

h e t s

Haute école de travail social
Genève
Centre de formation
continue (CEFOC)

DAS en Santé Sexuelle – Interventions par l'éducation et le conseil

Promotion 2015-2017

**Regards croisés de deux professions (sage-
femme et spécialiste en santé sexuelle) sur
l'autodétermination dans les enjeux de
contraception et ambivalence de début de
grossesse**

Travail de diplôme

Août 2017

Chantal Abouchar

7 rue Schaub, 1202 Genève

chantal.abouchar@gmail.com

Introduction

Motivation pour le thème choisi

Pour ce travail de diplôme, j'ai choisi de me pencher sur la place laissée à l'autodétermination de la personne dans les enjeux de contraception et d'ambivalence de début de grossesse dans les deux professions que je connais, à savoir sage-femme et (bientôt) spécialiste en santé sexuelle, en y comparant les deux postures.

Le choix du sujet pour ce travail prend pour source ma motivation à m'inscrire au DAS en santé sexuelle, peut-être plus loin même, dans des questions et interrogations ayant débuté lors de mes études de sage-femme. En effet, à cette époque-là déjà, j'étais interpellée par les échecs de contraception, les grossesses dites non-planifiées, survenant en l'absence d'utilisation de contraception par exemple. Ayant grandi à Genève, et bénéficié d'une éducation sexuelle que je jugeais bonne, je m'étonnais un peu naïvement du nombre de femmes semblant avoir bénéficié d'informations similaires et se retrouvant dans des situations de grossesses non-désirées, régulièrement en l'absence de contraception. M'étant penchée sur ces questions pour mon travail de bachelor, j'ai pu apprendre et constater que des échecs de contraception, ou l'absence de contraception pouvaient être expliqués par un nombre important de facteurs, plus ou moins rationnels. De même que la survenue d'une grossesse à priori non-planifiée ne pouvait être résumée à des considérations contraceptives uniquement, mais pouvait faire appel à un nombre important de facteurs psychiques conscients et inconscients, et soulever de multiples enjeux (rapport au corps, à sa féminité, à la fertilité, à la maternité, rapport au couple, dynamique familiale, etc.).

Dans la suite de mon parcours professionnel, j'ai fait une formation (certificat des urgences gynéco-obstétricales) m'ayant amenée à travailler un certain temps au service des urgences gynéco-obstétricales des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), notamment au tri, c'est-à-dire à l'accueil et première évaluation de toutes les femmes venant consulter dans ce service. La variété des personnes rencontrées dans cette fonction a été énorme, de même que la variété des situations. Mais là encore, j'ai été interpellée par un certain nombre de choses. Les fausses-croyances et mauvaises pratiques liées à la contraception, aux risques perçus ou non des

infections sexuellement transmissibles (IST), des problématiques d'échecs contraceptifs récurrentes chez certaines patientes, tous âges, nationalités et milieux sociaux confondus, m'ont interrogées sur les sources d'information en matière de santé sexuelle et sur les enjeux qui sont liés à cette dernière.

Enfin, dans ma pratique obstétricale au sein des HUG, les situations psychosociales difficiles entourant certaines grossesses et familles (grossesses à répétition chez des femmes à qui l'on retire systématiquement la garde des enfants, grossesses chez des femmes présentant de gros troubles psychiatriques entre autres, par exemple) m'ont amenée à avoir parfois des pensées que je sais jugeantes, telles que « pauvre enfant », ou « il aurait été souhaitable qu'elle ne tombe pas enceinte ». Si je sais que travailler avec l'être humain, particulièrement autour de questions de santé suscite forcément des émotions et peut faire résonance à certains niveaux, je m'interroge sur cette espèce d'aura de « toute-puissance » planant sur le monde médical, comme si être au cœur de la vie des gens permettait de les cataloguer, d'émettre des règles et des recommandations. Je dois reconnaître que je pense, par exemple, qu'une bonne couverture contraceptive est bien plus souhaitable pour certaines femmes/familles (voire toutes les femmes ?) que des grossesses mal vécues et mal assumées. Et cela me questionne sur quelle part d'objectivité et de bienveillance il reste dans ce genre de positionnement.

Consciente du caractère critique de telles pensées, mais probablement aussi intéressée de me former à agir en amont et à participer à la prévention en matière de santé sexuelle, je me suis donc inscrite au DAS en santé sexuelle.

Lors de ma formation initiale j'ai aussi été amenée à m'interroger sur ma position concernant l'interruption de grossesse (IG). Il en est ressorti que je suis évidemment en faveur de l'IG et du droit à l'IG ; mais que je dois reconnaître qu'une partie de moi attribue encore une part de magique à la conception, dont il est important que je sois consciente afin de pouvoir accompagner les femmes au mieux, quel que soit leur parcours de grossesse et l'issue de cette dernière. Partant de ce postulat, je dois admettre là encore que je suppose qu'une contraception bien maîtrisée me paraît plus acceptable pour une femme qu'une grossesse non-prévue, ou qu'une IG. A nouveau, je suis consciente qu'il s'agit de pensées personnelles répondant à des critères subjectifs m'appartenant. Cette tendance semble toutefois se retrouver au sein du monde médical, prenant en considération l'impact médical et éventuellement psychique d'une IG (ceci sera évoqué plus loin).

J'ai envie de croire qu'au quotidien, ma pratique de sage-femme est empreinte de bienveillance pour mes patientes et que j'essaie de les accompagner au mieux, quelle que soit leur situation. Mais je suis consciente que certaines situations font écho en moi, et peuvent faire résonner des pensées ou des valeurs qui ne vont pas forcément dans le sens d'un non-jugement et d'une considération positive inconditionnelle comme préconisés par Carl Rogers pour une bonne prise en soin.

Durant ces 2 années de formation pour le DAS, j'ai été poussée à creuser ma réflexion, à interroger mes propres valeurs mais aussi sur quoi elles se fondent, et à réaliser à quel point elles peuvent être construites socialement, et selon mes normes familiales et culturelles, mon vécu personnel, etc.

Le parallèle entre la formation et ses stages (en éducation sexuelle et en centre de santé sexuelle) et la poursuite de ma pratique sage-femme m'a permis de poser un regard un peu différent sur le monde médical. Je le constate relativement jugeant et empreint de normativité, ce qui peut l'amener à se conformer à des critères assez établis en matière de santé sexuelle et contraception par exemple. J'ai pu ressentir parfois une tension entre les deux différentes postures, et constater que le DAS influence par moments ma posture de sage-femme au sein du corps médical et paramédical, bien qu'il ait jeté plus de ponts qu'érigé de barrières entre les deux.

Le travail qui va suivre et les considérations qui le façonnent m'apparaissent comme le continuum d'une réflexion entamée lorsque j'apprenais mon premier métier, qui a d'abord été nourrie par quelques années de pratique professionnelle, puis par les nouvelles questions et nouveaux éclairages ayant émergé durant ma formation actuelle. Cette thématique fait du sens pour moi dans la totalité de mon parcours et a été interrogée dans différents travaux à rendre durant le DAS. J'espère que ce travail de diplôme en constituera une forme d'aboutissement.

Objectifs poursuivis

Les objectifs que je poursuis pour ce travail sont divers. Il s'agit pour moi de

- Questionner le rapport des femmes à la contraception
- Interroger l'ambivalence de début de grossesse, en rapport aux enjeux de contraception

- Interroger la posture des professionnels (de la santé et en santé sexuelle) quant à ces rapports
- Mettre en évidence les différences et ressemblances entre la posture de sage-femme et celle de spécialiste en santé sexuelle
- Aborder la question de l'autodétermination de la personne à la lumière de ces deux postures
- Faire émerger des pistes d'action

Formulation précise de la question

Comparer la place laissée à l'autodétermination de la personne dans deux professions (sage-femme et spécialiste en santé sexuelle) dans les enjeux de contraception et ambivalence de début de grossesse.

Développement

Questionner le rapport des femmes à la contraception

Pour entamer ma réflexion dans ce travail, il m'a semblé important de commencer par questionner le rapport des femmes à la contraception : sur quoi il est basé, construit, par quoi il est influencé, mais aussi mon regard sur ce rapport. Pour ce faire, il m'a paru intéressant d'étudier les normes procréatives, évoquées par Nolwenn Bühler durant le module 3B, dans son cours « Désir d'enfant ou devoir d'enfant ? Fertilité et famille entre nature et culture ». En effet ce cours et les lectures proposées m'ont permis de réaliser que le rapport des femmes à la contraception était en grande partie construit socialement et culturellement, tout comme notre regard sur ce rapport.

« (...) la pratique contraceptive s'inscrit à l'articulation de logiques sociales qui, dans un contexte social donné, relèvent de **normes reproductives** (Lesthaeghe, 1989 ; Bledsoe, 2002 ; Johnson-Hanks, 2006), de **normes sexuelles** (Cole et Thomas, 2009), de **rapports de genre** (Andro et Hertrich, 2002 ; Smith, 2010) et de **rapports avec les prescripteurs de méthodes de contraception** (médecins, centres de planification familiale). Ces normes sont souvent en tension et c'est lors de ces phases de tension que surviennent des rapports sexuels non ou mal protégés (Bajos et al., 2002). »
(Bajos et al., 2013, p. 18)

En soi, le fait même que je m'interroge sur ce rapport, sur les échecs de contraception est une forme d'expression des normes que j'avais intégrées comme normales/universelles. Comme si, en simplifiant, le fait que les femmes aient un accès à la contraception ne leur laissait plus le droit à ne pas en faire usage. C'est ce qu'évoque Yaëlle Amsellem-Mainguy dans son article:

« La médicalisation de la contraception est un phénomène récent ayant marqué les dernières décennies, qui a eu pour conséquence une diversification des lieux de gestion de la sexualité et de la planification familiale. « La diffusion de la contraception médicale a contribué à produire une normalité contraceptive à l'usage des femmes [1] : les femmes qui ne souhaitent pas d'enfants ne peuvent plus ne pas recourir aux méthodes efficaces qui leur sont proposées, sous le contrôle des médecins, sous peine de passer pour irresponsables et déviantes » [2]. » (Amsellem-Mainguy, 2011, p.77)

Le rapport à la contraception semble donc fortement lié à ce que Bajos et Ferrand appellent les normes procréatives.

« Pour autant, la possibilité d'avoir un enfant au moment désiré, ne fournit pas nécessairement un cadre moins contraignant à l'exercice de la maternité. Dans la mesure où il devient possible d'éviter d'être enceinte et de refuser de poursuivre une grossesse en recourant à l'IVG, il importe, plus que jamais, que les conditions les meilleures soient réunies pour avoir un enfant. C'est le respect de ces conditions, socialement définies, que nous nommons « norme procréative ». (Bajos & Ferrand, 2006, p.92)

Il apparaît de ce fait que si la démocratisation de l'accès à la contraception (et à l'interruption de grossesse) a été vécue comme une libération pour beaucoup de femmes, permettant de glisser de « la maternité subie » à la « maternité volontaire », (Kniebieler, 1997 ; Leridon, 1999 ; Lefaucheur, 1992, cités dans Bajos et Ferrand, 2006, p.91) elle a parallèlement fait peser un certain poids sur leur épaules :

« Néanmoins, la pilule peut également opérer comme mercenaire du genre et renforcer les asymétries. (...) Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (Bajos et Ferrand, 2004) ont montré que si la diffusion des moyens de contraception modernes a contribué à diversifier le registre des pratiques sexuelles des femmes hétérosexuelles, elle a en revanche un effet pervers dans la mesure où elle induit le postulat d'une « disponibilité maternelle ». La disparition du modèle de la maternité sous contrainte, qu'entraîne le fait que les femmes peuvent désormais choisir les conditions de l'arrivée d'un enfant, a mis de l'avant un modèle de maternité idéale qui ne tolère aucun « écart » de la part des mères dont on attend qu'elles assument au contraire en tout temps une responsabilité qu'elles ont choisie : les attentes sociales qui attachent les femmes à la maternité ont finalement été confortées par la pilule contraceptive. (...)

On comprend alors mieux pourquoi la pilule se présente sous la forme d'un outil ambigu, contribuant à transformer les rapports de genre à certains égards, perpétuant les asymétries par d'autres aspects (...). Ce faisant elle les réarticule dans un sens ou un autre, en fonction des contextes et des situations et non par elle-même. Pour les femmes hétérosexuelles en âge de procréer et ayant une activité sexuelle, ayant en outre accès à des structures de soin de qualité, la pilule a certainement pu faire office de « pilule magique ». Mais cela ne vaut ni pour toutes les femmes, ni à tous les âges de leur vie. » (Grino, 2014)

La démocratisation des moyens de contraception et la facilitation de l'accès à l'IG ont conduit à un meilleur contrôle de la fertilité, mais ont de ce fait mis les femmes face à des choix à faire. La responsabilité de ces choix met en exergue des tensions ou des contradictions vécues dans les décisions à prendre.

Dans un article spécifiquement consacré à la pilule est mise en évidence l'ambivalence qui entoure cette dernière, dans la perception qu'en ont les femmes. Outre la polémique autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération suite à la médiatisation de cas de complications médicales,

ayant fortement diminué l'attrait de la pilule sur une part de la population féminine, est aussi évoqué le fait que :

« En toile de fond de son succès, se profile toujours l'équivocité de la pilule, qui balance entre instrument de « libération des femmes » et régulation des corps féminins, des populations. » (Grino, 2014)

Si une part des échecs de contraception semble donc pouvoir être mise sur le compte d'un rapport de résistance de la part des femmes, comme une révolte face à « l'assujettissement des corps » qu'elle entraînerait, mes lectures m'ont également entraînée sur d'autres pistes.

Leeman étudie dans son article (2007) les barrières médicales évoquées à une contraception efficace. Les éléments qu'il retient sont les suivants :

- Début tardif dans l'initiation d'une contraception (attente du premier jour des prochaines règles qui n'est pas absolument nécessaire, par exemple)
- Conseil contraceptif inadéquat (rétention d'information sur toute la palette des méthodes existantes, par exemple)
- Contre-indications inappropriées (refuser la pose d'un stérilet à une femme nullipare, par exemple)
- Manque d'expérience des médecins (un médecin qui n'a pas ou peu posé de stérilet ne le proposera pas spontanément à ses patientes)
- Obstacles financiers (coût de la contraception elle-même associée au coût de la consultation médicale)
- Nécessité d'une prescription médicale, désinformation et notices d'emballage
- Manque de contraception réversible pour les hommes

A ces barrières d'ordre médical, s'ajoutent aussi certaines croyances, justes ou fausses, concernant les effets néfastes possible de la contraception, (risque de stérilité, prise de poids, acné, baisse de la libido, risques thrombo-emboliques) qui constituent également un frein à son utilisation.

Un autre critère entrant en matière, en ce qui concerne la contraception est la politique de santé des pays. En effet, elle a un grand impact sur l'accès à la contraception, à des centres de santé sexuelle et à de l'information, or l'accessibilité à la contraception est directement corrélée à son utilisation.

Comme l'évoquent N. Bajos et al. dans leur article (2013), le Maroc par exemple dispose d'une grande offre contraceptive, mais cette dernière est exclusivement destinées aux femmes mariées, la sexualité hors mariage étant proscrite et niée. Les tensions normatives évoquées dans cet article mettent en lumière les conflits internes auxquels font face certaines femmes, et pouvant aboutir à une absence de contraception alors même qu'elles y sont favorables.

« Parmi les obstacles au recours à la contraception dans les pays du Sud, la valeur sociale attribuée à une fécondité élevée en est l'un des principaux (Lesthaeghe, 1989 ; Cleland et al., 2006). La peur des effets secondaires à la conception est souvent identifiée comme un frein important au recours à la contraception moderne (Bankole et al., 2006). Certains auteurs avancent d'ailleurs que cette peur renvoie plus généralement au rejet de normes reproductives occidentales valorisant une fécondité réduite que ces produits contribueraient à imposer (Otoide et al., 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). La faible adéquation de l'offre contraceptive aux attentes des femmes (réticences des prestataires à délivrer une contraception à certaines femmes, lieux de distribution inadéquats, prix) est aussi souvent convoquée pour rendre compte d'un usage limité de la contraception hormonale (Brown et al., 1995 ; Banza, 2001 ; Katz et Nare, 2002 ; Sinai et al., 2006). » (Bajos et al., 2013, p.17)

« Ce qui change, c'est la norme procréative des pays, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la maternité (âge, nombre d'enfants, situation sociale et familiale, etc.). » (Bajos et al., 2013, p. 24)

L'article cite les exemples suivants, pour imager l'expression de ces tensions normatives :

« C'est la même réticence à dévoiler une sexualité préconjugale qui conduit Monique, célibataire sénégalaise de 22 ans en 2^e année de BEP, à arrêter sa pilule (...) ». (Bajos et al., 2013, p. 25)

« Enfin, un autre facteur, susceptible d'interférer avec une pratique contraceptive efficace, intervient à travers le primat du plaisir sexuel des hommes.

Les propos de Sofia, (...) ayant suivi des études supérieures, qui travaille comme cadre au ministère de la Justice, mariée à un homme lui-même universitaire dont elle a deux enfants, sont très explicites. Elle utilise la méthode des dates mais se retrouve enceinte sans le vouloir car son mari n'a pas respecté les périodes d'abstinence. » (Bajos et al., 2013, pp 25-26)

« Les rapports sexuels non ou mal protégés surviennent le plus souvent alors que les femmes se trouvent dans une situation où plusieurs des injonctions normatives qui viennent d'être exposées s'articulent, soit que leurs effets se cumulent, soit qu'ils s'opposent. » (Bajos et al., 2013, p. 26)

« Les injonctions normatives ont ici un effet cumulatif. Alors même qu'elle redoute une grossesse, c'est à la fois la crainte de voir ses pratiques sexuelles découvertes par sa mère (interdit d'une sexualité préconjugale) et la prise d'hormones qu'elle juge dangereuse pour sa fertilité (se marier et avoir un enfant pour acquérir un statut social) qui empêche Mawa d'utiliser efficacement la pilule. » (Bajos et al., 2013, p. 27)

« Les injonctions normatives jouent ici de manière opposée : d'une part, comme pour Mawa, la protection de la fertilité future empêche Nicole d'utiliser une contraception hormonale qu'elle peut maîtriser, mais d'autre part, souhaitant néanmoins se protéger d'une grossesse, elle ne peut recourir à la méthode qui lui convient, le préservatif, en raison de la priorité accordée au plaisir masculin. » (Bajos et al., 2013, p. 27)

L'article se conclut sur le constat que l'on ne peut donc pas réduire les difficultés contraceptives à des critères rationnels définis et immuables :

« En appréhendant les pratiques concrètes au cœur des trajectoires affectives, sexuelles et sociales des femmes, nous avons montré que la survenue des grossesses non prévues renvoyait aux difficultés qu'avaient les femmes à faire face simultanément à des injonctions normatives qui relèvent de normes sexuelles, procréatives et de genre. Il apparaît que ces difficultés diffèrent fortement non seulement selon les phases du cycle de vie mais aussi au cours même d'une relation, soulignant ainsi les limites des

approches à un niveau strictement individuel et fondées sur des comportements rationnels. Nos résultats montrent qu'à l'exception des femmes, peu nombreuses, qui ignorent tout des risques de grossesse, dans leur très grande majorité les femmes adhèrent à l'idée de maîtriser leur fécondité en utilisant une contraception. Mais, à certains moments de leur vie, cette adhésion ne se transforme pas nécessairement en pratique régulière et donc efficace de la contraception, parce qu'au-delà même des réticences normatives émanant parfois de certains professionnels qui délivrent la contraception, c'est le modèle familial et social dominant qui, dans certaines circonstances, entre en contradiction avec la pratique d'une contraception, notamment hormonale. » (Bajos et al., 2013, p. 33)

Ces différents éclairages permettent à mon sens de mieux comprendre la complexité des enjeux liés à la contraception, et d'un nombre important de paramètres dont ils dépendent. En résumé, l'accès à la contraception, en faisant basculer la possibilité d'une grossesse subie à une grossesse choisie, a engendré une responsabilité posée sur les femmes, exacerbant un certain nombre de tensions. Qu'il s'agisse de barrières médicales, de croyances, de questions politiques, culturelles ou sociales, ces paramètres impactent l'utilisation, ou la non-utilisation d'un moyen de contraception.

Ceci m'entraîne à me pencher maintenant sur l'ambivalence de début de grossesse, étant parfois le résultat d'un de ces enjeux liés à la contraception.

Interroger l'ambivalence de début de grossesse

Si l'ambivalence de début de grossesse mériterait un travail à elle seule, ce qui n'est pas mon propos, je trouve intéressant d'en faire le lien avec les enjeux liés à la contraception. En effet, je pense que les tensions vécues par les femmes autour de ces enjeux ne s'arrêtent pas forcément à la survenue d'une grossesse, et qu'une grossesse peut constituer une forme d'expression de ces tensions.

Mon but dans ce chapitre n'est donc pas d'explorer l'ambivalence de grossesse de manière exhaustive, mais plutôt en lien aux enjeux de contraception étudiés plus hauts. Dans certains

extraits d'articles que je citerai, il est fait mention d'interruption de grossesse plutôt que d'ambivalence de grossesse. Les réflexions me paraissent toutefois intéressantes et je pense que des parallèles peuvent être faits. Tout en gardant en tête que bien évidemment, toute ambivalence en début de grossesse n'aboutit clairement pas forcément à une IG, et toute demande d'IG n'est pas forcément la conséquence d'un problème de contraception.

Dans son cours sur le conseil contraceptif, Angela Walder-Lamas évoquait différents aspects pouvant mener à un rapport conflictuel à la contraception, voire à une grossesse non-planifiée suscitant une ambivalence. Elle cite des « conflits conscients ou inconscients, internes ou externes » (2016, p.21) illustrant ces situations. Par exemple, conflit :

-« entre différentes parties de soi » (Walder-Lamas, 2016, p.21) : peur d'être enceinte versus besoin de se rassurer sur sa fertilité

-« entre soi et l'autre » (Walder-Lamas, 2016, p.21) : désaccord au sein du couple, l'un souhaitant un enfant et l'autre non

-« entre soi et la réalité socio-économique » (Walder-Lamas, 2016, p.21) : vouloir un enfant mais souhaiter d'abord finir ses études, ou manquer de moyens financiers

-« entre soi et sa culture ou sa religion » (Walder-Lamas, 2016, p.21) : souhaiter des rapports sexuels mais ne pas savoir comment se procurer de la contraception en cachette de sa famille par exemple

Elle évoque aussi une envie d'enfant ou de grossesse pouvant être vécue de manière conflictuelle, l'envie et le projet étant présents, mais en opposition à la crainte de perdre sa liberté par exemple.

Elle cite enfin le syndrome de Clayson, dans lequel une grossesse peut survenir suite à une situation de perte, apparaissant alors comme une « réparation symbolique ». (Walder-Lamas, 2016, p.24)

Ces enjeux me paraissent étroitement liés au rapport à la contraception et permettent à mon sens d'éclairer la complexité de cette problématique. Si certaines grossesses non-planifiées surviennent suite à des échecs « simples » de contraception, non liés à la compliance des

utilisatrices (rupture de préservatif, stérilet déplacé, manque d'information sur les situations diminuant l'efficacité de la contraception orale par exemple), une partie des échecs de contraception pourrait s'expliquer par les tensions internes et externes, conscientes ou inconscientes, citées plus haut. En ce sens je pense que l'on peut faire un lien entre l'existence d'une ambivalence au début d'une grossesse non-prévue et l'existence de tensions préalables en matière de contraception. Dans ce cas de figure, la grossesse survient sans avoir été la conséquence d'un choix explicite.

Enfin, il apparaît que l'ambivalence de grossesse est aussi liée aux normes procréatives : la femme est-elle socialement au bon moment de sa vie pour avoir une grossesse ? (Âge, situation conjugale, situation financière, situation psychique, ...) Une femme en début de grossesse peut se retrouver confrontée à des conflits internes plus ou moins conscients. (Avoir l'âge et la situation mais ne pas se sentir prête, n'avoir ni l'un ni l'autre mais envie quand-même, ...).

L'extrait suivant fait le lien entre contraception et désir de grossesse :

« La contraception s'utilise désormais a priori, en prévention d'une grossesse éventuelle et avant de connaître ses propres possibilités en matière de fécondité – ce qui conduit à devoir souhaiter consciemment une grossesse. » (Avon, B., 2007, p.33)

Ces tensions, ambivalences, suscitent régulièrement des interrogations de la part des professionnels de la santé, et particulièrement dans le monde médical. Je reconnais être moi-même parfois questionnée par des situations qui peuvent me paraître aberrantes si je ne prends pas le temps d'y réfléchir. Bernadette Avon, dans son article, illustre selon moi très bien les réactions pouvant être exprimées, et y apporte une analyse que je trouve très intéressante : (à noter qu'elle y parle d'interruption de grossesse, mais cela peut s'appliquer, je pense, à une ambivalence de début de grossesse, qu'elle aboutisse à une IG ou non)

« Lorsqu'une grossesse survient qui aboutit à une interruption volontaire de grossesse, on se pose aussitôt la question de la contraception antérieure. Avec raison, bien sûr, puisqu'on ne manquera pas de découvrir qu'il n'y en avait pas, ou qu'elle était mal utilisée. La question suivante risque fort d'être : « À qui la faute ? » Ou, si l'on ne

stigmatise pas une faute, du moins : « Qui est responsable de l'oubli, de l'erreur, de l'absence de contraception? » La femme, qui n'a pas fait ce qu'elle « devait » ? L'homme, qui la sachant sans protection n'a pas lui-même pris de précautions ? Le médecin, qui n'a pas su la convaincre de l'intérêt de se protéger ? Peut-être faudrait-il poser la question autrement : pourquoi a-t-on laissé la place au hasard? Ceci renvoyant à l'ambiguïté profonde du désir d'enfant. La contraception, considérée de prime abord comme le remède préventif à la grossesse indésirable, s'avère en fait le révélateur de la difficulté du choix. Dans nos contrées soi-disant développées, peu de gens ignorent l'existence et le mode d'emploi de la contraception. Mais le développement économique ne rend pas la situation plus facile, au contraire ; le choix peut même se révéler encore plus crucial car, s'il ne s'appuie que sur des arguments « vraiment » objectifs, et si les circonstances ne sont pas vécues comme favorables, on découvre que c'est l'enfant qui est interdit, bien plus que l'avortement dont la légalisation permet à beaucoup de dépasser l'interdit moral. N'est-ce pas de cela qu'il s'agit, au-delà des apparences, lorsqu'en entretien une femme dit qu'elle ne peut pas poursuivre sa grossesse « parce qu'elle travaille », et une autre « parce qu'elle ne travaille pas » ?

Il y a donc bien relation entre contraception et avortement, mais pas celle qu'on croit, pas celle qui conduit à prétendre qu'il suffirait de... promouvoir davantage la contraception pour faire baisser le nombre d'interruptions volontaires de grossesse. La question est celle du choix : vouloir ou non, accepter ou non d'être mère une première fois, une nouvelle fois. Liberté du choix qui est pouvoir et maîtrise, douleur du choix qui est renoncement. Et tout cela est essentiellement l'affaire de la femme. L'homme peut, bien sûr, soutenir le choix, voire chercher à l'influencer ; mais c'est la femme qui le vit au plus intime de son corps, IVG tout comme contraception. On peut comprendre que, par moment, elle laisse un peu le hasard décider... » (Avon, B., 2007, pp 39-40)

Bernadette Avon met en exergue dans cet extrait, comment un professionnel de santé, confronté à une femme en situation d'échec de contraception, peut être amené à avoir des pensées et mécanismes standardisés. En prenant une situation « à froid », il n'a pas connaissance ou conscience des tensions auxquelles la personne a pu être confrontée, l'ayant amenée à cet échec. De ce fait, il posera sur elle un regard plutôt rationnel, teinté d'incompréhension.

Ceci m'amène à me pencher sur le regard du monde professionnel sur les enjeux de contraception et d'ambivalence de grossesse.

Interroger la posture des professionnels (de la santé et en santé sexuelle) quant à ces rapports

Dans la citation précédente est mis avant le questionnement des professionnels de la santé se trouvant au cœur des questions de contraception et de demande d'IG, ou d'ambivalence. Ce questionnement fait écho en moi et m'interpelle à la fois. Comme s'il fallait trouver une faute, un coupable à l'échec, prévenir au maximum. Je suppose qu'en tout professionnel de la santé existe une part de « sauveur », qui se sent, au moins en partie, responsable de la santé de ses patient-e-s.

Je pense que c'est là que le professionnel de la santé doit faire preuve de la plus grande prudence et retenue, face à une femme. Ne pas voir la situation comme un problème à régler, un échec, en y apportant sa solution, sa proposition. Se laisser certes le droit d'être interpellé, ou surpris, mais garder ces considérations de côté pour se positionner face à la femme, et faire émerger ses besoins dans cette situation donnée, qu'il s'agisse d'une question de contraception ou d'une ambivalence face à une grossesse survenue.

Les extraits suivants illustrent la tension que peut ressentir un soignant confronté à ces situations, mais aussi à quel point c'est en laissant le patient au cœur de la décision le concernant qu'il éprouvera la plus grande satisfaction et fera preuve de la plus grande compliance, ceci étant valable pour la contraception.

« Dans le domaine de la contraception, le médecin est avant tout conseiller – en ce sens qu'il tient conseil mais ne décide pas « à la place de » – et éducateur, c'est-à-dire proposant les informations nécessaires à la prise de décision. Il n'est plus a priori prescripteur. Il lui faut alors laisser ses peurs de côté, les dépasser, faire confiance à la personne qui est en face de lui en sachant qu'il ne peut l'empêcher de courir des risques. Pas facile. D'autant qu'en cas de problème, la même personne qu'il a écoutée et

accompagnée lui reprochera peut-être de l'avoir laissée partir sans prescription. Qui, alors, est responsable ? Qui se sent responsable ? La question s'est posée avec acuité dans les services de gynécologie lorsqu'on a commencé à voir des femmes qui, ayant déjà connu une interruption volontaire de grossesse, venaient en demander une nouvelle. Qui n'avait pas fait correctement son travail ? Il a fallu du temps aux soignants pour admettre qu'ils se trouvaient confrontés là à un problème de liberté personnelle et que, quoi qu'ils disent ou fassent, chaque personne vivait sa vie, comme elle voulait et, plus souvent, comme elle pouvait. La prescription de la contraception renvoie au même type de situation. Quadrature du cercle ? Peut-être, mais la vie est bien acceptation du risque, pour le médecin comme pour la femme. » (Avon, B., 2007, p. 41)

« Le médecin qui doit assurer les consultations de contraception est peu formé pour assumer un tel rôle, et les femmes concernées peuvent se montrer réticentes à dévoiler certains aspects de leur vie. Ces consultations nécessitent du temps ; et il est plus rapide de renouveler une prescription de pilule que de revoir avec la femme si cette contraception correspond bien à ses attentes du moment » [3]. » (Amsellem-Mainguy, 2011, p. 77)

« Selon les textes encadrant les pratiques médicales, ces derniers sont censés proposer en consultation une large gamme de méthodes contraceptives et tenir compte des besoins aussi bien que des préférences des femmes. Cette situation leur confère un rôle primordial dans les prémices de la biographie contraceptive, car l'attitude des professionnels de santé influera largement sur le comportement futur des femmes [9]. À partir du discours des jeunes femmes ayant entamé depuis peu leur biographie contraceptive, l'objectif est de rendre compte de leur perception des professionnels de santé [1]. En effet, (...) nous verrons que ce n'est pas tant la prescription de la contraception qui va changer mais plutôt le mode d'écoute et le contexte dans lequel se fait la prescription. » (Amsellem-Mainguy, 2011, p.78)

« Les professionnels de santé semblent s'accorder pour dire que la contraception moderne est un progrès considérable (la science ayant réussi à débarrasser les femmes de la peur d'une grossesse non désirée). Ils hiérarchisent les méthodes selon leur efficacité théorique et leur degré de modernité, et classent également les utilisatrices. Leur objectif étant de faire primer l'anticipation de la méthode en vue du rapport sexuel, et de leur éviter l'avortement (l'accent est mis sur les coûts physiques, économiques et

psychologiques d'une IVG). Cette volonté peut passer par des imprécisions concernant certaines méthodes jugées trop « traditionnelles » (compter les jours) ou « trop modernes » (anneau) et difficiles à maîtriser pour les femmes jeunes ; en cela, ils reconnaissent l'importance de leur influence dans le choix de la méthode contraceptive par leurs patientes. La médicalisation de la contraception leur a, à ce titre, permis de se placer en première ligne dans le domaine de la gestion de la sexualité. » (Amsellem-Mainguy, 2011, pp 84-85)

« Si la relation médecin/patient ou professionnel/profane évolue vers une plus grande participation du second dans les décisions concernant la santé, le modèle dominant demeure celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent essentiellement du professionnel. D'où le fait qu'« une attitude moralisatrice, une réticence quant au caractère légitime de la sexualité des adolescents, un discours agressif antitabac, sur le taux de cholestérol, ou une présentation effrayante des risques vénériens, n'auront d'autre effet que d'éloigner les jeunes du monde médical, de compromettre leur accès à la contraception mais aussi d'affecter leurs pratiques contraceptives ultérieures. À l'opposé, l'instauration d'une relation fondée sur l'écoute de la demande et respectueuse des préoccupations de l'adolescente facilitera sa "démarche" contraceptive » [21]. » (Amsellem-Mainguy, 2011, p. 85)

Les extraits précités évoquent en majorité le médecin dans sa posture de prescripteur, ce qui n'est mon cas ni dans ma posture de sage-femme, ni dans celle d'une future spécialiste en santé sexuelle. Toutefois, du fait qu'ils abordent le pouvoir ou l'influence du monde médical dans le contexte de la contraception, ils me paraissent éloquentes dans mon questionnement.

Il transparait dans ces citations l'évolution du rôle du médecin, qui n'est plus seulement prescripteur, mais qui devrait être amené à proposer une gamme de contraceptifs, et laisser la femme choisir. C'est ce qui est préconisé, mais pas toujours évident à mettre en pratique. Par manque de temps, parfois, et par manque d'habitude, car la dynamique est ici bien différente que dans d'autres domaines de la santé.

Ces articles illustrent un malaise qu'il m'arrive de ressentir, ou de constater, quand j'ai l'impression qu'une méthode contraceptive est fortement suggérée à une femme, plutôt qu'ouvertement proposée au milieu de toute la gamme possible. Et l'évolution nécessaire mais

pas encore universellement établie des professionnels de la santé prescripteurs de contraception.

Si je me fie à ce que j'ai pu constater dans l'exercice de ma pratique sage-femme, il me semble que même si la responsabilité de la femme est encouragée, concrètement, il existe encore un certain paternalisme dans la prescription de la contraception. Aux HUG par exemple, il me semble que la pose d'Implanon® chez des adolescentes consultant pour une IG est largement répandue et encouragée, comme chez les patientes ayant accouché et se trouvant dans des situations psychosociales difficiles. Je m'interroge sur ces pratiques, même si je ne les juge pas forcément fausses à priori. Je me demande si ce n'est pas nous-même que l'on cherche à rassurer en « contraceptant » ces (jeunes) femmes. Je m'interroge car aux urgences gynécologiques il m'est fréquemment arrivé d'accueillir des femmes à qui l'on avait posé un implant dans ce contexte, qui demandaient à ce qu'il soit retiré.

Au post-partum, il m'arrive aussi régulièrement d'assister à la visites de sortie effectuée par le/la gynécologue, durant laquelle l'ordonnance pour la cérazette® est donnée, sans grande ouverture à d'autres options ou discussions avec les femmes. Mon propos n'est pas ici de juger l'attitude du monde médical, mais d'interroger une pratique qui me semble un peu généralisée, et que je vois maintenant d'un autre regard.

Une situation rencontrée lors de mon stage dans un centre de santé sexuelle est pour moi emblématique de cette tension : Une jeune femme de 19 ans, d'origine érythréenne, requérante d'asile, était adressée par un des gynécologues de l'hôpital où elle avait consulté pour un problème de règles irrégulières, afin qu'on lui explique la pilule oestro-progestative et sa prise, et qu'on « la convainque » de la prendre car elle avait émis une certaine résistance. Ceci alors qu'elle ne souhaitait pas avoir de grossesse, qu'elle avait régulièrement des rapports sexuels non-protégés avec son partenaire qui vivait dans un autre canton. Elle-même habitait dans un centre pour réfugiés, ne parlait pas français. Cette jeune femme est arrivée avec une interprète, et durant toute la durée de l'entretien j'ai eu le sentiment qu'elle ne comprenait pas en quoi consistait ce rendez-vous ni ce qu'elle faisait là. Il m'a fallu interroger ses valeurs, sa perception de son cycle, de la fertilité, du risque de grossesse, pour me rendre compte que pour elle il était plus acceptable d'avoir des rapports sexuels non-protégés (ou de calculer vaguement selon le calendrier) et de prendre le risque d'une grossesse, que de prendre une pilule oestro-progestative. Elle est donc repartie sans ordonnance après un long entretien.

Pour moi, cette situation illustre parfaitement la normativité de notre monde occidental et du monde médical, qui entre ici en opposition avec les valeurs de la jeune femme. Ici on suppose qu'une femme jeune, dans une situation instable, dans une relation instable ne devrait pas tomber enceinte, et on tente de l'en convaincre « à tout prix » (cela n'a pas été le propos lors de l'entretien au centre de santé sexuel), ce qu'elle a pu vivre comme une certaine violence, car elle est arrivée au rendez-vous sur la défensive et visiblement assez fermée à la discussion.

Si le gynécologue comme la conseillère en santé sexuelle devraient tendre à un but commun qui est le bien-être de cette jeune femme, (au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (2017)), le premier semble considérer que cela passe par une bonne couverture contraceptive, alors que la seconde explorera avec la femme son vécu, et encouragera son auto-détermination (après s'être assurée de la bonne compréhension des risques de grossesse et d'IST malgré tout).

J'ai l'impression que c'est là que réside la nuance entre les deux corps de métiers : il existe dans le corps médical et paramédical une certaine tendance à « penser savoir ce qui est le mieux pour l'autre », ce dont on doit se détacher lorsqu'on est spécialiste en santé sexuelle.

A ce sujet, l'étude de Bianchi-Demicheli, et al, interrogeant les pratiques de conseil contraceptif au sein du personnel de santé est assez éloquente. Ils partaient de l'hypothèse que les représentations sociales des soignants pouvaient interférer sur le conseil contraceptif.

A la lumière des résultats, le constat est le suivant : il existe une tendance, chez les professionnels de la santé habilités à dispenser du conseil contraceptif, à se fonder sur leurs croyances et expériences personnelles, plus que sur leurs connaissances scientifiques, pour conseiller les patientes. En outre émerge également un autre constat, celui d'un penchant à catégoriser ces dernières et à leur attribuer des besoins, orientant de ce fait les méthodes contraceptives proposées, certaines étant carrément omises. (Bianchi-Demicheli et al., 2006).

Les résultats de cette étude me semblent être un reflet assez réaliste des pratiques actuelles, d'une partie d'entre elles en tout cas. Si ceci est un constat de terrain, cela me pousse à m'interroger sur le positionnement « officiel » des deux postures que je connais, sage-femme et spécialiste en santé sexuelle. Je relève une forme de conflit entre le mandat de santé publique auxquels obéissent les professionnels de la santé, et qui semble régir une partie de leurs actions (prévenir les grossesses non-désirées entre autre), et le principe d'autodétermination de la personne qui semble être une condition sine qua none à l'atteinte d'objectifs de santé. Quels sont les fondements sur lesquels devraient se baser les pratiques ? Sont-ils si différents ?

Sage-femme et spécialiste en santé sexuelle, convergences et/ou divergences ?

Les pratiques me paraissant assez différentes entre le monde médical dans lequel j'évolue et le monde des spécialistes en santé sexuelle avec lequel je me familiarise, j'ai eu besoin de me pencher sur les codes de déontologie et chartes éthiques des deux professions, au regard des questions de contraception et d'ambivalence de grossesse.

Au niveau de la profession de sage-femme, le code de déontologie des sages-femmes stipule notamment que :

*« a Les sages-femmes nouent des relations avec les femmes dans le cadre desquelles toutes deux partagent des informations pertinentes qui conduisent à une **prise de décision informée**, conviennent d'un programme de soins et acceptent la responsabilité des conséquences de leurs choix*

*b. Les sages-femmes **soutiennent le droit des femmes/des familles à participer activement aux décisions relatives à leurs soins.***

*c. Les sages-femmes **habilitent les femmes/leurs familles à faire entendre leur point de vue** sur des questions qui affectent les femmes et les familles au sein de leur culture/société. »*

(Site internet de la Fédération Suisse des sages-femmes, section documentation et prises de position, 02.08.2017)

Le référentiel des compétences sage-femme (suisse) relève lui entre autres, dans les différents rôles de la sage-femme :

*« E. **Rôle de promoteur ou promotrice de la santé** (Health Advocate)*

En tant que promoteurs et promotrices de la santé, les sages-femmes s'appuient sur leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et la qualité de vie des femmes et des collectivités.

Compétence Eb1 : Elles/ils s'engagent pour la prévention et la promotion de la santé de la femme, de l'enfant et de la famille, quelles que soient les composantes socio-culturelles.

*Compétence Eb2 : **Elles/ils encouragent la femme et la famille à être responsables de leur propre santé** et de celle de leurs enfants et en renforcent leurs aptitudes propres.*

Compétence Eb3 : Elles/ils participent à des programmes de promotion de la santé et de prévention. »

(Site web de la HES-SO section domaines, 2015, p.30)

Enfin la charte de la Fédération Suisse des sages-femmes (FSSF) stipule entre autre :

*« **La femme, une personne autonome qui se détermine en connaissance de cause** Tout au long de la maternité, **chaque femme doit pouvoir effectuer des choix éclairés**, que ce soit notamment sur le type de suivi pendant la grossesse, les examens effectués, le mode et le lieu d'accouchement ou l'accompagnement des premiers temps de la vie. **La sage-femme dispense toutes les informations nécessaires à la prise de décision autonome de la femme.** Elle s'engage également pour que tous les acteurs de la maternité fassent de même.*

(Fédération Suisse des sages-femmes, section charte, p.3)

« La sage-femme, une personne engagée pour les femmes et les familles, en Suisse et ailleurs La sage-femme inscrit son activité dans le cadre plus général de la santé publique, en tenant particulièrement compte de la qualité, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que de l'adéquation entre les moyens utilisés et le but recherché. Elle est informée de ce qui se passe et qui concerne les femmes et les familles, en Suisse et ailleurs dans le monde, et elle fait tout son possible pour que la dignité des femmes et des enfants soit toujours mieux reconnue. (...)

La FSSF place l'être humain au centre de ses préoccupations, basées sur les valeurs fondamentales que sont l'attention, le respect, la confiance et la dignité de tous les membres de la société.

(Fédération Suisse des sages-femmes, section charte, p.4)

En ce qui concerne les référentiels des spécialistes en santé sexuelle, la charte éthique d'Artcoss (Association Romande et Tessinoise des Conseillères et Conseillers en Santé Sexuelle) se fonde sur les valeurs suivantes :

« *OUVERTURE*

- *Par une attention solidaire portée à tout bénéficiaire*
- *Par l'accueil des diversités sans aucune discrimination*
- *Par la collaboration avec les professionnel-le-s concerné-e-s par la Santé Sexuelle*

RESPECT

- *De la sphère intime des personnes et des choix individuels par une attitude de non-jugement et d'empathie*
- *De la confidentialité et de la protection des données*

ENGAGEMENT

- *A promouvoir la santé sexuelle telle que définie par l'OMS*
- *A **renforcer les compétences des bénéficiaires à se déterminer par un choix éclairé et à être respecté-e-s dans leurs décisions***
- *A défendre l'accès aux prestations*
- *A adapter les prestations aux changements de société*
- *A maintenir la qualité des prestations fournies et celle de la formation professionnelle. »*

(Site web d'ARTCOSS, section notre profession ?, 02.08.2017)

Le référentiel de compétences et de métier des spécialistes en santé sexuelle dit encore :

- « *Identifier ses propres normes et valeurs dans le domaine de la vie affective et sexuelle et s'assurer qu'elles **respectent le principe de l'autodétermination** selon les droits sexuels de l'IPPF*
- (...)

- *Reconnaître et savoir gérer les interactions et les résonances en lien avec son histoire personnelle*
- (...)
- *Faire preuve d'ouverture d'esprit et se conduire de manière à respecter les différences, dans une attitude de non-jugement et d'empathie*
- *Reconnaître les compétences et les ressources de l'individu/du groupe*
- (...)
- *Intégrer les nouvelles connaissances et les nouvelles méthodologies liées aux pratiques différenciées dans le domaine de la santé sexuelle (...) »*

(Site web d'ARTCOSS, section notre profession ?, 02.08.2017)

Les deux métiers semblent donc portés par des valeurs communes, même si chacun a ses spécificités. Je me questionne donc sur ce qui provoque les différences en pratique. Je n'en ai pas la réponse, mais l'une de mes hypothèses se fonde sur les principes éthiques. En effet, la bienfaisance et la non-malfaisance peuvent entrer en contradiction selon à qui on tente de les appliquer, ou comment.

En simplifiant, je pense qu'un professionnel de la santé du monde médical peut avoir l'impression d'agir de manière éthique en essayant de convaincre une femme de prendre une contraception, si sa situation semble très défavorable à une grossesse (très jeune âge, situation psychique ou psychiatrique instable, situation sociale très difficile). Comme si empêcher cette femme de tomber enceinte, c'était l'empêcher de s'exposer à de grandes difficultés, empêcher un potentiel enfant d'arriver dans une famille dans laquelle sa vie semblerait, à priori, difficile.

Les frontières sont floues dans ces postures : jusqu'où va la bienveillance envers la personne, où commencent l'ingérence et le jugement selon ses propres valeurs et critères ?

Le mandat de santé publique peut trouver différentes formes d'application selon qu'on se place du point de vue de la femme, de son partenaire, d'un potentiel enfant à venir, ou de la société.

Ce genre de questionnement m'a suivie depuis plusieurs années, et accompagnée tout au long de ma formation. C'est ainsi que j'en suis arrivée à m'intéresser au concept d'autodétermination, qui a déjà fait l'objet de mon travail de validation du module 6.

La question de l'autodétermination de la personne à la lumière de ces deux postures

Le cheminement effectué au long de cette formation, les réflexions nourries par les lectures, les stages et les travaux ont fait surgir en moi l'envie de défendre le principe d'autodétermination de la personne. Consciente que je suis d'être parfois encore régie par des pensées normatives, il me semble plus que jamais nécessaire de me tourner vers la personne, pour l'accompagner au mieux. Pour mieux la comprendre, me distancier de mes propres normes et valeurs et lui laisser le choix de ce qu'elle estime le mieux pour elle. L'autodétermination de la personne s'est révélée être la meilleure réponse à mes questionnements.

« Cette lutte pour le consentement éclairé, c'est-à-dire pour la capacité de pouvoir décider des actes médicaux sur sa personne en connaissance de cause, est paradigmatique des combats appelés à se développer en réponse à la prolifération des interventions biomédicales sur les corps, parce qu'en déléguant volontairement un pouvoir de mise en forme de son corps à une tierce instance, le sujet se retrouve face à une décision à prendre (prendre ou non la pilule, laquelle, quel médecin consulter), non face à un travail sur soi à effectuer (discipliner ses rapports sexuels). » (Grino, 2014)

L'autodétermination de la personne est une condition sine qua none à la santé sexuelle. Cependant comme nous l'avons constaté, elle n'est pas encore encouragée ou mise en pratique de manière universelle, la faute à certains facteurs limitants. Si comme nous l'avons vu, le processus de décision est loin d'être linéaire pour la personne concernée, et influencé par de nombreux paramètres, des limitations peuvent avoir lieu en amont déjà.

La culture médicale ayant longtemps laissé un rapport asymétrique entre patients et médecins, accordant un pouvoir considérable à ces derniers, en constitue une. Le manque d'expérience, ou de mise à jour des connaissances peut également limiter la place laissée à l'autodétermination. Enfin, les représentations culturelles, sociales et familiales propres à chacun influencent la pratique des professionnels de la santé d'une manière qui peut impacter l'autodétermination du/de la patient-e.

Malgré tout, la littérature commence à se pencher sur la question et prône de plus en plus une évolution de la situation :

*« Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ? La relation médecin-patient d'aujourd'hui se fonde sur une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé et la volonté de lui donner davantage de moyens de l'améliorer et de la maîtriser. 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 cliniques)**. 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. »*

(Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013, p.1)

Ceci est un précepte posé, comme une forme d'idéal. A la lumière des constats évoqués précédemment, ayant mis en évidence enjeux, barrières et recommandations, j'ai réfléchi à la suite à envisager, pour tendre à cet idéal.

Pistes d'action

A l'issue de ce qui précède, me viennent un certain nombre d'idées, sous forme de pistes d'action, ou du moins de réflexions, que je souhaite garder en tête :

-Pour prodiguer un conseil contraceptif de qualité, le modèle BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour, développé par l'INPES) dont la citation précédente est extraite, devrait être un modèle pour toutes les personnes amenées à faire du conseil contraceptif, que ce soit dans le cadre d'un centre de santé sexuel comme dans un milieu médicalisé. Il nous est présenté durant le DAS, et selon moi, il serait judicieux, que toute

personne amenée à faire du conseil contraceptif à un moment-donné de sa carrière soit sensibilisé à ce précepte, mais aussi à la complexité des enjeux contraceptifs.

-En ce qui concerne la tendance à catégoriser les patientes, à les juger, il me semble difficile d'en faire complètement abstraction. Je pense que les chartes et codes de déontologie des deux professions sont assez clairs à ce sujet, et dans ce qu'ils prônent. Mais étant donné qu'il passe pour inévitable de parfois se laisser toucher par des choses qui font écho en soi, en travaillant avec l'être humain, je pense qu'une aide par le biais d'échanges en équipe, d'intervisions et de supervisions s'avère indispensable pour les professionnels de la santé. En effet, avoir la possibilité d'échanger, de parler de ce qui fait résonance et de ce qui fait réagir peut permettre de se distancier de certaines prises en charge, et de garder en tête l'objectif de prise en soin. Ils permettent de se décharger pour pouvoir aborder le contact direct de manière plus neutre et probablement plus empathique.

-Quand la tentation se fait sentir de « sermonner » une personne sur ses pratiques, il me semble également important de garder en tête, comme le dit un extrait cité plus haut, qu'une attitude moralisatrice est contre-productive, particulièrement face à un public jeune, et n'encouragera donc pas la consultante à se sentir libre de parler, de revenir ou de suivre les recommandations d'utilisation.

-Je retiens aussi l'importance de la mise à jour des connaissances et de la formation continue, que cela soit pour l'évolution des méthodes contraceptives et de leur champ de prescription, mais aussi pour les techniques d'entretien et de communication. Rester curieux et informé me paraît une piste importante pour connaître les tendances, les préoccupations et les possibilités qui sont d'actualité pour les personnes à accompagner.

-Enfin, même si cela paraît évident, il me semble fondamental de garder les droits humains et les droits sexuels édictés par l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) en tête, et au cœur de son éthique professionnelle.

Conclusion

En conclusion de ce travail, je retiens les choses suivantes. Même si j'ai pu ressentir des différences de postures entre la profession de sage-femme et celle de spécialiste en santé sexuelle, je pense qu'elles sont animées par un but commun : la personne au centre, ainsi que sa santé et donc son bien-être. Dans les deux cas, il y a accompagnement de personnes, à un moment donné de leur vie, en lien à des questions intimes et très personnelles, régies par des valeurs et constructions individuelles. Apprendre le métier de spécialiste en santé sexuelle m'a fait (re)mettre le doigt sur l'importance d'être consciente de mes valeurs propres et de ce qui a construit ma vision des choses sur des questions comme la sexualité, la fertilité, la maternité, la féminité, le couple, l'amour, l'intimité, le risque et tant d'autres choses, pour pouvoir accompagner au mieux les personnes.

Si le monde médical, dont la sage-femme, y sont d'une certaine manière un peu sensibilisé-e, ce DAS m'a permis d'aller beaucoup plus en profondeur, et de poser un regard critique sur ma pratique, et la pratique médicale autour de moi. Même s'il y a encore matière à bien des changements, je constate tout-de-même une tendance vers une évolution positive des paradigmes de soins, un mouvement qui tend à rendre le/la patient-e acteur-trice de sa santé, chose qui semblait encore inenvisageable quelques décennies en arrière. La lente mais sûre évolution de la culture des soins, et la dénonciation de plus en plus grande du paternalisme médical (parfois par les médecins eux-mêmes à commencer par Marc Zafran/Martin Winckler), me laisse espérer que les choses vont continuer de s'améliorer dans ce domaine.

Malgré tout je réalise que le monde médical est moins spécifiquement formé au conseil contraceptif et à l'accompagnement, aux enjeux qui y sont liés. Si tous les aspects biomédicaux qui y sont inhérents sont bien évidemment indispensables, je m'aperçois que cela prend un travail considérable de remise en question de soi, et de prise de conscience de ce qui se joue autour des questions de fertilité pour tâcher d'offrir un conseil contraceptif « neutre », bienveillant et non-jugeant, de même qu'un accompagnement dans les situations d'ambivalence de grossesse.

Si les principes de neutralité, de bienveillance, de remise en question sont évoqués assez rapidement en début de formation de ce DAS, je réalise à l'issue de ces deux ans que cela prend ce temps, ce travail, les stages, les travaux d'introspection, l'étude des concepts, les

discussions et échanges en classe, pour pleinement intégrer la complexité de ce que cela implique de devenir spécialiste en santé sexuelle. Et même si c'est un titre de « spécialiste » qui est délivré au terme de cette formation, plus que jamais m'apparaît la nécessité du principe d'humilité dans l'accompagnement des personnes. Je ne saurai jamais mieux que l'autre ce qui est bien pour lui/elle. Je peux réagir, penser des choses, les ressentir, je peux conseiller, orienter, informer, mais je dois laisser l'autre centre. Mon rôle, quelle que soit ma casquette, est de donner les outils à la personne pour qu'elle fasse ses choix, se détermine, par elle-même, pour elle-même.

Si dans ce travail, en évoquant la spécialiste en santé sexuelle, il s'agissait dans mes exemples principalement du contexte de conseil en centre de santé sexuelle, je bouclerai ma boucle en évoquant l'éducation sexuelle comme ouverture. En effet, si je l'espère, le monde médical va continuer d'évoluer vers une plus grande tendance au patient « acteur » de sa santé, j'ai envie de croire qu'en amont, informer les enfants et les jeunes sur leur santé sexuelle, sur leur droits et encourager leur autodétermination, contribuera, en partie, à ce qu'ils et elles soient les patients et consultants de demain qui participeront à cette évolution. L'autodétermination est un des objectifs d'apprentissage en éducation sexuelle. Viser cet objectif, c'est semer des graines qui verront peut-être fleurir un jour une nouvelle ère dans les pratiques touchant à la santé.

Références bibliographiques

- Amsellem-Mainguy, Y. (2001). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de la santé. *Santé Publique*, 23 (2), (77-87). Récupéré le 11.07.2017 de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-77.htm>
- ARTCOSS. (août 2013). *Charte éthique*. Récupéré le 02.08.2017 de http://www.artcoss.ch/data/web/artcoss.ch/uploads/Internet/2%20Notre%20profession/charte_ethique.pdf
- ARTCOSS. (2014). *Référentiel de compétences et de métier des spécialistes en santé sexuelle*. Récupéré le 02.08.2017 de http://www.artcoss.ch/data/web/artcoss.ch/uploads/Internet/2%20Notre%20profession/referenciel_de_compentences_web.pdf
- Avon, B. (2007). Contraception 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui. *Laennec*, 55 (2), 31-42. DOI : 10.3917/lae.072.0031
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 61(1), 91-117. DOI 10.3917/soco.061.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. & Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Populations*, 68 (1), (17-39). DOI 10.3917/popu.1301.0017
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Dupanloup, A., Dumont, P., Bonnet, J., Berthoud, M., (...), Chardonens, D. (2006). Contraceptive counselling and social representations : a qualitative study. *Swiss Medical Weekly*, 136, 127-134. Récupéré le 22.07.2017 de https://smw.ch/en/?type=7479858270737669&tx_ezmjournal_file%5Bresource%5D=smw.2006.11218.pdf&tx_ezmjournal_file%5Bidentifiant%5D=smw.2006.11218&tx_ezmjournal

[al_file%5Btype%5D=article&tx_ezmjournal_file%5Baction%5D=view&tx_ezmjournal_file%5Bcontroller%5D=File](#)

- Bühler, N. (2016). *Désir d'enfant ou devoir d'enfant ? Fertilité et famille entre nature et culture*. (Module 3B). Genève : HES-SO, Haute école de travail social.
- Fédération Suisse des sages-femmes, (10.2009). *Code de déontologie international pour les sages-femmes*. Récupéré le 02.08.2017 de http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld//CD2008_001%20FRE%20Code%20de%20Deontologie%20International%20pour%20les%20Sages-Femmes.pdf
- Grino, C. (2014). La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale, *Genre, sexualité & société*, 12, (numéro de revue et pages non trouvés), DOI : 10.4000/gss.3280
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, filière de formation sage-femme (25.06.2015). *Plan d'étude cadre- Bachelor 2012*. Récupéré le 02.08.2017 de <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-sage-femme-729.pdf>
- Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé, (septembre 2013). *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* Récupéré le 02.08.2017 de <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- Leeman, L. (2007). Medical barriers to effective contraception. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 34 (1), 19-29. DOI 10.1016/j.ogc.2007.01.003
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Vos questions les plus fréquentes*. Récupéré le 02.08.2017 de <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Walder-Lamas, A. (2016). *Le conseil en contraception*. (Module 3B). Genève : HES-SO, Haute école de travail social.