

PARTIE I : CONTEXTE GENERAL

Si de tout temps les moyens contraceptifs ont existé, la légalisation de la contraception, elle, n'est apparue en France qu'en 1967 grâce à la loi du député Lucien NEUWIRTH. Malgré de nombreuses avancées et un assouplissement de la législation, la situation est aujourd'hui qualifiée de paradoxale : le taux de grossesses non désirées reste élevé et le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste relativement stable. (2)

I. La contraception française et son évolution

D'après les chiffres du Baromètre Santé 2016, 8% des femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception (c'est-à-dire non stériles, non enceintes, non ménopausées, ayant des rapports sexuels et ne désirant pas d'enfant) n'utiliseraient pas de moyen contraceptif pour éviter la survenue d'une grossesse. Ce chiffre reste relativement stable depuis l'enquête « Fécondité, Contraception, Dysfonctions sexuelles » (FECOND) réalisée en 2013 et hisse la France au premier rang en matière de couverture contraceptive.(3)

1. Un paysage contraceptif français stéréotypé

Le panel contraceptif offre aux femmes un large choix quant à la méthode employée : préservatif, dispositif intra-utérin (DIU), pilule, implant, patch, anneau, cape, diaphragme... Et pourtant, depuis plusieurs années, le paysage contraceptif français est décrit comme étant stéréotypé et peu flexible : préservatifs pour les premières fois, pilule lorsque la relation se stabilise et DIU quand les couples ont eu leur(s) enfant(s).(4)

Pour plusieurs sociologues ce schéma provient en partie des idées reçues et du manque de connaissances des femmes. Dans leur imaginaire, la pilule est vue comme un passage obligé leur octroyant un statut de femme, «... *c'est la contraception des « femmes », des « grandes » comme disent les plus jeunes* ». Le DIU, pouvant rendre stérile, est attribué aux mères et quant aux autres méthodes, elles sont jugées « *trop futuristes* », engendrant une certaine méfiance.(4,5)

Les pratiques et les représentations socioculturelles des professionnels de santé alimentent également cette norme.

Certains généralistes sont réticents à informer ou proposer une contraception comme l'implant ou le DIU estimant leur formation initiale insuffisante voire quasi-inexistante. Un manque d'investissement personnel dans le développement professionnel continu (DPC) renforce aussi ces inégalités de pratique. Ainsi, les médecins qui recommandent rarement d'autres moyens que la pilule sont ceux qui n'ont pas ou peu suivi de formation médicale continue, qui reçoivent rarement des visiteurs médicaux pour la démonstration de produits contraceptifs ou encore ceux ne connaissant pas les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). La situation est similaire chez les gynécologues : ceux qui limitent leurs recommandations à la pilule et au DIU sont moins sensibles au DPC que ceux proposant un plus large panel contraceptif aux femmes.(6,7)

A propos des représentations personnelles des professionnels de santé, il persiste parfois des a priori sur la période sexuellement active ou sur l'âge raisonnable de la maternité ce qui engendre une non-reconnaissance sociale de la sexualité dans les âges extrêmes. Ces préjugés, associés à des croyances erronées sur certains moyens contraceptifs, peuvent influencer le praticien dans les méthodes qu'il propose aux femmes. Les préservatifs sont alors conseillés aux plus jeunes ; le DIU – contre-indiqué chez les nullipares – permet d'avoir une contraception sur le long terme pour les femmes plus âgées ayant eu leur(s) enfant(s) ; et entre temps, la pilule se trouve être la méthode réversible de choix. (6)

Nathalie BAJOS souligne quant à elle le caractère socio-économique non négligeable dans la répartition des moyens contraceptifs. Les femmes dans une situation économique plus difficile ou étant peu voire non diplômées ont davantage recours à la pilule qu'au DIU car consultent plus fréquemment les médecins généralistes, moins formés à la pose du DIU que les gynécologues. (4)

Cependant ce modèle sous forme de triptyque semble quelque peu déstabilisé depuis le début de la décennie, faisant face par ailleurs au débat médiatique de 2012 portant sur les risques associés à la pilule. De légers remaniements s'observent alors dans la répartition des moyens de contraception.

2. Des remaniements en cours (3) [annexe 1]

L'évolution des pratiques contraceptives au cours de ces dernières années dépend essentiellement des âges.

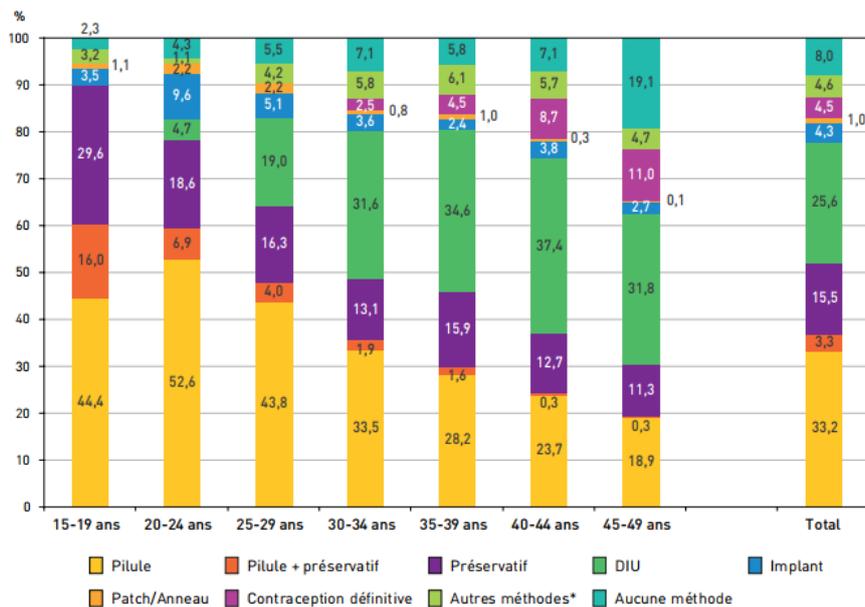
- Chez les 20-24 ans, le recours à la pilule diminue progressivement depuis 2010 au profit du DIU, de l'implant plus récemment mais surtout du préservatif dont l'utilisation a doublé en 6 ans.
- Chez les 25-29 ans, on constate surtout une évolution entre 2010 et 2013 où l'usage de la pilule baisse fortement (-7.5 points) contre le préservatif et le DIU dont l'usage augmente de plus du double. La répartition des moyens contraceptifs reste stable depuis 2013 dans ce groupe d'âge.
- Chez les 30-44 ans, on retrouve les mêmes tendances que chez les 25-29 ans mais avec une poursuite de la hausse d'utilisation des DIU après 2013.
- En revanche, chez les femmes de 45 à 49 ans tout comme chez les plus jeunes (15-19 ans), le schéma contraceptif est relativement resté figé. La désaffection de la pilule suite au débat n'a pas touché ces tranches d'âges, même si les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ont probablement été remplacées par celles de 1^{ère} et 2^{ème} génération.

L'enquête du Baromètre Santé 2016 observe que la parité joue encore un rôle dans la répartition des moyens contraceptifs. Malgré des taux en augmentation, le DIU mais aussi l'implant restent davantage proposés aux femmes ayant déjà eu des enfants et la contraception définitive concerne les femmes d'un âge plus avancé et déjà mères.

→ Au final, malgré une baisse de l'usage de la pilule (-7.6 points depuis 2010), elle représente le moyen le plus employé par les femmes françaises. Cette diminution s'est accompagnée de deux phénomènes aux tendances opposées. On a constaté d'une part le recours à des méthodes d'efficacité pratique supérieure à celle la pilule (+6.9 points pour le DIU et +1.9 points pour l'implant) ; et d'autre part le report vers le préservatif (+4.7points) ayant une efficacité pratique inférieure.

3. La contraception en 2016 (3)

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Comme dit précédemment, l'usage massif de la pilule demeure encore important en 2016. Sur l'ensemble des 15-49 ans, la pilule seule (c'est-à-dire sans association) est utilisée à hauteur de 33,2 % avec le taux le plus important chez les 20-24 ans s'élevant à 52,6%, soit plus d'une femme sur deux. Sa fréquence diminue ensuite avec l'âge, concernant moins de la moitié des 25-29 ans (43,8%) et moins d'une femme sur cinq chez les 45-49 ans (18,3%).

Le DIU arrive en deuxième position dans l'ensemble de la population (25,6%). Il apparaît chez les 20-24 ans et devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans.

Le préservatif se situe en troisième place au sein de la population étudiée (15,5%). Son utilisation est plus souvent associée à la pilule chez les jeunes et diminue au fil des âges.

Les autres méthodes hormonales (implant, patch et anneau) s'élèvent à 5,3% chez les 15-49 ans, suivies à 4,6% par les autres moyens que sont le diaphragme, la cape et les méthodes traditionnelles (symptothermie, méthode des températures et retrait).

II. La contraception française et ses difficultés

La diversité des moyens contraceptifs ainsi que le recours important à ces méthodes laissent supposer une maîtrise de la fécondité en France. Or, en pratique, le nombre de grossesses non désirées, d'IVG et le recours fréquent à la contraception d'urgence soulignent les difficultés rencontrées par les femmes dans ce domaine.

1. Les grossesses non désirées

L'enquête de « Cohorte sur la Contraception » (COCON) a été réalisée entre 2000 et 2004 et avait pour objectif l'étude du recours à l'IVG d'un point de vue épidémiologique et social en France. Les résultats ont montré qu'une grossesse sur trois restait non prévue et conduisait dans la moitié des cas à la réalisation d'une IVG. (8)

Au total, 65% des grossesses non désirées concernaient des femmes utilisant un moyen de contraception : 22% employaient des méthodes naturelles, 21% utilisaient la pilule, 12% les préservatifs, et, à des taux moindres, les autres méthodes. (8)

L'une des principales raisons évoquées par les participantes de l'étude pour expliquer ces échecs était la « mauvaise utilisation de la méthode ». Si l'on prend l'exemple de la contraception orale, plus de 60% des utilisatrices avaient oublié un comprimé ou l'avait pris trop tard et environ 8% d'entre elles ont eu des vomissements après avoir pris leur comprimé. Cela révèle les difficultés rencontrées par les femmes dans l'observance et la gestion au quotidien de la pilule. (8)

Ces difficultés peuvent être mises en évidence par l'écart mesuré entre l'efficacité théorique (aussi appelée « Indice de Pearl¹ ») de la pilule et l'efficacité pratique de la pilule. En théorie, lors d'un usage parfait, le nombre de grossesses non souhaitées est de 0.3% alors qu'en pratique il s'élève à 8%. L'OMS considère une méthode efficace lorsque le taux est compris entre 1 et 9 et très efficace lorsqu'il est inférieur à 1. La pilule est donc une méthode jugée efficace voire très efficace mais uniquement si celle-ci est prise de façon correcte et régulière.(9)

D'autres causes peuvent également expliquer ces échecs, les femmes de l'étude citent, par exemple, leur partenaire et la difficulté à utiliser correctement le préservatif ou l'incapacité de se retirer lors de l'utilisation de méthodes naturelles. Pour d'autres, il s'agit d'une défaillance propre au moyen utilisé, notamment lors des cas d'expulsion de DIU. Enfin, certaines participantes de l'étude n'avaient aucune explication à apporter quant à l'échec contraceptif rencontré.(8)

2. Les interruptions volontaires de grossesse

En 2016, on estime à 211 900 le nombre d'IVG réalisées en France, taux qui diminue légèrement depuis 2013 tout comme le nombre de naissances totales. Toutefois, l'indice conjecturel reste stable depuis 2006. Il correspond au nombre moyen d'IVG qu'aura une femme au cours de sa vie et s'élève aujourd'hui à 0,52, ce qui pourrait se traduire, en théorie, par le fait que près d'une femme

¹ L'indice de Pearl correspond au pourcentage de grossesses non désirées sur un an d'utilisation optimale d'une méthode contraceptive.

sur deux connaîtra une IVG. Mais en pratique, les études montrent qu'un certain nombre de femmes y auront recours plusieurs fois.(10)

On constate également une évolution en fonction des tranches d'âges, notamment auprès des jeunes de moins de 20 ans chez qui le taux d'IVG a nettement diminué depuis 2010. Cependant, encore aujourd'hui, les 20-24 ans demeurent les plus concernées à hauteur de 26%. (10)

D'après l'enquête de 2007 menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 64.1% des femmes ayant recours à l'IVG utilisaient une méthode de contraception lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes. Dans 26,7% des cas la pilule était le moyen utilisé, suivi à 17.8% par les méthodes naturelles, à 15.9% par le préservatif et, à des taux moindres, les autres méthodes contraceptives.(11)

Pour la plupart des femmes sous contraception, une erreur d'utilisation était en cause. Près de neuf femmes sur dix utilisatrices d'une contraception orale avait oublié au moins un comprimé ou avait arrêté temporairement de la prendre dans le mois où la grossesse a débuté.(11)

3. L'utilisation de la contraception d'urgence

De par son utilisation après un rapport non ou mal protégé, le taux de recours à la contraception d'urgence est également un marqueur des échecs contraceptifs. La forme la plus connue est la « pilule du lendemain » dont deux spécialités seulement sont actuellement commercialisées. Le DIU au cuivre peut aussi être employé comme méthode de rattrapage mais son utilisation reste moins courante que la forme orale.

Globalement, une hausse importante du recours à la contraception d'urgence a été relevée durant les dernières années et notamment depuis sa délivrance en pharmacie sans prescription médicale. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), dans son enquête du Baromètre Santé 2010, déclare que 11% des femmes âgées de 15 à 29 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence durant l'année précédant l'étude. L'utilisation diminue au fil des âges, passant de 20,5% chez les 15-19 ans à seulement 2% chez les 30-49 ans.(12)

L'enquête souligne également l'augmentation des utilisations multiples de la contraception d'urgence : en 2005, 1.7% des femmes de moins de 30 ans l'ont utilisée plusieurs fois dans l'année précédant le sondage, contre 3,4 % en 2010, soit le double.(12)

Le Baromètre Santé de 2005, quant à lui, dresse le tableau des circonstances du recours à une méthode de rattrapage chez les 15-24 ans. Les échecs de contraception régulière représentent la raison principale d'utilisation de la contraception d'urgence et devancent largement l'absence de méthode contraceptive. La rupture de préservatif intervient dans 31% des cas et l'oubli de pilule dans 30.7% des recours.(13)

III. Des améliorations à apporter

1. Agir sur les pratiques de prescription (14)

Suite aux limites rencontrées par la contraception en France, il paraît nécessaire de s'intéresser à ce que les pouvoirs publics peuvent mettre en place afin de trouver des solutions.

Pour ce faire, de nombreuses enquêtes ont été menées permettant de mettre en lumière l'une des raisons principales de l'échec français. Le problème ne réside pas tant dans l'accès à la contraception mais plutôt dans l'insuffisance d'informations concernant les modalités d'utilisation ainsi que la non-adéquation de la méthode utilisée au rythme de vie quotidien des femmes.

Dans un contexte de médicalisation croissante de la contraception, l'accès aux méthodes contraceptives nécessite dans la majorité des cas une interaction avec des professionnels de santé. L'accent est donc à mettre sur la pratique des prescripteurs : médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, quel que soit leur lieu d'exercice.

C'était l'un des axes stratégiques proposés par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2007 avec comme autres axes : agir sur l'information grand public et de public cibles, améliorer l'accessibilité à la contraception et les connaissances dans ce domaine pour les couples aux niveaux national et européen.

2. Les prescripteurs

Actuellement en France, la plupart des méthodes contraceptives peuvent être initialement prescrites par des gynécologues, médecins généralistes et depuis 2009 par des sages-femmes.

Les résultats du Baromètre Santé 2010 de l'INPES montrent que la majorité des femmes âgées entre 15 et 30 ans s'adressent davantage à un gynécologue pour le motif de contraception : 75,5% consultent le spécialiste contre 21,7% le généraliste et 2,5% les autres professionnels de santé. A noter que le recours au gynécologue évolue de manière croissante au fil des âges :

- 58.3% des 15-19 ans sollicitent ce spécialiste pour la contraception,
- 79,2 % des 20-25 ans,
- et 80.3% des 26-30 ans.(15)

Toutefois, les généralistes ont un rôle pivot dans la santé des femmes. En 2016, ils étaient près de 102 299 en activité régulière contre seulement 7 870 gynécologues. Face au faible nombre de spécialistes, à une répartition inégale de ces derniers sur le territoire et à des délais de rendez-vous parfois longs, la contraception devient l'affaire de nombreux médecins généralistes, parfois malgré eux.(16) D'après le sondage INPES BVA de 2007, 95% de la population estime légitime la place du médecin généraliste en matière de contraception et 43% des sondés ont le plus confiance en ce professionnel pour obtenir des informations dans ce domaine contre 37% pour le spécialiste. (17)

Cependant, le manque de temps dans leur exercice convient difficilement aux consultations de contraception et leur formation initiale n'est pas toujours suffisante. Qui plus est, ils se retrouvent face à une situation particulière, celle d'une personne en bonne santé, pour qui, il n'est pas question de maladies à diagnostiquer, de guérison ou de soins mais plutôt de conseils et prévention relevant du domaine de l'intime. La situation ordinaire de prescription est modifiée par le caractère non thé-

rapeutique de la contraception, dont l'efficacité ne dépend pas de l'exactitude d'un diagnostic mais de la bonne adéquation de la méthode avec le mode de vie quotidien des femmes. Pour les médecins peu habitués, la pilule apparaît être la méthode la plus facile à prescrire ne demandant pas d'intervention particulière contrairement au DIU. Et pour les praticiens moins à l'aise avec les questions touchant à la sexualité, elle permet de faire l'impasse sur certaines démonstrations pratiques comme le nécessitent le préservatif ou l'anneau par exemple. (6,7,18)

Des différences de prescriptions se font alors ressentir. Par exemple, moins de 10% des DIU sont prescrits par les médecins généralistes, soit par méconnaissance des contre-indications, ou tout simplement par une formation technique insuffisante concernant la pose et le retrait de DIU. Il en est de même pour les nouvelles méthodes hormonales (anneau, patch, implant) qui restent rarement recommandées et prescrites par le généraliste. (6)

Quant aux sages-femmes, au nombre de 22 312 en 2016 (16), leur champ de compétences s'est vu élargi par diverses réformes abordant le contenu des enseignements en gynécologie dispensés lors des études, mais aussi grâce à la loi HPST de 2009, leur octroyant une place prédominante dans le suivi gynécologique et la contraception de la femme en bonne santé. (19) Mais ce récent changement est encore mal connu du grand public voire du personnel soignant malgré les campagnes d'informations récentes et n'est pas toujours approuvé par les médecins, parfois réticents. Pour exemple, en 2010, 58% des gynécologues de l'enquête FECOND et 31,9% des généralistes interrogés n'étaient plutôt pas d'accord voire pas du tout favorables à ce que la pilule contraceptive soit prescrite par les sages-femmes. (7)

3. Le modèle BERCER (18,20)

La HAS et la DGS reprennent actuellement dans leurs propos le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) datant de 2004 et largement diffusé auprès des professionnels de santé concernés. Ce rapport, intitulé « *Stratégies de choix et méthodes contraceptives de la femme* », abordait l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en France, l'aspect socio-économique et psychologique à prendre en considération lors de la prescription et également les moyens à mettre en place pour aider une femme ou un couple dans son choix.

C'est dans ce document que, pour la première fois, le modèle BERCER (GATHER en anglais) est mentionné et recommandé par l'OMS comme chemin à suivre pour la consultation de primo-prescription d'une contraception afin de répondre au mieux aux besoins de la patiente, de l'aider dans son choix et de lui laisser la possibilité d'être pleinement actrice de sa santé. En effet, le contexte de prescription est important car l'efficacité d'une méthode dépend sa bonne utilisation et de son observance, lesquelles sont directement liées à l'adaptation de cette méthode au mode de vie des utilisatrices ainsi qu'à leur niveau d'implication. La meilleure contraception est celle que l'on choisit.

Le modèle BERCER est un acronyme illustrant les six étapes clés d'une consultation de contraception qui sont : **B**ienvenue – **E**ntretien – **R**enseignement – **C**hoix – **E**xplication – **R**etour.

Il fait appel à deux concepts complémentaires intervenant dans la relation patient-médecin, qui sont le « counseling » et la « démarche éducative », tous deux utiles dans l'aide au choix en matière de contraception.

Le counseling renvoie à l'accompagnement et aux conseils donnés par le soignant afin d'aider la patiente à faire son choix. L'écoute, l'absence de jugement et l'empathie sont les bases du counseling.

La démarche éducative, quant à elle, prend en compte la personne dans son individualité et vise à promouvoir la santé de la patiente en l'autonomisant au maximum. Dans cette démarche on parle de « *partenariat pédagogique* » car on prend en compte « *ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère* ».

Au final, ces deux notions placent le soignant comme un « éclairer », apportant de façon adaptée et objective les informations nécessaires pour que la femme puisse effectuer un choix.

Le contenu des étapes de BERCER est généralement mentionné dans la plupart des recommandations actuelles mais ne reprend pas spécifiquement le nom de cette méthode. C'est pourquoi peu de soignants connaissent l'acronyme mais suivent les pratiques recommandées quant au déroulement d'une consultation. Les résultats de la thèse menée par G. EURIN en 2012 vont dans ce sens : sur 377 médecins généralistes du Nord interrogés, seulement 4,5 % avaient connaissance du modèle BERCER mais leurs pratiques dans le domaine restaient correctes, bien qu'à améliorer (21)

Nous allons voir plus en détails chacune de ces six étapes.

a. Bienvenue

Cette étape comprend l'accueil en lui-même de la consultante et la présentation du professionnel de santé : aller chercher personnellement la patiente, lui serrer la main, la regarder dans les yeux... des attentions simples mais pouvant permettre de nouer de bons rapports dès le début. C'est aussi l'occasion d'instaurer un climat de confiance et une relation d'équivalence. Le soignant affirme la confidentialité de la consultation et explique son déroulement. La patiente quant à elle, est invitée à s'exprimer ou à poser des questions.

La qualité de la relation est indispensable pour la participation active de la femme lors de la consultation et de son choix final de méthode contraceptive.

b. Entretien

Arrive le moment de l'entretien qui permet de récolter certes, des informations médicales mais qui aborde aussi d'autres dimensions relatives au contexte de vie de la patiente. Le plan socio-économique, affectif, psychologique peut être abordé tout en prenant garde d'utiliser un vocabulaire compréhensible pour la patiente. Le déroulement type interrogatoire est à bannir, l'entretien se veut interactif : la consultante peut nous faire part de son point de vue et de son expérience en matière de contraception voire ses a priori sur le sujet. Un examen clinique plus ou moins complet est également réalisé lors de cette étape.

C'est lors de l'entretien qu'intervient en grande partie la démarche éducative expliquée ci-dessus. Elle permet à la patiente, au fil des sujets abordés et explorés, de définir ses propres besoins avec l'aide du professionnel de santé : on parle alors de « *diagnostic éducatif* ».

c. Renseignement

Ici, le professionnel de santé délivre des informations concernant les moyens contraceptifs intéressant la patiente et aussi ceux qu'il considère adaptés pour elle. Les renseignements sont donnés de façon claire, hiérarchisée et personnalisée et peuvent concerner le mode de fonctionnement du contraceptif, ses avantages, ses inconvénients, son efficacité, son prix ...

d. Choix

Cette étape apparaît comme le point d'orgue de la méthode. Dans tous les cas la décision finale doit appartenir à la consultante. Elle peut se faire de plusieurs manières, soit après réflexion sur sa situation personnelle, soit par préférence, soit par élimination compte tenu des avantages et inconvénients ... Au final, le professionnel de santé doit s'assurer du choix libre, adapté et éclairé de la patiente, tout en l'invitant à réfléchir sur sa capacité à respecter la méthode choisie du fait de son histoire personnelle.

e. Explication

Cette partie du modèle BERCER permet à la femme de recevoir des informations plus précises, personnalisées et orientées sur la méthode choisie : modalités et conseils de prise, de rattrapage en cas de rapports non ou mal protégés, taux de remboursement... Du matériel de démonstration avec une manipulation par la patiente elle-même peut s'avérer utile, permettant un meilleur apprentissage et évitant un listing d'informations parfois dense. Des brochures, numéros utiles ou dépliants récapitulatifs peuvent être également donnés. Lors de cette étape, le praticien aborde l'intérêt de planifier une prochaine consultation et indique aussi les raisons qui pourraient pousser la patiente à re-consulter entre temps.

f. Retour

L'ultime étape correspond aux consultations de suivi au cours desquelles le praticien vérifie que la méthode contraceptive est toujours adaptée à la patiente et que cette dernière en soit satisfaite. Il faut pour cela tenir compte des possibles changements de vie qu'a pu rencontrer la consultante depuis la dernière prescription. C'est également un moment où la patiente nous fait part de ses questions et éventuels problèmes rencontrés: effets indésirables, oubli(s) de pilule, difficulté d'utilisation... Il se peut, pour diverses raisons, que le soignant soit amené à prescrire une nouvelle contraception ou alors, simplement redonner quelques informations sur la méthode et son emploi ou évoquer certains points encore non abordés. Chaque consultation de suivi amène à la planification d'une consultation ultérieure.

→ De manière synthétique, cette méthode proposée demande au praticien de s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix afin d'obtenir la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive et le parcours personnel de chaque femme pour, au final, avoir une efficacité contra-

ceptive optimale. On comprend alors que les critères médicaux ne sont plus les seuls critères décisionnels à considérer ; il faut prendre la femme dans sa globalité. C'est pourquoi il est recommandé aux professionnels de santé de prendre un temps spécifique et dédié à cette consultation. Une simple prescription n'est pas suffisante pour mener à bien une contraception. Pour qu'elle soit efficace, elle doit être comprise, appropriée, acceptée, choisie... Autant d'adjectifs que de temps nécessaire pour réaliser cette consultation.

MCours.com