

Une démarche spécifique pour l'adolescente ?

Les méthodes de 1^{er} choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale (surtout oestroprogestative), éventuellement en association.

Même si la démarche d'aide au choix est globalement similaire à celle proposée pour toute femme, il existe un certain nombre de points clés :

- **Recevoir l'adolescente sans ses parents** (même si leur évocation dans la conversation reste importante) et l'assurer de la confidentialité de l'entretien³. Elle peut souhaiter la présence de son partenaire ou d'une amie.
- **Aborder sans a priori le sujet de la sexualité.**
- **Adapter la démarche à l'âge et aux besoins** : éviter d'être intrusif, questionner graduellement l'adolescente sur ses camarades et sur ses habitudes de vie ; partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse, de ses projets et de ses besoins ; le cas échéant la rassurer sur sa normalité (transformations physiques, désirs, craintes, etc.) ; travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d'avoir des rapports sexuels si elle n'en a pas envie.
- **Ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et les examens sanguins** à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents).
- **Aider l'adolescente à se projeter dans une utilisation future** de la méthode envisagée, en abordant la question des **freins à son utilisation** (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité des services).
- **Discuter de la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule et des méthodes de rattrapage possibles** en cas de non-utilisation ou de rupture de préservatif.
- **Pour la contraception d'urgence hormonale**, préciser que la délivrance est anonyme, non soumise à prescription et qu'elle est gratuite pour les mineures. Indiquer aussi les lieux où elle est disponible (pharmacies, infirmeries scolaires, centres de planification et d'éducation familiale).
- **Informersur les IST** et l'efficacité des préservatifs en prévention.
- **Prévoir un suivi régulier et rapproché.**

Ressources

Haute Autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr

Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme (07/12/04).

D'autres documents sur la contraception sont accessibles sur ce site.

Inpes www.inpes.sante.fr

Commande gratuite de documents.

Préservatifs : brochures sur les modes d'emploi des préservatifs masculins et féminins. Certaines existent en plusieurs langues.

Documents d'information sur sexualité / contraception / IST : pour tous publics, pour les femmes et pour les adolescents (« Questions Q », « L'amour en question », « Questions d'ado », « Les premières fois »).

Ministère chargé de la santé www.sante.gouv.fr

(mots clés : contraception, IVG).

Dossier d'information sur les méthodes contraceptives (avec questions / réponses) ;

Bilans relatifs à l'utilisation de la contraception d'urgence par les mineures, guide remis aux patients souhaitant une stérilisation à visée contraceptive ;

Législation-règlementation en vigueur ; coordonnées utiles : centres de planification ou d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial de tous les départements ;

Permanences téléphoniques régionales.

Ecoute Sexualité Contraception

Numéros verts locaux

0 800 803 803 pour Paris

0 800 105 105 pour Marseille

et une partie du sud de la France

Information, conseil ou réponse à des problèmes liés à la sexualité. www.planning-familial.org

Fil Santé Jeunes

0 800 235 236

Appel gratuit, 7j/7 ; 8h00-00h00

Ecoute, information, orientation des jeunes en matière de santé physique, psychique et sociale. www.filsantejeunes.com

3) La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception précise que « le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».

Comment aider une femme

à choisir sa contraception ?

La contraception en France est l'objet d'un paradoxe marquant : le taux d'IVG ne décroît pas (200 000 IVG pratiquées chaque année) malgré un taux de couverture contraceptive qui augmente. Pour améliorer l'efficacité des méthodes contraceptives, des recommandations ont été émises fin 2004 par l'Anaes, l'Afssaps et l'Inpes¹, à la demande de la Direction générale de la Santé. Elles reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.

Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ?

La relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies, avec une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande **satisfaction** ainsi qu'à une **meilleure utilisation des méthodes** : un choix adapté pourrait améliorer l'**efficacité pratique** des méthodes contraceptives, laquelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais thérapeutiques). La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

- *La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une femme à l'autre : certaines préféreront s'en remettre à vos conseils, tandis que d'autres souhaiteront participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chaque femme.*

A quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle d'une femme (et notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'IVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypercholestérolémie, tabagisme, etc.

1) Très complètes, ces recommandations comprennent un état des lieux de la contraception en France, présentent les méthodes disponibles avec leurs indications et contre-indications, explorent les déterminants psychosociaux du choix et du suivi d'une méthode et abordent les stratégies d'aide au choix. C'est sur ce dernier point qu'il a été choisi de centrer la présentation. L'ensemble des recommandations est accessible sur : www.has-sante.fr

Quelles sont les étapes de l'aide au choix ?

La **première consultation** au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être **spécifiquement dédiée à cette question**.

En cas d'impossibilité – urgence notamment – il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement (*counseling*)². En pratique, le **modèle BER CER** de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en **6 étapes** : **Bienvenue**, **Entretien**, **Renseignement**, **Choix**, **Explication** et **Retour**. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. *Pour plus d'information sur BER CER, cf. site OMS : www.infoforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml*

• Bienvenue

Temps d'**accueil** de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

• Entretien

Temps de **recueil d'information et d'expression de la femme** sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un **diagnostic éducatif** partagé.

En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre

• Renseignement

Délivrance d'une **information claire, hiérarchisée et sur mesure**. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la **bonne compréhension des informations** concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et recommandations Anaes/Afssaps/Inpes

• Choix

Le professionnel souligne que la **décision finale appartient à la consultante**. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à

faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

• Explication

Discussion autour de la **méthode choisie** et de son **emploi** : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, enseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

• Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de **réévaluer la méthode et son utilisation**, de **vérifier qu'elle est adaptée** à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour **discuter un changement de méthode**. Cette phase **prendra en compte les modifications de ses situations personnelle, affective et sociale**. A partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

- Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'**identifier** ses besoins, d'**appréhender** les différents aspects de sa personnalité, de **prendre en compte** ses demandes. Il s'agit d'**explorer ensemble** :

« ce qu'elle a »

☞ état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, etc. ;

« ce qu'elle fait »

☞ situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;

« ce qu'elle sait »

☞ en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;

« ce qu'elle croit »

☞ croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;

« ce qu'elle ressent »

☞ au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;

« ce dont elle a envie »

☞ ses projets, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise, etc.

En pratique : quelles méthodes contraceptives proposer ?

La contraception oestroprogestative

☞ est l'une des méthodes de 1^{re} intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, hépatique, cancéreux, etc.).

La contraception par progestatif seul

☞ peut être utilisée dans certaines situations où les pilules oestroprogestatives sont contre-indiquées (risque cardio-vasculaire notamment), mais également en 1^{re} intention. Il s'agit essentiellement de la pilule micro progestative (prise rigoureuse, tous les jours à la même heure). Ses effets secondaires (aménorrhée, spotting, etc.), possiblement gênants, sont mieux acceptés si la femme en est avertie.

Les dispositifs intra-utérins (DIU)

☞ ne sont pas uniquement destinés aux multipares et peuvent être envisagés en 1^{re} intention à condition de respecter les contre-indications, d'évaluer et d'écarter les situations à risques d'infection et de grossesse extra-utérine (GEU) et d'informer la consultante sur les risques.

☞ le DIU peut être utilisé comme méthode de contraception d'urgence (méthode la plus efficace).

L'aménorrhée lactationnelle

☞ est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif (intervalle maximum de 6 heures entre 2 tétées).

Les préservatifs, masculins ou féminins

☞ sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST. A proposer en cas de partenaires multiples, de relations occasionnelles, d'absence de relation stable, etc. seuls ou en association avec d'autres méthodes. Ils nécessitent une pédagogie ciblée.

Les autres méthodes naturelles

☞ devraient être réservées à des personnes connaissant bien leur cycle, la méthode, et pouvant s'exposer à un risque de grossesse.

Les méthodes de stérilisation

☞ peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. Il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles. Elles ne peuvent être pratiquées sur une personne mineure et un délai de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

NB : la contraception d'urgence hormonale n'est pas recommandée en tant que seule méthode contraceptive régulière, en raison des effets secondaires et du risque de grossesse majorés par rapport à une méthode hormonale continue.

2) Le *counseling* renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies.

La *démarche éducative*, pour sa part, renvoie à un partenariat pédagogique, centré sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette approche est individualisée et se fonde à la fois sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.