant ces entretiens, en plus des informations et du soutien psychosocial, les bénéficiaires sont accompagnés dans leur navigation dans le système de santé, avec une expertise particulière en matière d'accès aux soins pour la contraception.

La Dre Arsever explique que l'unité touche particulièrement un public jeune, moins de la moitié des personnes consultantes ayant moins de 20 ans et près de 70% ayant moins de 25 ans. Cependant, des personnes plus âgées viennent aussi consulter. Les motifs des consultations sont principalement liés à la santé reproductive, bien que des consultations pour des raisons de santé sexuelle au sens plus large aient également lieu. Un grand nombre de consultations concernent des urgences contraceptives, parfois dans un contexte de violence sexuelle. Les entretiens ne se limitent donc pas au motif initial de

consultation, mais abordent souvent plusieurs enjeux liés à la situation des bénéficiaires.

La Dre Arsever précise que son unité est bien identifiée par son jeune public, notamment grâce aux cours de santé sexuelle qui font un bon travail de promotion des ressources disponibles. Le Planning familial accueille également une sous-population importante constituée de personnes en situation de précarité, avec environ 10% des bénéficiaires n'ayant pas de statut légal en Suisse. Les barrières à l'accès aux soins sont multiples et souvent imbriquées. Parmi les obstacles rencontrés, les jeunes de moins de 25 ans font face à des difficultés particulières pour accéder à la contraception. Ces barrières peuvent être liées à la confidentialité, notamment par rapport aux parents, mais aussi à des obstacles financiers, bien que ces derniers ne soient pas les seuls. Les jeunes peuvent par exemple avoir des difficultés à identifier les prestataires de santé considérés comme sûrs et adéquats pour répondre à leurs besoins. Un autre aspect pratique concerne la difficulté pour certains jeunes de dissimuler des contraceptifs, comme les plaquettes de pilules, ce qui ajoute un défi supplémentaire dans l'accès à la contraception.

La Dre Arsever poursuit en expliquant que, bien que les jeunes soient un public vulnérable en termes de santé reproductive, les personnes en situation de précarité rencontrent également des difficultés d'accès à la contraception. Elle précise que la barrière d'accès à la contraception n'est pas une barrière absolue à toutes les méthodes, mais plutôt à la méthode préférée ou souhaitée par la personne. Certaines utilisent la méthode de retrait parce qu'elles ont du mal à trouver des préservatifs ou se tournent vers les préservatifs, car elles ne peuvent pas obtenir d'ordonnance pour d'autres méthodes. En raison de la barrière financière, des personnes renoncent aux méthodes de contraception de longue durée, comme le stérilet ou l'implant, qui sont les plus efficaces, avec environ 0,1 grossesse pour 100 personnes qui les utilisent, bien plus efficaces que d'autres méthodes. Cependant, ces méthodes ont un coût d'entrée plus élevé, ce qui décourage certains d'y avoir recours, même si, sur le long terme, elles ne sont pas forcément plus chères. Cela peut mener à des grossesses non désirées ou à des interruptions de grossesse. Elle mentionne que Genève a le taux le plus élevé d'interruptions de grossesse en Suisse, bien que, comparativement au niveau international, les taux ne soient pas trop élevés.

La Dre Arsever ajoute que toutes les difficultés contraceptives ne mènent pas nécessairement à une grossesse non désirée ou à une interruption de grossesse, mais elles peuvent causer de l'insatisfaction due aux effets secondaires, au stress ou encore à la nécessité d'avoir recours à des méthodes de contraception d'urgence. Les personnes en situation de précarité, en particulier, rencontrent des obstacles financiers. Par exemple, les personnes

inscrites à l'AMIG bénéficient d'une prise en charge de leurs méthodes contraceptives, tandis que celles qui dépendent de l'Hospice général sans être couvertes par l'AMIG se voient refuser cette prise en charge. La situation est similaire pour les personnes sans assurance, qui ne peuvent pas accéder à la contraception à moins d'être prises en charge par les HUG. Cependant, ces personnes ne peuvent bénéficier que des frais remboursés par la LAMal, ce qui exclut la prise en charge de la contraception pour celles qui n'ont pas d'assurance.

La Dre Arsever mentionne que dans son unité, il existe un service de « dépannage » pour ces situations complexes, où des moyens de contraception comme les pilules, les patchs et les anneaux sont fournis, mais cela ne couvre qu'une partie des personnes confrontées à des difficultés d'accès à la contraception. En 2024, environ 120 mois de dépannage ont été réalisés, mais cela ne représente qu'une fraction des personnes ayant des difficultés à se procurer des contraceptifs pour des raisons financières. Elle souligne que son unité est souvent identifiée par certaines personnes comme une ressource pour ces demandes.

La Dre Arsever évoque également le problème d'accès à la contraception pour les personnes sans statut légal et sans assurance qui ne peuvent obtenir des soins qu'aux HUG, mais souvent avec un délai d'attente. Un projet a été mis en place pour faciliter l'accès à ces soins, permettant aux conseillères en santé sexuelle de prescrire les services disponibles. Elle remercie le canton pour les subventions reçues et mentionne la Dre Yaron, responsable de la consultation ambulatoire de la santé des adolescents et des jeunes adultes, ainsi que des consultations ambulatoires de gynécologie. Ces consultations allouent un certain montant pour des moyens de contraception de longue durée d'action. De plus, elles sont disponibles pour les jeunes de moins de 18 ans à un tarif de 26 F, et un dispositif intra-utérin d'urgence peut être obtenu pour moins de 26 F pour les personnes de moins de 20 ans. Cependant, même ces tarifs relativement abordables représentent un frein pour certaines personnes. Elle a déjà vu des jeunes souhaitant accéder à ce dispositif, mais qui n'avaient pas les 26 F nécessaires. L'auditionnée conclut en soulignant qu'il est nécessaire de trouver des moyens pour favoriser l'accès à la contraception pour ces personnes vulnérables.

Elle précise que, bien que le Planning familial attire principalement un public jeune, ce n'est pas la seule population confrontée à des problématiques en matière de santé sexuelle. Elle mentionne l'antenne de l'unité à Onex qui n'est pas perçue spécifiquement comme un service destiné aux jeunes, mais qui accueille déjà une tranche d'âge plus diverse. Les besoins en matière de

santé sexuelle existent donc également dans d'autres tranches d'âge, mais le Planning familial est moins identifié comme un service pour ces demandes.

La Dre Arsever rappelle également que la contraception est l'un des moyens de prévention les plus efficaces en matière de santé sexuelle. Elle cite des chiffres pour illustrer son propos : parmi 100 couples hétérosexuels ayant des rapports sexuels sans méthode de contraception, il y aurait 85 grossesses. Avec l'utilisation de préservatifs, ce chiffre descend à environ 15 à 20 grossesses. Pour des méthodes comme la pilule ou le patch, le taux de grossesse est de l'ordre de 8 grossesses, et pour des méthodes plus efficaces comme l'implant ou le stérilet, le taux de grossesse chute à moins de 0,5 grossesse pour 100 personnes. Ces chiffres démontrent l'efficacité de la contraception, mais l'auditionnée souligne que dans notre système de santé, une grossesse non désirée n'est pas toujours perçue comme un problème de santé en soi.

La Dre Arsever aborde également les interruptions de grossesse à Genève, en précisant que les données sont relativement complètes, mais qu'elles n'ont pas encore été traitées scientifiquement à l'échelle mondiale. Elle explique que, selon les statistiques locales, un peu plus d'un tiers des interruptions de grossesse sont liées à une absence totale de contraception, environ un tiers à l'utilisation du préservatif, et le dernier tiers à d'autres méthodes de contraception. Elle note qu'en dépit de l'utilisation de certaines méthodes, même si elles ne sont pas forcément les plus efficaces ou adaptées aux besoins de chaque personne, des grossesses non désirées et des interruptions de grossesse surviennent encore.

Un député PLR partage que Genève est sur le podium au sujet des IVG. Il demande si ces dernières ont lieu à Genève ou s'il s'agit de tourisme médical.

La Dre Arsever répond que, selon les statistiques fédérales, ces IVG ont bien eu lieu à Genève, et elle n'a pas connaissance d'une proportion liée au tourisme médical.

Le député PLR demande si le Planning familial a été consulté dans le cadre de la réponse du Conseil d'État. Il s'interroge également sur la position de l'auditionnée concernant l'initiative.

La Dre Arsever n'a personnellement pas été consultée pour la rédaction de l'avis du CE, mais une représentante du parti socialiste est venue la consulter à ce sujet. Elle indique qu'elle et son équipe avaient été surprises que le CE n'ait pas consulté le Planning familial officiellement.

Le député PLR lui demande de préciser sa position sur cette initiative.

La Dre Arsever répond qu'en tant que membre des HUG, elle ne peut pas prendre position sur des initiatives politiques, mais elle peut exprimer son avis sur certains points spécifiques. Concernant la question globale de l'initiative,

elle soulève la problématique de cibler une population précise, comme les jeunes. Bien que la mesure de rendre l'IVG gratuite pour tout le monde puisse sembler complexe à mettre en œuvre, cibler uniquement les jeunes pourrait soulever des questions pratiques. Des services comme la consultation de gynécologie ambulatoire des adolescents et jeunes adultes sont déjà très sollicités et ont dû restreindre l'accès aux jeunes de moins de 18 ans. Les jeunes adultes de 18 à 25 ans sont accueillis sous certaines conditions. Elle met en avant le fait que certains services spécifiques sont déjà surchargés et qu'il serait nécessaire de consulter ces services pour évaluer leur capacité à répondre à une telle mesure.

Un député S mentionne que beaucoup de personnes résidant à Genève viennent consulter le Planning familial sans assurance. Cela l'étonne, car il y a quelques années, le Conseil d'État avait avancé des primes pour les résidents sans assurance, leur permettant de régulariser leur situation.

La Dre Arsever répond que les personnes sans assurance qu'ils voient sont principalement sans statut légal à Genève. Elle précise que la majorité de ces personnes proviennent d'Amérique latine et qu'elles identifient les centres de santé sexuelle comme des ressources importantes. Ces personnes sont souvent des primo-arrivants qui ont épuisé les moyens de contraception avec lesquels elles sont arrivées en Suisse, et elles viennent consulter le Planning familial pour obtenir des moyens de contraception. Elle mentionne également l'UMSCOM qui peut aider ces populations vulnérables.

Une députée S soulève la question de limiter l'accès aux moyens de contraception à une population ciblée par l'âge. Elle mentionne un projet suisse sur la santé sexuelle auquel le Planning familial a participé, où il a été constaté que la majorité des demandes pour des moyens de contraception remboursés provenaient de familles, et non de jeunes. Elle demande l'avis de la Dre Arsever sur cette observation.

Celle-ci explique qu'elle n'était pas dans l'unité à cette époque, mais elle pense que les jeunes sont une population particulièrement vulnérable, bien que d'autres groupes, comme les familles et les femmes avec enfants, rencontrent également des difficultés d'accès, notamment financières. Elle évoque la situation pendant la pandémie de COVID-19, où de nombreuses personnes sans statut légal se tournaient vers la France pour obtenir des contraceptifs gratuits, mais la fermeture des frontières a rendu cela impossible, augmentant les difficultés d'accès. Elle ajoute que les jeunes peuvent parfois être moins informés sur les systèmes d'aide que les personnes en situation de précarité.

La députée S pense que si le programme devait viser une population plus large que celle du Planning familial, il pourrait être pertinent de collaborer avec

des médecins déjà installés plutôt que de créer un nouveau service. Elle propose également d'étendre les antennes du Planning familial, comme celle d'Onex, à d'autres communes.

La Dre Arsever répond qu'il est important de ne pas compliquer davantage le parcours de santé des gens. Elle évoque des personnes qui, bien qu'elles voient un gynécologue, ne peuvent pas obtenir les moyens de contraception qu'elles souhaiteraient, comme les dispositifs intra-utérins, en raison de contraintes financières. Ces personnes se retrouvent donc avec des méthodes sous-optimales. Elle estime qu'il serait dommage d'empêcher ces personnes de bénéficier d'une aide simplement parce qu'elles n'ont pas pu se rendre au Planning familial. Elle souligne qu'il est crucial de ne pas ajouter des étapes inutiles dans le parcours des patients afin de ne pas rendre l'accès à l'aide plus compliqué.

La Dre Arsever poursuit en soulignant que les antennes comme celle d'Onex ont été bien accueillies et elle reconnaît qu'il existe une barrière géographique. Elle propose l'idée de créer un réseau de services plus étendu, mais précise que, dans l'état actuel, ses collègues ne sont pas habilités à prescrire des contraceptifs. Elle espère que le projet pilote permettra aux professionnels du Planning familial de prescrire des moyens de contraception, notamment pour les personnes en situation de précarité. Cependant, même si ce projet fonctionne et est satisfaisant, il ne permettra pas aux patients de repartir immédiatement avec une ordonnance pour une contraception intra-utérine ou un implant. Elle ajoute qu'il faut réfléchir à quels prestataires seraient en mesure de délivrer ces prescriptions dans le cadre du projet, car le Planning familial reste principalement un service non médicalisé.

Un député PLR demande, suite à la question des jeunes mineurs qui pourraient avoir des difficultés d'accès à la contraception en raison de contraintes familiales, si la Dre Arsever a observé ce phénomène. Plus précisément, il s'interroge sur les demandes spécifiquement motivées par des raisons juridiques.

La Dre Arsever confirme : parmi le public jeune, le besoin de confidentialité est très fréquent. Ce besoin n'est pas seulement lié à des critères socio-économiques, mais également à des préoccupations personnelles, comme la peur de la réaction des parents. En particulier, pour les jeunes qui dépendent de l'assurance-maladie de leurs parents, la LAMal ne peut pas être activée pour garantir la confidentialité. Elle souligne que, bien que des solutions aient été mises en place au niveau fédéral pour garantir la confidentialité des interruptions de grossesse, cela ne s'étend pas à toutes les situations de santé.

Le député PLR aborde ensuite le cas des femmes sous l'emprise d'un partenaire contrôlant et demande quelle est la situation pour celles-ci

La Dre Arsever répond que ces situations sont moins fréquentes, mais qu'il arrive qu'il y ait des interruptions de grossesse en confidentialité du partenaire.

Discussion et vote

Le président rappelle que le délai de dépôt est le 28 janvier afin que la plénière puisse traiter le texte le 13 février. Cela permettrait de respecter le délai légal du 15 mars 2025. Pour rappel, le Conseil d'État soutient un rejet de l'initiative et soutient le principe d'un contreprojet.

Celui-ci pourrait être de rendre la contraception gratuite et de proposer un suivi gynécologique pour la population des 15 à 25 ans, soit environ 27 500 femmes en 2023 dans le canton de Genève. Ce groupe cible représente environ 70% des demandes d'information auprès de l'Union suisse des services de planning familial. L'accès à la contraception gratuite et son octroi se feraient par des consultations bien identifiées, telles que celles de l'Union et des antennes comme celle d'Onex. Parallèlement, l'information auprès des jeunes, dès 15 ans, scolarisés dans les écoles publiques, serait renforcée dans le cadre des cours d'éducation sexuelle et par le biais d'entretiens avec le personnel infirmier et médical du service de santé de l'enfance et de la jeunesse. Le Conseil d'Etat estime que ce contreprojet pourrait être complété par une résolution du Grand Conseil genevois adressée à l'Assemblée fédérale demandant d'ajouter les moyens de contraception au catalogue des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Cela permettrait à la Suisse de progresser par rapport à ses pays voisins.

Le Prof. Giannakopoulos relève que les groupes des jeunes de 15 à 25 ans et des personnes en situation de précarité financière se recoupent, mais qu'ils ne constituent pas le même groupe. L'optique du département semble être de se concentrer sur les jeunes, en lien avec leurs demandes.

Un député PLR demande si l'objectif est de formuler un contreprojet sous une autre forme ou si l'intention est de réorienter la formulation de l'IN actuelle.

M. Giannakopoulos répond que l'option prise par le département est plutôt la deuxième.

Une députée S indique que pour le PS, la proposition du contreprojet ne va pas dans le même sens que l'IN, qui vise un effet plus global. Selon elle, la décision du Conseil d'Etat de limiter le projet à la population jeune est problématique, car les chiffres utilisés sont biaisés, comme l'ont souligné les

auditionnés ce soir. Si un tel contreprojet était adopté, il ne correspondrait pas à l'esprit de l'initiative. Le PS ne soutient donc pas un contreprojet aussi limité.

Un député PLR comprend que le parti socialiste n'est pas prêt à aller de l'avant avec un tel contreprojet.

La députée S relève que l'IN n'a pas été formulée de manière stricte, ce qui laisse une certaine marge de manœuvre au Conseil d'État. Cependant, ce qui est proposé actuellement est trop limité par rapport à la demande générale.

Le député PLR souligne que l'IN demande une prise en charge par le canton complète et que le PLR aura besoin d'une discussion interne suite aux auditions d'aujourd'hui. Il trouve difficile de soutenir une prise en charge totale par le canton en raison des arguments avancés par le Conseil d'État. S'il n'y a aucune marge de manœuvre au sein de la commission et du comité de l'IN pour trouver un compromis, il se demande si cela vaut la peine de travailler sur un contreprojet, c'est-à-dire un nouveau projet de loi qui pourrait être soumis au peuple en même temps que l'IN. Il suggère de penser éventuellement à un contreprojet indirect via une motion ou une résolution.

Un député PLR trouve que la M 2935 va, dans le fond, dans le même sens que l'IN, bien qu'elle mentionne spécifiquement la contraception pour les hommes et les femmes, et propose un réseau. Bien que la motion introduise d'autres dimensions, il s'interroge sur la possibilité de l'inclure partiellement dans un contreprojet, si un tel projet est élaboré. Il demande si la députée S préfère que le groupe se prononce à la fois sur l'IN et la motion, ou si elle a envisagé une stratégie différente.

La députée S répond qu'il est important de différencier les deux. L'IN est une initiative populaire ciblant la contraception, tandis que la motion est plus large et couvre la santé reproductive. Elle considère que les séparer serait bénéfique, en particulier pour traiter les aspects globaux de santé publique et de prévention. Elle estime que si un contreprojet est élaboré, il pourrait reprendre les idées contenues dans la motion.

Un député UDC partage l'opinion du député PLR concernant l'ouverture des initiants à discuter d'un potentiel contreprojet et de leur flexibilité. Il reconnaît que le groupe UDC n'est pas favorable à une généralisation de la contraception gratuite, notamment en raison des aspects financiers. Cependant, il est ouvert à l'idée de cibler une population spécifique, sans complexifier l'accès. Bien qu'ils ne soient pas forcément d'accord avec le ciblage proposé par le Conseil d'État, ils sont ouverts à la réflexion. Il trouve aberrant qu'il soit plus facile pour les demandeurs d'asile d'obtenir une aide à la contraception que pour les personnes inscrites à l'Hospice général, qui sont également en situation de précarité. Il estime que ces questions doivent être prises en compte

dans le cadre d'un contreprojet, sans nécessairement suivre la proposition du CE. Il pense également que le cadre du contreprojet devrait être plus précis que celui de l'initiative, qui est très général.

Un député MCG indique que pour son groupe, la résidence officielle dans le canton est un critère primordial pour l'attribution de l'aide financière, ce qui est un élément clé pour eux. Cependant, ils n'ont pas encore pris position sur la question de la classe d'âge et décideront en fonction des autres avis des groupes.

Un député LJS indique que son groupe considère que le champ de l'IN est trop large, mais qu'elle soulève des problématiques intéressantes. Selon lui, la population jeune, sous pression parentale, peut rencontrer des difficultés d'accès à la contraception, ce qui crée une forme de précarité. Ils sont partisans de travailler sur un contreprojet.

Une députée Verte informe que son groupe trouve l'initiative enthousiasmante, bien que la formulation actuelle ne permette pas de rallier une majorité parlementaire. Elle juge la proposition trop limitante et ambitieuse à la fois. Concernant le contreprojet, elle regrette qu'il ne satisfasse aucune partie dans sa forme actuelle et se demande de quelle marge de manœuvre la commission dispose pour l'élargir.

Un député LC indique que son groupe estime que l'IN, dans son état actuel, est trop large, mais soulève des questions importantes auxquelles le contreprojet du Conseil d'Etat ne répond pas. Il suggère que le Conseil d'Etat retravaille ce contreprojet en tenant compte des déclarations faites par les différents groupes ce soir.

M. Giannakopoulos précise que lorsque le DSM a analysé ce projet, il s'était concentré sur les populations précaires ayant des problèmes d'accès aux soins. Dans le domaine de la contraception, l'idée était de créer quelque chose de simple et d'efficace. Selon lui, le contreprojet du Conseil d'Etat vise à être le plus efficace possible en ciblant une tranche d'âge pour éviter de devoir adapter le système de manière trop complexe pour les populations précaires. L'objectif est de trouver des solutions concrètes, adaptées aux réalités du terrain.

Un député Vert souligne que, quel que soit le montant gagné, les coûts de la contraception sont principalement assumés par les femmes. Il considère que cette IN identifie une inégalité et qu'un financement plus global et plus large est nécessaire pour y remédier.

Un député UDC donne la position de son groupe, qui est d'avis qu'il faut dissocier la M 2935 et la conserver dans une optique de gain de temps. Certaines personnes auditionnées ont mentionné des cas où des personnes

n'avaient pas été auditionnées dans certains services. En maintenant cette motion, d'autres auditions pourraient être organisées en attendant que l'IN retourne au parlement.

Le président met au vote le fait de ne pas lier la M 2935 à l'IN 198.

Oui : unanimité

La M 2935 n'est pas liée à l'IN 198

Le président met aux voix l'IN 198.

Oui :	7 (3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	8 (1 LJS, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)
Abstentions :	-

L'IN 198 est refusée.

Le président met au vote le principe d'un contreprojet.

Oui :	10 (1 LJS, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC 1 LC)
Non :	3 (S)
Abstentions :	2 (Ve)

Le principe du contreprojet est accepté.

Conclusion

L'IN 198 a pour objectif la prise en charge financière universelle par le canton des frais de contraception. Celle-ci est un élément clé de la santé sexuelle et reproductive, et permet de renforcer l'autonomie des femmes ainsi que de prévenir les grossesses non désirées. Or son coût peut constituer une barrière pour certaines populations, en particulier pour les dispositifs à longue durée d'action, plus efficaces (ex. stérilet, implants). La responsabilité financière repose par ailleurs majoritairement sur les femmes.

Les auditions menées par la commission ont souligné qu'un travail de qualité est déjà fourni pour des populations ciblées par le biais de plusieurs organisations, dont celles auditionnées (Groupe santé Genève et unité de santé sexuelle et planning familial). Certains de ces dispositifs pourraient être renforcés.

Les coûts de la prise en charge des contraceptifs par le canton ont été estimés à 20 millions F/an. Ces coûts ne comprennent néanmoins pas l'encadrement ou les frais administratifs et logistiques d'un tel projet. En effet, la prise en charge des moyens de contraception par le canton n'est pas efficace sans un accompagnement professionnel.

Par ailleurs, nous pouvons souligner que le Conseil fédéral a déjà communiqué qu'il considérait la contraception comme étant partie de la responsabilité individuelle. Il admet, bien entendu, le soutien à des groupes ciblés.

Le Conseil d'État propose le rejet de l'initiative et l'adoption du principe d'un contreprojet. Ce dernier pourrait cibler la contraception et le suivi gynécologique pour une certaine catégorie d'âge, tout en renforçant l'éducation sexuelle et l'information dans les écoles.

La majorité de la commission questionne la pertinence de financer par le canton de manière universelle les moyens contraceptifs, en particulier pour les citoyens pour lesquels cette charge est mineure, plutôt que de cibler les groupes qui en ont besoin au moyen d'un dispositif plus élaboré.

Une courte majorité vous recommande donc de rejeter l'initiative alors qu'une large majorité vous invite à soutenir le principe d'un contreprojet ciblé.

Initiative 198

“Pour une contraception
gratuite”

Présentation à la commission de la santé

vendredi 29 Novembre 2024
Sophie Demaurex et Jacklean Kalibala

Initiative populaire cantonale « Pour une contraception gratuite »

Les citoyennes et citoyens soussigné-e-s, électrices et électeurs dans le canton de Genève, conformément aux articles 57 à 64 de la constitution de la République et canton de Genève, du 14 octobre 2012, et aux articles 86 à 94 de la loi sur l'exercice des droits politiques, du 15 octobre 1982, appuient la présente initiative législative cantonale non formulée, par laquelle il est demandé au Grand Conseil de définir un cadre législatif permettant :

- d'organiser la prise en charge, au niveau cantonal, de l'ensemble des frais liés à la contraception, cette dernière étant notamment entendue comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (définition de l'OMS). Sont visées les méthodes de contraception dont l'efficacité est prouvée, soit notamment : la contraception orale, y compris d'urgence (« pilule du lendemain »), les implants, les contraceptifs injectables, les patches contraceptifs, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins et les préservatifs.

Barrières d'accès à des soins de qualité

A l'échelle de l'individu les barrières peuvent se situer

- ❖ Dans son environnement direct
- ❖ Dans le système de santé
- ❖ Dans le contexte global

Ces barrières restent fréquentes et peuvent mener à des renoncements aux soins

Système de santé Suisse et renoncement aux soins

Haute participation des personnes à leurs frais de santé au travers de la franchise et de la quote-part : 5.5% des dépenses des foyers contre 3.3% en moyenne dans les pays de l'OCDE.

Ce système peut favoriser le renoncement aux soins pour des raisons financières (par ex. personnes avec franchises élevées, soins dentaires, non remboursement de prestations en matière de prévention, dépistage IST, contraception,...)

Autres barrières à l'accès aux soins : absence de professionnels identifiés ou formés, distance géographique, méfiance du corps médical, inadéquation avec horaires de travail, langue, discriminations vécues ou anticipées, tabous, besoin de confidentialité

Quelques bases pour la contraception

❖ Définition de l'OMS:

- l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de fécondation ou l'éviter.
- Les moyens de contraceptions les plus sûres sont les moyens à longue durée d'action dit LARC Long acting reversible contraception (Stérilet, implant) mais ils ont un coût initial plus élevé.

❖ En Suisse, deux personnes sur trois utilisaient en 2017 une ou plusieurs méthodes de contraception. Les moyens de contraception le plus fréquemment utilisés sont le préservatif (42%) et la pilule (31%), ces chiffres se référant tant aux femmes qu'aux hommes. En troisième place viennent le dispositif intra-utérin (DIU) hormonal chez les femmes (12%) et la stérilisation chez les hommes (15%).

- Santé Sexuelle Suisse (SSCH) est l'organisation faitière des centres de santé sexuelle de Suisse et édicte des recommandations.

La contraception va de paire avec la santé sexuelle et reproductive!

Le préservatif en plus d'être un moyen de contraception, permet de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Bien que les IG sont peu fréquentes en Suisse, les grossesses non désirées sont une problématique de santé publique importante. Les grossesses non désirées sont des grossesses à haut risque avec des plus hauts taux de complications et d'événements négatifs pour la mère, le partenaire et le bébé.

Ces grossesses engendrent une surcharge socio-économique importante tant sur le plan individuel que sociétal.

Indicateurs genevois / moyenne Suisse

Le canton de Genève (centre urbain) présente des indicateurs en santé moins favorables pour de nombreuses problématiques de santé que la moyenne Suisse.

Le taux d'interruptions de grossesse (IG) y est le plus élevé de Suisse (10.5/1000 femmes versus 6.9 en Suisse).

L'incidence du VIH dans la région lémanique est la plus haute de Suisse (8.7/100'000 habitants).

L'accès à la contraception est essentiel!

L'accès à la contraception contribue à la fois à la promotion de la santé et à l'autonomisation des femmes.

- ❖ OFSP: "La contraception relève d'un choix personnel. Il ne faut pas sous-estimer pour autant l'impact des grossesses non voulues sur la santé de la population."
 - ❖ Santé sexuelle suisse: "La contraception doit être considérée comme une prestation sanitaire essentielle, intégrée à l'ensemble de l'offre des soins de santé. La garantie d'avoir accès financièrement à la contraception ne devrait pas dépendre de dons privés, mais être reconnue et assurée comme une tâche de l'État"
-

Droits sexuels et reproductifs

- ❖ OMS: "L'accès à la contraception moderne est essentiel à l'émancipation des femmes, car il renforce leur pouvoir décisionnel et leur autonomie, aussi bien à titre personnel qu'au sein du ménage, leur permet de planifier plus efficacement leur carrière et leur développement professionnel ainsi que de concilier plus facilement vie privée et vie professionnelle."
 - ❖ L'Assemblée parlementaire (conseil de l'europe) estime que les pouvoirs publics à tous les niveaux devraient accorder une priorité élevée à la protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, en tant que composante importante des politiques en faveur de l'égalité de genre, en vue de bâtir des sociétés justes et égalitaires, et de promouvoir la santé et le bien-être.
-

La contraception est une stratégie de santé publique très rentable!

- ❖ Etude au planning familial en Californie:
 - Toutes les méthodes contraceptives étaient rentables : elles permettaient d'économiser davantage en dépenses publiques pour les grossesses non désirées qu'elles ne coûtent à fournir. Étant donné qu'aucune méthode unique n'est cliniquement recommandée à chaque femme, il est médicalement et financièrement conseillé aux programmes de santé publique de proposer toutes les méthodes contraceptives.
 - ❖ Audit par PWC:
 - les actuaires de PwC affirment qu'une fois tous les effets pris en compte, la fourniture de services de contraception permet de réaliser des économies. En évitant les coûts importants associés à ces naissances non désirées, **les contribuables économisent 4 dollars pour chaque dollar dépensé en planning familial.**
-

Que font les autres pays

Certains pays européens ont introduit des mesures pour améliorer la santé sexuelle et reproductive :

- Contraception intégrée aux prestations de l'assurance maladie de base.
 - Gratuité pour les jeunes de moins de 25 ans et les populations vulnérables.
 - Distribution gratuite de préservatifs pour toutes et tous.
 - Accès à la contraception d'urgence.
 - Maintien de la confidentialité.
-

La contraception en suisse

- ❖ La contraception n'est pas couverte par la LAMal.
 - ❖ La contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain », peut être retirée en pharmacie sans ordonnance médicale mais seulement après un entretien-conseil approfondi.
 - ❖ L'HG rembourse seulement la contraception des requérants d'asile. Les frais pris en considération par l'HG dans le calcul des charges comprennent la contraception mais est méconnu et très rarement demandé.
 - ❖ → **Les femmes n'accèdent pas toutes à la contraception sur un pied d'égalité et les coûts de la contraception (en plus des effets indésirables et les interventions) sont essentiellement à la charge des femmes seules.**
-

Coûts de la contraception

- ❖ Le coût comprend : le moyen de contraception (pilule, stérilet, préservatif) mais aussi le coût de la consultation médicale et de l'intervention qui ne sont pas couverts par la LaMal.
- ❖ Les méthodes de longues durées d'action (LARC) qui sont les plus efficaces tels le dispositif intra-utérin (Stérilet) ou l'implant représentent un coût de mise en place important (CHF jusqu'à 500.-) bien qu'intéressant du point de vue financier sur la durée. La stérilisation également avec un coût encore plus élevé.
- ❖ Risque de renoncement aux méthodes LARC pour des raisons de coûts au profit de méthodes moins efficaces et moins chères et moins adaptées à la situation.

	Méthodes	Action	Mode d'emploi	Remarques	Prix (CHF)
H	 Pillule oestro-progestative	Association de deux hormones (œstrogène et progestatif) similaires à celles produites par la femme. Agit principalement en bloquant l'ovulation.	1 comprimé par jour pendant 21 jours puis arrêté pendant 7 jours. Les règles arrivent pendant la pause. Suivre les consignes « outil de pilule » en cas d'oubli supérieur 312h. Il existe aussi des plaquettes comprenant 28 comprimés.	Contre-indiqué pour les femmes avec troubles cardio-vasculaires ou hépatiques. Limiter le nombre de cigarettes. Déconseillé pendant l'allaitement. Diminue les règles et le syndrome prémenstruel. Ne protège pas des IST, VIH/sida	6 - à 25.- (la plaquette)
O	 Pillule progestative	Contient une hormone (progestatif). Agit en épaississant les sécrétions du col, modifie la paroi interne de l'utérus et bloque partiellement l'ovulation.	1 comprimé chaque jour sans interruption.	Indiqué pendant l'allaitement et pour les femmes chez qui les œstrogènes sont déconseillés. Les règles peuvent être plus fréquentes ou plus rares, voire disparaître. Ne protège pas des IST, VIH/sida	22.- env. (la plaquette)
R	 Patch transdermique	Contient deux hormones (œstrogène et progestatif) qui sont absorbées par la peau et passent dans le sang. Agit principalement en bloquant l'ovulation.	Timbre carré de 4,5 cm à coller sur la peau sèche (pas sur les seins !). Coller un patch par semaine, pendant 3 semaines, puis faire une pause de 7 jours. Les règles arrivent pendant la pause.	Contre indication identiques à la pilule oestro-progestative. Efficacité similaire à la pilule. Diminue les règles et le syndrome prémenstruel. Ne protège pas des IST, VIH/sida	26.- env. (3 patchs)
M	 Anneau vaginal	L'anneau libère deux hormones (œstrogène et progestatif) qui sont absorbées par la paroi du vagin et passent dans le sang. Agit principalement en bloquant l'ovulation.	Anneau souple, transparent, de 54 mm de diamètre. Se place dans le vagin pendant 3 semaines. Le retirer la 4e semaine et faire une pause de 7 jours. Les règles arrivent pendant la pause.	Contre indication identiques à la pilule oestro-progestative. Efficacité similaire à la pilule. Diminue les règles et le syndrome prémenstruel. Ne protège pas des IST, VIH/sida	25.- env. (l'anneau)
O	 Injection trimestrielle	Injection d'un progestatif qui agit en bloquant l'ovulation. Il modifie la paroi interne de l'utérus et épaissit les sécrétions du col de l'utérus.	Injection intramusculaire ou sous-cutanée tous les 3 mois. A faire dans un centre médical.	Indiqué pendant l'allaitement et pour les femmes chez qui les œstrogènes sont déconseillés. Peut provoquer des saignements irréguliers ou un arrêt des règles. Rabour purifié sans à la fertilité. Ne protège pas des IST, VIH/sida	35 - à 40.- env. (l'injection)
N	 Implant sous-cutané	Contient un progestatif qui agit principalement en bloquant l'ovulation, modifie la paroi interne de l'utérus et épaissit les sécrétions du col de l'utérus.	Petit bâtonnet synthétique inséré par un médecin sous la peau du bras, sous anesthésie locale. L'effet contraceptif dure 3 ans.	Indiqué pendant l'allaitement et pour les femmes chez qui les œstrogènes sont déconseillés. Peut provoquer des saignements irréguliers ou un arrêt des règles. Ne protège pas des IST, VIH/sida	345.- env. (l'implant)

* Toute méthode hormonale nécessite une prescription médicale !

	Méthodes	Action	Mode d'emploi	Remarques	Prix (CHF)
D I U	 Dispositifs intra-utérins : - Cuivre - Progestatif	L'action varie selon le DIU. Le cuivre empêche la nidation, allonge la stabilité des spermatozoïdes et modifie la zone de l'utérus. Le progestatif libère localement, modifie principalement la paroi de l'utérus et les sécrétions du col. Il bloque également l'ovulation.	Petit dispositif placé dans l'utérus par un médecin, pendant les règles. La protection dure plusieurs années. À changer tous les 3 à 5 ans, selon le modèle de DIU.	Règles faibles ou absentes avec DIU contenant un progestatif. Règles plus abondantes avec DIU au cuivre. Ne protège pas des IST, VIH/sida	47.- à 239.- (selon stérilet)
	 Préservatif masculin	Empêche le sperme d'entrer dans le vagin.	Enroulé en latex ou matière synthétique, généralement lubrifié, à dérouler sur le pénis en érection, avant chaque rapport sexuel.	Protège des IST, VIH/sida À usage unique. Évitez en d'effrayer tailles et formes, avec ou sans lubrifiant. En matière synthétique en cas d'allergie au latex.	6.- à 17.- (boîte de 6 à 12)
	 Préservatif féminin	Empêche le sperme d'entrer dans le vagin.	Fouveau en matière synthétique lubrifiée à placer dans le vagin avant chaque rapport sexuel.	Protège des IST, VIH/sida À usage unique. Taille unique. En matière synthétique souple et lubrifiée.	10.- à 12,90 (boîte de 3) Vente à 1,50/pièce sur www.aids.ch
	 Spermicides	Produit qui détruit les spermatozoïdes.	Diverses présentations : ovules, crèmes, tampons, à introduire dans le vagin avant le rapport sexuel.	Précaution : le savon détruit l'utilisation du produit. Peut irriter la muqueuse du vagin et la rendre plus vulnérable aux IST /VIH/sida. Ne protège pas des IST, VIH/sida	Prix variable
	 Diaphragme ou Capc cervical + spermicide	Demi-gigière en caoutchouc à placer dans le vagin. Empêche le sperme d'entrer dans le col de l'utérus.	Placer sur le col de l'utérus avant chaque rapport sexuel. Compléter d'un spermicide. Doit rester en place 6 heures après le rapport sexuel.	Évident dans plusieurs tailles. Son imperméabilité doit être vérifiée régulièrement. Ne protège pas des IST, VIH/sida	Prix variable
M A O	 Méthode d'Auto Observation	Mesure et observation de la température corporelle, des sécrétions vaginales et du col de l'utérus.	Ces observations s'effectuent pendant toute la durée du cycle de la femme.	Abstinence ou protection les jours féconds. Apprentissage pendant plusieurs mois, demande une grande motivation. Méthode adaptée à certaines étapes de vie. Ne protège pas des IST, VIH/sida	Prix variable
	 Méthodes définitives Sterilisation	<ul style="list-style-type: none"> * Chez la femme : obstruction (micro-implant Essure) ou ligature des trompes. * Chez l'homme : vasectomie (ligature des canaux déferents). 	<ul style="list-style-type: none"> * Chez la femme : sans anesthésie (Essure), anesthésie générale (ligature). * Chez l'homme : anesthésie locale. 	Évaluation de l'indication par le médecin, après décision du couple. Ne protège pas des IST, VIH/sida	Tarifs selon méthode

Rapport du CE

- Les partisans de l'IN 198 estiment que la gratuité de la contraception conduirait à une économie sur les dépenses de santé. Il est effectivement possible que la diminution partielle des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles (IST) **permette de réaliser une économie, mais il est peu probable que l'économie soit plus importante que la somme des dépenses liées à la gratuité de la contraception.**
- La gratuité de la contraception n'est pas suffisante en soi pour en améliorer l'accès : **un renforcement de l'information sur les méthodes et les points d'accès est également essentiel.**

Remarque en lien avec le rapport du CE

Manque d'information versus problématique de coûts:

Le renoncement à certaines contraceptions n'est pas lié à un manque d'information mais surtout à leur coût non remboursé par la LAMal selon l'USSPF

L'IN 198, selon le CE, soulève des questions complexes de nature éthique, financière et logistique :

- fournir une aide financière sans condition de revenu à toutes les personnes souhaitant utiliser un moyen de contraception,
 - Il est à craindre que le subventionnement de la contraception par le canton ne conduise nécessairement à créer une liste des bénéficiaires, ne serait-ce que pour des raisons comptables et logistiques. Or, les données qui figurent dans cette base de données sont des données médicales protégées et confidentielles.
 - Dans le même ordre d'idées, si la gratuité devait être réservée aux personnes résidant officiellement dans le canton, un contrôle de la domiciliation devrait être mis en place.
 - Les coûts associés à la prise en charge complète de tous les moyens de contraception dont l'efficacité a été prouvée peuvent être estimés à 20 millions de francs. Une estimation précise est difficile à obtenir. Les coûts liés à la gestion des stocks, aux aspects logistiques et aux flux de factures, sans omettre de mentionner le coût du suivi médical nécessaire pour plusieurs types de contraceptions?
 - Le coût mensuel des différents moyens de contraception est très variable, l'aide financière reçue serait distribuée de manière très inégalitaire
-

Réponses aux questions soulevées:

Pas besoin de créer des listes si la distribution est confiée à des lieux soumis au secret médical (gynécologie des HUG, USSPF, et certains centres de santé) selon des critères définis.

Dans la prise en charge transfrontalière (1^{ère} source de personnes qui pourraient ne pas résider en CH), les personnes résidentes en France n'aurait aucun intérêt à venir ici, plus simple en France.

En matière de contraception, ce qui compte c'est l'accès à une contraception adaptée à sa biologie et à sa situation de vie et n'est pas une question inégalitaire. Par ex. un DIU en cuir est 3x moins cher qu'un DIU hormonal mais ne convient pas à certaines femmes (stérilet

Contreprojet:

-rendre la contraception gratuite et de proposer un suivi gynécologique à la population des 15-25 ans (environ 27 500 femmes en 2023 dans le canton de Genève), sachant que ce public cible représente près de 70% des entretiens d'information auprès de l'USSPF.

-L'accès à cette contraception gratuite et son octroi à ce groupe de bénéficiaires se ferait par des consultations bien identifiées, à l'instar de l'USSPF, mais aussi par d'autres lieux tels que l'antenne d'Onex.

Contreprojet critiques:

Hétérogénéité des demandes: 70% de tous les entretiens et pas que les demandes d'information !

Dispersion des âges: La demande est croissante auprès d'un public plus âgé (vie sexuelle active 25-35 ans) et l'USSPF a obtenu deux postes pour pouvoir répondre aux enjeux d'une population plus vaste.

Alternative: ouvrir également aux personnes plus âgées en situation de précarité selon des critères préétablis. Pour rappel la majorité des IG dans le canton ont lieu entre 25 et 34 ans (46% contre 23.7 entre 15 et 24 ans)

Projet santé sexuelle suisse sur des fonds COVID

Financement de la contraception et des frais non couverts lors d'une interruption de grossesse.

Conclusions:

- En Suisse ce ne sont pas uniquement des jeunes femmes qui n'ont pas les moyens de financer la contraception, mais également des familles en situation de précarité.
- Quand on a le choix on choisit des méthodes de longue durée d'action (LARC) ou du moins quand on est en situation de précarité on renonce souvent au LARC alors qu'ils sont les plus efficaces

En 2020, les centres de consultation en santé sexuelle reconnus comme tels ont eu la possibilité de soumettre des requêtes pour projet. Un total de 167 demandes, émanant de 12 cantons, ont été déposées pour le financement de moyens contraceptifs. Montant global de CHF 82'081 soit une moyenne de CHF 492 par demande.

- 81% des moyens contraceptifs financés consistaient en des méthodes réversibles de longue action
 - la majorité des demandes (68%) de financement de la contraception émanait de familles avec enfants (dont 22% de familles monoparentales) qui se sont adressées aux centres de santé sexuelle.
-

Pour rappel

La commission fédérale pour la santé sexuelle met l'accès à la contraception comme axe prioritaire d'action en Suisse (domaine 2, p.4)

Conclusions

- ❖ L'accès à la contraception et à des informations sur la santé sexuelle et reproductive est une question de santé publique importante.
 - ❖ La prise en charge des coûts est une question sociétale d'égalité et de solidarité.
 - ❖ La suisse a clairement du retard par rapport aux pays d'europe occidentale.
 - ❖ La situation ne s'est pas améliorée ces dernières années. Malgré de multiples interpellations le CF refuse d'entrer en matière sur une inclusion à la LAMal et remet la responsabilité aux cantons.
 - ❖ L'état doit veiller à ce que les méthodes contraceptives soient financièrement abordables pour toutes et tous, notamment pour les groupes marginalisés et vulnérables.
-



Références

<https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial>

<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/15844488>

<https://www.epfweb.org/node/89>

<https://www.sante-sexuelle.ch/>

<http://aspe.hhs.gov/health/reports/2012/contraceptives/ib.shtml>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33960248/>

<https://obstetrica.hebamme.ch/fr/profiles/3f957b8ee011-obstetrica/editions/obstetrica-11-2024>

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/stativg.html>

Date de dépôt : 24 janvier 2025

RAPPORT DE LA MINORITÉ

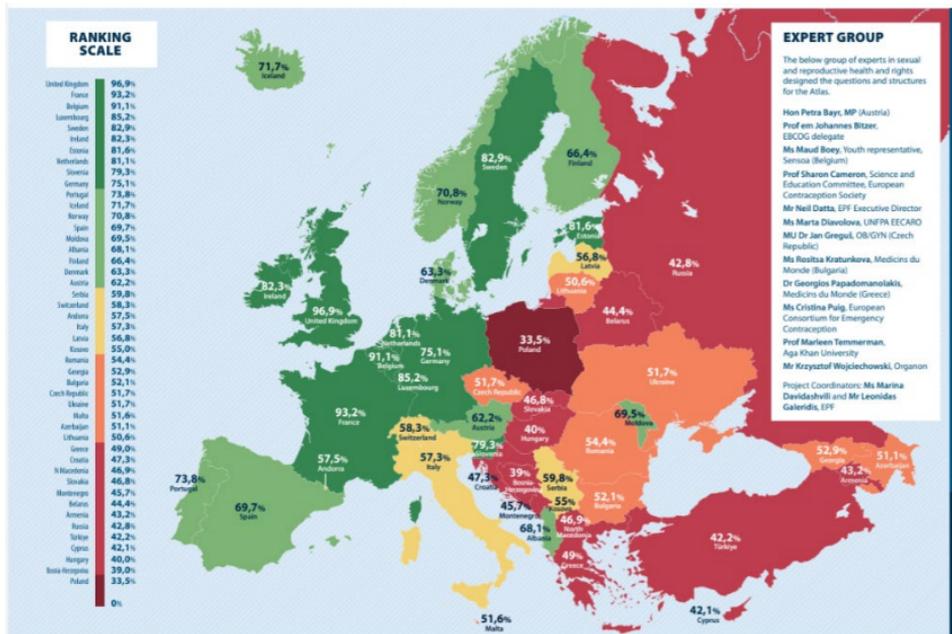
Rapport de Jacklean Kalibala

L'accès à la contraception est à l'intersection des questions de droit à la santé et d'égalité des sexes.

Les grossesses non désirées constituent un problème de santé publique, car elles imposent un fardeau socio-économique aux individus et à la société. De plus, une grossesse non désirée est à haut risque, car elle est associée à des taux élevés de conséquences négatives pour la mère, le bébé et l'autre parent.

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST), on constate depuis plusieurs années une forte augmentation des cas de chlamydia et de gonorrhée, sans mentionner qu'en Suisse romande, nous avons l'incidence de nouvelles infections VIH la plus haute de Suisse. La santé sexuelle et reproductive représente donc un enjeu actuel de santé publique et nécessite une meilleure prise en charge, notamment dans la prévention, le préservatif étant le meilleur moyen de prévention des infections.

L'accès à la contraception moderne renforce le pouvoir décisionnel et l'autonomie des femmes, aussi bien à titre professionnel, personnel qu'au sein du ménage. En Suisse, la quasi-totalité des frais liés à la santé sexuelle et reproductive sont pris en charge par les femmes. L'accès n'est pas égalitaire entre les femmes, puisque la contraception coûte cher et n'est pas couverte par l'assurance-maladie. Cette situation renforce encore les inégalités économiques entre les hommes et les femmes en matière de contraception.



Sur le plan européen, la Suisse est largement en retard sur ces questions. Tous nos pays voisins offrent au moins une prise en charge pour les populations les plus vulnérables. Malgré plusieurs interpellations, le CF refuse d'intégrer la contraception au catalogue LAMal ; il est donc tout à fait légitime d'agir au niveau cantonal. Cette initiative propose une solution à tous les problèmes liés à la non-prise en charge de la contraception et nous donne l'occasion d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des Genevoises et des Genevois sans discrimination.

Le Conseil d'État, dans son rapport, met en doute les économies que l'on peut attendre de la prise en charge de la contraception. Pourtant, les données scientifiques existent, des études ont été réalisées dans différents pays et la contraception est reconnue comme un moyen de prévention efficace et rentable. L'analyse de la balance coûts/bénéfices doit comprendre tous les impacts économiques d'une grossesse non désirée, pas seulement le coût d'une interruption de grossesse. Tous les experts des domaines de la santé et des politiques publiques s'accordent pour dire que l'accès la contraception doit être garanti, parce que c'est avantageux pour toute la société. La seule question que l'on doit se poser, c'est comment y arriver.

Le Conseil d'État nous propose de régler les problèmes d'accès à la contraception avec un contreprojet qui rendra la contraception gratuite avec un

suivi gynécologique à la population des 15-25 ans. Il semblerait que pour le Conseil d'État, soit les besoins de contraception et de prévention des infections s'arrêtent à 25 ans, soit la charge financière du coût de la contraception ne pèse plus après 25 ans. Il est évident que cette proposition, également critiquée lors des auditions, n'est pas adéquate. Même si la population des 15-25 ans est intéressante, l'âge n'est pas le seul facteur de limitation d'accès à la contraception. De plus, la population ciblée ne semble inclure que les femmes. Qu'en est-il des hommes ? De nouveau, la proposition ne fait rien pour rééquilibrer les inégalités hommes-femmes en matière de fardeau de la contraception. De plus, si les préservatifs ne sont pas mis à disposition, on ne pourra pas améliorer la prévention des infections.

L'initiative ne demande pas un planning familial+, elle demande le remboursement des coûts de la contraception pour toutes et tous afin de garantir l'accès à la contraception et surtout à la contraception la plus adaptée, sans barrière financière.

Mesdames et Messieurs les députés, la minorité vous invite à accepter l'initiative qui propose une mesure claire et de refuser un contreprojet au rabais.