

# La contraception des personnes handicapées mentales : comment la penser aujourd'hui ?\*

The contraception of the mental handicapped people: how to think it today?

A study in a population of 397 Belgian retarded women, concerning the methods of contraception used, showed medical factors had no impact on the choice of the contraceptive methods.

Some factors connected to the mental institutions appeared more influent. The authors analysed the necessary conditions for the physician to prescribe, in a real responsible position, contraceptive methods to that specific population.

They also investigated the evaluation means of the mentally handicapped person's consent and the possibility to integrate the opinion of those patients' families and nursing teams.

Denis Jacques<sup>1</sup>  
Laurent Servais<sup>2</sup>  
Robert Leach<sup>3</sup>  
Jean-Paul Roussaux<sup>1</sup>

1 MD, Department of Psychopathology, Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles

2 MD, Department of Child Neurology, Hôpital Universitaire Des Enfants, Bruxelles

3 MD, Department of Emergency Medicine, Clinique Notre-Dame, Tournai

Key words :  
Mental retardation-contraception-ethic

## Introduction ■ ■ ■

La question de la contraception des femmes présentant un handicap mental reste un sujet difficile et souvent brûlant. Cette problématique alimente la littérature scientifique comme générale où les opinions les plus diverses sont parfois exprimées.

Le débat se cristallise surtout sur l'évaluation et l'obtention d'un consentement éclairé auprès des femmes handicapées mentales chez qui s'indique une méthode contraceptive irréversible (stérilisation).

D'emblée, il faut souligner que la contraception doit être comprise comme une facette d'une dimension humaine majeure qu'est la sexualité.

La discussion doit s'accompagner d'une réflexion quant à l'éducation sexuelle, la prévention des risques de maladies sexuellement transmissibles ou d'abus sexuels ainsi que la gestion de l'hygiène menstruelle.

Concernant la population en général, les indications et contre-indications des différentes méthodes contraceptives sont clairement définies et la

perspective d'une stérilisation est perçue comme un droit de la personne pour autant que ce choix soit libre et informé.

Quand on parle de contraception dans le champ du handicap mental, on se retrouve au carrefour d'enjeux éthiques et juridiques alimentés par des considérations philosophiques, sociales et religieuses. Ainsi le respect des droits fondamentaux propre à tout individu se doit d'être intégré à la spécificité de la personne présentant un retard mental. Dans le même temps, doivent être prises en considération les responsabilités sociales concernant cette population particulière qui se voit dans une incapacité tantôt totale tantôt partielle à jouir d'une autonomie fonctionnelle.

Le comité consultatif de Bioéthique de Belgique dans son avis numéro huit du quatorze septembre 1998 relatif à la stérilisation des handicapés mentaux se montre éclairant sur la question. Il nous rappelle d'autre part que c'est toujours le médecin qui effectue une stérilisation qui en porte la responsabilité. Nous devons examiner ce point plus précisément.

La prescription d'une méthode contraceptive quelle qu'elle soit est un acte médical lié à une responsabilité médicale dans le chef de celui qui la pose.

Les lois sur la stérilisation diffèrent d'un pays à l'autre comme les attitudes médicales. Les différentes options sont la stérilisation systématique ou son refus catégorique.

Doit-on envisager des guide-lines spécifiques ? Est-il possible d'en définir ? Est-ce une question propre aux gynécologues ou médecins généralistes ?

Nous proposons au travers de la littérature et sur base d'une enquête originale sur les méthodes contraceptives existantes sur le sujet en Belgique de dégager des pistes de réponses.

\* Communication présentée à la séance du 8 décembre 2001 de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique.

# Matériel et méthodes ■ ■ ■

Notre enquête s'est intéressée à des femmes présentant un retard mental afin d'établir une base de données sur la prévalence et les déterminants de la contraception afin de développer notre réflexion.

Le recrutement s'est opéré sur base du listing des différentes institutions situées dans la province du Brabant Wallon et de la région de Bruxelles du Gouvernement de la Communauté Française, du Gouvernement de la région Wallone, du Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale et du Vlaamse Fond qui sont les divers instances gouvernementales en charge du financement des institutions de soins pour les personnes présentant un retard mental. Les institutions privées ne recevant aucun financement sont presque inexistantes en Belgique et requièrent l'approbation des instances gouvernementales précédemment citées.

Deux questionnaires séparés ont été rédigés.

Le premier concernant le profil institutionnel : type d'institution, nombre de bénéficiaires, politiques concernant la contraception, les relations sexuelles et l'éducation sexuelle, mixité, fréquence de viol, de grossesse non désirée et de maladies sexuellement transmissibles, religion, suivi médical général, existence de couple dans l'institutions.

Le second concernant le profil de la bénéficiaire : âge, niveau de retard mental, origine du handicap, co-

morbidité somatique générale, psychiatrique et neurologique, consommation tabagique, médication détaillée, antécédents obstétricaux, type de contraception, existence de relations sexuelles et/ou de relation affective, antécédents d'abus sexuels, fréquence des contacts familiaux.

Les critères d'inclusion étaient : les femmes âgées de 18 à 46 ans, l'absence d'infertilité naturelle ou génétique et l'absence de ménopause naturelle.

Une lettre d'introduction à l'étude fut adressée aux directeurs de chaque institution, suivie d'un contact téléphonique par un des enquêteurs explicitant plus longuement l'étude et requérant la participation de l'institution.

44 institutions furent contactées, à ce stade 2 refusèrent de collaborer. Les 42 institutions qui avaient accepté de participer furent visitées entre juin 1998 et février 1999 afin de collecter les données. A ce stade, une troisième institution a refusé de collaborer.

Afin d'assurer la confidentialité, l'encodage des données s'est opérée en utilisant les initiales des bénéficiaires et un numéro attribué au hasard concernant les institutions.

Les niveaux de retard mental ont été classés en accord avec la définition du DSM IV : léger  $50 > QI > 30$ , Modéré  $30 > QI > 20$  et Profond  $< 20$ . Dans notre analyse les retards profonds et sévères ont été considérés comme un seul groupe.

La classification en fonction du poids a tenu compte du Body Mass Index

(obésité si  $BMI > 30$ ) Si les données sur la taille et le poids étaient indisponibles, le BMI a été estimé.

Nous avons calculé pour chaque bénéficiaire le nombre de contre-indications relatives à la prise de contraceptif oral exposant à un risque vasculaire : âge  $> 35$ ans, consommation de tabac, obésité et dyslipidémie.

Notre échantillon couvre des données sur 397 femmes fréquentant 41 institutions du Brabant Wallon et de la région de Bruxelles.

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé un modèle de régression logistique binaire. Différents modèles furent testés. Afin d'obtenir un modèle le plus simple avec un minimum d'interaction entre les variables indépendantes, nous arrêtons d'ajouter de nouvelle variable indépendante au modèle s'il était impossible d'obtenir un signifiante individuelle ( $p < 0.05$ ) pour cette variable ou si cette variable n'augmentait de plus de 0.015 le R square du modèle.

Nous avons seulement retenu ceux avec le meilleur R square et seulement si le R square était égal ou supérieur à 0.30. Toutes les analyses ont été réalisées sur SPSS 9.0.

## Résultats ■ ■ ■

### ■ Facteurs personnels

Les données sont récoltées sur 397 femmes fréquentant 41 institutions.

Age moyen : 33.62 (18-46)

Tableau 1  
Types de contraception

|                          |         |        |
|--------------------------|---------|--------|
| ABSENCE DE CONTRACEPTION | n = 162 | 40.8 % |
| LIGATURE TUBAIRE         | n = 85  | 21.4 % |
| CONTRACEPTION ORALE      | n = 73  | 18.4 % |
| MEDROXYPROGESTERONE      | n = 70  | 17.6 % |
| STERILET                 | n = 4   | 1 %    |
| HYSTERECTOMIE            | n = 3   | 0.8 %  |

**Tableau 2**  
**Facteurs concernant la vie sexuelle**

|                                                     | OUI          | NON          | INCONNU      |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| RELATION AFFECTIVE                                  | n=148 37.1 % | n=238 60.1 % | n=11 2.8 %   |
| RELATIONS SEXUELLES                                 | n=28 7.1 %   | n=204 51.4 % | n=165 41.2 % |
| ANTECEDENTS DE GROSSESSE                            | n=4 1 %      | n=393 99 %   |              |
| ENFANT                                              | n=4 1.0 %    | n=393 99 %   |              |
| ANTECEDENTS D'ABUS SEXUELS                          | n=12 3.0 %   | n=385 97 %   |              |
| ANTECEDENTS DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES | n=4 1.0 %    | n=393 99 %   |              |

**Tableau 3**  
**Comorbidité médicale**

|                                                              | OUI          | NON          | INCONNU   |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| TROUBLES COMPORTEMENTAUX                                     | n=155 39 %   | n=242 61 %   |           |
| TROUBLES MOTEURS                                             | n=32 8.1 %   | n=365 91.9 % |           |
| EPILEPSIE                                                    | n=105 26.4 % | n=291 73.3 % | n=1 0.3 % |
| PRISE D'AU MOINS UNE MEDICATION PER OS (autre que la pilule) | n=175 41.7 % | n=222 58.3 % |           |
| PRISE D'UN MEDICAMENT INDUCTEUR                              | n=78 19.6 %  | n=315 79.3 % | n=4 1.0 % |
| TABAGISME                                                    | n=22 5.6 %   | n=374 94.4 % |           |

## ■ Facteurs Institutionnels

Les données ont été récoltées auprès de 41 institutions, 28 de la région de Bruxelles et 13 du Brabant Wallon.

17 (41.5%) étaient des centres de jour, 5 (12.2%) des centres de nuit et 19 (46.3%) proposaient une prise en charge de jour et de nuit.

37 institutions (90.2%) étaient mixte et 4 (9.8%) ne l'étaient pas.

**Tableau 4**  
**Facteurs institutionnels**

| POLITIQUE DE CONTRACEPTION                   | CONTRACEPTION OBLIGATOIRE | CONTRACEPTION RECOMMANDEE    | AUCUNE POLITIQUE |
|----------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------|
|                                              | n=9 22 %                  | n=1 2.4 %                    | n=31 75.6 %      |
| POLITIQUE CONCERNANT LES RELATIONS SEXUELLES | INTERDICTION              | ACCEPTÉES SOUS CONDITIONS    | ACCEPTÉES        |
|                                              | n=24 58.5 %               | n=12 29.3 %                  | n=5 12.2 %       |
| PROGRAMMES D'EDUCATION SEXUELLE              | AUCUN                     | POUR CERTAINES BENEFICIAIRES | SYSTEMATIQUE     |
|                                              | n=18 43.9 %               | n=17 41.5 %                  | n=6 14.6 %       |

# Analyse ■ ■ ■

Pour la population générale (n=397), la probabilité d'être sous contraception est le mieux expliquée par le modèle suivant :

R square= 0.355 p<0.00005

**Tableau 5**  
**Modèle expliquant le mieux la probabilité d'être sous contraception**

Concernant les femmes sous contraception (n=235), il n'a pas été possible de construire de modèle suffisamment explicatif de l'utilisation d'une méthode contraceptive

plutôt qu'une autre. De même les divers facteurs médicaux tels que nous les avons définis n'ont pas d'influence significative sur le choix d'une méthode.

|                                                                               | P VALUE  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Dormir en institution plutôt que chez les parents                             | <0.00005 |
| Fréquenter une institution où les relations sexuelles ne sont pas interdites  | <0.00005 |
| Fréquenter une institution où la contraception est recommandée ou obligatoire | 0.0002   |
| Avoir ou avoir eu une relation affective                                      | 0.0005   |
| Absence d'épilepsie                                                           | 0.0344   |
| Avoir un handicap léger                                                       | 0.0428   |

# Discussion ■ ■ ■

On constate que les trois facteurs principaux qui influencent la probabilité d'être sous contraception sont des facteurs institutionnels ; n'interviennent ensuite que des facteurs individuels.

La question qui se pose est de savoir si c'est la politique institutionnelle qui dicte le choix contraceptif ou si c'est l'institution qui sélectionne une population avec un profil de contraception particulier. Evitons de donner une réponse trop hâtive. Le recrutement institutionnel de l'enquête constitue un biais et nous ne disposons pas de données sur les femmes handicapées mentales vivant hors institution à titre de comparaison.

Il est intéressant de signaler que dans une population de femmes sans déficience mentale, les décisions contraceptives suivent un pattern fixe basé plus sur une situation démographique que sur les caractéristiques propres des méthodes. (Oddens, 1997)

Bien sûr, les questions de la compréhension de l'information médicale et du consentement éclairé ne se posent pas de la même façon pour cette dernière population. (Gillon, 1987)

Reste interpellant l'absence d'influence significative des facteurs médicaux définis sur le type de contraception. D'autant plus que nous obtenons un taux de 22.2 % de stérilisation dans une population de femmes handicapées mentales versus un taux de 7 % pour la population féminine en Belgique.

Ce constat semble être lourd de conséquences quant à notre questionnement initial sur la responsabilité d'une prescription médicale.

Afin d'avancer dans notre réflexion, il nous semble important de nous pencher sur la définition et la spécificité des personnes concernées par le retard mental.

Le retard mental touche 2 à 3 % des populations des pays développés (Vlieghe et al., 1999), soient près de 300 000 personnes en Belgique.

L'American Association for Mental Deficiency définit le retard mental sur base de trois critères : un fonctionnement intellectuel mesuré par une échelle d'intelligence significativement inférieur à la moyenne, survenant conjointement avec des déficits du comportement adaptatif et diagnostiqué avant l'âge de 18 ans.

Les carences en capacité d'adaptation et l'assistance nécessaire définissent à notre sens à la fois la spécificité et la grande variabilité de la personne handicapée mentale.

Etablir des traits caricaturaux serait risqué. On pourrait ainsi « aplatiser » une réalité individuelle concrète. (Diederich et Greacen, 1996)

Les femmes handicapées mentales présentent pour la plupart un développement sexuel normal avec une capacité d'avoir des relations sexuelles. (Chamberlain et al., 1984 et Mac Cabe, 1993). On observe une similitude des désirs et intérêts sexuels entre une population d'adolescentes sans déficience et une population d'adolescentes légèrement retardées. (Caparulo et Kempton, 1981)

La complexité du débat autour de la contraception des femmes handicapées mentales trouve d'ailleurs ses racines dans la réticence à reconnaître cette sexualité restée longtemps tabou. (Robillard, 1979)

Dans notre échantillon, on reconnaît d'ailleurs l'existence d'une activité sexuelle chez 7.1 % d'entre elles. Pour 41.2 %, cette donnée reste une inconnue.

Une réaction de déni ou de répression traduit un certain inconfort face à l'expression physique de la sexualité des femmes handicapées mentales. (Mac Cabe, 1993 et Giami, 1998)

Eluder la nécessité d'une éducation sexuelle, tenu compte de leur vulnérabilité dans ce domaine, conduit dans tous les cas à les exposer à des risques accrus.

Les cas de grossesses non désirées et de maladies sexuelles transmissibles ont malheureusement imposé aux institutions cette réalité. (Diederich et Greacen, 1996 et Sundram et Stavits, 1994)

De nombreux auteurs (Vlieghe et al., 1999 et Bhui et Puffet, 1994) se rejoignent sur la susceptibilité de ce groupe au risque d'abus sexuel où l'on estime que 4 à 5 % sont concernées.

Dans notre enquête, nous retrouvons 3 % des femmes handicapées mentales qui ont été victimes d'abus et 1 % qui ont été touchées par une maladie sexuellement transmissible.

L'enjeu est donc l'intégration de ces aspects spécifiques dans un choix d'une méthode contraceptive. La difficulté pour le médecin est de pouvoir les évaluer au mieux.

Un outil qui, à notre sens, paraît incontournable pour répondre à cette interrogation sont les différents programmes d'éducation sexuelle. (Kreutner, 1981) Les objectifs poursuivis sont essentiellement un travail concernant l'identité sexuelle, le schéma corporel, le comportement social ainsi que le développement de compétences face à des situations à risques. (Wingfield et al., 1994)

Un apprentissage de la gestion de l'hygiène menstruelle ou de la prise d'une contraception peut y être envisagé.

Un handicap plus profond est associé avec une difficulté à gérer l'hygiène menstruelle. Il existe d'ailleurs une corrélation entre hystérectomie et sévérité du handicap. (Passer et al., 1984)

L'éducation sexuelle peut créer une alternative à la stérilisation à visée hygiénique. (Wingfield et al., 1994)

En Inde, pays où les infrastructures de soins et d'accompagnement des personnes retardées mentales sont largement déficientes, l'hystérectomie se retrouve considérée comme largement acceptée. (Sheth et Malpani, 1991)

Des résultats positifs sont obtenus avec ces programmes d'éducation sexuelle. (Lindsay et al., 1994) Ils peuvent influencer le choix contraceptif. Et, au-delà des aspects de prévention, ils constituent un moyen d'évaluation des possibilités de consentement et de compréhension par rapport à la contraception.

Dans notre étude 14,6 % des institutions possèdent un programme systématique d'éducation sexuelle et 41,5 % ne le proposent que pour certaines bénéficiaires.

Accéder aux informations fournies par l'éducation sexuelle serait précieux pour le médecin. Mais, comme nous le constatons, ces programmes ne sont pas systématiques dans toutes les institutions.

Un manque de moyens, une grande sévérité de handicap ainsi qu'une résistance des équipes soignantes et des familles peuvent expliquer ce constat. L'inquiétude centrale réside dans le fait qu'une information puisse être un incitant à la sexualité.

Le médecin ne peut négliger les points de vue des familles et des équipes soignantes.

Il existe une volonté parentale de participer aux décisions du choix contraceptif. (Wheless, 1974) La crainte d'une grossesse non désirée et l'incertitude quant à la compliance à une contraception orale amènent les parents à préférer la stérilisation. (Patterson-Keels et al., 1994)

Elkins et al. (1986) montrent l'intérêt d'un travail d'information conjoint, patient et famille, sur les risques d'abus, sur le développement sexuel et sur la communication intra-familiale.

Wolf et al. (1982) signalent par ailleurs que 64 % des parents ne perçoivent pas l'intérêt d'un avis tiers (éthique ou juridique) si eux et leur médecin sont en accord sur l'indication d'une stérilisation ; 13 % des parents estiment être seuls capables de déterminer si leur enfant a les compétences pour donner un consentement.

Dupras (1981) dans un sondage auprès de médecins obstétriciens-gynécologues du Québec mettait en évidence que 83 % des médecins pensaient que la stérilisation était un moyen efficace. 66 % estimait que l'accord parental suffisait et 34 % demandait un avis juridique.

Au total 58 % des demandes étaient référées à une consultation psychiatrique.

Ainsi, il nous paraît indispensable, afin de prétendre à un choix médical responsable, que le médecin puisse se concerter avec la patiente, la famille et le personnel soignant. Dans tous les cas, le médecin devrait au moins avoir connaissance des équipes multidisciplinaires auxquels il pourrait référer une situation, ce que recommande d'ailleurs le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (1998).

Dans cette collaboration, le médecin doit aussi veiller à intégrer avant tout l'éventuel partenaire. (Leavesley et Porter, 1982) Finalement le bon sens devrait nous amener à considérer l'existence d'une vie de couple comme premier facteur d'évaluation. Rappelons que dans notre enquête, ce facteur occupe la quatrième place et que 37,1 % des femmes ont une relation affective.

Ainsi la question de la contraception peut se voir préventive par rapport à une activité sexuelle sans partenaire fixe ou bien inscrite dans un projet de vie de couple. Dans ce dernier cas un travail de préparation et d'accompagnement du couple s'avère nécessaire. (Servais et al., 1997)

Le rôle du médecin ne se limite pas à prescrire. Une contraception nécessite un suivi.



On constate parfois chez les patientes stérilisées un suivi médical et gynécologique insuffisant parce que difficile. (Diederich et Greacen, 1996 et Huovinen, 1993)

Le secteur du retard mental est parfois abandonné par une médecine étiologique et curative qui se désintéresse de l'hygiène de vie, la diététique, les soins dentaires et le dépistage systématique des cancers et des dyslipidémies. (Vlieghe et al., 1999) Les limites de l'anamnèse et de l'examen clinique de cette population consistent souvent dans la pauvreté d'expression des patients, de la co-existence fréquente de troubles psychologiques et de décompensations psychosomatiques chroniques. On peut également percevoir la difficulté d'un examen pelvien chez ces patientes. (Mac Neeley et Elkins, 1989)

Le manque de dialogue entre les équipes éducatives et les médecins généralistes ou psychiatres constitue un frein important. Les politiques de rentabilité et de rationalisation des institutions et des services renforcent ce manque. (Gonzalles-Puell, 2000). Ceci nous invite à repenser la place d'une médecine d'accompagnement adaptée aux personnes touchées par le retard mental en leur assurant accès et qualité des soins. Ce qui, dans l'absolu, est une évidence dans le droit à la santé de tout individu. Peuvent se définir alors comme spécifiques, les moyens d'approche et d'évaluation de la santé chez les patients handicapés mentaux.

Indéniablement, ceci réclame du temps et de l'énergie. La réflexion individuelle et collective doit veiller à proposer une démarche éthique et respectueuse de l'autonomie effective de chacun.

L'autonomie est définie comme le droit le plus inaliénable de l'individu. Le paradoxe de l'autonomie, c'est que l'autonomie n'est rien si elle n'est pas réciproque. Autrement dit, il n'y a pas d'autonomie possible en dehors d'un contrat social qui en garantisse l'exercice. (Malherbe, 1990)

## Conclusions ■ ■ ■

Au travers de notre enquête, nous sommes interpellés par le peu d'influence des facteurs médicaux sur le choix contraceptif concernant les femmes handicapées mentales.

Il apparaît qu'une caractéristique majeure de cette population se trouve être les carences adaptatives déterminant l'accompagnement nécessaire à l'autonomie. Cette impossibilité tantôt partielle tantôt totale de ces patients à pouvoir donner un consentement éclairé sur les choix médicaux les concernant constitue la spécificité de la problématique.

Pour la contraception, la reconnaissance de la possibilité d'une sexualité active chez les femmes handicapées mentales ainsi que de leur vulnérabilité aux risques d'abus sexuels sont des paramètres importants à prendre en compte.

Les programmes d'éducation sexuelle semblent être à la fois une réponse et un moyen d'évaluation intéressant.

La prise en considération de l'avis, de l'information et de l'accompagnement des familles et du personnel encadrant et de l'éventuel partenaire paraît indispensable.

La prescription d'une méthode contraceptive est un acte médical liée à une responsabilité médicale. Tout médecin est susceptible d'être confronté à cette problématique.

Dans les moyens dont le médecin dispose pour réaliser un choix éthique, nous retenons une nécessité de formation sur la spécificité du retard mental, une prise de décision en concertation avec le patient et son entourage et le recours éventuel à l'avis tiers d'une équipe multidisciplinaire spécialisée.

Il semble important de se tourner vers l'enseignement médical où le temps de formation consacré au retard mental prend peu de place.

D'autre part, offrir les moyens aux structures d'accompagnement pour mettre en place un travail d'éducation et pour organiser des espaces de discussion multidisciplinaire constitue une responsabilité sociale. Les logiques de rentabilité institutionnelle peuvent rendre la tâche difficile.

Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de définir des indications contraceptives spécifiques différentes des indications classiques pour cette population. Toute méthode présente une série d'avantages et d'inconvénients. Par contre, le respect d'un suivi médical approprié semble être souvent négligé pour cette population.

Le médecin ne peut donc se revendiquer comme unique agent de décision mais sa responsabilité réside bien dans son devoir de fournir une qualité de soin. Il pourra donc user de son droit de réserve et user de discernement dans l'évaluation du contexte individuel et particulier de tout patient. Il y a donc là du temps à consacrer pour appréhender au mieux les demandes, les plaintes et les besoins des personnes handicapées mentales. Du temps à prendre également pour obtenir et faire circuler de l'information entre les intervenants. Il semble également important que le médecin puisse prendre distance par rapport à des contextes émotionnels pour ne pas choisir de solutions trop hâtives. Il devra garder également à l'esprit qu'une stérilisation effectuée n'est pas synonyme de protection contre les maladies sexuellement transmissibles.

Au fond, pour le médecin l'enjeu ne serait-il pas soigner de la même façon des patients « différents » ?

## Résumé

Les résultats d'une enquête sur le type de contraception pratiquée par 397 femmes belges qui présentent un retard mental, montrent l'absence d'influence de facteurs médicaux sur le choix contraceptif. Par contre, des facteurs liés aux institutions d'accueil se révèlent plus influents.

Les auteurs proposent une réflexion sur les conditions nécessaires pour que le médecin puisse assumer la responsabilité d'un acte médical qu'est la prescription d'une méthode contraceptive pour cette population particulière. Ils s'interrogent également sur les moyens d'évaluation du consentement de la personne handicapée mentale et sur la possibilité d'intégration des points de vue des familles et des équipes soignantes.

## Samenvatting

**De anticonceptie van de mentaal geretardeerde mensen : hoe kan dat ontworpen worden ?**

De resultaten van een onderzoek betreffende het type anticonceptie gebruikt door 397 Belgische mentaal geretardeerde vrouwen tonen de afwezigheid van de invloed van medische factoren op de contraceptieve keuze. Daarentegen blijken factoren in verband met onthaal instellingen invloedrijker. De auteurs stellen een discussie over de vereiste voorwaarden opdat de arts de verantwoordelijkheid zou kunnen voor opnemen van een geneeskundige handeling die het voorschrift van een contraceptieve methode aan deze bijzondere populatie is. Zij stellen zich eveneens vragen over de middelen van evaluatie van de toestemming van de mentaal gehandicapte persoon en de mogelijkheid van integratie vanuit het oogpunt van de families en de teams die ze verzorgen.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bhui K., Puffett A.** Sexual problems in the psychiatric and mentally handicapped populations. *British Journal of Hospital Medicine* 51 n° 9, 459-464 (1994)
- Caparulo F., Kempton W.** Sexual health needs of the mentally retarded adolescent female. *Issues in Health Care of Women* 3, 35-46 (1981)
- Chamberlain A., Raud J., Passer A., Mac Grath M., Burket R.** Issues in Fertility Control for Mentally Retarded Female Adolescents : I. Sexual Activity, Sexual Abuse and Contraception. *Pediatrics* 73, 445-450 (1984)
- Comité consultatif de bioéthique de Belgique.** Avis n° 8 du 14 septembre 1998 relatif à la problématique de la stérilisation des handicapés mentaux. *Rapport de commission* 97/6 (1998)
- Diederich N., Greacen T.** Enquête sur la sexualité et la prévention du sida chez les adultes handicapés mentaux en Ile de France. *Revue Européenne du Handicap Mental* 3, 20-32 (1996)
- Dupras A.** Stérilisation et déficience mentale : sondage auprès des médecins obstétriciens et gynécologues du Québec. *L'Union Médicale du Canada* juin 1981, 538-544 (1981)
- Elkins T.E., Gafford L.S., Wilks C.S., Muram D., Golden G.** A Model Clinic Approach to the Reproductive Health Concerns of the Mentally Handicapped. *Obstetrics and Gynecology* 68, 185-188 (1986)
- Gonzales-Puell Samuel.** Considérations éthiques et psychothérapeutiques dans l'accompagnement de personnes handicapées mentales. *Psychoanalyse* 13, 13-25 (2000)
- Giami A.** Sterilisation and sexuality in the mentally handicapped. *Eur Psychiatry* 13, 113-119 (1998)
- Gillon R.** On Sterilising severely mentally handicapped people. *Journal of medical ethics* 13, 59-61 (1987)
- Huovinen K.J.L.** Gynecological problems of mentally retarded women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 72, 475-480 (1993)
- Kreutner A.K.** Sexuality, Fertility, and the Problems of Menstruation in Mentally Retarded Adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 28, 475-480 (1981)
- Leavesley G., Porter J.** Sexuality, Fertility and Contraception in Disability. *Contraception* 26, 417-441 (1982)
- Lindsay W.R., Michie A.M., Staines C., Bellshaw E., Culross G.** Client Attitudes Towards Relationships : Changes Following a Sex Education Programme. *British Journal of Learning Disabilities* 22, 70-73 (1994)
- Mac Cabe M.P.** Sex Education Programs for People With Mental Retardation. *Mental Retardation* 31, 377-387 (1993)
- Mac Neeley S.G., Elkins T.E.** Gynecologic Surgery and Surgical Morbidity in Mentally Handicapped Women. *Obstetrics and Gynecology* 74, 155-158 (1989)
- Malherbe J.-F.** Pour une éthique de la médecine, *Editions Ciaco*, Bruxelles 60-61 (1990)
- Oddens B.J.** Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany II : Psychological factors. *J.Biosoc.Sci.* 29, 437-470 (1997)
- Passer A., Raud J., Chamberlain A., Mac Grath M., Burket R.** Issues in Fertility Control for Mentally Retarded Female Adolescents : II. Parental Attitudes Toward Sterilization. *Pediatrics* 73, 451-454 (1984)

**Dr Denis Jacques**  
Avenue de l'Agriculture 107  
4030 Grivegnée Belgium

**Patterson-Keels L., Quint E., Brown D., Larson D., Elkins T.E.** Family Views for Their Sterilization for Their Mentally Retarded Children. *J. Reprod. Med.* 39, 701-706 (1994)

**Robillard D.** For whose benefit are mentally retarded people being sterilized? *CMA Journal* 120, 1433-1438 (1979)

**Servais L., Luts A., Roussaux J.-P.** La vie en couple des personnes handicapées mentales : préparation et difficultés. *Sauvegarde de l'enfance* n° 4-5, 183-188 (1997)

**Sheth S., Malpani A.** Vaginal hysterectomy for the management of menstruation in mentally retarded women. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 35, 319-321 (1991)

**Sundram C.J., Stavis P.F.** Sexuality and Mental Retardation : Unmet Challenges. *Mental Retardation* 32, 255-264 (1994)

**Vlieghe P., Gennotte A.F., Caspar P.** Violation des droits de l'homme dans le cas des personnes mentalement retardées séropositives : état des lieux. *Journal international de bioéthique* 10 n° 1-2, 57-68 (1999)

**Wheless C.R.** Abdominal hysterectomy for surgical sterilization in the mentally retarded : A review of parental opinion. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 872-875 (1974)

**Wingfield M., Healy D.L., Nicholson A.** Gynaecological care for women with intellectual disability. *Med. J. Aust.* 160, 536-538 (1994)

**Wolf L., Zarfes D.E.** Parents' Attitudes toward Sterilization of Their Mentally Retarded Children. *American Journal of Mental Deficiency* 87, 122-129 (1982)