

Écrit de fin de formation en vue de l'obtention de la qualification

Formation de conseiller·e conjugal·e et familial·e

Session 2019-2021

Léonie IUGA

Contraception et normes : Quelle place pour la·e CCF ?

choisirsacontraception

La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.



Sommaire

| | |
|--|----|
| 1. Introduction..... | 1 |
| 2. Problématique..... | 2 |
| 3. Approche contextuelle de la contraception..... | 6 |
| 3.1. Définition..... | 6 |
| 3.2. Aspects historiques et législatifs..... | 6 |
| 3.3. Quelques chiffres..... | 11 |
| 4. Choix et contraception..... | 12 |
| 5. Normes et contraception..... | 19 |
| 5.1. Qu'est-ce qu'une norme ?..... | 19 |
| 5.2. Les normes, d'où viennent-elles ?..... | 20 |
| 5.3. Normes et autonomie sont-elles compatibles ?..... | 22 |
| 5.4. La·e CCF et les normes ?..... | 24 |
| 6. Influence et contraception..... | 26 |
| 6.1. Qu'est-ce qu'influencer ?..... | 26 |
| 6.2. Comment ne pas influencer ?..... | 28 |
| 6.3. Focus sur l'accompagnement..... | 29 |
| 6.4. Focus sur l'approche centrée sur la personne..... | 30 |
| 7. Pratiques professionnelles..... | 32 |
| 7.1. Qu'est-ce qu'un·e professionnel·le ?..... | 32 |
| 7.2. La charte déontologique..... | 33 |
| 7.3. Cadre institutionnel..... | 33 |
| a) La·e CCF au Planning Familial..... | 34 |
| b) La·e CCF dans les autres centres de planification..... | 34 |
| c) La place de la supervision..... | 35 |
| 7.4. Les séances d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle..... | 35 |
| 8. Conclusion..... | 37 |
| Bibliographie..... | 39 |
| Listes des abréviations..... | 42 |
| Annexe I : Les méthodes contraceptives..... | 43 |
| Annexe II : L'indice de PEARL..... | 44 |
| Annexe III : La charte déontologique..... | 45 |
| Annexe IV : Le protocole de délivrance d'une première contraception orale au Planning Familial de l'Isère..... | 46 |
| Résumé..... | 47 |
| Mots clés..... | 47 |

1. Introduction

Il est courant d'entendre l'affirmation suivante : « La meilleure contraception est celle qui est choisie ! ».

Mon expérience personnelle de femme mais aussi de professionnelle m'amène à penser que la réalité est plus complexe. Le choix que fait la personne est conditionné par des éléments divers et variés qui peuvent parfois s'avérer éloignés de ses propres besoins.

Dans le travail que je souhaite vous présenter, nous allons voir comment un ou une professionnel·le, de par ses compétences, son rôle, permet à la personne d'exercer sa liberté dans un domaine aussi intime qu'est la contraception.

Dans un premier temps, je commencerai par définir la contraception et par décrire le paysage contraceptif français. Puis, je m'intéresserai à l'histoire et à la législation concernant ce domaine. Dans un deuxième temps, j'aborderai la notion de choix et de ce qui influence ce dernier. Ensuite, je vous parlerai des normes et des questions qu'elles soulèvent : D'où viennent-elles ? À quoi elles servent-elles ? Comment faire avec celles-ci dans le cadre d'une pratique professionnelle ? Dans un quatrième temps, j'aborderai la notion d'influence. La dernière partie sera consacrée à la pratique professionnelle d'une CCF. J'y aborderai des éléments de réponse plus concrets.

Je me limiterai dans cet écrit à la contraception dans le cadre de relations hétérosexuelles. Dans le souci de faciliter la discussion, l'écriture et l'analyse de ce travail, je nomme « femme » les personnes ayant un organe reproducteur féminin et « homme » les personnes ayant un organe reproducteur masculin. De la même manière, je n'aborderai pas les questions de genre, d'orientation ou bien encore d'identité sexuelle. Pour éviter un effet « catalogue » les différentes méthodes de contraception sont exposées en annexe I. Bien que les questions autour de la contraception concerne à la fois, femmes et hommes, je parlerai plus souvent des femmes car ce sont-elles qui vivent les grossesses dans leur corps et en supporte les effets. Ce sont elles également qui utilisent majoritairement les méthodes visant à empêcher une grossesse.

Mon travail sera agrémenté de situations réelles, vécues et entendues lors de mes stages. Pour une meilleure visibilité, elles sont de couleur violette et en italique. Les prénoms utilisés sont fictifs, afin de garantir la confidentialité.

La contraception « moderne » a fait son apparition au XXème siècle. Ce fut une véritable révolution sociale apportant émancipation, liberté et dignité aux femmes. Elle a permis de dissocier reproduction et plaisir sexuel. Il serait alors dommageable de remettre en question ce droit à la contraception acquis par nos grands-mères suite à leurs luttes. Ce n'est pas l'objet de ma réflexion. Celle-ci se base sur des constats et une aspiration ; en tant que femme, en tant que professionnelle, je souhaite que chacun·e d'entre nous puisse choisir une méthode contraceptive qui lui convient, afin que ses projets de vie soient réussis. Je suis persuadée qu'une réflexion constante sur nos pratiques professionnelles, qu'une remise en cause de nos certitudes, sont les clés pour améliorer l'accompagnement des femmes et des hommes dans leur projet contraceptif.

2. Problématique

Je suis amenée, au cours de cette formation de conseiller·e conjugal·e et familial·e, à questionner le choix et la liberté de choix des femmes en matière de contraception. Ai-je vraiment eu le choix lors de ma première consultation de contraception ?

Un petit retour en arrière s'impose !

J'ai grandi dans un milieu rural assez éloigné de tout. Je ne connaissais pas l'existence des centres de planification. Accéder de mon propre chef à une consultation de contraception était complexe. Je n'aurais pas osé à 17 ans en parler au médecin de famille, ni à en faire la demande à ma mère. La sexualité, les règles, la contraception n'étaient pas vraiment taboues mais pas vraiment parlées non plus. Aussi, je fus quelque peu gênée lorsque ma maman, me voyant fréquenter régulièrement un garçon depuis quelques mois me prit un rendez-vous chez sa gynécologue. À la réflexion, je me dis que je n'ai pas eu le choix du moment de cette consultation, ni du praticien. Je n'étais pas prête, ni à avoir des rapports sexuels, ni à la contraception, ni à un examen gynécologique. Je prends conscience aujourd'hui, qu'elle me fut imposée. Je suis donc sortie de cette consultation avec une prescription pour une pilule. On ne m'a pas proposé d'autres alternatives. C'était comme ça ! Je n'ai pas reçu d'informations

sur les modalités de la prise, sur son fonctionnement, ni que faire en cas d'oubli. Trois mois plus tard, lors de la consultation de contrôle, j'ai le souvenir désagréable d'avoir été stupéfaite lorsque la gynécologue m'a posé la question :

« - Avez-vous eu des rapports sexuels ? ».

« - Ben non ! ».

« - Bah alors à quoi ça sert de prendre la pilule ?!! ».

J'aurais aimé pouvoir disparaître dans un trou de souris. Encore aujourd'hui, ce souvenir reste bien présent.

Ma mère toute pleine de bonnes intentions n'a pas respecté mon rythme, mes envies, mes besoins. Elle a voulu m'éviter une grossesse non désirée sans savoir si j'avais débuté ma vie sexuelle. Elle a fait ce qui lui semblait bon. La démarche était bienveillante, seulement elle aurait pu être parlée, discutée et réfléchi ensemble. Je n'ai pas eu le choix, puisque la professionnelle de santé ne m'a pas exposé les différentes solutions possibles.

J'imagine tout à fait ne pas être la seule, non pas que les histoires se ressemblent, mais que la première contraception prescrite est souvent la pilule, comme nous le verrons plus loin.

Aujourd'hui, infirmière dans un centre universitaire de santé, je suis amenée à rencontrer des jeunes qui débutent leur vie sexuelle. Ils viennent pour demander une contraception et/ou un dépistage des maladies sexuellement transmissibles.

Vingt ans après mon histoire, qu'en est-il ?

Il y a des différences certes, les jeunes gens viennent de leur propre chef. Ils ont pris rendez-vous eux-mêmes et jouissent d'une certaine autonomie puisqu'ils sont étudiants et ont quitté le domicile des parents. Avant la consultation médicale, ils rencontrent un·e conseiller·e conjugal·e et familial·e qui leur explique les différentes méthodes existantes, que faire en cas d'oubli de pilule... Ils ont un·e interlocuteur·trice, professionnel·le, à qui parler de sexualité.

Je me questionne, aujourd'hui en 2021 : Les femmes ont-elles la réelle possibilité de choisir ? De choisir la méthode de contraception qui leur convient le mieux ? De faire un choix libre et éclairé ? Que ce soit pour la première prescription ou pour les suivantes ?

Malgré les années qui séparent mon expérience personnelle et mon expérience professionnelle, je constate certaines similitudes.

Récemment, dans ma pratique professionnelle, j'ai été amenée à rencontrer une jeune femme qui, après être passée par la pilule puis par l'implant pendant plusieurs années, souhaitait retrouver « son corps au naturel ». À 22 ans, s'inquiétant de sa fertilité, elle ne voulait plus d'hormones. Une éventuelle grossesse n'aurait pas été un problème selon elle. Je me suis permise, lors de cet entretien, d'aborder avec elle toutes les possibilités qui s'offraient à elle dont les méthodes combinées de gestion autonome de la fertilité (ou symptothermie) et la contraception masculine. Cette jeune femme m'a semblé contente de notre entrevue, me disant qu'elle avait beaucoup appris.

Aussi, je fus surprise du discours de certain-es de mes collègues qui m'ont paru interloqué-es lorsque je leur ai dit avoir parlé avec cette jeune femme de symptothermie et de contraception testiculaire. « - Tu as parlé de ça ? Ou là là mais chez les jeunes ce n'est pas le moment ! », ou encore : « - Moi, les jeunes lorsqu'elles me demandent une contraception naturelle, je ne parle que du DIU au cuivre, le reste n'est pas adapté ! ».

Pourquoi les jeunes femmes, sous prétexte qu'elles soient jeunes ou qu'elles aient un statut d'étudiante, n'auraient-elles pas accès à toutes les informations nécessaires à une contraception choisie, réfléchie et réussie ?

Que dire de cette jeune femme qui lors d'un entretien pré IVG nous annonce après un long moment d'entretien : « - Il faut que je vous dise... Je vous ai menti. Ce n'est pas le préservatif qui a craqué. Il n'y en avait pas ! ». Elle avait 21 ans et après avoir essayé pilule, implant, elle avait décidé de gérer seule sa fertilité. Puis, elle a ajouté : « - Je n'en parle pas aux médecins, ils ne comprennent pas. ». De peur du jugement, seule, sur internet, elle s'est renseignée puis comptait les jours et faisait attention, jusqu'à la découverte de cette grossesse et cette demande d'IVG. Pourquoi ne s'est-elle pas autorisée à en parler à un-e professionnel-le ? Pourquoi ne pas l'accompagner dans cette contraception choisie par elle-même et pour elle-même ?

Lorsqu'une jeune femme souhaite sa première contraception, c'est la plupart du temps auprès d'un médecin que se fait cette demande et la méthode prescrite est bien souvent la pilule (cf chiffres ci-après). La contraception reste largement médicalisée en France et l'avis médical est

toujours sollicité. Jusqu'à quel point cet avis est important pour les femmes ? Quel est le poids des normes et stéréotypes en matière de contraception ? Quelle information est donnée aujourd'hui ?

Dans ma pratique professionnelle, je suis amenée à discuter avec des médecins. J'entends des discours variés... « - Je suis médecin, lorsqu'on vient me voir, on me demande d'être efficace, alors je prescris des moyens efficaces ! », « - La contraception c'est contre-nature par définition, donc une contraception naturelle, cela n'existe pas ! », « - Le préservatif, comme méthode de contraception, c'est inacceptable ! Ce n'est pas efficace du tout ! ».

Je peux citer également cette autre jeune femme qui au cours d'un entretien de dépistage des IST, me demande si nous proposons des consultations gynécologiques. « - J'aimerais un stérilet, mais mon gynécologue ne veut pas car je n'ai jamais eu d'enfant. ».

Aussi, je me questionne : De quelle manière ces discours influencent la femme en quête de solution contraceptive ? Qu'est-ce qui influence le choix d'une personne ? Qu'est-ce que choisir ? Comment aider et accompagner une personne dans son choix ? Qu'est-ce qui va l'aider à choisir ? Quelle posture avoir pour permettre à chaque femme d'accéder à une contraception choisie en toute liberté, et cela, afin de lui permettre de réussir son projet contraceptif de façon autonome ?

Finalement, comment la·e professionnel·le permet-il·le à la personne d'exercer sa liberté dans son choix contraceptif ?

De mon point de vue, je pense que les discours sont influencés par les normes sociétales mais aussi par nos propres représentations individuelles. Aussi, chaque personne peut en influencer une autre. J'ai dans l'idée que si un·e professionnel·le s'interroge et remet en cause les normes pour les mettre à distance, il va pouvoir se rapprocher du cadre de référence de chacun·e.

À mon sens, afin qu'un projet contraceptif soit réussi, il nécessite l'implication entière de la personne. Cela demande à ce que celle-ci ait des connaissances complètes et justes du fonctionnement du corps, de la contraception ainsi que du panel de méthodes qui est aujourd'hui offert aux femmes et aux couples. Pour moi, cela implique que les personnes se sentent en confiance avec le·a professionnel·le afin de pouvoir exprimer attentes, besoins, et envies.

3. Approche contextuelle de la contraception

3.1. Définition

Étymologiquement, le mot contraception vient du latin « *contraconceptio* ». Il est composé de « *contra-* » qui signifie contre et de « *-conceptio* » qui signifie conception. Donc, littéralement ce mot signifie contre la conception. Ainsi, la contraception désigne l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Dans le dictionnaire *Larousse*, la contraception est une méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. L'OMS, quant à elle, définit la contraception comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de la conception ou de l'éviter. La contraception doit répondre à certains critères : innocuité, efficacité, réversibilité et acceptabilité. Les moyens contraceptifs ne doivent pas être nocifs à l'organisme de la personne, c'est l'innocuité. Ils doivent procurer l'effet escompté, on parle d'efficacité. Pour mesurer l'efficacité d'une contraception, nous allons utiliser un outil statistique de référence appelé indice de PEARL (en annexe II). L'utilisatrice doit pouvoir retrouver ses capacités de conception à tout moment lorsqu'elle le souhaite, c'est la réversibilité. Quant à l'acceptabilité, il s'agit de ce qui est acceptable individuellement pour pouvoir supporter cette contraception.

Aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 %. L'indice de PEARL permet de différencier les méthodes notamment lorsqu'elles sont utilisées dans des conditions optimum et lorsqu'elles sont utilisées dans la vie courante avec ses aléas. Cela permet de classer les méthodes contraceptives selon leurs critères d'efficacité.

Comme nous pouvons le voir en annexe I, de nombreuses méthodes existent et sont proposées aux individus pour gérer leur fertilité. Mais dans les faits, je me rends compte au travers de ma pratique professionnelle, que ces derniers n'ont pas tant le choix.

3.2. Aspects historiques et législatifs

De tout temps, et dans toutes les civilisations, les femmes ont préféré prévenir les grossesses plutôt que de subir des avortements trop risqués pour leur santé¹. La maîtrise de la fécondité a

1 Angus MAC LAREN, Histoire de la contraception, Éditions Noësis, 1996, p. 55

toujours été une préoccupation. Ainsi dès l'Antiquité, nous trouvons des vestiges écrits parlant de coït interrompu, d'abstinence, de rapports extra-vaginaux, de breuvages à base de plantes ou encore de calcul des cycles².

Le XIXème siècle connu, en France, un net recul de la natalité et la contraception fut pratiquée fréquemment par les couples. Le retrait et la continence étaient les méthodes les plus souvent pratiquées. À cette époque apparaissent éponges, spermicides et en 1816, les préservatifs masculins.

Seulement, la baisse de la natalité, la grippe espagnole et les guerres successives inquiètent les démographes et les politiques. Ainsi, la France du début du XXème siècle se dote d'une politique nataliste qui aura cours pendant plusieurs décennies. La loi du 31 juillet 1920 réprime sévèrement « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle ». La famille et la maternité sont valorisées³. Cependant, malgré cette législation, les femmes continuent à utiliser des méthodes évitant les grossesses (retrait notamment) et les avortements réalisés dans la clandestinité mettent en danger la santé des femmes qui y ont recours. En 1951, un médecin américain, le Dr Pincus invente « la pilule hormonale »⁴. Celle-ci fut accueillie favorablement de la part des deux sexes. Pour les femmes, ce fut une promesse d'efficacité et de soulagement. Pour les hommes, un moyen de se dédouaner de la responsabilité du contrôle des naissances⁵.

En 1953, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) voit le jour. Il fédère les associations qui militent pour le droit au contrôle des naissances et organise des conférences⁶. Son but est de rendre visible la planification des naissances et de former les professionnel·les de la santé aux nouvelles techniques contraceptives. En effet, ces méthodes ne sont pas enseignées au cours des études de médecine en France⁷.

En France, l'association « Maternité Heureuse » apparaît en 1956. C'est un mouvement de femmes envers les femmes. L'idée est de proposer le contrôle des naissances en prévention de

2 Angus MAC LAREN, *Histoire de la contraception*, Éditions Noësis, 1996, p. 50 à 54

3 Bibia PAVARD, *Si je veux Quand je veux Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presse Universitaire de Rennes, 2012, p. 19

4 Angus MAC LAREN, *Histoire de la contraception*, Éditions Noësis, 1996, p. 359

5 Ibid, p. 361

6 Ibid, p. 37

7 Ibid, p. 39

l'avortement et de libérer les femmes des grossesses non désirées⁸. La Maternité Heureuse devient membre de l'IPPF en 1959. En 1961, elle devient le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). C'est un mouvement d'éducation populaire à orientation sanitaire et sociale qui œuvre à faire changer la loi de 1920. En 1962, les médecins sont invités à prendre part au débat. Cependant, le conseil de l'ordre se positionne de la sorte : « Le médecin n'a aucun rôle à jouer dans l'application des moyens anticonceptionnels. »⁹. Puis, le mouvement se médicalise petit à petit. En effet, les médecins, principalement de sexe masculin, deviennent indispensables à l'association pour prescrire les contraceptifs.

À partir de 1965, la contraception devient un enjeu politique au cœur des débats de la campagne présidentielle¹⁰. La pilule devient l'emblème du contrôle des naissances, lui-même synonyme d'émancipation féminine¹¹.

La pilule, médicament à base d'hormones féminines de synthèse destinées à bloquer l'ovulation et prise quotidiennement, questionne mondes médical et politique, inquiète et suscite le débat. Ses opposants y voient un risque pour la santé des femmes et de leur descendance. Les autres y voient un outil de libération¹².

En 1967, les professions médicales s'impliquent dans les débats. Cela va aider à l'aboutissement de la loi sur la légalisation de la contraception¹³. Ainsi, la Loi Neuwirth est promulguée le 28 décembre 1967. Consensuelle, elle autorise la contraception mais interdit toujours toute propagande. Les jeunes femmes de moins de 21 ans doivent obtenir le consentement écrit des parents ou du représentant légal. Les contraceptifs ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. L'accès à la contraception reste donc compliqué pour une majorité de françaises. Malgré cette nouvelle loi, peu de femmes utilisent les méthodes dites modernes et les avortements clandestins sont nombreux. Accès peu aisé, coût, méconnaissance de ces méthodes, préjugés liés aux traditions et méfiance envers les hormones en sont probablement les raisons.

8 Bibia PAVARD, *Si je veux quand je veux Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presse Universitaire de Rennes, 2012, p. 29-30

9 Anna BRETEAU, « Médecine et contraception : liaisons ... dangereuses ? » Le Point, 26/12/2017

10 Bibia PAVARD, *Si je veux quand je veux Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presse Universitaire de Rennes, 2012, p. 81

11 Ibid, p. 75

12 Ibid, p. 77

13 Ibid, p. 93

Les autorités religieuses qui ont de tout temps souhaité garder un certain pouvoir sur la vie des couples en mettant en place des lois morales et des interdictions, perdent peu à peu de leur influence au profit des corps politique et médical. En 1968, l'Encycle Humane Vitae¹⁴, lettre du Pape adressée aux fidèles du monde entier, réaffirme l'opposition de l'Église Catholique à la contraception « moderne ». En vain, le pouvoir religieux perd de son influence et est ainsi petit à petit remplacé par le pouvoir médical.

En 1970, émerge le Mouvement de Libération des Femmes (MLF). Ce mouvement revendique l'avortement libre et gratuit, la libre information et la diffusion de la contraception pour toutes sans condition¹⁵. Il est important de parler du procès de Bobigny en 1972, lors duquel il est démontré que la loi Neuwirth, bien qu'importante, ne permet pas l'accès de toutes à la contraception et que les femmes n'ont bien souvent comme unique recours que l'avortement¹⁶. La question de l'éducation à la sexualité et à la contraception se pose donc plus que jamais.

En juin 1974, un projet de loi porté par la nouvelle ministre de la santé, Simone Veil, au sujet de la régulation des naissances, est adopté afin de faciliter l'accès à la contraception au plus grand nombre. C'est la libéralisation de la contraception, elle est à présent remboursée par la Sécurité Sociale, accessible et gratuite pour les mineur-es. La publicité reste, en revanche, toujours interdite¹⁷.

Le 17 Janvier 1975 suit la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui sera appelée loi Veil. Malgré cette loi, les difficultés d'accès restent bien réelles. La clause de conscience est bien souvent mise en avant par le monde médical. Les structures manquent, l'accueil des femmes n'est pas toujours de qualité. L'information concernant la contraception fait toujours défaut¹⁸. Dans ce contexte, le MLAC (Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception), créé en 1973, continue de militer afin que les femmes puissent se réapproprier leur corps et pratique toujours des avortements clandestins.

14 Bibia PAVARD, *Si je veux quand je veux Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presse Universitaire de Rennes, 2012, p. 105

15 Ibid, p. 137

16 Ibid, p. 158

17 Ibid, p. 240

18 Ibid, p. 276-277

À partir de 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale¹⁹. Ce n'est qu'en 1992 qu'est levée l'interdiction de publicité pour la contraception. Puis, de nouvelles méthodes apparaissent comme l'implant, le patch, ou l'anneau et en juin 1999, la pilule du lendemain, maintenant appelée pilule d'urgence, est mise en vente dans les pharmacies sans ordonnance médicale. En 2001, la contraception définitive est autorisée. Le 26 septembre 2007 a lieu la première journée mondiale pour la contraception dont le but est de sensibiliser et d'informer le grand public.

En 2012-2013, un scandale secoue le monde de la pilule²⁰. En effet, les pilules micro-dosées dites de 3ème et 4ème génération sont accusées d'être responsables de troubles thrombo-emboliques graves. Elles sont rapidement déremboursées par la Sécurité Sociale mais s'ensuit une désaffection durable pour les méthodes contraceptives hormonales et un souhait des femmes d'un retour vers des méthodes dites plus « naturelles »²¹.

En conclusion, cette approche historique de la contraception permet la compréhension du contexte actuel. En effet, dans les années 30, les médecins n'abordaient pas la question de la contraception avec leurs patientes²². Au pire, ils y étaient opposés. Selon eux, ils étaient là pour soigner des maladies et non apporter du confort aux femmes. Avec l'arrivée de la loi Neuwirth, les médecins se sont retrouvés dans l'obligation de prescrire. Il n'était pas question de rendre les femmes autonomes dans la gestion de leur fertilité mais de préserver leur responsabilité²³. Ainsi, il est aisé de comprendre que c'est l'aspect législatif qui a amené les médecins à s'impliquer davantage dans la prise en charge de la contraception en France. Alors que de tout temps les femmes se sont organisées, le plus souvent entre elles, pour prévenir les grossesses ou y mettre fin, l'arrivée des lois leur a donc soustrait le pouvoir qu'elles avaient sur leur propre corps. Force est de constater que ces lois, aussi attendues et bienvenues qu'elles l'ont été, ont amené les femmes à « assumer la responsabilité totale » du contrôle des naissances²⁴, et ont participé à ce que le corps des femmes soit de plus en plus médicalisé.

19 Bibia PAVARD, *Si je veux quand je veux Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presse Universitaire de Rennes, 2012, p. 317

20 Laboratoire Junior Contraception et Genre, « Au lieu de condamner la pilule considérons la parole des femmes », 26/09/2017

21 Anna BRETEAU, « Médecine et contraception : liaisons ... dangereuses ? » *Le Point*, 26/12/2017

22 Angus MAC LAREN, *Histoire de la contraception*, Éditions Noësis p. 349

23 Ibid, p. 365

24 Ibid, p. 365

Cependant, la légalisation de la contraception et de l'IVG est considérée aujourd'hui comme l'un des plus grands progrès du siècle passé. Cela a permis d'une part, la libération des femmes des grossesses non souhaitées, et d'autre part, la dissociation du plaisir sexuel et de la reproduction. Elle a transformé les rapports femmes/hommes en profondeur ainsi que la place des femmes dans la société.

Il est donc aisé de comprendre que ce sujet de la régulation des naissances, de par le caractère intime, essentiel et profond lié à la vie, suscite tant d'émotions, d'émotions et de débats. Tant d'éléments sont intimement intriqués dans le concept de la régulation des naissances : culture, religion, économie, écologie, politique... Chacun ayant ses opinions et ses positionnements, il est assez aisé de rapprocher tout cela avec les concepts de choix et de liberté individuelle.

3.3. Quelques chiffres

Il me semble essentiel de faire un tour d'horizon de la contraception en France, cela permet d'avoir un tableau, une sorte de photographie du paysage contraceptif en France.

Selon l'enquête « Baromètre Santé 2016 »²⁵, 71,9 % des femmes en France sont concernées par la contraception. On parlera de personnes en âge de procréer. Parmi elles, 7 femmes sur 10 utilisent une méthode de contraception médicalisée.

La pilule reste la méthode la plus utilisée surtout chez les plus jeunes (60,4 % des 15-19 ans). Son utilisation baisse à 59,4 % chez les 20-24 ans, puis 47,8 % chez les 25-29 ans. A 30-34 ans, les femmes ne sont plus que 35,4 % à utiliser cette méthode de contraception.

Chez les jeunes femmes de 20-24 ans, le Dispositif Intra Utérin (DIU) remplace petit à petit la pilule, son utilisation augmente avec l'âge. Chez les femmes de 30-34 ans, il est presque autant utilisé que la pilule (31,6 % versus 35,4%). A partir de 35 ans, le stérilet est en tête des méthodes de contraception.

Bien qu'il soit possible d'utiliser cette méthode sans avoir eu d'enfants, le DIU reste le plus souvent utilisé chez les personnes ayant déjà vécu une grossesse (7,6 % versus 31,8%).

25 Santé Publique France, Baromètre Santé 2016 : La contraception / Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent, p. 2-3-4

L'implant est le troisième contraceptif après la pilule et le préservatif, notamment chez les jeunes jusqu'à 24 ans (9,6%). Tout comme le DIU, il est plus proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants (24,1 % versus 7,4%).

Les méthodes définitives ou stérilisations sont faiblement utilisées en France (4,5%) et le plus souvent après 40 ans²⁶.

Les autres méthodes, dites autres que médicales, sont utilisées par 20,1 % des femmes en âge de procréer et dans cette catégorie, c'est le préservatif masculin qui sort son épingle du jeu avec 77,1 % des utilisateur·trices. C'est chez les jeunes qu'il est le plus souvent utilisé (45,6%), couplé à la pilule dans 16 % des cas. Puis la diminution est constante et plus que 10 % de ces femmes l'utilisent après 40 ans.

Les méthodes traditionnelles (symptothermie et retrait) ne sont utilisées que par 4,6 % des femmes et après 25 ans.

En conclusion, la contraception en France reste très médicalisée. Nous allons voir maintenant que dans notre société, les normes ont pris une place très importante et ont un impact certain sur le choix d'une méthode contraceptive, sur la vie sexuelle et sur la reproduction. Ainsi, la pilule, malgré les événements de 2012-2013, reste encore la plus utilisée. Elle est le premier mode de contraception prescrit aux jeunes filles. Ensuite, lorsqu'une femme a eu son premier enfant, lui sont proposés le DIU ou l'implant. Le peu de recours à la stérilisation à visée contraceptive s'explique quant à lui par le fait que la France, malgré le temps qui passe, reste un pays de tradition nataliste.

4. Choix et contraception

Les femmes ont-elles une réelle possibilité de choisir ? De choisir la méthode de contraception qui leur convient le mieux ? De faire un choix libre et éclairé ? Que ce soit pour une première contraception comme pour les suivantes ? Quels sont les éléments pouvant influencer une personne dans son choix de contraception ? Qu'attend une femme d'un·e professionnel·le à ce sujet ? Qu'est-ce que choisir ?

26 Vox pop, « La contraception masculine : un fantasme ? », Arte, 2020

Un choix est, selon le dictionnaire *Larousse*, l'action de choisir quelque chose. Seulement, faire un choix n'est pas si simple. Cela implique de nombreux processus complexes. Le choix résulte d'une décision prise par un individu confronté à un système offrant plusieurs options (d'après Wikipédia). Selon Brigitte Bouquet, docteure en sociologie, dans son article, *Les temporalités de la décision*, faire un choix « nécessite de formuler les problèmes, d'envisager plusieurs options, de faire face aux conséquences »²⁷. Faire un choix demande à l'individu de prendre en compte ses différents besoins et souhaits, d'examiner ce qui lui est offert par la société puis d'être en capacité à la fois de décider et de choisir. Il s'agit donc bien de mécanismes intellectuels et sociaux, qui s'entrecroisent, qui permettent aux individus de faire leur choix, et donc de prendre des décisions. Cela fait appel à ce que la personne a au plus profond de son intimité de manière consciente et inconsciente.

Il est vrai qu'aujourd'hui, il existe tout un panel de méthodes contraceptives proposées aux femmes. Les pilules sont fort nombreuses, chacune constituée de dosage différent en œstrogène et en progestérone afin de s'adapter au mieux à la physiologie de chaque femme. De nouvelles méthodes ont vu le jour telles que l'implant, le patch ou encore l'anneau vaginal. Les méthodes dites « naturelles » et la contraception masculine font leur grand retour.

Mais en examinant la réalité d'un peu plus près, tout à chacun peut vite se retrouver contraint par sa situation financière, géographique, sociale, éducative... Je m'explique.

Pour bon nombre de femmes, l'accès à une information fiable et de qualité reste difficile. Malgré l'évolution législative en matière de contraception, toute publicité reste malgré tout interdite²⁸. Selon Martin Winckler, médecin et écrivain, dans son dernier ouvrage²⁹, « Toutes les femmes n'ont pas accès à une information fiable sur ces différents contraceptifs. Celles qui viennent de milieux socio-économiques favorisés peuvent se faire conseiller (...). Pour les autres, l'information est souvent parcellaire. ». Les idées reçues sur la contraception telle que : « la pilule fait grossir » ou que « les hormones rendent stériles » restent bien présentes dans les esprits. Quant aux jeunes, l'UNESCO estime qu'ils sont trop peu à être « dotés des

27 Brigitte BOUQUET, « Les temporalités de la décision », *Vie Sociale*, 2013, n°2, p.123

28 Françoise HERITIER, Etienne-Emile BAULIEU, Henri LERIDON, *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Éditions Odile Jacob, p. 56

29 Martin WINCKLER, *C'est mon corps. Toutes les questions que se posent les femmes sur leur santé*, Éditions L'Iconoclaste, p. 149

moyens de prendre le contrôle de leur vie, et de faire, librement et de façon responsable, des choix éclairés concernant leur sexualité... »³⁰.

Se pose donc la question de l'accès à une éducation à la sexualité de qualité dans les établissements scolaires. Selon la loi du 4 juillet 2001 (art L312-16 du code de l'éducation), trois séances par an et par classe, d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle sont obligatoires, de l'école primaire au lycée. Mais dans les faits cela est souvent peu le cas durant la scolarité. En effet, selon le rapport de l'HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes) relatif à l'éducation à la sexualité, publié en 2016³¹, 25 % des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune séance d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. L'information donnée aux jeunes est manifestement inégale selon les établissements.

Lors de ma formation, j'ai constaté que, malheureusement, les interventions collectives d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ont été bien mise à mal par la crise sanitaire. En effet, beaucoup ont été purement et simplement annulées par les cheffes d'établissements pour des raisons organisationnelles. Je ne peux que me questionner sur cet état de fait. Elles ne sont pas encore considérées comme indispensables alors qu'elles devraient faire partie du « socle commun » des apprentissages.

La formation ou l'absence de formation des médecins influence le choix des femmes en matière de contraception³². Ces sujets sont peu parlés en formation initiale ou seulement sous leurs aspects médicaux (complications, effets secondaires...). Les médecins qui le souhaitent peuvent aborder ces sujets lors de sessions de formation continue. Il s'agit de démarches personnelles que tou-tes ne font pas. Ces formations continues, parfois organisées par les laboratoires, peuvent manquer d'informations objectives.³³ Il est humain pour le médecin d'orienter, alors, vers ce qu'il le maîtrise. La contraception est donc abordée le plus souvent sous ses aspects médicaux et les dimensions psychosociales ne sont pas prises en compte³⁴. Certain-es médecins contribuent donc à véhiculer des idées fausses ou des informations incomplètes auprès de leurs patient-es.

30 L'UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité*, p. 12

31 Rapport de l'HCE, n°2016-06-13-SAN-021, publié le 13 juin 2016, p. 6

32 Johanna BEDEAU, *Documentaire : Avortement, le pouvoir du médecin*, France Culture, Série LSD Documentaire, 9-10-11-12 Mars 2020

33 Fédération Wallonie Bruxelles, *La contraception et le corps des femmes*, Question Santé Éducation permanente p. 4

34 Interview de Danièle FLAUMENBAUM à France Info. *Pourquoi notre rapport à la contraception est-il toujours aussi compliqué ?* Propos recueillis par Élise Lambert, Publié le 26/09/2017.

Par méconnaissance, les médecins peuvent être amenés à imposer des choix qui ne sont pas ceux des personnes. Pour illustrer cela, voici une situation rencontrée lors d'un stage. Je rencontre Élodie au cours d'un entretien de demande d'IVG. Au cours de celui-ci, la CCF aborde la question de la contraception. Cette jeune femme nous répond qu'elle souhaitait utiliser le stérilet suite à une première grossesse. Son gynécologue a refusé de le lui poser pour la raison qu'elle venait d'avoir une infection à chlamydiae et que selon lui, il était nécessaire d'attendre une année après la guérison de cette IST pour pouvoir mettre un DIU. Elle attendait un rendez-vous avec son médecin pour une contraception orale lorsqu'elle apprend cette grossesse. La CCF et moi-même, sommes surprises de l'argument avancé par le médecin. Aussi, à la suite de cet entretien, nous demandons aux médecins de la structure quelles sont les recommandations dans ce cadre ? Ceux-ci nous affirment, qu'il n'est pas nécessaire d'attendre si longtemps après une IST pour mettre en place un DIU.

Pourquoi refuser un stérilet à une jeune femme ? Est-ce par crainte d'une infection ? Ou toute autre raison ? Pourquoi laisser cette jeune femme prendre le risque d'une grossesse non désirée ? Pourquoi ne pas la laisser maître de son choix contraceptif ?

Voici un autre exemple : Johan s'est renseigné sur les réseaux sociaux et avec des copains. Il a mûrement réfléchi son projet et a pris un rendez-vous auprès du médecin pour obtenir une ordonnance pour faire un spermogramme. Il souhaite utiliser une méthode de contraception testiculaire. Il repart sans. Le médecin ne connaît pas et le réoriente vers un-e professionnel-le qui saura mieux répondre aux questions du jeune homme selon elle, la-e CCF. Cela est tout à fait louable. Cependant, la demande de ce dernier était d'obtenir une ordonnance pour effectuer un spermogramme dans un laboratoire. La-e CCF ne pourra pas le lui prescrire. Aussi, ce qui me dérange ici, c'est de laisser repartir la personne sans ce qu'elle a demandé, d'autant plus que cette prescription ne la met pas en danger. Le seul risque ici, serait qu'elle découvre de manière fortuite une infertilité.

L'accès à un-e professionnel-le pouvant prescrire une contraception peut être parfois difficile. Dans certaines régions, l'éloignement géographique ou la pénurie de professionnels médicaux freinent l'accès des femmes à une contraception. Difficulté qui peut s'ajouter chez les mineur-es à la problématique d'aller demander une contraception au médecin de famille qui connaît les parents.

La question du coût de la consultation se pose pour les jeunes, pour les femmes n'ayant pas de couverture sociale, et pour toutes celles qui n'ont que peu de ressources. Il n'y a pas partout accès à des centres de planification où les jeunes filles de moins de 21 ans peuvent obtenir une contraception sans frais. Par ailleurs, toutes les méthodes ne sont malheureusement pas remboursées par la Sécurité Sociale. C'est le cas du patch, de l'anneau, ou de certaines pilules. Certaines mutuelles proposent des forfaits « contraception non remboursées », mais cela ne couvre pas et de loin les frais engagés³⁵.

Margot a 17 ans. Elle vient au PF car elle a eu un rapport sexuel non protégé et souhaite prendre la pilule du lendemain. Nous lui délivrons une pilule d'urgence : Norlevo. Nous lui parlons des IST, puis nous lui expliquons les différentes méthodes de contraception. Elle arrête son choix sur le patch Evra qu'elle pourra obtenir gratuitement jusqu'à ses 21 ans. Cependant, elle se questionne pour la suite. Si cette contraception lui convient, comment va t'elle faire pour financer ce choix ? De nombreuses personnes écartent ce contraceptif pour la seule raison qu'il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. C'est le cas également pour l'anneau vaginal.

L'efficacité est un critère déterminant dans le choix d'une contraception. Cela peut varier en fonction des femmes ; certaines cherchant une méthode pour espacer les naissances, d'autres un moyen efficace pour éviter une grossesse, d'autres encore ne souhaitant absolument pas avoir d'enfants. Les projets de vie diffèrent et la contraception doit pouvoir s'adapter à ceux-ci. Afin de connaître l'efficacité d'une méthode, les professionnel·les peuvent se référer à l'indice de Pearl (en annexe II).

Sophie est en demande d'une première contraception. Elle a un petit copain avec qui elle a des rapports sexuels souvent protégés mais pas systématiquement. Après un dialogue autour des différentes possibilités contraceptives (pilule, patch, anneau, implant, DIU...), elle oriente son choix vers la pilule. Il est important pour elle que cette contraception soit efficace.

Un critère non négligeable est la charge mentale³⁶ que peut représenter la contraception pour les femmes. Certaines méthodes telles que l'implant ou les DIU permettent une fois posées de ne plus y penser. D'autres demandent à y penser de manière quotidienne, hebdomadaire ou

35 Martin WINCKLER, *C'est mon corps. Toutes les questions que se posent les femmes sur leur santé.* Éditions L'Iconoclaste, p.152

36 Ibid, p.153

mensuelle. Il est bien illusoire de considérer que chaque femme arrivera à prendre son comprimé quotidiennement de manière rigoureuse sur plusieurs mois voire années sans un seul oubli. La pilule représente donc une contrainte non négligeable d'autant plus que la période de fertilité d'une femme entre la puberté et la ménopause est longue.

Prenons comme exemple la situation de Lina. Elle oublie souvent sa pilule et ne prend pas toujours la pilule d'urgence. Prendre la pilule tous les jours, « - Ça me stresse ! », me dit-elle. Elle souhaite poser un implant. Elle repart avec un test de grossesse qu'elle fera à la maison et un rendez-vous avec le médecin.

Le simple fait qu'une méthode soit hormonale peut être un critère de choix ou non d'une méthode contraceptive. Dans ma pratique professionnelle, je rencontre de plus en plus de jeunes femmes souhaitant avoir des informations sur des méthodes de contraception plus naturelles et sans hormones. La crise de 2012 suite à la survenue d'AVC chez de jeunes utilisatrices en est l'élément initiateur, mais aussi une prise de conscience écologique. Selon Danièle Flaumenbaum³⁷, médecin gynécologue engagée, « Aujourd'hui, les femmes estiment que la contraception est acquise, voire normale, et cherchent à la vivre de la manière la moins dérangeante et la plus naturelle possible. ». Les hormones étaient déjà controversées dès les débuts de la pilule. Ceci n'est donc pas un élément nouveau.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les aspects historiques et législatifs, le poids des normes et des stéréotypes, est bien présent dans notre pays. Selon Nathalie Bajos, sociologue et démographe, « le modèle contraceptif français reste étonnement le même depuis 30 ans », « cette évolution est socialement contrainte »³⁸. Il est inscrit dans les codes moraux et sociaux que la fécondité et donc la contraception sont du rôle des femmes. Femmes dont les périodes de la vie sont catégorisées et « balisées pour répondre à la norme »³⁹. Ainsi à chaque âge correspond sa contraception ! C'est pour cette raison que la recherche et les laboratoires ont développé depuis les années 50, uniquement des méthodes de contraception féminines⁴⁰. Les normes sociales, qui ont un poids généralement très important dans toute prise de décision,

37 Interview de Danièle FLAUMENBAUM à France Info. Pourquoi notre rapport à la contraception est-il toujours aussi compliqué ? Propos recueillis par Élise Lambert, Publié le 26/09/2017.

38 Nathalie BAJOS, Directrice de l'INSERM Préface du livre La contraception de Philippe Faucher, Danielle Hassoun, Teddy Linet

39 De la puberté à la fin des règles, une étape longue et sinueuse de Lara Lalman le 22 Octobre 2018 dans Kairos Presse

40 Cécile VENTOLA, *Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées*, Open Éditions Journal, p. 6

perpétuent des situations délétères telles que les inégalités de genre dont il est question lorsqu'on aborde la contraception⁴¹. Les méthodes masculines sont peu, voire pas, abordées par les médecins et la recherche stagne⁴². Ceux-ci appréhendent d'inclure les hommes dans la responsabilité contraceptive⁴³. Les méthodes de gestion autonome de la fertilité ne sont pas abordées non plus car elles ne sont pas jugées assez efficaces. Il en est de même pour d'autres méthodes incluant les deux membres du couple telles que le retrait, l'abstinence périodique ou même le préservatif pourtant fortement utilisé⁴⁴. Quant à la stérilisation à visée contraceptive, elle n'est abordée qu'à la demande des personnes qui, par ailleurs, rencontrent beaucoup de réticences encore à ce sujet⁴⁵.

Les croyances religieuses et philosophiques sont importantes à prendre en compte. Selon les religions, les préconisations vis-à-vis de la sexualité et de la contraception ne sont pas les mêmes.

La personne, elle-même, va influencer la·e professionnel·le. Cela sera fonction de ce qu'elle va choisir de dire, en fonction des représentations qu'elle se fait d'une profession et de ce qu'elle va projeter sur ce·tte professionnel·le. Si elle craint du jugement de la part du·de la professionnel·le, elle va adapter son discours. Ce dernier est lui-même teinté de sa propre culture. Parfois, il peut y avoir également la barrière de la langue. Les modes et rythmes de vie individuels sont des paramètres à prendre en compte également.

Pour illustrer ceci, voici l'exemple de Marine : « Il faut que je vous dise... Je vous ai menti. Ce n'est pas le préservatif qui a craqué. Il n'y en avait pas ! ». Elle avait 21 ans et après avoir essayé pilule et implant, elle avait décidé de gérer seule sa fertilité. Puis, « Je n'en parle pas aux médecins, ils ne comprennent pas. ». De peur du jugement, seule, sur internet, elle s'est renseignée puis comptait les jours et faisait attention, jusqu'à la découverte de cette grossesse et cette demande d'IVG. Nous voyons bien dans cette situation que Marine projette sur le médecin une incompréhension, justifiée ou non, vis à vis de son choix.

Autre exemple ; dans la situation suivante, la professionnelle montre une attention particulière au rythme de vie des personnes qui la consulte. Jasmine, sage-femme en centre

41 L'UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité*, p. 12

42 Vox pop, « La contraception masculine : un fantasme ? », Arte, 2020

43 Cécile VENTOLA, *Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées*, Open Éditions Journal, p. 7

44 Ibid, p. 10

45 Ibid, p. 11

de planification familiale, dit à sa patiente : « - Vous êtes infirmière, vous travaillez de jour, de nuit, du matin, du soir, pour prendre la pilule régulièrement, je conçois que cela peut être compliqué. ». Quand il n'y a pas de rythme régulier, la contraception orale n'est pas la plus adaptée. Ne pas nommer cet état de fait peut entraîner de la culpabilité chez une femme qui pourrait l'oublier souvent.

Ainsi les facteurs qui influencent les personnes dans leur choix contraceptif sont multiples. Deux systèmes de référence se rencontrent et s'entrechoquent, celui de la personne et celui de la du professionnel·le. Il s'agit bien d'une rencontre et les mécanismes qui interviennent sont complexes. La·e professionnel·le dans sa façon d'écouter, d'entrer en relation, d'aborder et d'expliquer la contraception, va influencer l'individu. Et ce dernier, selon s'il se sent en confiance ou pas, va pouvoir verbaliser ou non ses désirs et besoins sur ce qu'il y a de plus intime, sa sexualité et le désir ou non de grossesse.

J'avais l'impression que la contraception était à la libre appréciation de chacun·e. Dans les faits, elle est le fruit d'éléments historiques, législatifs, scientifiques et médicaux qui s'inscrivent dans un contexte social et historique pour lesquels les individus n'ont pas le choix. Les faits sociaux, les normes font partie intégrante de notre vie, la rythme, et sont indispensables à la collectivité. Aussi, nous allons maintenant parler de ceux-ci.

5. Normes et contraception

Dans ce chapitre, je vais aborder plus précisément cette notion de normes sociales en regard de la contraception.

5.1. Qu'est-ce qu'une norme ?

Le mot vient du latin « norma ». Il signifie « équerre, règle »⁴⁶. Selon le dictionnaire *Larousse*, une norme correspond à un critère ou à un principe auquel se réfère tout jugement de valeur morale ou esthétique. Ce qui est dans la norme serait dans l'ordre normal des choses, ou encore conforme aux règles établies ou aux « bonnes pratiques ». Chacune de nos actions est régie par des normes. Elles sont devenues omniprésentes avec la modernisation de nos sociétés occidentales et permettent de réguler les pratiques individuelles⁴⁷.

46 Jean Pierre BOUTINET, « Préface », *Normes et valeurs en travail social*, p. 8

47 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 7

Philippe Merlier, professeur et docteur en philosophie, dans son livre *Normes et Valeurs en travail social*, les définit tantôt comme une tendance centrale dont nous pouvons plus ou moins nous écarter, tantôt comme des repères à prendre en compte dans nos actions, mais encore comme un idéal valorisé, ce vers quoi tout à chacun doit tendre⁴⁸.

5.2. Les normes, d'où viennent-elles ?

Les normes sont issues de faits sociaux qui ont la caractéristique d'être collectifs ; ils s'imposent aux individus et exercent sur ceux-ci de fortes contraintes. Les comportements, les représentations, les lois, les idéaux, les croyances, les sentiments, les émotions, les règles, les coutumes... sont des faits sociaux⁴⁹.

Les normes gouvernent nos pratiques personnelles et professionnelles⁵⁰. Elles peuvent être perçues comme des guides pour nous montrer le chemin dans un monde complexe. Elles apportent un cadre nécessaire à toute personne. Elles sont modèles, conventions, lois, règles, notices...

La contraception n'y échappe pas. Nombreuses sont les normes qui régissent cet univers. Le corps médical est pourvoyeur de normes, comme l'explique Cécile Ventola, sociologue et docteure en santé publique ; « Les discours et pratiques médicales contribuent à promouvoir des normes et des représentations, auprès de leurs patient-es mais aussi dans la sphère publique. ». Les médecins ont un double rôle, ils prescrivent, ils forment et informent. Ils ont donc une contribution certaine à la construction des normes et stéréotypes en matière de contraception. Ils sont par ailleurs consultants ou rédacteurs de textes destinés à aider les professionnel·les dans leurs pratiques ou dans des conseils scientifiques.

Pourquoi les jeunes femmes, sous prétexte qu'elles soient jeunes ou qu'elles aient un statut d'étudiante, n'auraient-elles pas accès à toutes les informations nécessaires à une contraception choisie et réfléchie ? Âge et normes sont en question ici. Comme le dit si bien Lara Lalman, féministe Belge, dans nos sociétés occidentales, « il y a un âge considéré comme acceptable pour la maternité. »⁵¹.

48 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 7

49 Ibid, p. 21

50 Ibid, p. 9

51 Lara LALMAN, « La contraception et le corps des femmes », *Question en santé*, Fédération Wallonie Bruxelles, p. 12

Dans le cadre de mon stage, je suis amenée à participer à des réunions de travail dans le but d'organiser des interventions collectives auprès des élèves de 2nde. La documentaliste à l'origine de l'initiative, souhaite que nous utilisions des documents présents dans le CDI. L'infirmière scolaire participe à ce travail. Cependant je suis assez surprise de son discours, je cite : « - Ils sont jeunes, ce n'est pas le moment de parler de contraception masculine, ni de gestion autonome de la fertilité ! ». Pour elle, il n'est pas envisageable d'aborder ces sujets avec des lycéens. On parle par ailleurs du livre de Aude Mermillod « Il fallait que je vous dise... » dont nous souhaitons utiliser un extrait pour aborder les questions autour de l'IVG. La jeune héroïne du livre utilise un stérilet et a des rapports sexuels avec des partenaires différents, cela la choque et elle évoque le fait qu'il n'est pas possible de poser un DIU à une personne qui n'a jamais eu d'enfant d'autant plus si elle a une sexualité « libérée ».

Comme vu dans un chapitre plus haut, la sexualité et la contraception n'échappent pas aux normes. La médicalisation de celles-ci a renforcé une construction genrée de la contraception⁵². En somme, les femmes seraient plus intéressées par leur fertilité et la charge de la contraception leur reviendrait donc de façon naturelle. Les hommes seraient, quant à eux, plus axés sur leur sexualité.

Il est attendu de la société que chacun soit dans la normalité, dans une moyenne, et s'en écarter amène l'individu à se marginaliser. Prenons l'exemple d'une personne qui aurait des rapports sexuels avec une personne de même sexe, de quelqu'un-e qui ne s'inscrit pas dans le genre qui lui a été assigné à la naissance, ou même encore le fait d'avoir des enfants « trop jeune » ou « trop vieux »... Ainsi s'écarter de la norme entraîne distinction dans le meilleur des cas ou à l'inverse déviance⁵³.

Les normes apparaissent donc comme nécessaires pour donner des repères aux pratiques. À l'inverse, elles semblent délétères à l'autodétermination de chaque personne dans sa propre singularité.

52 Cécile VENTOLA, *Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées*, Open Édition Journal, p. 1

53 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 10

5.3. Normes et autonomie sont-elles compatibles ?

Si nous prenons la définition de l'autonomie dans le dictionnaire *Larousse*, nous pouvons lire qu'il s'agit de la possibilité de décider pour un individu sans se référer à un pouvoir central, à une hiérarchie ou une autorité.

Alors quelle cohabitation possible entre ces deux concepts qui semblent contradictoires ?

L'autonomie demande à l'individu de s'émanciper c'est-à-dire de se libérer, de s'affranchir des contraintes sociales ou morales selon le *Larousse* toujours. C'est un but, une conquête mais également une injonction sociale. « Devenir autonome ou le rester pour éviter la dépendance. »⁵⁴. L'autonomie ne serait-elle pas la capacité à interroger les méthodes ou les normes ? La norme en tant qu'idéal, c'est-à-dire une perfection à atteindre, ne serait-elle pas dangereuse ?

Pour Philippe Merlier, la·e professionnel·le va aider son interlocuteur·trice à s'émanciper s'il·le s'est el·lui-même autorisé·e à remettre en question les normes. En somme, l'accompagnant·e doit développer une réflexion critique vis-à-vis de celles-ci⁵⁵.

Finalement, nous constatons que ces deux concepts cohabitent car l'autonomie nous est offerte aux moyens de « projets individualisés », c'est à dire propres à chaque individu, structurés à partir des normes⁵⁶.

Peut-on parler de projet contraceptif ? Peut-on penser la contraception comme un projet ? La contraception serait-elle là pour répondre à un idéal de réalisation de soi ?

Littéralement, le mot « projet » signifie « ce que nous avons l'intention de faire », selon le dictionnaire *Larousse*. Il vient du latin « projectum », « projicere », action de se jeter en avant⁵⁷. Le projet est une façon de répondre à une situation, de donner du sens à celle-ci. C'est donner une origine dans les choix et décisions prises⁵⁸.

Aussi, faire un choix c'est se projeter dans l'avenir. Le projet de la personne va lui permettre l'expression d'une certaine liberté. À mon sens, la contraception, dans l'idée où elle demande

54 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 13

55 Ibid, p. 98

56 Ibid, p. 13

57 Ibid, p. 113

58 Ibid, p. 114

à l'individu d'envisager un avenir plus ou moins proche (c'est à dire, se projeter un avenir avec ou sans enfant à un instant T), s'inscrit tout à fait dans le concept de « projet ». Le projet devient alors un outil dans la réalisation d'ambition individuelle.

Le projet rend l'accompagnement nécessaire⁵⁹, aussi la personne doit être pleinement associée à ce projet. Et ses choix doivent être pris en compte. Le projet est réalisé par la-e patient-e en collaboration étroite avec le médecin qui prescrit la méthode souhaitée. Les CCF ont aussi un rôle à jouer puisqu'il-le conseille, informe, oriente les individus en fonction de leur demande. Nous verrons cela dans le détail ultérieurement.

En matière de contraception, le choix doit être autonome, libre et responsable. « Il ne peut y avoir de projet véritable que quand il y a liberté. »⁶⁰. Aussi, comment les normes influencent-elles la relation ? En quoi influencent-elles le discours ? Qu'est-ce qu'influencer ?

Chaque individu possède ses propres valeurs tant dans le monde professionnel que dans la vie ordinaire. Lors d'une relation, les normes différentes des deux protagonistes se rencontrent, s'harmonisent ou s'entrechoquent. Les normes de la structure dans laquelle la-e professionnel-le travaille, les normes de la société et celles de la culture dans laquelle un individu s'épanouit viennent également interagir. Aussi les normes interviennent dans tout accompagnement, y compris lorsqu'il s'agit de contraception.

La norme conçue comme un idéal entraînerait l'idée qu'une contraception précise serait l'idéal à telle ou telle période de la vie. L'idéal peut alors entraîner un risque de jugement. Le jugement de ce qui serait une « bonne » contraception. Attention à ne pas juger la personne qui aurait fait le « mauvais » choix ou choisi une solution « hors normes ». L'idéal entraîne, en effet, le risque de normaliser et de ne plus tenir compte des singularités individuelles. D'autant plus que apprendre à devenir autonome demande des essais, et qui dit essai dit risque d'échec, il faut donc apprendre à l'accepter. « Il n'y a pas de liberté sans risque ! »⁶¹.

59 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 114

60 Ibid, p. 121

61 Ibid, p. 127

5.4. La-e CCF et les normes ?

Sur le plan professionnel, comment faire avec ces normes ? Comment intervenir sans véhiculer de stéréotypes ? Comment mener un entretien autour de la contraception ? Comment aider les individus dans leur choix ? Comment accompagner ce choix ?

Iris ne protège pas systématiquement les rapports sexuels avec son petit ami. Après un dialogue autour des différentes possibilités contraceptives (pilule, patch, anneau, implant, DIU), elle oriente son choix vers la pilule. Je remarque que, lors de cet entretien, les contraceptifs présentés sont uniquement des contraceptifs dits « fiables ». Cela correspondait bien, je crois finalement, au choix de cette personne. Il n'a pas été parlé des autres méthodes (diaphragme, contraception testiculaire ou gestion autonome de la fertilité par exemple). Est-ce qu'une jeune femme dans notre société peut se permettre d'avoir un choix hors du cadre qui serait le sien ? C'est-à-dire lorsqu'on est jeune, une grossesse n'est pas bien perçue par la société... Est-ce que par peur du jugement, une femme pourrait faire un choix qui n'est pas le sien propre ?

En tant que CCF, il est important d'avoir conscience que les normes régissent la société dans laquelle on vit, et que la société a une emprise sur les individus. Avoir pris conscience de ses propres valeurs, préjugés et représentations sociales permet une mise à distance de ceux-ci et facilite l'accompagnement des femmes et hommes qui souhaitent bénéficier d'une contraception. Cela demande un réel travail sur soi et de réflexion sur sa pratique professionnelle.

Pour toute personne, faire un choix qui ne serait pas dans les « normes » est beaucoup plus difficile à effectuer et à porter. En tant que CCF, il faut en avoir conscience, il sera alors nécessaire et important de valoriser et renforcer ce choix "hors normes" lorsqu'il est fait car il s'agit d'un réel choix. Ainsi la-e CCF aura à cœur de poser un cadre sécurisant lors de ses « entretiens contraception », de valoriser les parcours difficiles, d'avoir confiance en la personne et en ses capacités, d'avoir une écoute bienveillante, empathique, et sans jugement.

L'histoire d'Eva en est l'exemple parfait. Elle a fait le choix de ne pas utiliser de contraception dite « efficace ». Auparavant, elle a essayé plusieurs pilules mais sans vraiment en être satisfaite. Pour cette raison, elle ne veut plus prendre d'hormones. Elle a fait le choix avec son compagnon de pratiquer le retrait. Elle est consciente du taux

d'efficacité et c'est un choix qu'elle assume. Elle me confie avoir eu des remarques et attitudes désagréables de certains gynécologues libéraux avec une sensation d'agacement du praticien qui change d'attitude au moment où elle en parle. Elle ne se sent pas comprise ni soutenue dans le choix qu'elle a fait pour elle-même.

Prendre une décision à la place de, ou orienter la décision d'un individu, n'est pas une stratégie possible pour un·e professionnel·le. Au contraire, il·le doit faciliter « l'énonciation des enjeux et des conséquences »⁶² dans la prise de décision. En effet, parfois, prendre une décision amène des conflits intrapsychiques importants, des conflits de valeurs ou d'autres enjeux qui pourront être mis en mots lors d'un entretien⁶³.

Le véritable choix que la femme va faire dans la maîtrise de sa fertilité est le gage d'une réelle émancipation. C'est un choix à valoriser quel qu'il soit, car cela s'accompagne parfois d'une remise en question des modèles qu'elle a elle-même intégrée ou vient des modèles que sa culture d'appartenance impose. La contraception, la maternité, la sexualité ne doivent pas être perçues comme des évidences par un·e professionnel·le, cela serait teinté de ses propres représentations, alors que cela doit être pleinement choisi par la personne qui consulte.

La·e CCF doit rester vigilant·e à ne pas projeter sa propre histoire sur celle de la personne reçue. La·e professionnel·le doit s'enquérir des désirs, motivations et besoins de la personne mais aussi de son rythme de vie : il s'agit, en somme, d'apprendre à connaître cette personne, mais également de la reconnaître dans toute sa singularité. Il peut parfois paraître difficile de ne pas projeter sur la personne un non désir ou un désir d'enfant.

En outre, il sera important d'interroger la personne sur la temporalité de son choix : Est-ce un choix à faire de façon rapide ? La personne est-elle obligée de choisir de suite ? Il sera important de resituer la place de la contraception dans la vie de chacune. À savoir que la durée de la période de fertilité est longue entre la puberté et la ménopause. Aussi, la personne sera amenée à tester différentes possibilités. Cela permet de relativiser l'urgence dans le choix d'une méthode mais aussi de faciliter la prise de décision.

Tout·e professionnel·le, de manière consciente, mobilise ses savoirs et compétences. En revanche, il·le mobilise de manière inconsciente, ses croyances, ses certitudes, ses valeurs, ses

62 Geneviève VALLA-CHEVALLEY, Le conseil conjugal et familial, repères historiques, institutionnels et cliniques, Édition Eres, 2009, p.117

63 Ibid, p. 117

à priori, ses normes... C'est ce qui fait qu'un·e professionnel·le n'est pas une machine mais une personne à part entière. C'est important pour la relation. Mais cela peut parfois entraîner des déviances et met à mal certaines attitudes ou gestes professionnels⁶⁴. Pour cela, il est important que les professionnel·les aient un retour réflexif sur leur propre pratique, parfois même en échangeant avec d'autres. Cela nécessite une attitude d'ouverture et une certaine capacité à se remettre en question. Cette réflexivité apporte richesse à la·au professionnel·le, et lui permet de monter en compétences.

Pour conclure, la·e CCF n'est le «représentant·e d'aucune norme»⁶⁵. Il·le a pour rôle d'écouter les personnes, de les comprendre et d'accueillir leur parole sans aucun jugement⁶⁶. «Il évite toute référence à un système philosophique, religieux, politique, sociologique.»⁶⁷. Et il est important que la·e professionnel·le ait une perception fine de la demande principale car souvent derrière celle-ci s'en cachent d'autres. Parfois, il s'agit d'ambivalences qui pourraient entraîner un échec contraceptif.

6. Influence et contraception

6.1. Qu'est-ce qu'influencer ?

Lorsqu'on parle de normes, il est difficile de ne pas aborder la notion d'influence tant ces deux concepts font partie de notre quotidien et de la vie en société.

Influence ou influencer. Reprenons notre dictionnaire. Celui-ci nous décrit l'influence comme une action, celle qu'exerce quelque chose sur quelque chose ou quelqu'un·e, c'est aussi l'ascendant de quelqu'un·e sur quelqu'un·e d'autre. C'est également un pouvoir social et politique de quelqu'un·e, d'un groupe, qui leur permet d'agir sur le cours des événements, sur les prises de décisions... L'influence est un ensemble de processus complexes faisant partie des relations humaines. Pour aller plus loin, le site internet Psychologiesociale.com, nous propose : « l'influence sociale concerne les processus par lesquels les individus et les groupes façonnent, diffusent et modifient leurs modes de pensées et d'actions lors d'interactions

64 Maela PAUL, Posture et démarches d'accompagnement des étudiants dans le supérieur. Comprendre ce que « accompagner » veut dire, Conférence de Mai 2019

65 Geneviève VALLA-CHEVALLEY, Le conseil conjugal et familial, repères historiques, institutionnels et cliniques, Édition Eres, 2009, p. 88

66 Ibid, p. 115

67 Ibid, p. 88

sociales réelles ou symboliques. »⁶⁸. Les normes et représentations sociales ont un rôle central dans ces processus, en effet, elles ont été construites et assimilées dans une culture particulière, et chaque groupe possède différentes normes, au sein d'interactions sociales et de processus d'influence⁶⁹.

Pour tenter de mieux appréhender ces phénomènes, voici un peu de théorie. Il existe deux niveaux d'influence. Le premier se situe entre deux individus dont l'un exerce un rapport de pouvoir qui place l'autre en position de dépendance⁷⁰. Le deuxième niveau se situe au niveau d'un groupe. Les normes établies par la société sont considérées comme consensuelles, universelles et immuables⁷¹. Lorsqu'un individu ou groupe d'individus s'écarte de ces normes, le système groupal se considère comme en danger et va alors exercer des pressions sur les individus afin que ceux-ci se réalignent sur les normes en vigueur. À l'inverse, agir selon les normes sociales permet d'« avoir et de maintenir l'approbation sociale. ». C'est-à-dire, lorsqu'une personne suit les normes, elle agit en conformité avec son groupe d'appartenance et en reçoit l'approbation⁷².

L'influence peut être visible. Dans ce cas, l'individu manifeste des changements d'attitudes et d'opinions suite à des pressions⁷³. Elle peut être également latente. On parle alors de conversion. La conversion correspond aux processus par lesquels l'individu élabore ses conduites sociales par la confrontation de différents points de vue⁷⁴. Ces changements sont lents et progressifs. Il n'y a pas de rapports de domination dans ce cas. Les individus, sans faire preuve de conversion, vont parfois se montrer complaisants vis-à-vis des normes attendues, ils s'en accommodent sans y adhérer complètement⁷⁵.

Laissons de côté la théorie pour revenir un temps à la pratique. Nous voyons bien que concernant notre sujet de prédilection, la contraception, comme tant d'autres, les individus se conforment à l'avis le plus partagé ou à celui d'experts dont les compétences sont reconnues dans un certain domaine. Les avis sont alors jugés plus crédibles⁷⁶.

68 <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/influence/9-generalites-sur-la-notion-d-influence>

69 Gabriel MUGNY, Alain QUIAMZADE et Eric TAFANI, « Dynamique représentationnelle et influence sociale », La dynamique des représentations sociales Éditions Pascal Moliner, 2001, chap 5, p. 4

70 Ibid p. 1

71 Ibid p. 1

72 Laura FRENCH BOURGEOIS, L'influence des normes sociales sur le comportement : un processus médié par l'élaboration de stratégies, Université de Montréal, 2012 p. 2

73 Ibid, p. 1

74 Ibid, p. 1

75 Ibid, p. 1

76 Ibid, p. 2

En résumé, l'influence consiste au fait que nous changeons d'idées lorsque d'autres personnes nous font part de leurs propres opinions⁷⁷. Parfois, influencer peut être considéré comme un jeu de pouvoir lors de relations « dominant/dominé » dans laquelle l'un des deux protagonistes est en position d'infériorité voire de dépendance. Cela est généralement le cas pour toute personne consultant un·e professionnel·le dans l'objectif d'obtenir une contraception. Ce·tte professionnel·le, détient le savoir et donc le pouvoir. La personne est quant à elle est dans une position de dépendance puisqu'elle a besoin d'informations et/ou d'une ordonnance, précieux sésame pour l'obtention d'une contraception en pharmacie. Il est ainsi aisé de comprendre que tout·e professionnel·le, malgré la bonne volonté dont il·le peut faire preuve, peut influencer une personne. Ces processus sont en effet humains et font partie de toute relation sociale. Alors comment garantir le libre arbitre ?

6.2. Comment ne pas influencer ?

Mais alors, comment faire avec les normes ? Comment concilier normes et besoins en matière de contraception ? Comment ne pas influencer une personne quant à son choix contraceptif ?

Proposer un accompagnement en tant que professionnel·le, c'est intervenir dans le respect des désirs et besoins de la personne. Dans son ouvrage, *Normes et Valeurs en travail social*, Philippe Merlier propose plusieurs outils aux intervenant·es⁷⁸. En voici qui me semblent pertinents dans le sujet présent :

- expérimenter d'autres points de vue, se mettre à la place de l'autre,
- ne pas considérer nos propres représentations et normes comme modèles de référence,
- interroger l'autre sur son vécu, son interprétation des choses, accepter d'apprendre de l'autre,
- se laisser dérouter, déstabiliser,
- ne pas juger, ne pas mettre d'étiquettes,
- écouter activement,
- être dans la bienveillance,
- apprendre à découvrir la personne avec ses compétences, ses qualités mais aussi ses limites.

77 Gabriel MUGNY, Alain QUIAMZADE et Eric TAFANI, « Dynamique représentationnelle et influence sociale », *La dynamique des représentations sociales* Éditions Pascal Moliner , 2001, chap 5, p. 1

78 Philippe MERLIER, *Normes et valeurs en travail social*, Édition Seli Arslan, p. 109

Je vais à présent, aborder plus précisément l'accompagnement et l'approche rogérienne qui sont des outils pertinents pour les professionnel·les.

6.3. Focus sur l'accompagnement

Accompagner chaque personne dans les choix fait par elle-même et pour elle-même. Nous sommes tous d'accord, mais l'aide au choix contraceptif s'inscrit-elle dans un projet d'accompagnement ? Comment la·e professionnel·le peut-il·le accompagner une personne en quête d'une solution contraceptive ? Qu'est-ce que l'accompagnement ?

Selon l'HAS, « l'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres. Il s'agit d'une approche globale. C'est une démarche dynamique et participative qui justifie des dispositifs d'écoute. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions. »⁷⁹.

L'accompagnement s'applique dans des domaines divers et variés tels que les soins, l'éducation, le travail social... Et s'intègre complètement au champ de la contraception.

Ainsi la·e professionnel·le lorsqu'il·le va accompagner quelqu'un·e dans un choix contraceptif, va écouter l'histoire de la personne, sa demande, ses souhaits, ses besoins... Il·le aura besoin de clarifier certains points dans le discours amené par celle-ci, ce à l'aide de techniques de reformulation. Parfois, cela permet l'identification de demandes autres que la contraception auxquelles il faudra également apporter des réponses. Cela va aider la personne à conscientiser, éclaircir ses besoins et faire un choix. Il faut éviter de se placer dans la relation en tant que « sachant »⁸⁰. Ainsi, la·e CCF aura à cœur de partir des connaissances de la personne en matière de contraception pour les renforcer, les augmenter, les peaufiner, les valoriser aussi. Il est important de créer du lien, une relation de confiance. Car le but est de travailler ensemble à développer les compétences contraceptives de la personne afin qu'elle soit autonome et responsable, ou plus modestement qu'elle devienne actrice de sa contraception.

79 HAS, Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, Conférence de consensus, Recommandations de bonnes pratiques, 2004

80 Maela PAUL, Posture et démarches d'accompagnement des étudiants dans le supérieur. Comprendre ce que « accompagner » veut dire, Conférence de Mai 2019

En somme, accompagner c'est amener la personne à trouver ses propres solutions, par elle-même et pour elle-même. Il s'agit d'un travail d'écoute réciproque, d'un travail de réflexion, d'explicitation et d'analyse. Ce travail va aider le choix et la prise de décision puis ensuite la concrétisation du projet et passage à l'action⁸¹.

6.4. Focus sur l'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne que propose Carl Rogers est un véritable outil et une aide précieuse pour la·e CCF désirant proposer un accompagnement de qualité aux personnes qu'il·le rencontre dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Carl Rogers, psychologue américain à partir des années 60, a créé une approche humaniste appelé « approche centrée sur la personne ». Cette approche « non directive » de la rencontre entre un·e aidant·e et une personne est un outil indispensable pour la·e CCF.

Cette « approche centrée sur la personne » se place dans le cadre d'une relation authentique basée sur l'écoute, l'empathie, la neutralité bienveillante, la congruence et la conviction intime que chaque individu possède en lui toutes les ressources nécessaires à son épanouissement et à la résolution de ses problèmes.

Roger Mucchielli, psychologue français contemporain de Carl Rogers, décrit « l'approche centrée sur le client », comme « une relation durant laquelle l'aidé choisit de se faire aider mais, n'abandonnera ni sa liberté ni sa responsabilité dans la résolution de ses difficultés. »⁸².

« Être centré » sur la personne c'est comprendre ce qui se joue au moment de l'entretien. C'est être dans l'instant présent. C'est savoir écouter et savoir observer à la fois ce qui se passe pour l'autre mais aussi pour soi-même.

Nous avons déjà vu précédemment le concept d'influence, Mucchielli en parle également. Ainsi, dans son ouvrage, *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, il aborde à de nombreuses reprises l'influence des stéréotypes dans les relations humaines. « ...il faut savoir que nos opinions, nos croyances, nos idées, nos à priori, nos préjugés, nos sentiments, opèrent des distorsions inapparentes mais puissantes... »⁸³. Aussi, pour C. Rogers, il est indispensable

81 Maela PAUL, Posture et démarches d'accompagnement des étudiants dans le supérieur. Comprendre ce que « accompagner » veut dire, Conférence de Mai 2019

82 Roger MUCCHIELLI, *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, ESF éditeur, 2016, p. 19

83 Ibid, p. 24

pour la·e professionnel·le d'identifier et de neutraliser ses propres stéréotypes, valeurs et représentations afin de pouvoir être dans l'écoute compréhensive de la personne accueillie, mais aussi de ne pas projeter son propre cadre de référence sur celle-ci⁸⁴. Il nous demande même d'aller plus loin, c'est à dire « d'assimiler le cadre de référence de l'interlocuteur pour comprendre ses sentiments et pensées. »⁸⁵.

Pour soutenir les professionnel·les, voici quelques attitudes aidantes. Tout d'abord, la·e professionnel·le s'exerce à accueillir avec bienveillance la personne, à faire preuve de disponibilité, d'intérêt, sans émettre de préjugé ni d'à priori, et à faire preuve d'écoute tout en restant centré·e sur le vécu de la personne et ses ressentis. La non directivité dans l'entretien est une condition essentielle pour s'inscrire dans une approche rogérienne. Ensuite, la·e professionnel·le s'essaie à l'authenticité dans la compréhension de l'autre et lui montre qu'il·le cherche à le comprendre sincèrement. Le but est de créer une relation de confiance et d'aider l'individu à verbaliser ses besoins⁸⁶. L'empathie, soit la capacité d'un·e professionnel·le à se décentrer d'el·lui-même pour entrer dans l'univers de l'autre, sans pour autant ressentir les mêmes émotions, est une compétence psychosociale indispensable⁸⁷.

La·e CCF peut également, au cours de l'entretien, utiliser des techniques de reformulation. Il s'agit d'utiliser d'autres mots pour retranscrire de façon plus explicite ou concise la situation ou le problème de la personne. Cela permet à la·au professionnel·le de savoir si il·le est sur la bonne route de la compréhension du problème et ou d'obtenir l'accord de celle-ci⁸⁸. Ainsi cela encourage la personne à poursuivre puisqu'elle a le sentiment d'être écoutée et comprise. Grâce à cette approche, la·e CCF permet la libération de la parole, facilite la réflexion et la prise d'autonomie de l'individu dans les situations qu'il·le est amené·e à rencontrer.

Pour conclure, que ce soit dans le domaine de la contraception comme dans tant d'autres, l'approche rogérienne est un levier majeur de la perception des besoins des personnes. Cette approche va permettre à la·au CCF d'ajuster au mieux son intervention qui sera ainsi individualisée et qui permettra à la personne de faire ses propres choix et de prendre ses décisions en toute liberté et conscience.

84 Roger MUCCHIELLI, *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, ESF éditeur, 2016, p. 28

85 Ibid, p. 29

86 Ibid, p. 58

87 Ibid, p. 57

88 Ibid, p. 61-62

7. Pratiques professionnelles

Quelle est la place de la·du CCF dans l'univers ultra-médicalisé de la contraception ? Quel rôle a-t-il·le à jouer ? Quelle attitude doit-il·le adopter ? Quelle posture peut-il·le avoir finalement, afin de permettre à chaque femme d'accéder à une contraception choisie en toute liberté, ce afin de lui permettre de réussir son projet contraceptif ?

7.1. Qu'est-ce qu'un·e professionnel·le ?

Lorsqu'une personne sollicite un·e professionnel·le au sujet d'une demande de contraceptif, qu'attend elle de ce·tte dernier·e ? Qu'est-ce qu'un·e professionnel·le ?

Un·e professionnel·le est selon le dictionnaire *Larousse*, une personne qui exerce une profession, un métier. Dans le sujet qui nous intéresse précisément, nous parlerons de professionnel·le de la santé et de conseiller·e conjugal·e et familial·e (CCF), c'est à dire de personnes spécialisées dans un secteur d'activité bien précis, dotées de compétences et de savoir-faire spécifiques. Les personnes sont à la recherche d'informations, d'un partage de connaissances, voire même d'une expertise. Elles vont trouver chez les professionnel·les des réponses à leurs questions et/ou l'obtention de ce qu'il·les souhaitent. De façon générale, ce qui est attendu c'est une écoute, dans le respect et le non-jugement. Parfois, c'est un accompagnement à faire un choix, ou l'accompagnement dans un choix déjà réfléchi.

Qu'est-ce que la fonction de CCF ?

Il est bien difficile d'apporter une définition bien nette de cette profession tant elle touche différents aspects. Tantôt activité militante (comme nous l'avons vu précédemment, notamment à son origine historique), tantôt travail psychosocial, la fonction de CCF englobe : une écoute, un accompagnement empathique des personnes accueillies mais aussi, information et éducation concernant les sphères affectives, relationnelles et sexuelles⁸⁹.

L'activité des CCF, s'inscrit dans un contexte législatif et déontologique. Puis, selon les domaines et structures dans lesquelles il·les exercent, leur pratique sera teintée de façon différente. Voyons tout d'abord leur cadre déontologique.

89 Geneviève VALLA-CHEVALLEY, *Le conseil conjugal et familial, repères historiques, institutionnels et cliniques*, Édition Eres, 2009, p. 26

7.2. La charte déontologique

Au niveau national, l'Association Nationale des Conseiller·es conjugal·es et familial·es (ANCCEF) a rédigé une charte (en annexe III). Elle apporte non seulement un cadre, une base à laquelle les professionnel·les peuvent se référer dans le cadre de leur exercice professionnel, mais aussi l'uniformisation des pratiques. Selon l'ANCCEF, la contraception fait partie des compétences de la·du CCF au travers d'activités de prévention, d'information et d'éducation à la vie relationnelle et sexuelle, tant individuelles que collectives. Plusieurs éléments de la charte ramènent à la fonction d'accompagnement développée précédemment. Ainsi, « Par un regard extérieur et neutre, une écoute attentive, active, une compétence actualisée, les CCF permettent aux personnes qui consultent de mieux comprendre leur situation et de poursuivre leur chemin constructif. »⁹⁰. Aussi la·e CCF accompagne chaque personne dans les choix pris par elle-même et pour elle-même.

À travers ce texte, nous pouvons prendre toute la mesure de l'importance du rôle des CCF au sujet de la contraception.

7.3. Cadre institutionnel

Un·e professionnel·le s'inscrit dans un cadre déontologique, nous l'avons vu plus haut, mais aussi dans un cadre institutionnel qui dépend de son lieu d'exercice et donc de son employeur. C'est de ce deuxième cadre dont nous allons parler maintenant.

L'institution qui embauche la·e CCF poursuit un but, une mission générale, selon des valeurs qui lui sont propres ; elle a des attentes vis à vis de ses employé·es, souvent définies dans une fiche de poste. La·e CCF doit être au clair avec les valeurs de l'institution, le rôle des différent·es professionnel·les qui y travaillent et bien sûr des attentes de son employeur quant à sa propre spécificité. Le cadre institutionnel contribue ainsi à la définition d'un langage commun et donnent du sens au travail effectué. L'absence de cadre peut être préjudiciable à la relation de confiance entre les bénéficiaires et les professionnel·les de la structure.

Voici maintenant deux exemples de fonctionnement différents rencontrés lors de mes stages.

90 ANCCEF, Charte Déontologique des conseillers conjugaux et familiaux (en annexe III)

a) La·e CCF au Planning Familial

Les pratiques militantes du Planning Familial ont une place à part, innovantes et créatives en matière de contraception. L'approche prônée est la démedicalisation du corps des femmes et de leur fertilité. Le Planning Familial milite pour la libération du corps des femmes, pour la solidarité entre celles-ci, et pour le partage d'un savoir horizontal et non vertical. L'association questionne la relation patient·e/médecin et souhaite abolir la hiérarchie entre celui qui est sensé détenir le savoir et celui qui le reçoit. Les CCF exerçant dans des centres de planification dépendant de cette association doivent s'inscrire dans une démarche commune et les valeurs défendues par le PF. Cela explique que ces professionnel·les peuvent mettre en œuvre une délégation de tâches du médecin vers la·e CCF. Le protocole de la délivrance d'une première contraception chez une jeune fille est établi. La·e CCF peut ainsi, lorsqu'une femme est en demande d'une première contraception, lui délivrer une pilule, le patch, ou l'anneau, à partir du moment où celle-ci ne présente pas de contre-indications à la prise d'œstroprogestatifs (en annexe IV).

Mon stage au PF m'a permis de l'observer. Imene a un petit copain avec qui elle protège de temps à autres les rapports sexuels. Après un dialogue autour des différentes possibilités contraceptives, elle oriente son choix vers la pilule. La CCF que j'accompagnais, suite à un questionnaire concernant ses antécédents personnels et familiaux lui délivre Optidril et Norlevo. Il s'agit d'une délégation de tâches des médecins vers les CCF. L'acte s'accompagne de précieuses informations telles que : Que faire en cas d'oublis ? Comment prendre la pilule ?

b) La·e CCF dans les autres centres de planification

Dans les structures non militantes ou plus traditionnelles comme les centres de planification dépendants de communes ou d'autres structures telles qu'une université, le fonctionnement n'est pas le même. En effet, ce sont les professionnel·les médicaux qui prescrivent les contraceptifs, les CCF ont, dans ce cas, un rôle d'information, de conseils et d'accompagnement, il·les peuvent distribuer des préservatifs internes et externes mais sans avoir le droit de délivrer des contraceptifs hormonaux.

Je parle d'approche « traditionnelle » mais j'entends par là une approche qui est en accord avec le cadre législatif de notre pays stipulant que c'est au médecin de prescrire.

Au travers de mes stages dans diverses structures, et de ma pratique professionnelle, j'ai fait le constat que la place du·de la CCF en matière de contraception, varie en fonction de la structure dans laquelle il·le travaille. Cependant, les professionnel·les rencontrés·es s'inscrivent dans une culture professionnelle commune formalisée par la Charte Déontologique des conseiller·es conjugal·es et familial·es déjà citée et présentée en annexe.

c) La place de la supervision

Quelle que soit la structure et les valeurs de celle-ci, il est important de parler en équipe de la manière de travailler. En effet, un langage commun aux différents professionnels facilite l'accompagnement et la prise en charge des personnes. Aussi, les temps de supervision sont indispensables à cette culture commune. Ils favorisent la prise de recul inhérente à la fonction de CCF. Ils augmentent la disponibilité d'écoute et d'accueil des professionnel·les⁹¹. De plus, l'écouter·e a, lui aussi, besoin d'être écouté·e⁹². C'est pour cela que cet élément crucial est cité dans la charte déontologique de l'ANCCEF : « La·e CCF s'astreint à une supervision régulière et/ou une analyse des pratiques... ».

De plus, la formation continue permettra une mise à jour des connaissances de chaque professionnel·le ainsi qu'une remise en question de sa pratique et cela est toujours favorable à l'amélioration de celles-ci.

Pour conclure ce paragraphe, la supervision, c'est en fait, accompagner les professionnel·les qui accompagnent. Elle permet de parler des ressentis, des convictions, des valeurs, des certitudes... et de les remettre en question. C'est revisiter son système de représentation afin de faire un pas de côté, de voir autrement les situations rencontrées⁹³.

7.4. Les séances d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle

Comme vu précédemment, la·e CCF a les compétences requises afin d'intervenir en milieu collectif auprès de publics variés au sujet de l'éducation à la vie affective et sexuelle. La contraception en fait partie. Selon l'UNESCO, l'éducation complète à la sexualité (ECS) est

91 Geneviève VALLA-CHEVALLEY, Le conseil conjugal et familial, repères historiques, institutionnels et cliniques, Édition Eres, 2009, p. 88

92 Ibid, p. 89

93 Maela PAUL, Posture et démarches d'accompagnement des étudiants dans le supérieur. Comprendre ce que « accompagner » veut dire, Conférence de Mai 2019

primordiale auprès des jeunes afin de les préparer à la vie et au monde dans lequel nous vivons, ainsi que de les amener à réfléchir et à se questionner.

Pour aider les professionnel·les, nombreux sont les outils créés par les institutions ou associations. Je pense au site internet Choisirsacontraception.fr, à l'ANCIC (Association Nationale des Centre d'IVG et de Contraception) qui a réalisé de petites vidéos sur ce sujet en particulier et bien d'autres tel que l'UNESCO... Ces différents outils vont non seulement décrire les différentes méthodes de manière factuelle mais aussi amener les jeunes à interroger normes et représentations.

En général, au début d'un entretien ou d'une animation, la·e CCF va poser le cadre. J'entends par là expliquer son rôle, sa fonction, et les missions de la structure dont il·le dépend. Il·le doit également assurer la confidentialité des échanges aux personnes accueillies. Le secret professionnel est une obligation. Il·le aura à cœur d'écouter les personnes dans toute leur intégrité et dans le respect de toutes les différences qui s'imposent entre les interlocuteurs. Pour cela, il·le effectue un travail permanent de mise à distance de ses propres normes et valeurs. Ainsi, la·e CCF pourra créer une relation de confiance propice à la parole et aux échanges dans les domaines très intimes que sont la sexualité, la vie affective et la contraception.

C'est tout un cadre qui structure la relation qui s'instaure entre la·e CCF et les personnes. Il·le, de par la qualité de l'accueil proposé, va instaurer un climat de confiance dans lequel la personne accueillie va pouvoir s'épanouir, exprimer ses besoins et faire les choix nécessaires à la réussite de son projet contraceptif. À travers une approche empathique, la·e CCF accueille les personnes en demande de contraception. L'écoute active permet d'identifier la demande principale, mais aussi les demandes cachées, ainsi que l'élaboration des besoins. La reformulation permet de clarifier cette demande ainsi que les besoins inhérents au rythme de vie de chaque personne.

Le questionnement est omniprésent dans la relation par l'intermédiaire de la reformulation et de la clarification, mais aussi dans la pratique professionnelle par la remise en question de celle-ci. Ainsi, le questionnement va permettre le cheminement des deux interlocuteurs.

De plus, la fin de l'entretien, de l'accompagnement, de l'animation, demandent à être soignés. Il est alors question d'évaluer son action. « Est-ce que vous y voyez plus clair ? », « Comment

vous sentez-vous à présent ? », « Est-ce que cela vous convient ? ». Ce feed-back permet à la·au professionnel·le de réajuster et de savoir si les objectifs visés sont atteints.

C'est grâce à ces entretiens autour de la contraception, à ces interventions en milieu collectif, grâce à ces sites internet à destination du grand public, grâce à tous ces temps formels ou informels, et à ses « petites graines semées » au cours de leur parcours, que les individus pourront choisir par eux-mêmes, la méthode contraceptive qui leur correspond au mieux à un instant donné, dans un parcours contraceptif long et sinueux.

8. Conclusion

Nous sommes imprégné·es de normes, de valeurs et de représentations. Celles-ci sont variables en fonction du milieu, de la culture... dans laquelle on grandit. Elles font partie de notre éducation, de notre construction. Nous baignons dedans !

Aussi, suite à mon histoire personnelle et mon expérience professionnelle, j'ai constaté que nous, femmes, nous n'avions pas toujours la possibilité d'effectuer de véritables choix, et ce dans un domaine aussi intime que celui de la contraception.

L'objectif de cet écrit a été d'amener une réflexion autour de ce qui influence la posture d'un·e professionnel·le lors d'entretiens concernant la gestion de la fécondité, mais aussi et surtout, comment permettre à chacun·e d'exercer sa liberté dans ses choix contraceptifs.

Suite à une rétrospective historique et législative, j'ai trouvé quelques premiers éléments de réponse. La régulation des naissances a été longtemps « l'affaire » des femmes. Les lois concernant la maîtrise de la fécondité ont amené les médecins à intervenir dans le cadre de la prescription des méthodes hormonales. Si les femmes ont alors gagné sur la sécurité et sur l'efficacité de leur contraception, elles ont par contre perdu en autonomie et en libre arbitre. En effet, la contraception en France est très médicalisée et le « schéma contraceptif » est standardisé en fonction des normes établies dans notre société. Parfois, ces normes mettent à mal les tentatives d'émancipation individuelles.

Afin de concilier l'existence des normes et le légitime souhait d'autonomie et de liberté des individus, j'ai amené la notion de projet contraceptif. J'ai explicité les notions de normes, d'autonomie, d'influence et d'accompagnement en vue de la réalisation d'un choix éclairé.

J'ai ensuite souhaité présenter différents outils professionnels tels que les cadres déontologique et institutionnel. Souhaitant approfondir, puisque là est tout l'intérêt du travail, je me suis tournée vers des professionnel·les de la relation tel·les que Roger Mucchielli, Carl Rogers ou Maela Paul qui nous parlent d'accompagnement, et bien d'autres.

La·e CCF, personne à part entière, est comme toute, imprégné·e des normes de sa propre culture d'appartenance. Il est parfois difficile de s'en dégager, mais il est important, en tant que professionnel·le, d'avoir une réflexion constante et critique de nos propres représentations. C'est à dire, faire un pas de côté afin que l'accompagnement que nous allons proposer n'interfère pas dans les choix que la personne doit faire pour elle-même.

Nos choix sont conditionnés par différents facteurs dont certains sociétaux très ancrés dans nos croyances. J'ai pris conscience à travers ce travail que l'accès à la contraception mérite une vigilance constante mais aussi une réflexion collective et permanente concernant l'accès à celle-ci pour toutes et tous, femmes et hommes, jeunes et moins jeunes. Mais pas seulement, repenser l'éducation et l'information quant aux contraceptions et ainsi améliorer les connaissances sur le fonctionnement du corps, sont je pense les clefs d'une contraception choisie.

Il me semble important de souligner que la contraception des femmes dépend énormément du cadre législatif de notre pays, nous l'avons vu plus haut. Faire bouger les lois, c'est aussi faire bouger normes et représentations sociales. Déconstruire les normes et les stéréotypes en matière de sexualité et de contraception c'est faire évoluer et progresser notre société. Ainsi les pouvoirs politiques, de par leur rôle, peuvent bouger les lignes. À nous, en tant que femme de veiller à ce que nos droits persistent et même s'élargissent. Ainsi, rembourser toutes les méthodes de contraception existantes, faciliter l'accès à la stérilisation à visée contraceptive, développer la contraception masculine, développer les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans les établissements d'enseignement, favoriser et développer la recherche en matière de contraception (féminine et masculine) permettrait d'élargir notre horizon contraceptif.

Bibliographie

Livres :

- Etienne-Emile Baulieu ; Françoise Héritier ; Henri Leridon, *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Travaux du Collège de France, Paris, Éditions Odile Jacob, 1999, 305 pages
- Philippe Faucher ; Danielle Hassoun ; Teddy Linet, *La contraception*, Paris, Éditions Vuibert, 2019, 238 pages
- Angus Mc Laren, *Histoire De La Contraception De l'Antiquité à Nos Jours*, Paris, Noësis Agnès Vienot Editions, 1996, 413 pages
- Philippe Merlier, *Comment accompagner sans normaliser ? Normes et valeurs en travail social-Repères pour le soin de la relation*, Paris, Éditions Seli Arslan, 153 pages
- Roger Mucchielli, *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, 25ème édition, Éditions ESF, Collection formation permanente, 1996, 172 pages
- Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux : Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, collection « Archives du féminisme », 2012, 358 pages
- Geneviève Valla-Chevalley, *Le conseil conjugal et familial, Repères historiques, institutionnels et cliniques*, Toulouse, Éditions Eres, Collection Trames, 2009, 163 pages
- Martin Winckler, *C'est mon corps Toutes les questions que se posent les femmes sur leur santé*, L'Iconoclaste, Paris, 2020, 505 pages

Articles / Brochures :

- Brigitte Bouquet, « Les Temporalités de la décision », *Le Cairn*, Vie Sociale n°2, 2013
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2013-2-page-123.html>
- Anna Breteau, « Médecine et contraception : les liaisons... dangereuses ? », *Le Point*, Publié le 26/12/2017
https://www.lepoint.fr/sante/medecine-et-contraception-les-liaisons-dangereuses-26-12-2017-2182550_40.php#
- Contraception & Genre Laboratoire Junior, « Au lieu de condamner la pilule, considérons la parole des femmes. », *Le Monde*, La Tribune, 27/09/2017
<https://contraceptiongenre.wordpress.com/2017/09/26/au-lieu-de-condamner-la-pilule-considerons-la-parole-des-femmes/>
- Gabriel MUGNY ; Alain QUIAMZADE ; Eric TAFANI, « Dynamique représentationnelle et influence sociale », *Research Gate*, p. 4
https://www.researchgate.net/profile/Eric_Tafani/publication/270591525_Dynamique_representationnelle_et_influence_sociale/links/54b0475d0cf220c63ccea05.pdf

- Lara Lalman, « *De la puberté à la fin des règles, une étape longue et sinueuse* », Kairos Presse Journal antiproductiviste pour une société décente, Octobre 2018

<https://www.kairospresse.be/article/de-la-puberte-a-la-fin-des-regles-une-etape-longue-et-sinueuse/>

- Question Santé, Éducation permanente, *Paroles sur... La contraception et le corps des femmes*, {brochure}, Collection Droits des patientes-Paroles des usagers, Bruxelles, 2013, 26 pages

<https://questionsante.org/assets/files/EP/contraceptioncorpsfemmes.pdf>

- Cécile VENTOLA, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *OpenEditions Journals*, 2014

<https://journals.openedition.org/gss/3215>

Mémoire :

- Laura French Bourgeois, *L'influence des normes sociales sur le comportement : un processus médié par l'élaboration de stratégies*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences de psychologie Université de Montréal, 2012

<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8436/>

[FrenchBourgeois_Laura_2012_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8436/FrenchBourgeois_Laura_2012_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Études et enquêtes :

- Delphine Rahib ; Mireille Le Guen ; Nathalie Lydié, *Baromètre Santé 2016 : La contraception Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent*, Santé Publique France, 7 pages

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>

Interview / Vidéos / Conférences / Émissions Radio :

- Vox pop, « La contraception masculine : un fantasme ? », Arte, Enquête, 2020

https://www.youtube.com/watch?v=M_tYLFPP6dc

- Maela Paul, Conférence Posture et démarches d'accompagnement des étudiants dans le supérieur *Comprendre ce que « accompagner » veut dire ?*, Conférence de Mai 2019 à l'IMT Atlantique, Nantes

<https://www.youtube.com/watch?v=T8hnCx23lrI>

- Johanna Bedeau, *Avortement, le pouvoir du médecin*, France Culture, LSD Série Documentaire, 9-10-11-12 Mars 2020

<https://www.franceculture.fr/emissions/series/avortement-le-pouvoir-du-medecin>

- Danièle Flaumenbaum, *Pourquoi notre rapport à la contraception est-il toujours aussi compliqué ?* France Info, Propos recueillis par Élise Lambert, 2017.

https://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/pourquoi-notre-rapport-a-la-contraception-est-il-toujours-aussi-complique_2382824.html

Textes officiels :

- ANCCEF, La charte déontologique des conseillers conjugaux et familiaux
<https://www.ancef.fr/la-vie-de-l-ancef/charte-ancef-2018-15-x-21.pdf>
- Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, *Répondre aux attentes des jeunes, Construire une société d'égalité femmes-hommes*, Rapport n° 2016-06-13-SAN-021 relatif à l'éducation à la sexualité, 2016
- Haute Autorité de Santé, *Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*, Conférence de consensus, Recommandations de bonnes pratiques, 2004
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches
- UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la santé*, 2018
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214>

Sites internet :

- Psychologiesociale.com
<https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/influence/9-generalites-sur-la-notion-d-influence>

NB : Les sources sur internet ont été visionnées en Janvier 2021.

Listes des abréviations

| | |
|---------------|--|
| ANCCEF | Association Nationale des Conseillers Conjugaux Et Familiaux |
| ANCIC | Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception |
| CCF | Conseiller·e Conjugal·e et familial·e |
| CDI | Centre de Documentation et d'Information |
| DIU | Dispositif Intra-utérin |
| ECS | Éducation Complète à la Sexualité |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HCE | Haut Conseil à l'Égalité femmes/hommes |
| IPPF | International Planned Parenthood Federation |
| IST | Infection Sexuellement transmissible |
| IVG | Interruption Volontaire de Grossesse |
| MFPF | Mouvement Français pour le Planning Familial |
| MLAC | Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception |
| MLF | Mouvement de Libération des Femmes |
| UNESCO | United Nations Educational Scientific and Cultural Organization |

Annexe I : Les méthodes contraceptives

La Contraception

Le préservatif féminin
Il s'insère dans le vagin avant le rapport sexuel.
Protège des Infections Sexuellement Transmissibles et du sida.
En vente libre en pharmacie, gratuitement dans les centres de planification.

Le D.I.U. (stérilet)
Petit objet en plastique souple placé par un médecin ou une sage-femme dans l'utérus.
Existe en deux types : cuivre et hormonal.
Longue efficacité (3 à 5 ans selon le type).

La pilule
Flequette de comprimés composés d'hormones, à avaler tous les jours à heure régulière. Sur prescription médicale.

Le préservatif masculin
Il se déroule sur le pénis en érection, avant le rapport sexuel.
Protège des Infections Sexuellement Transmissibles et du sida.
En vente libre en pharmacie et en grande surface, gratuitement dans les centres de planification.

Le diaphragme, La cape cervicale
Petites coupelles souples qui s'utilisent avec des produits spermicides, elles se placent au fond du vagin et recouvrent le col de l'utérus.
Barrières, à réduire les risques de contamination aux IST et du sida aussi l'usage d'un préservatif n'est pas possible.
Sur prescription médicale.

L'anneau vaginal
Anneau souple et transparent qui se place dans le vagin pendant 3 semaines.
Sur prescription médicale.

Les spermicides
Sous forme de gel ou d'ovule, ils s'introduisent dans le vagin avant le rapport sexuel.
En vente libre en pharmacie.

Le patch
Timbre à coller sur la peau, à renouveler chaque semaine.
Sur prescription médicale.

L'implant
Petit bâtonnet placé par un médecin ou une sage-femme sous la peau de la face interne du bras, il diffuse une hormone pendant 3 ans.
Sur prescription médicale.

La contraception définitive
Intervention médicale qui consiste à couper ou sectionner les trompes de Fallope chez les femmes et à occluser le canal déférent chez les hommes (vasectomie).

Les injectables
C'est une injection hormonale intramusculaire à renouveler tous les 3 mois.
Sur prescription médicale.

Et aussi ...
La contraception masculine : méthodes thermique, méthodes hormonal...
A l'étude : les microcylindres spermicides permettant d'associer prévention IST/VIH et contraception, contraception transdermique sous forme de spray, pilule mensuelle...

La contraception d'urgence
C'est un comprimé à prendre très vite après un rapport sexuel mal ou non protégé MAIS ça ne remplace pas une contraception régulière.
Sans ordonnance, gratuite et anonyme en pharmacie pour les mineurs-es.

Pour plus d'information, reportez vous à la brochure contraception disponible au centre de documentation

le planning familial
www.planning-familial.org

Affiche extraite du guide « La Contraception », éditée par le planning familial.

Annexe II : L'indice de PEARL

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

| Méthode de planification familiale | Taux de grossesses de la première année | | Taux de grossesses sur 12 mois |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| | Utilisation correcte et régulière | Telle qu'utilisée couramment | Telle qu'utilisée couramment |
| Implants | 0,05 | 0,05 | |
| Vasectomie | 0,1 | 0,15 | |
| DIU au lévonorgestrel | 0,2 | 0,2 | |
| Stérilisation féminine | 0,5 | 0,5 | |
| DIU au cuivre | 0,6 | 0,8 | 2 |
| MAMA (pendant 6 mois) | 0,9 | 2 | |
| Injectables mensuels | 0,05 | 3 | |
| Injectables progestatifs | 0,3 | 3 | 2 |
| Contraceptifs oraux combinés | 0,3 | 8 | 7 |
| Pilules progestatives | 0,3 | 8 | |
| Patch combiné | 0,3 | 8 | |
| Anneau vaginal combiné | 0,3 | 8 | |
| Préservatifs masculins | 2 | 15 | 10 |
| Méthode d'ovulation | 3 | | |
| Méthodes des Deux Jours | 4 | | |
| Méthode des Jours Fixes | 5 | | |
| Diaphragmes avec spermicides | 6 | 16 | |
| Préservatifs féminins | 5 | 21 | |
| Autres méthodes de connaissance de la fécondité | | 25 | 24 |
| Retrait | 4 | 27 | 21 |
| Spermicides | 18 | 29 | |
| Capes cervicales | 26*, 9** | 32*, 16** | |
| Pas de méthode | 85 | 85 | 85 |

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

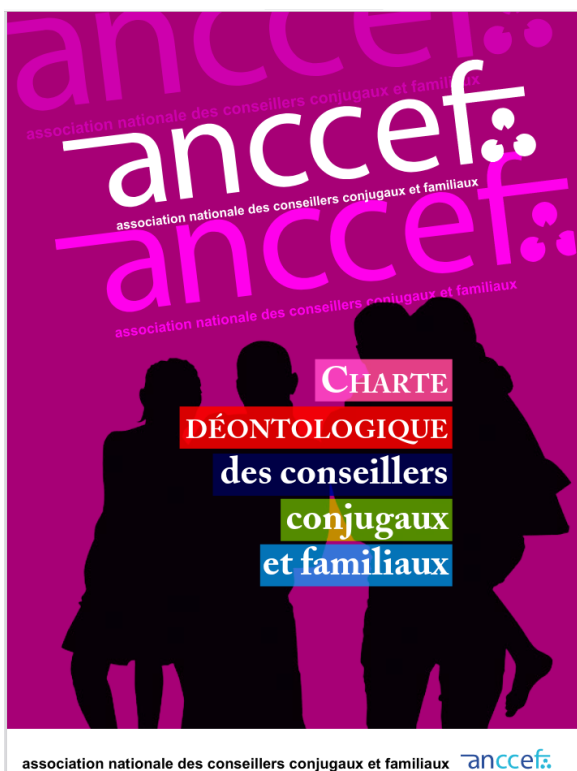
** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

| | | | | |
|-------|---------------|----------|---------------------|----------------|
| Clé : | 0 - 0,9 | 1 - 9 | 10 - 25 | 26 - 32 |
| | Très efficace | Efficace | Modérément efficace | Moins efficace |

Indice de PEARL (source HAS 2011)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

Annexe III : La charte déontologique



Cette charte a été élaborée par l'ANCCF avec l'aide et l'approbation des membres du Collectif des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et des conseillers conjugaux et familiaux (AFCCC, ANCCF, ANCIC, CLER, CNIDFF, Couples et Familles, FNEPE, Vie et Liberté). Elle représente la base commune, qui ne peut être en contradiction avec les chartes en vigueur dans les associations qui comportent des CCF.

Objet

Cette charte a pour objet de définir les règles de bonne conduite que doivent respecter les CCF dans l'exercice de leur profession. Elle participe à la garantie du sérieux de leurs interventions.

Rappel du rôle des CCF

- Le domaine de compétence des CCF est l'ensemble des questions et problèmes liés à la sexualité, à la contraception, à l'IVG (entretiens pré et post-IVG), aux maladies sexuellement transmissibles, notamment à l'infection par le VIH et, de façon générale, aux relations conjugales, familiales, parentales et à leurs dysfonctionnements.
- Les CCF exercent des activités d'information, de prévention et d'éducation concernant la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale, individuellement ou par l'animation de groupes de réflexion de jeunes ou d'adultes.
- Les CCF « tiennent conseil ». Ils aident les personnes à exprimer leurs difficultés et les accompagnent dans leurs recherches de solutions.
- Les CCF accueillent des personnes seules, des parents, des couples et des familles. Dans leur domaine de compétences, ils aident la ou les personnes à faire face aux questions posées, afin qu'elles deviennent plus responsables et plus autonomes.
- Par un regard extérieur et neutre, une écoute attentive active, une compétence actualisée, les CCF permettent aux personnes qui consultent de mieux comprendre leurs situations et de poursuivre un cheminement constructif.
- Les activités de conseil conjugal et familial doivent être effectuées par des personnes ayant suivi la formation de CCF telle qu'elle est réglementée.

La charte

1. Le CCF a pour objectif d'offrir un lieu de parole et d'écoute active aux personnes qui le demandent en vue de clarifier leur situation et de leur permettre d'évoluer.
2. Le CCF est centré sur le projet de la personne en demande et non sur son propre projet.
3. Le CCF est tenu au secret, à la confidentialité, dans le cadre des lois en vigueur. Il veille à ce que tous les éléments en sa possession (notes, fiches, rapports...) préservent le secret de l'identité des consultants.
4. Le CCF dans l'exercice de sa fonction, ne doit pas utiliser ce qu'il connaît de la personne en demande à des fins personnelles, économiques, sexuelles...
5. Le CCF écoute dans le respect des différences culturelles, philosophiques, idéologiques, religieuses, politiques, sociales de la personne reçue, en référence à la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et à la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989.
6. Le CCF s'astreint à une supervision régulière et/ou à une analyse des pratiques ainsi qu'à une formation continue en ce qui concerne l'actualisation de ses connaissances et de ses pratiques.
7. Le CCF accepte de justifier sa fonction, ses méthodes, les tarifs appliqués.
8. Le CCF est conscient de ses limites personnelles et professionnelles.

anccef.
association nationale des conseillers conjugaux et familiaux

Adresse postale
34, chemin du Colin
69370 Saint-Didier-au-Mont-d'Or
Tél. : 06 40 34 21 09
secretariat.anccef@orange.fr

Permanence téléphonique
Mardi et jeudi, de 9 heures à 17 heures.



www.anccef.fr

le site officiel des conseillers conjugaux et familiaux

Annexe IV : Le protocole de délivrance d'une première contraception orale au Planning Familial de l'Isère

Première demande de pilule auprès d'une CCF

L'idée est d'initier une **contraception efficace sans délai et sans risque**.

En l'**absence de risque de grossesse**, la jeune femme doit repartir avec une contraception qu'elle peut **débuter le soir même** si le premier jour des règles est prévu plus d'une semaine plus tard, avec maintien d'une protection contraceptive complémentaire par préservatif pendant une bonne semaine. La contraception hormonale est à **commencer le premier jour des règles** si celui-ci est prévu moins d'une semaine plus tard ou s'il existe un risque de début de grossesse (**prescription d'un test de grossesse si besoin**).

On rappelle que le **préservatif reste indispensable** quoi qu'il en soit pour la protection contre les IST en l'absence de situation de couple stable et de confiance depuis au moins trois mois avec réalisation **des dépistages** Chlamydia, VIH et Hépatite B au moins 6 semaines après le début de cette relation.

Il est essentiel de toujours présenter les **autres moyens de contraception** que la pilule. La meilleure contraception est celle que **la patiente choisit**.

Proposer une boîte de **NORLEVO** systématiquement, avec les explications, car les oublis sont sans doute plus fréquents quand on commence à prendre la pilule.

L'interrogatoire doit s'intéresser aux risques médicaux, sociaux et sexuels.

Interrogatoire médical :

Rechercher les **contre-indications formelles** à la contraception contenant un **œstrogène** :

- ATCD personnel de **phlébite** ou **embolie pulmonaire**
- ATCD personnel d'**infarctus** ou d'**angine de poitrine**
- ATCD personnel d'**hypertension**
- ATCD personnel d'**attaque cérébrale (AVC)**
- ATCD personnel de **migraine**
- ATCD personnel de **diabète**
- Maladie du **foie**
- ATCD **familial** de phlébite, embolie pulmonaire, AVC, infarctus chez un parent du premier degré avant l'âge de 65 ans

Rechercher les **contre-indications relatives** à la contraception contenant un **œstrogène** : **l'association d'au moins deux facteurs de risque est une contre-indication formelle** :

- **tabagisme**
- **âge supérieur à 35 ans**
- **migraine** (= maux de tête intenses par crises (= plusieurs crises identiques) qui durent plusieurs heures et qui empêchent les activités quotidiennes).
- **Obésité IMC>30**
- **Trop de cholestérol**

Ainsi, le tabagisme n'est pas une contre-indication si la femme n'a pas d'autre facteur de risque et a moins de 35 ans.

Quelle pilule donner :

Contraception de rattrapage/ d'urgence/ du lendemain

NORLEVO

A prendre en 1^{er} intention en cas de :

- rapport non protégé ou problème de préservatif de moins de 72 heures
- oubli de pilule de plus de 12 heures et rapport non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli
- expulsion de l'anneau vaginal de plus de 3 heures et rapport non protégé dans les 5 jours précédents
- oubli de remettre l'anneau vaginal à la date prévue et rapport non protégé dans les 5 jours précédant la pause
- décollement du patch de plus de 24 heures et rapport non protégé dans les 5 jours précédant le décollement
- oubli de changement du patch de plus de 48 heures et rapport non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli

ELLAONE

- rapport non protégé datant de plus de 72 heures et de moins de 5 jours
- se protéger = préservatif jusqu'à la fin de la contraception

Dispositif Intra Utérin au Cuivre (stérilet)

- C'est la plus efficace des contraceptions d'urgence
- Il peut être mis dans les 5 jours suivant le rapport à risque.
- Après la contraception est efficace directement !

Dans tous les cas faire

→ Un test de grossesse sanguin au minimum 15 jours après la prise de la contraception d'urgence/ de rattrapage/ du lendemain et test de grossesse urinaire 21 jours après la prise de la pilule d'urgence

→ En cas de contraception hormonale associée utiliser ensuite un préservatif pendant 7 jours pour NORLEVO et jusqu'au début de la prochaine plaquette pour ELLAONE

→ Ne pas oublier de parler à la femme du risque d'infection sexuellement transmissible et du coup de proposer un test.

En l'absence de contre-indication aux œstrogènes :

En première intention : toujours MINIDRIL

En deuxième intention :

- LEELOO: plus de risque de grossesse en cas d'oubli qu'une pilule à 30µg comme MINIDRIL, plus de risque de spotting aussi ;
- TRINORDIOL (si a déjà Trinordiol ou DAILY GÉ), ou si spotting avec MINIDRIL ;
- DESOBEL 20 ou VARNOLINE CONTINU (si intolérance à MINIDRIL – troubles digestifs, prise de poids, boutons...).

Si souhaite un implant ou un DIU :

- CERAZETTE et RDV médical dès que possible ou MINIDRIL si pas de facteur de risque cardio-vasculaire.

TRICILEST reste une pilule à l'initiative du médecin (indiquée en cas d'acnée importante).

Si contre-indication retrouvée à l'interrogatoire :

- CERAZETTE et RDV dans un mois avec médecin.

Optimazette

A RETENIR :

- Toujours MINIDRIL en premier,
- si aucun facteur de risque cardio-vasculaire (mais il faut en être sûr) : on prend peu de risque à donner n'importe quelle pilule de nos placards, mais il faut toujours commencer par le plus simple, et le plus simple c'est d'abord MINIDRIL, puis LEELOO, TRINORDIOL, DESOBEL ou VARNOLINE CONTINU en fonction des effets secondaires de MINIDRIL ou du contexte ce qui relève souvent de l'interrogatoire médical,
- si au moins un facteur de risque cardio-vasculaire : on ne prend aucun risque à donner CERAZETTE en attendant l'avis médical

Ne pas hésiter à appeler un médecin disponible en cas de doute.

Questionnaire médical pour mieux choisir sa contraception par pilule

Cocher la case qui correspond à la réponse

| | |
|---|---|
| J'ai une maladie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai déjà fait une crise cardiaque | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Je fais de l'hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai déjà eu une attaque cérébrale (AVC) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Je fais de la migraine | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Je suis obèse | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai trop de cholestérol | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai une maladie de foie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Je fume | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai un plâtre depuis moins de 2 mois | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai un traitement anti-épileptique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai un traitement neuroleptique ou antidépresseur | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai un traitement contre la tuberculose | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| J'ai un cancer du sein | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Dans ma famille (mère, père, frère et sœur), il y a des problèmes de santé :

| | |
|---|---|
| Quelqu'un a déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Quelqu'un a déjà fait une attaque cérébrale (AVC) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Quelqu'un a déjà fait une crise cardiaque avant l'âge de 65 ans | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Résumé

Contraception et normes : Quelle place pour la·e Conseiller·e Conjugal·e et Familial·e ?

A travers cet écrit, l'auteure questionne la place des normes dans le domaine de la contraception et la façon dont un·e professionnel·le permet à une personne d'exercer sa liberté quant à son choix contraceptif. C'est au travers d'éléments historiques mais aussi psycho-sociaux que l'auteure trouve des réponses aux questions qu'elle se pose. La réflexion s'achève avec un questionnement professionnel autour de la place que la·e Conseiller·e Conjugal·e et Familial·e peut prendre dans l'accompagnement des personnes dans leur projet contraceptif.

Mots clés

Contraception, Normes, Autonomie, Projet, Accompagnement, Influence, Choix,

Approche Centrée sur la personne