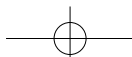
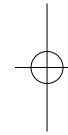
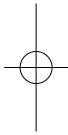
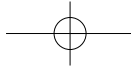


Contraceptions mode d'emploi





Du même auteur
aux *Éditions J'ai lu*

La vacation, *J'ai lu* 5082

La maladie de Sachs, *J'ai lu* 5352

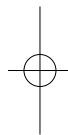
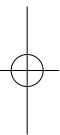
En soignant, en écrivant, *J'ai lu* 5949

C'est grave, docteur? *J'ai lu* 7303

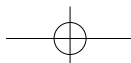
MARTIN WINCKLER

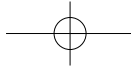
Contraceptions mode d'emploi

3^e édition revue et augmentée

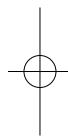
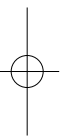


Vie
quotidienne

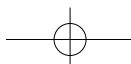


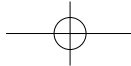


*À Yvonne Blondel,
Betty Hanson,
Yvonne Lagneau,
Nelly Miguères
et Ange Zaffran.*



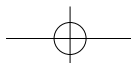
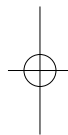
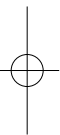
© Éditions Au diable vauvert, 2001, 2003.
© J'ai lu, 2007, pour la présente édition.





*L'indicible n'est pas tapi dans l'écriture.
Il est ce qui l'a, bien avant, déclenchée.*

Georges PEREC,
W ou le souvenir d'enfance



AVERTISSEMENT

Ce livre est une œuvre littéraire protégée par le droit d'auteur. En dehors du droit de citation habituel, des tableaux Que faire en cas d'oubli de pilule? (p. 222 et 237), des encadrés et du Quiz (p. 563), qui peuvent être reproduits librement à condition qu'il ne leur soit fait subir aucune coupure et que leur origine soit clairement mentionnée, la reproduction d'extraits de ce livre sans accord écrit de l'auteur ou de l'éditeur est formellement interdite. L'inclusion d'un ou plusieurs extraits de ce livre dans des documents destinés à des fins promotionnelles ou publicitaires est formellement interdite.

* * *

Le site personnel de Martin Winckler (www.martinwinckler.net) contient de nombreuses rubriques consacrées à la contraception. Posez vos questions sur la contraception en écrivant à martin_winckler@yahoo.fr

SOMMAIRE

PRÉFACE À LA TROISIÈME ÉDITION : CHOISIR SA CONTRACEPTION	11
INTRODUCTION : LE PARTAGE DU SAVOIR	15
LES QUESTION LES PLUS FRÉQUEMENT POSÉES	27
1. LES PARADOXES DE LA REPRODUCTION	35
2. DES ORGANES SEXUELS À LA GROSSESSE : VISITE GUIDÉE	47
3. TOUTES LES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	71
3.1 La contraception « idéale »	73
3.2 La contraception d'urgence	77
3.3 Les méthodes « naturelles »	100
3.4 Les méthodes « barrière »	113
3.5 La contraception hormonale	145
3.6 Les dispositifs intra-utérins (DIU ou « stérilets »)	269
3.7 La contraception du futur	334
3.8 Le coût de la contraception en France en 2003-2004	338
4. LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION	347
5. UNE CONTRACEPTION ADAPTÉE À CHAQUE SITUATION	373
L'efficacité des méthodes contraceptives	373
Efficacité théorique, efficacité réelle et confort d'utilisation	375
Les situations fréquentes de la vie	379
– Adolescent(e)s	377
– Adultes vivant seul(e)s	381
– Couple strictement monogame	385
– Après un accouchement	386
– Après une IVG	388
– Après une fausse couche	388
– Après une GEU	389
– Après une césarienne	389
– Contraception et tabac	390
– Contraception après quarante ans	391
– Contraception et voyages	391
– Contraception et alcool	392
– Contraception et médicaments	392
– Contraception et handicap	394
– Contraception et prostitution	395
– Contraception et migraines	396

– Contraception et fibromes	397
– Contraception et épilepsie	397
– Contraception et diabète	399
– Contraception et maladies cardio-vasculaires	399
– Contraception et infections urinaires	399
– Contraception et VIH	399
– Contraception et MST	400
– Contraception et tuberculose	401
– Contraception et chimiothérapie	401
– Contraception et interventions chirurgicales	401
Comment passer d'une méthode à une autre	402
6. LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE : LIGATURE DES	
TROMPES ET VASECTOMIE	407
7. L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	425
8. PRÉSERVER LA SANTÉ DES FEMMES	433
Règles	433
mst	446
Frottis	456
Mammographie	459
Traitement de la ménopause	462
Cholestérol	465
CONCLUSION : SAVOIR, PARTAGE ET LIBERTÉ	477
REMERCIEMENTS	478
ANNEXE 1 : LA CONTRACEPTION CHEZ LES PERSONNES HANDICAPÉES	483
ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE	497
ANNEXE 3 : SITES INTERNET FRANCOPHONES	493
ANNEXE 4 : RECOMMANDATION DE L'ANAES (2004)	499
ANNEXE 5 : TEXTES DE LOI ET TEXTES RÉGLEMENTAIRES	511
ANNEXE 6 : LES CENTRES DE PLANIFICATION	521
ANNEXE 7 : LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRÉS	XXX
ANNEXE 8 : RAPPEL ET DÉFINITION DES TERMES MÉDICAUX EMPLOYÉS	XXX
QUIZ : QUE SAVEZ-VOUS DE LA CONTRACEPTION	XXX

Préface à la troisième édition

CHOISIR SA CONTRACEPTION

Près de quinze mille lecteurs et lectrices, utilisateurs de contraceptions ou soignants de toutes professions, ont trouvé dans les deux premières éditions de ce livre un outil précieux. Ils me l'ont fait savoir par plusieurs centaines de messages adressés via mon site internet (www.martinwinckler.net), qui ont servi à affiner les informations contenues dans cette troisième édition. La profession médicale elle-même est de plus en plus préoccupée par l'insuffisance de sa formation en matière de contraception. Dans toute la France, les médecins généralistes désireux de s'affranchir de la désinformation chronique entretenue par l'industrie pharmaceutique organisent des séminaires de formation continue. L'un des thèmes le plus souvent repris est la « gynécologie de la femme jeune », dont la moitié environ est consacrée à la contraception. J'ai eu l'occasion d'être invité à participer, comme généraliste-expert, à nombre d'entre eux. Chaque fois, les généralistes et les gynécologues présents étaient très conscients des besoins de la population en ce domaine et très désireux d'améliorer leurs connaissances pour proposer des méthodes adaptées au plus grand nombre de femmes.

Ces praticiens constituent encore un groupe minoritaire dans la population médicale française mais ils sont actifs, engagés et de plus en plus nombreux; ce sont des alliés de poids pour les femmes. De nombreux groupes de tous âges – collégiens et lycéens, parents d'élèves, soignants en formation ou en exercice – s'intéressent à la contraception. Ils constatent que les idées reçues sur la contraception sont encore tenaces, que les obstacles dressés entre les utilisatrices et les méthodes disponibles sont essentiellement fantasmatiques ou liés à l'ignorance, mais la plupart sont prêts à évoluer dans leur pratique ou leur enseignement à partir du moment où on leur donne des informations fiables et immédiatement utilisables.

L'autorisation donnée aux sages-femmes de prescrire une contraception hormonale pendant les trois mois qui suivent un accouchement est également une mesure importante, mais notoirement insuffisante: la prescription d'une « pilule » pendant un an, l'insertion d'implants et de DIU auraient également dues être confiées à ces professionnelles qui assument déjà les tâches beaucoup plus complexes que sont le suivi des

grossesses et les accouchements... La contraception ne doit pas rester le domaine réservé des médecins. Comme la délivrance aux mineures de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires et les pharmaciens, ce (petit) élargissement de la prescription est un pas important et il ne faut pas le négliger. Tout ce qui permet un accès plus aisé à la contraception élargit la liberté des femmes de vivre une sexualité sans crainte de grossesse non désirée, et celle de procréer, si elles le désirent et quand elles le désirent.

Comme on le constatera dans cette troisième édition, les informations contenues dans Conceptions mode d'emploi ne sont pas le fruit d'opinions personnelles, mais la synthèse des publications internationales les plus sérieuses en ce domaine. Les lecteurs trouveront donc dans les pages qui suivent les informations les plus récentes et les plus fiables permettant en particulier de répreciser les avantages et les inconvénients des méthodes existantes et de donner aux utilisatrices potentielles des éléments de choix adapté à leur situation personnelle.

De plus, la publication en décembre 2004 des recommandations de l'ANAES – qui, en principe, font autorité auprès de TOUS les praticiens français – a modifié la donne. Deux d'entre elles méritent d'être soulignées car elles sont au cœur de ce livre :

- les méthodes de contraception doivent être proposées et décrites par les médecins, mais celle qui sera prescrite doit être choisie par la femme ou le couple ;*
- le dispositif intra-utérin (DIU ou « stérilet ») peut être choisi comme première contraception par un grand nombre de femmes, qu'elles aient ou non déjà eu des enfants, voire par des mineures.*

Aujourd'hui, toute patiente peut ainsi s'adresser à un généraliste ou à un gynécologue en faisant état de ces recommandations, reproduites en fin d'ouvrage. Et demander, légitimement, que ses préférences et choix propres soient respectés par le médecin lorsque ce dernier prescrit une méthode contraceptive.

Six ans après la publication de la première édition, il est temps que les utilisatrices de méthodes contraceptives trouvent chez les professionnels de santé un soutien et non des obstacles dictés par la crainte ou les préjugés.

Depuis l'enquête de N. Bajos et coll.¹, on sait que bon nombre des échecs de contraception découlent d'une information insuffisante. Après les deux premières éditions au Diable Vauvert, qui ont touché près de quinze mille lectrices et lecteurs, la publication de Conceptions mode d'emploi par J'ai lu est un pas supplémentaire dans la diffusion d'une information destinée à toutes et à tous. Il n'était cependant pas question de reprendre purement et simplement le texte de 2003. Cette édition de poche est une véritable troisième édition, entièrement révisée et complétée en de nombreux chapitres.

Ainsi, depuis la publication de la première édition, mon expérience personnelle de la prescription, du suivi et des effets secondaires de l'implant contraceptif (commercialisé en France en 2001) n'a fait que s'accroître. Cette expérience est détaillée ici, dans l'espoir d'être utile non seulement aux utilisatrices actuelles et futures, mais aussi aux praticiens désireux de proposer cette méthode utile aux femmes qui en font la demande. Le retrait du marché de certaines « pilules » et de dispositifs intra-utérins et la commercialisation de nouvelles formes, ainsi que les méthodes récentes que sont le patch contraceptif et l'anneau vaginal font également l'objet d'une mise à jour.

Depuis que j'en ai rédigé le plan, en 1999, Conceptions mode d'emploi a toujours été dans mon esprit conçu comme un outil perfectible. Je suis très heureux que J'ai lu me permette aujourd'hui d'en proposer une nouvelle version, plus adaptée et plus claire encore, je l'espère, que l'étaient les précédentes. Et, bien entendu, je compte sur les lectrices et les lecteurs qui m'enverront leurs suggestions, leurs critiques et leurs commentaires, pour améliorer encore le travail déjà accompli!

Tourmens, le 1^{er} novembre 2006
Martin Winckler
(martin_winckler@yahoo.fr)

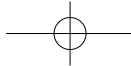
¹. Bajos N. et coll., « Contraception: from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003 ; 18 : 994-9.

Introduction

Le partage du savoir

À quel moment est-il le plus risqué d'oublier sa pilule? Une adolescente peut-elle se faire poser un stérilet? Est-ce que la pilule favorise le cancer? Que faire en cas d'échec de préservatif? La pilule « du lendemain », ça se prend quand, exactement? Jusqu'à quel âge a-t-on besoin d'une contraception? Quel est le stérilet le plus efficace? J'ai fait une phlébite, suis-je interdite de pilule pour toujours? Les crèmes spermicides protègent-elles contre les maladies sexuellement transmissibles? Un diaphragme, qu'est-ce que c'est? Je viens d'accoucher et j'allaite – suis-je protégée contre une nouvelle grossesse? Pourquoi n'y a-t-il toujours pas de pilule pour les hommes? Qu'est-ce que la contraception par injectables? Quelle est la contraception la plus adaptée pour un(e) célibataire ayant des rapports sexuels occasionnels?

Répondez à ces questions. Puis, posez-les à votre entourage, à vos ami(e)s, à vos collègues de travail. Pour faire bonne mesure, répondez également au Quiz de la p. 563. Chacun(e) de vous restera perplexe devant plusieurs questions, donnera probablement une réponse partielle à quelques autres et des réponses fausses à celles qui restent. Et ces réponses seront toutes très différentes.



La sexualité: fantasmes et réalités

Depuis des années, on ne cesse de prononcer les mots «sexualité» et «contraception» partout en France: dans les collèges et les lycées, dans les magazines grand public, à la radio et à la télévision. Mais en 2007, les connaissances du public sur la contraception sont encore à l'image des questions qui précèdent. Vous en savez moins que vous ne le croyez, et ce que vous croyez savoir est faux ou incomplet.

Parler de contraception, c'est forcément parler de sexualité. Or, de la sexualité, chacun de nous en parle avec difficulté ou avec hypocrisie, mais le plus souvent pas du tout.

Pour un très grand nombre d'adultes, il n'est pas pensable de parler de sexualité et de contraception avec leurs enfants. En parler, c'est soulever des interrogations sur leur sexualité propre, et rien n'est plus difficile. C'est aussi admettre que leurs enfants ont déjà, ou auront, un jour prochain, une activité sexuelle, et ça n'est pas plus aisé. D'ailleurs, quand les enfants sont en âge d'avoir une sexualité, ont-ils vraiment envie d'en parler à leurs parents?

Et pourtant, nous sommes submergés par des médias qui parlent de sexualité sans arrêt, mais font presque toujours l'impasse sur la contraception! Pourquoi? Parce que la sexualité dont il est question est toujours désincarnée, elle n'a jamais d'autre conséquence (souhaitable ou fantasmée) que le plaisir... ou la maladie! Or la première conséquence d'un rapport hétérosexuel, ce n'est pas le sida, mais la grossesse!!!

Depuis le milieu des années 1980, l'information sur la contraception souffre du surinvestissement médiatique dont a bénéficié le sida. Loin de moi l'idée que l'information et la lutte contre le sida ne seraient pas des objectifs de première importance. Mais

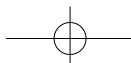
une priorité ne doit pas en effacer une autre. Le sida nous a permis de prendre en compte la part de la sexualité dans notre existence. Les personnes qui ont souffert de la maladie et ceux qui la combattent nous ont beaucoup appris sur la tolérance, sur la relativité des «normes» en matière de comportement sexuel et sur la nécessité, en matière de santé publique, de partager le savoir et la réflexion. Elles nous ont aussi appris qu'on peut établir avec les médecins des relations bien plus constructives que la dépendance soumise dans laquelle sont habituellement confinés les patients et la morgue hautaine dans laquelle sont moulés trop de praticiens français.

Mais le contrôle des naissances et la maîtrise de la fécondité par les femmes sont, eux aussi, une question de santé publique; ils ne sont pas moins importants que le sida; ils concernent toute la population.

Les féministes défilant pour la légalisation de l'avortement criaient «Un enfant, si je veux, quand je veux.» Actuellement, le leitmotiv est plutôt: «La sexualité sans risque, si je veux, quand je veux.» Conséquence paradoxale, l'utilisation grandissante du préservatif a conduit trop de jeunes et de moins jeunes à oublier que le premier «risque» d'un rapport hétérosexuel c'est une grossesse, et pas une infection. Or, pour chaque femme sexuellement active, les partenaires dotés de spermatozoïdes fécondants sont beaucoup plus nombreux que les partenaires infectés par une MST!

Pourquoi ai-je écrit un livre sur la contraception?

Quand j'étais en troisième année de médecine, un de mes enseignants m'a fait faire le tour du service dont il était le chef de clinique. Là, dans un lit de réanimation, j'ai vu une jeune femme d'une trentaine d'années, jaune comme un coing, mourir d'un avortement clandestin.



À la même époque, j'ai vu une étudiante en médecine se marier enceinte, au tout début de ses études. Son ami, qui avait quatre ou cinq ans de plus qu'elle, était lui aussi étudiant en médecine.

Un an plus tard, alors que j'étais externe en psychiatrie, j'ai reçu une jeune femme qui avait fait une tentative de suicide. On lui avait trouvé une tuberculose, ce qui avait été très mal pris par sa belle-famille, une « bonne famille » tourangelle. Mais il y avait pire : les pneumologues lui avaient prescrit de la rifampicine pour soigner sa maladie mais personne, parmi les grands spécialistes du CHU, n'avait seulement pensé à la prévenir que cet antituberculeux contrariait les effets de sa pilule contraceptive. (Ils devaient le savoir : moi, qui n'étais qu'un étudiant de quatrième année, je le savais.) Évidemment, elle s'était retrouvée enceinte. Or, tuberculose et grossesse ne font pas très bon ménage, la rifampicine provoque des malformations, et le mari de la jeune femme ne voulait pas d'un autre enfant...

Depuis 1984, date à laquelle j'ai commencé à exercer comme vacataire au centre hospitalier du Mans, dans les centres d'Orthogénie et de Planification, ma pratique du conseil et de la prescription de contraception n'a cessé de croître, avec une préoccupation toujours identique : permettre à chacune et à chacun de vivre une sexualité aussi sereine que possible et, en particulier, affranchie de la crainte des grossesses non désirées.

Il y a encore trop de grossesses non désirées

L'une des conséquences les plus visibles de cette carence d'information est que, chaque année, sur 350 000 grossesses non désirées, près de 200 000 se soldent par une IVG. Et, contrairement à ce que suggèrent certains discours réactionnaires, ces grossesses ne surviennent pas chez des femmes écervelées ou insouciantes. Elles surviennent chez des adolescentes à qui l'on

n'a pas dit que le désir augmente à l'approche de l'ovulation et qu'un rapport sexuel unique peut être fécondant.

Elles surviennent chez des accouchées qu'on laisse sortir de la maternité sans les prévenir que, bébé ou pas, elles auront de nouveau des rapports sexuels et sans leur donner les moyens de n'être pas, trop vite, enceintes de nouveau.

Elles surviennent chez des femmes qui ne veulent plus de « la pilule » mais ne peuvent recourir au DIU (« dispositif intra-utérin ») ou à l'implant parce que leur médecin s'y oppose.

Elles surviennent chez des femmes à qui des praticiens trop pressés n'ont pas jugé utile d'indiquer précisément quoi faire si elles oublient leur pilule – car tout le monde peut oublier sa pilule. (Oui, même vous!)

Elles surviennent chez des jeunes filles qui pensaient que les préservatifs, ça protège de tout.

Elles surviennent chez des femmes à qui on a laissé entendre que, passé quarante-cinq ans, la probabilité d'être à nouveau enceinte est presque inexistante, alors, à quoi bon ?

Elles surviennent chez des femmes qui, depuis des années, ont l'habitude de « compter » et leur mari celle de « sauter en marche » – et qui sont tout étonnées que, le mois dernier, ça n'ait pas marché...

Chaque année, en France, sur les quelque 200 000 interruptions de grossesse, 11 000 sont dues à un oubli de pilule ; 7 000 concernent des mineures. Et 3 000 mineures de plus accouchent chaque année d'un enfant conçu beaucoup trop tôt. Toutes ces grossesses non désirées, les femmes, les couples peuvent en faire

l'économie car elles bouleversent presque toujours leur vie et souvent de manière irréparable.

La contraception protégée

- D'un point de vue **médical**, la contraception est souhaitable pour toutes les femmes : les grossesses sont des événements certes naturels, mais non dénués de dangers, même pour des femmes en bonne santé, lorsqu'elles sont très précoces ou très tardives, trop nombreuses ou trop souvent répétées. On peut mourir d'être enceinte, et ce risque existe pour chaque grossesse ; les grossesses répétées à moins de deux ans d'intervalle s'accompagnent de retards de la croissance foetale, de prématurité, de troubles du développement et de l'apprentissage. Si un couple désire avoir de nombreux enfants, ce qui est son droit, un délai de deux années entre deux grossesses est bénéfique pour la mère, pour l'enfant à naître, pour la fratrie et aussi pour le père, bien entendu !

Toutes (je dis bien : **toutes**) les méthodes de contraception actuelles ont des effets bénéfiques (je dis bien : **bénéfiques**) sur la santé de celles et ceux qui y recourent : certaines protègent contre des cancers gravissimes, d'autres contre les MST. Et leur sécurité est grande : le risque de mourir par suite de l'utilisation d'une méthode contraceptive est inférieur au risque de mourir au cours d'une grossesse !

La contraception libère

- D'un point de vue **individuel**, qu'on soit homme ou femme, le recours à la contraception est indispensable dès que/tant que l'on a des relations hétérosexuelles sans désir de procréer.

Cela ne fait pas si longtemps que les femmes ne sont plus considérées comme des machines à enfanter. Leur vie ne tourne plus exclusivement autour de la grossesse. Or, avec l'amélioration des conditions de santé et de l'espérance de vie, la période

de fécondité féminine s'allonge : elle commence à la prime adolescence et, même si elle décroît, se maintient jusqu'à l'âge de cinquante ans et même au-delà. Si les femmes ne veulent plus être réduites à leur capacité d'enfanter, elles doivent bien sûr connaître les moyens de s'en affranchir et partager ce savoir avec leurs compagnons.

Le problème est exactement le même pour les hommes. Le fait d'être étrangers à la réalité physique de la grossesse ne les empêche pas d'être concernés – ne serait-ce que symboliquement – par les enfants qu'ils conçoivent. Je crois sincèrement qu'un grand nombre d'hommes désirent, eux aussi, faire des enfants s'ils le veulent, quand ils le veulent. Leur désir, même s'il ne peut pas se substituer à celui des femmes, est tout aussi respectable. Mais ils n'ont pas beaucoup de place pour se faire entendre. Même si les méthodes contraceptives spécifiquement masculines sont peu nombreuses, il est de leur droit (et dans leur intérêt) de les connaître toutes. S'ils ne veulent pas que les femmes leur fassent « des enfants dans le dos », ils doivent aussi apprendre, avec elles, à ne pas en faire « par inadvertance ».

- D'un point de vue **collectif**, le recours à la contraception est, sur toute la planète, une nécessité de santé publique. Il faut maîtriser la croissance de la population mondiale. À mesure que celle-ci augmente, les richesses de la planète s'amenuisent. Les pays développés, minoritaires en population, en consomment la plus grande partie. Les pays en développement, surpeuplés, se partagent les restes. Cette préoccupation peut vous paraître éloignée des nôtres, mais elle ne l'est pas. Les différences observées entre pays riches et pays pauvres existent aussi à l'intérieur de chaque pays. Autour de nous, en France, des centaines de milliers de femmes ne disposent ni du savoir, ni des méthodes qui pourraient leur permettre de maîtriser leur fécondité. La contraception ouvre un espace de liberté : un espace où la sur-

vie individuelle n'est plus secondaire à la reproduction de l'espèce. Un espace où chaque personne, homme ou femme, doit pouvoir choisir de vivre sa vie et de la transmettre avec les autres, et non contre eux. Un espace où la sexualité peut être synonyme de vie, et non de soumission, de maladie ou de mort.

La contraception n'est pas la propriété des médecins

Dans un pays où les corps nus fleurissent à chaque coin de rue pour vanter un parfum ou une ligne de sous-vêtements, et où les magazines (masculins et féminins) publient chaque semaine des fiches techniques sur les positions sexuelles, l'information sur la contraception reste extraordinairement caricaturale, fragmentaire et chargée de préjugés.

Cette information, qui la détient? Ou plutôt, qui la *retient*? Qui conseille (mal) les ministres lorsque ceux-ci décident de lancer une campagne d'ampleur nationale? Qui souffle aux journalistes des magazines féminins des réponses terrorisantes aux questions de leurs lectrices? Qui trouve plus gratifiant de parler de technologie de pointe plutôt que de prévention des grossesses chez l'adolescente? Qui répond chaque jour du bout des lèvres aux hommes et aux femmes qui viennent leur demander conseil?

Aujourd'hui encore trop de médecins français n'assument pas leur rôle dans l'indispensable entreprise de santé publique qu'est le contrôle des naissances. Souvent parce qu'ils sont maintenus dans l'ignorance.

La sexualité, son importance symbolique et ses conséquences pour la santé de l'individu ont longtemps été passées sous silence par la formation médicale; aujourd'hui encore, les étudiants en médecine ne sont pas préparés à y faire face, voire pas sensibilisés. Dans beaucoup de facultés, on ne leur parle pas de l'importance de la relation de soin! Comment, alors, seraient-ils

aptes à répondre aux questions de leurs patients, voire à aborder spontanément un sujet aussi délicat que la sexualité? L'enseignement théorique et pratique de la contraception est encore souvent considéré comme chasse gardée par les spécialistes hospitalo-universitaires, qui ne le dispensent qu'au compte-gouttes; les observations scientifiques effectuées dans les pays anglo-saxons sont encore souvent ignorées en France; les cours consacrés à la contraception dont bénéficient les étudiants en médecine sont dramatiquement datés. Il est encore banal aujourd'hui de recevoir son diplôme sans avoir vu ou avoir appris à poser un stérilet, sans rien savoir de l'efficacité des spermicides, sans connaître plus de deux marques de pilule! Tout cela ne facilite guère, on le comprend, la tâche des praticiens de terrain.

La formation permanente que beaucoup de médecins s'efforcent d'organiser pour pallier les insuffisances de la Faculté est encore massivement parasitée par les laboratoires pharmaceutiques, qui délivrent des informations orientées, inévitablement fragmentaires, souvent mensongères dans le domaine de la contraception comme dans tous les autres domaines de la médecine. Et, d'après une enquête publiée par le conseil national de l'Ordre des médecins dans son Bulletin de mai 2000, sur les 80 000 généralistes français, un sur dix seulement pratiquaient de manière régulière des gestes de gynécologie médicale courante, faute d'une formation adéquate. Quant aux 6 000 gynécologues de notre pays, ils exercent essentiellement dans les villes de moyenne et grande importance. Or, la France compte plus de 30 millions de femmes de tous les âges!!!! Qui répond à leurs questions? Qui leur prescrit les méthodes appropriées?

Guide pratique et ouvrage de référence

Je suis soignant, j'ai pu me rendre compte que les femmes (et les hommes) qui viennent consulter sont prêts à apprendre, aptes à comprendre et désireux de prendre en charge leur contraccep-

tion, à condition qu'on prenne le temps de définir leurs besoins avec eux, de leur expliquer les mécanismes fondamentaux avec lesquels ils doivent compter, et de répondre à leurs questions sans jugement de valeur. Et de nombreux soignants, de toutes les qualifications et de toutes les générations, ont les mêmes préoccupations.

Je suis lecteur, je sais combien on peut apprendre d'un livre consacré à un sujet délicat, lorsqu'il est écrit en faisant confiance à l'intelligence des lectrices et des lecteurs.

Je suis citoyen. Je ne veux pas que mes choix, ceux de mes proches ou de mes enfants en matière de sexualité et de contraception, soient assujettis aux insuffisances de l'État, aux contraintes d'Audimat des chaînes ou au mauvais vouloir de spécialistes jaloux de leurs prérogatives. En matière de santé et de sexualité, la liberté passe par le savoir, et le savoir est fait pour être partagé.

Contraceptions mode d'emploi vise des objectifs précis :

- expliquer en termes clairs, accessibles, les liens entre contraception et sexualité, sans dramatisation, sans être terroriste ni normatif, sans porter de jugement sur les choix des personnes ;
- décrire tous les produits et méthodes d'ores et déjà disponibles en France et en Europe et fournir une information fiable, utilisable et compréhensible sur leur utilisation ;
- aider au choix de la contraception la mieux adaptée aux besoins de l'individu ou du couple, et exposer toutes les alternatives, tout en réfutant les idées reçues et les préjugés encore trop répandus ;
- répondre aux questions que tout le monde se pose – y compris celles que l'on trouve « bêtes » et qui, en réalité, ne le sont jamais ;

- apporter aux soignants de bonne volonté, qui souffrent eux aussi de ne pas pouvoir obtenir et partager des réponses utiles à des questions quotidiennes, un document de référence d'usage quotidien.

Les informations que contient ce livre sont des passerelles vers la liberté. Utilisez-les pour battre en brèche les idées fausses et les préjugés, les manipulations et les abus de pouvoir. Et surtout, partagez-les. Avec vos ami(e)s, avec vos compagnons et vos compagnes, avec vos enfants et avec les gens que vous ne connaissez pas. La liberté, c'est comme la vie, c'est comme le savoir : en jouir, c'est aussi la transmettre.

Un outil à améliorer collectivement

Quelle que soit la personnalité d'un auteur, sa parole est toujours sujette à caution, et je n'échappe pas à cette règle. Les informations contenues dans ce livre ne sont pas de mon invention. Elles sont le fruit d'un triple travail – de recherche, de réflexion, de rédaction. Elles sont aussi le fruit de mon expérience, de mes interrogations propres et de ce que m'ont appris les personnes des deux sexes qui se sont confiées à moi. Après vingt ans de terrain, j'ai écrit ici le livre que j'aurais aimé consulter ou que j'aurais aimé conseiller chaque fois qu'une patiente ou un(e) collègue de travail, une lycéenne ou un éducateur, un étudiant ou une professionnelle du soin, un proche ou une étrangère m'interrogeait. Mon intention ici n'était pas de tout dire, mais de dire tout ce qui peut aider au choix et à l'usage des méthodes de contraception disponibles. Bien entendu, je donne mon point de vue sur les options possibles – un point de vue pragmatique, et non moral... Mais cela ne fait pas pour autant de ce livre une parole sacrée et intangible. Les connaissances évoluent chaque jour et les points de vue doivent sans cesse se nuancer en conséquence. Même si je m'efforce ici de donner l'état des connaissances actuelles sur la contraception, il s'agit d'un

travail personnel. Les informations que je livre sont celles auxquelles j'ai pu avoir accès.

Mais l'outil puissant que représente aujourd'hui l'Internet permet à tous et à toutes de vérifier la validité de ce que j'affirme, et de contribuer aux éditions ultérieures. Toutes les suggestions, questions, remarques, critiques ou corrections sont non seulement bienvenues, elles sont indispensables. Un outil destiné au plus grand nombre doit être nourri et poli par le plus grand nombre.

Tourmens, le 1^{er} novembre 2006
Martin_Winckler@yahoo.fr

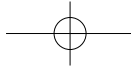
Les questions les plus fréquemment posées en matière de contraception

Depuis l'été 2003, mon site internet personnel (www.martinwinckler.net) consacre une grande partie de ses articles à la contraception. Les questions/réponses qui y sont affichées abordent un certain nombre de sujets récurrents, également abordés dans ce livre. Voici les plus fréquentes. Il est probable que vous vous les posez aussi. J'indique la page où vous trouverez la réponse.

Questions sur la « pilule »

J'ai besoin d'une contraception mais je ne veux pas qu'un médecin m'examine. Que dois-je faire? (Voir p. 357)

Y a-t-il des pilules spécifiques pour traiter l'acné? (Voir p. 190.X)



Je désire cesser d'utiliser des préservatifs mais j'ai un cycle irrégulier. Quand dois-je commencer la pilule? (Voir p. 201.X)

Est-ce que la pilule fait prendre du poids? (Voir p. 213.X)

Je fais de l'alpinisme de haute altitude. La pilule est-elle contre-indiquée? (Voir p. 172.X)

Je fais de la plongée sous-marine. La pilule est-elle contre-indiquée? (Voir p. 172.X)

J'ai arrêté la pilule depuis huit mois et je ne suis pas enceinte. Que se passe-t-il? (Voir p. 158.X)

Je prends un traitement antiviral, ou un traitement contre l'épilepsie. Est-ce incompatible avec la pilule? (Voir p. 393.X)

J'ai des varices depuis ma grossesse. Puis-je reprendre la pilule que j'utilisais auparavant? (Voir p. 163.X)

Quelles sont les pilules remboursées? Pourquoi ne le sont-elles pas toutes? (Voir p. 341 et 345.X)

Y a-t-il des génériques de pilules? (Voir p. 196.X)

J'ai mal aux seins en fin de plaquette de pilule. Que dois-je faire? (Voir p. 212.X)

J'ai commencé à prendre la pilule il y a trois mois et je saigne sans arrêt. Que dois-je faire? (Voir p. 208.X)

Mes règles ont changé depuis que je prends la pilule. Est-ce normal? (Voir p. 153 et 154.X)

On m'a dit que je pouvais prendre ma pilule sans interruption, afin de ne pas avoir de règles. Est-ce vrai? (Voir p. 210.X)

J'ai quatorze ans. Est-ce que je peux prendre la pilule? (Voir p. 203 et 204.X)

Je veux pouvoir prendre la pilule sans que mes parents le sachent. À qui dois-je m'adresser? (Voir p. 83, 204.X)

J'ai quinze ans. J'ai besoin de prendre la pilule. Suis-je obligée d'aller voir le médecin avec ma mère? (Voir p. 204.X)

J'ai dix-huit ans et je n'ai jamais eu de règles, est-ce que je peux prendre la pilule? (Voir p. 204.X)

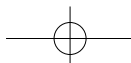
Ma fille de vingt ans souffre d'un handicap psychomoteur incompatible avec la prise d'une pilule. Quelle est la meilleure contraception pour elle? (Voir p. 394.X)

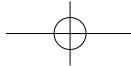
J'ai oublié deux comprimés de pilule à la suite et je me suis mise à saigner. Dois-je arrêter complètement ma pilule? (Voir p. 208-210.X)

Je prends l'avion la semaine prochaine. Comment prendre ma pilule avec le décalage horaire? (Voir p. 207.X)

Ma mère a fait des phlébites à répétition. Puis-je prendre la pilule? (Voir p. 163.X)

Quand je prends la pilule, mon cholestérol monte. Que faire? (Voir p. 217 et 465.X)





J'ai moins de désir quand je prends la pilule. Est-ce psychologique? (Voir p. 213, 214.X)

J'ai été enceinte deux fois sous pilule. Je suis sûre de ne pas l'avoir oubliée. Est-ce possible? (Voir p. 199.X)

En guise de contraception, mon médecin m'a prescrit un progestatif. Pourquoi? (Voir p. 257.X)

J'ai fait une phlébite il y a un mois et je suis sous anticoagulants. Quelle pilule puis-je utiliser? (Voir p. 161.X)

Je vais être opérée dans un mois. Dois-je arrêter ma pilule? (Voir p. 401.X)

Je suis migraineuse. La pilule peut-elle aggraver ou améliorer mes migraines? (Voir p. 396.X)

Pour combien de temps puis-je me faire prescrire ma pilule? Trois mois? Six mois? Un an? (Voir p. 362.X)

Questions sur le DIU

J'ai souffert de salpingite ou j'ai eu une GEU (grossesse extra-utérine) il y a quelques années. Puis-je utiliser un DIU? (Voir p. 284.X)

J'ai accouché par césarienne. L'utilisation du DIU est-elle possible? (Voir p. 311.X)

DIU au cuivre ou DIU hormonal. Lequel choisir? (Voir p. 302.X)

Je n'ai pas encore eu de relations sexuelles ou je n'ai pas encore d'enfants. Puis-je me faire poser un DIU? (Voir p. 286.X)

Mon médecin m'a dit qu'il ne voyait plus les fils du DIU. Il m'a fait une échographie, le DIU est bien en place. Comment va-t-il le retirer? (Voir p. 323.X)

Je vis seule et je n'ai que des rapports sexuels occasionnels. Puis-je me faire poser un DIU? (Voir p. 382-384.X)

Depuis qu'on m'a posé un DIU hormonal, j'ai la peau grasse et je perds mes cheveux. Est-ce dû au DIU? (Voir p. 230.X)

Je fais du parachutisme. Ai-je le droit de porter un DIU? (Voir p. 172.X)

Il y a quelques années, on m'a posé un DIU, mais je l'ai expulsé. Puis-je réessayer de m'en faire poser un aujourd'hui? (Voir p. 329.X)

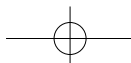
Depuis que j'ai un DIU, mes règles sont beaucoup plus abondantes. Dois-je le faire retirer? (Voir p. 328.X)

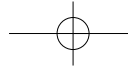
J'ai entendu dire que tous les DIU n'ont pas la même efficacité. Lesquels puis-je utiliser sans crainte d'une grossesse accidentelle? (Voir p. 302.X)

Questions sur l'implant

Les effets secondaires de l'implant sont-ils les mêmes que ceux de la pilule? (Voir p. 242 et 243.X)

Est-ce que l'implant fait prendre du poids? (Voir p. 243.X)





À quarante ans, vaut-il mieux utiliser un implant ou un DIU? (Voir p. 391.X)

J'ai quarante-neuf ans. Ma contraception peut-elle interférer avec ma ménopause? (Voir p. 391.X)

Je ne sens plus mon implant. A-t-il pu bouger? (Voir p. 249.X)

Puis-je me faire poser un implant pour une année seulement? (Voir p. 250.X)

Depuis qu'on m'a posé un implant, je saigne sans arrêt. Dois-je le faire enlever? (Voir p. 250.X)

Contraception, sexualité et santé

Après arrêt d'une contraception, faut-il attendre pour mettre une grossesse en route? (Voir p. 215.X)

J'ai pris la pilule pendant plusieurs années pour régulariser mes règles. Depuis que j'ai arrêté ma pilule, j'ai des règles très irrégulières. Pourquoi? (Voir p. 158-159.X)

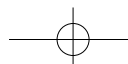
J'ai déjà eu deux IVG. Aurai-je des difficultés à avoir des enfants plus tard? (Voir p. 427.X)

Ma grand-mère a eu un cancer du sein à l'âge de soixante-quinze ans. À partir de quel âge dois-je me faire faire une mammographie? (Voir p. 459.X)

Mon gynécologue veut que je me fasse faire un frottis tous les ans. Est-ce indispensable? (Voir p. 456.X)

J'ai quarante ans et un petit fibrome utérin. Quelle contraception puis-je utiliser? (Voir p. 397.X)

Je souffre d'endométriose. Quelle méthode de contraception dois-je (ou puis-je) utiliser? (Voir p. 157-158.X)



Première partie

Les paradoxes de la reproduction

Si la sexualité ne constituait pas une part fondamentale de la vie humaine, nous n'aurions pas besoin de contraception ; et s'il est parfois très difficile de choisir et d'utiliser une contraception, c'est parce que la sexualité n'a pas la même place pour chacun de nous.

Le choix d'une contraception est par conséquent intimement lié à deux notions fondamentales : la part biologique qui nous est commune, et la part symbolique, psychologique et affective de la sexualité dans la vie de chacun de nous.

La biologie qui nous gouverne

On a tendance à l'oublier, mais les organes du corps humain ont des fonctions qui n'ont rien à voir avec les idées, les intentions ou les plans de carrière. Nous évoluons dans le monde grâce à nos organes des sens, nous nous y déplaçons sur nos jambes et nous y travaillons de nos bras et nos mains. Les cordes vocales, le larynx, servent à la parole et à la communication. Nous avons le sentiment que la plupart de nos gestes et de nos

actions sont toujours l'expression de notre volonté et que notre vie est essentiellement consacrée à la maîtrise de notre univers personnel. Mais la plus grande partie de notre fonctionnement corporel nous échappe. Contrairement aux membres et aux muscles, dont le fonctionnement est soumis à la volonté (votre main ne s'ouvrira pas si vous ne le voulez pas), nos organes internes fonctionnent de manière automatique, inconsciente, involontaire – et presque impossible à maîtriser.

La plupart de ces organes ont pour fonction la survie individuelle: le tube digestif assure l'assimilation des aliments; les poumons assurent la respiration; le cœur assure la circulation et le cerveau assure la réflexion. Enfin, en principe.

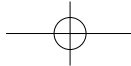
Mais les organes dont il est question dans ce livre – organes génitaux, organes sexuels – sont destinés à la reproduction de l'espèce. Leur fonctionnement n'est pas régi par la volonté, il obéit à un mécanisme inconscient, programmé dans notre appareil génétique. La sexualité, c'est une fonction «automatique». Même si nous n'aimons pas cette idée, le comportement sexuel occupe ainsi dans notre vie la même place que le comportement alimentaire, et le fonctionnement des organes sexuels ressemble beaucoup, sous certains aspects, à celui des organes digestifs. Car, comme les organes digestifs, les organes génitaux sont le siège de phénomènes spontanés, qui échappent à notre contrôle conscient. Le cycle menstruel de la femme, rythmé par l'ovulation et les règles, est le résultat d'une programmation génétique. Son déroulement, spécifique à chaque femme, se modifie très peu entre l'apparition des règles, contemporaine de la première ovulation, et la ménopause, qui s'installe après la dernière. Chez l'homme, la spermatogenèse – autrement dit: la production des spermatozoïdes dans les testicules – est elle aussi involontaire, mais constante, de la puberté jusqu'à un âge très avancé.

Par ailleurs, comme le comportement alimentaire, le comportement sexuel obéit à une pulsion inscrite dans notre bagage génétique: le désir sexuel est en quelque sorte l'équivalent de la faim. La pulsion sexuelle survient spontanément et peut être accentuée par des stimulations extérieures. De même que la vision d'un plat «appétissant» sur l'écran du téléviseur déclenche le besoin d'aller fouiller dans le frigo, la vision d'un corps ou d'une situation «érotiques» réveille le désir en provoquant l'érection chez l'homme ou la lubrification du vagin chez la femme.

Pourquoi avons-nous une sexualité?

D'un point de vue biologique, la sexualité est ce qui a permis à l'humanité de survivre. Dans de nombreuses espèces, les femelles sont fécondables à des époques très précises de l'année, et l'accouplement se produit essentiellement à ces époques-là. Dans l'espèce humaine, l'accouplement et la fécondation peuvent avoir lieu n'importe quand. Contrairement à la plupart des espèces, l'être humain se reproduit en engendrant, le plus souvent, un seul petit à la fois. La grossesse de neuf mois est plus longue que pour la plupart des animaux et il faut plusieurs années avant que le nouveau membre de l'espèce n'accède à l'autonomie et ne puisse, à son tour, se reproduire. La durée de cette maturation est intimement liée à notre principal avantage évolutif: le développement du cerveau. Pour fabriquer le système nerveux d'une mouche, il suffit de quelques dizaines d'heures. Pour que le système nerveux de l'être humain arrive à maturité, il faut neuf mois de gestation et de nombreuses années de développement.

Pendant des millénaires, la durée de vie individuelle des êtres humains a été relativement courte. Pour les hommes des ères préhistoriques, vivre trente ans était un exploit. Dans l'Antiquité, les femmes et les hommes qui dépassaient l'âge de cin-



quante ans étaient considérés comme des personnages d'exception. Jusqu'aux années 1950, date de l'apparition des antibiotiques et des antituberculeux, l'espérance de vie moyenne, en Europe, était inférieure à quarante-cinq ans. Elle a presque doublé en un siècle dans les pays riches grâce aux progrès de l'hygiène, de la lutte contre la famine et de la prévention des maladies infectieuses par la vaccination. Dans les pays en développement, la famine et les maladies infectieuses tuent encore chaque jour des centaines de milliers de personnes.

Au cours de la lente évolution de notre espèce, la possibilité de s'accoupler et de se reproduire à n'importe quel moment a permis de compenser la courte espérance de vie individuelle, la mortalité élevée des enfants et le long délai qui sépare la naissance de l'âge adulte. Notre cerveau n'est pas pour autant resté inactif : nous savons depuis plusieurs millénaires qu'un rapport sexuel est susceptible d'entraîner une grossesse, et nous n'avons cessé de chercher à nous affranchir de cette conséquence.

L'incontournable pulsion sexuelle

Dans toutes les espèces sexuées, le patrimoine génétique conduit l'animal à se comporter de manière prédéterminée : c'est ce qu'on appelle l'instinct. La parade d'amour, la construction d'un nid et l'accouplement sont des comportements instinctifs. Dans beaucoup d'espèces, ces événements se produisent à une époque fixe de l'année, chez tous les individus adultes. La sexualité des humains n'est pas purement instinctive mais elle reste gouvernée par cette force intérieure que les biologistes appellent la pulsion sexuelle, que les psychanalystes nomment la libido, et que tout un chacun peut désigner plus simplement par le mot désir.

Mais le désir sexuel de l'être humain n'est pas stéréotypé : l'histoire, la biologie et la personnalité de l'individu (et, en par-

ticulier, les relations que chacun entretient avec son corps) ont une influence directe sur l'apparition du désir, sur la manière dont il l'accepte, sur la façon dont il se laisse guider ou non par lui.

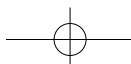
Ce qui complique encore les choses, c'est que les pulsions sexuelles ont deux objectifs simultanés : le plaisir et la reproduction. Or, les individus aspirent bien plus souvent à la reproduction du plaisir qu'au plaisir de la reproduction.

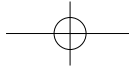
La sexualité ne commence pas à la puberté

L'apprentissage des comportements sexuels se fait bien avant que les organes sexuels ne puissent servir à la reproduction. Le contact de ses parents, de son entourage, développe la sensualité de l'enfant et prépare celle de l'adulte. Ce développement peut être très structurant ou très traumatisant selon les relations que l'adulte entretient avec l'enfant. Un parent qui traite le corps, les sensations et les sentiments de son enfant avec respect, donnera à l'enfant le respect de lui-même, et l'incitera à aller vers des partenaires qui le respectent. Un parent qui délaisse, manipule ou maltraite l'enfant, physiquement, affectivement ou symboliquement, le marquera de manière tout aussi durable dans ses relations à autrui.

L'apprentissage de la sexualité commence tout simplement lorsque l'enfant apprend à reconnaître les parties de son corps qui sont source de sensations agréables. La bouche et le sexe, bien sûr (tous les petits enfants aiment frotter leurs organes génitaux et sucer tout ce qui passe à leur portée), mais aussi la peau de beaucoup d'autres zones : le cou, le dos, le ventre, les épaules, les cuisses...

Le contact des vêtements, un baiser dans le cou, une caresse sur la nuque, se blottir dans les bras d'un parent, se serrer dans





le canapé contre son grand frère ou sa grande sœur en regardant un dessin animé, tout cela participe à la construction de la sensualité de l'enfant, bien avant la puberté.

Le grand passage

À la puberté, le corps devient apte à la reproduction. Sous l'effet du « programme » implanté dans son bagage génétique, l'enfant passe brusquement de l'enfance à l'adolescence, prélude à l'âge adulte. Sa taille augmente, la pilosité apparaît sous les bras et autour des organes sexuels. Les sensations de l'adolescent ne sont pas différentes de celles de l'enfant, elles sont les mêmes, en plus intenses. Le corps se modifie, et l'image de soi également. Les seins des filles poussent, pas toujours en même temps, et les règles arrivent sans crier gare. Le pénis des garçons s'allonge, leurs érections spontanées deviennent impressionnantes et ils se réveillent la nuit, après avoir fait un rêve troublant, en découvrant qu'ils ont mouillé leur drap d'un liquide épais et collant, qui n'est pas de l'urine, mais du sperme. Quand ils ne sont pas prévenus, quand ils ne peuvent interroger quiconque sur ce qui leur arrive, les adolescents se sentent perdus.

Face-à-face

Entrez dans la cour d'un collège : des filles, qui ont grandi avant les garçons de leur âge, se fardent et s'habillent court, aguichent et provoquent les enseignants masculins et retrouvent à l'entrée des lycéens de deux ou trois ans plus âgés qu'elles ; des garçons, adossés au mur, lancent aux filles des vanes méprisantes ou, au contraire, leur font du gringue. D'autres collégiens des deux sexes regardent, fascinés, tous ces manèges. D'autres y semblent encore indifférents. Le développement sexuel n'est pas le même pour tous.

Le vendredi et le samedi soir, les adolescents se retrouvent, sortent ensemble. Ils découvrent les baisers, les caresses. Ils sont

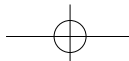
débordés par ce que ça déclenche en eux-mêmes et en l'autre. Le plus souvent, ils en restent à cette excitation mutuelle. Les humains ne sont pas des animaux. Ils ont des blocages, des inhibitions, des interdits. Des profs qui les houspillent, des familles qui les regardent de travers. Des peurs.

La principale zone érogène

Seulement, l'excitation sexuelle, ça n'a pas tendance à diminuer. C'est plutôt le contraire. Le pénis et le clitoris se prêtent très bien à la masturbation, la nuit, dans le fond d'un lit. Et la principale zone érogène, c'est le cerveau. Tout est branché dessus : les yeux repèrent de loin la courbe des fesses ou des seins, celles des biceps ou des pectoraux. Les oreilles font vite la distinction entre la voix de l'enfant et celle de l'individu à maturité sexuelle. Et, quand on se croise tout près dans les couloirs du bahut, les phéromones émises par l'un et par l'autre dilatent les pupilles, font battre le cœur, échauffent le bas-ventre.

La zone érogène cérébrale fonctionne très, très bien : la présence de l'autre n'est même pas indispensable au maintien de l'excitation sexuelle. Les garçons entretiennent la leur grâce aux images érotiques qui pullulent dans les revues, dans les films pornographiques et sur le Web. Les filles se plongent dans la lecture d'histoires d'amour le plus souvent imaginaires, les articles consacrés à leurs vedettes préférées, le courrier du cœur – du sexe – de leurs magazines. Si les histoires d'amour idéal ont toujours cours, ça n'est pas par obscurantisme ou manque de maturité affective, mais bien parce que le cerveau ne se contente pas de capter des sensations : il fabrique du sens.

Dès l'adolescence, garçons et filles se mettent en quête de partenaires sexuel(le)s. Les garçons jouent à qui en tombera le plus. Les filles à qui séduira le plus beau. Ils ne se doutent pas qu'en



cela aussi ils sont programmés : pour être certains de transmettre leur patrimoine génétique, les mâles doivent féconder le plus de femelles possible ; pour varier les gènes dont elles ont hérité, les femelles doivent choisir leur(s) mâle(s).

Et ça continuera ainsi pendant longtemps. Au travail, dans les boîtes de nuit, dans les salles de sport, au cinéma, dans les bars, dans tous les lieux où des hommes et des femmes se rencontrent, les parades d'amour continuent. Le mariage et les enfants n'y changent rien, parce que la sexualité et l'amour sont deux choses différentes. La sexualité nous anime. L'amour, nous le construisons. Dans l'un de ses ouvrages sur la contraception¹, le Britannique John Guillebaud raconte l'histoire suivante : «Après avoir créé Adam et Ève, Dieu leur dit :

— J'ai deux nouvelles pour vous. Une bonne et une mauvaise.

— Commencez par la bonne, répond le couple, intrigué.

— Je vous ai fait deux cadeaux. Le premier, c'est l'intelligence qui vous servira à communiquer, de comprendre le monde et de créer des choses merveilleuses. Le second, c'est la sexualité qui vous permettra de vous donner mutuellement du plaisir et de vous reproduire.

— Et la mauvaise nouvelle ?

— C'est que vous ne pourrez jamais utiliser les deux en même temps.»

Les paradoxes du déterminisme

Nos organes génitaux sont, avant tout, faits pour la reproduction. Le plaisir est la carotte que nous a tendue l'évolution pour nous inciter à copuler sans arrêt. Et si, aujourd'hui, nous parlons de sexualité à tout bout de champ, cela ne rend pas nos

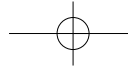
1. Guillebaud John, *Contraception: Your Questions Answered*, 3rd ed., Churchill Livingstone, Londres, 1999.

comportements amoureux plus sensés. Le cerveau ne peut pas s'opposer à la *sexualité* : il en est le principal moteur. Les fantasmes, qu'ils soient véhiculés par la religion ou par les romans à l'eau de rose, viennent donner à nos pulsions des explications *a posteriori*. « Nous étions destinés l'un à l'autre », n'est-ce pas une manière de dire « nos organes sexuels sont faits pour se rencontrer, nos gamètes pour fusionner » ?

Le comportement sexuel sera toujours un compromis entre nos pulsions élémentaires (la part biologique), notre expérience consciente et inconsciente (la part personnelle) et les règles du monde qui nous entoure (la part sociale). Les hommes sont programmés pour semer à tout vent. Quand ils ne peuvent pas choisir leurs partenaires, il leur reste encore la possibilité de copuler avec celles dont c'est le métier. Si la pulsion sexuelle est forte au point de conduire tant d'hommes à payer très cher (au sens propre et au sens figuré) pour cinq secondes d'éjaculation, comment ne pas admettre que la même pulsion est tout aussi déterminante pour les femmes ?

C'est au moment de l'ovulation que les femmes ont le plus envie de faire l'amour : quand l'ovulation pointe son nez, les adolescentes finissent par céder à un garçon déterminé, les femmes seules ont des relations sexuelles avec un homme qu'elles auraient ignoré deux jours plus tôt, les femmes mariées sautent sur leur mari ou le trompent avec un homme qui a su réveiller leurs émotions. Au moment de l'ovulation, les femmes ne « succombent » pas. Elles obéissent à leur programme.

Que dire, à l'opposé, des innombrables grossesses qui surviennent, sans avoir été préméditées, aux dates anniversaires d'une naissance, d'un départ ou d'un deuil, sinon que nos inconscients s'ingénient aussi à célébrer la vie ou à combler les vides en jouant avec leurs programmes ?



Les fantasmes et les idéologies évoluent, en principe, avec le développement économique et culturel. L'émancipation sexuelle des femmes n'a pu être concevable qu'à partir du moment où les femmes ont été considérées comme des citoyennes. Et pourtant, l'idée de contraception est très antérieure à l'idée que les femmes puissent voter.

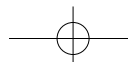
De tout temps, les femmes ont cherché à prévenir ou à interrompre les grossesses qu'elles ne désiraient pas porter. Il y a vingt-cinq siècles, Hippocrate lui-même décrivait des dispositifs introduits au fond du vagin pour entraîner une fausse couche. Les méthodes contraceptives, elles non plus, ne datent pas de la révolution sexuelle des années 1960. Le coït interrompu est une méthode universellement pratiquée et on en trouve la mention dans la Bible. Les papyrus égyptiens décrivent des décoctions vaginales à visée anticonceptionnelle. La pénétration anale couramment pratiquée par les hommes dans certaines cultures leur permet à la fois de « préserver leur virginité » des femmes avant le mariage et d'éviter une grossesse. Etc.

Plus ironique encore : ces méthodes contraceptives ne sont pas nées de notre seule imagination. Elles visent à reproduire à volonté les méthodes « naturelles » que nous portons également dans nos gènes. Ainsi, pourquoi croyez-vous que l'ovulation est bloquée pendant la grossesse ? Pour qu'une femme ne puisse pas être simultanément enceinte de plusieurs fœtus, pardi ! Et l'allaitement ? Vous pensez qu'il vise uniquement à faire grandir les nourrissons et à les protéger contre la malnutrition et les maladies infectieuses ? Certes, mais pas seulement. En bloquant l'ovulation, l'allaitement (lorsqu'il est exclusif, voir p. 110) protège aussi, depuis des millénaires, les femmes du risque mortel que font courir les grossesses rapprochées.

Autrement dit : la possibilité – et le désir – d'affranchir notre sexualité de sa fonction reproductrice font eux aussi, partie de notre « programme ».

Est-ce si étonnant ? La sexualité non reproductrice est un fait biologique établi, aussi bien dans le monde animal que dans l'espèce humaine, et il ne viendrait sûrement à personne (en dehors de minorités extrêmement dogmatiques) l'idée de contester que la satisfaction sexuelle fait partie de l'épanouissement individuel. Pour s'épanouir, il est nécessaire de pouvoir choisir en connaissance de cause.

Allons-y.



Deuxième partie

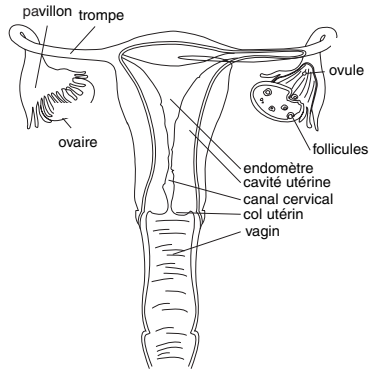
Des organes sexuels à la grossesse : visite guidée

Les organes sexuels féminins de haut en bas

L'appareil génital féminin est entièrement placé au fond du bassin. À l'intérieur, se trouvent deux glandes sexuelles de la taille d'une noix qu'on appelle les ovaires ; les ovaires sont accolés aux trompes de Fallope, par lesquelles l'ovocyte (cellule féminine de la reproduction) peut rejoindre l'utérus. Chaque mois, un ovocyte arrivé à maturation dans son follicule est expulsé de l'ovaire dans la trompe de Fallope.

L'utérus (ou « matrice ») est un organe creux, entouré d'une paroi musculieuse, dans lequel se déroule la grossesse. La partie inférieure de l'utérus, qu'on appelle le col¹, communique avec le fond du vagin par le canal cervical. Le vagin, organe creux lui aussi, reçoit le sexe masculin au moment du coït. C'est par le col que les spermatozoïdes passent dans l'utérus. C'est aussi par le col, dilaté par les contractions de l'accouchement, que le nouveau-né sort de l'utérus.

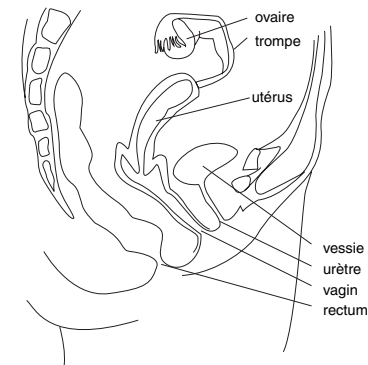
1. Les termes médicaux utilisés dans le texte sont définis Annexe 8, p. 547.

Figure 1 : Organes génitaux féminins (face)

Les organes génitaux externes sont entourés et protégés par deux replis de peau qu'on appelle les grandes lèvres et par le clitoris, un organe ferme, très petit, mais très sensible, qui joue un rôle important dans la sexualité féminine, et qui est situé juste sous l'os du pubis. Les lèvres et le clitoris constituent ce qu'on appelle la vulve. Entre le clitoris et l'entrée du vagin s'ouvre l'urètre féminin, qui communique avec la vessie.

L'hymen est une membrane qui se trouve à 1 cm environ à l'intérieur du vagin et qui le ferme en partie. Toutes les femmes n'ont pas un hymen fermé. Souvent, l'hymen s'est déchiré pendant la croissance, ou avec l'utilisation de tampons à l'occasion des premières règles. L'absence d'hymen ne signifie donc nullement que la femme a déjà eu des rapports sexuels avec pénétration. D'autre part, l'hymen n'est pas « imperméable » car il laisse passer le sang des règles. Dans l'autre sens, il peut donc aussi laisser passer le sperme – même s'il n'y a pas pénétration complète. La présence d'un hymen ne signifie donc pas qu'une grossesse est impossible...

De la paroi intérieure du vagin s'écoulent des sécrétions qui servent à le lubrifier pendant les rapports sexuels. Au moment de l'ovulation, le col (l'entrée) de l'utérus sécrète lui aussi un mucus, la « glaire cervicale », qui sert de « milieu favorable » pour les spermatozoïdes. Pendant le rapport sexuel, les spermatozoïdes déposés sur le col utérin sont aspirés par les contractions de l'utérus, qui peuvent être très intenses – voire même douloureuses – pendant l'orgasme.

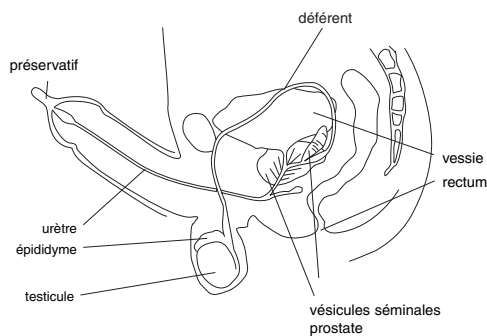
Figure 2 : Organes génitaux féminins (profil)

Les organes sexuels masculins

L'appareil génital de l'homme est constitué par les testicules, deux glandes sexuelles de la taille d'une noix, placées dans les bourses, deux poches qui pendent sous le pénis. Les testicules fabriquent les cellules masculines de la reproduction, les spermatozoïdes. Une fois formés, les spermatozoïdes finissent leur maturation dans une poche qui se nomme l'épididyme, au sommet du testicule. Au bout de soixante-dix jours, ils sont capables

de se déplacer seuls, et s'engagent dans un long canal, le déférent. Les deux déférents traversent la prostate, glande située sous la vessie, et s'abouchent dans l'urètre, le conduit qui court tout le long du pénis, l'organe sexuel masculin qui sert au coït. La prostate et les vésicules séminales – deux glandes situées à l'arrière de la prostate – fabriquent un liquide nutritif, le sperme, qui servira à transporter et à assurer la survie des spermatozoïdes. Le pénis contient dans ses parois un système veineux et musculaire qui lui permet de s'allonger et de durcir – c'est ce qu'on nomme l'érection – afin de pouvoir être introduit dans le vagin au moment du rapport sexuel.

Figure 3 : Organes génitaux masculins (profil)



Le coït

C'est l'acte sexuel au cours duquel le pénis pénètre le vagin. À l'issue du coït, en général, l'homme éjacule : son pénis projette les spermatozoïdes au fond du vagin, sur le col de l'utérus. La glaire cervicale, sécrétion fabriquée par le col de l'utérus, contient des substances qui activent les spermatozoïdes, facilitent leur entrée dans l'utérus et leur ascension à l'intérieur des trompes, à la rencontre de l'ovocyte. En revanche, les spermatozoïdes qui restent dans le vagin sont

rapidement inactivés ou détruits (l'acidité du vagin leur est hostile). Cependant, même si l'éjaculation s'est produite avant pénétration, sur la vulve ou sur l'hymen (fine membrane qui ferme le vagin chez les femmes vierges), elle peut tout de même entraîner une grossesse.

Les hormones sexuelles et le cycle menstruel

Le corps humain contient des organes internes qu'on appelle des glandes endocrines. Ces glandes ont pour particularité de fabriquer des substances, les hormones, qui circulent dans le sang et vont stimuler le fonctionnement d'autres organes, parfois très éloignés. À la puberté, dans les deux sexes, les glandes sexuelles sont stimulées par une petite glande située à la base du cerveau : l'hypophyse, qui sécrète deux hormones, la FSH et la LH. Chez l'homme, la LH stimule la synthèse par le testicule de la testostérone, l'hormone masculine, et la FSH déclenche la fabrication des spermatozoïdes.

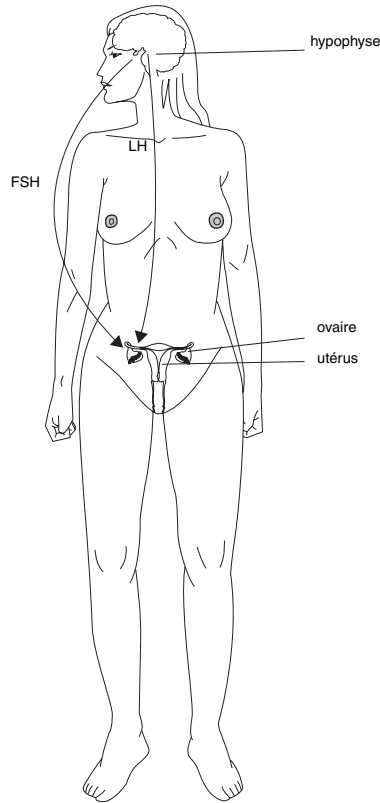
La sécrétion de LH et de FSH stimule la fabrication par l'ovaire de deux hormones féminines, l'œstradiol et la progestérone, et provoque les deux événements cycliques de la physiologie féminine : l'ovulation et les règles (ou menstruation) – écoulement sanglant provenant de l'utérus qui survient à peu près une fois par mois.

Le cycle menstruel

Le cycle menstruel rythme la vie des femmes entre la puberté et la ménopause : c'est l'ensemble des phénomènes physiologiques et hormonaux qui se déroulent entre le premier jour d'une période de règles et le premier jour des règles suivantes. En théorie, le cycle menstruel « idéal » dure 28 jours, mais c'est en réalité faux le plus souvent. Des cycles dont la durée est comprise entre 23 et 35 jours sont parfaitement normaux, à partir du moment où cette durée est à peu près constante d'un cycle

à l'autre, à deux ou trois jours près. Les femmes dont le cycle dure 25 jours ovulent plus souvent que celles dont le cycle dure 35 jours.

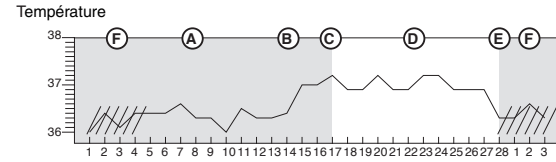
Figure 4 : Ovulation



Première partie du cycle (qui dure entre 7 et 21 jours) : la FSH sécrétée par l'hypophyse stimule la fabrication d'estrogènes par l'ovaire.

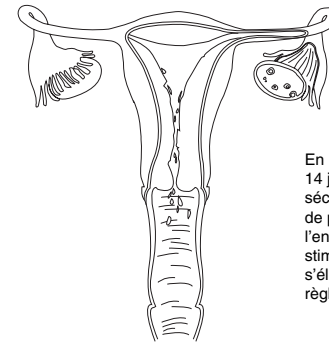
Deuxième partie du cycle (qui dure toujours 14 jours) : la LH déclenche l'ovulation et la fabrication de progestérone.

Figure 5 : Cycle menstruel



- (A) Phase préovulatoire : l'hypophyse du cerveau sécrète de la FSH qui stimule la production d'estrogènes par l'ovaire.
- (B) L'hypophyse sécrète à présent de la LH, qui stimule la production de progestérone par l'ovaire.
- (C) La sécrétion de progestérone déclenche l'ovulation : la température corporelle s'élève de 1/2 °C.
- (D) L'ovaire continue à fabriquer de la progestérone pour préparer l'endomètre à l'implantation d'un œuf fécondé.
- (E) En l'absence d'implantation d'un œuf dans l'endomètre, la sécrétion de progestérone cesse et entraîne l'évacuation de l'endomètre sous la forme de règles F.

Figure 6 : Règles



En l'absence de grossesse 14 jours après l'ovulation, la sécrétion d'estrogènes et de progestérone cesse ; l'endomètre, qui n'est plus stimulé par les hormones, s'élimine en produisant les règles.

Les estrogènes préparent la fécondation ; la progestérone prépare l'implantation

- Dans le cycle « idéal » (de 28 jours), pendant les quatorze premiers jours (à partir du premier jour des règles), la FSH

entraîne une sécrétion croissante d'estrogènes par l'ovaire. Les estrogènes ont plusieurs effets: ils stimulent les follicules contenant les ovocytes jusqu'à ce que l'un d'eux soit arrivé à maturité. Ils stimulent l'endomètre, la paroi interne de l'utérus, qui s'épaissit et s'enrichit en vaisseaux sanguins pour se préparer à l'implantation d'un ovule – cellule née de l'union d'un ovocyte et d'un spermatozoïde; ils stimulent le col de l'utérus qui fabrique la glaire cervicale, sécrétion qui accueillera les spermatozoïdes. Et enfin, ils augmentent le désir sexuel, qui est en général à son apogée dans les jours qui *précèdent* l'ovulation.

- Toujours en théorie, au 14^e jour, la LH sécrétée par l'hypophyse fait éclater un follicule arrivé à maturité: c'est l'ovulation. L'ovocyte est projeté dans le pavillon de la trompe. Il y restera entre douze et vingt-quatre heures en attendant qu'un spermatozoïde vienne le féconder. Dès après l'ovulation, le corps jaune (la « coquille » vide du follicule qui a émis un ovocyte) sécrète en grande quantité une seconde hormone, la progestérone. Celle-ci finit de préparer la paroi intérieure de l'utérus (endomètre) à l'implantation de l'œuf fécondé. Si aucun ovule ne s'implante dans l'endomètre, le corps jaune cesse de produire de la progestérone. Au 28^e jour du cycle, l'endomètre est très vascularisé et contient beaucoup de sang. À l'arrêt de la sécrétion de la progestérone et des estrogènes, l'endomètre n'est plus stimulé. Il se détache alors de la paroi de l'utérus et est évacué par le col de l'utérus et le vagin: les règles ne sont donc pas du sang pur, mais une sorte de « peau » intérieure, gorgée de sang.

Et le cycle recommence...

L'ovulation commence à la puberté, mais elle n'est pas nécessairement mensuelle pendant les premières années. Il arrive souvent qu'une adolescente ait ses règles une première fois, puis plus rien pendant quelques mois avant que le cycle définitif ne s'installe. Ça ne veut pas dire que les rapports sexuels sont sans dan-

ger, au contraire: une jeune fille peut être fécondée dès la première ovulation!

À retenir :

Dès qu'une jeune femme a ses premières règles, et même si elle n'a pas des règles tous les mois, elle est à tout moment susceptible d'être enceinte à la suite d'un rapport sexuel. Et souvenez-vous: à l'approche de l'ovulation, les estrogènes augmentent le désir sexuel.

Cycle long, cycle court

Tout cycle menstruel compte deux parties: celle qui précède l'ovulation et celle qui la suit. Ces deux parties du cycle n'obéissent pas aux mêmes phénomènes: chez toutes les femmes, la seconde partie du cycle dure invariablement quatorze jours. Pourquoi? Parce que après l'ovulation le corps jaune fabrique de la progestérone pendant quatorze jours, et pas un de plus. Conséquence importante: lorsque la femme n'est pas fécondée, les règles apparaissent quatorze jours après l'ovulation.

À retenir :

Théoriquement, le corps jaune ne vit que 14 jours après l'ovulation. Donc:

- Une femme qui a un cycle de 28 jours ovule le 14^e jour (28 – 14).
 - Une femme qui a un cycle de 23 jours ovule le 9^e jour (23 – 14).
 - Une femme qui a un cycle de 35 jours ovule le 21^e jour (35 – 14).
- Mais ceci n'est pas une règle absolue! (Voir aussi p. 62.)

Ovulation, fécondation, implantation et grossesse

Chaque individu de sexe féminin est doté, dès la naissance, d'un stock de cellules de la reproduction, qu'on appelle les ovocytes, en sommeil dans ses ovaires. Ces ovocytes sont au nombre de 400 000 à la naissance. À la puberté, ils ne sont plus que

30 000. Sous l'influence du processus hormonal, que nous avons décrit dans les pages précédentes, ces cellules se mettent à se développer, à raison d'une par mois, parfois deux ou plus (ce qui explique que des grossesses multiples puissent se produire). Chaque ovocyte se développe dans un follicule, qui finit par s'ouvrir à la surface de l'ovaire et l'expulse (figure 7). L'ovocyte est projeté dans la trompe où il est entraîné en direction de l'utérus par les cils microscopiques qui tapissent l'intérieur des trompes. Si la femme a eu un rapport sexuel non protégé jusqu'à sept jours avant ou quelques heures après son ovulation, l'ovocyte rencontrera les spermatozoïdes dans la trompe. L'un des spermatozoïdes pénètre à l'intérieur de l'ovocyte, c'est la fécondation et l'union des deux cellules (ovocyte et spermatozoïde) s'appelle « ovule ». Au bout de plusieurs jours, l'ovule atteint l'utérus et s'implante dans sa paroi interne, l'endomètre.

La fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde n'est pas synonyme de grossesse, ni même de conception. La recherche biologique a en effet montré que, parmi tous les ovules formés, la moitié ne s'implantent pas car ils ne sont pas viables. On considère donc que c'est au moment de l'implantation, et à ce moment-là seulement, que la grossesse commence véritablement.

À retenir :

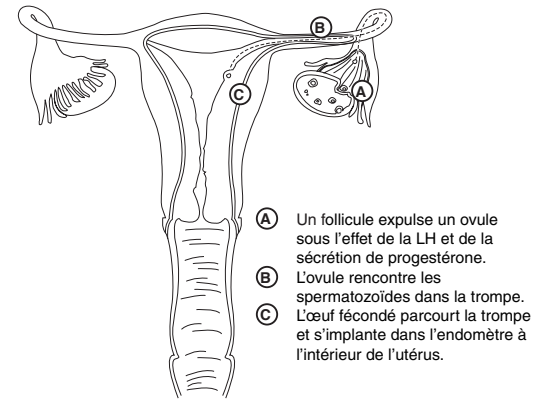
S'il n'y a pas d'implantation de l'œuf dans l'endomètre, il n'y a pas de grossesse.

L'implantation et ses conséquences

La rencontre d'un ovocyte et d'un spermatozoïde, cela se passe dans la trompe. Après fécondation, l'œuf est transporté dans l'utérus par le mouvement de cils microscopiques qui tapissent la paroi des trompes. Parfois, un œuf ne parvient pas jusqu'à l'utérus et se développe sur place, dans la trompe : c'est ce qu'on

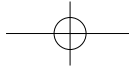
appelle une grossesse extra-utérine (GEU). La majorité des GEU surviennent chez les femmes ayant fait une ou plusieurs infections des trompes (salpingites) à la suite d'une maladie sexuellement transmissible (nous y reviendrons plus loin). Mais le plus souvent, l'œuf parvient dans l'utérus. À ce stade, on sait que de nombreux ovules ne se développent pas et sont éliminés au moment des règles.

Figure 7 : Implantation de l'œuf fécondé



- A Un follicule expulse un ovule sous l'effet de la LH et de la sécrétion de progestérone.
- B L'ovule rencontre les spermatozoïdes dans la trompe.
- C L'œuf fécondé parcourt la trompe et s'implante dans l'endomètre à l'intérieur de l'utérus.

Ceux dont le développement se poursuit se nichent dans l'épaisseur de l'endomètre gorgé de sang. C'est ce qu'on appelle l'implantation. C'est seulement à ce moment que la grossesse commence. Et l'embryon se met à produire lui-même des hormones (estrogène et progestérone, également), qui l'aideront à se développer et à stimuler l'endomètre. Ces hormones provoquent sur le corps féminin des symptômes marqués : les seins gonflent, la femme ressent des nausées ou une faim permanente, elle a parfois très envie de dormir, sa libido se met en berne... Tous ces symptômes mettent un certain temps à apparaître. Le symptôme le plus précoce est, bien entendu, l'absence de règles!



Comment savoir si une femme est fertile ?

La question peut sembler étrange, mais presque toutes les femmes se la posent un jour ou l'autre, avant d'avoir été enceintes pour la première fois, et parfois même après l'avoir été plusieurs fois. Elles se la posent encore, consciemment ou inconsciemment, à l'approche de la ménopause. La question de la fécondité est aussi permanente pour les femmes que la question de la virilité pour les hommes.

À cette question, il n'y a malheureusement qu'une seule réponse : il n'y a pas de « prise de sang » ou de test qui permette d'affirmer qu'on est fertile ; on vérifie qu'on est fertile en ayant des rapports sexuels non protégés. Or, le plus souvent, les femmes qui se posent la question ne tiennent pas à avoir un enfant à ce moment-là, mais seulement à savoir si elles seront un jour (ou de nouveau) capables d'en avoir.

Si vous avez lu attentivement les pages qui précèdent, il vous est facile de comprendre que les causes d'infertilité féminine peuvent être regroupées dans deux catégories. Ce sont les anomalies de l'ovulation (qui empêchent la production d'ovocytes) et les anomalies des organes génitaux féminins (qui empêchent la fécondation et l'implantation de l'ovule).

Les anomalies de l'ovulation s'accompagnent *toujours* d'une irrégularité du cycle. Une femme dont le cycle est constant – c'est-à-dire, qui a ses règles à intervalles réguliers compris entre vingt-trois et trente-cinq jours – a probablement une ovulation parfaite. Les femmes qui, en l'absence de tout problème de santé, ont un cycle très irrégulier et restent parfois plusieurs semaines sans avoir de règles ont une fécondité faible, car elles n'ovulent pas tous les mois. Ça ne veut pas dire qu'elles sont stériles, mais qu'elles seront probablement moins facilement et moins vite enceintes que celles qui

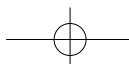
ovulent tous les mois (avec des partenaires dont la fécondité est identique, bien sûr...).

Une femme qui a eu un cycle parfaitement régulier à partir de la puberté peut présenter de temps à autre, sans que cela soit grave, des irrégularités du cycle pour des raisons très diverses : stress, activités sportives de haut niveau, maladie, amaigrissement ou au contraire prise de poids importante. Lorsque la cause des irrégularités se résout, le cycle redevient ce qu'il était auparavant. Ici encore, une irrégularité du cycle n'est absolument pas synonyme de stérilité.

Les anomalies des organes génitaux (trompes, utérus, vagin) susceptibles d'interférer avec une grossesse relèvent, elles aussi, de deux catégories : les malformations et les séquelles d'infections.

- Les malformations sont une cause assez rare d'infertilité. Souvent, elles sont diagnostiquées très tôt, dans l'enfance ou à la puberté, à l'occasion des premiers rapports sexuels ou du premier examen gynécologique. Si votre croissance et votre puberté se sont déroulées normalement, si vous avez des règles et si vous n'avez aucune malformation apparente, il est très peu probable que vous soyez porteuse d'une malformation de l'utérus ou des trompes. L'absence d'utérus est une éventualité rarissime (et, dans ce cas, la jeune femme n'a jamais de règles, bien sûr). Les autres malformations, plus fréquentes sont beaucoup moins graves – utérus « bicorne » ou « bifide », c'est-à-dire comprenant deux cavités – et souvent compatibles avec une ou plusieurs grossesses.

- Vous avez peut-être entendu parler de femmes qui ne pouvaient pas être enceintes « parce que leurs trompes étaient bouchées ». Cette obstruction des trompes (on parle de « stérilité



tubaire») est presque toujours la conséquence d'une salpingite, infection grave qui était autrefois fréquente après les accouchements et les avortements clandestins. Aujourd'hui en France, les salpingites sont le plus souvent dues à des MST (maladies sexuellement transmissibles). Si vous n'avez jamais eu de salpingite, il est peu probable que vos trompes soient « bouchées ». Il arrive cependant que certaines femmes – principalement celles qui commencent leur activité sexuelle tôt et ont de nombreux partenaires sexuels – soient, sans le savoir, porteuses de *Chlamydiae*. Ces bactéries transmises par contact sexuel peuvent parfois provoquer une stérilité sans avoir provoqué le moindre symptôme. Au bout de plusieurs années, ces femmes découvrent qu'il leur est difficile d'avoir des enfants car une infection passée inaperçue a entraîné une obstruction des trompes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les jeunes femmes, dont la sexualité commence, devraient toujours utiliser des préservatifs, surtout lorsqu'elles ont plusieurs partenaires sexuels – ou lorsque leur partenaire en a lui-même plusieurs.

À retenir :

Une femme en bonne santé, dont la puberté s'est passée normalement et qui a des règles (même irrégulières) peut être enceinte à tout moment dès le premier rapport sexuel. Si elle ne désire pas avoir d'enfant, il est donc indispensable qu'elle utilise une contraception.

Et un homme, comment sait-on s'il est fertile ?

D'après les mêmes critères. Un homme en bonne santé dont la puberté et la croissance se sont déroulées normalement, qui n'a pas d'anomalie grave des organes génitaux, qui a des érections et qui éjacule (les premières éjaculations du jeune homme surviennent souvent spontanément, la nuit) est, selon toute probabilité, fertile. Vous avez sûrement entendu parler de troubles de la fertilité chez des hommes ayant un « sperme

pauvre en spermatozoïdes », mais il faut savoir que le nombre de spermatozoïdes compte moins que la proportion de spermatozoïdes mobiles. Pour cette raison, une seule goutte de sperme contenant « seulement » quelques centaines de milliers de spermatozoïdes peut être fécondante. Les infertilités masculines existent, mais les vraies stérilités sont très rares sauf si l'homme a souffert d'infections graves des organes sexuels – ce qui, chez un homme, ne passe jamais inaperçu. Gardez en mémoire le fait que la vasectomie, méthode de stérilisation masculine qui consiste à couper les déférents afin d'empêcher le transport des spermatozoïdes jusqu'au pénis, n'est pas efficace à 100 % ! Il arrive que des hommes vasectomisés continuent à avoir des enfants avec « seulement » 3 millions de spermatozoïdes par millilitre de sperme, alors que la norme se situe autour de 300 millions par millilitre. Mais il suffit d'un seul...

Les périodes de fécondité de la vie

La *période de fécondité de l'homme* est très longue. Les spermatozoïdes sont fabriqués à partir de la puberté, en permanence, jusqu'à un âge très avancé. Même si la fécondité de l'homme diminue avec l'âge, du fait que les spermatozoïdes sont moins nombreux et moins vivaces, un homme de soixante-quinze ans peut parfaitement encore avoir des enfants.

La *période de fécondité de la femme* commence à la puberté (date d'apparition des ovulations et des règles) et se termine à la ménopause (date à laquelle les ovulations cessent), ce qui représente environ trente-cinq années de fécondité. La période de fécondité maximale se situe entre vingt et trente ans. En effet, comme nous l'avons vu, pendant les deux années qui suivent l'apparition des règles, beaucoup de jeunes filles n'ovulent pas chaque mois. À l'approche de la ménopause, les ovulations

deviennent de moins en moins fréquentes et cela pendant plusieurs mois, avant de cesser complètement.

À retenir:

L'adolescence et la préménopause sont des périodes de moindre fécondité, mais ce ne sont pas pour autant des périodes sans risque de grossesse. Beaucoup de grossesses non désirées se produisent à ces deux périodes de la vie, ce qui justifie une information et des précautions contraceptives adaptées. La connaissance des périodes de fécondité a des implications pratiques sur le choix d'une contraception. Il est évidemment nécessaire d'utiliser les méthodes les plus sûres (contraception hormonale, DIU) lorsque la fécondité est à son apogée. À mesure que la femme s'éloigne de la trentaine, le choix contraceptif devient plus large, car l'efficacité de toutes les méthodes augmente, du fait de la baisse progressive de la fécondité.

Questions/réponses : enceinte ou pas enceinte ?

À quel moment du cycle les rapports sexuels sont-ils susceptibles d'entraîner une grossesse ?

Théoriquement, la fécondation ne peut avoir lieu qu'autour du moment de l'ovulation. Nous avons vu que celle-ci peut, selon que le cycle de la femme est court ou long, survenir à une date plus ou moins éloignée des règles. En principe, une femme dont le cycle est régulier doit pouvoir calculer le moment de son ovulation. C'est le principe de plusieurs méthodes de contraception naturelle (voir p. 100). Malheureusement, les choses sont plus compliquées que ça. Une étude (*British Medical Journal*, 2000, 321, 1259-1262) effectuée parmi 221 femmes bien réglées, ayant l'intention de débiter une grossesse, a montré que 30 % seulement ont ovulé pendant la « fenêtre de fertilité » prévue, c'est-à-dire entre le 10^e et le 17^e jour. Les autres ont ovulé à n'importe quel moment entre le 6^e et le 21^e jour du cycle. Ainsi, une femme peut ovuler sans prévenir à n'importe

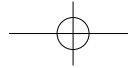
quel moment du cycle et cela pour deux raisons : d'une part, il arrive que plusieurs follicules parviennent à maturité de manière presque simultanée ; d'autre part, l'ovulation – qui, je vous le rappelle, est sous la dépendance du cerveau – peut être déclenchée par une émotion intense ou un événement inhabituel entraînant une rupture dans le rythme de la vie quotidienne : voyage, rencontre, séparation, accident ou décès dans l'entourage, mais aussi vacances, car l'ensoleillement intense augmente le désir et favorise l'ovulation. J'ai personnellement reçu des femmes qui étaient enceintes « alors que je n'aurais pas dû l'être, je suis réglée comme du papier à musique » après la disparition d'un proche, un accident survenu à un enfant, des retrouvailles avec un parent disparu de longue date... ou un week-end à la mer. Des épouses de marins ou de militaires en mission se retrouvent enceintes après avoir eu leurs uniques rapports sexuels depuis de nombreux mois au cours des deux jours de permission de leur mari... Ajoutez à tout cela que, sous l'effet des estrogènes, le désir féminin augmente à l'approche de l'ovulation et que – comme c'est le cas chez les primates – le rapport sexuel lui-même (qui peut provoquer une émotion intense...) pourrait dans un certain nombre de cas déclencher une ovulation supplémentaire... *et vous comprendrez qu'on ne peut jamais se fier à son cycle pour dire si les rapports sexuels risquent ou non d'entraîner une grossesse.*

À retenir:

Une ovulation précoce ou une ovulation supplémentaire (rappelez-vous, vous avez deux ovaires !) peuvent être déclenchées par une émotion intense, un événement imprévu... ou un rapport sexuel.

Si j'ai des rapports sans pénétration, je ne risque rien !

Que vous dites ! Il arrive régulièrement que des femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels avec pénétration soient cepen-



dant enceintes. Comment sait-on qu'elles n'ont pas été pénétrées? Le vagin de la petite fille et de la jeune femme vierge est (souvent, mais pas toujours) obturé par une membrane qui se nomme l'hymen. La première pénétration (ou l'utilisation de tampons périodiques, à la puberté) rompt l'hymen. C'est sur la présence de l'hymen que, dans certaines cultures, on juge de la virginité de la femme le jour du mariage. Mais l'hymen n'est pas une membrane imperméable: il laisse passer les règles. Il peut aussi laisser passer le sperme, si l'éjaculation a lieu juste à l'entrée du vagin. Car les spermatozoïdes sont attirés par les substances chimiques présentes dans les sécrétions vaginales, et ils remontent sans difficulté jusqu'à la trompe...

À retenir:

On peut être enceinte sans avoir jamais été pénétrée par un sexe masculin.

Je n'ai pas mes règles. Comment savoir si je suis enceinte?

Bonne question, car la réponse n'est pas toujours évidente. Première notion importante: si une femme dont le cycle est régulier n'a eu ne serait-ce qu'un seul rapport sexuel non protégé, un retard de règles est synonyme de grossesse jusqu'à preuve du contraire. Pendant les premiers jours de retard, la grossesse éventuelle ne provoque le plus souvent aucun symptôme. Pour faire le diagnostic de grossesse, il faut acheter un test en pharmacie ou en grande surface – ou éventuellement se faire prescrire un test sanguin par le médecin.

Les tests de grossesse, même ceux qui sont en vente libre, sont relativement fiables. Il est rare qu'ils soient négatifs en cas de grossesse, sauf si la grossesse est vraiment trop récente. Dans le doute, et si les règles ne sont toujours pas revenues, il vaut mieux refaire un test quelques jours plus tard. Un test positif est TOUJOURS (jusqu'à preuve du contraire) synonyme de grossesse. Il

n'y a aucune chance que vous ayez fait une erreur de manipulation, car le test dose la présence dans les urines d'hormones spécifiques de la grossesse. S'il en trouve, c'est qu'elles y sont...

Est-ce qu'un retard de règles est toujours synonyme de grossesse?

Non, bien sûr. D'abord, parce que au cours de la vie d'une femme, il arrive que certains cycles soient «anovulatoires». Ce qui signifie qu'aucun follicule n'étant prêt ce mois-là, aucun ovule n'est éjecté dans la trompe. De ce fait, il n'y a pas de corps jaune pour fabriquer de la progestérone pendant quatorze jours, et par voie de conséquence, il n'y a pas de règles non plus à la date prévue. Ce qui complique les choses c'est que les estrogènes (même sans grossesse) entraînent parfois des symptômes analogues à ceux d'une grossesse – un gonflement des seins en particulier. Le seul moyen d'en avoir le cœur net, c'est de faire un test de grossesse.

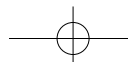
Les situations courantes qui sont influencées par la contraception

Le syndrome prémenstruel

C'est un ensemble de symptômes qui précèdent de quelques jours les règles. La femme a le sentiment que son ventre est gonflé, elle a mal dans le bas-ventre, ses seins sont tendus, elle se sent irritable... d'autant plus qu'elle a pu prendre un ou deux kilos liés à une rétention d'eau, elle aussi due au syndrome prémenstruel. Tous ces symptômes (y compris les kilos) disparaissent à l'apparition des règles. Ce syndrome est soulagé par toutes les formes de contraception hormonale: pilules, implant et DIU hormonal.

Les règles douloureuses (ou «dysménorrhée»)

Elles sont surtout très fréquentes chez la jeune fille réglée depuis peu. Les douleurs sont des crampes dans le bas-ventre,



ou dans les reins, qui sont en fait provoquées par les contractions de l'utérus destinées à évacuer les fragments d'endomètre qui constituent les règles. Il arrive que certaines femmes souffrent de leurs règles toute leur vie. Les douleurs des règles sont soulagées par la prise d'une contraception hormonale et par les anti-inflammatoires d'utilisation courante et en vente libre (ibuprofène, aspirine¹).

Les kystes de l'ovaire

Un kyste, c'est une accumulation de liquide là où il ne devrait pas y en avoir. Un kyste *est toujours bénin*: ce n'est pas un cancer, mais de l'eau contenant des sels minéraux et des protéines. Les kystes de l'ovaire les plus fréquents sont dits « fonctionnels ». Ils se produisent quand un follicule n'éjecte pas l'ovocyte qu'il contient. Comme il reste fermé, le follicule se remplit progressivement de liquide qui peut, lorsque la membrane se rompt, provoquer une douleur très vive et très inquiétante. La contraception par pilule combinée (voir p. 152) permet d'éviter la formation des kystes fonctionnels de l'ovaire chez les femmes qui y sont sujettes. En revanche, les progestatifs seuls (voir p. 226) semblent en augmenter la fréquence.

La maladie fibrokystique du sein (ou « mastose »)

C'est une maladie bénigne, qui n'annonce pas un cancer du sein, mais qui fait très peur. Elle se traduit par des douleurs des seins, surtout en seconde partie de cycle, et par la sensation de palper des nodules un peu partout dans un sein ou dans les deux. Ces symptômes sont souvent plus importants à l'adolescence ou à l'approche de la ménopause, et chez les femmes dont les ovaires fabriquent trop d'estrogènes et pas assez de progesté-

1. Oui, il est possible de prendre de l'aspirine en cas de règles douloureuses, si on n'a rien d'autre sous la main. Mais l'ibuprofène est un médicament aussi efficace et moins susceptible d'entraîner des effets secondaires importants.

rone. Les estrogènes provoquent en effet une accumulation de liquide (œdème) dans les tissus, ce qui fait gonfler les seins et les rend douloureux. La contraception par progestatifs (en comprimés ou sous la forme d'un implant ou d'un DIU hormonal) fait souvent disparaître ce type de symptômes. La grossesse aussi.

Les dysplasies du col de l'utérus

Le col de l'utérus est une zone très exposée au moment du rapport sexuel; c'est lui qui reçoit la décharge de sperme, et tout ce qu'il contient. Le col de l'utérus est le siège d'un des deux cancers les plus fréquents chez la femme (l'autre est le cancer du sein). Le cancer du col met plusieurs années à apparaître, et surtout, il est précédé par des anomalies du col qu'on appelle des dysplasies. Les dysplasies sont faciles à dépister par le frottis vaginal. Celui-ci consiste à recueillir sur le col, au moyen d'un Coton-Tige, quelques cellules qui seront ensuite examinées au microscope. Lorsqu'une dysplasie est découverte, on peut la traiter de manière simple (par traitement anti-infectieux ou éventuellement au laser) et éviter l'apparition d'un cancer. En temps normal, un frottis doit être pratiqué deux fois à six mois d'intervalle à partir de vingt-cinq ans, puis une fois tous les trois ans. Du fait que les dysplasies sont lentes à apparaître, il n'est généralement pas nécessaire de le faire plus souvent. On sait aujourd'hui que les dysplasies (et par conséquent les cancers du col) sont favorisées par des virus du type Papilloma, transmis par voie sexuelle. On observe aussi que les dysplasies apparaissent plus facilement chez les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels... ou qui changent de partenaire après plusieurs années de vie commune. D'un point de vue général, il est donc recommandé de faire un frottis quelques mois après toute modification de l'activité sexuelle. Mais les notions évoluent...

L'utilisation des préservatifs masculins et féminins et des autres méthodes « barrière » (diaphragme, cape cervicale, éponge sper-

micide – voir p. 113) protège contre les dysplasies du col. Après traitement d'une dysplasie, il est parfois recommandé aux femmes d'utiliser des préservatifs pendant quelques mois.

À retenir :

Le frottis vaginal de dépistage doit être pratiqué régulièrement à partir de vingt-cinq ans et jusqu'à soixante-cinq ans. Si vous avez un seul partenaire régulier, un frottis tous les trois ans suffit. Si vous avez plusieurs partenaires sexuels, il faut le faire plus souvent (1 fois par an). Si vous venez de changer de partenaire sexuel, il est conseillé de faire pratiquer un frottis dans les mois qui suivent le début de votre relation. (Voir également p. 456.)

Les fibromes de l'utérus

Ce sont des excroissances de muscle qui se produisent à l'intérieur de la paroi de l'utérus et peuvent, à la longue, le déformer. Les fibromes sont bénins (ce ne sont pas des cancers) et fréquents après quarante ans. Les estrogènes ont tendance à les faire grossir. La contraception hormonale progestative, en revanche (voir p. 226), les empêche de se développer.

La ménopause

Elle mérite à elle seule un livre entier. À l'approche de la ménopause, les cycles deviennent irréguliers et les ovulations se font plus rares. La contraception hormonale par pilule combinée (voir p. 152) est possible jusqu'à cinquante ans si la femme n'a pas de contre-indication. Elle permet aussi de faire disparaître certains des symptômes les plus gênants de la ménopause (sécheresse vaginale, bouffées de chaleur). Elle permet aussi d'éviter une grossesse tardive. Il est en effet souvent difficile d'affirmer que la ménopause (c'est-à-dire l'arrêt complet des ovulations) est installée de manière définitive. Autour de quarante-huit – cinquante ans, la contraception ne doit donc jamais être abandonnée à la légère. (Voir aussi p. 391.)

Sur quels organes la contraception agit-elle ?

Le tableau ci-dessous énumère, dans la colonne de gauche les organes sexuels (de la femme à l'homme et de haut en bas) et, dans la colonne de droite, les moyens contraceptifs correspondant à ces différents organes.

Tableau 1 : Les méthodes contraceptives et les organes qu'elles concernent

Organe	Méthode contraceptive
Ovaires :	Pilule combinée (p. 152) Méthodes naturelles (p. 100) Implant progestatif (p. 240) Injections de progestatifs (p. 252) Allaitement (p. 110) Contraception d'urgence (p. 77)
Trompes	Ligature des trompes (p. 418) Méthode « Essure » (p. 419)
Utérus	DIU hormonal (p. 305) Pilule progestative (p. 226) Implant progestatif (p. 240) Injections de progestatifs (p. 252)
Col	– Par effet « barrière » : diaphragme, cape cervicale, éponge, spermicides (p. 113) – Par effet sur la glaire cervicale : pilule progestative (p. 226), implant progestatif (p. 240) Injections de progestatifs (p. 252)
Vagin	Préservatif féminin (p. 124)
Pénis	Préservatif masculin (p. 114) Coït interrompu – « retrait » (p. 102)
Spermatozoïdes	Spermicides (p. 131) DIU au cuivre (p. 269)
Déférents	Vasectomie (p. 420)
Testicules	Méthodes expérimentales : vaccins, hormones

Troisième partie

Toutes les méthodes de contraception

3-1 LA CONTRACEPTION « IDÉALE »	73
3-2 LA CONTRACEPTION D'URGENCE	77
Pourquoi et comment ?	77
Deux pratiques à éviter	79
Les méthodes efficaces	94
Ce qu'il faut retenir	95
Des méthodes mal utilisées	96
3-3 LES MÉTHODES « NATURELLES »	100
Les méthodes qui interfèrent avec le coït	102
Les méthodes basées sur le cycle féminin	106
Une méthode mésestimée: l'allaitement	110
3-4 LES MÉTHODES « BARRIÈRE »	113
Les préservatifs masculins	114
Les préservatifs féminins	124
Les spermicides	131
Diaphragme et cape cervicale	136
3-5 LA CONTRACEPTION HORMONALE	145
Les pilules combinées	152
Les pilules progestatives	226
L'implant progestatif	240
Les progestatifs injectables	252
Autres progestatifs	257
Le « patch », timbre contraceptif	259

Anneaux vaginaux	264
3-6 LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (« DIU ou STÉRILETS »)	269
Effets contraceptifs des DIU	273
Les 7 atouts des DIU	278
Risques imaginaires	282
Effets indésirables	291
Quel DIU choisir ?	302
Mode d'emploi	310
Durée de vie des DIU	322
3-7 LA CONTRACEPTION DU FUTUR	334
À quand une contraception masculine?	334
Contraception orale féminine	335
La miféprestone	336
DIU expérimentaux	337
Spermicides et microbicides	337
3-8 LE COÛT DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE	338

3-1 LA CONTRACEPTION « IDÉALE »

Dans son livre *The Pill* (Oxford University Press, 1997), qui fait référence au Royaume-Uni, John Guillebaud, spécialiste mondialement reconnu de la contraception, énumère les critères de la méthode contraceptive « idéale ».

1. *Elle devrait être bon marché, facile d'accès, utilisable par le plus grand nombre, sans nécessité de recourir à un médecin.* C'est le cas par exemple des préservatifs, du coït interrompu, des méthodes d'abstinence basées sur le cycle féminin. Ce n'est pas le cas des pilules, des DIU ou de l'implant, et c'est dommage.

2. *Ce devrait être une méthode féminine,* car les femmes sont les premières concernées. La mise au point d'une méthode masculine réversible est bien entendu souhaitable, mais les femmes doivent pouvoir contrôler leur fécondité sans dépendre du bon vouloir des hommes comme c'est encore trop souvent le cas dans de nombreux pays de la planète,

3. *Elle devrait être à 100 % efficace sans que l'utilisateur/trice ait besoin d'intervenir* (ce qui n'est pas le cas de la pilule, par exemple). L'idéal serait un procédé qui « suspend » la fertilité jusqu'à ce qu'on cesse de l'utiliser. À l'heure actuelle, deux méthodes répondent à cette définition : les DIU (surtout le DIU hormonal) et l'implant. Une fois en place, leur efficacité contraceptive est constante, jusqu'à ce qu'on les retire ou que l'hormone (un progestatif) qu'ils contiennent ait été entièrement utilisée – ce qui prend plusieurs années.

4. *Son utilisation devrait être simple, confortable et indépendante des rapports sexuels.* En effet, plus une contraception nécessite des manipulations, plus les risques d'échec sont grands. Les pilules, les préservatifs, les spermicides nécessitent une utilisa-

tion sans faille. En revanche, DIU et implant agissent sans intervention de leur utilisatrice.

5. *Elle devrait être entièrement réversible.* Autrement dit, le retour à la fécondité doit être total et immédiat dès l'arrêt de la contraception. C'est le cas du DIU et des autres méthodes non hormonales (préservatif, retrait, etc.). Après arrêt d'une méthode hormonale, en revanche, il arrive que le cycle menstruel mette quelques semaines à « repartir ». Les procédures chirurgicales (ligature des trompes, méthode « Essure » et vasectomie) sont en revanche irréversibles.

6. *Elle devrait être dénuée de tout effet indésirable, dangereux ou bénin.* C'est loin d'être le cas : il arrive même que des hommes ou des femmes fassent une allergie au latex des préservatifs...

7. *Elle devrait avoir des avantages bénéfiques en dehors de la contraception même.* Par exemple, prévenir la transmission des MST (c'est le cas des préservatifs) ou l'apparition de certaines maladies (dont protègent, par exemple, les contraceptions hormonales).

8. *Elle devrait être acceptée par toutes les religions et toutes les cultures.* Ce dernier objectif pourrait bien être impossible à atteindre : nombreuses sont les religions (à commencer par le catholicisme) qui s'opposent à la seule idée de contraception.

Vous le constaterez au fil de ces pages, toutes les méthodes contraceptives remplissent un ou plusieurs de ces critères. Aucune, actuellement, ne les remplit tous. Recourir à une contraception oblige donc à choisir parmi les méthodes existantes en tenant compte de facteurs multiples, mais parfaitement identifiables : la nature et l'efficacité de la méthode, le désir

Tableau 2 : Efficacité respective des méthodes de contraception

Méthode contraceptive	% de grossesses observé
Rapports sexuels sans contraception	
Femmes jeunes (avant 30 ans)	80-90 %
Femmes de 40 ans	40-50 %
Femmes de 45 ans	10-20 %
Femmes de 50 ans	0-5 %
Méthodes « naturelles » – (p. 100)	
Abstinence	9 à 20 %
Coït interrompu	jusqu'à 19 %
Méthode des températures	jusqu'à 25 %
Allaitement au sein exclusif	< 2 %
Allaitement + pilule progestative	< 1 %
Méthodes « barrière » – (p. 113)	
Préservatifs masculins	jusqu'à 15 %
Préservatifs féminins	jusqu'à 20 %
Spermicides utilisés seuls	5-25 %
Diaphragme + spermicide	4-20 %
Contraception hormonale – (p. 152)	
Pilules combinées (avec estrogène)	0,1-8 %
Pilules progestatives (sans estrogène)	0,3-1 %
Progestatifs injectables	0-3 %
Implant sous-cutané (Implanon®)	0-0,1 %
Dispositifs intra-utérins (stérilets) – (p. 269)	
DIU au cuivre 380mm ² (Gyne-T ou TT)	0,6 %
DIU au cuivre MLCu 375	0,2-1 %
DIU au lévonorgestrel Mirena	0,1-0,2 %
Contraception chirurgicale – (p. 418)	
Ligature des trompes	0-0,5 %
Vasectomie	0-0,15 %

(Adapté d'après John Guillebaud, *Contraception : Your Questions Answered*, op. cit., 4th ed., 2000 ; et d'après des statistiques de l'OMS, 2000, rapportées par Serfaty dans *Contraception*, Abrégé Masson, 2002.)

d'avoir des enfants (un jour ou jamais), le fait de vivre en couple monogame (ce qui élimine le problème des MST) ou d'avoir

plusieurs partenaires sexuels (ou un(e) partenaire sexuel(le) qui en a plusieurs...), l'âge, les préférences de la femme (ne pas prendre d'hormone ou ne pas avoir de règles, par exemple), etc.

J'aborderai plus loin (à partir de la p. 373) les critères de choix d'une méthode en fonction de la situation de chacune et chacun. Mais d'abord, je vais vous décrire précisément toutes les méthodes actuellement disponibles en France (et certaines qui ne le sont pas encore).

À retenir :

Double protection

Seuls les préservatifs (masculins ou féminins) protègent des maladies sexuellement transmissibles. Si vous avez un comportement à risques – autrement dit : si vous avez plusieurs partenaires sexuels, ou si votre unique partenaire sexuel n'a pas que vous dans sa vie.

En dehors d'une utilisation systématique et très rigoureuse, par un couple qui s'entend très bien, le préservatif (masculin ou féminin) n'est pas, à lui seul, une méthode contraceptive suffisante.

Conclusion : si vous désirez éviter une grossesse ET les maladies sexuellement transmissibles, utilisez une contraception efficace ET des préservatifs.

Les trois lois de la contraception

- 1^{re} LOI : il y a des méthodes de contraception plus efficaces que d'autres, mais, chaque fois qu'une grossesse n'est pas désirée, toutes les méthodes valent mieux que rien du tout !
- 2^e LOI : la meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère, mais celle que la femme (ou le couple) choisit librement, en connaissance de cause.
- 3^e LOI : la sexualité change avec le mode de vie. La contraception aussi !

3-2 LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

Il peut paraître étrange de voir ce livre aborder d'abord la contraception d'urgence (que les médecins nomment aussi « contraception post-coïtale »). Mais un rapport sexuel non protégé peut survenir à tout moment dans la vie d'un être humain. Il est d'ailleurs probable, malheureusement, que pour l'immense majorité des individus, le premier rapport sexuel a lieu sans protection...

Contraception d'urgence : pourquoi et comment ?

Les médecins reçoivent chaque jour des femmes ou des couples qui demandent de l'aide dans diverses circonstances :

- *l'absence de contraception en début de vie sexuelle* : pour beaucoup de jeunes gens, les premiers rapports sexuels sont des rapports non protégés. En particulier, parce que les filles ont leurs premiers rapports avec des garçons à peine plus âgés et guère plus expérimentés qu'elles : ils n'utilisent pas bien les préservatifs, ou disent qu'ils se retireront avant d'éjaculer... et ne le font pas ;

- *les incidents de la contraception* : le préservatif, qui craque ou glisse (ou qu'on a oublié de mettre) ; le diaphragme qui se déplace ; l'oubli d'un comprimé de pilule ou la non-reprise d'une plaquette le jour prévu ; la gastro-entérite qui fait vomir sa pilule quelques heures après qu'elle a été prise – cette éventualité est une grande pourvoyeuse de grossesses non désirées, d'autant plus que beaucoup de médecins n'en avertissent pas les utilisatrices ;

- *les pauses (volontaires ou non) dans la contraception* : beaucoup de femmes venant d'accoucher se laissent déborder par leur

Tableau 3 : Les méthodes de contraception d'urgence

Nom	Délai d'utilisation	Efficacité	Remarques
Norlevo (progestatif)	Dans les 72 heures à 120 heures (5 jours) qui suivent un rapport non protégé unique.	99 %.	En vente libre en pharmacie. Remboursée par la Sécu lorsqu'elle est délivrée sur ordonnance. Délivrée gratuitement aux mineures en pharmacie, dans les centres de planification et dans les infirmeries scolaires.
DIU (stérilet) au cuivre (TT380, UT380, NT 380).	Jusqu'au 19 ^e jour du cycle (ou jusqu'au 5 ^e jour après l'ovulation calculée), quel que soit le nombre antérieur de rapports sexuels, protégés ou non.	Près de 100 %.	Doit être prescrit et posé par un médecin. Peut servir ensuite de contraception permanente. Peut être utilisé chez une femme n'ayant pas encore eu d'enfants. Remboursé par la Sécu.
Tétragynon (estrogène + progestatif)	Dans les 72 à 120 heures qui suivent un rapport non protégé unique.	97 %.	Délivrée uniquement sur ordonnance. Remboursée par la Sécu. Effets secondaires graves possibles. Ne devrait plus être utilisée.
Mifépristone (RU 486)	Jusqu'à cinq jours après le rapport non protégé.	Près de 100 %.	Actuellement non disponible en France dans cette indication.

nouveau-né et ne reprennent pas de contraception à temps ; les femmes qui vivent seules après avoir perdu un compagnon ou s'en être séparées traversent souvent une phase de refus des rapports sexuels et abandonnent toute contraception. Le jour où elles ont de nouveau un rapport sexuel, elles ne l'ont pas nécessairement prévu...

- chez une femme sans contraception, la prise accidentelle d'un médicament pouvant provoquer des malformations justifie le recours à une CU ;

- enfin, une CU peut être nécessaire dans des situations traumatisantes, tels un viol ou une relation sexuelle incestueuse.

Le tableau ci-contre énumère les méthodes qui permettent de prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé.

Pour commencer : deux pratiques auxquelles il ne faut jamais recourir !

L'injection (ou « douche ») vaginale

C'était le prototype de la solution désespérée souvent employée avant l'ère de la pilule. Elle consiste à injecter, juste après le rapport sexuel, de l'eau savonneuse (ou n'importe quel liquide, d'ailleurs) dans le vagin pour « diluer » le sperme. Cette méthode est inévitablement vouée à l'échec car les spermatozoïdes déposés sur le col n'ont besoin que de 90 secondes pour pénétrer l'utérus : la glaire cervicale (sécrétions produites par le col de l'utérus) contient en effet des substances qui activent les spermatozoïdes et accélèrent leur déplacement. L'autre inconvénient non négligeable de cette méthode est qu'elle perturbe la flore bactérienne naturelle du vagin et peut favoriser une infection de l'utérus et des trompes.

Le « traitement-qui-fait-revenir-les-règles »

Je pratique la médecine depuis près de vingt-cinq ans, et j'ai trop souvent entendu l'histoire suivante, de la bouche de patientes de tous âges et de tous milieux : une femme ayant un retard de règles et ne désirant pas d'enfant consulte son médecin pour lui demander d'« arranger ça ». Le médecin prescrit

un médicament (parfois des hormones, parfois des substances beaucoup plus agressives, comme de la colchicine ou des diurétiques!!!) et renvoie la femme chez elle. Dans les semaines qui suivent, parfois, la femme saigne ou fait une fausse couche. Mais, le plus souvent, la grossesse se poursuit. L'« efficacité » aléatoire de cette méthode crapuleuse repose sur le mensonge du médecin et l'ignorance des femmes. Pour tout médecin, « un retard de règles est une grossesse, jusqu'à preuve du contraire ». Mais les praticiens expérimentés savent aussi qu'une forte proportion des grossesses débutantes s'interrompt spontanément avant le 3^e mois : ces fausses couches spontanées éliminent de manière naturelle des embryons mal formés. De plus, au fil de ses trente-cinq années de fécondité, toute femme peut avoir, de temps en temps, un retard de règles sans être enceinte, tout simplement parce que, ce mois-là, elle n'a pas ovulé. Les « médicaments pour faire revenir les règles » ne sont « efficaces » que sur les grossesses qui n'existent pas... ou qui se seraient interrompues spontanément. Si les règles « reviennent », le médecin en tire les bénéfices. Si la grossesse continue, il dira sans doute à sa patiente qu'elle est venue le voir trop tard...

Ces deux pratiques doivent disparaître. Si vous consultez un médecin pour demander une CU, il *doit* (c'est une obligation dictée par le Code de la santé publique) vous proposer l'une des méthodes les plus efficaces, décrites dans ce chapitre.

Première méthode efficace : la CU hormonale (ou « pilule du lendemain »)

Dès les années 1960, des chercheurs ont testé de fortes doses d'estrogènes pour prévenir la grossesse pendant la deuxième partie du cycle, c'est-à-dire avant qu'un ovule fécondé ne puisse s'implanter dans l'utérus. Les estrogènes à

forte dose provoquaient des troubles digestifs (vomissements, maux d'estomac) importants. En 1982, Yuzpe, un gynécologue canadien, décrit un protocole de contraception d'urgence utilisant les comprimés d'une pilule commerciale. Il consistait à prendre, par exemple, deux comprimés de Stédiri¹ dans les trois jours (soixante-douze heures) suivant le rapport sexuel, et deux autres comprimés douze heures plus tard. Cette méthode de CU, très efficace, porte le nom de « méthode de Yuzpe ». On la nomme aussi « pilule du lendemain », mais ce terme n'est pas très heureux, car il peut donner aux femmes le sentiment qu'il faut absolument l'utiliser le lendemain du rapport sexuel, alors qu'elles disposent en réalité de trois à cinq jours pour le faire.

Quelles sont les méthodes disponibles? Comment agissent-elles?

Le lévonorgestrel en prise unique (Norlevo) est la méthode de référence, celle qui peut *toujours* être utilisée. Une étude (*Obstet. Gynaecol.*, 2002, 100 : 65-71) montre que l'utilisation de ce progestatif en contraception d'urgence a pour principal effet de retarder l'ovulation (ce qui empêche la fécondation) et de diminuer la mobilité des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. Mais elle impose d'utiliser ensuite des préservatifs jusqu'aux prochaines règles. C'est la meilleure méthode car elle ne fait pas courir aux utilisatrices les risques cardio-vasculaires des méthodes contenant des estrogènes (voir plus loin) et elle a aussi moins d'effets indésirables!

Mode d'emploi: le lévonorgestrel était pris en deux fois mais une étude de l'OMS (*Lancet*, 2002, 360 : 1803-10, *British*

1. Voir le tableau des pilules commercialisées en France p. 180.

Medical Journal, 12 avril 2003) a montré que son usage pouvait être simplifié. Il consiste aujourd'hui à prendre un unique comprimé, le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé.

IMPORTANT. L'efficacité contraceptive du lévonorgestrel diminue à mesure que le délai depuis le rapport sexuel non protégé augmente. La proportion de grossesses après une prise dans les douze heures est de 1 %. Lorsque la prise a lieu entre soixante et soixante-douze heures après, elle atteint 4,5 %. Au-delà de soixante-douze heures, l'efficacité continue à décroître mais elle n'est pas du tout négligeable. Une autre étude (*Obstet. Gynaecol.*, 2003, 101: 1168-71) a montré que l'efficacité de la méthode est encore très grande lorsque le produit est utilisé cent vingt heures (cinq jours) après le rapport sexuel non protégé. **En cas de besoin, la prise de lévonorgestrel est donc possible jusqu'à cinq jours après le rapport à risque.** Étant donné l'absence de danger du lévonorgestrel, cette extension du délai d'utilisation est parfaitement légitime.

Effets indésirables: nausées (20 % des utilisatrices) et vomissements (5 %) sont moins fréquents qu'avec les méthodes contenant des estrogènes (voir plus loin); vertiges, maux de tête, maux de ventre, saignements ou retard de règles de quelques jours et tension des seins sont également possibles, mais peu fréquents.

Les *contre-indications* du lévonorgestrel sont peu nombreuses: il ne doit en principe pas être utilisé par les femmes atteintes d'une porphyrie aiguë ou d'une insuffisance hépatique grave (maladies toutes deux rares). Mais étant donné l'absence de danger de cette substance, l'OMS considère actuellement que la seule contre-indication à l'utilisation du lévonorgestrel, c'est... la grossesse déjà en cours!

Où peut-on se le procurer? En pharmacie, sans ordonnance. Dans les centres de planification publics (hôpitaux) et dans les centres du Planning familial. Et aussi dans les lycées (voir encadré ci-dessous).

Conseils aux femmes utilisant une CU hormonale

- Si vous devez utiliser une contraception d'urgence, utilisez de préférence le lévonorgestrel (Norlevo). Il est plus efficace que l'association progestatif + estrogène (voir plus bas); il provoque moins souvent des effets indésirables et ses contre-indications sont moins nombreuses. De plus, comme décrit plus haut, son utilisation est simple. De par sa composition, il s'agit d'un des médicaments les moins dangereux qui soient. C'est pour ces mêmes raisons qu'il peut être acheté en pharmacie sans prescription médicale et délivré par les infirmières scolaires aux mineures qui en font la demande.

Les autres méthodes de contraception hormonale d'urgence ne doivent être utilisées que si le lévonorgestrel (Norlevo) n'est pas disponible.

La délivrance de la contraception d'urgence aux mineures

L'information devrait être claire pour tout le monde: la loi du 13 décembre 2000 permet la délivrance d'une contraception d'urgence (sous forme de lévonorgestrel – Norlevo) aux mineures, gratuitement et sans condition, par les infirmières scolaires, les centres de planification publics (centres hospitaliers) et privés (Planning familial) et les pharmacies! Chaque année, en France, 10 000 mineures sont enceintes et, pour près de 7 000 d'entre elles, la grossesse se solde par une IVG. Il n'est pas réaliste, pour diminuer ce nombre, d'interdire aux adolescentes d'avoir des relations sexuelles... ou d'imaginer qu'elles s'en abstiendraient. Par conséquent, la mise à disposition de la CU dans les lycées est une mesure de santé

publique aussi importante que la mise à disposition des préservatifs ! En effet, toute grossesse chez une mineure est une grossesse à risque. En revanche, la prise de lévonorgestrel ne présente aucun danger ! Il semble que certaines pharmacies refusent de délivrer du Norlevo aux mineures, ce qui n'est évidemment pas sans poser problème. Elles sont cependant dans l'illégalité. Un refus de délivrance doit être immédiatement signalé à la DDASS.

Toutes les adolescentes ne peuvent pas s'adresser à un centre de planification ou même se rendre discrètement dans une pharmacie dans les délais requis (soixante-douze heures). Collèges et lycées sont par conséquent les lieux les plus logiques pour pallier ces difficultés. En l'absence d'autre professionnel de santé, les infirmières scolaires peuvent remettre la CU à l'adolescente. Par ailleurs, médecins, pharmaciens et infirmières scolaires sont liés par le secret professionnel, même envers des mineur(e)s. Le secret est encore plus crucial lorsqu'il s'agit de la sexualité (même problématique) des mineur(e)s en question. Si un professionnel viole ce secret (parce qu'il connaît personnellement les parents, par exemple), il commet une faute grave, qui peut faire l'objet d'une plainte et peut être sanctionnée. Il n'est pas inutile de le rappeler...

- *Prenez la CU au plus tôt, et si possible dans les soixante-douze heures qui suivent le rapport sexuel non protégé.* Le lévonorgestrel (Norlevo) est efficace jusqu'à cent vingt heures (cinq jours) après le rapport sexuel non protégé. Mais, plus vous le prenez tôt, mieux vous serez protégée.

- *Le lévonorgestrel provoque parfois des nausées, moins souvent des vomissements.* Si vous vomissez moins de trois heures après avoir pris le comprimé de Norlevo, sucez de la glace pilée puis, une fois les vomissements calmés, reprenez du Norlevo quelques heures plus tard.

- *Après utilisation d'une CU hormonale, il est impératif:* — de ne plus avoir de rapport non protégé jusqu'aux prochaines règles (utilisez des préservatifs, ou abstenez-vous!);

— de consulter un médecin avant le retour des règles, afin qu'il vous prescrive une contraception permanente (pour le choix d'une contraception, voir p. 373).

- *Après utilisation d'une CU hormonale, les règles peuvent être avancées ou au contraire retardées.* Des saignements peu importants peuvent survenir un ou deux jours après la prise de la CU. Il ne s'agit pas de vraies règles, et les précautions contraceptives doivent être poursuivies jusqu'à l'apparition de règles franches.

- *Après utilisation d'une CU hormonale, tout retard de règles de plus de dix jours justifie un test de grossesse:* la méthode est très sûre, mais les échecs sont possibles.

Questions/réponses sur la CU hormonale

En dehors des nausées et des vomissements, quels phénomènes peut-on observer après la prise d'une CU ?

De la fatigue, des étourdissements, une tension des seins, des maux de tête, tous passagers et sans gravité.

Si je suis tout de même enceinte, et si je décide de garder ma grossesse, la CU peut-elle avoir eu des effets nocifs sur l'embryon ?

Toutes les connaissances acquises démontrent que non. On sait depuis longtemps que les malformations ne sont pas plus fréquentes lors des grossesses survenues sous pilule, situation dans laquelle la dose d'hormones absorbée est bien supérieure à celle des CU. En cas de grossesse après utilisation d'une CU, il serait inacceptable de pousser à l'IVG une femme qui aurait décidé de la garder.

Puis-je utiliser une CU à plusieurs reprises au cours du même cycle ?
Médicalement, rien ne s'y oppose, en particulier s'il s'agit du Norlevo, dont les effets secondaires et les risques sont très

faibles. Cependant, la CU hormonale ne peut pas servir de contraception « au coup par coup ». Elle n'est pleinement efficace qu'après un unique rapport sexuel non protégé, donc accidentel. Si vous avez des rapports sexuels réguliers et fréquents (plus d'une fois par mois!), une méthode de contraception permanente sera beaucoup plus sûre, plus confortable (pas d'effets secondaires et pas d'angoisses) et moins coûteuse (plusieurs pilules contraceptives, les DIU et l'implant sont remboursés).

Est-ce que le fait de disposer de la CU dissuade les femmes de recourir à une contraception permanente?

Non. Une étude écossaise menée en 1998 a montré que les femmes à qui l'on prescrivait une CU adoptaient une contraception permanente dans les mêmes proportions et les mêmes délais que celles à qui on n'avait pas prescrit de CU.

Est-ce que je peux acheter du Norlevo « au cas où »?

Oui, absolument!!! Les rapports sexuels non protégés peuvent avoir lieu pendant un long week-end, loin d'une pharmacie, ce qui peut reculer d'autant le recours à la CU. Une étude britannique (*Contraception*, 67, 2003, 343-348) indique que la possibilité de disposer de lévonorgestrel à l'avance, en prévision d'une utilisation possible, ne modifie pas la méthode contraceptive habituelle. Autrement dit: les femmes qui prennent la pilule et veulent avoir une CU sous la main en cas d'oubli ne choisissent pas d'abandonner la prise quotidienne de la pilule sous prétexte qu'elles disposent d'une contraception d'urgence à la maison. Cette dernière reste une solution de secours et ne se transforme pas en méthode contraceptive habituelle. Avoir du Norlevo chez soi me semble donc une démarche préventive aussi légitime que celle d'avoir des préservatifs.

Je recommande donc d'en acheter (ou de s'en faire prescrire) *préventivement* :

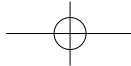
- aux couples utilisant une méthode contraceptive exposant à des échecs ou à des erreurs (retrait, abstinence périodique, préservatifs, diaphragme, spermicides) ;
- aux femmes vivant seules et n'ayant pas de contraception permanente, mais susceptibles d'avoir des relations sexuelles occasionnelles ;
- aux femmes qui partent en voyage à l'étranger, dans certaines circonstances (p. 391) ;
- aux familles dans lesquelles vivent des adolescent(e)s. Ceux-ci sont susceptibles d'avoir des rapports sexuels n'importe quand ; que vous ayez des filles ou des fils, il n'est pas mauvais qu'ils sachent qu'une CU existe... et que vous en avez à la maison dans le même placard que les préservatifs. (Voir aussi « Contraception à l'adolescence », p. 377.)

Peut-on utiliser une CU hormonale en cas d'oubli de pilule?

Oui, bien sûr. Les instructions des p. 222 et 237 : « Que faire en cas d'oubli de pilule? » vous indiquent la conduite à tenir.

Dans quelles circonstances la CU hormonale est-elle déconseillée?

Le Norlevo peut être pris par quasiment toutes les femmes à l'exception de celles qui souffrent de maladies très graves (et rares) du foie. Le Tétragynon (voir p. 89) ne doit JAMAIS être pris par (ni être prescrit à) une femme souffrant d'une maladie cardio-vasculaire, ayant fait par le passé une phlébite et/ou une embolie, ou dont l'un des parents proches (père, mère, frère ou sœur) a souffert d'une maladie similaire. Il est également déconseillé aux femmes ayant déjà eu une grossesse extra-utérine.



Est-ce que je dois absolument me faire examiner par un médecin pour utiliser une CU ?

Non. Et après l'avoir pris, rien ne vous y oblige non plus. Mais une consultation vous permettra de vous rassurer et de choisir une contraception permanente (qui ne nécessite pas non plus de vous faire examiner, voir p. 357).

Est-ce que la prise d'une CU hormonale me protège d'une grossesse jusqu'à mes prochaines règles ?

Non. Vous devez, immédiatement après l'utilisation d'une CU hormonale, utiliser une autre méthode : préservatifs ou pilule contraceptive ou autre.

Dans quelles autres circonstances puis-je prendre une contraception d'urgence ?

- **Après un accouchement**, si vous avez eu un rapport sexuel non protégé après le 21^e jour (une ovulation est possible à partir du 25^e jour et les spermatozoïdes vivent jusqu'à sept jours...); la prise de lévonorgestrel est par ailleurs parfaitement compatible avec l'allaitement;

- **après recours au « coït interrompu » (retrait)** car un homme ne peut jamais être certain de s'être retiré avant d'avoir éjaculé (voir p. 102);

- **si vous avez vomi** (au cours d'une gastro-entérite, par exemple) dans les trois heures qui ont suivi la prise de votre pilule habituelle et si vous n'avez pas pu la reprendre au cours des vingt-quatre heures suivantes;

- **après un viol** ou si vous pensez avoir subi un rapport sexuel sous l'emprise d'une drogue, de médicaments sédatifs ou d'alcool.

J'ai utilisé du Norlevo ce mois-ci et je n'ai toujours pas mes règles, que dois-je faire ?

La plupart des femmes qui utilisent du lévonorgestrel ont leurs règles à peu près à la date prévue, à quelques jours près. Si

vous avez un retard de règles de plus de dix jours, faites un test de grossesse.

Les autres méthodes de contraception hormonale

- Il existe un médicament contenant un progestatif (lévonorgestrel) et un estrogène (éthynil-estradiol), commercialisé comme contraception d'urgence sous le nom de Tétragnon. *Ce médicament ne devrait plus être utilisé*, sauf éventuellement lorsque Norlevo n'est pas disponible, l'estrogène qu'il contient expose à des accidents vasculaires graves et imprévisibles.

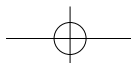
Mode d'emploi: prendre les deux premiers comprimés dans les soixante-douze heures qui suivent le rapport non protégé et les deux autres douze heures plus tard. Si la femme prend un médicament susceptible de réduire l'efficacité de la contraception d'urgence (voir le tableau p. 224), la dose doit être augmentée de moitié: trois comprimés de Tétragnon à chaque prise.

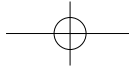
- D'autres protocoles de contraception d'urgence ont été proposés avec des pilules combinées existantes (D. Serfaty, *Contraception*, Masson, 2002, p. 238-239):

- Stédiril, deux comprimés dans les soixante-douze heures qui suivent le rapport sexuel non protégé, deux autres comprimés douze heures plus tard (c'est exactement le protocole et les doses reprises dans Tétragnon);

- Minidril, quatre comprimés dans les soixante-douze heures qui suivent le rapport sexuel non protégé, quatre autres comprimés douze heures plus tard (International Planned Parenthood Federation, 1994);

- Trinordiol, quatre comprimés jaunes dans les soixante-douze heures qui suivent le rapport sexuel non protégé, quatre





autres comprimés jaunes douze heures plus tard (American College of Obstetricians and Gynaecologists, 1997).

Tous ces protocoles apportent des doses équivalentes à celles de Tétragynon. Leur efficacité est donc similaire.

Les effets indésirables de ces méthodes sont plus fréquents qu'avec le lévonorgestrel seul : 50 % des femmes ont des nausées et environ 20 % vomissent ; si les vomissements ont lieu moins de deux heures après la prise, il faut recommencer la prise. L'efficacité du Tétragynon est de 97 %, ce qui est un peu inférieur à Norlevo. Mais surtout, les contre-indications d'emploi de toutes les méthodes contenant un estrogène sont strictes et doivent absolument être respectées. La présence d'estrogène est en effet dangereuse chez :

— les femmes ayant déjà souffert d'une phlébite (caillot dans une veine) ou d'une embolie (caillot dans une artère) ou dont les parents ou frères et sœurs ont souffert de phlébite ou d'embolie avant l'âge de cinquante ans ;

— les femmes ayant déjà eu une grossesse extra-utérine ;

— les femmes souffrant de migraines accompagnées de troubles neurologiques transitoires (voir p. 169).

C'est pour toutes ces raisons que les méthodes contenant un estrogène ne sont pas délivrées sans ordonnance et qu'il faut leur préférer le lévonorgestrel qui est, sans danger.

Deuxième méthode de contraception d'urgence : l'insertion d'un DIU (stérilet) en cuivre

(Pour tout savoir sur les DIU, voir p. 269.)

Le cuivre des DIU inactive les spermatozoïdes et les ovules. Entre le moment du rapport sexuel et l'implantation d'un ovule,

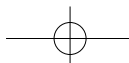
il se passe au moins cinq jours. En cas de rapport non protégé, une femme peut donc se faire poser un DIU au cuivre avant la date théorique de l'implantation. Comparée à la CU hormonale, la CU par insertion d'un DIU a trois avantages importants :

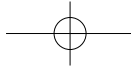
- son efficacité est proche de 100 %, supérieure à celle de la contraception hormonale (moins de 1 % de grossesses) ;
- une fois posé, le DIU au cuivre sert évidemment de contraception permanente. Aux États-Unis, le Gyne-T380, DIU au cuivre de référence, a obtenu l'autorisation d'être laissé en place treize ans ! En France, le TT380, qui lui est strictement identique, peut être laissé en place pendant dix ans. Il peut parfaitement être utilisé en guise de contraception d'urgence, comme presque tous les autres DIU au cuivre. (Sauf le Nova T, voir p. 307!) ;
- le délai d'insertion d'un DIU en guise de contraception d'urgence est important : on dispose de cinq à dix jours après un rapport sexuel non protégé unique !

Dans le cas où l'utilisatrice a eu plusieurs rapports sexuels non protégés depuis ses dernières règles, l'insertion du DIU peut être pratiquée jusqu'au 19^e jour du cycle, soit le 5^e jour suivant la date théorique de l'ovulation (voir encadré ci-dessous).

Date théorique d'ovulation et date d'insertion d'un DIU

- Pour une femme dont le cycle est habituellement de 28 jours : date théorique de l'ovulation : 28 - 14 = 14^e jour ; date limite d'insertion du DIU : 19^e jour.
- Pour une femme dont le cycle est habituellement de 25 jours, date théorique de l'ovulation : 25 - 14 = 11^e jour ; date limite d'insertion du DIU : 16^e jour.
- Pour une femme dont le cycle est habituellement de 32 jours, date théorique de l'ovulation : 32 - 14 = 18^e jour ; date limite d'insertion du DIU : 23^e jour.





Les DIU sont sous-employés en France. Un grand nombre de préjugés ont cours à leur sujet, y compris parmi les gynécologues.

On les accuse en effet:

- de favoriser les infections gynécologiques graves et de « rendre stérile » (le terme très malheureux de « stérilet » contribue évidemment à perpétuer cette crainte);
- d'être à l'origine de grossesses extra-utérines;
- de provoquer des effets secondaires fréquents (douleurs, hémorragies);
- d'être rendus inefficaces par la prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires, etc.

Or, toutes ces idées reçues sont fausses, comme je l'explique p. 271.

Autre préjugé courant parmi les médecins français: les femmes n'ayant pas encore eu d'enfants ne pourraient pas utiliser un DIU. C'est également faux (voir p. 286). Si la femme demandant une CU n'a pas d'enfants, il est même possible d'utiliser un DIU de petite taille, spécialement conçu pour cela.

Les DIU souffrent d'un autre handicap: la majorité des médecins généralistes ne savent pas les poser et ne veulent pas ou n'osent pas apprendre à le faire. Or, 40 % des Françaises ne consultent jamais de gynécologue. De ce fait, une grande partie des femmes qui pourraient utiliser un DIU et en apprécieraient l'efficacité et le confort ne reçoivent jamais la moindre information à ce sujet. C'est d'autant plus regrettable qu'il existe en fait très peu de contre-indications à l'insertion d'un DIU (p. 295).

Lorsqu'une contraception d'urgence est indispensable, et si les délais de prise d'une CU hormonale sont dépassés, l'in-

sertion d'un DIU est une méthode qui peut être proposée à la plupart des femmes, même si elles n'ont jamais eu d'enfants!

Si la femme ne désire pas conserver le DIU, elle peut bien entendu le faire retirer après les règles suivantes et opter pour une autre contraception permanente.

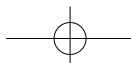
Questions/réponses sur l'insertion d'un DIU en guise de contraception d'urgence

Il existe plusieurs modèles de DIU au cuivre en France. Lequel faut-il utiliser dans cette circonstance?

Le DIU au cuivre de référence dans le monde est le Gyne-T 380, dont il existe en France une copie générique, le TT 380. C'est celui dont l'efficacité démontrée est la plus grande (plus de 99 %). C'est donc *a priori* celui-là qu'il faut proposer comme CU à une femme ayant déjà eu des enfants.

Pour les femmes n'ayant pas eu d'enfants, plusieurs DIU disponibles en France disposent d'une forme « short » (petite taille) de plusieurs autres marques: UT 380, NT 380, Gynelle 375, MLCu 375. L'insertion d'un DIU peut se faire sans douleur même chez une femme ayant un utérus de petite taille. Il ne faut pas utiliser (et refuser qu'on vous pose) un Nova T 200!

Il faut cependant savoir que la majorité des médecins français (gynécologues ou généralistes) refusent encore systématiquement – et parfois avec une violence et une agressivité inacceptables – la pose d'un DIU aux patientes nullipares (sans enfants) qui en font la demande. Les médecins exerçant en centres de planification publics (hôpitaux, voir p. 523) ou privés (antennes locales du Planning familial, voir p. XXX) sont beau-



coup plus ouverts et les femmes désirant se faire poser un DIU devraient s'adresser à ces centres si leur médecin habituel leur oppose une fin de non-recevoir.

Quels sont les risques de l'insertion d'un DIU en urgence ?

Il n'y a pas plus de risques à poser un DIU en urgence qu'en temps normal. Lors de la consultation, le médecin doit s'assurer (en posant les questions adéquates) que la patiente ne présente pas de contre-indication et qu'elle n'est pas porteuse d'une infection gynécologique.

Quels sont les effets indésirables du DIU inséré en urgence ?

Ceux de toute pose de DIU. Un petit nombre de femmes peuvent ressentir, dans les heures qui suivent l'insertion, des crampes utérines semblables aux douleurs des règles ou aux contractions de la grossesse. Ces crampes disparaissent sous l'effet de médicaments contenant de l'ibuprofène, en vente libre en pharmacie et commercialisé sous ce nom générique. La présence du DIU peut également provoquer de légers saignements juste après la pose ou prolonger la durée des règles. Ces deux effets indésirables n'entravent pas l'efficacité contraceptive du DIU. S'ils persistent, la patiente peut adopter une autre contraception une fois passé le risque de grossesse – autrement dit : après les règles suivantes.

Efficace en contraception d'urgence mais non disponible en France : la mifépristone (RU 486)

Originellement conçue pour servir de « pilule mensuelle », la mifépristone ou RU 486 est actuellement utilisée en France, en association avec un autre médicament (prostaglandine) dans le cadre des IVG médicamenteuses pratiquées avant la 5^e semaine de grossesse. La mifépristone n'est disponible que pour cette situation et uniquement dans les centres ou auprès des méde-

cins agréés. Des études ont montré son efficacité à doses très faibles (10 mg) lorsqu'elle est utilisée comme contraception d'urgence, jusqu'à cinq jours après le rapport non protégé. Son efficacité est au moins aussi importante que celle des autres méthodes médicamenteuses (plus de 99 %) et ses effets indésirables (nausées et vomissements, en particulier) moins fréquents. Elle est déjà utilisée en Chine en guise de contraception d'urgence. Il serait souhaitable qu'elle le soit également en Europe, mais son utilisation dans l'IVG rend problématique sa commercialisation comme contraception d'urgence. Il faut cependant rappeler que la prescription de mifépristone dans les IVG médicamenteuses, par des médecins exerçant hors de l'hôpital, spécialement formés et ayant signé une convention avec le centre d'IVG le plus proche, est légale depuis la loi de 2001.

Ce qu'il faut retenir sur la contraception d'urgence

1. Le lévonorgestrel (Norlevo), substance sans effets indésirables graves, constitue une contraception d'urgence efficace et sans danger qui peut être utilisée par l'immense majorité des femmes jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel non protégé. Les mineures peuvent se faire délivrer du lévonorgestrel gratuitement par les infirmières scolaires, les pharmacies, les centres de planification des hôpitaux et les antennes locales du Planning familial. Après utilisation du lévonorgestrel, il faut utiliser des préservatifs jusqu'aux prochaines règles et envisager une contraception au long cours. La plupart des femmes utilisant du lévonorgestrel ont ensuite leurs règles à la date initialement prévue, à quelques jours près. Il est non seulement possible, mais recommandé de se procurer du lévonorgestrel à l'avance lorsqu'on n'utilise pas de contraception permanente, ou lorsqu'on recourt à une méthode sujette aux erreurs d'utilisation.

2. L'insertion d'un DIU comme contraception d'urgence est

plus efficace que la méthode hormonale; cependant, l'efficacité du lévonorgestrel se prolonge bien au-delà des soixante-douze heures qui suivent le rapport sexuel non protégé. En cas de rapport sexuel non protégé, les femmes qui ne désirent pas de DIU peuvent prendre du lévonorgestrel jusqu'à cent vingt heures (cinq jours) plus tard.

3. La prise d'une contraception d'urgence doit être l'occasion de revoir la méthode contraceptive antérieure et/ou de choisir une méthode contraceptive efficace sous peine de continuer à courir un même risque de grossesse non désirée qu'auparavant.

Beaucoup de méthodes contraceptives sont mal utilisées

En 1995, deux tiers des femmes âgées de vingt à quarante-neuf ans disaient utiliser une méthode contraceptive. En 2003, une étude¹ de l'INSERM a montré que l'utilisation d'une contraception est très fréquente: parmi 2 863 femmes âgées de dix-huit à quarante-quatre ans ayant des rapports sexuels qui avaient été enceintes au cours des cinq années écoulées mais ne désiraient pas l'être, 2,7 % seulement disaient ne pas utiliser de contraception.

Tableau 4 : Répartition des méthodes de contraception utilisées pour 100 femmes (d'après Bajos N. et coll.)

Utilisatrices de contraception	Pourcentage
Pilule contraceptive	45,8
DIU (stérilet)	16,1
Préservatifs	7,5
Contraception vaginale (spermicides...)	0,4

1. Bajos N. et coll., « Contraception: from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003, *op. cit.*

Abstinence périodique	1,3
Retrait	2,1
Autre méthode (non précisée)	0,5
Total des méthodes réversibles	73,7
Stérilisation	4,5

Non utilisatrices de contraception

Stérilité	1,4
Grossesse en cours	3,8
Pas de relations sexuelles actuellement	10,0
En attente d'une grossesse	4,1
Autres	2,7
Total	100 %

Malgré la forte proportion de femmes utilisant une contraception (plus des 3/4), l'enquête montre que 33 % des grossesses survenues pendant les cinq années précédentes n'étaient pas désirées; et la moitié d'entre elles se sont terminées par une IVG. Plus saisissant encore: les deux tiers des grossesses non désirées concernaient des femmes qui *utilisaient* une méthode contraceptive – comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 5 : Proportion d'échecs selon la méthode utilisée (d'après Bajos N. et coll.)

Méthode utilisée	% grossesses non désirées
Pas de contraception	34,9
Pilule	20,9
DIU (stérilet)	8,7
Préservatif	11,8
Méthodes naturelles (températures, retrait...)	21,8
Méthodes locales (spermicides)	1,4
Autres	0,6

Les explications avancées pour expliquer les échecs contraceptifs sont surtout la mauvaise utilisation de la méthode employée:

pilule oubliée, préservatif non mis, mauvaise appréciation de la période féconde, absence de retrait du partenaire, etc. Les méthodes locales (spermicides) et les méthodes naturelles (abstinence + retrait) sont peu utilisées selon cette étude : 0,4 % et 3,9 % des femmes disent y avoir recours. Eu égard à cette utilisation très rare, le faible taux de grossesse observé n'a pas grande signification. Mais parmi les trois principales méthodes mentionnées, **celle qui se solde par le plus petit nombre d'échecs est le DIU (stérilet), tandis que la pilule est manifestement moins fiable que le préservatif !!!**

La principale raison avancée par les femmes pour expliquer la mauvaise utilisation de la méthode contraceptive est qu'elles pensaient qu'il n'y avait pas de risque de grossesse (63,6 %).

La conclusion qu'on peut tirer de cette très importante étude est simple, et elle vient à l'appui du projet de ce livre : l'efficacité d'une méthode contraceptive est limitée non seulement par sa fiabilité théorique mais aussi par l'usage qu'on en fait, qui lui-même dépend directement des connaissances que l'on peut avoir des méthodes et des processus de fécondité. Certes, l'efficacité d'un DIU est indépendante de la volonté de la femme, mais les échecs du préservatif, de la pilule ou des méthodes naturelles sont manifestement liés à des erreurs d'utilisation dues, soulignent les auteurs de l'étude de l'INSERM, à d'énormes lacunes dans l'information des femmes. Quand on sait qu'une femme sur huit parmi les personnes interrogées déclarait qu'elle ne savait pas où aller pour être conseillée... on se dit que, décidément, les médecins français n'assurent pas très bien leur rôle pédagogique en matière de contraception.

Comme l'expliquait le Dr N. Bajos, l'un des auteurs de l'étude, au cours d'une interview : « *Ce travail montre clairement*

qu'il existe une inadéquation entre les besoins contraceptifs d'une femme et les méthodes utilisées. Il est absolument essentiel de faire la différence entre les méthodes contraceptives les plus efficaces et celles qui sont les plus pratiques pour une femme à un moment donné d'une relation [...] ; l'efficacité et le caractère pratique d'une contraception sont deux choses différentes, les prescripteurs devraient prendre en compte différents éléments de la vie des femmes comme le nombre des partenaires, d'enfants, ou la stabilité et la durée de la liaison. »

Les chapitres qui suivent visent à pallier les lacunes de l'information en expliquant le plus précisément possible les avantages, les inconvénients et la bonne utilisation de toutes les méthodes disponibles, afin que chaque femme, chaque couple, choisisse en connaissance de cause la méthode qui lui convient.

3-3 LES MÉTHODES « NATURELLES »

Les méthodes dites « naturelles » consistent à prévenir la fécondation en jonglant avec le déroulement du coït, ou en tenant compte des périodes naturelles de non-fécondité de la femme.

Les idées reçues

Il en court beaucoup trop, pour les méthodes de contraception naturelles comme pour les autres. Pour la presse, le grand public, et la plupart des médecins elles seraient :

- passées de mode;
- inefficaces;
- réservées aux personnes opposées à toute forme de contraception.

Or, ces idées reçues sont toutes erronées. **Quand il s'agit de contraception, toute méthode vaut mieux que pas de contraception du tout.** Il convient donc de ne rejeter aucune méthode, mais au contraire de bien les connaître toutes. L'efficacité que l'on doit attendre d'une méthode est différente selon que l'on veut absolument éviter toute grossesse ou espacer des grossesses désirées.

Certes, les méthodes dites « naturelles » n'ont pas l'efficacité de la contraception hormonale ou du DIU, mais elles ne doivent pas être méprisées ou négligées pour autant.

Elles présentent un avantage important : celui de n'exiger aucun recours à des accessoires (comme les préservatifs, par ex.), et aucun recours au médecin.

L'efficacité de ces méthodes est proportionnelle au soin avec lequel elles sont utilisées. De ce fait, ce sont des méthodes qui

conviennent surtout aux couples qui s'entendent bien. Utilisées avec beaucoup d'assiduité, elles sont suffisamment efficaces pour expliquer, par exemple, que des couples utilisant le retrait ou l'abstinence périodique n'aient pas eu plus de deux ou trois enfants. Enfin, la valeur symbolique accordée à ces méthodes par leurs utilisateurs doit être respectée. Si, pour des raisons religieuses, philosophiques ou psychologiques, des couples veulent recourir en toute connaissance de cause aux méthodes dites « naturelles », c'est leur droit le plus strict. Ils ne méritent ni ironie, ni opprobre. Et ils ne méritent certainement pas le mépris que leur opposent de trop nombreux médecins !

Attention ! L'ovulation est imprévisible

En 2003, une étude¹ est venue battre en brèche les certitudes affichées jusqu'ici par la communauté médicale en matière de fécondité – certitudes sur lesquelles s'appuient la plupart des méthodes naturelles. Une équipe de savants mandatés par les Instituts de recherche en santé canadiens (IRSC) a étudié par échographie quotidienne (!) les phénomènes d'ovulation dans un groupe d'une soixantaine de femmes volontaires âgées de dix-neuf à quarante-trois ans, dont le cycle était régulier et qui ne prenaient aucun traitement. Je cite l'article publié sur le site des IRSC : « Une recherche précédente a démontré qu'un groupe de 15 à 20 follicules se développe au cours du cycle menstruel et qu'un follicule du groupe est expulsé lors de l'ovulation, alors que les autres meurent. Des chercheurs de l'université de la Saskatchewan ont découvert que ce processus se déroule sous forme de "vagues". En réponse aux poussées hormonales, les femmes ont chaque mois deux à trois périodes de développement folliculaire, même si un seul œuf est expulsé lors de l'ovulation. "Ce travail nous intéresse particulièrement en raison des répercussions qu'il aura pour les femmes qui prennent des contraceptifs oraux et celles qui suivent des traitements contre l'infertilité, a déclaré le Dr Roger Pierson, directeur de l'unité de recherche en biologie de la reproduction de

1. *Fertil Steril*, 2003 Jul; 80 (1): 116-22.

L'université de la Saskatchewan. Il démontre également que nous n'avons pas entièrement compris les processus biologiques fondamentaux qui surviennent dans le cycle menstruel. Nous devons littéralement réécrire les manuels de médecine.»
Par exemple, selon lui, il est possible que les méthodes naturelles de planification des naissances soient inapplicables pour 40 % des femmes : pour celles qui présentent deux à trois vagues de croissance folliculaire dominante par mois, il n'existe aucun moment « sûr » au cours du cycle pour avoir une relation sexuelle, puisqu'il est possible à tout moment qu'un follicule arrivé à maturité expulse un ovule... »

On ne saurait être plus clair. Cette étude montre que l'ovulation peut avoir lieu à n'importe quel moment du cycle – c'est le cas pour les femelles de mammifères – et explique peut-être aussi que deux ovulations aient parfois lieu pendant le même cycle. En tout état de cause, elle rend beaucoup plus aléatoire l'utilisation de certaines méthodes naturelles, mais aussi l'utilisation intermittente du préservatif. Toutes les notions qui vont suivre doivent donc être réévaluées au vu de ces notions toutes nouvelles... qui pourraient entraîner bientôt une réécriture des manuels de médecine français, du moins ceux dont les rédacteurs se donnent la peine de lire la presse internationale...

Les méthodes qui interfèrent avec le coït

Le coït interrompu (ou « retrait »)

C'est une méthode vieille comme le monde. On la pratique depuis qu'on soupçonne que le sperme est nécessaire à la procréation. Le coït interrompu ou « retrait » (on dit « Sauter en marche » en province et « Descendre à Oberkampf avant d'arriver à République » à Paris), comme son nom l'indique, consiste pour l'homme à retirer son pénis du vagin de sa partenaire sexuelle avant d'éjaculer.

À première vue, la méthode est séduisante par son aspect pratique :

- contrairement aux préservatifs, elle est gratuite et toujours disponible !
- elle ne présente aucun danger pour la santé de l'un ou de l'autre partenaire et n'est jamais suspecte de faire prendre du poids !
- elle n'a pas de contre-indication médicale.

Mais elle présente plusieurs inconvénients, psychologiques et physiologiques :

- pour la femme : le retrait demande une très grande confiance dans le partenaire sexuel ; c'est possible quand le retrait est une habitude sexuelle du couple (ça l'est parfois), ça ne l'est pas quand il s'agit d'une relation sexuelle occasionnelle ;
- pour l'homme : le retrait doit (en principe) avoir lieu *avant* l'éjaculation, ce qui exige une attention redoublée. Or, le « contrôle » de l'éjaculation est très relatif (car l'éjaculation est un phénomène réflexe qui n'obéit pas à la volonté) et il est très variable d'un homme à un autre. À l'adolescence et longtemps à l'âge adulte, l'éjaculation se produit parfois très tôt après le début de la pénétration et le plus souvent sans prévenir. *Enfin, il faut savoir que l'éjaculation peut commencer sans que l'homme la sente.* Les premières gouttes émises ne contiennent que quelques centaines de milliers de spermatozoïdes, mais s'ils sont déposés sur le col utérin au bon moment du cycle, cela suffit...

Autre inconvénient important : le coït interrompu ne prévient pas la transmission des maladies sexuellement transmissibles. Le virus du sida se transmet par le sperme, mais les sécrétions vaginales d'une femme séropositive peuvent également en contenir. Et beaucoup d'autres MST virales (herpès, condylomes acuminés) ou bactériennes (syphilis, gonococcie, *Chlamydiae*) peuvent se transmettre par simple contact.

En résumé, la peur d'une grossesse non désirée, le sentiment de frustration fréquent chez les deux partenaires et le risque de MST font du coït interrompu une méthode inadaptée aux relations sexuelles occasionnelles. En revanche, la méthode peut parfaitement convenir à un couple monogame. Après la Seconde Guerre mondiale, le coït interrompu était la méthode de planification des naissances recommandée en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Il s'accompagnait d'un taux d'échec relativement faible, comparable à celui du diaphragme ou des spermicides. Lorsque le coït interrompu fait partie de la sexualité d'un couple qui en a l'habitude, et s'en sert pour espacer les grossesses, la méthode peut suffire, et il n'y a pas lieu de la dénigrer. Les spermicides (p. 131) peuvent d'ailleurs être utilisés en complément.

Aparté impertinent: coït buccal et coït anal

La pénétration vaginale rompt l'hymen, fine membrane placée à l'entrée du vagin. Du moins, chez les femmes qui ont un hymen ou ne l'ont pas déjà fait disparaître en utilisant des tampons pendant leurs règles. Certaines femmes désirent avoir des relations sexuelles mais conserver leur hymen intact. Le corps humain a ses limites, mais l'imagination n'en a pas et les jeux sexuels ne se limitent pas à la pénétration vaginale. Le coït buccal consiste à stimuler le sexe de son/sa partenaire avec la bouche; s'il s'agit d'un homme, on appelle ça une fellation, s'il s'agit d'une femme on appelle ça un cunnilingus ou cunnilinctus. Le coït anal consiste à pénétrer l'anus et le rectum de son/sa partenaire. Dans une relation hétérosexuelle, coït anal et coït buccal permettent... de contourner le problème de la virginité et d'éviter une grossesse. Bien qu'elles ne soient pas à proprement parler des méthodes contraceptives, les avantages «anticonceptionnels» de ces deux pratiques sont évidents, surtout pour un couple stable qui s'entend bien – pas pour une relation sexuelle occasionnelle: si la plupart des hommes ne voient rien à redire à la fellation et à la pénétration anale, toutes les femmes ne les

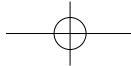
apprécient pas. De plus, l'une et l'autre exposent aux MST. Avant l'arrivée des antibiotiques, les médecins voyaient fréquemment des syphilis anales ou buccales chez les personnes des deux sexes... Aujourd'hui, ce sont plutôt les *Chlamydiae* qui se transmettent par ces voies...

Un petit truc pour celles et ceux qui pratiquent le coït interrompu... et pour les autres

Toute femme ayant eu des rapports hétérosexuels le sait: le sperme, ça coule, ça tache et ça laisse sur les draps des auréoles qu'il est bien difficile et parfois impossible de rattraper. Quand le rapport sexuel a lieu pendant les règles (ou même juste avant...), c'est encore pire. Soyez prévoyant(e): offrez-vous un grand drap de bain de couleur foncée (bleu marine, par exemple) et gardez-le en permanence à portée de main – au pied du lit, par exemple. Vos ébats terminés, il suffira de tendre la main pour le glisser sur les draps afin de les protéger et de vous endormir au sec... Une fois réveillé(e), vous passerez le drap de bain à la machine à laver et vous ne vous sentirez pas obligé(e) de changer vos draps à tout bout de champ ou déprimé(e) de les voir marqués à jamais...

Attention à la seconde pénétration!

Après l'éjaculation, le pénis perd son érection et il peut se passer plusieurs minutes avant qu'une nouvelle érection soit possible. Lorsque l'érection revient, le délai avant une nouvelle éjaculation est parfois très long. Le couple peut mettre ce délai à profit pour avoir un nouveau rapport sexuel. Or, quel que soit le déroulement du rapport sexuel précédent – coït interrompu, buccal ou anal, avec ou sans préservatif – il faut absolument se rappeler que le pénis contient encore du sperme. Une seconde pénétration vaginale effectuée sans préservatif peut parfaitement provoquer une grossesse, même si l'homme n'éjacule pas la seconde fois! (Une goutte au bout du pénis suffit...)



Les méthodes basées sur le cycle féminin

Une grossesse n'est en principe pas possible à tout moment du cycle. Les méthodes contraceptives fondées sur l'idée que certaines périodes sont « moins dangereuses » que d'autres sont donc très anciennes. Dans certains pays (Royaume-Uni, Allemagne, États-Unis, pays scandinaves) elles sont très utilisées. Mais, comme nous l'avons vu p. 101, les notions sur lesquelles reposent ces méthodes viennent d'être profondément ébranlées et les études récentes sur le moment de l'ovulation rendent leur utilisation très aléatoire.

L'abstinence périodique ou « méthode Ogino »

Inventée par le chirurgien japonais du même nom, elle consiste pour une femme à compter, pendant un an, la durée de ses cycles, en repérant la durée du plus court et la durée du plus long. On détermine ensuite quelle est la période « sûre » (sans risque de grossesse) en soustrayant les jours potentiellement fertiles. De par l'incertitude de la date d'ovulation et compte tenu du fait qu'on a tendance à sous-estimer la durée de vie des spermatozoïdes (qui peut atteindre sept jours), cette méthode, peu précise chez les femmes ayant un cycle très régulier (et encore moins chez les autres!) a donné et donne encore de très nombreux bébés...

La « méthode des températures »

Elle est plus précise que la précédente : la température habituelle de la femme s'élève de 0,2 à 0,4 °C (de 36,7 à 37,1 par exemple) sous l'action de la progestérone sécrétée au moment de l'ovulation et pendant les quatorze jours suivants¹. Comme l'ovule survit vingt-quatre heures, les rapports sexuels non protégés ayant lieu plus de trois jours après l'élévation de température ne peuvent, en principe, pas entraîner de grossesse.

1. Voir le déroulement hormonal du cycle féminin p. 51.

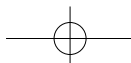
L'avantage de la méthode est d'être gratuite, sans danger et beaucoup plus fiable que la méthode Ogino, car elle repose sur l'observation d'un fait biologique mesurable : l'élévation de la température.

Ses contraintes sont cependant très importantes :

- la température doit être prise chaque matin à la même heure, avant le lever, au moyen d'un thermomètre très précis (électronique) placé dans la bouche ou dans le vagin pendant trois minutes au moins ;
- si la femme présente une élévation de la température en raison d'une infection aussi bénigne qu'un rhume, par exemple, la méthode devient inutilisable ;
- enfin, les rapports sexuels qui ont lieu juste avant l'ovulation ne sont, bien sûr, pas dénués de risques : l'ovulation peut avoir lieu plus tôt que prévu, et les spermatozoïdes, ne l'oubliez pas, peuvent survivre jusqu'à sept jours dans les trompes ! La méthode des températures nécessite donc que la femme s'abstienne de relations sexuelles **vingt jours avant** la date présumée de ses prochaines règles (donc, au 8^e jour d'un cycle de vingt-huit jours, ou au 5^e jour d'un cycle de vingt-cinq jours) et **trois jours après** la date de la montée de la température.

Dans le meilleur des cas – c'est-à-dire si la prise de température est parfaite, et le cycle de la femme toujours régulier – le couple devrait donc s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant au moins une dizaine de jours d'affilée à chaque cycle... Or, en réalité, la période « à risque » est plus longue que cela encore.

Pour une femme dont le cycle est de vingt-huit jours et dont l'ovulation survient au 14^e jour, on estime que cette période à risque commence au 7^e jour et se termine au 16^e jour. Les recherches décrites p. 101 nous ont appris que l'ovulation peut



très bien survenir à n'importe quel moment du cycle et souvent plus tôt que prévu. Comme la durée des règles varie d'une femme à l'autre et que bon nombre de femmes n'ont guère envie d'avoir des relations sexuelles pendant leurs règles, la période d'abstinence forcée (en attendant l'élévation de température) peut donc s'étendre... du 1^{er} au 18^e jour, c'est-à-dire pendant les deux tiers de la durée du cycle! Deux jours après l'ovulation, l'ovule disparaît s'il n'a pas été fécondé. La seconde partie du cycle (les onze ou douze jours qui précèdent la réapparition des règles) est donc beaucoup plus sûre que la première. Malheureusement, à l'heure actuelle, il n'existe pas de méthode absolument sûre pour affirmer que la fécondation n'est plus possible. D'autre part, un grand nombre de femmes ont un cycle long; elles n'ovulent pas au 14^e jour, mais plus tard. La période « sûre » (après ovulation) reste en principe la même (onze ou douze jours) mais la période « à risque » (avant l'ovulation) est plus longue, ce qui n'est pas très propice à une sexualité spontanée...

L'observation de la glaire cervicale ou « méthode de Billings »

À l'approche de l'ovulation, la glaire cervicale qui s'écoule du col de l'utérus se modifie sous l'effet des estrogènes: elle devient plus abondante, plus fluide. Elle est très humide, glissante, et ressemble à du blanc d'œuf. Ce phénomène, chaque femme l'observe sous la forme d'écoulements vaginaux (« pertes »), plus marqués en milieu de cycle. L'observation attentive de la glaire permet d'affiner la méthode des températures. Malheureusement, beaucoup de choses peuvent modifier la glaire et sa consistance... à commencer par le désir sexuel, qui augmente les sécrétions vaginales, et le sperme, qui change leur couleur et leur texture! De plus, la méthode nécessite d'examiner la glaire avec ses doigts... ce que nombre de femmes ne sont pas prêtes à faire.

Le système Persona

S'appuyant sur la production d'hormones féminines pendant le cycle menstruel, ce système, commercialisé au Royaume-Uni depuis 1996 et en France depuis l'an 2000, comprend un mini-lecteur informatisé, analogue à celui qu'utilisent les diabétiques pour lire leur glycémie. Il permet de mesurer dans les urines la quantité d'hormones fabriquées par l'ovaire et d'en déduire si la journée est « sûre » ou « à risque » – c'est-à-dire proche d'une ovulation. Après avoir plongé la bandelette dans un flacon d'urine, on l'insère dans le lecteur, qui affiche une lumière verte (rapports sexuels sans risque de grossesse) ou rouge (rapports sexuels à risque). Ce système pourrait améliorer l'efficacité des méthodes de prise de température et de surveillance de la glaire cervicale, avec des contraintes et des manipulations bien moindres. Malheureusement, c'est une méthode onéreuse. En pharmacies ou en grandes surfaces, il est vendu autour de 75 € sans compter l'achat des bandelettes réactives.

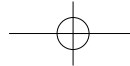
Avantages et inconvénients des méthodes « naturelles »

Les méthodes dites « naturelles » ont des avantages certains:

- leur efficacité n'est pas parfaite, mais elle peut suffire aux couples qui les adoptent en connaissance de cause;
- elles sont gratuites et sans danger;
- elles ne nécessitent pas de consulter un médecin;
- elles permettent d'espacer les naissances à défaut de les éviter;
- elles peuvent être associées à d'autres méthodes d'accès facile (coït interrompu, préservatif, spermicides).

Mais elles ont des inconvénients notables:

- elles nécessitent une attention de tous les instants et compromettent la spontanéité des rapports sexuels;
- la régularité du cycle de la femme ne garantit en rien la précision du jour de l'ovulation (voir p. 101); dans ces conditions,



l'efficacité des méthodes « naturelles » est très variable et, dans une certaine mesure, plutôt imprévisible ;

- elles exigent abstinence ou utilisation de préservatifs pendant la plus grande partie du cycle ;
- elles ne protègent pas contre les MST.

Ces méthodes conviennent donc essentiellement aux couples stables qui veulent espacer la naissance de leurs enfants, ou qui ne désirent pas recourir à d'autres méthodes pour des raisons psychologiques, philosophiques ou religieuses.

Ces méthodes ne conviennent pas : aux adolescents, aux adultes vivant seuls, aux couples qui ne s'entendent pas, aux couples qui ne veulent plus d'enfants.

Une méthode mésestimée mais efficace : l'allaitement

Après un accouchement, l'allaitement du nouveau-né est réputé protéger contre la survenue d'une nouvelle grossesse. C'est du moins ce que dit le sens commun. Les femmes qui, ayant allaité leur bébé, se retrouvent enceintes tout de même sont néanmoins nombreuses. Alors, qu'en est-il exactement ?

Trois points de repère importants :

Il n'est pas ici question de culpabiliser les mères qui n'allaitent pas – leurs enfants grandiront très bien aussi ! – mais de dire que l'allaitement présente des avantages objectifs, qui ne sont pas dictés par des critères idéologiques ou moraux :

- l'allaitement favorise le développement de la flore digestive du nouveau-né et le protège contre un grand nombre d'infections – à commencer par celles contre lesquelles la mère est immunisée, car elle transmet ses anticorps dans le lait ;
- l'allaitement favorise les liens mère-enfant et le développe-

ment du nourrisson pendant ses premiers mois ou ses premières années de vie ;

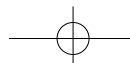
- en bloquant l'ovulation, l'allaitement protège contre l'apparition des cancers de l'ovaire et de l'endomètre, tout comme la grossesse et la prise de la pilule (voir p. 154) !

L'allaitement : comment ça fonctionne ?

Pendant la grossesse, l'hypophyse (la glande cérébrale qui commande aussi l'ovulation) sécrète en quantités croissantes une hormone appelée la prolactine. Celle-ci stimule le développement des seins et les prépare à l'allaitement. Avant la naissance, les seins présentent un écoulement de colostrum, liquide épais contenant des protéines. Quelques heures après l'accouchement, la sécrétion du lait commence et met environ trois à quatre jours à s'installer pleinement, toujours sous l'effet de la prolactine. Celle-ci peut disparaître rapidement si la femme n'allait pas. Ce qui entretient la sécrétion de prolactine et la production de lait, c'est la succion du mamelon par le nouveau-né. **Or, une sécrétion importante de prolactine a aussi pour effet de bloquer l'ovulation.** On pense que ce phénomène biologique, acquis au cours de l'évolution de l'humanité, a précisément permis d'espacer les naissances. En effet, comme je l'ai mentionné dans l'introduction, les naissances rapprochées augmentent le risque de décès et de complications chez la mère et les troubles de développement du fœtus. Les effets contraceptifs de l'allaitement sont à l'étude depuis fort longtemps. En 1989, un groupe international de chercheurs a rédigé le « Consensus de Bellagio », qui a depuis été confirmé par des études de l'Organisation mondiale de la santé en particulier. Son principe est simple :

L'allaitement est une contraception très efficace, si et seulement si :

- **le nourrisson est exclusivement nourri au sein** (jusqu'à cinq ou six fois par jour) ; la prise d'un biberon doit rester exceptionnelle : si la fréquence de la succion diminue, la sécrétion de



prolactine diminue aussi, et l'ovulation peut de nouveau se produire;

- **le nourrisson a moins de six mois**; au-delà de six mois, allaitement ou pas, une nouvelle ovulation peut se produire;

- **la femme n'a pas eu de règles depuis l'accouchement**; l'apparition de règles traduit, en effet, la reprise des ovulations. À noter que beaucoup de femmes ont des saignements discrets (les « lochies ») pendant les semaines qui suivent l'accouchement, mais seules les règles franches témoignent d'une reprise du cycle.

Lorsque ces trois conditions sont remplies, l'effet contraceptif de l'allaitement est de 98 %!

Beaucoup de femmes désirent donner le sein mais ne peuvent pas assurer un allaitement au sein exclusif pendant plusieurs mois. Heureusement, l'allaitement est compatible avec plusieurs autres méthodes contraceptives, qui ne présentent aucun danger pour la mère ou pour l'enfant : pilule progestative, injections de progestatifs, DIU, implant contenant un progestatif. Je reviens en détail sur le choix d'une contraception après l'accouchement à la p. 386.

3-4 LES MÉTHODES « BARRIÈRE »

Ce sont :

- les préservatifs (masculins et féminins) ;
- les crèmes, ovules et éponges spermicides qui peuvent être utilisés seuls ou associés aux autres méthodes barrière ;
- les diaphragmes et capes cervicales.

Leur principe est simple : il consiste à empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus, et/ou à les détruire dans le vagin.

Les différentes méthodes barrière ont plusieurs avantages communs :

- leur utilisation réduit de 50 % environ la transmission de nombreuses MST. Cependant, seuls les préservatifs masculins et féminins permettent de prévenir la transmission du virus HIV, responsable du sida ;
- leur utilisation réduit aussi la fréquence des infections graves des trompes (salpingite) et de l'utérus (endométrite) chez la femme ;
- du fait de la diminution des infections graves, le risque de grossesse extra-utérine, qui s'accroît après toute salpingite, est également réduit ;
- les femmes qui utilisent une méthode mécanique sont moins exposées au cancer du col de l'utérus ; on pense en effet que celui-ci est favorisé par certains virus transmis sexuellement (en particulier, le virus de l'herpès). Le nombre de partenaires sexuels est ici encore le principal facteur de risque...

Ces méthodes ont aussi des inconvénients communs :

- elles nécessitent une manipulation qui peut interférer avec le rapport sexuel en soi. Un diaphragme, une éponge contraceptive ou un préservatif féminin doivent souvent être posés à

l'avance, ce n'est pas le cas du préservatif masculin. Et puis, il n'est pas toujours facile de prévoir quand on aura des rapports sexuels...

- elles exigent, comme les méthodes naturelles, que le couple s'entende bien ; un préservatif n'est pas utilisable si l'un des partenaires (l'homme, le plus souvent) n'est pas d'accord ;
- les erreurs d'utilisation (cape cervicale mal posée, préservatif qui glisse) ne pardonnent pas.

Ayez une contraception d'urgence à la maison !

Les utilisateurs/trices de préservatifs sont souvent tenté(e)s de ne pas en mettre, pour peu qu'ils/elles ne redoutent pas les MST et pensent que le moment du cycle est « sans danger » (mais depuis que vous avez lu la p. 101, vous savez qu'*aucun moment du cycle n'est « sans danger »*). La possibilité d'acheter librement en pharmacie, sans ordonnance, une contraception d'urgence permet d'augmenter l'efficacité contraceptive des méthodes barrière, en particulier du préservatif, en cas de mauvaise utilisation, d'oubli ou... d'omission volontaire. Si vous utilisez ces méthodes, ayez du Norlevo (voir p. 80) chez vous, dans votre armoire à pharmacie. Si ça ne vous sert pas, ça peut servir à quelqu'un d'autre...

Les préservatifs masculins

C'est le contraceptif mécanique le plus utilisé au monde, et il a toujours été associé à la prévention des maladies sexuellement transmissibles. C'est, à ce jour, le seul moyen efficace de prévenir la contamination par ces maladies lorsqu'on a plusieurs partenaires sexuels, ou un(e) partenaire qui en a plusieurs... Pourtant, l'utilisation du préservatif est très variable d'un pays à l'autre. Au Japon, c'est la contraception de choix pour 75 % des couples : la pilule contraceptive n'y a été commercialisée qu'en 1999 ! À l'opposé, en Afrique, où dans certains pays plus de 10 % de la population est contaminée par le virus du sida et où d'autres MST graves comme l'hépatite B sont extrêmement

répandues, l'utilisation du préservatif est dramatiquement insuffisante.

Avantages des préservatifs masculins

- On en trouve dans toutes les pharmacies et les grandes surfaces des pays développés.
- Ils ne présentent pas de risque pour la santé.
- Ils peuvent être associés à toutes les autres méthodes contraceptives, ou presque.
- Ils ne nécessitent pas de consulter un médecin.
- Ils protègent les deux partenaires contre toutes les MST et pourraient avoir un effet préventif sur le cancer du col de l'utérus.
- Leur utilisation est visible et, par conséquent, rassurante pour la femme.
- Lorsque l'homme est hypersensible, ils évitent que l'éjaculation ne survienne trop rapidement ; de ce fait, ils prolongent la durée du rapport sexuel et permettent à la femme de parvenir plus facilement à l'orgasme.
- Ils permettent de ne pas tacher les draps...

Inconvénients des préservatifs masculins

- Ils sont sous l'entière responsabilité de l'homme.
- Ils doivent être mis juste avant le rapport, ce qui peut nuire à la spontanéité.
- Ils peuvent être ressentis comme désagréables par l'un et/ou l'autre partenaire.
- Ils peuvent glisser ou être fragilisés par certaines substances (voir encadré p. 124 et se rompre après avoir été fragilisés par une pénétration anale (utilisez de préférence des préservatifs extraforts, voir tableau p. 122).
- Une grossesse est possible si le sperme s'en échappe, même en très faible quantité.
- Ils exigent beaucoup de précautions de la part de l'homme qui les utilise.

- Certaines personnes sont allergiques au latex : il existe aujourd'hui des préservatifs sans latex, au polyuréthane (voir tableau p. 122).

Efficacité contraceptive et protection contre les MST

De même que pour les méthodes naturelles, l'efficacité contraceptive des préservatifs est loin d'être négligeable. Lorsque le préservatif est utilisé correctement, la probabilité de survenue d'une grossesse n'est que de 15 % alors qu'elle est, rappelons-le, de 85 % en cas de rapports sexuels non protégés.

Leur efficacité « prophylactique » (c'est-à-dire : pour prévenir la transmission des MST) est, elle aussi, très importante : le latex des préservatifs protège de la gonococcie, des infections à *Chlamydiae* et à trichomonas, ainsi que de la syphilis. Il protège aussi contre les infections virales : HIV, hépatites, herpès, végétations vénériennes. Les campagnes de prévention du sida omettent presque toujours, malheureusement, de mentionner un fait très important : *les préservatifs sont la meilleure protection contre les MST, mais ils constituent une contraception insuffisante* et cela pour trois raisons :

- une très petite quantité de sperme suffit pour provoquer une grossesse ;
- la probabilité de rencontrer un(e) partenaire fécond(e) est beaucoup plus grande que celle de rencontrer un(e) partenaire infecté(e) par une MST !
- de nombreux couples, lorsqu'ils ne craignent plus une MST, utilisent les préservatifs avec beaucoup moins de constance... et prennent des risques (voir p. 101).

Les préservatifs peuvent être utilisés seuls...

- Par des couples monogames, chez qui le risque de MST est inexistant, et qui veulent espacer les naissances ; l'efficacité de la méthode augmente avec la stabilité du couple, l'expérience de l'homme et l'âge des femmes : certaines études ont montré

qu'après trente-cinq ans, le nombre d'échecs est cinq fois moindre que chez les femmes plus jeunes. Pour les couples qui utilisent des préservatifs lors de tous les rapports sexuels, la survenue d'une grossesse accidentelle peut être inférieure à 1 % par an.

- En guise de contraception temporaire – en attendant le début d'une prise de pilule, par exemple, ou pendant les jours qui suivent un oubli de pilule.
- À titre préventif par les partenaires des femmes ayant eu un cancer du col de l'utérus déjà traité, ou une lésion précancéreuse du col utérin (p. 456).

Les préservatifs ne doivent pas être utilisés seuls...

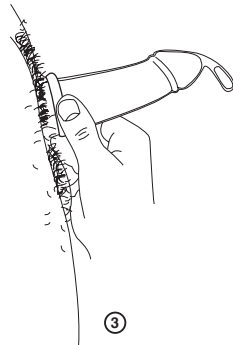
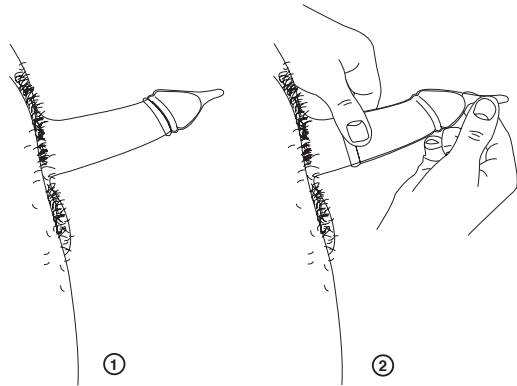
- Par les couples monogames qui refusent absolument l'éventualité d'une grossesse (la protection est insuffisante).
- Par les femmes ayant des rapports sexuels, occasionnels ou fréquents, avec plusieurs partenaires ou avec un partenaire qui n'est pas monogame. EN PLUS des préservatifs, celles-ci doivent utiliser un moyen de contraception efficace qui, selon le cas, peut être une pilule, un DIU, un implant, etc. (voir « Adulte vivant seule », p. 381).
- Par les adolescent(e)s ayant des rapports sexuels fréquents avec un ou plusieurs partenaires : la protection contraceptive que les préservatifs apportent est insuffisante.

À faire lire aux hommes : préservatifs, mode d'emploi

(figure 8)

1. Les préservatifs sont vendus sous emballage hermétique ; ils sont prêts à l'emploi, c'est-à-dire prêts à être déroulés sur le pénis en érection.
2. Faites glisser le préservatif sur un côté, pour éviter de l'abîmer en déchirant l'emballage. N'ouvrez jamais l'emballage avec les dents ou avec des ciseaux et méfiez-vous des ongles, longs ou courts : ils peuvent percer le préservatif.

Figure 8 : Pose du préservatif masculin



- ① Le préservatif est posé sur le pénis en érection.
- ② Le préservatif est déroulé jusqu'à la racine du pénis en maintenant une zone libre à son extrémité.
- ③ Après éjaculation, et avant d'avoir perdu son érection, l'homme doit se retirer en maintenant le préservatif.

3. S'il s'agit d'un préservatif avec réservoir (recommandé), prenez le réservoir entre le pouce et l'index et posez le préservatif sur le gland, comme un chapeau. Déroulez-le ensuite jusqu'à la base du pénis. Assurez-vous qu'il ne reste pas d'air captif dans le

réservoir : les ruptures sont souvent dues au frottement du préservatif contre une bulle d'air : ça chauffe... et ça craque! S'il n'a pas de réservoir, pincez le bout sur 1 cm avant de le dérouler.

4. Après l'éjaculation, n'attendez pas que votre pénis perde son érection ; retirez-vous en tenant fermement le préservatif à la base du pénis.

5. Utilisez un préservatif pour chaque rapport sexuel, à tout moment du cycle.

6. Pour prévenir certaines infections, il est également préférable de changer de préservatif quand on passe de la pénétration anale à la pénétration vaginale : le vagin n'est pas fait pour accueillir les microbes du tube digestif.

Et n'oubliez pas, *un préservatif ne s'utilise qu'une fois*. (Cela va sans dire, mais cela va encore mieux en le disant!)

Conseils aux hommes qui utilisent des préservatifs

- Les MST ne se transmettent pas seulement dans le sens hommes → femmes ; le contraire est également vrai. Le préservatif vous protège, vous aussi.
- Choisissez des préservatifs à la norme NF (vendus en pharmacie, parapharmacie et/ou grandes surfaces). Les préservatifs vendus en sex-shops ne sont pas sûrs.
- Si vous n'avez jamais utilisé de préservatifs, essayez plusieurs marques. Presque toutes (voir tableau 6, p. 122) proposent des boîtes de 2, 3, ou 6 unités. Choisissez celle avec laquelle vous vous sentez le mieux.
- Si vous hésitez à en poser sur vous, entraînez-vous sur une banane.
- Lors d'un rapport sexuel, si vous redoutez de perdre votre érection en mettant le préservatif, demandez à votre partenaire de vous le mettre.
- En cas de pénétration anale, utilisez des préservatifs extra-forts (voir tableau 6, p. 122).
- Après une pénétration anale, changez de préservatif.

- Si au cours d'un rapport sexuel, le préservatif craque ou glisse, dites-le à votre partenaire : il y a un risque de grossesse. Or, elle dispose de cinq jours pour utiliser une contraception d'urgence en prenant du lévonorgestrel (Norlevo) ou en se faisant poser un DIU ou « stérilet » (voir p. 90). Elle ne vous en voudra pas d'être tombé sur un préservatif défectueux, mais elle vous en voudra si vous lui faites courir un risque de grossesse.

- Le Norlevo (p. 81), contraceptif d'urgence le plus efficace et le plus facile à utiliser, est en vente libre en pharmacie. Achez-en une boîte. Si l'une de vos partenaires en a un jour besoin, vous ne serez pas obligé de sortir dans le froid et la pluie.

Préservatif qui craque, préservatif qui glisse

Les préservatifs peuvent se déchirer (1 à 8 fois sur 100 rapports sexuels) ou glisser (1 à 5 fois pour 100 rapports sexuels). Les déchirures sont plus fréquentes au cours du coït anal, ce qui justifie de choisir un type de préservatif plus épais.

Les préservatifs sont fragilisés par les lubrifiants vaginaux à base de corps gras et les médicaments administrés par voie vaginale (contre les mycoses, par exemple). N'utilisez jamais de lubrifiants gras (beurre, vaseline) avec un préservatif.

Le « glissement » de préservatif survient lorsque le préservatif n'a pas été correctement mis, ou lorsque l'homme se retire sans le tenir. Rupture et glissement, même s'ils ne s'accompagnent que d'un très faible écoulement de sperme, sont les principales causes d'échec contraceptif. Après toute rupture ou tout glissement de préservatif, il faut recourir à une contraception d'urgence (p. 80).

Enfin, n'oubliez jamais que *le risque de grossesse existe à tout moment du cycle féminin!* (voir p. 101). Beaucoup de grossesses sont provoquées par un préservatif... qu'on n'a pas mis, en croyant qu'il n'y avait aucun risque! En revanche, lorsqu'ils sont utilisés de manière systématique et soigneuse par des couples qui en ont l'habitude, ils sont très fiables.

Si vous décidez d'utiliser des préservatifs, utilisez-les pour tous les rapports sexuels, quel que soit le moment du cycle!!!

Le tableau 6, p. 122 ne cite que quelques-unes des marques certifiées (portant la norme NF) par le Laboratoire national d'essais (liste d'avril 2003) et actuellement disponibles en France. Il donne un aperçu des différentes formes commercialisées (selon l'épaisseur, la présence ou non de réservoir, le matériau hypoallergénique, en principe non allergisant). Certains préservatifs sont même aromatisés!... Dans la première édition de ce guide, je regrettais l'absence de commercialisation de préservatifs sans latex en France. Depuis, deux ont été certifiés NF : Durex Avanti et Protex Original. Leur principal inconvénient est leur prix, plus élevé que celui des préservatifs en latex.

D'autres marques ont reçu la certification NF : Addes, Aspelia, Buddy Boy, Carex, Control, Délices de Soft, Domino, Durapac, Ellivnair, Fido Dido, Firstaid, Frenchies Regular, GMD, Hansaplast, Hedo, Hoplite, Innotex, Instinct, Intimy, Jacket, Khondomz, Label Vie, Laitex, London, Lubrix, Om's, One Touch, Philos, Pop, Preservex, Preso, Primoplast, Promen's, Saintex, Satanos, Serenex, Soft, Star, Steripan, Suretex, Trepharm, Ultra, Vanilis. Mais leur disponibilité peut varier selon les régions.

Le prix des préservatifs masculins varie énormément d'un détaillant à l'autre. Si vous désirez les acheter en grande quantité, vous pouvez comparer les prix de plusieurs points de vente grâce au site fr.kelkoo.com.

Tableau 6 : Préservatifs répondant aux normes françaises (NF)

Préservatifs en latex	Caractéristiques
Durex Excita	fin, avec réservoir, lubrifié au silicone
Durex Elite easy on	extra-fin, avec réservoir, lubrifié
Durex Doublex	extra-fort, avec réservoir, lubrifié
Durex Gossamer	fin, avec réservoir, lubrifié
Durex Ultra-strong	extra-fort, renforcé, avec réservoir, lubrifié
Manix Infini	très très fin (0,02 mm d'épaisseur), avec réservoir, lubrifié
Manix contact	ultra-fin (0,03 mm d'épaisseur), avec réservoir, lubrifié
Manix Super	plus épais : 0,05 mm d'épaisseur
Manix Crystal	fin, avec réservoir, lubrifié, hypoallergénique
Olla anatomique	anatomique, avec réservoir, lubrifié
Olla lubrifié	avec ou sans réservoir
Protex Extra-large	grande taille avec réservoir
Préservatifs sans latex	
Durex Avanti	fin, avec réservoir, lubrifié, en polyuréthane
Protex Original	ultra-fin, lubrifié, en polyuréthane

La résistance et la fiabilité des préservatifs

Elle a été testée par la revue *60 millions de consommateurs*. Celle-ci a publié en mars 2003 un banc d'essai de 28 préservatifs, en testant leur résistance et l'absence de trous.

• **Modèles ayant obtenu des résultats satisfaisants aux tests :** Buddy Boy, Durex Contour, Durex Excita, Durex Gossamer Extra, Durex Jeans, Durex Performa, Hansaplast Natural, Hansaplast Retarding, Hansaplast Sensitive, Hansaplast Stimulating, Hot Rubber Classic, Intimy, Khondomz Regular, Loops Loopy, Manix Contact 0,03, Manix Crystal, Manix Endurance, Manix Intense, Olla Lubrifié Reservoir, Protex Extra-Large, Protex Standard Plus, ainsi que les deux préservatifs sans latex, Durex Avanti et Protex Original, dont la résistance et l'imperméabilité sont identiques à celles des préservatifs en latex.

• **Modèles non satisfaisants et ne devant pas être utilisés :** Condomi Supersafe, Hansaplast Color, Manix King Size, Protex Classic Naturel, Saintex Supra.

Si vous voulez en savoir plus sur les préservatifs (masculins et féminins)

• L'Association suisse de planning familial et d'éducation sexuelle (ASPFES) a mandaté la rédaction d'un dossier complet sur les préservatifs, que l'on peut télécharger (www.croix-rouge.lu/sante/aidsberodung/prevention/classeur_preservatif.pdf).

• Le banc d'essai des préservatifs est disponible sur le site www.60millions-mag.com.

• La liste de tous les préservatifs certifiés NF est mise à jour une fois par an et publiée sur le site du Laboratoire national d'essais : www.lne.fr, rubrique « certification ».

Conseils aux femmes dont le(s) partenaire(s) utilise(nt) des préservatifs

• Ayez toujours des préservatifs chez vous et un ou deux dans votre sac à main.

• Beaucoup d'hommes craignent de perdre leur érection au moment de mettre le préservatif. Apprenez à mettre un préservatif à votre partenaire, ça maintiendra son érection. Si vous n'avez pas d'homme sous la main, entraînez-vous sur une banane.

• Si vous ne connaissez pas bien votre partenaire, ou si vous avez eu de fréquents accidents de préservatifs (rupture, glissement), utilisez aussi un spermicide (p. 131).

• Tous les corps gras sont susceptibles d'altérer le latex des préservatifs. N'utilisez pas de lubrifiant gras, mais des lubrifiants aqueux (voir encadré p. 124).

• Les traitements des mycoses vaginales altèrent également les préservatifs. Si vous souffrez d'une mycose nécessitant un traitement par ovules antifongiques, utilisez des préservatifs masculins ou féminins sans latex ou des spermicides.

• Si vous n'utilisez pas d'autre moyen de contraception que les préservatifs, ayez toujours une boîte de contraception d'ur-

gence (Norlevo) dans votre armoire de salle de bains. Si votre partenaire « oublie » le préservatif, ou si le préservatif craque ou glisse, prenez la contraception d'urgence dès que possible, dans les heures qui suivent le rapport sexuel non protégé (voir p. 77).

Préservatifs, lubrifiants et ovules vaginaux : attention !

Certaines substances, crèmes ou certains médicaments fragilisent le latex des préservatifs ; ne les utilisez jamais comme lubrifiant.

Ce sont principalement :

- la vaseline, l'huile d'amandes douces et tous les corps gras (y compris les huiles végétales, le beurre, les crèmes grasses pour le corps et les crèmes solaires) ;
- les médicaments antifongiques utilisés pour traiter les mycoses vaginales (Fazol, Fongarex, Gyno-Daktarin, Gynomyk, Gyno-Pévaryl, Gyno-Trosyd, Lomexin, Monazol, Mycostatine vaginal, Polygynax, Tergynan, Terliomexin).

Si voulez utiliser un lubrifiant, utilisez une crème spermicide (p. 131) ou un lubrifiant aqueux, qui n'altérera pas le préservatif. Les fabricants de préservatifs certifiés en commercialisent tous. Achetez-les en pharmacie, pas en sex-shop, et ne prenez que ceux qui portent la marque NF.

Les préservatifs en polyuréthane (Durex Avanti et Protex Original) ne sont pas altérés par les lubrifiants gras ou par les ovules vaginaux.

Les préservatifs féminins

Le préservatif féminin revêt une importance très grande dans la santé de toutes les populations de la planète, et en particulier dans les pays en développement d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est, où contraception et prévention des MST sont des objectifs totalement intriqués. Ça ne veut pas dire que le préservatif féminin est un moyen contraceptif et prophylactique réservé au tiers-monde. S'il est disponible en France c'est parce qu'il peut, ici aussi, rendre service à des femmes. Actuellement, deux marques de préservatifs féminins sont disponibles en France :

- Femidom, préservatif féminin en polyuréthane lubrifié.
 - Khondomz Presinette, préservatif féminin en latex.
- Tous deux sont vendus autour de 7 € la boîte de trois.

À quoi ressemble un préservatif féminin ?

Femidom est un sac oblong en polyuréthane (plastique fin) lubrifié, fermé à une extrémité et ouvert à l'autre, que la femme glisse à l'intérieur du vagin avant le rapport sexuel. À l'extrémité fermée, un anneau permet de « bloquer » le préservatif au fond du vagin, derrière l'os pubien, comme on le fait avec un diaphragme. Le polyuréthane est plus fin et plus agréable que le latex. Les sensations pendant le coït sont, pour la femme comme pour l'homme, plus proches de ce qu'elles sont sans préservatif. La longueur du préservatif féminin est la même que celle d'un préservatif masculin entièrement déroulé, mais il est un peu plus large. À l'autre extrémité, l'ouverture du préservatif féminin forme une corolle qui recouvre les organes génitaux externes (vulve, grandes lèvres) de la femme. Pendant le coït, le pénis glisse sans contact direct avec la paroi vaginale.

Presinette (préservatif féminin en latex) est constitué d'une gaine lisse munie d'un anneau souple à chaque extrémité. L'anneau intérieur, situé du côté fermé, est composé d'un coussin en mousse de latex permettant le maintien de Presinette au fond du vagin et d'absorber une grande partie du sperme et l'anneau extérieur, plus grand et en forme de V, reste à l'extérieur du vagin une fois le préservatif inséré. Il maintient en place la gaine de façon qu'elle recouvre les organes génitaux externes, ainsi que la base du pénis pendant les rapports sexuels.

Les deux préservatifs féminins n'offrent pas la même sécurité! Dans un banc d'essai publié dans le numéro de mars 2003 du magazine *60 millions de consommateurs*, on peut lire au sujet

de Presinette: « Nous le déconseillons car deux échantillons sur 300 se sont révélés défectueux aux tests de porosité. Le fabricant n'a fourni aucune étude clinique. »

Femidom est donc actuellement le seul préservatif féminin recommandé en France.

Le préservatif féminin protège à la fois de la grossesse et des MST. Il ne serre pas, peut être inséré à l'avance, et on peut l'utiliser avec n'importe quel type de lubrifiant, contrairement aux préservatifs masculins dont le latex ne tolère pas les lubrifiants huileux (p. 124) et les médicaments intravaginaux. Évidemment, il est imperméable à tous les germes, qu'il s'agisse de bactéries (gonococque, *Chlamydiae*) ou de virus (hépatites, sida, herpès).

Une protection contre les MST égale ou supérieure à celle du préservatif masculin

Toutes les études internationales conduites ces dernières années montrent que, lorsqu'il est utilisé de manière systématique par des femmes motivées, le préservatif féminin confère une protection contre les MST égale ou supérieure à celle des préservatifs masculins. De plus, la corolle extérieure du préservatif féminin recouvre aussi les organes génitaux externes de la femme. Or, plusieurs MST se manifestent par des lésions sur les grandes lèvres: la syphilis, l'herpès, les végétations vénériennes. Ces maladies (en particulier les deux dernières) se transmettent par simple contact. Lorsqu'un homme ou une femme sont porteurs d'un herpès génital, ils n'en souffrent pas en permanence: les lésions, qui sont de petites cloques comparables à celles de la varicelle, n'apparaissent qu'au cours des poussées. Mais lorsqu'elles sont présentes, ces lésions sont très contagieuses pour un partenaire sexuel. L'utilisation d'un préservatif féminin peut être particulièrement utile si les lésions se trouvent hors des zones protégées par le préservatif masculin...

Tolérance et utilisation

Au premier abord, beaucoup de femmes sont rétives à l'idée d'utiliser un préservatif féminin. Celles qui l'utilisent par nécessité permettent cependant de dire que:

- après deux ou trois essais, le préservatif féminin se révèle facile à utiliser et très confortable: il n'est ni irritant, ni gênant;
- la solidité du polyuréthane étant supérieure à celle du latex, la protection contre MST et grossesse est supérieure à celle du préservatif masculin; de ce fait, les femmes qui ont l'expérience de l'un et de l'autre sont plus rassurées par le préservatif féminin – d'autant plus qu'elles peuvent le mettre en place à l'avance et ont moins souvent besoin de l'accord de l'homme pour l'utiliser.

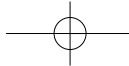
Mode d'emploi du préservatif féminin

Figure 9 : Mise en place du préservatif féminin

Il peut être mis avant le début de la relation sexuelle. Il n'est donc pas nécessaire d'attendre que le pénis du partenaire soit en érection pour introduire ce préservatif.

1. Mettez-vous dans une position confortable.
2. Ouvrez l'emballage individuel du préservatif et sortez le produit avec précaution. Ne pas utiliser d'objet tranchant tel que ciseaux ou couteau.
3. Pincez l'anneau interne entre deux doigts. Avec l'autre main, écartez les replis de la vulve (lèvres) autour de l'orifice vaginal. Placez le préservatif entre les lèvres et





insérez l'anneau dans le vagin, poussez-le aussi loin que possible (si vous utilisez des tampons, vous connaissez déjà ces derniers gestes).



4. Puis placez l'index dans le fourreau (intérieur du préservatif) et poussez l'anneau interne libéré dans le fond du vagin.

5. Le préservatif est bien en place lorsque l'anneau interne se situe juste en arrière de l'os pubien. Vous pouvez sentir l'os pubien en courbant l'index une fois que celui-ci est introduit dans le vagin. L'anneau externe s'applique sur la vulve et ne doit pas pénétrer dans le vagin.

6. Afin de faciliter les rapports sexuels, nous vous suggérons de guider le pénis de votre partenaire à l'intérieur du préservatif afin d'éviter que le membre ne passe à côté.

7. Pendant que vous faites l'amour, il est tout à fait normal que le préservatif féminin se déplace légèrement. Rajouter du lubrifiant dans le fourreau facilite la relation.

8. Si vous sentez que l'anneau externe est entraîné dans le vagin, ou si le pénis commence à pénétrer en dehors du fourreau, vous devez interrompre le rapport sexuel, demander à votre partenaire de se retirer et utiliser un autre préservatif avec davantage de lubrifiant dans le fourreau.

9. Le préservatif féminin tapisse les parois de votre vagin, il n'est donc pas nécessaire que votre partenaire se retire immédiatement après éjaculation. Vous pouvez vous débarrasser du fourreau lorsque cela vous convient à tous les deux. Pour ôter le préservatif, retirez-le doucement puis faites tourner l'anneau externe sur lui-même pour empêcher le sperme de sortir. Remettez le préservatif utilisé dans son emballage individuel et jetez-le à la poubelle, pas dans les toilettes.

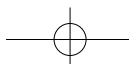
10. Pour une utilisation correcte, il est indispensable de s'entraîner à la mise en place du préservatif féminin.

À qui peut-on recommander l'utilisation du préservatif féminin ?

- Aux couples qui utilisent déjà le préservatif masculin, à la place de celui-ci, ou en alternance, pour varier les plaisirs.
- Aux femmes ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, pour réduire les risques de MST et d'infections gynécologiques.
- Aux femmes souffrant de lésions contagieuses sur les organes génitaux externes (herpès, syphilis, végétations vénériennes...), pour ne pas infecter leur(s) partenaire(s).
- Aux femmes dont le(s) partenaire(s) refuse(nt) de porter un préservatif masculin.

Conseils aux femmes qui désirent utiliser des préservatifs féminins

- Le préservatif féminin a un petit inconvénient (qui peut être amusant ou gênant, selon les cas) : il rend le coït un peu bruyant ! Il peut être utile d'utiliser un lubrifiant à l'intérieur du préservatif pour réduire le bruit. Le lubrifiant évite aussi que le préservatif féminin ne soit déplacé par les mouvements du pénis. (En revanche, n'utilisez pas de lubrifiant à l'extérieur du préservatif féminin : cela pourrait contribuer à le faire glisser hors du vagin !!!)
- Les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec une femme utilisant un préservatif féminin trouvent que celui-ci procure des sensations plus agréables que le préservatif masculin. Dites-le à vos partenaires pour les convaincre de l'essayer avec vous !
- Au moment de la pénétration, il est utile de guider le pénis de votre partenaire pour qu'il glisse à l'intérieur du préservatif féminin, et non à côté, entre le préservatif et la paroi vaginale...



- N'utilisez pas un préservatif féminin en même temps qu'un préservatif masculin : le frottement risque de déloger le préservatif féminin...

- Pour ôter le préservatif féminin, saisissez l'extrémité extérieure, tortillez-la sur elle-même et retirez le préservatif. Ne le jetez pas dans les toilettes (ça pourrait les boucher). Disposez-en comme vous le faites des serviettes hygiéniques.

- Dans les pays en développement, les préservatifs féminins en polyuréthane, très coûteux, sont réemployés après avoir été nettoyés et séchés. On peut le faire, mais il n'est pas recommandé de les réutiliser plus de trois à quatre fois.

Conclusion

Le préservatif féminin est un nouveau venu très utile dans l'éventail des méthodes contraceptives. Il a été accueilli froidement en Europe, beaucoup mieux en Afrique, où les MST sont très fréquentes et où l'usage du préservatif masculin est problématique. Il va falloir attendre quelques années pour que son utilisation se répande en France, mais on aurait tort de le mésestimer : son confort est meilleur que ne le laisse penser son aspect peu engageant.

Son intérêt contraceptif est grand, la protection qu'il confère contre les MST ne l'est pas moins et le fait que la femme en maîtrise l'usage n'est pas du tout négligeable. Il peut être extrêmement utile aux femmes qui ont de nombreux partenaires sexuels – et, en particulier, aux femmes prostituées.

Tableau 7 : Préservatif masculin et préservatif féminin, caractéristiques respectives

Préservatif masculin	Préservatif féminin
En latex ou en polyuréthane.	Le modèle en latex (Presinette) n'est pas sûr.
Utilisable seulement si l'homme est d'accord.	Utilisable même si l'homme n'est pas d'accord.
Protège contre les MST.	Protège contre les MST, y compris lorsqu'elles sont situées sur les organes génitaux externes (herpès, syphilis, végétations vénériennes) ; semble protéger particulièrement contre les récidives d'infections à trichomonas (p. 455).
Ne peut être mis en place que juste avant le rapport sexuel, au moment de l'érection.	Peut être mis en place à l'avance.
L'homme doit se retirer juste après éjaculation.	L'homme n'a pas besoin de se retirer immédiatement.
Le latex est sensible à la chaleur et à l'humidité, et peut craquer s'il est exposé à des lubrifiants huileux ou à des médicaments administrés par voie vaginale.	Le polyuréthane est insensible à la chaleur et à l'humidité, peut être utilisé avec toutes les sortes de lubrifiants (huileux et aqueux) ainsi que par les femmes recevant un traitement par voie vaginale (antifongique, par exemple).
Usage unique.	Usage unique.

Les spermicides

Ce sont des médicaments qui détruisent ou inactivent les spermatozoïdes. Ils se présentent sous forme de crèmes ou d'ovules qui doivent être placés dans le vagin avant le rapport sexuel. Ils peuvent être utilisés seuls, ou associés à une méthode barrière : préservatifs, diaphragme ou cape cervicale (voir plus loin), éponges. Le tableau ci-après énumère les produits actuellement disponibles en France.

Tableau 8 : Spermicides disponibles en France

Crèmes spermicides	Présentation
Alpagelle crème (Chlorure de benzalkonium)	Tube de 80 g ou boîte de 6 doses unitaires
Pharmatex crème (Chlorure de benzalkonium)	Tube de 72 g ou boîte de 6 doses unitaires
Flexogyne crème (Chlorure de benzalkonium)	Boîte de 6 doses unitaires
Génola (héxylrésorcinol + laurylsulfate de sodium)	Gel - tube de 70 g
Ovules spermicides	
Chlorure de benzalkonium	Boîte de 20 ovules
Théramex - ovules	
Flexogyne ovules	Boîte de 6 ovules
Pharmatex capsules	Boîte de 6 capsules
Pharmatex mini-ovules	Boîte de 10 ou 20
Pharmatex ovules	Boîte de 10 ou 20 ovules
Éponge vaginale enduite de spermicides	
Pharmatex tampon vaginal	Boîte de 6

Délat et durée d'action des spermicides

Elle varie avec la forme : le délai d'action est immédiat pour les crèmes et le tampon vaginal ; pour les ovules, en revanche, il faut attendre qu'ils fondent (entre cinq et dix minutes!).

Efficacité contraceptive des spermicides

Les substances spermicides sont plus efficaces en théorie qu'en pratique. La principale raison en est que, placé au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide est dispersé dans le vagin pendant le coït ; or, c'est à l'entrée du col qu'il est le plus efficace. Comme pour toutes les méthodes exigeant une utilisation parfaite, la fréquence des échecs des spermicides utilisés seuls varie entre 4 % pour les couples très motivés et 30 % pour les utilisateurs occasionnels!

Spermicides et MST

Tous les spermicides sont dotés d'une certaine activité antimicrobienne. En théorie (en laboratoire), ils détruisent les gonocoques, les *Chlamydiae*, et certains virus, y compris le HIV. Leur efficacité n'est cependant pas aussi nette dans la réalité. Certains travaux ont même montré que l'utilisation répétée (plus de quatre fois par jour) de spermicides contenant du nonoxynol-9 provoque des irritations et des ulcérations vaginales, qui peuvent favoriser la contamination par les virus sexuels, en particulier celui du sida. Les spermicides ne doivent donc jamais être utilisés seuls lorsqu'il existe un risque de contamination par le HIV ou d'autres maladies virales (hépatite B, herpès).

Quel spermicide utiliser ?

Ce choix dépend essentiellement des caractéristiques respectives du produit utilisé et des préférences de la femme :

- les **ovules** doivent fondre pour être efficaces ; il faut les mettre en place cinq à dix minutes avant le rapport sexuel. Lorsqu'ils ont fondu, ils coulent, ce qui peut être désagréable... et inefficace si la femme a un rapport sexuel dans une position autre qu'allongée. Et il faut en remettre un à chaque rapport sexuel...
- les **crèmes** disposent d'un applicateur identique à celui des tampons hygiéniques, ou se présentent dans des tubes unidoses munis d'un long col qui permet d'en injecter une dose au fond du vagin ; elles sont efficaces d'emblée et coulent moins que les ovules ; elles peuvent servir de lubrifiant en cas de rapport avec préservatifs, et doivent être utilisées par les femmes qui portent un diaphragme ou une cape cervicale (p. 136) ;
- le **tampon Pharmatex** est une petite éponge imprégnée de spermicide, qui se place facilement au fond du vagin et peut être mise en place plusieurs heures avant le rapport. Contrairement aux ovules, son efficacité est immédiate. Autre avantage par rap-

port aux crèmes et ovules : elle peut être laissée en place s'il y a plusieurs rapports successifs. Elle peut être enlevée deux heures après le rapport sexuel ou laissée en place vingt-quatre heures. C'est une solution plus confortable que les autres méthodes spermicides, mais aussi beaucoup plus coûteuse. Elle peut cependant rendre service et on devrait, à mon avis, la trouver dans l'armoire à pharmacie des femmes qui vivent seules et n'ont pas de rapports sexuels réguliers, aux côtés d'une boîte de préservatifs et d'une boîte de Norlevo (voir « Contraception d'urgence » p. 80 et « Adulte vivant seul(e) », p. 381).

Tableau 9 : Résumé des avantages et inconvénients des spermicides

Avantages	Inconvénients
Disponibles sans ordonnance.	Efficacité contraceptive aléatoire (jusqu'à 30 % d'échecs), coût relativement élevé.
Pas de danger, sauf en cas d'utilisation excessive (plus de 4 fois par jour !!!).	Ni très pratiques ni très agréables à utiliser (sauf le tampon Pharmatex).
Pour les femmes : utilisables à volonté, et sans que le partenaire le sache.	Il faut attendre 5 à 10 minutes pour que les ovules soient actifs.
Protègent partiellement contre certaines MST.	Durée d'action variable : 60 minutes pour les ovules, 8 heures pour les crèmes, 24 heures pour le tampon Pharmatex.
Servent aussi de lubrifiant vaginal.	Peuvent entraîner une irritation locale ou une allergie (chez 1 à 5 % des utilisatrices). Leur goût ne favorise pas le coït buccal...
Augmentent l'efficacité des préservatifs et des diaphragmes et capes cervicales.	L'utilisation régulière semble favoriser la fréquence des cystites féminines.

Quand les spermicides peuvent-ils être utilisés seuls ?

Essentiellement, dans des situations où il n'existe pas de risque de MST (couple stable et monogame) et où la fécondité est réduite. Autrement dit :

- par les femmes qui viennent d'accoucher et allaitent leur nourrisson (les spermicides ne passent pas dans le lait) ;
- par les femmes de plus de quarante-cinq ans ayant des rapports sexuels occasionnels, car leur fécondité est moindre qu'à vingt-cinq ans. Cependant, les femmes de tous les âges ayant une sexualité régulière devraient plutôt opter pour une contraception permanente (pilules, DIU, etc.) ;
- éventuellement, en complément ou à la place des préservatifs, en cas d'oubli de pilule pendant la semaine qui suit l'oubli (p. 222 et 237) ;
- par les couples qui ne veulent pas ou ne peuvent pas utiliser de préservatifs (en cas d'allergie au latex, par exemple) ;
- par les couples qui désirent seulement espacer les naissances en complément des méthodes naturelles (coït interrompu, abstinence périodique) ; l'utilisation de spermicides n'a pas d'effet nocif sur une éventuelle grossesse.

Conseils aux femmes utilisant des spermicides

- Utilisez des spermicides lors de **tous les rapports**, quel que soit le moment du cycle. Rappelez-vous : les spermatozoïdes peuvent survivre sept jours et une ovulation peut survenir à n'importe quel moment du cycle (voir p. 101).
- L'efficacité du spermicide est proportionnelle au soin avec lequel on l'applique : lisez à l'avance les instructions du produit que vous décidez d'utiliser ; entraînez-vous à placer un ovule ou une dose de crème au fond du vagin, au contact du col de l'utérus ; suivez très précisément les instructions (en particulier, au sujet du délai d'attente avant et de la durée d'action après le rapport sexuel).
- Les spermicides peuvent être utilisés sans que votre partenaire le sache. S'il s'agit d'un partenaire que vous ne connaissez pas bien, exigez tout de même qu'il utilise un préservatif : utilisées ensemble, les deux méthodes sont plus efficaces que chacune ne l'est seule, aussi bien contre les MST que pour prévenir une grossesse.

- Ne pratiquez jamais de « douche vaginale », ni avant ni après la mise en place du spermicide. **Tous les savons peuvent inactiver les spermicides.** Si vous désirez absolument faire votre toilette juste après un rapport sexuel, utilisez le « pain moussant Pharmatex » (vendu en pharmacie), qui contient du chlorure de benzalkonium, la substance spermicide la plus répandue en France. N'injectez rien (pas même de l'eau claire) à l'intérieur du vagin !

- N'utilisez pas de spermicides si vous souffrez d'une irritation, d'une plaie vaginale, d'une infection ou d'une mycose. Utilisez plutôt des préservatifs bien lubrifiés jusqu'à guérison des symptômes.

- Si on vous a prescrit un traitement par voie vaginale, n'utilisez ni spermicides ni préservatifs masculins : les crèmes et traitements administrés par voie vaginale sont susceptibles de fragiliser les préservatifs et de contrarier les effets des spermicides.

Diaphragme et cape cervicale

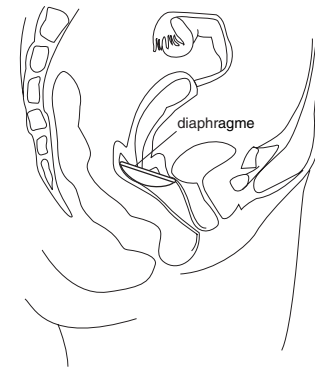
Pour des raisons historiques et culturelles, diaphragmes et capes cervicales sont surtout utilisés dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Ils ont longtemps été le seul équivalent féminin du préservatif. Leur utilisation est limitée par leur caractère peu pratique. Lorsque la femme veut utiliser une méthode « barrière » et la maîtriser elle-même, le préservatif féminin (voir p. 124) me paraît à tous égards beaucoup plus sûr, ne serait-ce que parce qu'il protège aussi contre les MST, ce que diaphragme et cape cervicale ne font pas.

Le diaphragme

Un diaphragme est constitué par un anneau métallique rond et flexible sur lequel est tendue une membrane de latex ; la femme l'enduit de spermicide et le place au fond du vagin, sur

le col de l'utérus. Pendant le rapport sexuel, les contractions de l'utérus « aspirent » les spermatozoïdes. Lorsqu'il est en place, le diaphragme empêche l'ascension des spermatozoïdes par le col tandis que le spermicide les inactive ou les détruit. Du fait que la partie supérieure du vagin se dilate pendant le coït, le diaphragme ne « l'obture » jamais de manière hermétique, d'où la nécessité de lui associer des spermicides.

Figure 10 : Diaphragme en place.



Une efficacité qui varie avec l'utilisation

Des études menées auprès de femmes britanniques ont montré que l'efficacité contraceptive du diaphragme augmente avec l'âge de la femme (qui s'accompagne d'une diminution de la fécondité), son habitude à utiliser le diaphragme et sa résolution à ne plus jamais être enceinte : les femmes les plus résolues courent moins de risques d'échec contraceptif que celles qui envisagent d'avoir encore un enfant.

Ainsi, la fréquence des grossesses accidentelles chez les utilisatrices de diaphragme est de 12 à 20 % chez les jeunes femmes pendant les premiers mois d'utilisation du diaphragme, mais peut descendre à 0,7 % chez des femmes de plus de trente-cinq

ans utilisant un diaphragme depuis quatre ans ou plus. Comme pour les méthodes naturelles et les préservatifs, la motivation, l'application et l'expérience sont les meilleurs garants de l'efficacité contraceptive. Évidemment, les échecs sont d'autant plus nombreux que la femme « omet » ou « oublie » d'utiliser son diaphragme en pensant (à tort) que son ovulation est encore loin ou déjà passée...

Une protection relative contre certaines MST

Comme toutes les méthodes barrière, le diaphragme protège aussi contre certaines MST, essentiellement contre les maladies bactériennes susceptibles d'infecter l'utérus et les trompes. Il ne protège pas bien contre les virus – HIV, hépatites, herpès – ni contre le tréponème responsable de la syphilis, qui peut provoquer des lésions vaginales ou vulvaires par simple contact avec un pénis infecté (et réciproquement).

Un handicap majeur : les lacunes des médecins

L'apprentissage du port d'un diaphragme nécessite une initiation par un praticien, une sage-femme ou une conseillère rompue à l'utilisation du diaphragme. Malheureusement, la plupart des généralistes français et trop de gynécologues ne savent ni les prescrire ni enseigner leur utilisation – ils trouvent que cela demande trop de temps eu égard aux contraintes de la méthode et à son efficacité limitée. Or, ce n'est pas au médecin de choisir la contraception, mais à la femme.

À qui s'adresser pour apprendre à utiliser un diaphragme ?

Les centres de planification publics des hôpitaux et les centres privés du Mouvement français pour le planning familial (voir adresses p. 521) délivrent en principe toutes les formes de contraception. Les médecins, sages-femmes et conseillères expérimentés qui y travaillent peuvent vous enseigner à utiliser un diaphragme.

Choix et insertion du diaphragme

Si vous désirez opter pour le diaphragme, il vous faut en choisir un à votre taille et apprendre à l'utiliser. Vous ne pouvez pas faire cela toute seule. Il vous faudra deux consultations ou plus dans un cabinet médical, un service de gynécologie ou un centre de planification. À la première consultation, le médecin ou la sage-femme doit vous interroger pour vérifier que l'utilisation du diaphragme est possible, puis, avant de vous le prescrire, évaluer la taille adéquate au moyen d'un examen gynécologique. Il existe des diaphragmes de tailles différentes (entre 55 et 95 mm de diamètre), dont les anneaux métalliques se comportent différemment quand on les plie pour les introduire. Les médecins et les sages-femmes qui les prescrivent peuvent vous montrer et vous faire essayer plusieurs tailles et plusieurs types afin de guider votre choix. Si l'une de vos amies a recours à un diaphragme depuis très longtemps, elle aussi saura vous en expliquer l'utilisation.

L'insertion d'un diaphragme exige une gymnastique un peu complexe au premier abord :

1. Avant de poser le diaphragme, vous devez apprendre à repérer le col de l'utérus. La position la plus confortable est de se mettre debout et de poser un pied sur un tabouret. Vous pouvez aussi choisir de vous accroupir, ou encore de vous coucher sur le dos, les deux jambes repliées. Glissez l'index et le majeur dans le vagin. (Pourquoi introduire les deux doigts ? Parce que le majeur est le doigt le plus long, et il est difficile de l'introduire en repliant l'index...) Vous sentirez au fond du vagin, plus en arrière qu'en haut, une protubérance ayant la consistance d'un nez.
2. Une fois le diaphragme enduit de crème spermicide, tenez-le plié entre les deux doigts de la main dominante (la droite si vous êtes droitier).
3. De l'autre main, écarter les grandes lèvres. Introduisez le diaphragme plié dans le vagin en le poussant horizontalement

(et non vers le haut). Vous sentirez l'anneau du diaphragme buter sur le col, puis glisser dessous.

4. Introduisez l'index et le majeur ensemble dans le vagin et poussez la partie de l'anneau la plus proche de vous vers le haut, pour la coincer derrière l'os du pubis.

5. Une fois le diaphragme en place, vous devez palper la membrane de latex au moyen de l'index et du majeur pour vérifier qu'elle recouvre bien le col.

6. Pour le retirer, délogez l'anneau du bout du doigt puis tirez sur le diaphragme.

Tous ces conseils sont théoriques. **Rien ne vaut la pratique.** Les femmes qui ont l'habitude d'utiliser un diaphragme n'ont besoin que de quelques secondes pour le mettre en place. Si vous avez beaucoup de mal à apprendre, vous n'êtes peut-être pas faite pour cette méthode contraceptive.

Où acheter des diaphragmes ?

C'était très difficile il y a trois ans, mais depuis la deuxième édition de ce livre, un fabricant français commercialise de nouveau des diaphragmes en France. La société Bivéa propose sur son site en ligne (www.bivea.fr) diaphragmes, capes cervicales et préservatifs féminins.

Conseils aux femmes qui commencent à utiliser un diaphragme

- Utilisez le diaphragme à tout moment du cycle – y compris juste avant, pendant ou juste après les règles!
- Videz votre vessie avant de mettre le diaphragme en place.
- Appliquez de la crème spermicide tout autour de l'anneau (des deux côtés) et mettez-en deux traits sur chaque face du diaphragme, mais ne le « tartinez » pas!
- N'oubliez pas de vérifier que le diaphragme recouvre bien le col.

- Si vous avez des rapports sexuels plus de trois heures après avoir mis votre diaphragme, ne le retirez pas mais placez un ovule spermicide supplémentaire ou de la crème au moyen d'un applicateur. Si vous utilisez un ovule, pensez à attendre dix minutes avant d'avoir un nouveau rapport.

- Si vous avez plusieurs rapports, remettez des spermicides chaque fois.

- Laissez le diaphragme en place pendant six heures au moins après les rapports sexuels : le séjour dans la cavité vaginale achèvera de détruire les spermatozoïdes. Ne gardez pas le diaphragme plus de vingt-quatre heures d'affilée.

- Ne prenez pas de bain avec votre diaphragme. Une douche, en revanche, ne pose aucun problème.

- Le diaphragme doit être lavé au savon de Marseille, bien rincé, bien séché et rangé dans son étui à l'abri de l'humidité et de la chaleur. Ne mettez jamais ni lubrifiant ni corps gras au contact du diaphragme : ils altèrent le latex.

- Méfiez-vous de vos ongles, ils peuvent faire des trous dans le diaphragme. De temps à autre, vérifiez que le latex est intact en plaçant le diaphragme devant une forte source lumineuse.

- Les variations de poids de plus de 3 kg peuvent modifier la taille du vagin et nécessiter de changer de diaphragme.

À qui le diaphragme est-il déconseillé ?

- Aux très jeunes femmes, à qui il paraîtra beaucoup trop contraignant et pour qui il s'agit d'une contraception insuffisante.
- Aux femmes qui ne désirent pas faire de manipulations vaginales.
- Aux femmes pour qui une grossesse ferait courir un risque grave (maladie cardiaque).
- Aux femmes ayant des rapports sexuels réguliers et fréquents avec plusieurs partenaires (sa fiabilité contraceptive est insuffisante et il ne protège pas bien contre les MST).

- Aux femmes souffrant d'infections urinaires à répétition ou ayant un prolapsus (« descente d'organes ») à la suite de grossesses nombreuses.
- Aux couples qui désirent une contraception aussi fiable que possible.

Qui peut utiliser un diaphragme?

- De préférence, les femmes vivant en couple avec un partenaire stable, sans risque de MST, qui désirent espacer les naissances et donc acceptent l'éventualité d'une grossesse imprévue.

Tableau 10 : Résumé des avantages et inconvénients des diaphragmes

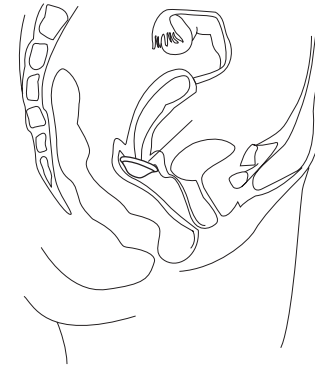
Avantages	Inconvénients
Ils sont sans danger, peu coûteux à l'usage, et peuvent être posés plusieurs heures avant le rapport sexuel.	Ils nécessitent une ou plusieurs consultations d'apprentissage auprès d'un médecin ou d'une conseillère de planification, et la prescription d'un diaphragme de taille adéquate. Les spermicides augmentent notablement le coût de la méthode.
Ils permettent d'avoir des rapports pendant les règles (en empêchant momentanément les saignements).	Ils ne peuvent être utilisés que par les femmes qui ne sont pas gênées par les manipulations vaginales.
Ils peuvent être utilisés par la femme sans que le partenaire le sache.	Dans certaines positions, le partenaire peut sentir le diaphragme. Le diaphragme peut se déplacer pendant le rapport sexuel. En cas de rapports répétés, il faut remettre à chaque fois de la crème spermicide.
Ils préviennent certaines MST bactériennes (gonocoques, <i>Chlamydiae</i>).	Ils ne protègent pas contre le HIV, les virus des hépatites et de l'herpès, la syphilis.
L'efficacité augmente avec l'âge et l'habitude.	Ils doivent être utilisés systématiquement, à tous les rapports et à tout moment du cycle. Pour des raisons anatomiques, les diaphragmes (mais non les capes cervicales) favorisent les cystites. Des irritations ou des allergies (dues aux spermicides) et, plus rarement, une ulcération due à la pression de l'anneau du diaphragme sont également possibles.

- Les femmes qui ne sont pas gênées par les manipulations vaginales qu'il nécessite: pose, vérification, retrait, entretien.
- Les femmes ayant des rapports sexuels peu fréquents mais réguliers (le week-end seulement, par exemple).
- Les femmes ayant déjà souffert d'une dysplasie (anomalie précancéreuse) ou d'un cancer microscopique du col de l'utérus.

La cape cervicale

Il s'agit d'une sorte de « chapeau » qui se place sur le col utérin et le recouvre, empêchant le passage des spermatozoïdes (figure 12). La cape cervicale Ovès, modèle le plus récent, a été commercialisée en 1998.

Figure 11 : Cape cervicale en place



Avantages

La cape cervicale est en silicone, matériau imperméable mieux toléré que le latex (les allergies à la silicone sont rarissimes). Elle est plus facile à mettre en place qu'un diaphragme et peut être utilisée avec des spermicides. Elle est jetable (on ne peut pas la

réutiliser) et le plus souvent vendue en boîte de trois. Elle peut être laissée en place jusqu'à soixante-douze heures.

Inconvénients

L'efficacité contraceptive de la cape cervicale n'est pas supérieure à celle d'un diaphragme (10 à 20 % d'échecs en moyenne). Elle ne protège pas contre toutes les MST, car elle ne recouvre que le col. Environ 20 % des femmes disent la sentir, en dehors et pendant les rapports sexuels.

C'est un mode de contraception locale plus facile à utiliser et probablement aussi efficace qu'un diaphragme, mais (à mon avis) moins pratique, moins confortable et moins sûr qu'une éponge contraceptive (tampon Pharmatex) ou un préservatif féminin (voir p. 124).

Où acheter des capes cervicales?

La société française Bivéa propose sur son site en ligne (www.bivea.fr) diaphragmes, capes cervicales et préservatifs féminins. Le site comprend de plus des informations très claires sur la manière de choisir et d'utiliser les différents types de cape cervicale proposés par le fabricant.

3-5 LA CONTRACEPTION HORMONALE

Pendant la grossesse, les hormones sécrétées par les ovaires et l'embryon bloquent l'ovulation. De ce fait, les femmes ne peuvent pas être fécondées alors qu'elles sont déjà enceintes. Ce phénomène était déjà démontré dans les années 1920, mais il fallut attendre les années 1940 et la synthèse artificielle des hormones féminines pour que l'idée d'un usage contraceptif vienne au jour. Dans les années 1950 et 1960, à l'initiative de Margaret Sanger, pionnière américaine de la contraception, la millionnaire Katherine McCormick finance les travaux de Gregory Pincus, biologiste à qui l'on attribue la paternité de la pilule contraceptive. Le gouvernement américain refusant d'autoriser son expérimentation sur son propre sol, la première contraception hormonale est testée à Porto Rico en 1956. À l'origine, le médicament devait contenir seulement un progestatif (qui suffit à bloquer l'ovulation), mais les comprimés contiennent accidentellement du mestranol, un estrogène, ce qui se révèle un hasard heureux : l'association estrogène + progestatif est en effet plus efficace pour bloquer l'ovulation que le progestatif seul. La première pilule estro-progestative (ou « pilule combinée ») est commercialisée aux États-Unis en 1960, en Grande-Bretagne en 1961. Son usage n'est autorisé en France qu'en 1967 avec la loi Neuwirth, qui rendait la contraception légale. Jusqu'alors, toute promotion des « méthodes anticonceptionnelles » était interdite et sévèrement réprimée dans notre beau pays. Il a d'ailleurs fallu attendre la fin du XX^e siècle pour que la promotion de la contraception soit non seulement autorisée mais encouragée par les pouvoirs publics – par des campagnes de promotion très timides, il est vrai.

En dehors de la contraception d'urgence dont il est question p. 77, sept formes de contraception hormonale sont commercialisées en France. Ce sont :

1° Les pilules combinées (p. 152)

Elles contiennent les deux hormones féminines (estrogène et progestatif) et constituent la contraception hormonale la plus utilisée au monde. Elles ont révolutionné la contraception pendant les années 1960, mais les effets indésirables des estrogènes sur l'appareil vasculaire et leur mauvaise tolérance par certaines femmes relativisent leur emploi. Aujourd'hui, bien qu'elles soient la méthode la plus prescrite par les médecins français, il est certain que les pilules combinées ne conviennent pas à toutes les femmes. De plus, leur efficacité repose sur une bonne connaissance de leur mode d'action et sur une utilisation soigneuse. Or, l'information adéquate n'est pas toujours donnée par les médecins.

2° Les pilules progestatives, contraception méconnue (p. 226)

Souvent désignées par le terme (impropre) de « micropilules », elles ne contiennent pas d'estrogène mais seulement un progestatif ; leurs effets contraceptifs ne sont pas exactement les mêmes que ceux de la pilule combinée, et elles sont malheureusement sous-utilisées alors qu'il s'agit d'une contraception aussi fiable, sans effets néfastes sur les vaisseaux sanguins, et qui peut convenir à un très grand nombre de femmes – en particulier à celles qui fument ou qui ont déjà souffert d'une phlébite (caillot dans une veine de la jambe). Outre des pilules contenant des progestatifs à faible dose et conçues pour être prises en permanence (365 jours par an), des progestatifs prescrits 21 jours par mois à des femmes souffrant de certaines affections (de fibromes utérins ou d'endométriose) ont également un effet contraceptif aux doses habituellement utilisées.

3° L'implant contraceptif, diabolisé par les médecins (p. 240)

Les implants contraceptifs existent déjà dans de nombreux pays depuis une vingtaine d'années. Le premier dispositif de ce

genre en France a été commercialisé en mai 2001 sous le nom de marque « Implanon », accompagné par une campagne médiatique importante dans la presse et sur les chaînes télévisées... Cela, avant même que les médecins aient appris à le poser ou à en connaître les effets secondaires (peu nombreux, mais parfois gênants). Six ans plus tard, de nombreuses femmes continuent à le réclamer en vain à des médecins qui ne savent pas ou ne veulent pas en poser ou, pire, qui refusent de les retirer!!! Or, c'est un système contraceptif très intéressant, qui consiste à glisser sous la peau du bras un bâtonnet grand comme une allumette et contenant un progestatif. Actif pendant trois ans, l'implant contraceptif apporte une tranquillité contraceptive quasi absolue. Mais il a plusieurs inconvénients qu'il faut bien connaître avant de l'adopter.

4° Les progestatifs injectables : quatre fois par an seulement (p. 252)

Cette méthode également sous-employée consiste à injecter un progestatif sous la forme d'une piqûre intramusculaire. Le progestatif est libéré progressivement dans l'organisme et entraîne un blocage de l'ovulation pendant huit à douze semaines selon le produit administré. Longtemps « réservés » aux femmes considérées par les médecins comme incapables de prendre une pilule chaque jour (les femmes handicapées mentales ou atteintes de troubles psychiatriques chroniques), ils constituent eux aussi une contraception extrêmement efficace, qui mériterait d'être mieux connue.

5° Le DIU hormonal, contraceptif et thérapeutique (p. 276, 305)

Contrairement aux autres DIU (voir p. 274), il ne contient pas de cuivre, mais un progestatif qui est libéré à doses infinitésimales à l'intérieur de l'utérus. Son action hormonale n'est pas seulement localisée à l'utérus, mais peut aussi entraîner un blo-

cage de l'ovulation et en fait l'un des choix contraceptifs les plus efficaces et les plus confortables disponibles actuellement. Je le décris en détail dans le chapitre sur les DIU.

6° Le « patch » (timbre) contraceptif (p. 259)

Commercialisé aux États-Unis depuis 2002, c'est un timbre que l'on colle sur la peau et qui délivre les mêmes hormones qu'une pilule estro-progestative. Son efficacité est similaire, mais son confort bien supérieur, puisqu'on le garde pendant une semaine. Commercialisé en France depuis 2004, il est utile pour certaines femmes. Mais une étude américaine récente semble indiquer qu'il favorise les accidents thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire), ce qui est évidemment préoccupant.

7° L'anneau vaginal (p. 264)

Comme l'implant, il s'agit d'une méthode qui existe depuis une trentaine d'années, mais disponible en France depuis 2004. Il s'agit d'un anneau contenant un progestatif seul ou une association estro-progestative, placé au fond du vagin, près du col de l'utérus. La ou les hormones qu'il contient passe(nt) directement dans le sang, ce qui en principe pourrait réduire les effets secondaires (nausées, en particulier) responsables de beaucoup d'arrêts de pilule. Mais, comme toutes les méthodes, l'anneau ne convient pas à toutes les femmes.

IL Y A DEUX TYPES DE PILULE !

Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, pour qu'une méthode contraceptive soit pleinement efficace, il faut la choisir et l'utiliser en connaissance de cause.

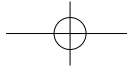
Malgré sa réputation d'efficacité, cette règle s'applique aussi à la « pilule » qui, pour être la méthode la plus employée en

France, est cependant très mal utilisée. L'étude de Bajos et coll., citée au début de ce livre (p 13 et 96), montre en effet que parmi les femmes qui sont enceintes sans l'avoir voulu, les deux tiers utilisaient une contraception, dont 20 % la pilule (contre 9 % un DIU). Cela s'explique par une considérable carence de la part du corps médical quant aux informations délivrées... à commencer par celle-ci : il existe *deux* types de pilule.

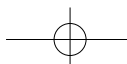
Les pilules « combinées » contiennent deux hormones : un estrogène (c'est toujours l'éthinil-estradiol) et un progestatif (un parmi une demi-douzaine).

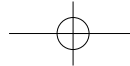
Regardez la boîte de votre pilule. Si vous voyez « éthinil-estradiol » écrit sur le côté, c'est forcément une *pilule combinée*. Les pilules combinées furent les premières contraceptions hormonales mises au point, mais sont aussi celles qui ont le plus évolué au fil des années. Elles sont aussi les plus employées en France – et c'est parfois bien dommage. Du fait qu'elles contiennent un estrogène, les pilules combinées peuvent, en particulier chez les femmes qui fument ou qui ont des antécédents familiaux de maladies vasculaires, provoquer des accidents graves (formation d'un caillot dans une veine ou dans une artère) que les médecins qualifient de « thrombo emboliques » : un « thrombus », c'est un caillot ; une embolie, c'est le fait que ce caillot se déplace et aille boucher un vaisseau important et provoque l'asphyxie d'un organe. Pour ces raisons, un grand nombre de femmes ne peuvent pas les utiliser (voir p. 163).

Le deuxième type de pilule contraceptive ne contient pas d'estrogène. Il s'agit des pilules contenant seulement un progestatif. Elles peuvent en revanche être prises par presque toutes les femmes. Nous y reviendrons en détail dans le chapitre suivant (p. 226).


Tableau 11 : Les méthodes de contraception hormonale disponibles en France, en 2007. Pour la contraception d'urgence, voir p. 77 et suivantes

Méthode hormonale	Nom	Mode d'emploi	Mode d'action	Commentaires
1° Pilules combinées Minidosées à 21 comprimés	Adépal, Cilest, Cycléane 20, Cycléane 30, Effiprev, Harmonet, Méliane, Mercilon, Minidril, Miniphase, Minulet, Moneva, Ortho-Novum 1/35, Phaeva, Triella, Tri-Minulet, Trinordiol, Varnoline.	1 comprimé par jour pendant trois semaines, arrêt d'une semaine	Blocage de l'ovulation. Effet « barrière » par épaissement de la glaire cervicale. Effet anti-implantatoire (théorique).	Efficacité théorique : 99 %. En cas d'oubli(s) : 5-15 % d'échecs. Déconseillées chez les femmes de plus de 35 ans qui fument. (Risque vasculaire.)
Minidosées à 28 comprimés	Minesse, Mélodia, Varnoline Continu.	1 comprimé par jour, sans interruption 365 jours/an.	Blocage de l'ovulation. Effet « barrière » par épaissement de la glaire cervicale. Effet anti-implantatoire (théorique).	Efficacité théorique : 99 %. La présentation de Minesse et Melodia réduit les échecs en cas d'oubli. Celle de Varnoline Continu supprime la semaine d'arrêt sans diminuer les échecs en cas d'oubli. Déconseillées chez les femmes de plus de 35 ans qui fument. (Risque vasculaire.)
Normodosées	Planor, Stédiril.	1 comprimé par jour pendant trois semaines, arrêt d'une semaine.	Blocage de l'ovulation. Effet « barrière » par épaissement de la glaire cervicale. Effet anti-implantatoire (théorique).	Efficacité théorique : 99 %. Dose d'estrogène importante, moins d'échecs en cas d'oubli, mais plus de risques vasculaires. Ne devraient plus être employées comme contraception de longue durée sauf cas très particuliers.
2° Pilules progestatives	Cérazette, Exluton, Microval, Milligynon, Oglyline.	1 comprimé par jour, 365 jours par an, sans interruption (boîte de 28 comprimés).	Effet « barrière » par épaissement de la glaire cervicale. Effet anti-implantatoire. Blocage de l'ovulation pour certaines femmes (surtout Cérazette).	Efficacité théorique : 97-99 %. En cas d'oubli, risque d'échec plus important qu'avec une pilule combinée. Pas de risque vasculaire. Peuvent être prises par les femmes qui allaitent.
3° Implant progestatif	Implanon.	Réservoir en matière plastique de la taille d'une allumette contenant un progestatif. Inséré sous la peau du bras ; efficace pendant 3 ans.	Blocage de l'ovulation.	Efficacité : plus de 99 %.
4° Progestatifs injectables	Dépo-Provera, Noristerat.	Injection intra-musculaire (dans la fesse) tous les 2 ou 3 mois.	Blocage de l'ovulation.	Efficacité : plus de 99 %.
5° DIU (stérilet) au lévonorgestrel	Mirena	DIU contenant un progestatif inséré dans l'utérus. Efficace 5 ans.	Blocage (inconstant) de l'ovulation. Effet « barrière » par épaissement de la glaire cervicale.	Efficacité : plus de 99 %.
6° « Patch » (timbre)	Ortho-Evra.	Timbre imprégné d'une association estrogène + progestatif similaire à la pilule Cilest. Collé sur la peau. Efficace pendant 1 semaine.	Blocage de l'ovulation.	Efficacité théorique : 99 %.
7° Anneau vaginal	Nuvaring.	Anneau contenant estrogène + progestatif inséré au fond du vagin. Efficace trois semaines.	Blocage de l'ovulation, épaissement de la glaire cervicale.	Efficacité théorique : 99 %.





Dans le langage courant, quand on parle de « pilule », c'est le plus souvent d'une *pilule combinée* qu'il s'agit. Comme les deux types de pilule sont très différents, par leurs caractéristiques et surtout par les risques qu'elles font courir, j'éviterai le plus souvent possible d'utiliser le terme de « pilule » seul, afin qu'il n'y ait pas de confusion, et préciserai toujours : pilule combinée (contenant de l'estrogène) ou pilule progestative.

1° LES PILULES COMBINÉES

Les trois mécanismes contraceptifs des pilules combinées

La contraception par pilule combinée est extrêmement efficace, très pratique parce que indépendante de l'acte sexuel, et entièrement réversible : à l'arrêt de la contraception, la fécondité redevient ce qu'elle était auparavant.

Ses mécanismes sont au nombre de trois : elle bloque l'ovulation, elle a un effet anti-implantatoire sur l'endomètre et ses hormones épaississent la glaire cervicale.

1° Le blocage de l'ovulation

Dans la première partie du livre, nous avons vu comment l'ovulation était déclenchée, une fois par mois, par les sécrétions d'une glande située dans le cerveau, l'hypophyse, sauf quand la femme est enceinte. Le principe de la pilule combinée repose sur ce principe : les hormones contenues dans la pilule sont absorbées par le tube digestif, et passent dans la circulation sanguine. L'hypophyse, qui « dose » en permanence la composition du sang, y perçoit la présence de ces hormones et, la trouvant élevée, omet de stimuler l'ovaire. L'ovulation n'a donc pas lieu. ***Pour résumer, les pilules combinées bloquent l'ovulation en faisant croire au cerveau de l'utilisatrice qu'elle est déjà enceinte!***

Ce mécanisme explique un certain nombre d'effets indésirables des pilules combinées chez certaines utilisatrices, en particulier : fringale, prise de poids, nausées, baisse de la libido, gonflement des seins...

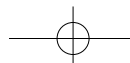
2° L'effet « barrière » par épaississement de la glaire cervicale

La glaire cervicale, ce sont les sécrétions que fabrique le col de l'utérus au moment de l'ovulation, pour accueillir d'éventuels spermatozoïdes. Le progestatif contenu dans les pilules combinées épaissit la glaire et la rend impénétrable aux spermatozoïdes, mais s'oppose aussi au passage de certains microbes (qui ont la même taille que les spermatozoïdes). De ce fait, les pilules combinées (et toutes les autres contraceptions hormonales, d'ailleurs) ont aussi un petit effet protecteur contre les MST bactériennes : gonococcie et infections à *Chlamydiae* en particulier. On estime ainsi que les femmes utilisant une contraception hormonale courent un risque moitié moindre de souffrir d'une infection grave (salpingite – infection des trompes ; endométrite, infection de l'utérus) due à ces bactéries que les femmes qui n'utilisent pas de contraception hormonale. Cela dit, cette protection n'est pas absolue, et les pilules combinées ne protègent pas du tout contre la syphilis ou les maladies virales (sida, herpès, hépatites).

3° L'effet anti-implantatoire

Les hormones de la pilule combinée diminuent l'épaisseur de l'endomètre (la paroi intérieure de l'utérus). Cela a deux conséquences importantes :

- d'une part, l'endomètre devient moins propice à l'implantation d'un ovule fécondé. Or, sans implantation, il ne peut pas y avoir de grossesse. Cet effet anti-implantatoire est moins crucial pour l'effet contraceptif que le blocage de l'ovulation, mais semble servir de « sécurité supplémentaire » en cas d'oubli de



pilule ; il est cependant tout théorique car (contrairement à l'épaississement de la glaire et au blocage de l'ovulation) on ne l'a jamais réellement observé ;

- d'autre part, l'amincissement de l'endomètre *se traduit par une réduction de la durée et de l'abondance des règles*. Cela explique que les règles sont toujours moindres sous pilule combinée ; à l'opposé, l'endomètre peut être si aminci qu'il devient fragile et que, au bout de quelques mois d'utilisation, de petits saignements peuvent apparaître pendant la prise de la pilule, en dehors de la période des règles. Ces saignements intempestifs sont désignés par le terme de « spotting » (voir page 208).

Les effets bénéfiques des pilules combinées

On a fait tellement de reproches à la contraception par pilule combinée qu'il est temps de remettre les choses en place, en commençant par expliquer ses bienfaits.

Les pilules combinées ont des effets bénéfiques nombreux et importants

- En réduisant la durée et l'abondance des règles, elles évitent les anémies par pertes en fer, fréquentes chez les femmes dont les règles sont abondantes.

- Elles constituent un traitement très efficace du « syndrome prémenstruel » (sensations de gonflement, irritabilité et prise de poids par rétention d'eau quelques jours avant les règles) et des règles douloureuses – c'est d'ailleurs l'une des raisons qui conduit à les prescrire à de très jeunes filles, même lorsque celles-ci n'ont pas besoin de contraception.

- Elles protègent contre certaines infections de l'utérus et des trompes (infections pelviennes) et contre leurs principales complications : la stérilité tubaire (par obstruction des trompes) et les grossesses extra-utérines.

- Elles réduisent les symptômes et la gravité des mastoses, maladies bénignes du sein très influencées par l'équilibre hormonal de la femme.

- Elles retardent l'apparition et ralentissent le développement des fibromes de l'utérus.

- Elles diminuent la fréquence des kystes fonctionnels de l'ovaire (p. 66), qui sont des phénomènes bénins, mais qui peuvent être très douloureux et inquiétants.

- Elles diminuent considérablement le risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus).

- Leur mode d'action permet de traiter une maladie douloureuse de l'appareil génital féminin : l'endométriose.

- Elles ont un effet bénéfique sur l'acné.

- Chez les femmes en bonne santé, entre quarante-cinq et cinquante ans, elles tiennent lieu non seulement de contraception mais soulagent aussi les symptômes (bouffées de chaleur, saignements irréguliers) de la préménopause et protègent contre l'ostéoporose !

Le blocage de l'ovulation protège contre plusieurs maladies très graves

Beaucoup des effets bénéfiques des pilules combinées, souvent passés sous silence, ont une explication simple. Ils résultent, en fait, du blocage de l'ovulation. Il est en effet démontré que plusieurs affections gynécologiques bénignes et fréquentes (syndrome prémenstruel, mastoses du sein, fibromes utérins, kystes fonctionnels de l'ovaire) ou rares mais graves (cancer de l'ovaire et de l'endomètre) sont consécutives aux décharges hormonales régulières que subit la femme chaque mois au cours de son cycle menstruel. Les femmes enceintes et les femmes qui allaitent, dont l'ovulation est endormie, sont dispensées de ces variations hormonales pendant neuf mois. On a observé que les femmes ayant eu plusieurs enfants et ayant allaité pendant de longs mois sont moins souvent frappées de cancer de l'ovaire

que les autres. En mettant l'ovaire au repos, la pilule combinée a donc les mêmes vertus que la grossesse et l'allaitement.

Ajoutez la protection contre les maladies infectieuses et le traitement des troubles de la préménopause et vous aurez de très bonnes raisons d'utiliser une pilule combinée pendant plusieurs années.

Les femmes qui utilisent une pilule combinée sont mieux surveillées que celles qui n'utilisent pas de contraception

Ce n'est pas un bénéfice direct, mais il est important. Les femmes utilisant une pilule combinée consultent plus souvent leur médecin. De ce fait, elles sont les premières à bénéficier de la prévention et du dépistage des maladies féminines les plus fréquentes. Les utilisatrices de pilule combinée font plus de frottis vaginaux pour dépistage du cancer du col, plus d'auto-examens des seins et plus de mammographies que les femmes qui ne l'utilisent pas. C'est bien, c'est même parfois trop!

C'est bien parce que cancer du col et cancer du sein sont moins graves quand ils sont dépistés tôt.

C'est trop, parce que beaucoup de femmes *sont soumises à des examens inutiles* (prises de sang en particulier) pour se faire prescrire une pilule (voir p. 216); on leur impose ensuite *beaucoup trop de consultations de « contrôle »* – trois à quatre fois par an, alors *qu'une consultation annuelle* (voire moins) *suffit lorsque l'utilisatrice n'a aucun symptôme*, ce qui est le cas la plupart du temps; de même, *il est inutile de pratiquer un frottis annuel*: une fois tous les trois ans suffit (p. 456); enfin, *les mammographies répétées avant l'âge de quarante ans sont inutiles* (p. 459). Au total, une minorité de femmes bénéficient de beaucoup trop d'examens, alors que les médecins devraient s'efforcer de voir ce petit groupe de femmes moins souvent et offrir les examens au maximum de femmes, et surtout à celles qui n'utilisent pas de contraception.

Mais les médecins ne peuvent pas élargir leur action de dépistage si certaines femmes insistent pour aller consulter quatre fois par an, pour se rassurer; et les femmes n'apprendront pas à se contenter d'une consultation annuelle ou tous les deux ans tant que leurs médecins leur imposeront de revenir tous les quatre à six mois uniquement pour renouveler leur ordonnance... Un vrai cercle vicieux! Il est pourtant tout à fait possible de surveiller correctement les utilisatrices de pilule combinée en les voyant une fois par an ou tous les deux ans. Rappelons en effet que la pilule peut être prescrite pour douze mois et *qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer un examen gynécologique chaque année pour prescrire la pilule à une femme en bonne santé* (voir p. 357)!!!

La pilule combinée protège contre les grossesses trop souvent répétées

C'est un bienfait qu'elle partage avec tous les moyens de contraception, mais il ne faut pas hésiter à le redire: les grossesses trop souvent répétées (à moins de deux ans d'intervalle) sont dangereuses pour la mère et pour l'enfant. En permettant de les espacer, la pilule combinée protège la mère et les enfants.

La pilule ne modifie pas la fertilité, elle la met en sommeil. Et chez certaines femmes, elle la protège!!!

Les utilisatrices de pilule combinée demandent souvent si la prise d'une contraception orale pendant plusieurs années ne met pas en danger leur fertilité ultérieure. Après avoir lu ce qui précède, vous pouvez déjà en conclure qu'il n'en est rien. Du fait que la pilule reproduit l'équilibre hormonal de la grossesse, dire que « la pilule rend stérile » équivaut à dire que « la grossesse rend stérile »...

De plus, en endormant l'ovulation, la pilule combinée (et toutes les contraceptions hormonales) ralentit l'évolution d'une

affection fréquente: l'endométriome. Cette affection qui touche 7 à 10 % des femmes peut, à la longue, entraîner une infertilité; elle est aggravée par les décharges répétées d'estrogènes produites par l'ovaire juste avant l'ovulation. Le blocage de l'ovulation et la prescription de progestatifs diminuent les symptômes et évitent les complications à long terme. On peut donc dire que dans ce cas précis, la contraception préserve la fertilité des femmes.

Une grossesse ne survient pas toujours quand on veut!

Les femmes qui sont angoissées par une grossesse au point de prendre une contraception sont aussi, souvent, très angoissées à l'idée de ne pas être enceintes quand elles cesseront de la prendre. Comme je l'ai dit, la prise de la pilule ne modifie pas la fécondité. Elle la met en sommeil et dans certains cas la protège. Cependant, il est fréquent qu'à l'arrêt de la pilule une grossesse se fasse attendre plusieurs mois et provoque une grande angoisse. Il y a deux grandes explications à cela.

Première explication (la plus évidente): l'impatience. Pour qu'il y ait grossesse il faut qu'un ovule et un spermatozoïde se rencontrent! Une femme n'ovule, au mieux, qu'une fois toutes les quatre semaines – donc, douze ou treize fois par an. La fréquence et le moment des rapports sexuels comptent donc beaucoup dans la survenue d'une grossesse. Lorsqu'un couple décide d'avoir un enfant, la vie quotidienne et professionnelle s'interpose parfois entre le désir et la réalisation: si l'un des deux partenaires voyage beaucoup pour son travail ou ne se couche pas en même temps que l'autre, il ne sera peut-être pas très facile d'avoir des rapports sexuels au moment propice pour mettre une grossesse en route. D'autre part, tous les ovocytes ne sont pas fécondables, tous les ovocytes fécondables ne sont pas fécondés, et tous les ovules ne s'implantent pas dans l'endomètre pour s'y développer. Il peut donc se passer plusieurs mois avant qu'une

grossesse ne prenne, et ne tienne... sans que cela signifie quoi que ce soit d'inquiétant.

On considère actuellement que pour 90 % des couples qui interrompent leur contraception, une grossesse survient dans l'année qui suit. Pour 5 % des couples qui restent, la grossesse survient dans les deux ans.

Autrement dit: il faut qu'un couple ait eu des relations sexuelles régulières et fréquentes (c'est-à-dire: deux à trois fois par semaine!) pendant au moins deux ans sans grossesse avant d'envisager un problème de fécondité (en se souvenant que près de 30 % des problèmes de fécondité sont liés à l'homme, pas à la femme!).

Conclusion: il y a beaucoup plus de couples impatients que de couples stériles!!!

La deuxième explication du délai entre arrêt de la pilule et survenue d'une grossesse est que de nombreuses femmes commencent à prendre la pilule *avant d'avoir été enceintes pour la première fois*. Elles ne savent donc rien de leur fécondité naturelle, ni de celle de leur partenaire (souvenez-vous, 30 % des problèmes de fécondité sont liés à l'homme). De plus, les femmes qui utilisent une contraception le font, bien évidemment, dans le but, le jour venu, de programmer leurs grossesses. Lorsqu'elles cessent d'utiliser la pilule deux, cinq ou dix ans plus tard, rien ne permet de savoir si elles seront enceintes dans un bref délai, ou si elles devront attendre en raison d'une fertilité réduite mais qu'elles n'ont jamais eu l'occasion de tester auparavant. Autrement dit: les troubles de la fécondité qui apparaissent à l'arrêt de la contraception ne sont pas dus à la contraception, mais ont été, tout simplement *masqués* pendant la contraception.

La peur que la pilule combinée n'ait un retentissement sur la fertilité repose sur une observation réelle: après arrêt de leur contraception, les utilisatrices de pilule combinée sont enceintes quelques mois plus tard que les utilisatrices de DIU ou de diaphragme. Ce phénomène, qui concerne surtout les femmes de trente à trente-quatre ans n'ayant jamais eu d'enfant auparavant, est un « retard à la conception » et non une infertilité: **trente-six mois après arrêt de la pilule combinée, les grossesses sont aussi nombreuses parmi les ex-utilisatrices que parmi les femmes ne l'ayant jamais utilisée.** En outre, les femmes qui ont utilisé la pilule combinée depuis l'adolescence ont moins de troubles de la fertilité que les non-utilisatrices.

Après arrêt d'une pilule combinée ou d'une contraception hormonale (DIU hormonal, implant), certaines utilisatrices tardent à retrouver un cycle régulier. Ce phénomène fréquent est le plus souvent sans gravité.

Les risques des pilules combinées: à relativiser

Les pilules combinées contiennent, rappelons-le, deux hormones: un progestatif et un estrogène. C'est l'estrogène qui est responsable des (rares) accidents vasculaires de ce type de contraception. C'est lui aussi l'estrogène qui rend la pilule combinée dangereuse pour les femmes qui fument depuis plus de quinze ans ou qui ont plus de trente-cinq ans. C'est lui encore que l'on a accusé de favoriser les cancers du sein. Et enfin, l'estrogène est susceptible d'avoir des effets nocifs sur le foie.

Je vais revenir sur la nature de ces risques, mais il n'est pas inutile, d'abord, de les relativiser. Des chercheurs du Royaume-Uni se sont attachés à comparer les risques de décès pour diverses activités ou situations de la vie. Et cela donne ceci :

Tableau 12 : Causes de mortalité des femmes (pour 100 000 femmes/an)

Cause de décès	Nombre de décès (pour l'année 1999)
Accouchement (Afrique rurale)	Plus de 1000
Consommation de cigarettes (à 35 ans)	167
Pratique du parapente	150
Plongée sous-marine	22
Parachutisme (10 sauts par an)	20
Accidents de la route	8
Grossesse – toutes causes (pays développés)	6
Accidents domestiques	3
Pilule combinée	1

(Adapté d'après Guillebaud, *op. cit.*)

Autrement dit: **dans un pays développé comme la France, le risque pour une femme de mourir à la suite d'une grossesse est six fois plus élevé que celui de mourir par la faute d'une pilule combinée!** Cette même enquête a calculé qu'il est plus dangereux de rouler une minute en moto ou une heure en automobile que de prendre la pilule pendant un mois!

Les risques vasculaires des pilules combinées

La pilule combinée expose à la formation de caillots (que les médecins appellent thromboses) dans les veines. Lorsqu'un de ces caillots obstrue une veine et y reste coincé, on appelle cela une phlébite. Les phlébites les plus fréquentes se forment dans les veines profondes des mollets. Elles provoquent une douleur et le gonflement du mollet mais ne sont pas vraiment dangereuses, en soi. En revanche, si le caillot se déplace, il peut aller obstruer une artère pulmonaire – c'est ce qu'on appelle une embolie pulmonaire. Et ces embolies peuvent être mortelles.

Les premières pilules combinées contenaient de fortes doses d'estrogènes. Lorsque plusieurs cas de thromboses furent obser-

vés, les recherches s'orientèrent vers une diminution des doses d'estrogène pour éviter les accidents vasculaires. Aujourd'hui, toutes les pilules disponibles en France contiennent un seul et même estrogène, l'éthinyliyl-estradiol, à des doses relativement faibles. Les premières pilules commercialisées en 1962 aux États-Unis contenaient 150 microgrammes d'éthinyliyl-estradiol. Aujourd'hui, les plus dosées (il n'y en a plus que deux!) disponibles en France en contiennent 50, c'est-à-dire trois fois moins. La plupart des pilules combinées prescrites actuellement contiennent entre 15 et 40 microgrammes d'éthynil-estradiol.

À mesure que les connaissances ont évolué, on s'est également rendu compte que l'estrogène présent dans les pilules combinées n'était pas le seul responsable des troubles vasculaires. Deux autres facteurs importants entraient en ligne de compte : les antécédents personnels ou familiaux de l'utilisatrice ; la consommation de tabac.

Qu'est-ce qui expose à une thrombose veineuse ?

Les troubles veineux liés à la prise d'une pilule combinée ne menacent pas toutes les femmes, mais seulement des femmes prédisposées. Cette prédisposition est évidente lorsque la patiente a déjà fait une phlébite, par exemple ; elle ne l'est pas quand il s'agit d'une femme jeune et sans antécédents. Aussi, avant de prescrire une pilule combinée, le médecin doit tenir compte d'éléments bien précis, que l'on nomme des « facteurs de risques ». Certains de ces facteurs de risques (voir tableau 13) constituent des contre-indications absolues (la prise d'une pilule combinée est définitivement interdite), d'autres sont des contre-indications relatives (la pilule combinée peut être prise à condition de respecter certaines précautions).

Facteur de risque	Contre-indication absolue si :	Contre-indication relative si :
Antécédents familiaux (phlébite ou accident vasculaire survenu chez un parent, ou chez un frère/une sœur avant l'âge de 45 ans)	À la prise de sang : coagulation anormale et/ou anomalies des lipides sanguins	À la prise de sang : coagulation normale et lipides sanguins normaux
Poids	Obésité	Surpoids modéré
Immobilité	Alitement permanent	Vie en fauteuil roulant
État veineux des jambes	Antécédent de phlébite	Varices très étendues
Tabac	Plus de 40 cig/jour ou plus de 35 ans	Moins de 40 cig/jour ET plus de 35 ans
Diabète	Grave (atteinte de la rétine et/ou des reins)	Léger, sans complication, chez une personne jeune
Hypertension	Plus de 160/95 mm de mercure à plusieurs reprises	Entre 140 et 159 de maxima et entre 90 et 99 de minima
Migraines	Intenses, avec troubles neurologiques	Légères, sans troubles neurologiques

Les facteurs de risques relèvent de quatre catégories :

- **les antécédents familiaux** : si les parents et/ou les frères et sœurs ont déjà souffert de thrombose veineuse avant quarante-cinq ans, il est important de rechercher si une anomalie sanguine familiale les favorise. Les deux examens biologiques importants sont le « bilan de coagulation » (qui dose les substances qui participent à la coagulation du sang) et le « bilan lipidique » (qui dose les lipides sanguins, en particulier le cholestérol). L'existence d'une anomalie familiale de la coagulation interdit la prise d'une pilule combinée mais pas celle d'une pilule progestative (voir p. 226) ; une élévation des cholestérol, ne justifie pas, même rarement, d'interrompre ou de modifier la prise d'une pilule combinée (voir p. 465).

- **les caractéristiques personnelles de la femme**: un surpoids marqué, l'immobilité, et la présence de varices ont tendance à favoriser la formation de thromboses (caillots dans les veines);

- **la consommation de tabac**, lorsqu'elle dure depuis plus de quinze ans, ou lorsque la femme a plus de trente-cinq ans;

- l'existence d'autres maladies qui peuvent elles aussi favoriser la formation d'un caillot: le **diabète** et l'**hypertension**, qui abîment les artères, et les **migraines intenses**, accompagnées de troubles neurologiques temporaires (ou « aura », voir p. 169) comme un trouble brutal de la vision d'un œil ou encore une paralysie d'un bras. Si vous n'avez qu'un seul facteur de risque, et s'il figure dans la colonne de droite (tableau 13), il vous est possible de prendre une pilule combinée. Si vous avez deux facteurs de risques de la colonne de droite, ou un seul dans la colonne du milieu et plus de trente-cinq ans, l'utilisation d'une pilule combinée est contre-indiquée car les risques qu'elle ne déclenche un trouble vasculaire grave sont très élevés.

Pilule combinée + tabac: liaison fatale surtout après trente-cinq ans!

Le tabac fragilise les vaisseaux et les tissus de manière très importante. Les consommatrices de cigarettes sont de plus en plus exposées à des maladies qui, il y a seulement trente ans, frappaient surtout les hommes: en particulier les cancers des voies aériennes et les maladies cardio-vasculaires. *Une femme qui fume sans prendre la pilule est beaucoup plus exposée à un infarctus du myocarde qu'une femme qui prend la pilule sans fumer.*

Chez les femmes qui n'ont pas d'antécédents familiaux de maladies vasculaires, la consommation de cigarettes augmente considérablement le risque de troubles de la coagulation (phlébite et thrombose), essentiellement **après trente-cinq ans**. En fait, les infarctus du myocarde qui surviennent chez les femmes

prenant une pilule combinée frappent exclusivement les utilisatrices qui fument.

À partir de l'âge de trente-cinq ans, la consommation de tabac est une contre-indication absolue à la prise d'une pilule combinée (mais pas d'une pilule ou d'une autre contraception contenant uniquement un progestatif).

Une femme de trente-cinq ans sans facteur de risque qui n'a jamais fumé ou a cessé de fumer depuis dix ans peut utiliser une pilule combinée jusqu'à l'âge de cinquante ans!

En revanche, il est injustifié, médicalement parlant, et donc scandaleux de refuser la pilule à une femme de moins de trente-cinq ans, en particulier si cette femme est une adolescente, sous prétexte qu'elle fume! Entre quinze et trente-cinq ans, ce qui menace le plus les femmes c'est la survenue d'une grossesse non désirée, et non un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire!!!

Lorsqu'une femme fume quarante cigarettes (deux paquets) par jour, la prise d'une pilule combinée est également fortement déconseillée. Mais les autres contraceptions ne manquent pas.

Recommandations aux femmes qui fument

Si vous avez trente-cinq ans ou plus, et si vous utilisez une pilule combinée, demandez à votre médecin de la remplacer par une autre méthode contraceptive: pilule progestative, DIU ou implant. Et, quel que soit votre âge, vous avez intérêt à arrêter de fumer. Car le tabac n'est pas seulement un grand pourvoyeur de maladies graves, il semble qu'il ait aussi une action sur la fécondité en augmentant la fréquence des grossesses extra-utérines...

Pilule combinée et cancers: plus de peur que de mal

L'une des craintes attachées à la pilule combinée résidait dans l'idée que celle-ci pouvait, après plusieurs années de prise, déclencher ou aggraver certains cancers. Le recul dont disposent les chercheurs est maintenant suffisant pour répondre à cette inquié-

tude, cas par cas. **À l'heure actuelle, on estime que le risque global de cancer chez les utilisatrices de pilule combinée n'est pas supérieur à celui qui existe chez les non-utilisatrices.**

Cancers de l'ovaire et de l'endomètre: effet protecteur

Comme je l'ai expliqué au début de ce chapitre, grâce au blocage de l'ovulation qu'elle induit, la pilule combinée *protège* ses utilisatrices de deux cancers très graves de l'appareil génital – le cancer de l'ovaire et le cancer de l'endomètre. Cet effet protecteur, qui est très net, contrebalance probablement les effets hypothétiques de la pilule sur les autres cancers, tels que je les décris ci-après.

Tumeurs du foie: risques infinitésimaux

Les pilules combinées peuvent augmenter légèrement le risque de développement de tumeurs non cancéreuses du foie: les adénomes et les hamartomes. Mais ces tumeurs sont déjà si rares (une pour trois millions de personnes) que l'effet de la pilule combinée est négligeable. Il en va de même pour les cancers du foie.

Cancers du col de l'utérus

Sa principale cause est un virus transmis par voie sexuelle, le papillomavirus (voir p. 452). Si la pilule combinée favorise le développement de ces cancers (ce qui n'est pas démontré), son effet est beaucoup plus faible que celui du tabac qui (décidément!) aggrave aussi ce type de cancer. Comme les utilisatrices de pilule combinée sont surveillées régulièrement, il est finalement beaucoup moins dangereux d'utiliser une pilule combinée que de ne pas la prendre!

Cancer du sein: impact négligeable avant trente-cinq ans

Le cancer du sein est, avec le cancer du col utérin, l'un des deux cancers féminins les plus fréquents. Quelles sont les femmes pour qui le risque de cancer du sein est accru?

- les femmes qui ont eu leurs premières règles tôt et celles qui ont eu leur premier enfant tard;
- les femmes dont une parente directe (grand-mère, mère, tante maternelle, sœur) a déjà eu un cancer du sein;
- les femmes présentant d'autres facteurs de risques (énumérés p. 459). Comme il s'agit d'un cancer fréquent, il est inévitable qu'il concerne aussi bien les utilisatrices de pilule combinée que les non-utilisatrices. Il faut de plus se rappeler que la première cellule cancéreuse apparaît entre quinze et vingt ans *avant* que le cancer ne soit perceptible à la palpation ou à la mammographie.

Le cancer du sein est très rare avant l'âge de trente ans; sa fréquence augmente ensuite assez vite: il touche 1 % des femmes à quarante-cinq ans, 2 % à cinquante ans, 4 % à soixante ans, 6 % à soixante-dix ans. Il était donc important de savoir si la pilule avait une influence sur l'apparition de ces cancers, au moment de la prise ou à plus long terme, puisque les femmes de plus de cinquante ans, en principe, n'utilisent plus de pilule combinée.

Des travaux récents ont permis de préciser exactement l'ampleur de cette influence, et sa durée.

- Pour les femmes qui ont pris une pilule combinée jusqu'à trente-cinq ans seulement, l'impact sur le cancer du sein, s'il existe, s'estompe progressivement: dix ans après l'arrêt de la pilule, il n'y a pas plus de cancers du sein chez les anciennes utilisatrices de pilule que chez les femmes ne l'ayant jamais prise. En effet, pour mille femmes âgées de quarante-cinq ans n'ayant jamais pris la pilule, on dénombre 10 cancers du sein; pour mille femmes âgées de quarante-cinq ans ayant pris la pilule jusqu'à l'âge de trente-cinq ans (donc, dix ans auparavant), on dénombre 11 cancers du sein. La différence (1 cancer pour 1 000 utilisatrices) est peut-être due à la pilule combinée, mais elle est trop faible pour qu'on en soit certain. **On considère donc que l'impact des pilules combinées est négligeable quand leur utilisatrice cesse de les utiliser à trente-cinq ans.**

• Pour les femmes ayant pris la pilule au-delà de trente-cinq ans, le risque est théoriquement plus important chez les utilisatrices qui ont eu par le passé des maladies bénignes du sein et dont des parentes proches ont souffert d'un cancer du sein. Cependant, les cancers du sein découverts chez les utilisatrices (récentes ou anciennes) de pilule combinée sont moins avancés et moins étendus que chez les non-utilisatrices! Ce phénomène n'est pas entièrement expliqué. Il pourrait être lié à la meilleure surveillance des femmes, ou au fait que les utilisatrices de pilule combinée pratiquent plus souvent l'autopalpation des seins, qui permet un diagnostic bien plus précoce que la mammographie ou l'examen par un médecin.

Recommandations au sujet du cancer du sein

À partir de trente-cinq ans, si vous avez des facteurs de risques de cancer du sein (voir p. 459), il est recommandé de cesser de prendre une pilule combinée mais de choisir une autre méthode de contraception, aussi efficace mais sans influence sur le sein : pilule progestative, DIU (stérilet) ou implant progestatif. Examinez-vous les seins régulièrement, consultez un médecin une fois par an et, à partir de quarante ans, faites pratiquer une mammographie tous les deux à trois ans.

Et si on me découvre un cancer du sein pendant que je prends la pilule?

C'est bien sûr une chose qui peut arriver. Ce cancer serait probablement apparu de toute manière; du fait que vous preniez une pilule combinée, il est moins avancé et étendu que si vous ne l'aviez pas prise. Vous devrez cesser de prendre votre pilule combinée et recourir à une contraception non hormonale pendant le traitement du cancer (le DIU au cuivre est ici l'option recommandée). Après traitement du cancer, la pilule combinée reste interdite, mais l'utilisation d'une pilule progestative (voir p. 226 est de nouveau possible.

Maladies compatibles ou incompatibles avec une pilule combinée

Les maladies héréditaires des lipides

Dans certaines familles, le taux de lipides sanguins (cholestérol, triglycérides) est spontanément **très** élevé. Les femmes vivant dans des familles connues pour avoir ce type de problème présentent un risque important d'accidents vasculaires, et cela à un âge précoce. Par conséquent, la prise d'une pilule combinée leur est interdite. En revanche, les contraceptions hormonales sans œstrogène sont utilisables : pilule progestative, implant, progestatifs injectables, DIU hormonal.

IMPORTANT. La prise de la pilule combinée peut entraîner chez des femmes en bonne santé une discrète élévation du cholestérol sanguin, qui ne présente pas de danger et disparaît à l'arrêt de la contraception. **En l'absence de maladie familiale des lipides, non seulement un cholestérol un peu élevé n'a aucune importance, mais il n'est même pas nécessaire de doser le cholestérol à une femme qui demande une contraception par pilule combinée!!!** (Voir p. 465 l'article sur le cholestérol.)

Les migraines avec « aura »

Les migraines ne sont pas de simples maux de tête, mais des douleurs intenses, situées souvent d'un côté du crâne, pulsatiles (qui « tapent » ou « battent le tempo »), accompagnées de nausées, de vomissements et augmentées par la lumière et le bruit. La migraine est provoquée par la brusque contraction d'une artère du cerveau. C'est une affection souvent familiale et neuf migraineux sur dix sont des femmes.

Toutes les migraines n'interdisent pas la prise d'une pilule combinée. Pour certaines femmes, les migraines sont même moins fréquentes à partir du moment où elles prennent une pilule combinée et en particulier si elles la prennent en continu,

trois plaquettes d'affilée, sans semaine d'arrêt entre deux plaquettes. C'est ce qu'on appelle la méthode du « tricycle » (voir p. 210). Il est également recommandé aux femmes souffrant de migraines d'utiliser une pilule combinée monophasique, c'est-à-dire dont tous les comprimés contiennent la même dose d'hormone (tous les comprimés de la plaquette sont alors de la même couleur). En effet, les fluctuations hormonales favorisent l'apparition de migraines. Avec les pilules biphasiques (comprimés de deux couleurs) ou triphasiques (de trois couleurs), la dose d'hormone varie une ou deux fois par mois, ce qui a tendance à favoriser l'apparition de migraines. (Les différences entre pilules mono, bi et triphasiques sont détaillées p. 177.)

En revanche, si une utilisatrice voit ses migraines s'aggraver ou devenir plus fréquentes alors qu'elle prend une pilule combinée, il lui est fortement conseillé de changer de contraception et d'opter pour une pilule progestative, un DIU ou un implant, car les œstrogènes augmentent le risque de complication des migraines.

Certaines patientes migraineuses font des crises précédées par des symptômes neurologiques passagers mais impressionnants :

- des signes visuels avec des zébrures lumineuses très vives et une disparition d'une partie du champ visuel d'un côté ;
- une diminution des sensations du bras ou de la main d'un côté du corps ;
- une faiblesse d'un bras ou d'une jambe, d'un seul côté ;
- des troubles de la parole.

Ces symptômes, qu'on nomme une « **aura** », sont provoqués par un rétrécissement important d'une artère cérébrale. La prise d'une pilule combinée (qui, je vous le rappelle, peut favoriser la formation de caillots) est contre-indiquée dans ces situations.

Par ailleurs, les femmes souffrant de migraines se soignent parfois avec des médicaments particuliers, les dérivés de l'ergot de seigle (voir la liste dans l'encadré ci-après). Ces médicaments

sont susceptibles de provoquer un spasme vasculaire, donc de favoriser une diminution du flux sanguin cérébral. Comme la pilule combinée, de son côté, favorise la formation de caillots, certains spécialistes de la contraception (le Britannique John Guillebaud, en particulier, voir bibliographie p. 493) pensent préférable de ne pas associer dérivés de l'ergot de seigle et pilule combinée. Si vous êtes migraineuse, demandez à votre médecin de vous prescrire une autre contraception (pilule progestative, DIU, implant) ou un autre traitement de vos migraines (il y en a de plus efficaces que les dérivés de l'ergot de seigle).

Recommandations aux utilisatrices de pilule combinée souffrant de migraines

- Vous pouvez utiliser une pilule combinée si vos migraines sont peu intenses et bien calmées par des antidouleurs d'usage courant (aspirine, ibuprofène). Il est préférable d'utiliser une pilule monophasique (voir p. 177).
- Vous devez utiliser une autre contraception si :
 - vos migraines deviennent plus intenses ou plus fréquentes ;
 - vous souffrez de migraines avec aura.
- Vous devez également envisager une autre contraception que la pilule combinée si, pour soulager vos migraines, vous utilisez régulièrement des dérivés de l'ergot de seigle (Gynergène caféiné, Migwell, Diergo-Spray, Dihydroergotamine Sandoz, Ikaran, Séglor ou Séglor Lyoc, Tamik). Ou bien, demandez à votre médecin de vous prescrire un autre antimigraineux !

Les maladies graves du foie (insuffisance hépatique grave, porphyries aiguës), les jaunisses provoquées par un blocage des voies biliaires et les calculs de la vésicule biliaire contre-indiquent la prise d'une pilule combinée. Dans le cas des calculs biliaires, la pilule peut être reprise une fois les calculs retirés.

Certaines maladies et situations favorisant la formation de caillots dans les veines ne sont pas compatibles avec une pilule combinée : le lupus érythémateux disséminé, les troubles génés-

tiques de la coagulation, etc. ainsi que les interventions chirurgicales importantes ou qui portent sur les membres inférieurs (interventions sur ménisques, par exemple).

Les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) peuvent, à elles seules, favoriser la formation de caillots sanguins, mais compromettent aussi l'absorption des médicaments par l'intestin : la pilule combinée risque d'être inefficace chez les femmes qui en sont atteintes.

Les sports de haute altitude (parachutisme, alpinisme de haute montagne) et **la plongée avec bouteille** s'accompagnent d'un risque élevé de thrombose (caillot veineux). Les femmes qui pratiquent ces sports ne devraient pas utiliser une pilule combinée mais opter pour un DIU ou une contraception par progestatifs (pilule progestative, implant).

Le diabète sucré a tendance, à la longue, à altérer la paroi des artères. Quand une patiente diabétique a besoin d'une contraception hormonale sans œstrogène : pilule progestative, implant, DIU. Toutefois, certaines jeunes femmes diabétiques peuvent utiliser une pilule combinée contenant une très faible dose d'œstrogène (15 ou 20 microgrammes) sous réserve que :

- elles aient moins de vingt-cinq ans et un diabète d'apparition récente ;
- elles n'aient pas de complications rénales, neurologiques ou de la rétine dues au diabète ;
- elles n'aient pas d'hypertension, ne soient pas en surpoids et ne fument pas.

Il faut par ailleurs préciser que, chez les femmes dont un parent proche est diabétique, la prise d'une pilule combinée ne favorise pas l'apparition d'un diabète.

Le diabète gestationnel, forme de diabète qui survient pendant la grossesse et disparaît ensuite, n'interdit pas l'utilisation d'une pilule combinée par la suite.

L'hypertension : les femmes hypertendues de moins de trente-cinq ans peuvent utiliser une pilule combinée à condition que leur hypertension soit traitée. Mais si elles doivent déjà prendre un traitement pour leur hypertension, il paraît souhaitable qu'elles utilisent une contraception moins contraignante, un DIU, en particulier.

L'hypertension gravidique est une hypertension qui apparaît pendant une grossesse. Après l'accouchement, une fois l'hypertension disparue, la prise d'une pilule combinée est possible.

L'épilepsie ne contre-indique pas l'utilisation de la pilule combinée, bien au contraire. Car il semble que la régulation hormonale induite par la pilule diminue la fréquence des crises chez de nombreuses femmes épileptiques. *Toutefois, de nombreux médicaments antiépileptiques accélèrent l'élimination des hormones contraceptives par le foie.* Cela entraîne au moins un « spotting » (p. 208)... et parfois aussi un échec de pilule ! Pour éviter ce type de problème, il est recommandé aux femmes souffrant d'épilepsie d'utiliser une pilule à 50 microgrammes (Stédiril, Planor) et de pratiquer la méthode du « tricycle », qui consiste à prendre trois plaquettes d'affilée sans semaine d'arrêt (voir p. 210) afin d'éviter un échec de pilule. Voir également « Contraception et épilepsie », p. 397.

Certaines maladies chroniques relativement fréquentes n'interdisent pas la prise de la pilule combinée. Les femmes souffrant d'asthme, de sclérose en plaques, de myasthénie, de maladie de Raynaud, de polyarthrite rhumatoïde, de sarcoïdose, d'hyperthyroïdie (maladie de Basedow), ainsi que les insuffi-

santes rénales en hémodialyse peuvent parfaitement utiliser cette méthode contraceptive.

En résumé, à quelles femmes la pilule combinée est-elle interdite ou vivement déconseillée ?

- À celles qui ont souffert, récemment ou par le passé, d'une phlébite (caillot dans une veine de la jambe), une embolie pulmonaire ou un trouble vasculaire quelconque, que ce soit spontanément ou après un accident ou une maladie;
- à celles dont un membre de la famille a subi l'un de ces accidents avant l'âge de quarante-cinq ans (et en particulier si leur mère a fait des phlébites, spontanément ou pendant une de ses grossesses);
- à celles qui souffrent de troubles vasculaires des yeux, des oreilles, ou de complications vasculaires d'un diabète ou d'une maladie rénale, par exemple;
- à celles qui ont une maladie *familiale* des lipides sanguins, ou des troubles de la coagulation découverts par analyse sanguine;
- aux quarante les femmes de moins de trente-cinq ans qui fument plus de 40 cigarettes par jour, et à toutes les femmes de plus de trente-cinq ans qui continuent à fumer; *à l'adolescence, une femme qui fume moins de quarante cigarettes par jour peut prendre une pilule combinée sans danger*;
- aux femmes obèses;
- aux femmes qui doivent rester alitées ou immobilisées plusieurs semaines, ou de manière permanente, en particulier les femmes souffrant d'un handicap des membres inférieurs;
- à celles qui font de l'alpinisme de haute montagne ou de la plongée sous-marine;
- à celles qui souffrent d'une hypertension artérielle élevée;
- à celles qui sont atteintes d'un cancer hormonodépendant (du sein, en particulier);

- aux femmes migraineuses dont les crises sont, spontanément, intenses ou aggravées par la pilule combinée; et à celles dont les migraines sont accompagnées par une « aura » (p. 170);
- enfin, aux femmes qui prennent certains médicaments (p. 392), il est recommandé de ne pas recourir à une pilule combinée, car celle-ci risque d'être *inactivée* par ces médicaments.

À qui la pilule combinée est-elle recommandée ?

Une fois éliminées les situations précédemment citées, on peut recommander l'utilisation d'une pilule combinée:

Avant trente-cinq ans :

- aux jeunes femmes ayant des cycles très irréguliers et/ou des règles longues et abondantes;
- aux femmes dont les règles sont très douloureuses et qui souffrent de syndrome prémenstruel (p. 65);
- aux femmes qui ont un seul partenaire sexuel, lui-même monogame;
- aux femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels, en leur recommandant de continuer à utiliser *aussi* des préservatifs;
- aux femmes souffrant d'endométriose (voir p. 157);
- aux femmes souffrant fréquemment de kystes ovariens douloureux (voir p. 66).

Après trente-cinq ans, seules les femmes n'ayant aucun des facteurs de risques vasculaires décrits dans le tableau 13 peuvent prendre une pilule combinée. Si elles fumaient un paquet de cigarettes ou plus, elles doivent de préférence avoir cessé de fumer depuis au moins dix ans. Il est en effet démontré que, pour les femmes qui fument plus de vingt cigarettes par jour, les effets nocifs du tabac peuvent persister pendant vingt ans!

Quelle pilule combinée choisir ?

Quand une femme se rend chez un médecin pour demander une contraception orale, il est exceptionnel que le praticien explique pourquoi il prescrit telle pilule combinée plutôt que telle autre. En réalité, beaucoup de médecins ignorent à quoi correspondent les caractéristiques des différentes pilules combinées qu'ils recommandent : on ne le leur a pas appris... Leur choix est orienté par des éléments souvent subjectifs : l'habitude qu'ils ont de prescrire telle ou telle pilule combinée ; le souvenir qu'une de leurs patientes (ou leur cousine germaine) a fait une phlébite avec telle autre ; et surtout, hélas, le passage récent d'un visiteur médical ayant vanté les qualités de ses produits !

Il existe cependant des critères raisonnés permettant de recommander telle pilule combinée plutôt que telle autre. Ces critères, il est important que les utilisatrices les connaissent aussi. D'abord parce que cela leur permet de mieux comprendre les effets indésirables de la pilule qu'on leur a prescrite et d'y faire face sans risquer la principale complication de la pilule combinée : la grossesse intempestive par erreur d'utilisation. Ensuite parce que le choix d'une pilule combinée doit absolument tenir compte de la femme, de ses caractéristiques physiologiques, de ses inquiétudes et de sa tolérance. **La meilleure contraception est celle que la femme utilise en connaissance de cause, et non celle que le médecin préfère.**

Les pilules combinées disponibles en France

Le chapitre suivant va définir les différentes caractéristiques dont il faut tenir compte dans la prescription d'une pilule combinée. Ces caractéristiques sont nombreuses, mais les conclusions que l'on peut en tirer sont simples, et (si vous êtes trop pressée pour tout lire) je les résume p. 198.

Le tableau 14 (p. 180) recense les principales marques de pilules actuellement disponibles. Beaucoup de ces pilules ont actuellement un équivalent générique. Si la pilule qu'on vous a prescrite ne figure pas dans cette liste, son équivalent s'y trouve sûrement. (NB : Diane 35 et ses génériques ne figurent pas dans ce tableau. Pour savoir pourquoi, lisez p. 190).

Pilules « minidosées » et « normodosées »

Toutes les pilules combinées contiennent aujourd'hui le même estrogène, l'éthyniyl-estradiol. Les premières, commercialisées en 1962, en contenaient 150 microgrammes. Depuis, ces doses ont été réduites afin d'éviter la survenue d'accidents vasculaires (phlébites et embolies). Aujourd'hui, la majorité des pilules combinées contiennent des doses très faibles d'éthyniyl-estradiol (entre 15 et 40 microgrammes). On les qualifie de « minidosées » (partie inférieure du tableau 14). C'est parmi elles que l'on choisit la pilule combinée destinée à assurer une contraception de longue durée pour une adolescente ou une jeune femme.

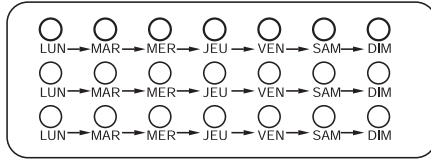
Deux marques de pilules combinées plus anciennes (Planor, Stédiril) contiennent 50 microgrammes d'éthyniyl-estradiol. On les qualifie de « normodosées ». Elles sont encore utilisées comme contraception dans certaines situations (patientes épileptiques ou prenant certains médicaments ; patientes dont l'ovulation n'est pas bloquée par les pilules aux dosages plus faibles – voir p. 199). En général, aujourd'hui elles ne sont pas prescrites plus de deux ou trois ans.

Monophasiques, biphasiques et triphasiques (figure 12)

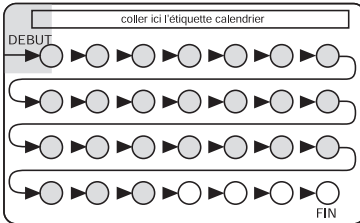
La majorité des pilules combinées sont « monophasiques », ce qui signifie qu'elles contiennent une même quantité d'estrogène et de progestatif dans tous leurs comprimés.

Pendant, toutes les femmes ne tolèrent pas bien les effets d'une quantité fixe d'hormones et les fabricants ont cherché à

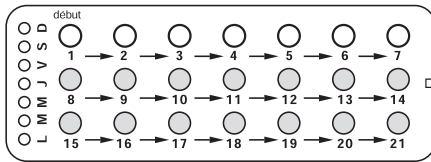
Figure 12: Pilules



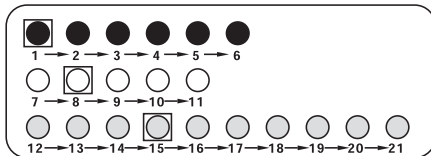
Pilule monophasique à 21 comprimés :
tous les comprimés contiennent la même dose d'éthinyl-estradiol et d'un progestatif.



Pilule monophasique à 28 comprimés :
les 24 premiers comprimés contiennent une dose fixe d'éthinyl-estradiol et d'un progestatif,
les 4 derniers contiennent un placebo inactif. C'est au cours de la prise de ces derniers
comprimés que les « règles » commencent.



Pilule biphasique à 21 comprimés :
les 7 premiers comprimés contiennent une dose fixe d'éthinyl-estradiol et d'un progestatif ;
les 14 suivants contiennent une dose un peu plus élevée des deux hormones.



Pilule triphasique à 21 comprimés :
les trois séries de comprimés contiennent des doses différentes d'éthinyl-estradiol
et d'un progestatif.

créer des pilules combinées dans lesquelles les quantités d'hormones varient une ou deux fois au cours de la même plaquette, afin, soi-disant, d'« imiter le cycle naturel de la femme » – ce qui est plutôt illogique : le principe de la pilule combinée étant de faire en sorte que la femme *n'ait plus de cycle*, afin de mettre l'ovulation en sommeil!!!

Les pilules *biphasiques* (Adépal, Miniphase) ont deux séries de comprimés : ceux de la seconde partie de plaquette contiennent des doses d'estrogène et de progestatif un peu plus importantes que ceux de la première.

Les pilules *triphassiques* (Phaeva, Triella, Tri-Minulet, Trinordioli, Triafémi, Tricilest) contiennent trois séries de comprimés, dont les dosages (et les couleurs) sont différents.

L'intérêt de ces variations hormonales au cours d'une même plaquette est purement théorique, et le résultat n'est pas toujours heureux, en particulier avec les pilules triphasiques. L'objectif de la pilule combinée est en principe de mettre l'ovaire au repos et, pour un certain nombre de femmes, de supprimer les symptômes gênants que sont les règles douloureuses et le syndrome prémenstruel. Or, les pilules triphasiques imitent parfois tellement bien le cycle naturel que des femmes ont, avec elles, des symptômes qu'elles n'avaient pas avant de prendre une pilule combinée ! En outre, il est possible que les pilules les plus faiblement dosées et tout particulièrement les triphasiques ne bloquent pas complètement l'ovulation ! De sorte que les grossesses accidentelles pourraient être plus fréquentes, même sans oubli, avec ce type de pilule!!! (voir p. 199).

Il semble donc, à l'heure actuelle, qu'*a priori*, **pour une première prise de pilule, il vaut mieux choisir une monophasique, et non une triphasique**. J'expliquerai plus loin pourquoi cela peut également simplifier la prise et éviter les oublis de pilule combinée et leurs conséquences.

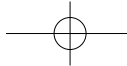
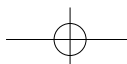


Tableau 14 : Les pilules combinées disponibles en France

Dosage	Type	Nombre de comprimés	Dose d'éthinyl-estradiol	Progestatif	« Climat »
Normodosées					
(50 µg d'éthinyl-estradiol)					
Planor	monophasique	21	50 µg	Norgestrienone	progestative
Stédiril	monophasique	21	50 µg	Norgestrel	progestative
Minidosées (entre 15 et 40 µg d'éthinyl-estradiol)					
Cilest	monophasique	21	35 µg	Norgestimate	estrogénique
Cycléane 20	monophasique	21	20 µg	Désogestrel	estrogénique
Cycléane 30	monophasique	21	30 µg	Désogestrel	estrogénique
Effiprev	monophasique	21	35 µg	Norgestimate	estrogénique
Harmonet	monophasique	21	20 µg	Gestodène	estrogénique
Jasmine					
(Générique : Ethinyl-estradiol					
drospirénone Schering)	monophasique	21	30 µg	Drospirénone	progestative
Méliane	monophasique	21	20 µg	Gestodène	estrogénique
Mélodia	monophasique	28 (24 jaunes et 4 blancs)	15 µg	Gestodène	estrogénique
Mercilon	monophasique	21	20 µg	Désogestrel	estrogénique
Minesse	monophasique	28 (24 jaunes et 4 blancs)	15 µg	Désogestrel	estrogénique
Minidril (Générique : Ludéal Gé)	monophasique	21	30 µg	Lévonorgestrel	progestative
Minulet	monophasique	21	30 µg	Gestodène	estrogénique
Mirlette 20	monophasique	21	20 µg	Désogestrel	estrogénique
Mirlette 30	monophasique	21	30 µg	Désogestrel	estrogénique
Moneva	monophasique	21	30 µg	Gestodène	estrogénique
Ortho-Novum 1/35	monophasique	21	35 µg	Noréthistérone	progestative
Varnoline	monophasique	21	30 µg	Désogestrel	estrogénique
Varnoline Continu					
(Générique : Mirtinu)					
Adepal	biphasique	21 (7 blancs et 14 orangés)	30 µg puis 40 µg	Lévonorgestrel	progestative
Miniphase	biphasique	21 (11 blancs et 10 verts)	30 µg puis 40 µg	Noréthistérone	progestative
Phaeva	triphasique	21 (6 beiges, 5 bruns, 10 blancs)	30 puis 40 puis 30 µg	Gestodène	estrogénique
Triafémi	triphasique	21	35 µg	Norgestimate	estrogénique
Tricilest	triphasique	21	35 µg	Norgestimate	estrogénique
Triella	triphasique	21 (7 blancs, 7 orange pâle, 7 orange)	35 µg	Noréthistérone	progestative
Triminulet	triphasique	21 (6 beiges, 5 marron, 10 blancs)	30 puis 40 puis 30 µg	Gestodène	estrogénique
Trinordiol (Générique : Daily Gé)	triphasique	21 (6 brique, 5 blancs, 10 jaunes)	30 puis 40 puis 30 µg	Lévonorgestrel	progestative



Pourquoi toutes les pilules n'ont-elles pas le même nombre de comprimés ?

Le nombre de comprimés n'est pas identique pour toutes les pilules combinées, et c'est bien dommage, car c'est la source de confusions et de problèmes nombreux. L'élément important à retenir ici est qu'il y a en gros deux situations pratiques :

- les pilules combinées à 21 comprimés sont destinées à être prises pendant trois semaines, suivies d'une semaine d'arrêt ;
- les pilules combinées à 28 comprimés sont destinées à être prises sans interruption 365 jours par an, dans le but de diminuer les risques d'oubli ; sur ces 28 comprimés, un certain nombre (4 pour Mélodia et Minesse, 7 pour Varnoline Continu) sont des placebos. Ils ne contiennent pas d'hormones, de sorte que lorsque l'utilisatrice les prend, elle a ses « règles ». Mais ces « règles » sont artificielles.

Les « fausses règles » de la pilule combinée

Aux premiers temps de la commercialisation des pilules combinées, les femmes supportaient mal l'idée de ne pas avoir de règles du tout : elles l'associaient à la grossesse. On savait que si l'on arrêtrait les comprimés pendant une semaine, l'ovulation restait endormie. Les fabricants de pilule ont donc instauré la séquence « trois semaines de prise + une semaine d'arrêt » pour favoriser l'apparition de « règles ». Quand l'utilisatrice cesse de prendre la pilule pendant une semaine, un saignement apparaît, en général deux ou trois jours après le dernier comprimé. **Ce saignement, souvent plus bref et moins abondant que les règles naturelles, résulte uniquement de l'arrêt temporaire des comprimés!!!** Privé de l'apport hormonal de la pilule, l'endomètre se détache, provoquant ce que les médecins nomment une « hémorragie de privation ». Ces fausses « règles » ne remplissent qu'une seule fonction : elles rassurent l'utilisatrice de pilule combinée sur le fait qu'elle n'est pas enceinte. Mais elles ne sont absolument pas indispensables ! De plus, la semaine

d'arrêt de pilule a deux inconvénients. 1° les « règles » tombent à date fixe, mais pas toujours à un moment très pratique ; 2° – et malheureusement, ce n'est pas expliqué à beaucoup d'utilisatrices – *la semaine d'arrêt accroît le risque d'échecs de la pilule.*

(Lisez aussi : « Les règles : faut-il en avoir, ou pas ? », p. 433.)

Les dangers de la semaine d'arrêt

Des chercheurs anglais ont montré qu'après sept jours consécutifs de pilule combinée l'ovaire est complètement au repos, et l'ovulation ne se produit pas, même si l'utilisatrice oublie plusieurs comprimés successifs ! C'est également ce qui se passe quand on finit la plaquette : l'ovulation est endormie depuis trois semaines ; pendant les sept jours qui suivent, elle reste endormie et ne se produit pas. Une semaine plus tard, quand l'utilisatrice commence la plaquette suivante, la reprise de la pilule combinée empêche de nouveau l'ovulation de se « réveiller ».

Lorsque les pilules contenaient des doses d'estrogène importantes (50 microgrammes d'éthinyli-estradiol ou plus), un arrêt d'une semaine n'avait pas grande conséquence sur l'efficacité contraceptive : l'ovaire restait bloqué pendant sept jours et même au-delà. En revanche, avec les pilules minidosées – qui sont les plus fréquemment employées aujourd'hui – le blocage de l'ovulation est moins durable : au-delà de sept jours sans pilule, l'ovulation peut se reproduire. **Il ne faut donc jamais rester plus de sept jours sans prendre sa pilule combinée.** *Les oublis de pilule les plus susceptibles de se solder par un échec sont ceux qui surviennent juste après la semaine d'arrêt :* oublier de commencer une nouvelle plaquette, ou bien omettre un ou deux des sept premiers comprimés d'une plaquette sont des situations à haut risque, qui nécessitent de prendre des précautions particulières. En revanche, l'oubli d'un comprimé en milieu ou en fin de plaquette n'a pas de conséquence si l'on sait

quoi faire en ce cas-là (voir « Que faire en cas d'oubli de pilule? », p. 222).

Pilules à 28 comprimés : ingénieuses, mais pas indispensables

Sous la pression des spécialistes de la contraception, certains fabricants commercialisent depuis quelques années des pilules à 28 comprimés – qui se prennent sans semaine d'arrêt. Afin d'éviter les oublis de « reprise ». En France, il en existe trois marques.

La première, **Varnoline Continu**, est en fait un simple « aménagement » d'une pilule existante, Varnoline. En plus des 21 comprimés, la forme « Continu » comprend 7 comprimés placebo, c'est-à-dire sans activité hormonale. Une semaine sur quatre, au lieu de ne rien prendre, l'utilisatrice prend des comprimés qui ne servent à rien. Le seul avantage (?) de cette pilule « aménagée » est d'éviter à son utilisatrice d'oublier de reprendre sa pilule après la semaine d'arrêt. Mais le délai entre deux séries de comprimés actifs est de sept jours, comme avec une pilule qu'on arrête une semaine par mois.

Les deux autres marques de pilules à 28 comprimés, **Mélo-dia** et **Minesse**, sont plus intéressantes : elles contiennent en effet 24 comprimés actifs et seulement 4 comprimés inactifs. Par conséquent, le délai d'arrêt de prise des hormones contraceptives est de quatre jours seulement. C'est suffisant pour permettre l'apparition des « fausses règles », mais cela élimine de manière à peu près absolue les risques de réapparition de l'ovulation qu'on observe avec les pilules à sept jours d'arrêt. Quel que soit le moment où l'utilisatrice oublie un de ses comprimés, ça n'a aucune importance : le risque d'ovulation est inexistant, puisqu'elle restera toujours moins d'une semaine sans la prendre. Ces deux marques ont été conçues pour des utilisatrices susceptibles d'oublier leur pilule et s'exposant à une grossesse accidentelle. En toute bonne logique, tous les laboratoires

fabriquant une contraception orale devraient faire passer leurs pilules à 28 comprimés, dont 4 comprimés inactifs, afin de minimiser les risques d'échec ! Mais l'avantage que présentent Minesse et Mélo-dia ne doit pas masquer deux inconvénients :

1. elles ne sont pas remboursées ;
2. leur faible dosage en éthinyl-estradiol ne bloque pas bien l'ovulation, ce qui peut exposer certaines jeunes femmes en particulier à une ovulation, *même sans oublier*.

Que faire pour augmenter l'efficacité de la pilule ?

C'est très simple : une semaine d'arrêt + un oubli de un ou deux comprimés au début de la plaquette suivante (soit 8 ou 9 jours sans pilule) peuvent s'accompagner d'une ovulation. Pour éviter cela, **il ne faut donc jamais rester plus de sept jours sans prendre sa pilule combinée**. Si l'on a peur d'oublier de recommencer sa pilule après l'arrêt, il y a deux solutions très simples :

1. commencer chaque nouvelle plaquette quand les saignements apparaissent, c'est-à-dire au milieu de la « semaine d'arrêt », en général trois ou quatre jours après la fin de la plaquette précédente ;
ou bien
2. prendre sa pilule sans interruption.

Pour cela, il n'est pas nécessaire de remplacer votre marque à 21 comprimés par une marque à 28 comprimés pour réduire les risques d'échec en cas d'oubli : il suffit de ne laisser passer que quatre jours (et non sept) entre deux plaquettes pour augmenter l'efficacité contraceptive – cela peut être fait avec toutes les pilules combinées à 21 comprimés –, ou d'enchaîner les plaquettes, ce qui aura pour intérêt de vous éviter des saignements inutiles et intempestifs. Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a autorisé la commercialisation d'une pilule nommée Seasonale, qui contient trois mois de prise interrompue. Sa composition n'est autre que celle de Minidril, pilule combinée couramment employée dans le monde entier. Mais

sous forme de plaquettes à prendre pendant trois mois d'affilée (84 jours de pilule + 7 jours d'arrêt... dont on peut se passer!).

Nest-il pas dangereux de prendre la pilule en continu?

Non. La « prise continue » est déjà la situation des femmes qui utilisent d'autres méthodes contraceptives :

- implant (progestatifs en permanence pendant 3 ans!) ;
- DIU hormonal (progestatifs en permanence pendant 5 ans!) ;
- progestatifs injectables (1 injection tous les 3 mois sans « pause » entre deux injections) ;
- pilules progestatives (Cérazette, Microval, prises 365 jours par an) ;
- progestatifs puissants (Lutényl, Lutéran, Surgestone) qui peuvent être prescrits comme contraception trois semaines par mois, mais aussi en continu par exemple chez les femmes atteintes d'endométriose, qui souffrent si elles ont des règles.

Par conséquent, non seulement rien ne s'oppose à ce qu'on prenne une pilule « combinée » (contenant œstrogène + progestatif) en continu, **mais ça devrait être la norme.**

Quelles pilules peut-on prendre en continu?

Les pilules « monophasiques », dont les comprimés sont tous identiques (exemple : Cilest, Cycléane, Harmonet, Minidril, Varnoline, etc.), sont les plus pratiques. Avec les pilules biphasiques (qui contiennent des comprimés de deux couleurs) et triphasiques (comprimés de trois couleurs), la prise continue provoque parfois chez certaines femmes un « spotting » (voir p. 208). Ce sont des pertes brunâtres, des saignements passagers, parfois persistants, qui peuvent être gênants. Ces saignements sont sans danger et ils n'empêchent pas toutes les femmes de prendre plusieurs plaquettes sans interruption. Donc, vous avez le droit d'essayer avec n'importe quelle pilule. Si vous finissez par avoir un

spotting, il suffit d'arrêter votre pilule pendant quatre ou cinq jours (pour avoir des règles) et de la reprendre ensuite (même si les règles ne sont pas complètement terminées).

« Climat hormonal » et « génération » des pilules combinées

Il s'agit de termes très courants dans le jargon de la contraception. Dans leurs articles – même ceux qui sont destinés au grand public – les médecins les utilisent sans expliquer ce qu'ils signifient.

- Le « climat hormonal »

Les pilules combinées, par définition, contiennent deux hormones, un œstrogène et un progestatif. Le dosage respectif et la puissance de ces hormones ont pour effet de bloquer l'ovulation, mais aussi parfois d'entraîner des effets secondaires typiques de l'une ou de l'autre.

— Lorsqu'une pilule combinée est à « climat œstrogénique », elle peut entraîner en particulier une tension des seins, des sensations de gonflement du corps juste avant les règles et une augmentation de la glaire cervicale avec des pertes blanches. En revanche, elle a souvent un effet bénéfique sur l'acné.

— Lorsqu'une pilule combinée est à « climat progestatif », elle peut entraîner une sécheresse vaginale et de l'acné, mais elle diminue les douleurs des règles, la tension des seins et les autres symptômes prémenstruels. **Comme l'œstrogène des pilules combinées est toujours le même, le climat hormonal de chaque pilule est en fait déterminé par le progestatif qu'elle contient.** Car le progestatif contrebalance de manière plus ou moins marquée les effets de l'œstrogène. Les pilules combinées qui contiennent du lévonorgestrel et de la noréthistérone sont à climat progestatif. Les pilules combinées les plus récentes, contenant du *gestodène*, du *désogestrel* ou du *norgestimate*, sont plutôt à climat œstrogénique, car ces deux progestatifs s'opposent très peu à l'œstrogène.

Ces nuances permettent de choisir le type de pilule qui conviendra le mieux à l'utilisatrice :

- une femme ayant souvent des règles douloureuses et les seins sensibles au moment des règles se sentira mieux avec une pilule à climat progestatif ;
- une femme qui a une acné marquée se sentira mieux sous pilule à climat estrogénique.

Cependant, le « climat » d'une pilule combinée est surtout une qualité théorique. Chaque femme assimile et élimine les hormones de manière différente. Il est donc difficile de déterminer à l'avance quel type de pilule les femmes toléreront le mieux. Il faut parfois essayer une première marque puis, en fonction des effets ressentis par la femme, en essayer une autre avant de trouver celle que l'utilisatrice tolère le mieux.

- On distingue trois « générations » de pilules combinées
 - 1^{re} génération : les pilules combinées les plus anciennes, dosées à 50 microgrammes d'éthinil-estradiol ;
 - 2^e génération : les pilules combinées contenant 30 à 40 microgrammes d'éthinil-estradiol et les progestatifs les plus anciens (lévonorgestrel et noréthistérone) ;
 - 3^e génération : les pilules combinées contenant des doses d'estrogène encore plus faibles (de 15 à 35 microgrammes) et les progestatifs les plus récents : désogestrel, gestodène, norgestimate.

Cela étant, l'important, dans une pilule combinée, ce n'est pas l'avantage théorique que lui confèrent les substances combinées, mais son intérêt réel pour la personne qui la prend. Il n'est donc jamais justifié de se précipiter sur la dernière pilule en date.

Jasmine : pilule « pour faire maigrir », à fuir d'urgence !

Aujourd'hui, comme nous explique Philippe Pignarre dans son excellent livre, *Le Grand Secret de l'industrie pharmaceu-*

*tique*¹, beaucoup de laboratoires pharmaceutiques ont de grandes difficultés à concevoir de nouveaux produits. Afin de pallier ce manque d'innovation, ils tentent de mettre sur le marché des produits guère différents de ceux qu'ils commercialisent déjà mais qui apportent « un petit plus ». Jasmine est de ceux-là. Sensibles à l'inquiétude de beaucoup d'utilisatrices qui craignent de « prendre du poids avec la pilule » (voir p. 213 la réalité de cette crainte) et conscients du fait que certaines femmes présentent, à la fin de leur cycle normal, une légère « rétention d'eau » qui s'estompe avec la survenue des règles, ils ont conçu une pilule contenant de l'éthinil-estradiol (comme toujours) et un progestatif particulier, la drospirénone. Cette substance est dotée d'un « léger effet diurétique » (autrement dit : elle fait perdre un peu d'eau et de sel...). C'est d'ailleurs ce qu'indique précisément sa fiche signalétique : « La drospirénone est un nouveau progestatif qui possède des propriétés antiandrogéniques et une légère activité antiminérocorticoïde. » L'indication officielle de Jasmine est « contraception orale », ce n'est pas « contraception orale des femmes qui veulent maigrir » ! En principe, elle ne devrait être proposée qu'aux femmes qui font de la rétention d'eau, et non à toutes les femmes qui ont peur de prendre du poids avec la pilule ! Malheureusement, le discours de marketing du laboratoire, en entretenant la confusion entre « prise de poids » et « rétention d'eau », a déjà eu des effets sur la prescription de Jasmine, car aux États-Unis, la marque a gagné, au travers des médias, la réputation de « pilule qui fait maigrir », ce qui est évidemment complètement faux ! Un article du respecté *British Medical Journal*² révèle qu'en Europe, où Jasmine est commercialisée depuis 2000 et serait aujourd'hui déjà prescrite à

1. Éditions La Découverte, 2003.

2. K. van Grootheest and T. Vrieling, *Drug points: Thromboembolism associated with the new contraceptive Yasmin*, *BMJ*, February 1, 2003; 326 (7383): 257-257.

500 000 femmes, 40 cas de phlébites, dont deux mortels, ont été observés chez des utilisatrices de cette pilule combinée! À l'heure actuelle, rien ne permet d'attribuer à Jasmine le moindre avantage sur une autre pilule combinée, mais ses dangers sont les mêmes (et peut-être supérieurs) ; son utilisation semble non seulement superflue, mais fortement déconseillée à l'immense majorité des femmes.

Diane 35, fausse « pilule pour l'acné »

Ses utilisatrices d'hier ou d'aujourd'hui auront certainement remarqué qu'un nom ne figure pas dans le tableau 14 : celui de Diane 35, médicament très prescrit par les gynécologues, les généralistes et les dermatologues.

Ce médicament contient deux substances: de l'éthynil-estradiol (comme toutes les pilules combinées) et de la cyprotérone. Cette seconde substance, apparentée à la progestérone, s'oppose aux effets des androgènes (hormones masculines). Quand les androgènes sont produits en trop grande quantité par l'ovaire, ils ont des effets désagréables: acné, séborrhée et hirsutisme – c'est-à-dire une pilosité envahissante. Or, les progestatifs ont des effets similaires à ceux des androgènes. Les progestatifs utilisés pour la contraception hormonale peuvent d'ailleurs réveiller une acné.

Diane 35 a été conçue pour traiter l'acné. L'éthynil-estradiol et la cyprotérone qu'elle contient s'opposent aux effets des androgènes et des progestatifs et diminuent l'acné, la séborrhée et la pilosité. Cependant, ce médicament est doté aussi d'un effet contraceptif, car l'association estrogène + cyprotérone bloque l'ovulation. Fortement incités par le laboratoire qui la fabrique, de nombreux médecins la prescrivent, depuis près de vingt ans, aux jeunes femmes qui ont de l'acné en leur disant: « Ça vous servira aussi de pilule. »

Cependant en France, et dans d'autres pays, Diane 35 n'inclut pas la contraception dans ses indications légales! Si vous consultez le *Vidal*, dictionnaire des médicaments qui sert de référence aux médecins, vous y verrez que chaque fiche de pilule contraceptive contient les mots: « Indication: contraception orale. » La fiche de Diane 35 précise: « Indication: traitement de l'acné chez la femme. » Un point, c'est tout! Dans le *GNP* (autre livre de référence des médecins qui n'est malheureusement plus édité), on pouvait lire cette phrase sibylline: « Mise en garde: Bien qu'inhibiteur de l'ovulation, ce médicament ne doit pas être utilisé comme contraceptif en l'absence [...] d'androgénisation chez la femme. »

En 1982, *La Revue Prescrire*, qui fait autorité en France en matière d'information objective sur le médicament, écrivait au sujet de Diane: « *Diane est un traitement de certaines manifestations d'hyperandrogénie chez la femme (séborrhée, acné...)* et non un contraceptif oral à prescrire à n'importe quelle femme pour quelques boutons sur le nez. » Vingt-cinq ans plus tard, rien n'est venu contredire cette analyse. Aujourd'hui, la prescription de Diane 35 en tant que pilule contraceptive à presque toutes les femmes ayant de l'acné est quasi systématique, ce qui est parfaitement abusif!

À la publication de la première édition de ce livre, dans *L'Express* du 4/10/2001, Sandrine Chauvin écrit à propos de mes mises en garde concernant Diane 35:

Au laboratoire fabricant, Schering, on se veut rassurant. « Si beaucoup de femmes avaient eu une grossesse sous Diane, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) aurait retiré la mention "effet contraceptif" dans la notice », affirme la Dr Frédérique Magnies, responsable du produit. Mais l'AFSSAPS manque de données fournies par le laboratoire pour garantir l'efficacité contraceptive de la Diane [...].

On ne saurait être plus clair. De plus, si les utilisatrices de Diane sont plus souvent enceintes que les utilisatrices d'une marque de pilule officiellement autorisée comme contraception, il n'est pas possible de le savoir. En effet, la grossesse n'est pas un « effet indésirable » de Diane (ou des pilules). Les femmes qui se retrouvent enceintes sous Diane sans avoir oublié un comprimé rencontrent probablement, comme toutes les femmes enceintes sous pilule, le même scepticisme de la part des médecins – qui ont trop souvent tendance à croire que les femmes oublient « sans s'en rendre compte » ou nient la réalité. Et les grossesses sous pilule ne sont pas répertoriées.

Mais en tout état de cause, un médicament qui n'est pas indispensable ne doit pas être utilisé hors de ses indications. Et surtout pas au prix d'une grossesse!

Au Canada, comme en France, Diane 35 est commercialisée comme traitement de l'acné, mais non approuvée comme pilule contraceptive. De plus, un article du *Journal de l'Association médicale du Canada (CMAJ)*, 18 février 2003, 168, 4) mettait en garde ses lecteurs contre la prescription de Diane 35. Il rapporte en effet que d'après une étude britannique, le risque d'événements thromboemboliques (phlébites et/ou embolies pulmonaires) est plus grand avec la cyprotérone (l'un des composants de Diane 35) qu'avec les progestatifs habituellement utilisés dans les pilules combinées. Ses recommandations sont claires: « Diane 35 devrait être réservée à un usage temporaire chez les femmes souffrant d'acné grave et ne devrait pas être utilisée seulement comme un contraceptif. Toutes les femmes qui utilisent une contraception orale combinée courent un risque thromboembolique veineux et devraient être informées de cet effet secondaire rare et potentiellement grave, surtout si elles prennent Diane 35. »

Le même avertissement avait déjà été émis en Grande-Bretagne par le *Committee on Safety of Medicine* (Commission de la sécurité des médicaments) dans son bulletin du 28 octobre 2002. Il y était précisé: « *Dianette* (nom de marque de Diane 35 au Royaume-Uni) est un traitement destiné aux femmes souffrant d'acné grave n'ayant pas répondu aux antibiotiques par voie orale, ou à traiter l'hirsutisme modéré.

- *Dianette* doit être arrêtée trois à quatre mois après que l'affection traitée a été complètement guérie.

- Chez les utilisatrices de *Dianette* la fréquence des accidents thrombo-emboliques est supérieure à celle des utilisatrices de pilules combinées minidosées.

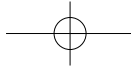
- *Dianette* est contre-indiquée chez les femmes ayant un antécédent personnel ou familial proche de thrombose veineuse confirmée ou de manifestations emboliques.

- Il est possible que les femmes souffrant d'acné ou d'hirsutisme soient porteuses d'un risque intrinsèque accru de maladie cardiovasculaire¹. » Compte tenu du fait qu'il existe des contraceptions moins dangereuses et des traitements de l'acné plus efficaces, je pose encore une fois la question: pour les utilisatrices de Diane, le jeu en vaut-il vraiment la chandelle?

Les raisons scientifiques de ne pas utiliser Diane 35 sont nombreuses et précises

- Diane 35 est probablement une contraception moins efficace que les pilules combinées: assure-t-elle l'épaississement de la glaire cervicale et l'effet anti-implantatoire, deux des effets contraceptifs assurés par le progestatif des pilules combinées? On l'ignore: il est impossible d'obtenir du fabricant des chiffres sur l'efficacité contraceptive de Diane 35... puis-

1. Les androgènes, hormones mâles que certaines femmes sécrètent en excès, sont en effet responsables d'hirsutisme, d'acné et, à terme, de fragilité cardiovasculaire.



qu'elle n'a jamais été testée comme contraception au long cours!

- Les traitements spécifiques de l'acné sont beaucoup plus efficaces que Diane 35. Les pilules combinées les plus récentes, à dominante estrogénique (contenant du désogestrel ou du gestodène) sont, elles aussi, actives sur l'acné.

- Les effets de Diane 35 sur la séborrhée demandent parfois près de quatre mois avant de se faire sentir. C'est beaucoup, compte tenu du fait que l'acné peut être mieux traitée par d'autres moyens!!!...

- La durée du traitement de l'acné par Diane 35 n'est précisée nulle part, ce qui pose de gros problèmes. Quand faut-il l'arrêter? Quels sont ses effets nocifs à long terme? Etc.

- D'un point de vue scientifique, il est irrationnel d'affecter à un même médicament deux objectifs qui n'ont rien à voir: le traitement d'une affection (l'acné) et le contrôle d'un phénomène naturel (l'ovulation). Par ailleurs, la contraception est un objectif qui doit se suffire à lui-même. Or, pour les fabricants et les prescripteurs de Diane 35, ce n'est pas la contraception qui prime, mais l'acné!

- Pire: en cas de grossesse sous Diane 35 (et j'en ai vu un certain nombre, au cours des années écoulées), l'antiandrogène qu'elle contient peut entraîner la féminisation d'un fœtus mâle! Malgré un succès commercial guidé par le discours du laboratoire fabricant, les médecins français n'ont pas le droit de prescrire Diane comme s'il s'agissait d'une contraception, puisque la contraception ne figure pas parmi ses indications. La moindre des choses serait de prévenir les utilisatrices que l'effet contraceptif de ce médicament est réel, mais qu'on ne peut pas dire s'il est identique à celui d'une pilule combinée.

Le Code de la santé publique impose que les médecins donnent aux patients toutes les informations sur les médicaments qu'ils prescrivent. Combien de médecins le font-ils en prescri-

vant Diane 35? Et, s'ils le faisaient, combien de femmes prendraient-elles Diane 35, sachant qu'elles risquent peut-être une grossesse ou une phlébite, et que d'autres traitements de l'acné plus efficaces sont disponibles?

En cas de grossesse non désirée sous Diane, une femme qui n'aurait pas été informée de ces réserves par son médecin serait en droit de porter plainte contre lui, d'une part pour ne l'avoir pas prévenue du risque de grossesse, d'autre part pour avoir prescrit un médicament en dehors de ses indications officielles. À noter que plusieurs copies génériques de Diane 35 sont aujourd'hui commercialisées (Holgème, Lumalia, Minerva 35, Evepar, etc.). Leur indication est la même: l'acné!

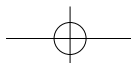
En conclusion: si vous prenez actuellement Diane 35 ou l'une de ses génériques, ou si l'une de vos amies la prend, sachez que vous n'êtes pas traitée (pour l'acné) ni protégée (d'une grossesse intempestive) comme vous devriez l'être!

Quatre « nouvelles » pilules combinées d'intérêt incertain

Quatre marques de pilules combinées ont reçu leur autorisation de mise sur le marché et été commercialisées depuis 2003.

- Mirlette 20 et Mirlette 30 sont des copies conformes de Cycléane 20 et Cycléane 30: elles contiennent exactement les mêmes doses d'éthinyl-estradiol et de désogestrel. Quel peut donc être l'intérêt d'une telle commercialisation? On se le demande.

- Tricilest et Triafémi sont identiques: elles contiennent 30 microgrammes d'éthinyl-estradiol et – ce qui est plus original – des doses croissantes d'un même progestatif, le norgestimate. Ce sont donc des triphasiques dans lesquelles la dose de progestatif varie, alors que dans toutes les autres triphasiques, c'est la dose d'éthinyl-estradiol qui varie. Cette composition est cen-



sée améliorer l'acné et, de fait, les notices des deux marques portent comme indication : « contraception ET traitement de l'acné », ce qui est une première en France. Est-ce que ça en fait pour autant des « pilules pour l'acné » ? C'est douteux. J'ai expliqué plus haut à propos de Diane pourquoi il est illogique de donner un même médicament pour deux choses différentes. Ce principe reste entier ici. De plus, la dose variable du progestatif dans ces deux marques est-elle compatible avec une contraception efficace au long cours ? Bloque-t-elle l'ovulation de manière durable ? Impossible de répondre. Or, en matière de contraception, la question de l'efficacité n'est tout de même pas superflue...

Pilules combinées et Sécurité sociale

C'est un point important, parce qu'il conditionne souvent la possibilité pour la femme d'utiliser une pilule combinée. Sur les trente et quelques marques de pilules combinées, onze (et leurs génériques) seulement sont remboursées, et souvent, pas celles qui mériteraient de l'être. Ça ne devrait pas entrer en ligne de compte pour le choix individuel d'une pilule combinée. Mais les prix de certaines pilules sont souvent rédhitoires et les associations de consommateurs devraient faire pression sur les fabricants et les pharmaciens pour qu'ils les baissent, car le prix de vente n'est pas du ressort de la Sécurité sociale. La Sécu propose au laboratoire de rembourser le médicament à condition que celui-ci soit vendu à un prix plafond. Si le fabricant trouve que ce prix est insuffisant, il peut parfaitement commercialiser sa pilule combinée sans remboursement : il sait qu'elle sera utilisée parce qu'il sait que les médecins, correctement démarchés, la prescriront à leurs patientes...

La question des génériques de pilule

Aujourd'hui, plusieurs pilules combinées ont un équivalent générique, c'est-à-dire une copie conforme, moins coûteuse que l'original :

- Ludéal Gé, générique de Minidril, pilule combinée monophasique ;
- Daily Gé, générique de Trinordiol, pilule combinée triphasique ;
- Mirtinu, générique de Varnoline Continu ;
- Éthynil-estradiol drospirénone Schering, générique de Jasmine.

Comme les marques originales, les deux premières sont remboursées, les deux autres ne le sont pas.

Quelques remarques :

1. Les noms de ces génériques sont compliqués à retenir, ce qui ne facilite pas la mémorisation. Pourquoi pas « Minigé » et « Trinorgé » pour les deux premières ? Ça aurait simplifié le travail des médecins et des pharmaciens, et rassuré les femmes qui voient leur marque habituelle remplacée par un produit dont le conditionnement et le nom sont complètement différents.

2. À quoi peuvent bien servir des génériques de Varnoline continu (dont j'ai expliqué les limites p. 184) et de Jasmine, dont la sécurité d'emploi est apparemment sujette à caution (p. 188) ? Et que faut-il comprendre quand on apprend que le générique de Jasmine est commercialisé par... Schering, fabricant de Jasmine ? Sinon que le fabricant, non content de commercialiser un médicament d'intérêt discutable, « bloque » le marché en le commercialisant *deux fois* !

Pendant combien de temps peut-on prendre une pilule combinée ?

L'utilisation d'une pilule combinée présuppose de n'avoir aucun facteur de risque familial ou personnel (voir p. 163) susceptible d'entraîner une complication. Hors des situations à risques, la pilule combinée n'a que des effets bénéfiques pour les femmes ! Les femmes non fumeuses et sans facteurs de risques peuvent prendre une pilule combinée jusqu'à cinquante ans.

Quelle pilule combinée choisir?

Pour les femmes en bonne santé, sans facteurs de risques et non fumeuses, toutes les pilules combinées minidosées (tableau 14 p. 180-181) sont équivalentes.

Mais en général, il vaut mieux commencer par une pilule minidosée monophasique. **Si l'utilisatrice a spontanément des symptômes évoquant un excès en œstrogène** (syndrome prémenstruel, sensibilité des seins, par exemple), une pilule combinée contenant du lévonorgestrel ou de la noréthistérone est appropriée.

Si l'utilisatrice a de l'acné, il vaut mieux choisir une pilule combinée contenant du désogestrel ou du gestodène. Dans un cas comme dans l'autre, il est préférable d'utiliser d'abord une pilule combinée contenant au moins 30 microgrammes d'éthinil-œstradiol car les pilules plus faiblement dosées provoquent souvent un « spotting » (saignements anarchiques – voir p. 208).

Certaines pilules combinées ont des usages limités

- Les pilules combinées triphasiques ne doivent pas être utilisées d'emblée mais après essai d'une contraception par pilule monophasique ou biphasique si celle-ci s'accompagne d'effets indésirables.

- Les pilules combinées normodosées, dont le contenu en œstrogène est plus important, ne doivent pas être utilisées comme contraception permanente et sont réservées à des cas particuliers (femmes prenant des médicaments antiépileptiques ou des « inducteurs enzymatiques » – voir p. 393).

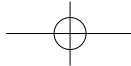
- Il n'est pas recommandé de se précipiter sur les pilules combinées les plus récemment commercialisées; beaucoup n'ont pas d'intérêt, d'autres (Jasmine, p. 188) font l'objet d'un lancement qu'on est en droit de qualifier au moins d'ambigu et peuvent se révéler dangereuses! Par principe, demandez à votre médecin de vous prescrire une pilule dont l'efficacité mais aussi la sécurité d'emploi sont éprouvées.

- Diane 35, (p. 190), n'est pas une pilule mais un traitement de l'acné prescrit comme contraception de manière abusive par de nombreux médecins. Son action sur l'acné est modeste et surtout, son efficacité contraceptive est inconnue. Elle ne doit jamais être utilisée comme seule contraception permanente. Attention aux dosages trop faibles!

Les pilules combinées ne bloquent pas toujours l'ovulation...

J'ai parlé précédemment du risque d'ovulation qui subsiste, pour les utilisatrices de pilule, à la fin de la semaine d'arrêt. Ce risque a été démontré par plusieurs chercheurs¹. Ces chercheurs ont montré que l'activité ovarienne continue pendant la prise de la pilule combinée, lentement, mais sûrement. À l'arrêt de la pilule, l'ovaire reprend progressivement une activité qui arrive à son apogée deux ou trois jours après le début de la plaquette suivante. **Même si l'ovulation est bloquée pendant les sept jours d'arrêt, elle peut se produire lorsqu'une pilule est oubliée au début de la plaquette suivante.** *Le problème, c'est que la dose d'éthinil-œstradiol administrée dans les pilules combinées n'a pas le même effet chez toutes les femmes. Les centres d'interruption de grossesse voient régulièrement des femmes qui se disent enceintes sans avoir jamais oublié un comprimé.* Or, il n'y a pas de raison de douter de leur parole: les oublis, aujourd'hui, peuvent se réparer grâce à la contraception d'urgence et les femmes enceintes après un oubli sont les premières à s'en vouloir, et à le dire. Celles qui soutiennent n'avoir jamais oublié leur pilule sont donc dignes de foi. **Or, le phénomène d'« échappement ovulatoire » (ovulation malgré la prise correcte, sans oubli, d'une pilule combinée) est connu depuis longtemps mais, curieusement,**

1. Bart, Fauser et al., « Manipulation of Human Ovarian Function: Physiological Concepts and Clinical Consequences », *Endocrine Reviews*, 1997, Vol. 18, n° 1.



beaucoup de médecins français persistent à nier son existence. Lorsque les pilules contenaient 50 microgrammes d'éthinil-estradiol (Stédiril, Planor), les oublis de pilule pendant vingt-quatre heures étaient souvent sans conséquence. La dose d'estrogènes suffisait à bloquer durablement l'ovulation. Aujourd'hui, les pilules combinées sont plus faiblement dosées en estrogènes. Comme peuvent en témoigner les médecins travaillant en centres d'IVG, les grossesses sans oubli sous pilules faiblement dosées ne sont pas rares. Il est donc probable que la sécurité de ces pilules combinées contenant moins de 30 microgrammes d'éthinil-estradiol Cycléane 20, Harmonet, Méliane, Mercilon, Mélodia, Minesse, Mirlette 20 et, tout récemment Jasminelle) est encore plus aléatoire, surtout chez les très jeunes femmes (de quinze à vingt-cinq ans), dont le fonctionnement ovarien est très puissant, et la fécondité très grande. De ce fait, personnellement, je ne prescris jamais de pilule à 15 ou 20 microgrammes aux adolescentes et aux femmes de moins de vingt-cinq ans, pour leur éviter au maximum une grossesse accidentelle. J'attends qu'on me démontre que j'ai tort d'être aussi prudent.

Pilule combinée mode d'emploi

Comment faut-il prendre sa pilule combinée ?

- Pilule à 21 comprimés (la plupart des pilules combinées) : un comprimé par jour, pendant vingt et un jours. Il faut ensuite cesser la prise de la pilule pendant sept jours. Autrement dit, si vous commencez votre plaquette un lundi, vous prendrez le dernier comprimé un dimanche et vous prendrez le premier comprimé de la plaquette suivante une semaine plus tard, le lundi. Pour éviter qu'un oubli ne se transforme en grossesse, il est plus sûr de laisser passer seulement quatre jours (et non sept) entre deux plaquettes. C'est sans danger, et cela augmente la sécurité contraceptive. On peut même enchaîner plusieurs plaquettes d'affilée, sans s'arrêter (voir p. 210).

- Pilule à 28 comprimés (Mélodia, Minesse ou Varnoline Continu) : un comprimé par jour, 365 jours par an, sans interruption. Le lendemain du dernier comprimé d'une plaquette, il faut commencer la plaquette suivante. Dans Varnoline Continu, les sept derniers comprimés sont des placebos : ils ne contiennent pas d'hormones. Dans Mélodia et Minesse, seuls les quatre derniers sont des placebos, ce qui équivaut à... quatre jours d'arrêt.

Quand dois-je commencer ma pilule combinée ?

- **Première prise de pilule.** *Contrairement à ce qui est dit par la plupart des médecins, il n'est absolument pas nécessaire d'attendre d'avoir ses règles pour commencer une pilule combinée.* Elle peut être commencée n'importe quand, puisqu'on cherche à endormir l'ovulation. Le plus tôt sera donc le mieux!!!

Commencée le 1^{er} ou le 2^e jour des règles, on considère que la pilule combinée est efficace tout de suite. Si vous la commencez en milieu de cycle, il faut utiliser des préservatifs pendant les sept premiers jours de la plaquette pour que l'ovulation soit endormie. Ensuite, vous êtes protégée.

- **Après un accouchement :**

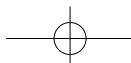
- si vous n'allaites pas, vous pouvez commencer votre pilule combinée au 21^e jour qui suit l'accouchement : les risques vasculaires sont minimes après le 21^e jour et il n'y a pas d'ovulation avant le 25^e jour ;

- si vous allaitez, la pilule combinée n'est pas souhaitable (les estrogènes diminuent la production de lait et passent dans le lait) ; il vaut mieux avoir recours à une pilule progestative (p. 226), qui peut être commencée elle aussi au 21^e jour.

- **Après une IVG,** la pilule combinée choisie peut être commencée le jour même ou le lendemain.

- **Pour remplacer une autre pilule combinée :** commencez la nouvelle pilule le lendemain du dernier comprimé, sans laisser passer une semaine d'arrêt.

- **Pour remplacer une pilule progestative :** commencer la



pilule combinée le lendemain du dernier comprimé de la pilule progestative, sans laisser passer une semaine d'arrêt et sans vous préoccuper d'éventuels saignements en début de plaquette.

À quel moment de la journée faut-il prendre sa pilule combinée ?

Le moment est moins important que la régularité. L'idéal est que cela devienne un rituel que vous n'oublierez pas. Le plus simple est d'associer la prise de la pilule à un geste que vous faites chaque jour, même si ça n'est pas toujours exactement à la même heure : avec la première gorgée du café du matin, juste avant de se brosser les dents le soir, de se démaquiller ou d'enlever ses lentilles de contact, par exemple. Si vous voulez, vous pouvez aussi faire sonner votre téléphone portable à heure fixe pour vous rappeler de la prendre. Mais vous n'êtes pas à quelques heures près : jusqu'à douze heures de retard, il n'y a rien d'autre à faire que de prendre le comprimé oublié. Au-delà de douze heures d'oubli, lire « Que faire en cas d'oubli de pilule combinée ? » p. 222.

Loin d'un repas ou pendant un repas ?

Certaines femmes ont des nausées quelques heures après avoir pris leur pilule, surtout pendant les premiers jours. La prise au moment d'un repas peut diminuer les nausées. Si les nausées persistent, c'est que la pilule n'est pas adaptée, et il faut demander au médecin d'en prescrire une autre.

Je n'ai pas eu de règles depuis plusieurs mois. Quand dois-je commencer à prendre ma pilule combinée ?

Certaines femmes ont des cycles longs (règles tous les trente ou trente-cinq jours), voire très irréguliers (règles ou quatre à six fois par an seulement). Il n'y a pas grand danger à commencer une pilule combinée sans savoir si on est enceinte ou non – la pilule combinée n'a pas d'effet toxique sur une grossesse éventuelle – mais il est bien sûr préférable de savoir si on est enceinte ou non. Alors, voici comment procéder :

1. Pratiquez un premier test de grossesse pour vérifier que vous n'êtes pas enceinte.

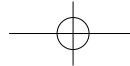
2. Le jour du test, s'il est négatif, commencez à prendre votre pilule combinée.

3. Si vous avez des rapports sexuels pendant les sept premiers jours de pilule, utilisez des préservatifs.

4. Au bout de quinze jours de pilule, refaites un test de grossesse pour vérifier que vous n'êtes pas enceinte. Si une grossesse avait commencé entre-temps, la prise de la pilule n'empêcherait pas le test d'être positif.

À partir de quel âge peut-on commencer à prendre une pilule combinée ?

Dès que la puberté est achevée, ce qui est variable d'une femme à une autre. Beaucoup de jeunes filles (même si elles n'ont pas encore de rapports sexuels, ce qui est le plus souvent le cas) ont des règles douloureuses, dont le traitement est tout simplement... la pilule. Il n'y a pas de danger à commencer très tôt : chez l'adolescente, même jeune, la pilule est moins dangereuse qu'une grossesse et plus confortable que des règles douloureuses et abondantes ! Il est de plus en plus courant, dans les centres de planification, que des jeunes filles de quatorze ans demandent une contraception par pilule combinée. Si elles la demandent, il ne fait aucun doute qu'elles en ont besoin (je n'ai jamais vu de jeune fille prendre la pilule « pour faire comme les copines », c'est bien trop fastidieux !) ou prévoient d'en avoir besoin bientôt. Même pour celles qui n'ont que des rapports sexuels occasionnels, la prise d'une pilule combinée est préférable à une grossesse intempestive ou à une IVG ! Cela dit, plus le début des relations sexuelles est précoce, plus l'information sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) doit être répétée. Car une sexualité précoce s'accompagne souvent d'un nombre élevé de partenaires sexuels (donc, d'occasions de s'infecter) avant l'âge de vingt ans.



Je n'ai jamais eu de règles. Puis-je prendre la pilule?

Les règles n'apparaissent pas au même âge chez toutes les femmes. Certaines sont réglées dès huit-neuf ans, d'autres pas avant dix-huit ans. C'est évidemment surtout pour ces dernières que la question de la contraception peut se poser.

Avant tout, une chose à bien retenir: ce n'est pas parce qu'une femme n'a pas de règles qu'elle ne peut pas être enceinte!!! Par définition, les premières règles sont précédées par au moins une ovulation! Donc, par principe, toute jeune femme qui décide d'avoir des rapports sexuels, qu'elle ait eu des règles ou non, devrait, si possible, obtenir de son partenaire qu'il utilise des préservatifs. Malheureusement, cela n'est pas toujours possible. Il peut arriver qu'une jeune fille ayant déjà tous les signes d'une puberté achevée (seins développés, pilosité sous les bras et sur le pubis, taille définitive) mais n'ayant pas encore de règles demande une contraception orale. Après avoir vérifié qu'elle ne présente aucune anomalie responsable de l'absence de règles (malformation de l'utérus ou des ovaires), et que sa puberté est terminée, le médecin pourra lui prescrire une pilule combinée, ce qui aura l'avantage de la protéger contre une grossesse imprévue.

Je suis mineure. Dois-je me faire accompagner par ma mère pour me faire prescrire la pilule?

Non, bien sûr. La prescription de contraception est anonyme et gratuite pour les mineures dans les centres de planification publics, les consultations de PMI et les antennes locales du planning familial (toutes les adresses figurent en fin de livre, p. 521). De plus, une contraception d'urgence (p. 77) peut être remise gratuitement et anonymement à une mineure par une infirmière scolaire ou un(e) pharmacien(ne). Un médecin généraliste est lui aussi tout à fait habilité à prescrire une contraception à une mineure. Et souvent, les généralistes ont dans leur cabinet des échantillons de pilule qui leur permettent de «dépanner» les

jeunes femmes sans argent ou qui se trouvent loin d'une pharmacie. De plus (voir p. 357), il n'est pas indispensable de subir un examen gynécologique ou une prise de sang pour se faire prescrire une pilule.

Mineures et contraception: la confidentialité est une règle absolue

Le secret professionnel est absolu. Ce qui signifie que si une mineure demande une contraception à son médecin (même s'il s'agit de son médecin de famille), celui-ci n'a pas le droit d'en parler à quiconque (même et surtout aux parents de sa patiente). Il est nécessaire de le rappeler. Il en va de même pour le pharmacien du village ou du quartier, qui est tenu au secret à l'égard des mineures à qui il délivre une contraception d'urgence ou la pilule prescrite sur une ordonnance. Tout professionnel qui enfreint cette règle absolue (énoncée par le Code de santé publique et le Code Civil) est passible de sanctions pénales.

Quels examens dois-je subir si je veux prendre la pilule?

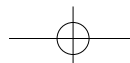
Les examens indispensables sont détaillés p. 216. Vous pouvez refuser tous les autres.

Quelle est la durée « normale » des règles sous pilule combinée?

Il n'y a pas de durée « normale », cela varie avec chaque femme, puisque, encore une fois, il s'agit de fausses règles. Elles peuvent durer entre un et cinq jours. Avec la pilule combinée, toutes les femmes ont de saignements moins abondants et moins longs que leurs règles naturelles.

Et si je n'ai pas de règles du tout à la fin d'une plaquette?

Il arrive parfois que les utilisatrices de longue date aient des saignements si légers qu'ils n'apparaissent pas du tout, de temps à autre, entre deux plaquettes. **En pareil cas, il ne faut SURTOUT PAS arrêter la pilule pour faire apparaître les règles, car cela favorise le retour de l'ovulation... et une éventuelle**



grossesse. Surtout, commencez la plaquette suivante à la date prévue! L'absence de règles sous pilule n'est pas forcément un signe de grossesse. Mais si vous prolongez la semaine d'arrêt, le risque de grossesse est réel! Il faut évidemment vérifier que vous n'êtes pas enceinte en pratiquant un test de grossesse. Si ce test est négatif, vous pouvez être rassurée, il s'agit probablement d'un effet secondaire de la pilule combinée. Les pilules à « climat » progestatif peuvent, au bout de quelques mois, faire « disparaître » les règles. Consultez votre médecin, afin qu'il vous en conseille une autre, à « climat » plutôt estrogénique, pendant quelques mois, avant de revenir à la pilule combinée antérieure. Si vous ne voulez pas changer de pilule et si vos règles ne réapparaissent pas, vous pouvez vérifier que vous n'êtes pas enceinte d'une manière très simple: à la fin de la semaine sans pilule, prenez votre température. Si vous avez moins de 36,7° le matin, vous n'êtes certainement pas enceinte.

Dois-je attendre que mes règles soient finies pour commencer la plaquette suivante?

Non. Quelle que soit la durée des règles, vous devez commencer la plaquette suivante sept jours (ou seulement quatre, pour plus de sécurité au plus tard – voir p. 200) si votre pilule a 21 comprimés. Même si les saignements s'éternisent un peu, il ne faut jamais laisser passer plus de sept jours entre deux plaquettes.

Mes règles tombent systématiquement le week-end! Que puis-je faire pour qu'elles arrivent plutôt en semaine?

Si vous utilisez une pilule combinée monophasique (dont tous les comprimés sont identiques) vous pouvez sans inconvénient prendre deux plaquettes d'affilée et décaler ainsi vos règles de trois semaines. Si vous utilisez une pilule combinée biphasique ou triphasique (dont les comprimés sont de deux ou trois couleurs différentes), vous pouvez retarder de quelques jours l'apparition de vos règles en procédant de la manière suivante: une fois votre pre-

mière plaquette terminée, continuez en prenant les comprimés de même couleur de la plaquette suivante. Vous décalerez ainsi vos règles d'autant de jours qu'il y a de comprimés. **MAIS ATTENTION!** Lorsque vous marquerez un arrêt de pilule pour avoir des règles, ne laissez pas passer plus de sept jours avant de recommencer une nouvelle (voir aussi p. 210 la méthode du « tricycle »)!

Je dois prendre l'avion pour un pays lointain. Comment faire pour prendre ma pilule combinée malgré le décalage horaire?

En général, quand on prend une pilule combinée, quelques heures de décalage dans la prise ne sont pas très graves (une pilule oubliée un soir peut être prise le lendemain matin). Donc, s'il y a moins de six à huit heures de décalage horaire entre le lieu de départ et le lieu d'arrivée, il est parfaitement sûr de continuer à la prendre à la même heure (heure locale du lieu d'arrivée) que d'habitude. Vous la prendrez avec six ou huit heures de décalage le jour de votre arrivée, et avec le même décalage (dans l'autre sens) à votre arrivée en France le jour du retour, ce qui n'a pas grande importance.

Si vous partez pour une destination située à plus de huit heures de décalage, et si ce voyage est prévu depuis longtemps, enchaînez sans interruption les deux plaquettes qui précèdent le voyage (afin qu'un oubli ou un délai n'ait pas de conséquence). Gardez votre montre à l'heure de Paris pendant tout le voyage. Vous disposez de trente-six heures (24 + 12 de retard) entre le dernier comprimé qui a précédé le voyage et la prise du comprimé suivant. Il est rare qu'un voyage dure plus de trente-six heures...

Est-il vrai que les vols long courrier peuvent être dangereux quand on prend une pilule combinée?

Les voyages en avion obligent parfois à rester assis de longues heures dans un lieu étroit et confiné. La circulation dans les

veines des jambes se fait moins bien. On a observé, chez des hommes et des femmes restés assis sans bouger à leur place, la formation de phlébites (caillots sanguins) dans les veines des mollets. Si ce caillot se déplace, il peut provoquer une embolie pulmonaire. Les femmes qui prennent une pilule combinée sont un peu plus exposées que les autres (du fait de la présence d'estrogènes dans la pilule) par une immobilisation prolongée. Si vous devez faire un voyage en avion de plus de huit heures, levez-vous toutes les deux heures pendant le vol et arpentez l'avion pendant plusieurs minutes pour faciliter la circulation dans les veines des mollets, allez bavarder un moment avec les hôtesses de l'air ou avec d'autres voyageurs ; faites les exercices conseillés par les films éducatifs de la compagnie aérienne.

Vous pouvez aussi, à titre préventif, prendre un sachet de 250 mg d'aspirine soluble (Aspégic 250, Catalgine 0,25) au début du voyage (l'aspirine fluidifie le sang et diminue le risque de formation d'un caillot). Enfin, buvez beaucoup d'eau.

Que dois-je faire si je saigne pendant la prise de ma pilule combinée ?

Si vous utilisez Minesse ou Mélodia il est normal de saigner en début de plaquette (les saignements sont déclenchés par la prise des comprimés blancs de fin de plaquette précédente). Si vous utilisez Varnoline Continu, les saignements surviennent à la fin des comprimés blancs, en général, donc en fin de plaquette. Si vous saignez à un autre moment ou pendant la prise d'une autre pilule, il s'agit d'un « spotting ».

Le « spotting » : un phénomène fréquent à bien connaître

On donne ce nom aux saignements anarchiques qu'observent certaines utilisatrices au bout de quelques jours ou quelques mois de prise de pilule. Ces saignements sont liés au fait que l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus), aminci par le progestatif, est fragile et saigne.

Le spotting survient surtout avec les pilules les moins dosées en estrogène (moins de 35 microgrammes d'éthinyl-estradiol). C'est un phénomène sans danger, et il ne signifie absolument pas que la pilule est inefficace. En général, le spotting disparaît spontanément au bout de quelques jours.

Le principal danger du spotting, c'est l'arrêt de la pilule ! Les femmes (surtout les plus jeunes) ne sont en effet pas prévenues de son apparition éventuelle ni informées de la conduite à tenir. Lorsque le spotting se produit, certaines se disent « mes règles commencent », elles cessent de prendre leur pilule combinée... et se retrouvent enceintes.

Pour éviter le spotting, il est important de ne pas commencer la contraception orale par une pilule combinée trop faiblement dosée en estrogène (moins de 30 microgrammes) mais plutôt par une pilule à 30 ou 35 microgrammes.

Les principales causes de spotting

- Les débuts de pilule : le spotting peut apparaître au cours de la toute première plaquette et disparaître spontanément.
- La consommation de cigarettes (le tabac accélère l'élimination des hormones de la pilule par le foie).
- L'oubli de comprimé (ou le comprimé vomi au cours d'une gastro-entérite). Le spotting peut survenir deux à trois jours après l'oubli. Même si vous avez repris votre pilule, il peut persister pendant plusieurs jours, parfois jusqu'à la fin de la plaquette. Continuez à prendre votre pilule comme d'habitude. (Voir aussi « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » p. 222.)
- La prise d'un médicament « inducteur enzymatique », qui entraîne une élimination accélérée de la pilule par le foie (voir p. 393).
- Un accouchement ou un avortement récent (moins de six semaines).
- La méthode du « tricycle » (p. 210) utilisée pour espacer les règles : un spotting peut apparaître au bout de quelques semaines. Pour interrompre le spotting, il suffit d'arrêter sa pilule quelques jours (4 ou 5, pas plus). L'endomètre fragile sera éliminé entièrement, et le spotting cessera.

Il y a enfin, deux causes plus rares de saignements qui peuvent passer pour un spotting, mais justifient que le médecin vous examine s'ils persistent ou se répètent :

- une infection du col à *Chlamydiae* (le spotting peut en être le seul symptôme, p. 453) ;
- une lésion inflammatoire du col de l'utérus (p. 457).

Lorsqu'un spotting survient pendant la prise d'une pilule combinée :

1. Ne cessez pas de prendre votre pilule ! Si vous cessez de la prendre en pensant qu'il s'agit de vos règles, l'arrêt risque de déclencher une ovulation et de favoriser une grossesse. Le spotting est très fréquent pendant les trois premiers mois d'utilisation puis, le plus souvent, il disparaît.

2. Si le spotting persiste sans interruption ou se reproduit à plusieurs reprises pendant plus de trois mois, consultez votre médecin. Il devra d'abord vérifier que le saignement n'est pas dû à une autre cause que la pilule combinée (voir encadré page précédente).

3. Une fois les causes extérieures éliminées (en particulier les infections et inflammations du col), le médecin peut vous prescrire une dose supplémentaire d'estrogène pendant quelques jours, vous conseiller une pilule légèrement plus dosée ou une pilule biphase, dont les derniers comprimés sont un peu plus dosés que les premiers.

Un moyen simple d'espacer les règles : la méthode du « tricycle »

Si vous ne trouvez pas indispensable d'avoir des règles chaque mois, vous pouvez pratiquer la méthode du « tricycle ». Celle-ci consiste tout simplement à prendre trois plaquettes d'affilée sans semaine d'arrêt entre les plaquettes, et de marquer la

semaine d'arrêt seulement à la fin de la troisième plaquette ou de continuer la prise contenue.

Est-il dangereux de ne pas avoir de règles chaque mois ?

Non. Souvenez-vous, les règles de la pilule combinée ne sont pas de vraies règles. On les fait apparaître uniquement pour rassurer les femmes sur le fait qu'elles ne sont pas enceintes...

Et avec Mélodia, Minesse et Varnoline Continu, puis-je pratiquer la méthode du tricycle ?

Bien sûr. Il suffit de jeter les comprimés inactifs (les quatre blancs de Mélodia et Minesse, les sept verts de Varnoline Continu) et de passer directement à la plaquette suivante, et ainsi de suite pendant trois plaquettes ou plus.

Dans quelles autres circonstances la méthode du tricycle peut-elle rendre service ?

- **En cas d'oublis fréquents.** Moins on arrête la pilule, plus elle est efficace (voir p. 183) Avec la méthode du tricycle, vous n'aurez qu'une semaine d'arrêt toutes les neuf semaines (et non tous les mois), donc trois fois moins de risques en cas d'oubli. Il faudra continuer à faire attention au moment de l'arrêt et juste après, sauf si vous décidez d'arrêter la pilule quatre jours seulement : ce sera suffisant pour faire apparaître des règles, mais votre ovulation restera endormie. (C'est ce qui se passe avec Minesse et Mélodia, les pilules à 28 comprimés.)

- **En cas de migraines** pendant la semaine d'arrêt : certaines femmes migraineuses font des crises seulement à ce moment-là, en même temps que les saignements ! Avec la méthode du tricycle, les migraines seront trois fois moins fréquentes.

- **En cas de saignements très douloureux ou abondants malgré la prise de la pilule :** certaines femmes ont depuis l'adolescence des règles très douloureuses que la pilule ne soulage qu'en partie. Avec cette méthode, les règles douloureuses seront

aussi moins fréquentes.

• **En cas d'activité sportive régulière.** Les sportives de haut niveau, de par l'effort physique intense qu'elles doivent fournir, souffrent souvent d'une carence en estrogènes. La pilule combinée est une méthode qui permet de compenser cette carence. La méthode du tricycle, voire la prise de la pilule combinée en permanence (sans aucun arrêt), leur permet en outre de ne pas être gênées par les règles.

Quels sont les inconvénients de la « méthode du tricycle » ?

Le principal inconvénient est l'apparition occasionnelle d'un spotting (p. 208), en général au cours de la troisième plaquette. Ce phénomène est sans gravité.

Les effets indésirables bénins de la pilule combinée

Ils sont peu nombreux, mais peuvent être gênants, et justifient parfois de changer de marque de pilule. Le tableau suivant énumère les symptômes les plus courants. Si vous avez plutôt des symptômes appartenant à la colonne de gauche, votre médecin vous proposera une pilule à dominante progestative ; s'ils font partie de la colonne de droite, une pilule à dominante estrogénique. Si vous n'avez aucun de ces symptômes, ne changez surtout pas de pilule (... sauf si vous prenez Diane 35, voir p. 190 ou Jasmine, voir p. 188) ! Certains de ces symptômes sont évidemment très subjectifs. La dépression et la fatigue sont des éventualités très fréquentes chez de nombreuses personnes, qu'elles prennent ou non une pilule combinée. Les symptômes les plus évocateurs d'une inadaptation de la pilule combinée sont les plus « objectifs » : sensibilité et gonflement des seins, œdèmes au moment des règles dus aux estrogènes ; acné, séborrhée, sécheresse vaginale dus aux progestatifs.

Tableau 15 : Effets indésirables de la pilule combinée

Symptômes provoqués par les estrogènes	Symptômes provoqués par les progestatifs
Pertes blanches abondantes	Sécheresse vaginale
Prise de poids et œdèmes chaque mois	Dépression
Nausées, vertiges	Diminution du désir
Syndrome prémenstruel	Fatigue
Irritabilité juste avant les règles	Acné et séborrhée
Sensibilité et gonflement des seins	Pilosité abondante

Une question épineuse : la pilule combinée fait-elle prendre du poids ?

Pour endormir l'ovulation, toutes les méthodes contraceptives hormonales, rappelons-le, font croire au corps de la femme qu'elle est déjà enceinte. Certaines femmes sont génétiquement « programmées » pour prendre du poids pendant leur grossesse. Il est logique qu'une méthode hormonale provoque une prise de poids chez ces femmes-là. Il n'est pas possible de prévoir à coup sûr quelles femmes sont susceptibles de prendre du poids, mais en général, les femmes « rondes » (ou dont la mère ou les sœurs le sont) ont plus de risque de prendre du poids avec une méthode hormonale que les femmes très minces.

Les adolescentes n'ont en général pas tout à fait terminé leur croissance. Beaucoup de femmes prennent du poids spontanément entre quinze et vingt-deux ans. La pilule a tendance à accélérer le phénomène... comme le ferait une grossesse.

Il n'y a pas de pilule qui fasse prendre moins de poids que les autres

La prise de poids sous contraception hormonale ne dépend pas de la contraception, mais de la femme. Si vous prenez du

poids avec une méthode, il est probable que toutes risquent de vous faire prendre du poids. Les arguments selon lesquels certaines pilules (Jasmine, en particulier p. 188) éviteraient une prise de poids (voire en feraient perdre) sont uniquement des arguments de marketing qui ne reposent sur aucune réalité scientifique.

Une autre question épineuse : est-ce que la pilule diminue le désir sexuel ?

Cela arrive, mais pas à toutes les femmes. Beaucoup de femmes voient leur désir *augmenté* par la prise d'une contraception, car elle libère de la crainte d'une grossesse. Mais la baisse de la libido n'est pas une éventualité invraisemblable. Certaines femmes constatent en effet que leur désir sexuel diminue lorsqu'elles sont enceintes. Il est donc logique que chez ces mêmes femmes, les contraceptions hormonales (qui reproduisent l'état hormonal de la grossesse) aient le même effet. Malheureusement, la plupart des femmes commencent à prendre la pilule *avant* d'avoir été enceintes et n'ont pas d'expérience sur laquelle se fonder. Lorsqu'une utilisatrice de pilule évoque une atténuation de son désir sexuel sous pilule et la réapparition du désir quand elle l'arrête pendant quelques mois (voire pendant la semaine d'arrêt entre deux plaquettes), elle s'entend parfois dire par son médecin que c'est « psychologique ». Or, semblable réponse est inacceptable. Même lorsqu'un effet indésirable est psychologique, on doit en tenir compte. Si vous éprouvez une modification nette de votre désir sous contraception hormonale (pilule combinée ou autre), il est légitime d'opter pour une contraception non hormonale (DIU au cuivre).

Est-ce qu'il faut faire une pause de sa pilule – par exemple, un mois par an – pour s'assurer que tout fonctionne bien ?

Surtout pas ! Cet arrêt d'un mois était autrefois souvent conseillé ou imposé par les gynécologues. Il l'est malheureusement encore aujourd'hui par quelques médecins. Et souvent – allez savoir pourquoi ? – on conseillait aux utilisatrices d'arrêter leur pilule au mois d'août... c'est-à-dire au moment où beaucoup de couples ont plus de temps à consacrer à la sexualité. Bien entendu, on omettait de leur recommander une contraception de rechange et les femmes se retrouvaient enceintes sans l'avoir voulu, et on les voyait débarquer dans les centres d'interruption de grossesse à la fin septembre... **Il n'y a aucun intérêt médical à arrêter sa pilule combinée une fois par an** – et surtout pas « à titre préventif » ! « La pause », les utilisatrices la font déjà chaque mois, pendant la semaine d'arrêt entre deux plaquettes – ce qui leur fait, en tout, trois mois sans pilule chaque année ! Inutile d'en rajouter et de risquer une grossesse !

Après avoir pris la pilule longtemps, faut-il attendre quelques mois avant de mettre une grossesse en route ?

Non. La pilule combinée n'est pas dangereuse pour le(s) fœtus, quel que soit le moment de la conception. Il arrive qu'une grossesse survienne sous pilule combinée, avec ou sans oubli, et ne soit découverte qu'au bout de plusieurs semaines. L'une des inquiétudes réside alors dans son effet hypothétique sur le fœtus. Sur ce point encore, les informations dont nous disposons permettent d'être parfaitement rassurants : les enfants dont la mère a pris une pilule combinée n'ont pas plus de malformations que les autres. Les accouchements prématurés, eux non plus, ne sont pas plus nombreux chez les « bébés-pilule ». Il n'est donc pas jus-

tifié d'attendre deux ou trois mois pour mettre une grossesse en route, d'autant plus que, comme je l'ai expliqué précédemment (p. 158) une grossesse peut se faire attendre!

La surveillance médicale pendant la prise d'une pilule combinée

En France, les femmes qui utilisent une contraception orale sont surveillées de manière un peu excessive. À partir du moment où la femme qui prend une pilule combinée ne présente pas de facteurs de risques, la surveillance médicale est simple.

Quels examens doit-on subir pour prendre une pilule combinée?

Très peu! L'immense majorité des contre-indications à la pilule peuvent être identifiées par le médecin simplement en vous interrogeant

L'examen clinique est simple: le médecin doit seulement peser la patiente (pour avoir un poids de référence et voir si elle prend du poids sous pilule combinée) et lui prendre la tension (pour dépister une hypertension qui serait passée inaperçue jusque-là).

L'examen gynécologique avec «toucher vaginal» est inutile si la patiente ne se plaint d'aucun symptôme. En effet, il est rarissime qu'une jeune femme n'ayant aucun symptôme soit porteuse d'une maladie à son insu. *L'examen gynécologique ne doit pas être imposé à la première consultation de prescription de pilule, ni même à chaque consultation de renouvellement.* Et les patientes sont parfaitement en droit de le refuser. De même, jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, un frottis vaginal est le plus souvent inutile pour se faire prescrire la pilule (voir le consensus international à ce sujet page 357).

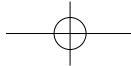
L'examen des seins, quant à lui, est inutile avant trente ans chez les femmes qui n'ont constaté elles-mêmes aucune anomalie de leurs seins.

La simplicité de l'examen devrait favoriser l'accès de la contraception en général, et de la pilule combinée en particulier, à des femmes jeunes qui en ont besoin. Or, beaucoup ne consultent pas par peur (justifiée) d'être soumises à un examen clinique désagréable. Chaque patiente devrait inviter les médecins qui se sentent obligés de les examiner à tout bout de champ à lire le consensus scientifique sur le sujet (voir p. 357) ainsi que les recommandations officielles de l'ANAES (voir p. 499), qui en principe font autorité en France...

Faut-il subir une prise de sang pour prendre une pilule combinée?

Pas de manière systématique. Chez une femme en bonne santé et qui ne se plaint de rien, le seul intérêt d'une prise de sang consiste à rechercher un trouble de la coagulation si des personnes de sa famille ont déjà fait des phlébites, ou à mesurer ses lipides sanguins s'il existe une suspicion d'hyperlipidémie familiale. En dehors de ces deux situations, la prise de sang est inutile. Le dosage systématique du cholestérol, en particulier, et surtout chez la femme jeune, est une mesure totalement injustifiée (voir p. 465).

Seule l'hypertriglycéridémie familiale est une contre-indication à la prise de pilule combinée. Une hypercholestérolémie familiale, si elle est modérée, n'est pas une contre-indication. Dans tous les cas, les femmes souffrant de troubles des lipides peuvent utiliser une autre méthode contraceptive: pilule progestative (p. 226), implant progestatif (p. 240) DIU progestatif ou au cuivre (p. 269, 305). Il arrive que certaines femmes voient leur cholestérol sanguin ou les triglycérides, habituellement normaux, s'élever modérément sous pilule. Cette élévation est sans danger et ne fait pas courir de risque vasculaire. Elle ne nécessite aucunement d'arrêter la pilule ou de renouveler les prises de sang.



Quitte à faire une prise de sang, profitez-en pour demander qu'on vérifie (si ça n'est pas fait) que vous êtes immunisée contre la rubéole et contre la toxoplasmose. Ces deux maladies sont bénignes mais, lorsqu'elles surviennent pendant une grossesse, elles peuvent être dangereuses pour le fœtus. Il est donc bon de savoir si vous êtes bien vaccinée contre la rubéole (dont le vaccin est en principe obligatoire depuis plus de vingt ans) et si vous êtes immunisée contre la toxoplasmose (qui est transmise par les chats).

Une fois qu'on prend la pilule, quels contrôles faut-il faire?

Là encore, très peu. Une consultation par an suffit. Le médecin doit vous prendre la tension chaque année (une hypertension non traitée est une contre-indication à la prise de la pilule combinée) et vous faire un frottis vaginal tous les trois ans (p. 456). Il n'est pas nécessaire que le médecin vous fasse à chaque fois un examen gynécologique (toucher vaginal) si vous n'avez aucun symptôme. Le cancer du sein est très rare avant trente ans. Il est donc inutile d'examiner les seins des adolescentes et des jeunes femmes si celles-ci n'ont aucun symptôme. À partir de trente ans, l'autopalpation des seins par la femme et l'examen par le médecin une fois par an (quand il renouvelle la prescription de pilule combinée) sont suffisants. La mammographie (à partir de quarante ans) n'est utile que pour les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein. Pour les femmes sans antécédent familial, une mammographie tous les deux ans à partir de cinquante ans suffit. Quant aux prises de sang, encore une fois, il est inutile de les répéter. Jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, en l'absence de symptômes, une femme en bonne santé doit pouvoir se faire renouveler sa pilule sans examen inutile. À partir de l'âge de vingt-cinq ans, le frottis de dépistage (pour dépister les lésions inflammatoires précancéreuses du col de l'utérus) doit être fait tous les trois ans. Cette fréquence doit être plus grande (tous les ans) seulement si le frottis se révèle anormal.

Quand faut-il impérativement consulter un médecin?

Les effets indésirables graves de la pilule combinée sont peu nombreux. Les accidents liés à la pilule sont donc rares, eux aussi. Raison de plus pour en connaître les symptômes afin de les traiter au plus tôt.

Les utilisatrices de pilule combinée doivent consulter dans les plus brefs délais dans les circonstances suivantes :

- gonflement douloureux d'un mollet ;
- douleur vive dans la poitrine et essoufflement ;
- maux de tête inhabituellement intenses ;
- perte de la vision d'un œil ou d'une partie du champ visuel ;
- troubles de la parole ;
- vertiges brusques et importants ;
- engourdissement d'un bras ou d'une main.

De plus, l'arrêt de la pilule est médicalement nécessaire :

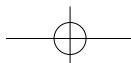
- en cas d'apparition d'une jaunisse ou d'une éruption éten- due et persistante ;
- si la tension artérielle est supérieure à 16/9,5 à plusieurs reprises ;
- en cas d'immobilisation (après un accident, par exemple) ;
- deux semaines avant les interventions chirurgicales lourdes ou portant sur les membres inférieurs ; si l'intervention est bénigne, l'arrêt de la pilule n'est pas nécessaire.

Les oublis de pilule

Ce sont les principales causes d'échec, et ils entraînent malheureusement encore de nombreuses IVG (près de 11 000 par an!).

Comment éviter les oublis?

La principale manière de penser à prendre sa pilule, c'est, je l'ai dit plus haut, de l'associer à un rituel quotidien. Beaucoup de



femmes gardent leur plaquette dans leur table de nuit. Il est peut-être plus opportun de la placer près d'un objet que vous utilisez tous les jours : brosse à dents, produits démaquillants, nécessaire à lentilles, par exemple. Mais ne la laissez pas trop en évidence si vous ne voulez pas que quelqu'un d'autre la voie (vos parents, qui ne sont pas toujours au courant ; vos enfants, qui sont parfois très curieux)...

Tout incident modifiant les habitudes est susceptible de la faire oublier ou d'en empêcher la prise. Pour éviter cela :

- gardez toujours dans votre sac à main une plaquette de secours qui ne vous quittera pas ; si vous oubliez d'emporter votre pilule un jour, vous pourrez parfaitement prendre le(s) comprimé(s) correspondant(s) sur cette plaquette ;
- gardez dans vos papiers l'original de votre ordonnance ainsi qu'un papier indiquant la composition de votre pilule (dosage d'éthinyl-estradiol, nom et dosage du progestatif). Si vous partez loin de chez vous, en oubliant votre pilule, cela vous sera très utile pour vous la faire délivrer par un pharmacien de campagne ou, si vous vous trouvez à l'étranger, de demander à un médecin de vous prescrire une pilule au contenu équivalent ;
- mettez votre compagnon à contribution : si vous l'oubliez souvent, ou si vous avez peur de l'oublier, il peut vous y faire penser... à condition que vous le lui demandiez. Un autre moyen d'augmenter votre sécurité contraceptive consiste à ne laisser passer que quatre jours entre deux plaquettes et non sept, ou bien à prendre deux ou trois plaquettes d'affilée (méthode du « tricycle », p. 210). Si vous oubliez souvent votre pilule, pensez-y ! Et si vous l'oubliez vraiment très souvent, envisagez une autre méthode contraceptive : DIU (p. 269), implant (p. 240). Enfin, un conseil de bon sens : ne cessez pas de prendre la pilule sur un coup de tête. Même si vous rompez avec votre ami, n'arrêtez pas brusquement votre contraception du jour au lendemain : un rapport sexuel survenu

quelques jours plus tôt, une ovulation déclenchée par l'arrêt des comprimés et par l'émotion de la rupture, et c'est la tuile ! Même si vous venez de rompre, vous ne resterez pas seule toute votre vie. Envisagez une contraception temporaire (préservatifs, spermicides, etc.).

Et je vous conseille d'avoir toujours une contraception d'urgence (p. 77) et des préservatifs dans votre armoire à pharmacie !

Quelques conseils supplémentaires pour éviter un échec de pilule

— Ne laissez jamais passer plus de sept jours entre deux plaquettes de pilule. Si vous oubliez souvent votre pilule, réduisez le nombre de jours d'arrêt à quatre jours (au lieu de sept) entre deux plaquettes, vous diminuerez le risque de grossesse en cas d'oubli.

— Si vous saignez pendant la prise de la pilule, ou si vous n'avez pas de règles à la fin d'une plaquette, consultez votre médecin mais n'arrêtez pas de prendre votre pilule !

— Si vous en avez assez de prendre la pilule, demandez à votre médecin de vous prescrire un autre moyen de contraception : un DIU (stérilet) ou un implant contraceptif sont bien plus efficaces qu'une pilule qu'on oublie !

Que faire si j'ai vomi ma pilule ?

Il peut arriver de vomir dans les heures qui suivent la prise de la pilule. Si le vomissement a lieu moins de trois heures après la prise du comprimé, il vaut mieux (une fois les vomissements calmés) reprendre un comprimé, comme en cas d'oubli. La plaquette se terminera un jour plus tôt, et bien sûr il faudra commencer la plaquette suivante un jour plus tôt également. Si le vomissement a lieu plus de trois heures après la prise, et si vous ne vomissez pas le repas qui a précédé la prise de la pilule, il n'y a rien de particulier à faire. Vous devez considérer que votre pilule a déjà été assimilée.

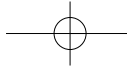


Tableau 16 : Que faire en cas d'oubli de pilule combinée ?

(Photocopiez ces pages et faites-les circuler parmi vos amies)

Depuis la publication de ce livre, les recommandations en cas d'oubli de pilule se sont beaucoup simplifiées. Celles qui figurent dans les recommandations de l'ANAES sont les suivantes :

**Que faire en cas d'oubli de pilule
(d'après les recommandations de l'ANAES)**

inférieur à 12 heures	supérieur à 12 heures
Prendre immédiatement le comprimé oublié	Prendre immédiatement le comprimé oublié
Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)	Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)
	En cas de rapport sexuel, utiliser des préservatifs pendant les 7 jours suivant l'oubli
	Si l'oubli de pilule a eu lieu au cours de la dernière semaine de la plaquette, enchaîner la plaquette suivante sans interruption, en la commençant le jour suivant la prise du dernier comprimé
	Si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli ou si l'oubli porte sur 2 comprimés au moins, il faut utiliser une contraception d'urgence (si le délai n'est pas dépassé) ¹

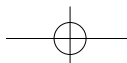
1. Autrement dit, il faut prendre une contraception d'urgence dans les cinq jours suivant l'oubli (note de M.W.).

En Angleterre, les recommandations en cas d'oubli sont beaucoup plus simples. Dans un document récent, John Guillebaud, l'une des autorités britanniques (et mondiales) en matière de contraception les énonce de la manière suivante :

**Que faire en cas d'oubli de pilule combinée ?
(recommandations de John Guillebaud¹)**

En cas d'oubli de PLUS D'UN comprimé de n'importe quelle pilule combinée, utiliser des préservatifs pendant les 7 jours suivants. Si l'oubli a lieu pendant la dernière semaine de la plaquette, commencer la plaquette suivante sans arrêt entre les deux. Une contraception d'urgence n'est nécessaire que si la patiente oublie PLUS DE DEUX comprimés au cours de la PREMIÈRE SEMAINE de la plaquette et a eu un rapport sexuel au cours des 7 jours précédant l'oubli.

1. Source : « Brief update ou contraception », disponible sur le site www.medical-masterclass.com à la page « Handout from Lectures ».



Les médicaments responsables d'échecs de la pilule

En dehors de l'oubli, la principale cause d'échec d'une pilule combinée est l'interaction médicamenteuse. Une interaction, c'est un conflit entre deux médicaments. Les hormones de la pilule combinée sont absorbées dans le tube digestif et passent ensuite dans le sang où elles sont progressivement éliminées par le foie : c'est pour cette raison qu'il faut prendre un comprimé chaque jour. Certains médicaments dits « inducteurs enzymatiques » accélèrent la destruction des hormones de la pilule combinée par les enzymes du foie. Ils peuvent ainsi diminuer leur efficacité.

Tableau 17 : Principaux médicaments susceptibles de diminuer l'efficacité des pilules combinées

- **Médicaments antituberculeux** : rifabutine (Ansatiptine), rifampicine (Rifadine, Rimactan)
 - **Médicaments de l'épilepsie** : phénobarbital (Alepsal, Aparoxal, Gardéнал, Kaneuron), phénytoïne (Di-Hydan, Dilantin), primidone (Mysoline), carbamazépine (Tégréтол), topiramate (Epitomax), vigabatrin (Sabril)
 - **Médicaments antifongiques** : griséofulvine (Fulcine, Griséfuline)
 - **Médicaments antiviraux** : ritonavir, nelfinavir, efavirenz, névirafine
- Autres médicaments (leur interaction n'est pas absolument démontrée) :
- **Médicaments anti-ulcéreux** : lansoprazole (Lanzor, Ogast)
 - **Psychostimulant** : modafinil (Modiodal)

On a longtemps incriminé les antibiotiques courants (utilisés pour soigner les bronchites, les angines, les infections urinaires) dans l'échec des contraceptions, mais dans la plupart des situations courantes, leurs effets sont probablement inexistantes.

Si votre médecin doit vous prescrire un médicament, il est indispensable de vérifier s'il fait partie de cette liste. Si c'est le cas, et s'il s'agit d'un traitement de courte durée, utilisez des préservatifs en plus. S'il s'agit d'un traitement de longue durée, il faudra envisager de passer, même de manière temporaire, à une autre méthode contraceptive – DIU, en particulier.

La rifampicine (un antituberculeux) et plusieurs antiépileptiques sont les principaux responsables des échecs de pilule. En cas de traitement par l'un de ces médicaments, il est recommandé aux utilisatrices d'utiliser une pilule à 50 microgrammes d'éthinyl-estradiol (Stédiril, par exemple) et de pratiquer la prise

continue de la pilule. Cette méthode permet d'éviter les échecs induits par l'interaction médicamenteuse. Mais en cas de traitement permanent par les antiépileptiques, ou de traitement antituberculeux au long cours, l'attitude de prudence consiste à recourir à une contraception non hormonale. Le DIU (au cuivre ou hormonal, car il a surtout des effets locaux) est la méthode la plus appropriée pour ces patientes.

Je ne peux plus ou je ne veux plus prendre la pilule !

Contraception d'un jour n'est pas pour toujours

C'est particulièrement vrai pour la pilule combinée. Au bout de plusieurs années d'utilisation, et parfois après le premier enfant, certaines utilisatrices trouvent bien contraignant de prendre un comprimé chaque soir. Et puis, la vie et la sexualité ne sont pas des situations figées. Il arrive qu'on se sépare temporairement ou définitivement et qu'il paraisse inutile de continuer à prendre la pilule « pour rien ». Il arrive qu'on ait un compagnon absent plusieurs semaines par mois ou plusieurs mois par an. Il arrive qu'on n'ait plus que des relations sexuelles occasionnelles. Évidemment, il peut aussi être indispensable de passer à une autre contraception pour des raisons purement médicales : effet indésirable sérieux ou gênant, facteur de risque, contre-indication apparue récemment, etc.

Il arrive aussi qu'une utilisatrice de longue date se mette à oublier sa pilule à tout bout de champ. C'est un signe qui ne trompe pas. Si vous êtes dans ce cas, vous êtes mûre pour changer de mode de contraception.

Pour passer de la pilule combinée à une autre méthode, voir p. 403.

Conseils aux utilisatrices de pilule combinée (à photocopier!)

- Mémorisez le nom de votre pilule, la dose d'éthinyl-œstadiol, le nom et la dose du progestatif qu'elle contient.
- Pour ne pas oublier votre pilule, associez la prise à un geste que vous faites chaque jour. Au besoin, demandez aussi à votre compagnon de vous y faire penser. Et gardez une plaquette de secours dans votre sac à main.
- Si des saignements surviennent pendant la prise de votre pilule combinée, consultez un médecin, mais ne l'arrêtez surtout pas!
- Il est inutile (et dangereux) d'interrompre la prise de pilule un mois par an. Il n'y a aucun risque à la prendre pendant plusieurs années sans interruption.
- Chaque fois qu'un médecin vous prescrit un médicament, demandez-lui s'il est compatible avec votre pilule combinée.
- Glissez votre ordonnance de pilule dans votre porte-cartes, avec votre carte de groupe sanguin et votre carte Vitale. En cas d'accident, ou si vous êtes hospitalisée, il est important que les médecins sachent que vous prenez la pilule, et laquelle.
- Ayez toujours du Norlevo et des préservatifs à la maison chez vous. C'est très utile en cas d'oubli de pilule, et tout le monde peut un jour oublier sa pilule (même vous)!
- Si vous oubliez votre pilule (de plus en plus) souvent, c'est peut-être que vous en avez assez de la prendre! Envisagez une autre contraception. Un DIU (stérilet) ou un implant sont toujours plus efficaces qu'une pilule qu'on oublie.
- Faites votre possible pour cesser de fumer!

2° LES PILULES PROGESTATIVES

La contraception par pilule progestative est moins répandue en France que la contraception par pilule combinée. Elle

est aussi beaucoup moins connue et c'est bien dommage. Elle est en effet très efficace, a très peu de contre-indications, ne nécessite aucune des précautions qu'impose la pilule combinée, peut être prise par les femmes qui fument, jusqu'à cinquante ans et au-delà. Autant dire qu'on aurait tort de s'en priver, d'autant qu'une nouvelle marque, qui vient de s'ajouter aux quatre qui existaient auparavant, présente des avantages notables.

Le terme de « micropilule », parfois utilisé pour désigner cette contraception, n'est pas très heureux : la dose de progestatif qu'elles contiennent n'est pas « microscopique », mais comparable à celle que contiennent les pilules combinées. À titre de comparaison, chaque comprimé de la dernière pilule progestative en date, Cérazette, contient la même quantité de désogestrel qu'un comprimé de Méliane, une pilule combinée.

Tableau 18 : Les pilules progestatives disponibles en France

Pilule progestative	Progestatif et dosage
Exluton	lynestrérol 0,5 mg
Microval	lévonorgestrel 0,03 mg
Milligynon	noréthistérone 0,6 mg
Ogyline	norgestriénone 0,35 mg
Cérazette	désogestrel 0,075 mg

NOTE : D'autres progestatifs sont utilisés comme contraceptifs dans certaines circonstances. Ils sont décrits p. 257.

Des effets contraceptifs analogues à ceux de la pilule combinée

Les pilules progestatives ont trois effets sur le fonctionnement de l'appareil génital féminin :

- elles épaississent la glaire cervicale, ce qui empêche le passage des spermatozoïdes – mais aussi celui d'un certain nombre

de bactéries; l'effet contraceptif contribue donc aussi à protéger en partie l'utérus contre les infections;

- elles amincissent l'endomètre (la paroi intérieure de l'utérus) et le rendent impropre à l'implantation d'une éventuelle grossesse;
- elles entraînent un blocage de l'ovulation, mais moins souvent que celui que produit une pilule combinée: on considère que l'ovulation est bloquée pour 60 % des utilisatrices de pilules progestatives, et pour 98 % des utilisatrices de pilule combinée. Du fait de la persistance d'ovulations, l'effet contraceptif de la pilule progestative repose essentiellement sur l'épaississement de la glaire cervicale. Or, ce dernier met environ quatre heures à s'installer complètement et ne dure que pendant environ vingt-six ou vingt-sept heures pour chaque comprimé.

Cette particularité explique trois précautions importantes dans l'utilisation de la pilule progestative:

- une pilule progestative se prend tous les jours, 365 jours par an, sans interruption, même pendant les règles!
- une pilule progestative doit être prise chaque jour à la même heure, et son efficacité ne tolère pas de retard supérieur à trois heures!
- au-delà d'un retard de trois heures, il faut utiliser une contraception supplémentaire (préservatifs, éponge spermicide) pendant les deux jours qui suivent (le temps que l'effet sur la glaire cervicale se rétablisse).

La dernière pilule progestative en date, Cérazette (malheureusement non remboursée), apporte cependant un « plus » par rapport aux quatre autres marques existantes: un blocage complet de l'ovulation. Conséquence de ce blocage, l'aménorrhée (absence de règles) est plus fréquente qu'avec les autres pilules progestatives, et les utilisations possibles deviennent de ce fait

plus nombreuses. Pour les mêmes raisons, sa sécurité d'emploi est plus grande. Ainsi, sa notice mentionne à présent le même retard possible de prise (12 heures) que les pilules combinées.

Avantages des pilules progestatives

Du fait de l'absence d'estrogène, les pilules progestatives n'ont pas les effets indésirables de la pilule combinée, et ne font pas courir les mêmes risques, en particulier sur le plan vasculaire. Elles ne modifient pas les lipides du sang ou la glycémie. Elles peuvent donc être utilisées virtuellement par toutes les femmes à qui les pilules combinées sont interdites: celles qui fument, celles qui ont déjà fait une phlébite, celles qui ont un trouble de la coagulation, ou des migraines accompagnées d'une aura (p. 169); les diabétiques, les femmes obèses – avec un aménagement de la prise (p. 233) et, les femmes de plus de quarante-cinq ans jusqu'à la ménopause confirmée!

De plus, leurs contre-indications sont *très peu nombreuses*:

- maladies rares: artérites étendues, porphyries aiguës, maladie trophoblastique;
- allergie (très rare) à un progestatif;
- maladies graves du foie.

En revanche, bien que le risque de grossesse extra-utérine (GEU) chez les femmes prédisposées (p. 230) soit inférieur sous pilule progestative à ce qu'il est en l'absence de contraception, la plupart des pilules progestatives ne constituent pas la meilleure méthode contraceptive dans ce contexte. Les femmes ayant déjà souffert d'une GEU devraient plutôt utiliser une pilule combinée, un DIU au cuivre ou hormonal, ou un implant.

Des effets indésirables bénins et peu nombreux

Le principal inconvénient de la pilule progestative est évidemment la nécessité de la prendre chaque jour à heure fixe, ou

presque. Contrairement à la pilule combinée, il n'y a en revanche pas de semaine d'arrêt pour troubler le rythme de la prise.

- Tous les contraceptifs progestatifs (pilule progestative, implant, DIU Mirena, etc.) peuvent provoquer une **poussée d'acné, de la séborrhée et une chute de cheveux modérée** chez les femmes prédisposées. Un autre inconvénient, moins sérieux, est l'effet des pilules progestatives sur les règles. Plus de 50 % des femmes qui prennent une pilule progestative ont un cycle régulier, compris entre vingt-cinq et trente-cinq jours en général. Parmi les autres utilisatrices, deux phénomènes sont fréquents :

- un « spotting », léger saignement parfois persistant qui apparaît entre les règles, et dont j'ai déjà parlé au sujet des pilules combinées (p. 208). Il est souvent transitoire, et il peut être amélioré en changeant de pilule, car toutes ne contiennent pas le même progestatif ;

- l'aménorrhée, c'est-à-dire l'absence de règles. Elle est surtout fréquente chez les femmes de plus de quarante ans. Si la pilule progestative n'a pas été oubliée, l'aménorrhée n'est pas synonyme de grossesse, mais témoigne souvent de la mise en sommeil de l'ovulation, gage supplémentaire d'efficacité !

- La contraception par pilule progestative semble favoriser l'apparition de **kystes fonctionnels de l'ovaire** (p. 66) mais cet effet indésirable, quoique douloureux, est bénin. Pour les femmes qui sont déjà sujettes à ce type de kyste, une pilule combinée (qui en prévient complètement l'apparition) est préférable, mais l'essai d'une pilule progestative (Cérazette, en particulier) n'est pas interdit.

- Le problème des **GEU** (grossesses extra-utérines) est un peu différent. Une GEU survient lorsqu'un ovule fécondé reste dans la trompe au lieu d'aller s'implanter dans l'utérus : la grossesse qui se développe alors va rapidement être limitée par les parois de la trompe. Si la femme ne sait pas qu'elle est enceinte, l'embryon

finit, au bout de quelques semaines seulement, par entraîner une déchirure de la trompe et une hémorragie qui peut être fatale. Les GEU ont une cause principale parfaitement connue : les salpingites (infection des trompes) dues aux MST. Ces infections augmentent le risque de survenue d'une GEU car les ovules se déplacent mal dans une trompe qui a été infectée et dont la paroi a été abîmée. Le **tabac** semble, lui aussi, favoriser les GEU. Les GEU sont beaucoup moins nombreuses chez les utilisatrices de pilule progestative que chez les femmes sans contraception, *car la pilule progestative diminue le nombre de TOUTES les grossesses*. Mais lorsqu'une femme a déjà fait une GEU, il est préférable de bloquer totalement son ovulation jusqu'à ce qu'elle envisage une nouvelle grossesse. Si vous voulez utiliser une pilule progestative, votre choix doit être respecté. Demandez à ce qu'on vous prescrive Cérazette, la dernière en date. Mais, en cas de survenue d'une grossesse pendant la prise d'une pilule progestative, vous devez vérifier dès que possible par échographie qu'il ne s'agit pas d'une GEU.

La pilule progestative : pour qui ?

L'efficacité contraceptive de la pilule progestative est légèrement inférieure à celle de la pilule combinée : 97 % avant trente-cinq ans (contre 99 % pour la pilule combinée). Mais elle augmente avec l'âge de l'utilisatrice et passe à 99 % après trente-cinq ans et à 99,7 % après quarante ans, du fait que la fécondité diminue régulièrement avec l'âge.

Avant trente-cinq ans, la pilule progestative est un peu moins efficace que la pilule combinée. La contrainte que représente la prise à heure fixe est, en outre, lourde pour les très jeunes femmes. La pilule progestative n'est donc pas une contraception recommandée pour les adolescentes et les jeunes femmes. Mais si l'utilisatrice, même jeune, est déterminée à l'utiliser, il n'y a aucune raison de la lui refuser, à partir du moment où elle en connaît parfaitement les modalités d'utilisation.

À partir de trente-cinq ans, les deux contraceptions sont d'efficacité similaire. Pour les femmes qui fument et/ou qui ont des facteurs de risques vasculaires, la pilule progestative est toujours préférable à la pilule combinée.

Quelques situations courantes qui conduisent à choisir une pilule progestative plutôt qu'une pilule combinée

- Une **contre-indication à la pilule combinée**: même chez une jeune femme, une pilule progestative vaut évidemment mieux que pas de contraception du tout!

- Le **tabac**, surtout après trente-cinq ans (la pilule combinée est alors contre-indiquée); pour les femmes qui ne désirent pas recourir au DIU (stérilet) ou à l'implant, la pilule progestative est une contraception très efficace et dénuée de risque cardiovasculaire.

- **L'allaitement**: j'ai expliqué p. 110 que dans certaines conditions l'allaitement a, pendant les six mois qui suivent l'accouchement, une efficacité contraceptive approchant 98 %. L'utilisation de la pilule progestative par la femme qui allaite est sans danger pour l'enfant. D'après une étude scandinave, la quantité de progestatif passant dans le lait est si faible que pour un enfant nourri au sein il faudrait deux ans pour absorber l'équivalent d'un seul comprimé! Ensemble, allaitement et pilule progestative ont une efficacité contraceptive de 100 %. Lorsque l'utilisatrice allaite, la marge d'erreur en cas d'oubli de la pilule progestative est plus large: jusqu'à douze heures sans nécessité de prendre des précautions supplémentaires (voir p. 237 «Que faire en cas d'oubli d'une pilule progestative?»). Enfin, les pilules progestatives ont, contrairement aux pilules combinées, un effet *stimulant* sur la lactation: les mères qui utilisent une pilule progestative pendant l'allaitement nourrissent leur enfant au sein plus longtemps et introduisent d'autres aliments plus tard que les autres.

- **L'approche de la ménopause**: la prise d'une pilule combinée est parfois contre-indiquée après quarante-cinq ans pour des

raisons vasculaires; la femme peut ne pas souhaiter recourir au DIU. La pilule progestative est une contraception très efficace et elle peut être continuée bien au-delà de cinquante ans, jusqu'à ce que la ménopause ait été biologiquement confirmée et que le risque d'une grossesse tardive soit complètement éliminé; il faut d'ailleurs noter que d'autres progestatifs (Orgamétril, Primolut-Nor) utilisés depuis longtemps à dose beaucoup plus élevée pour traiter les fibromes chez les femmes de plus de quarante ans, ont également un effet contraceptif (voir p. 257).

- **Le diabète**: alors que la pilule combinée n'est permise que sous réserves (p. 173), la pilule progestative, qui n'agit pas sur la glycémie, peut être prise par les femmes diabétiques, même après trente-cinq ans; de plus, les femmes diabétiques risquent moins d'oublier leur pilule si elles ont l'habitude de la prendre en même temps qu'une de leurs injections d'insuline, par exemple.

- **Le surpoids**: alors qu'une obésité contre-indique la prise d'une pilule combinée, elle n'interdit pas l'utilisation d'une pilule progestative; il semble cependant que l'efficacité des pilules progestatives diminue lorsque le poids de la femme est élevé. Les spécialistes britanniques recommandent aux femmes pesant plus de 70 kg de prendre *deux* pilules progestatives par jour. L'augmentation de la dose ne présente aucun risque. Cette précaution est superflue, semble-t-il, avec Cérazette.

Pilule progestative: mode d'emploi

Quelle que soit la pilule progestative choisie, le médecin, à la première consultation, vérifie l'absence des (rares) contre-indications, examine la femme et lui explique les incidents possibles – essentiellement: la possibilité d'un «spotting» pendant les premiers mois ou d'une aménorrhée. Les pilules progestatives, comme les pilules combinées, peuvent être prescrites pour un an. Étant donné leur sécurité d'emploi et l'absence

d'effets secondaires graves, elles devraient toujours être prescrites pour un an si les femmes désirent les utiliser de manière permanente : il est en effet inutile de les obliger à consulter tous les trimestres ou tous les semestres pour un simple renouvellement.

Comment prendre une pilule progestative ?

À raison d'un comprimé chaque jour, 365 jours par an, à l'heure fixe, en « ritualisant » la prise le plus possible afin de ne pas l'oublier. La prise peut avoir lieu indifféremment le matin, le midi ou le soir, pendant les repas ou loin des repas. Mais, comme les échecs contraceptifs de la pilule progestative découlent d'un oubli de quelques heures, il peut être plus judicieux de la prendre le matin et cela pour deux raisons : l'effet de la pilule progestative persiste vingt-sept heures après la prise. Or, cet effet est surtout local (c'est l'épaississement des sécrétions du col provoqué par le progestatif qui empêche les spermatozoïdes de passer) et il faut quatre heures pour rétablir cet effet de nouveau après un oubli. Les rapports sexuels ayant lieu plus souvent le soir, l'oubli d'une pilule progestative prise habituellement le matin peut être réparé plus facilement que l'oubli d'un comprimé pris habituellement le soir, surtout (et c'est aussi ce que je vous conseille) si vous avez en permanence une plaquette dans votre sac. Mais ceci n'est qu'un principe général : le meilleur moment pour prendre cette pilule c'est le moment qui convient le mieux à l'utilisatrice et qui lui permet de ne pas l'oublier.

NOTE IMPORTANTE. L'association allaitement + pilule progestative confère une contraception efficace à 100 % ou presque. La prise des comprimés à heure fixe n'est donc pas nécessaire, vous disposez d'une latitude d'au moins douze heures (et peut-être plus...), surtout avec la dernière pilule progestative en date, Cérazette.

Quelle pilule progestative prendre ?

Il y a plusieurs critères à prendre en compte : à l'heure actuelle, en France, Microval et Milligynon sont remboursées ; Cérazette, Exluton et Ogyline ne le sont pas. Au-delà de trente-cinq ans, il est probable que toutes les cinq ont la même efficacité contraceptive. Chez les adolescentes et les femmes de moins de trente-cinq ans qui commencent à prendre une pilule progestative pour la première fois, Cérazette est théoriquement la plus sûre – le délai possible en cas de retard de prise est plus grand, le blocage de l'ovulation plus fréquent. Mais une femme qui prend déjà l'une des autres pilules progestatives, qui s'en trouve bien et qui ne l'oublie pas, n'a pas de raison d'en changer.

En revanche, une femme qui est satisfaite de la contraception progestative mais trouve fastidieux de prendre un comprimé chaque jour peut légitimement demander à se faire poser un **implant progestatif**. Il s'agit en effet exactement du même type de contraception hormonale, sans la contrainte d'une prise quotidienne (voir p. 240) !

Quand commencer une pilule progestative ?

- **Première contraception** : on peut la commencer n'importe quand, sans tenir compte de la date des règles. L'efficacité sur la glaire cervicale étant obtenue en quelques heures, il suffit d'utiliser des préservatifs pendant les deux premiers jours pour être tranquille ensuite.

- **Après un accouchement** : à partir du 21^e jour qui suit l'accouchement, sans précaution supplémentaire ; au-delà du 25^e jour, utiliser des préservatifs pendant les deux premiers jours de la prise ; si la femme allaite son bébé dans les conditions indiquées p. 110, elle peut probablement la commencer plus tard sans risque, mais le plus tôt sera le mieux ; pour les femmes âgées de moins de trente-cinq ans, prévoir une autre contraception à utiliser en relais au moment du sevrage du bébé – pilule com-

binée, DIU (stérilet) ou implant progestatif – car après le sevrage, la sécurité conférée par une pilule progestative est moins grande que celle d'une pilule combinée.

- **Après une IVG**: le lendemain de l'intervention.
- **Après une contraception par pilule combinée**: le lendemain du dernier comprimé, sans marquer la semaine d'arrêt.
- **Après une autre pilule progestative**: le lendemain du dernier comprimé, sans autre précaution.
- **Après retrait d'un DIU**: commencez la pilule progestative une semaine *avant* le retrait du stérilet (demandez à votre médecin de vous envoyer l'ordonnance à l'avance); si le DIU est retiré du jour au lendemain, commencez la pilule progestative le jour du retrait et prenez des précautions contraceptives supplémentaires pendant les deux jours qui suivent.

Questions/réponses sur les effets secondaires des pilules progestatives

Les effets secondaires bénins observés avec la pilule progestative sont de même nature qu'avec la pilule combinée (maux de tête, nausées, etc.) mais ils sont beaucoup moins fréquents. Les plus courants sont une tension des seins passagère, qui disparaît au bout de quelques jours de prise, une poussée d'acné ou des petits troubles du cycle: «spotting» (voir aussi p. 208) ou aménorrhée (disparition des règles).

Quels sont les symptômes qui doivent m'inciter à consulter un médecin?

- L'apparition de douleurs inhabituelles intenses dans le bas-ventre, qu'elles soient ou non accompagnées de saignements: ces douleurs peuvent être provoquées par un kyste fonctionnel (bénin), soit, beaucoup plus rarement, par une GEU (grossesse extra-utérine). Toute douleur persistante de ce type justifie donc une consultation et une échographie dans les plus brefs délais;

Tableau 19: Que faire en cas d'oubli d'une pilule progestative?

1. Vous prenez une pilule progestative et vous allaitez:

L'association des deux méthodes est efficace à 100 % ou presque. L'oubli occasionnel d'une pilule progestative n'a donc pas grande incidence. Reprenez le comprimé oublié quand vous vous en rendez compte et dormez tranquille.

2. Vous prenez une pilule progestative et vous n'allaitez pas:

• *Si vous l'utilisez depuis plusieurs mois et n'avez PAS de règles du tout depuis que vous la prenez*, il est probable que votre ovulation est endormie (c'est le cas d'au moins 60 % des utilisatrices, plus souvent encore chez les utilisatrices de Cérazette). Un oubli de quelques heures (jusqu'à douze heures) n'a pas de conséquence. Prenez le comprimé oublié au même moment que le comprimé suivant.

• *Si vous avez des règles depuis que vous l'utilisez* (même irrégulièrement) votre ovulation n'est pas bloquée. Un oubli de plus de trois heures peut s'accompagner d'un risque de grossesse. Si et seulement si, vous avez eu un rapport sexuel dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'oubli, utilisez une contraception d'urgence. Si vous n'en avez pas eu, la contraception d'urgence n'est pas nécessaire. Mais utilisez des préservatifs en plus pendant les deux jours qui suivent. Surtout, n'arrêtez pas votre pilule progestative!!!!

Photocopiez ces instructions et faites-en des copies pour vos amies utilisatrices de pilule progestative.

• le «spotting», un saignement intermittent ou des pertes brunes répétées et non rythmées comme le sont les règles; si le «spotting» est fréquent ou permanent, donc gênant, il peut justifier l'essai d'une autre pilule progestative. Mais surtout, rappelez-vous que le «spotting» est sans danger. Tant que vous n'aurez pas vu le médecin ou opté pour une autre contraception, n'arrêtez pas votre pilule progestative!!!

Si je me casse une jambe ou si on m'opère, faut-il que j'arrête ma pilule progestative?

Non. Contrairement aux pilules combinées, les pilules progestatives ne sont pas susceptibles de favoriser l'apparition d'un caillot (phlébite) chez une femme immobilisée. Il n'est donc pas nécessaire d'en interrompre la prise en cas d'immobilisation ou

d'intervention chirurgicale. Mais il est important que les médecins sachent que vous la prenez. En cas d'intervention chirurgicale prévue de longue date, demandez au médecin, au chirurgien ou à l'anesthésiste si vous êtes obligée d'arrêter la prise de votre pilule progestative pendant plusieurs jours ou semaines avant et/ou après l'intervention. Si tel est le cas, envisagez une autre contraception progestative : implant (p. 240), DIU hormonal (p. 305) ou injections de progestatifs (p. 252).

Que dois-je faire si je n'ai pas mes règles sous pilule progestative ?

Comme je l'ai déjà dit précédemment, 60 % des femmes utilisant une pilule progestative sont en aménorrhée (absence de règles) car leur ovulation est en sommeil. L'absence ou la disparition des règles n'est donc pas inquiétante en soi. Si vous n'avez pas oublié votre pilule progestative, l'éventualité d'une grossesse est peu probable, mais vous pouvez le vérifier tout de même en pratiquant un test de grossesse. L'absence d'autres signes (nausées et surtout gonflement douloureux des seins, très évocateurs d'une grossesse) est également rassurante. En revanche, les femmes qui ont des règles très régulières sous pilule progestative continuent à ovuler chaque mois. Pour ces femmes, il est encore plus indispensable de ne pas oublier de prendre leur pilule progestative.

Si je suis enceinte malgré ma pilule progestative, puis-je poursuivre ma grossesse ?

Bien sûr. Les progestatifs contenus dans les pilules progestatives n'ont pas d'effet nocif sur le fœtus.

Quelle surveillance la pilule progestative nécessite-t-elle ?

- La pesée au cours de la consultation où la pilule progestative est prescrite et la surveillance du poids une fois par an.
- La prise de la tension artérielle à la première consultation, puis une fois par an.

- Un frottis tous les trois ans (et plus souvent si le col semble inflammatoire quand le médecin l'examine, ou si vous avez changé récemment de partenaire sexuel).

Quand et comment arrêter une pilule progestative ?

Si vous envisagez une grossesse, la pilule progestative peut être arrêtée n'importe quand. Il n'est pas nécessaire d'attendre avant de mettre votre grossesse en route, mais rappelez-vous que les grossesses ne surviennent pas toujours quand on les désire !

Pour passer de la pilule progestative à une autre contraception, voir p. 404.

Y a-t-il des médicaments qui contrarient l'efficacité de la pilule progestative ?

Oui, et surtout la rifampicine (Rifadine, Rimactan, un anti-tuberculeux) et plusieurs médicaments de l'épilepsie (voir aussi le tableau page 30, p. 393). Si vous devez prendre l'un de ces médicaments, il est souhaitable de changer de contraception (implant, DIU). En attendant (ou si ça n'est pas possible), vous devrez prendre *deux* comprimés de votre pilule progestative chaque jour, pour éviter une diminution ou une annulation de l'effet contraceptif. Il n'y a pas d'inconvénient ou de danger à doubler les doses de progestatifs.

Conseils aux utilisatrices de pilule progestative

- Mémorisez le nom de votre pilule et celui du progestatif qu'elle contient.
- Vous devez prendre votre pilule progestative 365 jours par an, chaque jour à la même heure, de préférence le matin, pour réduire les conséquences d'un retard de prise (pas plus de trois heures, en principe ! Pas plus de douze heures si vous prenez Cérazette).
- Pour ne pas l'oublier, associez la prise à un geste que vous faites chaque jour (brossage des dents, (dé)maquillage, pose

ou retrait de lentilles). Au besoin, demandez aussi à votre compagnon de vous y faire penser. Et gardez toujours une plaquette dans votre sac à main !

- Des saignements peuvent survenir de manière irrégulière pendant la prise de votre pilule progestative. C'est ce qu'on appelle un « spotting ». Souvent, le spotting est peu important et disparaît en quelques jours. S'il est très gênant, consultez votre médecin, mais n'arrêtez pas votre pilule.
- Beaucoup de femmes n'ont pas de règles lorsqu'elles prennent une pilule progestative. L'absence de règles provient d'un blocage complet de l'ovulation – et indique une efficacité contraceptive maximale ! D'autres femmes ont leurs règles tous les mois. En cas de retard de règles inhabituel, faites un test de grossesse, mais n'arrêtez pas votre pilule progestative. Sauf oubli, il y a peu de chances pour que vous soyez enceinte.
- Si vous pesez plus de 70 kg, prenez deux comprimés par jour !
- Chaque fois qu'un médecin vous prescrit un médicament, demandez-lui s'il est compatible avec votre pilule progestative. Certains médicaments (rifampicine, griséofulvine) peuvent justifier la prise de deux pilules progestatives chaque jour pour que l'efficacité soit maintenue.
- Glissez votre ordonnance de pilule progestative dans votre porte-cartes, avec votre carte de groupe sanguin et votre carte Vitale. En cas d'accident, si vous êtes hospitalisée et dans l'incapacité de parler, il est important que les médecins sachent que vous prenez la pilule, et laquelle.
- Ayez toujours une contraception d'urgence (Norlevo, en vente libre en pharmacie) et des préservatifs chez vous. C'est très utile en cas d'oubli de pilule, et tout le monde peut oublier sa pilule progestative (même vous !).
- Si vous oubliez votre pilule (de plus en plus) souvent, c'est peut-être que vous en avez assez de la prendre ! Envisagez une autre contraception. Un DIU (stérilet) ou un implant sont beaucoup plus efficaces qu'une pilule qu'on oublie.

L'IMPLANT PROGESTATIF

Les implants progestatifs sont des procédés contraceptifs déjà utilisés depuis plusieurs années dans plusieurs pays en Europe et en Amérique. Le plus utilisé est Norplant, qui pourrait être

remplacé par un procédé plus simple à poser, Jadelle (autorisé sur le marché français, mais non commercialisé à cette heure). Plusieurs études de l'OMS ont montré que la contraception par implant progestatif est plus efficace que la contraception par pilule et au moins autant que la contraception par DIU. Le premier implant disponible en France, Implanon, a été mis sur le marché en mai 2001, grâce à une campagne médiatique très importante mais absolument inadaptée à la réalité. Informées par la télévision, la presse et la radio, de nombreuses femmes intéressées par le procédé se sont rendues chez leur médecin, généraliste ou gynécologue, en demandant à en bénéficier. Or, l'implant n'était pas encore disponible dans toutes les pharmacies, et la plupart des médecins ne savaient pas encore le poser ! Six ans et (en ce qui me concerne) plusieurs centaines d'insertions plus tard, je constate avec stupéfaction que de nombreuses femmes n'en connaissent toujours pas l'existence, car la plupart des médecins français, généralistes ou gynécologues, n'en posent pas. Plus grave : beaucoup de gynécologues – dont c'est en principe le domaine d'exercice... – refusent de prescrire ou de poser des implants, ou n'acceptent de les poser du bout des lèvres que pour mieux refuser de les retirer (! ! !), quand ils ne « cotent » (facturent) pas la pose ou le retrait d'un implant un tarif exorbitant alors que les tarifs instaurés par la Sécurité sociale sont parfaitement codifiés (voir p. 342).

La France se trouve donc devant un paradoxe assez stupéfiant : une méthode très intéressante qui pourrait rendre service à de nombreuses femmes est disponible... mais les praticiens font obstacle à son accès ! J'ai appris à poser l'implant en juin 2001 et j'en ai posé, à ce jour, plus de trois cents et retiré plusieurs dizaines. Depuis trois ans, je propose régulièrement à des revues ou des sites médicaux de publier cette expérience, et à des facultés de médecine de partager mon expérience avec les étudiants,

mais manifestement, elle n'intéresse personne. Cette expérience de prescription et de suivi n'est cependant pas perdue : elle constitue l'essentiel du chapitre qui suit.

Qu'est-ce qu'un implant progestatif ?

C'est un bâtonnet-réservoir de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (un peu plus petit qu'une allumette), qui contient de l'étonogestrel, progestatif identique à celui que contiennent certaines pilules combinées ou progestatives. Il est glissé (avec un inserteur qui ressemble aux systèmes destinés aux prises de sang) sous la peau du bras, et y est enveloppé par les tissus graisseux sous-cutanés. Le progestatif qu'il contient est régulièrement libéré en quantités très faibles. Ses effets sont les mêmes que ceux d'une pilule progestative :

- blocage de l'ovulation, beaucoup plus fréquent (plus de 98 % des utilisatrices) qu'avec une pilule progestative ;
- épaissement de la glaire cervicale, la rendant imperméable aux spermatozoïdes ;
- effet amincissant sur l'endomètre.

L'implant contient suffisamment de progestatif pour être efficace pendant trois ans si la femme pèse moins de 70 kg, deux ans et demi si elle pèse plus.

Avantages de l'implant

- Son efficacité : les essais effectués en 1998 et portant sur 1 700 femmes l'ayant utilisé pendant un à trois ans ont recensé... zéro grossesse !
- Son confort d'utilisation : trois ans de contraception sans contrainte.
- Comme la pilule progestative, il peut être utilisé par les femmes qui ne peuvent pas prendre de pilule combinée parce qu'elles fument ou ont des facteurs de risques vasculaires (voir p. 163).

- Comme les pilules, il épaissit la glaire cervicale et protège contre certaines bactéries responsables d'infections gynécologiques graves (salpingite, endométrite).

- Le blocage de l'ovulation protège les femmes à risque contre la survenue de grossesses extra-utérines. Après que l'implant a été retiré, le progestatif disparaît de l'organisme en quelques jours ; trois semaines plus tard, la majorité des utilisatrices ovulent à nouveau.

- L'implant ne modifie ni les lipides sanguins, ni la glycémie, et peut donc être utilisé par les femmes diabétiques ou ayant des lipides sanguins très élevés. Il faut ajouter que les femmes souffrant de « syndrome prémenstruel » (règles douloureuses, gonflement des seins, œdèmes des chevilles juste avant les règles) voient souvent leurs symptômes diminuer beaucoup une fois l'implant mis en place. C'est compréhensible : le progestatif a les mêmes effets bénéfiques sur ces symptômes, qu'il soit administré dans une « pilule » ou dans un implant.

Inconvénients et effets secondaires de l'implant

Ils sont peu nombreux et tous bénins – il n'y a pas d'accident grave avec un implant. Mais certains peuvent être très gênants. Le principal effet indésirable est la modification des règles.

Sur 100 femmes utilisant l'implant :

- 47 % ont des métrorragies (saignements en dehors des règles), qui s'amenuisent au fil du temps, pendant les premiers mois ;

- 19 % sont en aménorrhée (absence de règles).

Les autres patientes ont des règles plus ou moins abondantes, mais régulières.

Les saignements répétés et fréquents sont le principal motif d'abandon (17 %).

Les autres effets indésirables de l'implant sont ceux que l'on observe avec tous les progestatifs : **acné, troubles de l'humeur, baisse de la libido, chute de cheveux, prise de poids, maux**

de tête, douleurs des seins. Ces effets dépendent moins de l'implant lui-même que de la susceptibilité de la femme. Beaucoup de femmes n'ont pas d'effets secondaires. Celles qui en ont sont très gênées.

Implant: bilan de six ans d'expérience des utilisatrices et des médecins

Les éléments dont je fais état ci-après sur l'implant sont le produit d'une double expérience, acquise en six ans de prescription, d'insertion et de suivi – celle, subjective mais inestimable, des patientes et celle, technique, des médecins qui la prescrivent. Ce qui suit résulte de la mise en commun de ces deux expériences dans le cadre d'un centre de planification. Il ne s'agit pas d'une expérience définitive ou exhaustive, bien sûr, mais d'une base sur laquelle le lecteur/la lectrice, soignant(e) ou patiente, peut s'appuyer – et à partir de laquelle étendre sa réflexion – pour utiliser ou prescrire une méthode contraceptive hormonale.

Pour quelles raisons recourir à un implant?

La première (et la plus importante) est **la simplicité et la fiabilité de la méthode**. Trois ans de tranquillité contraceptive quasi absolue sans aucune contrainte, seuls les DIU font aussi bien ou mieux. Et l'implant n'a pas l'inconvénient symbolique de devoir être placé dans l'utérus. Il peut donc être proposé sans réserve aux adolescentes ou aux très jeunes femmes qui désirent limiter au maximum les examens gynécologiques invasifs superflus (voir p. 357). Cela en fait aussi la contraception de première intention à proposer aux femmes handicapées, quel que soit leur handicap.

La seconde raison est **l'absence de contre-indication chez les femmes en bonne santé** (et le peu de maladies chroniques qui interdisent son emploi).

Dans la palette des meilleures méthodes disponibles, l'implant se situe à la deuxième place, devant les pilules combinées et progestatives et derrière les DIU (voir p. 269), qui sont, à mon humble avis, les meilleures méthodes disponibles. Un implant est moins contraignant qu'une pilule progestative ; il est moins contraignant et fait courir moins de risques qu'une pilule combinée. Mais il est moins confortable qu'un DIU hormonal (voir p. 305), car ce dernier entraîne moins de saignements et d'irrégularités des règles que l'implant. L'implant est également moins confortable qu'un DIU au cuivre : comme il s'agit d'une contraception hormonale, il n'a pas le côté « naturel » de ce dernier, qui respecte le cycle de la femme sans le modifier dans son rythme.

Par qui l'implant contraceptif peut-il être utilisé?

Comme je l'ai déjà expliqué, par toutes les femmes en bonne santé ! Par ailleurs, les situations médicales au cours desquelles l'insertion d'un implant est contre-indiquée se comptent sur les doigts d'une main et sont de survenue assez rare : allergie à l'un des composants de l'implant, maladies graves du foie, maladie thromboembolique (phlébite, par exemple) *récente* – car une phlébite ancienne n'interdit pas de recourir à un implant.

Les utilisatrices potentielles d'un implant sont :

- des femmes de tous âges qui désirent avoir une contraception fiable et dénuée d'effets secondaires ;
- des adolescentes qui désirent une contraception discrète et qui ne nécessitent pas ou peu de suivi médical en raison des difficultés matérielles que peut représenter le fait d'obtenir une consultation de contraception ;
- des femmes adultes fatiguées de prendre un comprimé chaque jour ;
- des femmes de plus de trente-cinq ans qui fument ;
- des femmes désirent une contraception fiable entre deux grossesses ou ne désirent en aucun cas être enceintes ;

— des femmes ayant subi une IVG à la suite d'une grossesse non désirée et non prévue et désirant opter pour une contraception qui ne leur fait pas courir le risque d'être rapidement enceintes de nouveau ;

— des femmes ayant une contre-indication aux pilules combinées et une contre-indication (rare) ou une méfiance (fréquente) vis-à-vis des DIU ;

— des femmes handicapées chez qui une contraception très efficace et sans effet vasculaire (le risque de phlébite s'élève en cas de mobilité limitée) est indispensable.

Mais en fin de compte, ces situations restent théoriques. Avant d'opter pour un implant, il est très important de bien connaître non seulement ses inconvénients possibles mais aussi les avantages et inconvénients des autres méthodes disponibles (pilules et DIU)! **Rappelez-vous: la meilleure contraception est celle que vous choisirez en connaissance de cause!**

Quelles sont les femmes qui ne veulent pas de l'implant contraceptif?

Si je formule la question ainsi, c'est qu'aujourd'hui plus encore qu'il y a six ans, lorsque l'implant a été mis sur le marché, le choix de cette méthode est celui de la femme qui l'envisage, et non celui du médecin. C'est en tout cas ainsi que je présente les choses en consultation. Bien sûr il ne s'agit nullement d'une expérience exhaustive, mais **les témoignages que j'ai pu rassembler au fil des quelque six années écoulées suggèrent que l'implant ne convient pas à :**

— **des femmes ayant ou ayant eu par le passé une acné importante.** Je préviens toujours les utilisatrices potentielles que le progestatif de l'implant provoque des poussées d'acné dont il est impossible de dire combien de temps elles vont durer et s'il faudra les traiter. Cet effet secondaire n'est pas grave, mais il est très gênant pour beaucoup de femmes, ce qui les amène souvent à refuser la méthode ;

— **des femmes en surpoids** (plus de 90 kg) ; je les préviens toujours que l'implant est susceptible de provoquer une prise de poids ou du moins de les empêcher d'en perdre. Certaines n'y voient pas d'inconvénient. D'autres préfèrent recourir à une autre contraception ;

— **des femmes qui ont pris beaucoup de poids au cours d'une grossesse antérieure** ; parmi les patientes à qui j'ai retiré un implant en raison d'une prise de poids, beaucoup avaient pris beaucoup de poids (et avaient eu du mal à le perdre) au cours d'une grossesse antérieure. Je le dis, et celles qui sont dans ce cas pensent que c'est tenter le diable que de recourir à l'implant ;

— **des femmes ayant constaté une baisse de leur libido pendant une grossesse antérieure ou sous pilule** (combinée ou progestative) ; lui aussi comme toute contraception hormonale, l'implant est susceptible de produire chez ces mêmes utilisatrices une baisse de la libido ; la contraception étant destinée, par définition, à permettre une sexualité sans entrave, il serait paradoxal d'adopter une méthode susceptible d'entraver le désir sexuel...

— **des femmes qui aimeraient ne plus avoir de règles ou en avoir moins.** Dans la mesure où une utilisatrice d'implant sur deux risque de saigner de manière répétée, elles préfèrent ne pas y recourir.

Au bout de combien de temps un implant est-il efficace?

Deux jours après l'insertion, l'hormone contenue dans l'implant diffuse dans le sang de l'utilisatrice à des concentrations suffisantes pour bloquer l'ovulation. En étant large, on peut considérer que quatre jours après l'insertion, la protection est maximale. Cette notion est importante pour déterminer le moment d'insertion de l'implant.

Quand l'implant progestatif doit-il être inséré?

• Si la femme n'utilisait pas de contraception : au plus tard le cinquième jour du cycle. S'il est posé au-delà du cinquième jour,

elle doit utiliser des préservatifs pendant les sept jours qui précèdent l'insertion et pendant les quatre jours qui suivent. Mais il n'est pas du tout indispensable (et même inutile et dangereux) d'attendre les prochaines règles.

- Si la femme n'a pas eu de rapports sexuels non protégés depuis ses dernières règles, il peut être inséré n'importe quand, mais elle doit recourir aux préservatifs dans les quatre jours qui suivent l'insertion.

- Si l'utilisatrice utilise une pilule combinée ou progestative, l'implant peut être posé n'importe quand pendant la prise de cette pilule, qui doit être poursuivie pendant quatre jours après l'insertion de l'implant.

- Pour remplacer un DIU hormonal: à n'importe quel moment (le DIU peut être retiré le jour de l'insertion de l'implant).

- Après une grossesse: dès le 21^e jour qui suit l'accouchement.
- Après une IVG: le jour même – ce qui évite d'avoir à recourir à une autre contraception dans l'intervalle – ou dans le mois qui suit l'intervention.

Comment le médecin insère-t-il l'implant?

Techniquement, la pose d'un implant est un geste aisé. Le fabricant fournit des kits d'apprentissage et de démonstration aux médecins qui désirent maîtriser la technique facilement avant de faire le geste sur une patiente.

En même temps que l'implant (qui s'achète en pharmacie), le médecin peut prescrire un tube de crème anesthésique locale (Emla) que l'utilisatrice applique une heure avant la consultation sous pansement occlusif. Je recommande pour ma part d'appliquer tout le contenu du tube sur le pansement fourni dans la boîte, puis de le coller de la manière suivante:

Il faut tendre le bras (gauche si la femme est droitière, droit si elle est gauchère) à l'horizontale, paume levée vers le ciel. Le pansement et la crème Emla sont collés sur la face *latérale* du

bras, du côté du corps (et non sur la bosse que fait le biceps), à environ 10 cm du coude. Je recommande aussi de fixer le pansement (qui a tendance à se décoller avec les frottements des vêtements) au moyen de sparadrap. Si le médecin n'a pas prescrit de crème anesthésique, il doit anesthésier la zone d'insertion au moyen d'une piqûre de lidocaïne, quelques minutes avant de poser l'implant. Ensuite, il désinfecte soigneusement la peau au moyen d'un liquide antiseptique. L'implant se trouve dans un inserteur qui se termine par une aiguille creuse longue d'environ 5 cm. Le médecin enfonce l'aiguille sous la peau anesthésiée, presque à l'horizontale, et « glisse » ensuite l'implant sous la peau en retirant l'aiguille de l'inserteur. Le médecin doit faire palper la peau à l'utilisatrice pour lui faire repérer la position de l'implant avec le doigt. La trace de piqûre disparaît rapidement, et laisse une minuscule cicatrice circulaire pâle qui permet de localiser l'implant le jour où on désire le retirer. L'insertion d'un implant demande environ... quinze secondes! C'est un geste très simple et très rapide mais qui doit être fait soigneusement, en glissant l'inserteur horizontalement, sous la peau qu'il peut être utile de soulever pendant qu'on glisse l'aiguille, afin de ne pas piquer dans un muscle, ce qui rendrait le retrait de l'implant difficile.

ATTENTION: Ne palpez pas sans arrêt votre implant pendant les quatre ou cinq jours qui suivent la pose: il risque de se déplacer et de glisser entre deux masses musculaires. Au bout de quelques jours, il sera fixé sous la peau et n'en bougera plus.

Comment retire-t-on l'implant?

Pour retirer l'implant, le médecin anesthésie la peau à l'endroit où il se trouve, et pratique une toute petite incision au scalpel au niveau de l'extrémité de l'implant. Il retire ensuite l'implant avec une pince fine. Il peut évidemment insérer un nouvel implant au même endroit si l'utilisatrice désire s'en faire

poser un autre. Il referme ensuite l'incision avec des pansements fins type « Stéristrip », qui doivent être gardés au moins une semaine pour une bonne cicatrisation.

Un certain nombre d'implants sont difficiles à localiser au moment du retrait surtout si l'utilisatrice est un peu ronde ou a pris du poids depuis la pose. Mais les implants peuvent être repérés grâce par échographie et retirés ensuite.

Un implant peut, bien entendu, être retiré à n'importe quel moment. Si une autre contraception est souhaitée, une pilule combinée, une pilule progestative ou un DIU peuvent être commencés ou mis en place le jour même du retrait de l'implant.

Faut-il faire une prise de sang avant de poser un implant ?

Non. L'implant ne présente aucune des contre-indications des pilules combinées. Les troubles de la coagulation favorisant phlébite ou embolie et les maladies des lipides ne contre-indiquent pas l'utilisation d'un implant. Aucune prise de sang n'est donc nécessaire.

Quel est le suivi médical des femmes porteuses d'un implant ?

A priori, aucun. La seule chose à prendre en compte concerne le poids de la femme : si elle pèse moins de 70 kg, l'implant peut être gardé trois ans. Si elle pèse 70 kg ou plus, il vaut mieux le changer plus tôt (au bout de vingt-quatre à trente mois).

Il est souhaitable que le médecin donne à la femme à qui il vient de poser un implant un rendez-vous dans les deux à trois mois qui suivent. Pendant cette période, il est recommandé de noter la date d'apparition et la durée des règles, leur disparition éventuelle ou, au contraire, l'apparition de saignements plus ou moins importants (petites pertes brunes ou « spotting » ou règles plus fréquentes). En cas de règles normales, espacées ou absentes, il n'y a rien de particulier à faire. Si les saignements sont au

contraire plus fréquents, le rendez-vous au bout de trois mois permettra au médecin de prescrire :

- soit une pilule combinée à prendre pendant trois à six mois, pour « régulariser » le cycle (en fait, pour stabiliser l'endomètre, la paroi intérieure de l'utérus, qui est amincie par l'hormone contraceptive de l'implant) ;
- soit un traitement anti-inflammatoire – ibuprofène (en vente libre) – deux comprimés trois fois par jour, cinq jours de suite pendant les épisodes de saignements.

L'un comme l'autre traitement permettent de diminuer la fréquence des saignements environ trois fois sur quatre. Mais chez les femmes que ces troubles du cycle gênent beaucoup, il est parfois nécessaire de retirer l'implant.

Plusieurs protocoles de traitement¹ de ces troubles du cycle ont été testés par de nombreuses équipes, et les deux décrits ci-dessus se sont montrés les plus efficaces.

Seul obstacle à l'utilisation de l'implant : les médecins !

Actuellement, le nombre des médecins qui savent poser cet implant reste peu important, en raison des préjugés qui courent sur cette méthode contraceptive et surtout de la réticence (incompréhensible à mon sens) de beaucoup de praticiens à les poser et... la peur d'avoir à les retirer!!!

Pourquoi ces réticences ? Il est difficile d'être affirmatif, mais chaque méthode nouvelle s'accompagne d'essais et d'erreurs. Les femmes qui ont opté pour l'implant au cours des premières années ont fait les frais des premières expériences négatives. On

1. Si votre médecin n'a jamais eu connaissance de ces études, voici les références d'un article écrit par l'un des meilleurs spécialistes français de la contraception : David Serfaty, « Que faire devant des métrorragies sous implants contraceptifs ? », *Genesis*, mars 2003, n° 84.

peut supposer que les praticiens qui ont eu affaire à des patientes ayant des saignements impossibles à contrôler, ou qui ont eu du mal à retirer des implants insérés trop profondément ont été « refroidis » par ces expériences. Mais l'exercice de la médecine est fait d'essais et d'erreurs. Les techniques de pose et de retrait sont simples et il n'est pas nécessaire d'en effectuer dix par jour pour les maîtriser. Refuser de poser ou d'enlever un implant quand une patiente en a besoin (ou le choisit) me semble donc difficilement acceptable. Si chaque étudiant en chirurgie qui ratait un point de suture refusait d'en faire d'autres, il ne serait pas chirurgien...

Enfin, à titre personnel, je peux témoigner que depuis 2001, parmi les utilisatrices à qui je l'ai personnellement posé, le nombre de femmes qui demandent le retrait de l'implant au bout de quelques mois en raison de saignements intempestifs n'est pas supérieur aux chiffres indiqués par les études antérieures de l'implant dans d'autres pays d'Europe : 15-20 %. J'explique en effet toujours très précisément les avantages, inconvénients et incidents possibles de l'implant aux femmes qui en font la demande, en leur indiquant les mesures possibles à prendre, et les alternatives (DIU, en particulier). Les patientes qui optent pour l'implant *en connaissance de cause* sont en majorité (4 sur 5) satisfaites de cette méthode.

LES PROGESTATIFS INJECTABLES

Les hormones progestatives, qui entrent dans la composition des pilules combinées, des pilules progestatives et de l'implant, peuvent également être administrées par injections intramusculaires sous forme de préparation « retard », active pendant plusieurs semaines.

Principes et effets contraceptifs

Actuellement, en France, il existe deux marques de progestatifs injectables à visée contraceptive :

- Dépo-Provera (médroxyprogestérone acétate) ;
- Noristerat (éнанthate de noréthistérone). Leurs effets contraceptifs sont similaires à ceux des pilules progestatives (p. 226) et de l'implant (p. 240) :
- mise en sommeil de l'ovulation ;
- épaissement de la glaire cervicale, la rendant imperméable aux spermatozoïdes et à de nombreuses bactéries ;
- effet anti-implantatoire sur l'endomètre.

Ils ont donc tous les avantages des autres contraceptions par progestatifs – en particulier : les effets protecteurs contre les infections pelviennes graves, mais aussi contre les grossesses extra-utérines (GEU) et les fibromes de l'utérus ; la diminution des douleurs et des symptômes prémenstruels ; la réduction du risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre ; etc.

Mais la forme injectable confère à cette méthode des caractéristiques spécifiques. Chaque injection de Dépo-Provera est efficace douze semaines d'affilée ; chaque injection de Noristerat est efficace pendant huit semaines. Pendant ces délais respectifs, le blocage de l'ovulation est total. L'efficacité contraceptive est très importante : moins de 1 % d'échecs. À noter que l'efficacité augmente avec l'âge de la femme. Les progestatifs injectables, comme les progestatifs des pilules ou de l'implant, peuvent voir leur action diminuée par un certain nombre de médicaments, qui en accélèrent l'élimination (voir p. 393). Pendant le traitement par ces médicaments, la contraception peut n'être pas aussi efficace.

Contraceptifs injectables et retour à la fertilité

Contrairement à d'autres méthodes contraceptives, les effets des injectables ne sont pas réversibles à la demande : il faut attendre que le médicament ait été totalement éliminé. Cette

particularité a donc fait craindre que la fécondité ne soit durablement affectée par les injections de progestatifs, mais le suivi des utilisatrices montre qu'il n'en est rien. Il est habituel, après utilisation de progestatifs injectables, d'attendre six à neuf mois avant qu'une grossesse ne débute mais, parmi les femmes ayant déjà eu des enfants auparavant, 95 % sont de nouveau enceintes dans les deux ans qui suivent l'arrêt des progestatifs injectables.

La contrainte de l'injection intramusculaire

Avec la non-réversibilité instantanée, c'est l'autre principal inconvénient de la méthode : il faut aller se faire faire son injection toutes les huit ou douze semaines, en fonction du progestatif injectable choisi. L'injection peut parfaitement être confiée à une infirmière de quartier, mais c'est une méthode beaucoup plus contraignante que l'implant, qui s'insère pour trois ans !

Troubles des règles et prise de poids

Avec les progestatifs injectables, les troubles du cycle sont fréquents : des saignements plus ou moins importants nécessitant parfois, pour cesser, un traitement complémentaire par un estrogène (ce qui est évidemment paradoxal, s'agissant d'une contraception sans estrogène) ; l'aménorrhée (absence de règles) est également assez fréquente, mais bien tolérée, à condition que les femmes soient prévenues, bien sûr.

Comme toutes les méthodes hormonales, les progestatifs injectables sont susceptibles d'entraîner une prise de poids chez des femmes prédisposées (voir p. 247).

À qui les progestatifs injectables peuvent-ils convenir ?

À mon humble avis, ils sont moins pratiques que les méthodes les plus utilisées : pilules combinées ou progestatives, DIU, implant. Mais, comme toute méthode, ils ont leur intérêt dans certains cas précis. Par exemple pour :

- les femmes qui doivent subir une intervention chirurgicale importante et prévue de longue date et chez qui une grossesse survenant autour de la période de l'intervention représenterait un risque très important ;
- les femmes qui désirent disposer d'une contraception « sans souci » pendant quelques mois seulement et à qui la pose d'un DIU ou d'un implant ne paraît pas justifiée ;
- les femmes qui oublient souvent leur pilule mais ne veulent pas d'un DIU ou d'un implant ;
- les femmes ayant souffert de GEU qui désirent disposer d'un blocage de l'ovulation très sûr en attendant de tenter une nouvelle grossesse ; (mais l'implant et le DIU hormonal, p. 309, sont également très efficaces dans cette situation) ;
- les femmes épileptiques : la contraception par progestatifs seuls a en effet pour vertu de diminuer la fréquence des crises, probablement en réduisant les variations hormonales (à condition qu'elles ne prennent pas un médicament antiépileptique susceptible d'annuler les effets des progestatifs : voir p. 393 et 397).

Les progestatifs injectables ont longtemps été proposés ou imposés aux femmes ayant des troubles mentaux ou un handicap psychomoteur, et administrés souvent sans qu'on leur ait demandé leur avis. *Or, toutes les femmes doivent être informées des effets secondaires que sont les saignements, l'aménorrhée ou la prise de poids. Ces effets peuvent paraître minimes au médecin ; ils ne le sont pas nécessairement pour l'utilisatrice. De plus, l'implant contraceptif est une méthode similaire, plus souple (un implant tous les trois ans, au lieu d'une injection tous les deux ou trois mois) et moins agressive*

Pour ce type de méthode plus encore que pour toute autre, il n'est pas acceptable que le médecin soit le seul à décider ; il faut que la décision soit prise par la patiente ou éventuellement par la personne responsable, après une infor-

mation franche et complète sur TOUTES les méthodes disponibles.

Enfin, à mon humble avis, les progestatifs injectables ne conviennent pas aux très jeunes femmes, mais plutôt à des utilisatrices ayant déjà utilisé une ou plusieurs autres méthodes. Après quarante-cinq ans, il s'agit d'une contraception contraignant étant donné la diminution de la fécondité (une pilule progestative ou un implant sont plus appropriés) et l'emploi des injectables est soupçonné de diminuer la sécrétion normale d'œstrogène et d'avoir des effets négatifs (perte de masse osseuse, en particulier) au moment de la ménopause. Cela reste donc à mon sens une contraception d'appoint, utile mais temporaire.

À quel moment commencer les progestatifs injectables ?

- Chez une femme sans contraception antérieure: avant le 5^e jour du cycle.
- Après un accouchement; au bout de cinq ou six semaines (plus tôt, les saignements sont plus fréquents); les progestatifs injectables n'interfèrent pas avec l'allaitement.
- Après une IVG ou une fausse couche spontanée: dans les sept jours qui suivent, sans précaution contraceptive supplémentaire.
- Après une pilule combinée ou une pilule progestative: n'importe quand; la contraception orale peut être arrêtée le jour de la première injection.
- À la place d'un DIU (dispositif intra-utérin): le jour du retrait du DIU.

CONTRACEPTION PROGESTATIVE PAR VOIE ORALE (en dehors des pilules progestatives proprement dites)

Un certain nombre de médicaments progestatifs sont commercialisés en France pour le traitement de diverses affections gynécologiques et en particulier:

- l'endométriose;
- les fibromes utérins;
- les règles hémorragiques;
- les maladies bénignes des seins ou « mastopathies »;
- la préménopause.

La plupart des symptômes de ces affections sont en effet dus à un « déséquilibre » hormonal. La femme fabriquant « trop » d'œstrogènes ou « pas assez » de progestérone éprouve des symptômes gênants, parmi lesquels: douleurs dans le bas-ventre, gonflement douloureux des seins, règles trop abondantes. Pour compenser ce déséquilibre, le médecin prescrit des progestatifs (voir tableau p. 258), le plus souvent dix jours par mois (du 16^e au 25^e jour du cycle), afin d'imiter le cycle naturel.

Or, quand ces progestatifs sont pris *vingt et un jours par mois* (du 5^e au 25^e jour du cycle!), ils bloquent l'ovulation. **Attention**: ils **doivent** être pris **vingt et un jours par mois** pour être contraceptifs^{1!!!}

L'endométriose et les mastopathies bénignes peuvent concerner des femmes très jeunes. Les fibromes utérins et la préménopause concernent évidemment les femmes de plus de trente-cinq-quarante ans. Ce type de médicaments peut donc être prescrit à des femmes de tous âges. Leur efficacité contra-

1. Je le répète parce qu'il m'arrive régulièrement de répondre à des courriers de femmes qui n'en prennent que quinze jours par mois et se croient (à tort) protégées d'une grossesse.

ceptive est excellente, surtout après quarante ans, compte tenu du fait que la fécondité baisse avec le temps. Les conséquences d'un oubli de comprimé sont alors moins graves qu'avec une pilule combinée ou une pilule progestative, dont le dosage est nettement plus faible.

Les règles (qui apparaissent en principe dans les jours qui suivent le dernier comprimé) sont souvent discrètes après quelques mois de traitement, ce qui peut être un confort supplémentaire.

Quels sont les effets secondaires des progestatifs en comprimés ?

Comme toutes les méthodes hormonales contenant des progestatifs : acné et prise de poids entre autres peuvent survenir chez des femmes prédisposées. La prise de progestatifs par voie orale peut, chez certaines femmes, provoquer une élévation de la température (jusqu'à 38 °C ou 38, 2 °C). Inutile, dans ce cas, de rechercher une infection ou une maladie !

Tableau 20 : Progestatifs pouvant être utilisés comme contraceptifs

Marque (nom de la molécule)	dose contraceptive (du 5 ^e au 25 ^e jour du cycle)
Lutéran (chlormadinone)	2 comprimés à 5 mg par jour
Lutényl (nomegestrol)	1 comprimé à 5 mg par jour
Surgestone (promégestone)	1 comprimé à 0,5 mg par jour
Orgamétil (lynestrénol)	2 comprimés à 5 mg par jour
Primolut-Nor (noréthistérone)	1 comprimé à 10 mg par jour

(Source : Ph. Dorosz, *Guide pratique des médicaments*, Maloine, 2004.)

Quel progestatif choisir ?

Le choix d'un de ces progestatifs est en grande partie dicté par le motif de la prescription. Le médecin peut être amené à prescrire l'un plutôt que l'autre en fonction de l'affection qu'il veut traiter. Néanmoins, les deux derniers de la liste (Orgamétil, Primolut-Nor), qui sont aussi les plus anciens, peuvent

entraîner des effets secondaires indésirables, plus souvent que les trois autres : prise de poids, acné, séborrhée, hirsutisme, et élévation du cholestérol. Ils sont donc plutôt déconseillés, surtout s'ils doivent être pris pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

LE TIMBRE CONTRACEPTIF, OU « PATCH »

L'administration d'estrogènes ou de progestatifs à travers la peau (voie dite « transdermique ») est couramment employée, depuis de nombreuses années, pour traiter les maladies bénignes des seins (progestérone naturelle en gel) ou pour le traitement substitutif de la ménopause (estrogènes en gel ou sous forme de timbres). Il était donc logique de chercher à mettre au point une association d'estrogènes et de progestatifs qui ait une efficacité contraceptive. Les avantages théoriques de cette voie sont clairs :

1. L'administration transdermique est indépendante de la digestion, ce qui permet d'éviter les échecs de pilule en cas de maladie faisant vomir ou empêchant de boire et manger (gastro-entérite). Cela permet aussi d'administrer des doses d'hormones moins importantes, car celles-ci ne sont pas en grande partie détruites au passage par le foie, comme c'est le cas de celles qui sont prises en comprimés.

2. L'administration transdermique peut être prolongée pendant plusieurs jours, ce qui libère de la contrainte du comprimé quotidien.

Un timbre autocollant (ou patch) contenant un estrogène et un progestatif, efficace pendant une semaine, a été commercialisé aux États-Unis sous le nom de Ortho-Evra en 2001 et en France sous le nom de marque Evra, fin 2003.

Comment le patch contraceptif agit-il?

Comme une pilule combinée: il délivre une association estro-progestative dans le sang, qui bloque l'ovulation, à des doses comparables à celles des pilules combinées Cilest et Effiprev (p. 180) car il contient les mêmes composants. C'est donc l'équivalent des pilules standards à 35 µg d'éthinyl-estradiol (les plus nombreuses).

Comment utilise-t-on le patch contraceptif?

Le patch est collé sur la peau et changé au bout d'une semaine (neuf jours au maximum). La quatrième semaine, la femme ne met pas de patch et ses règles apparaissent. Il ne faut en aucun cas tarder à poser un nouveau patch après la semaine de «règles», sous peine d'échec de la contraception, comme dans le cas où on tarde à commencer une nouvelle plaquette de pilule. En revanche, une femme qui ne voudrait pas avoir de règles peut parfaitement enchaîner les patches semaine après semaine. Le seul inconvénient est alors l'apparition possible d'un «spotting» (voir p. 208).

Où colle-t-on le patch?

Le patch peut être collé sur l'épaule, dans le dos, sur le ventre ou à la partie supérieure de la fesse. Il ne doit jamais être collé près d'un sein. Quand la femme change de patch, elle doit coller le suivant à un autre endroit, de manière à ne pas entraîner une irritation de la peau.

Quand peut-on commencer une contraception par patch?

Comme une pilule: pendant la semaine qui suit les règles. Si on le commence plus tard, il faut utiliser des préservatifs pendant les sept premiers jours. Si on l'utilise en relais d'une autre contraception, on peut le commencer n'importe quand et interrompre l'autre contraception (pilule combinée, par exemple) ensuite.

Est-ce qu'on peut se baigner et prendre une douche avec un patch?

Oui, bien sûr: le patch est conçu pour cela (comme le sont ceux du traitement substitutif de la ménopause). Il n'est pas «indécollable», bien sûr, mais il résiste à l'eau. L'utilisation de crèmes (solaires, en particulier), en revanche, favorise le décollement du patch. Si jamais il se décolle, il faut le remplacer dès que possible par un autre patch.

Quels sont les effets secondaires du patch?

Les mêmes que ceux d'une pilule combinée, puisque les hormones contenues dans le patch sont celles que contiennent les pilules combinées Cilest et Effiprev. On peut penser qu'en raison du passage transdermique et de la plus faible dose contenue dans le patch, certains effets seraient moins marqués, mais cela dépend probablement plus de la sensibilité de l'utilisatrice que du patch lui-même. Deux effets secondaires spécifiques ont été observés avec le patch:

- des saignements intermittents ou «spotting» (p. 208) un peu plus fréquents que sous pilule pendant les deux premiers mois de traitement (ils ont disparu ensuite);
- des décollements partiels ou totaux pour 5 % des timbres utilisés.

Qui peut utiliser un patch contraceptif?

A priori, toutes les femmes qui utilisent déjà une pilule combinée et en sont satisfaites, mais qui trouvent la prise quotidienne fastidieuse, mais aussi:

- les femmes qui oublient régulièrement leur pilule combinée ou sont susceptibles de l'oublier;
- les adolescentes qui veulent utiliser une contraception discrète et sans contrainte (porter un patch est plus discret que prendre un comprimé chaque jour, surtout si les parents ne sont pas au courant). Comme le dosage est équivalent à celui des pilules à 35 µg d'éthinyl-estradiol, on peut penser qu'il est suf-

fisant pour bloquer l'ovulation même chez les très jeunes femmes.

Qui ne peut pas utiliser un patch contraceptif?

Les femmes chez qui la pilule combinée est déconseillée ou contre-indiquée (p. 163), et en particulier celles qui ont un antécédent familial ou personnel de phlébite ou d'embolie pulmonaire, et les femmes qui ont plus de trente-cinq ans et fument. Pour la même raison, le patch est déconseillé aux femmes pesant plus de 90 kg, en raison du nombre d'échecs constatés et du risque thromboembolique, tous deux élevés chez les femmes obèses.

Quels sont les inconvénients et limites de cette méthode?

À première vue, un patch n'a que des avantages par rapport à une pilule combinée, mais quand on se trouve devant un médicament nouveau, soit par sa forme, soit par sa composition, il faut parfois deux ou trois années avant de bien connaître les inconvénients et/ou incidents qui n'ont pas été prévus lors des expérimentations par le fabricant, et qui ne peuvent apparaître qu'à l'usage. Le jour venu, je recommande aux utilisatrices qui sont satisfaites de leur contraception de ne pas se précipiter sur le patch, sauf si elles ont de bonnes raisons de le faire (oublis fréquents de pilule, par exemple, ou refus de se tourner vers une méthode permanente comme un implant ou un DIU). Rappelez-vous que les effets secondaires seront les mêmes que ceux d'une pilule combinée. Seul le mode d'utilisation changera...

Patch contraceptif: les remarques de *La Revue Prescrire*¹

La Revue Prescrire est, depuis plus de vingt ans, la publication française de référence en matière de médicaments. Elle est autofinancée, totalement indépendante de l'industrie et des struc-

1. *La Revue Prescrire*, n° 246, janvier 2004.

tures ministérielles, et correspondante active d'un réseau international de bulletins indépendants consacrés aux médicaments.

Au sujet du patch contraceptif, la position de *Prescrire*, fondée sur l'étude des dossiers scientifiques disponibles (autrement dit: les résultats des essais sur des volontaires effectués par le fabricant), peut se résumer de la manière suivante:

— l'efficacité du patch est similaire à celle des pilules contraceptives;

— **ses effets secondaires** (tension des seins, allongement des règles) **semblent un peu plus nombreux**; ceux qui ont entraîné le plus souvent l'arrêt de l'utilisation du patch lors des essais sont: une irritation de la peau (2 %), des douleurs des seins, des nausées, des maux de tête;

— **sa sécurité d'emploi n'est pas bien définie**: l'une des hormones de synthèse présentes dans le patch est commercialisée dans plusieurs pilules contraceptives récentes (Cilest, Effiprev, Tricilest, Triafermi) depuis un petit nombre d'années seulement; comme pour ces pilules, on manque de recul pour affirmer que l'utilisation au long cours n'expose pas à des effets secondaires de fréquence encore inconnue;

— pendant les études, environ 5 % des patches ont été remplacés parce qu'ils s'étaient décollés totalement ou en partie.

La Revue Prescrire fait par ailleurs remarquer que le patch Evra coûte 15 euros (non remboursés) par mois, contre moins de 3 euros pour Ludéal Gé (le générique de Minidril) ou Daily Gé (le générique de Trinordiol), deux des pilules le plus souvent utilisées en France, et toutes deux remboursées! À raison de 5 euros le timbre (trois par mois) c'est très cher...

Conclusion pratique

Le patch contraceptif Evra est une méthode contraceptive de plus, dont l'efficacité est *théoriquement* équivalente à celle d'une pilule. Son principal avantage (le plus grand confort apporté par

un patch hebdomadaire que par la prise quotidienne d'un comprimé) est indiscutable, mais plusieurs inconvénients notables en limitent la portée pour les utilisatrices :

- sa sécurité d'emploi n'est pas établie en raison du manque de recul sur l'un de ses composants ;
- il ne conviendra pas à toutes les femmes et certaines présenteront des effets secondaires désagréables (maux de tête, tension des seins, allongement des règles) ;
- il est très coûteux et non remboursé ;
- il est bien sûr contre-indiqué pour les femmes qui ne peuvent pas prendre une pilule combinée.

ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

C'est une méthode qui existe à titre expérimental depuis longtemps (trente ans...), mais dont la commercialisation est récente. Un anneau en matière plastique contenant des hormones contraceptives est placé au fond du vagin (près du col de l'utérus). L'hormone libérée traverse la paroi vaginale et circule dans le sang pendant plusieurs semaines avec une grande régularité. Les premiers anneaux mis au point contenaient seulement un progestatif. Ils pouvaient être portés sans interruption pendant plusieurs semaines et étaient surtout proposés aux femmes qui venaient d'accoucher car ils n'interféraient pas avec l'allaitement et en complétaient l'effet contraceptif. Mais ils avaient le principal inconvénient des progestatifs au long cours – le « spotting » (p. 208). Par la suite, les chercheurs ont mis au point un anneau contenant un progestatif et un estrogène, ce qui permet d'assurer la régularité du cycle et de supprimer les saignements intempestifs. Un anneau vaginal contenant une association estrogène + progestatif a été commercialisé en France sous le nom de Nuvaring, début 2004.

Comment utilise-t-on l'anneau vaginal contraceptif ?

L'anneau est souple, il se plie entre deux doigts pour être inséré dans le vagin puis poussé le plus loin possible. Le fond du vagin est plus large que l'entrée. L'anneau s'y « cale » et, en principe, n'en bouge plus jusqu'à ce qu'on aille le chercher. Il est laissé en place trois semaines d'affilée, puis retiré pendant une semaine, au cours de laquelle des saignements apparaissent (équivalent des « règles » de la pilule). Bien sûr, rien n'oblige à l'enlever pendant une semaine. L'utilisatrice qui le désire peut utiliser l'anneau en permanence en utilisant un nouvel anneau toutes les trois semaines, sans interruption – et donc, sans règles – comme avec une pillule combinée.

Peut-il glisser ou tomber ?

Oui, s'il n'est pas bien inséré.

Comment savoir s'il est bien en place ?

Si vous ne le sentez pas, ni pendant les rapports sexuels, ni à aucun moment, c'est qu'il est bien en place.

Quels sont les avantages de l'anneau vaginal ?

- L'anneau contient une dose d'hormones contraceptives suffisante pour être efficace pendant quatre semaines au maximum. L'anneau est donc une méthode moins contraignante que le comprimé quotidien ou le patch hebdomadaire. Mais bien évidemment, il doit être porté sans interruption.
- Théoriquement (d'après le fabricant), les effets indésirables bénins de la pilule (nausées, tension des seins) sont moins importants. En réalité, cela dépend des femmes, et non de l'anneau. Certaines femmes ont peu de symptômes, d'autres plus qu'avec une pilule.
- La faible dose d'hormones administrées, si on la compare au dosage des contraceptifs en comprimés.
- Le passage direct dans le sang évite la dégradation des hormones par le foie (qui peut diminuer leur efficacité).

- La femme en contrôle seule l'utilisation, comme la pilule.
- Il est discret (l'anneau ne se sent pas, en principe, et personne ne sait que vous en portez un).
 - La facilité d'emploi (on peut poser l'anneau quand on veut et le garder plusieurs semaines ou plusieurs mois, en fonction du type choisi).
 - Pas de risque d'oubli (en tout cas, pendant quatre semaines au plus).

Quels sont les inconvénients de l'anneau vaginal?

Tous ceux de la pilule combinée : il contient en effet un estrogène et les effets secondaires graves (phlébites, embolie pulmonaire) sont les mêmes qu'avec une pilule combinée. L'anneau est donc contre-indiqué pour les femmes chez qui les pilules combinées sont contre-indiquées (voir p. 163) ;

— il peut provoquer des troubles du cycle (« spotting » – saignements irréguliers) et une tension ou un gonflement des seins ;

— il ne convient pas à toutes les femmes à cause de la manipulation qu'il impose ;

— il est cher (environ 15 euros par mois) et n'est pas remboursé ;

— il peut gêner la sexualité (2 femmes sur 10, 3 hommes sur 10 le sentent pendant les rapports sexuels) ;

— il ne dispense pas d'utiliser des préservatifs en cas de rapports sexuels à risque : il ne protège évidemment pas contre les MST.

Même s'il peut être utilisé trois semaines d'affilée ou sans interruption, un anneau vaginal est moins pratique qu'un implant ou un DIU, et probablement moins sûr à la longue : toutes les méthodes nécessitant une manipulation présentent un risque d'échec important en raison des erreurs ou des incidents d'utilisation possibles.

Je ne tolère pas la pilule. Est-ce que je tolérerai un anneau vaginal?

Tout dépend des raisons pour lesquelles vous ne tolérez pas la pilule. Si ces raisons sont des effets secondaires liés à l'estrogène contenu dans la pilule, l'anneau peut, selon le cas, les diminuer ou les accentuer. Essayez, et vous verrez. Mais le discours du fabricant disant que la tolérance de l'anneau est meilleure qu'avec la pilule est un argument de marketing. Chaque femme est différente, et la sensibilité aux hormones varie d'une femme à une autre.

Qui peut utiliser un anneau vaginal?

C'est une méthode qui peut rendre service à certaines femmes, et il devrait certainement être expliqué et décrit à toutes les femmes. Mais sur le plan pratique, il me semble évident qu'il ne peut pas convenir à un très grand nombre de femmes. D'abord parce que la contraception doit être aussi peu contraignante que possible, et que l'anneau reste une méthode contraignante et pas toujours « transparente » : manipulation, nécessité de changer toutes les trois semaines, possibilité de gêner les rapports.

C'est à mon avis (et à entendre les utilisatrices) une méthode très pratique pour les utilisatrices de pilule qui veulent se simplifier la vie temporairement, pendant quelques semaines (voyage à l'étranger, déplacements professionnels par exemple) pour ne pas avoir à prendre un comprimé tous les jours. Ça peut aussi être une méthode de transition, pendant quelques mois ou quelques années, entre deux grossesses qu'on désire rapprochées. Il est trop tôt pour dire si ça peut être une méthode contraceptive de longue durée, mais il n'est pas impossible que l'anneau convienne au long cours à certaines femmes, comme d'autres ont, par le passé, adopté par exemple le diaphragme comme méthode habituelle.

ATTENTION : il est encore trop tôt pour savoir quelle est la fréquence des échecs de l'anneau pendant l'utilisation au long

cours, car les études ont été faites chez des patientes très motivées, pendant quelques mois seulement.

Enfin, le coût de l'anneau est très élevé (similaire à celui du patch), il ne peut donc convenir qu'aux femmes qui en ont les moyens.

3-6 LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU OU « STÉRILETS »)

Les dispositifs intra-utérins (DIU ou « stérilets ») sont la méthode la plus employée au monde, et probablement l'une des plus sûres, mais en France ils restent l'une des moins employées – après la pilule combinée et le préservatif. Ce paradoxe est dû principalement à l'ignorance et aux préjugés, fréquents dans le public, mais malheureusement entretenus par les médecins qui les ont parfois lancés et persistent à les entretenir.

Aujourd'hui même, en France, nombreux sont les généralistes qui, faute d'enseignement adéquat, n'ont pas appris à poser un DIU ; nombreux sont les gynécologues qui refusent systématiquement la pose d'un DIU aux femmes sans enfants (« nullipares ») alors que de nombreuses études internationales ont montré que cet ostracisme est injustifié. Rappelons que dans la population étudiée par Bajos et coll., dont l'étude (citée au début de ce livre p. 13 et 96) envisageait les échecs de contraception, le DIU était utilisé par 16 % des femmes contre 45 % pour la pilule mais que le nombre de grossesses non désirées s'élevait à 21 % chez les utilisatrices de pilule, contre 9 % chez les utilisatrices de DIU ! Si cette enquête n'avait pas fait réfléchir les médecins, les recommandations publiées par l'ANAES en 2004 devraient le faire. Ces recommandations officielles, qui servent de guide de bonnes pratiques aux médecins français, précisent : *Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfant(s) (multipares). Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{re} intention très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi*¹.

1. Voir p. 499 le détail des recommandations.

En dehors même de leur efficacité et de leur sécurité manifestes, il y a bien d'autres raisons objectives de préférer les deux formes de DIU aux pilules, combinées ou progestatives: un DIU au cuivre n'a pas ou peu d'effets sur l'équilibre hormonal, sur la libido, sur l'acné ou sur une éventuelle prise de poids; il nécessite une surveillance minimale (la consultation annuelle, on peut se permettre de l'oublier sans risques...), il peut être porté jusqu'à dix ans (alors qu'en France, la pilule n'est délivrée que pour trois mois dans les pharmacies). Le DIU hormonal, efficace pendant cinq ans, a des effets thérapeutiques chez les femmes souffrant de syndrome prémenstruel. Tous deux ont une efficacité supérieure à 99 % (moins de 1 % d'échecs) et tous deux protègent contre l'apparition d'un cancer de l'endomètre! Enfin, et surtout, un DIU apporte à son utilisatrice un confort qu'aucune autre contraception, hormonale ou non, ne lui apporte en dehors de l'implant: il la délivre de toute préoccupation contraceptive.

En outre, les DIU sont la méthode contraceptive efficace la moins contraignante et la moins coûteuse: alors que certaines pilules (non remboursées) peuvent coûter jusqu'à 15 € par mois, le TT 380, DIU au cuivre de référence *qui peut être porté dix ans*, coûte... 28 €. Faites le calcul!

L'un des principaux objectifs de ce livre, lorsque j'en ai rédigé la première édition, était de réhabiliter cette méthode contraceptive de premier plan. Je crois y être parvenu pour la quinzaine de milliers de lectrices qu'il a touchées – si j'en crois les nombreux messages reçus depuis sa publication. Depuis quelques années, nombre de journalistes de revues grand public (*Parents, Santé Magazine*) se sont mis à relayer une information exacte sur la contraception et à réhabiliter les DIU. Il reste cependant fort à faire pour que ces derniers prennent leur juste place dans la contraception des femmes françaises.

Les idées reçues à combattre sur les DIU

On devrait désormais bannir le terme de «stérilet» du vocabulaire français de la contraception. Ce terme est bien mal choisi, parce qu'il suggère la stérilité. Or, un DIU ne rend pas stérile: la meilleure preuve c'est que l'éventualité d'une grossesse, quoique très faible, n'est pas absolument écartée par sa présence dans l'utérus. Le terme de DIU (abréviation de «dispositif intra-utérin») devrait le remplacer dans le langage courant. Il le décrit parfaitement sans évoquer surnoisement une fausse complication. C'est celui que j'utiliserai dorénavant.

Figure 13: Plusieurs types de DIU (stérilets)

Image à venir

Notes:

1. Le Sertalia, encore porté par un certain nombre de femmes, a été retiré du marché en 2006 car le fil avait tendance à céder lors des tentatives de retrait par les médecins.
2. Le **UT 380** (ou le **NT 380**, qui est quasiment identique), porteurs d'une surface de cuivre supérieure (380 mm² contre 220 mm² pour le **Nova T**) devraient désormais être utilisés à la place du **Nova T 200**, de forme identique mais moins efficace (voir p. 307). UT et NT peuvent être proposés aux femmes sans enfants, car ils disposent d'une forme «short» (de petite taille), adaptée à la taille de leur utérus.

Beaucoup de spécialistes continuent à affirmer qu'un DIU augmente le risque de grossesse extra-utérine (alors que c'est l'inverse), qu'il faut attendre six mois pour en poser un après une césarienne (alors que six semaines suffisent et qu'en Chine on les insère dans l'utérus avant de recoudre l'incision!), ou que le

DIU augmente le risque d'infections et interdit son insertion chez les femmes sans enfants (alors que les études internationales montrent qu'il n'en est rien).

Plus que les autres encore, ce chapitre-ci est destiné à remettre les choses en place : dans l'esprit des utilisatrices actuelles ou potentielles, mais aussi dans celui des professionnel(le)s de santé, qu'ils soient généralistes, infirmières, sages-femmes, conseillères de planification – et même gynécologues – qui ont à cœur de transmettre à leurs patient(e)s une information fiable, et... qui ne veulent pas mourir idiot(e)s.

Breve histoire et rapide portrait des DIU

La notion de contraception intra-utérine est très ancienne : on rapporte que, il y a deux mille cinq cents ans, Hippocrate, père de la médecine, insérait des pessaires à visée contraceptive sur l'utérus des femmes au moyen d'un tube métallique. Un pessaire était une sorte de « bouchon » destiné à obturer l'orifice utérin...

Dans les années 1920, un médecin allemand, Gräfenberg, mit au point un DIU composé d'un fil d'acier enroulé en boucle. À partir des années 1960, date de l'explosion des recherches dans le domaine de la contraception, de nombreux modèles ont été expérimentés. La plupart des premiers modèles étaient trop grands pour la cavité utérine. La présence du DIU provoquait des saignements et des contractions de l'utérus, ce qui éliminait certainement les grossesses débutantes, mais aussi les DIU !

Au fil des années, la taille et la forme des DIU ont été progressivement réduites jusqu'à des dimensions compatibles avec celles de la cavité utérine : la plupart des DIU commercialisés en Europe et en Amérique du Nord ont aujourd'hui la forme d'un « T », ce qui leur permet de s'insérer facilement dans l'utérus et, le plus souvent, de ne pas provoquer de contractions douloureuses.

L'un des DIU les plus récemment mis au point, le GyneFix (p. 308) n'a pas d'armature : c'est un simple fil en polyéthylène portant de petits cylindres de cuivre, qui pend dans l'utérus. Il ne peut donc pas provoquer de contractions.

Un DIU, c'est tout petit : la barre verticale du « T » fait entre 3,5 et 4 cm de long, la barre horizontale 2 cm. Si le DIU est correctement choisi et posé, l'utérus d'une femme ayant déjà eu un enfant ne devrait pas avoir grand mal à le tolérer !

Chaque DIU se termine par deux fils de Nylon qui dépassent légèrement de l'utérus, permettant de vérifier qu'il est en place, ou de le retirer le jour venu.

Les premiers DIU étaient qualifiés d'« inertes » : ils étaient en polyéthylène ou en acier, mais leur mode d'action se limitait au fait d'occuper la cavité utérine. Les DIU récents appartiennent à deux catégories :

- les DIU au cuivre : le « T » en polyéthylène porte sur ses branches des fils ou des manchons en cuivre, qui assurent l'effet contraceptif en inactivant les spermatozoïdes ;
- le DIU hormonal : il contient du lévonorgestrel, une hormone progestative libérée en très petites quantités dans l'utérus, et qui produit sur l'utérus et l'ovaire des effets contraceptifs différents de ceux du cuivre. Ces deux types de DIU sont décrits en détail plus loin dans ce chapitre.

Les effets contraceptifs des DIU

Pour des raisons historiques et idéologiques, les DIU sont encore considérés comme une méthode contraceptive agressive, responsable de « mini-avortements » mensuels. D'un point de vue biologique, il n'en est rien.

La grossesse commence seulement après qu'un ovule s'est implanté dans l'épaisseur de l'endomètre ; or, tous les ovules fécondés ne s'implantent pas et beaucoup s'éliminent spontanément avant tout retard de règles. Conséquence de ce processus

naturel: chaque année, chez les femmes qui n'utilisent aucune contraception, plusieurs grossesses, pourtant rendues possibles par la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde, ne se développent pas. Sachant cela, il est facile de comprendre que les DIU n'agissent pas en « éliminant » une grossesse, mais bien en prévenant sa survenue.

En effet, l'effet contraceptif des DIU actuels ne réside pas dans leur forme ou dans le fait qu'ils « occupent » l'utérus, mais dans les substances contraceptives qu'ils délivrent.

Les DIU au cuivre

La plupart des DIU commercialisés en Europe contiennent du cuivre, qui détruit les spermatozoïdes et probablement aussi les ovocytes. De fait, des recherches ont montré que, chez des femmes sexuellement actives porteuses d'un DIU, on ne retrouve pas de spermatozoïdes dans l'utérus alors qu'on en trouve dans celui des femmes qui ne portent pas de DIU. De plus, la présence du DIU au contact de l'endomètre attire des leucocytes, les « globules blancs », chargés de l'élimination des corps étrangers et des cellules mortes, qui achèvent de détruire les spermatozoïdes. L'action contraceptive du cuivre, qui a été confirmée par des recherches microbiologiques, avait déjà été déduite du fait que les DIU recouverts de cuivre sont plus efficaces que les DIU « inertes », alors même qu'ils sont plus petits et ne provoquent ni les douleurs, ni les hémorragies que pouvaient provoquer certains DIU expérimentés dans les années 1960. Le cuivre agit aussi sur l'ovocyte et compromet sa fécondation par les spermatozoïdes. Contrairement à ce qui est avancé par certains adversaires de ce type de contraception, ce n'est pas une méthode « abortive ». La théorie « anti-implantatoire » longtemps avancée (j'en faisais état dans la première édition) est également dépassée. Un document de l'OMS précise en effet: « *Il est peu probable que l'efficacité contraceptive des DIU résulte, prin-*

cialement ou exclusivement, de leur capacité à interférer avec l'implantation [de l'œuf]; il est plus probable que leurs effets anticonceptionnels s'étendent au-delà de l'utérus et interfèrent avec certaines étapes du processus reproductif ayant lieu avant que l'œuf ne parvienne dans la cavité utérine. Il est probable que les sécrétions de l'utérus et des trompes, altérées par la présence du DIU, compromettent

Tableau 21 : Les DIU disponibles en France en 2007 par ordre d'intérêt pour les femmes

Nom	Substance contraceptive	Commentaires
TT 380	Manchons et fil de cuivre (380 mm ²)	Copie conforme générique du TCcu 380A, DIU au cuivre de référence dans le monde. Durée de vie: 10 ans.
Mirena	Réservoir de progestatif (lévonorgestrel)	Le seul DIU hormonal actuellement disponible. Très efficace, mais ne convient pas à toutes les femmes. Durée de vie: 5 ans.
UT 380	Fil de cuivre (380 mm ²)	Existe en deux tailles: standard et short (qui peut être posé aux nullipares). Durée de vie: 5 ans et probablement plus.
NT 380	Fil de cuivre (380 mm ²) sur noyau d'argent (sans intérêt contraceptif)	Copie conforme du Nova T 380 commercialisé ailleurs dans le monde. Peut être posé aux femmes sans enfants (forme « short » disponible). Durée de vie: 5 ans et probablement plus.
Multiload Cu375	Cu375 Fil de cuivre (375 mm ²)	Existe en deux tailles: 35 mm (standard) ou 30 mm (SL) pour les nullipares. Durée de vie: 5 ans.
Gynelle 375	Fil de cuivre (375 mm ²)	Identique (générique) au MultiloadCu375. Durée de vie: 5 ans.
Sertalia	Fil de cuivre (300 mm ²)	Était souvent posé aux femmes nullipares. A été retiré du marché en 2006 en raison de la fragilité du fil. Durée de vie: 5 ans et probablement plus.
Nova T 200	Fil de cuivre (200 mm ²) sur noyau d'argent	C'est encore l'un des plus souvent posés en France en 2006 mais en raison de la fréquence des échecs et de l'existence de nombreux autres modèles on ne devrait plus l'utiliser! (voir p. 307).

NOTE: Le GyneFix, très intéressant DIU au cuivre longuement décrit dans la première édition de ce livre (voir figure 15), n'est plus distribué en France faute d'avoir été prescrit par un nombre suffisant de praticiens. À l'heure actuelle, les trois marques de DIU figurant au sommet de ce tableau suffisent à couvrir les besoins de toutes les utilisatrices potentielles. Les trois suivantes n'ont pas d'avantage particulier. Le Sertalia n'est plus en vente. Le Nova T 200 ne devrait plus l'être!

la viabilité des cellules de la reproduction, réduisant ainsi la probabilité d'une rencontre et empêchant ainsi la fécondation. Il est probable que les ions cuivre libérés par le DIU potentialisent ces effets¹.»

Ce processus explique que l'insertion d'un DIU au cuivre jusqu'à cinq jours après la date théorique d'ovulation est contraceptive, ce qui en fait une méthode de contraception d'urgence extrêmement efficace (p. 90).

Le DIU hormonal

Le DIU hormonal (marque Mirena) n'est pas recouvert de cuivre, mais sa branche verticale est un réservoir contenant du lévonorgestrel, progestatif qui entre dans la composition de plusieurs marques de pilules (voir tableau p. 180).

Libéré en quantités infinitésimales, le lévonorgestrel agit comme tous les progestatifs :

- il épaissit les sécrétions de la glaire cervicale, ce qui « emprisonne » les spermatozoïdes et les empêche de passer dans l'utérus ;
- il diminue l'épaisseur de la muqueuse utérine, ce qui diminue l'abondance et la durée des règles ;
- dans un grand nombre de cas, il bloque aussi l'ovulation : la quantité d'hormone, quoique très faible, qui passe dans le sang suffit à bloquer l'hypophyse et entraîne une aménorrhée.

Le DIU hormonal a, de plus, des avantages spécifiques :

- c'est théoriquement le plus efficace de tous les DIU actuellement disponibles : 0,2-0,4 % d'échecs par an c'est-à-dire une seule grossesse pour 100 femmes l'utilisant pendant cinq ans ! La fréquence des échecs avec les DIU au cuivre les plus efficaces n'est que de 0,6 à 0,8 %, ce qui n'est guère plus. En pratique,

on doit donc considérer que leur efficacité est similaire. S'il y a statistiquement plus d'échecs de DIU au cuivre en France, il faut l'imputer à l'utilisation persistante d'un modèle moins efficace que les autres, le Nova T 200 (voir p. 307) ;

- le DIU hormonal a des effets bénéfiques chez les femmes ayant des douleurs et des saignements abondants au moment des règles : il atténue les unes et les autres ; il prévient donc les anémies chez les femmes ayant des règles abondantes, d'autant plus qu'un grand nombre de femmes n'ont pas de règles au bout de quelques semaines ou mois d'utilisation ;
- le lévonorgestrel qu'il contient et délivre a des effets protecteurs contre le cancer de l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus) ;
- ses effets sur la glaire cervicale n'empêchent pas seulement le passage des spermatozoïdes, mais aussi celui des bactéries ; de ce fait, il s'oppose au passage dans l'utérus de certaines MST (*Chlamydiae*, en particulier), mais pas, cependant, des MST virales (sida, hépatites, herpès).

Pour les femmes ayant des règles abondantes, spontanément ou avec un DIU au cuivre, c'est le meilleur DIU mais il ne convient pas à toutes les situations. Son délai d'action (l'hormone n'est pleinement active qu'au bout de quelques jours) ne permet pas de l'utiliser pour la contraception d'urgence (p. 90). Sa taille empêche (souvent mais pas toujours) de le poser aux nullipares et c'est bien dommage. Enfin, toutes les femmes (surtout avant trente-cinq ans) ne sont pas rassurées à l'idée de ne pas avoir de règles – elles le ressentent comme une atteinte à leur féminité. L'utilisatrice éventuelle doit donc être prévenue et accepter cette éventualité avant qu'on ne le lui pose. Enfin, les utilisatrices doivent être averties de quelques effets hormonaux indésirables du Mirena : une poussée d'acné, des sentiments de dépression, une sensation de « gonflement », une prise de poids, une baisse de la libido sont possibles chez certaines femmes.

1. *Contraception Report*, 1998, Vol. 9, n° 4 et 5.

Les 7 atouts des DIU

Atout n° 1 : la contraception par DIU est plus efficace que la contraception orale

Quand on compare l'efficacité respective de la contraception orale (la plus prescrite en France) et des DIU, les chiffres sont édifiants.

En théorie, la fréquence des grossesses accidentelles sous pilule combinée est inférieure à 3 % ; la fréquence des grossesses accidentelles avec un Gyne-T 380 ou un TT 380 (le DIU au cuivre de référence) ou un DIU hormonal est, elle, inférieure à 1 %. La différence peut paraître minime mais en pratique, l'enquête menée par Bajos et coll. (déjà citée p. 13 et 96) montre que parmi les femmes utilisant une contraception, on compte 21 % de femmes enceintes avec une pilule, contre 9 % seulement avec un DIU ! Cela s'explique simplement : les échecs de la contraception orale sont intimement liés aux aléas de la vie qui pèsent chaque jour sur l'utilisatrice (oublis, interaction avec divers médicaments, etc.). Si bien qu'en pratique, la fréquence des grossesses sous pilule est beaucoup plus élevée qu'avec un DIU !

L'efficacité des DIU, en revanche, est indépendante du rythme de vie et augmente avec le temps. La plupart des DIU au cuivre¹ étaient considérés comme efficaces pendant cinq ans parce que telle était la durée du suivi des femmes au cours des essais cliniques avant commercialisation. Mais en pratique, les utilisatrices ont l'esprit tellement tranquille qu'elles tardent souvent à retourner voir leur médecin. Au fil des années, les chercheurs ont constaté que l'efficacité des DIU au cuivre est proportionnelle à la surface de cuivre qu'ils portent (375-380 mm² de surface de cuivre semblent apporter une efficacité optimale) et persiste bien plus de cinq ans.

1. À l'exception notable du Nova T, qui ne devrait plus être utilisé (p. 307).

Atout n° 2 : un DIU est plus confortable à utiliser qu'une pilule!

On finit presque toujours par oublier son DIU, alors qu'il ne faut jamais oublier sa pilule ! Ce point est très important, puisqu'il concerne un élément fondamental de la contraception : le *confort* de l'utilisatrice. La contraception orale impose une contrainte immuable : prendre sa pilule chaque jour. Les oublis, les vomissements dus à une gastro-entérite et certains médicaments compromettent l'efficacité des contraceptifs oraux et peuvent entraîner une grossesse non désirée. Il faut retourner à la pharmacie tous les trois mois, ne jamais laisser traîner sa plaquette à portée de regards ou de mains indiscretes, penser à la mettre dans sa trousse de toilette en partant en week-end, etc. Mais les femmes ne sont pas des robots. On sait ainsi, depuis longtemps, que la durée de prise de pilule est l'un des principaux facteurs d'oubli : au fil des années, les femmes se fatiguent de prendre une contraception orale ; de plus, leur vie change : ce qui les endort le soir ou les réveille la nuit, ce n'est plus leur vie amoureuse, mais leur rôle de mère de famille. Lorsque le DIU est bien toléré – et le plus souvent, c'est le cas – la femme l'oublie et, avec lui, les angoisses de grossesse. Le DIU étant très discret, il n'est pas ressenti comme un poids – ce qui est le cas de la pilule lorsque la femme a des rapports sexuels moins souvent (« Le travail et les enfants, ça tue le désir »), ou pas du tout (« Mon compagnon est parti en mission pour six mois »). De plus, contrairement aux méthodes hormonales, un DIU au cuivre, qui ne contient aucune hormone, n'agit pas sur le poids de l'utilisatrice ou son équilibre hormonal.

Atout n° 3 : les contre-indications du DIU sont moins nombreuses et moins draconiennes que celles de la pilule combinée

Comme vous l'avez lu dans le chapitre précédent, les effets biologiques de la contraception orale étant nombreux, la prise

d'une pilule combinée s'accompagne de précautions et de contre-indications variables avec l'âge de l'utilisatrice, son poids, sa consommation de tabac, sa tension artérielle, ses antécédents de phlébite, de maladies vasculaires ou de tumeurs du sein, etc. Un DIU, en revanche, n'a pas d'effet sur les constantes biologiques de l'organisme. Il n'en a que sur l'utérus. Lorsque des effets indésirables surviennent, ils sont le plus souvent sans gravité (douleurs, allongement des règles) et transitoires, alors qu'une phlébite favorisée par la contraception orale met immédiatement la vie en danger. Les contre-indications sérieuses des pilules combinées (les antécédents vasculaires, le tabagisme après trente-cinq ans) sont absolues et définitives. Les contre-indications sérieuses du DIU (infection récente des trompes, MST non traitées) sont temporaires : une fois qu'elles ont été traitées et guéries, on peut (re)poser un DIU. Pour les femmes souffrant de maladies chroniques fortement influencées par le mode de vie, l'alimentation et l'équilibre hormonal, les DIU au cuivre sont une bien meilleure contraception que la pilule. C'est en particulier le cas des femmes diabétiques.

Atout n° 4 : il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les DIU

Un certain nombre de médicaments peuvent diminuer l'efficacité de la contraception orale : antibiotiques, antituberculeux, antiépileptiques, antiviraux, antifongiques. Aucun médicament connu ne diminue les effets contraceptifs des DIU – non, pas même les anti-inflammatoires (voir p. 287)!

Atout n° 5 : un DIU bien toléré nécessite une surveillance médicale minimale

Les effets indésirables du DIU concernent essentiellement les règles : douleurs avant ou pendant les règles, allongement important de leur durée, saignements répétés. Par conséquent, une uti-

lisatrice de DIU qui ne présente aucun de ces symptômes n'a absolument pas besoin de voir un médecin. En pratiquant régulièrement l'auto-examen des seins et en se faisant faire un frottis vaginal de dépistage tous les trois ans, elle bénéficiera de la même surveillance que les patientes sous contraception orale – pour une astreinte bien moindre.

En outre, les études menées au cours des dix dernières années montrent que l'utilisation d'un DIU au cuivre, en stimulant le renouvellement de la paroi intérieure de l'utérus (endomètre), diminue le risque de cancer de l'endomètre et peut-être aussi celui du col de l'utérus¹!

Atout n° 6 : le DIU est compatible avec l'allaitement

Ce n'est pas le cas de la pilule combinée. Pour cette raison et les précédentes, le DIU est la méthode contraceptive de choix, après le premier accouchement, pour les femmes qui désirent une contraception fiable et sans complication entre leurs grossesses. Un DIU peut être posé quatre semaines après un accouchement par voie basse, y compris après une césarienne.

Atout n° 7 : avec un DIU, il arrive souvent que la libido se réveille

Beaucoup de femmes disent que, sous contraception orale, elles ressentent une diminution du désir sexuel (voir p. 214). Ce phénomène est peut-être, pour une part, lié à l'effet hormonal de la contraception orale, qui, en faisant disparaître les ovulations et les variations hormonales, « endort » un peu le désir, tout comme le fait la grossesse. Mais il est aussi, parfois, consécutif au « ras-le-bol » de la prise quotidienne, et à l'angoisse d'être enceinte qui survient en cas d'oubli fréquent. La plupart

1. *Contraception Report*, 1998, Vol. 9, n° 4 et 5, *op. cit.*

des femmes qui passent de la pilule ou des préservatifs au DIU sont libérées de cette contrainte et de l'angoisse liée à oublier ; beaucoup mentionnent alors la réapparition de leur appétit sexuel... et s'en félicitent.

Des risques imaginaires, des mythes à combattre

J'énumérais en début de chapitre les idées reçues qui courent sur les DIU. Ces mythes ont pour origine des phénomènes observés au début de l'utilisation des DIU et dont la signification a été éclaircie depuis.

Mythe n° 1 : « Un stérilet, ça provoque des infections qui peuvent entraîner une stérilité »

La peur des infections attribuées au stérilet n'a d'égale que la peur des risques vasculaires attribués à la pilule – risques qui, nous le savons aujourd'hui, sont plus rares que ceux que court la femme enceinte !

Posé correctement par un praticien chevronné, un DIU ne peut en aucun cas provoquer une infection grave – endométrite (infection de l'utérus) ou salpingite (infection des trompes). Ces infections, en effet, sont toujours dues aux MST. Or, le premier facteur favorisant des infections pelviennes n'est pas la présence d'un DIU, mais le *nombre de partenaires sexuels*.

L'idée selon laquelle les DIU seraient à l'origine d'infections graves des trompes et de l'utérus repose sur un seul modèle de DIU, le Dalkon Shield. Ce DIU, commercialisé aux États-Unis dans les années 1950, avait pour caractéristique de se terminer non pas par un ou deux fils de Nylon, mais par un écheveau de fils tressés. Cet écheveau servait d'« échelle » aux bactéries présentes dans le vagin, favorisait l'ascension des germes de MST chez les femmes qui en étaient porteuses, et accentuait par sa présence l'inflammation et l'infection de l'utérus et des trompes.

Or, le Dalkon Shield a été très vite retiré du marché. Plus tard, entre 1975 et 1990, une étude de longue durée a montré que la fréquence des infections de ce type parmi 23 000 femmes porteuses d'un DIU était très faible : 1,6 pour 1 000 femmes par année d'utilisation !

Plusieurs études internationales récentes ont montré que la majorité des « MIP – maladies inflammatoires pelviennes » (infections de l'utérus et des trompes responsables de stérilités) – ne sont pas liées à la pose ou à la présence d'un DIU, mais à la présence dans l'utérus d'un microbe transmis par contact sexuel.

De plus, il n'y a pas plus de stérilités post-infectieuses chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes qui n'en ont jamais porté. D'autres études, tout aussi sérieuses, ont montré que le DIU est aussi une méthode contraceptive sûre pour les femmes infectées par le VIH, lorsque ces femmes ne sont pas porteuses d'une autre MST¹.

Autrement dit :

Une femme qui porte un DIU n'a pas plus de risque de contracter une infection pelvienne qu'une femme qui n'en porte pas. Ce qui accentue ce risque, c'est la multiplication des partenaires sexuels, et non la présence du DIU.

Un moment délicat : l'insertion

Des infections peuvent survenir dans les vingt jours qui suivent l'insertion du DIU mais elles sont exceptionnelles : 80 cas pour 23 000 insertions selon une étude. Ces infections ont deux causes principales :

- L'inexpérience du médecin : les infections sont plus fréquentes lorsque le médecin n'a pas l'habitude de poser des DIU (les fautes de manipulation favorisent les infections) ;

1. *Contraception Report*, 1998, Vol. 9, n° 4 et 5.

• l'existence préalable d'une infection asymptomatique, c'est-à-dire non identifiée par la femme. Certains germes transmis sexuellement, en particulier les *Chlamydiae* (p. 453), peuvent en effet être présents dans le vagin et sur le col utérin sans que la femme ressente le moindre symptôme. Le passage du DIU à travers le col peut entraîner des germes dans l'utérus et favoriser une infection. *Le DIU ne provoque pas l'infection, il la révèle.* Passé le 20^e jour qui suit la pose, le risque d'infection est identique à celui que courent les femmes qui ne portent pas de DIU.

Les infections liées à l'insertion des DIU sont rares et faciles à éviter

En l'examinant ou en l'interrogeant sur ses antécédents, si le médecin soupçonne une infection chez la future utilisatrice de DIU, il effectue au préalable une recherche de germes ; si le résultat est positif, il prescrit des antibiotiques adaptés et pose le DIU à la fin du traitement.

Lorsque la recherche d'infection n'a pu être faite à l'avance (si l'insertion du DIU est choisie comme contraception d'urgence, par exemple), le médecin peut, le jour de la pose, effectuer une recherche de germes et prescrire un traitement sans attendre les résultats.

Moins on touche à un DIU, mieux ça vaut. Les modèles actuels peuvent (et doivent, sauf incident ou désir de l'utilisatrice) être laissés en place entre cinq et dix ans. Quand arrive le temps de les changer, si la femme veut continuer à porter un DIU, le médecin doit enlever le premier et poser le second au cours de la même séance, ce qui réduit les risques infectieux de la pose.

Mythe n° 2 : « Le stérilet favorise les grossesses extra-utérines »

Ici aussi, il s'agit d'un mythe encore entretenu par les médecins eux-mêmes. Comme l'ont montré les études de l'OMS, la

présence d'un DIU n'augmente pas le nombre de GEU. Au contraire, elle le réduit!

Une grossesse extra-utérine (ou GEU) survient lorsque l'ovule fécondé reste dans la trompe au lieu d'aller s'implanter dans l'endomètre : la grossesse qui se développe alors va rapidement être limitée par les parois non extensibles de la trompe. Si la femme ne sait pas qu'elle est enceinte, l'embryon finit, au bout de quelques semaines seulement, par entraîner une déchirure de la trompe et une hémorragie qui peut être fatale.

La principale cause des GEU est parfaitement connue : les salpingites (infection des trompes) dues aux MST. Elles augmentent le risque de survenue d'une GEU car les ovules se déplacent mal dans une trompe dont la paroi a été abîmée par une infection. (Une autre cause d'importance croissante est le tabagisme...)

La fréquence des GEU est beaucoup plus faible chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception :

Tableau 22 : Fréquence des GEU chez les femmes sans contraception et chez les utilisatrices de DIU

Contraception	Fréquence des grossesses extra-utérines
Aucune	3 à 4,5 pour 1 000 grossesses
DIU au cuivre TCU 380 A (TT380)	0,20 pour 1 000 grossesses
DIU au lévonorgestrel (Mirena)	0,20 pour 1 000 grossesses

(D'après Speroff & Darney, *A Clinical Guide For Contraception*, 3^e ed., Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.)

Le mythe selon lequel les DIU « favorisent les GEU » est né du fait que, parmi les grossesses sur DIU, la proportion des GEU est plus grande que parmi les grossesses chez les femmes sans contraception.

Tableau 23 : Proportion des GEU chez les femmes sans contraception et chez les utilisatrices de DIU

	Nombre de grossesses	Nombre de GEU	Proportion
1 000 femmes sans contraception	1 000	10	1/100
1 000 femmes portant un DIU	10	1	1/10

(D'après Guillebaud, *Contraception: Your Questions Answered*, op. cit.)

Parmi les femmes sans contraception, la proportion des GEU est environ de 10 pour 1 000 grossesses. Parmi les utilisatrices de DIU, il n'y a que 10 grossesses par an (1 %). Sur ces 10 grossesses, une seule est une GEU. La proportion des GEU est plus grande (1/10) dans le groupe des femmes portant un DIU. Cette proportion plus élevée s'explique par le fait que l'effet contraceptif du DIU s'exerce surtout sur l'endomètre et sur la glaire cervicale, beaucoup moins sur les trompes. Lorsqu'une grossesse survient chez une femme porteuse d'un DIU, cette grossesse a donc une probabilité plus grande d'être une GEU. Mais **en nombre absolu**, les GEU sont dix fois moins nombreuses chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception !

Les spécialistes britanniques et américains considèrent même que les effets protecteurs du DIU au cuivre de référence (Gyne-T380 ou TT380) et du DIU au lévonorgestrel (Mirena) font de tous deux un choix contraceptif valide pour les femmes ayant déjà fait une GEU lorsque celles-ci ne veulent pas utiliser une contraception orale ou un implant.

Mythe n° 3 : « Il est interdit de poser un stérilet à une femme qui n'a jamais eu d'enfants »

Cette interdiction est bien entendu la résultante des deux mythes précédents. Les médecins qui persistent à croire que les

DIU favorisent les infections pelviennes et les GEU n'ont, on le comprend, aucune envie d'en poser... que la femme ait des enfants ou non. Cela part d'un bon sentiment, mais c'est injustifié. Ce qui doit guider le choix de la contraception ce n'est pas la peur, mais la raison. Il est parfaitement possible de poser un DIU aux femmes qui n'ont pas d'enfants, tout particulièrement lorsqu'elles vivent une relation monogame avec un partenaire stable.

L'incohérence et l'ignorance à l'égard de ce problème sont manifestes depuis des années : plusieurs DIU (UT380, Multi-LoadCu375, Gynelle 375) sont commercialisés en deux tailles (« standard » et « short »), ce qui permet de les poser à une femme sans enfants, dont l'utérus est petit. L'incohérence est à son comble depuis la commercialisation, il y a quelques années, du Sertalia. Ses indications officielles étaient, tout simplement, « Contraception de la femme nullipare, unipare ou multipare », ce qui en faisait alors le premier DIU qu'on puisse « officiellement » poser à des femmes sans enfants. En réalité, si les notices des autres DIU au cuivre ne mentionnent pas la femme nullipare, ça n'est pas parce qu'ils sont dangereux pour elle, mais parce que leurs fabricants n'ont pas demandé l'autorisation administrative nécessaire ! Sur un même sujet, les gynécologues, les fabricants et la commission nationale du médicament tiennent des discours différents ! Mais comme vous le verrez au paragraphe suivant, les absurdités ne s'arrêtent pas là.

Mythe n° 4 : « Quand on porte un stérilet, on ne peut prendre ni aspirine ni anti-inflammatoires »

C'est l'un des mythes les plus tenaces. Et pourtant, il s'agit d'un mythe exclusivement hexagonal ! Au cours des années 1970-1980, des gynécologues français ont émis l'hypothèse que l'action contraceptive des DIU était due à l'« inflammation » qu'ils provoquaient au contact de la muqueuse utérine. En toute bonne logique, l'aspirine et les anti-inflammatoires (utilisés en

particulier pour traiter les maladies rhumatismales et les traumatismes) étaient soupçonnés d'inhiber ou de diminuer leurs effets contraceptifs. Mais, comme je l'ai expliqué plus haut, le mode d'action des DIU n'a rien à voir avec les phénomènes inflammatoires (gonflements, douleurs) qu'on observe sur une cheville foulée ou une arthrite de l'épaule! En outre, ce pseudo-effet des anti-inflammatoires sur le DIU n'a jamais été seulement évoqué par les nombreuses études menées depuis des années dans le monde entier. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, où l'hypothèse française fait sourire, les anti-inflammatoires sont utilisés sans dommage pour réduire la durée des règles chez les femmes porteuses d'un DIU! En Chine, un DIU récent contenant de l'indométhacine (un anti-inflammatoire!) est prescrit aux femmes dont les règles sont très abondantes... *La Revue Prescrire*, qui fait référence en matière d'information indépendante sur le médicament, écrivait sur son site, à la publication de son n° 235 (janvier 2003), le communiqué suivant :

« Contraception : pas d'interaction établie entre AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et stérilet

[...] *Les informations officielles des différents stérilets disponibles sur le marché français sont plutôt rassurantes : il n'y est pas fait mention de précautions avec les AINS, ni même avec les corticoïdes. On ne retrouve pas non plus de précautions dans l'équivalent américain du Dictionnaire Vidal, ni dans les ouvrages de référence britanniques sur les médicaments.*

Il semble s'agir en fait d'une hypothèse ancienne selon laquelle le mécanisme d'action des stérilets passerait par un effet inflammatoire local dans l'utérus, effet que les AINS pourraient diminuer. Certes, une étude sur 1 434 femmes a suggéré en 1989 un effet défavorable de l'aspirine sur l'efficacité du stérilet. Mais cette étude était de faible qualité et elle n'a rien montré de tel avec les autres AINS ou les corticoïdes. Aucun autre travail probant n'est venu depuis étayer cette thèse. La Revue Prescrire rappelle que l'antalgique de référence est le

paracétamol. Mais il semble que l'utilisation d'un stérilet ne doit pas faire obstacle à la prescription d'un AINS, si nécessaire. »

Un mythe qui a la vie dure

Ce n'est donc pas faute d'une information correcte que de nombreux médecins et pharmaciens français persistent à interdire la prise d'anti-inflammatoires aux utilisatrices de DIU, ou à déconseiller la pose de DIU aux femmes ayant recours aux anti-inflammatoires. Si tant de professionnels de la santé persistent dans cette erreur, c'est parce qu'ils ne tiennent pas à jour leurs connaissances! De ce fait, nombreuses sont les femmes qui vivent dans l'angoisse d'une grossesse parce qu'elles ont pris un simple cachet d'aspirine... ou qui renoncent à porter un DIU pour pouvoir soigner leurs migraines. Tant que ce mythe n'aura pas été balayé (en commençant par les cours de médecine et de pharmacie!), les utilisatrices de DIU continueront à en voir de vertes et de pas mûres... et à douter des connaissances des professionnels.

Mythe n° 5 : « En cas de grossesse sur stérilet, celui-ci peut provoquer des malformations du bébé »

C'est évidemment faux. La fréquence des malformations chez les enfants conçus malgré la présence d'un DIU est la même que chez les enfants conçus sans contraception. En cas de grossesse sur DIU, une IVG « par peur des malformations » n'est donc pas du tout justifiée dans ces circonstances. En revanche, la présence du DIU ayant tendance à augmenter le risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré, il est préférable de retirer le DIU si l'utilisatrice décide de poursuivre sa grossesse.

Mythe n° 6 : « Un stérilet empêche d'avoir des enfants même après qu'on l'a retiré »

Le simple bon sens indique évidemment que c'est faux, puisque des grossesses surviennent parfois malgré le DIU. Cependant, si l'on ne se satisfait pas du bon sens, une étude bri-

tannique a montré qu'après utilisation d'un DIU, 92 % des couples conçoivent dans les deux ans suivant le retrait du dispositif. Les rares infertilités observées ne sont pas dues au DIU mais à une anomalie antérieure ou à une infection gynécologique « silencieuse », transmise par l'un des partenaires sexuels du couple, et non par le DIU.

Mythe n° 7 : « Une amie m'a dit que, quand ils avaient des rapports, son stérilet faisait mal à son mari... »

Ce mythe peut faire sourire, mais il n'est pas ridicule. Tout le monde n'a pas une connaissance exacte de l'anatomie et cette crainte est régulièrement exprimée par les femmes auxquelles on propose un DIU. Une femme qui ne veut pas blesser son mari pendant qu'elle fait l'amour avec lui mérite bien d'être rassurée... Bien entendu, en temps normal, un DIU ne peut pas blesser le pénis masculin. Le DIU est inséré dans l'utérus. Les rapports sexuels ont lieu dans le vagin. Comme vous l'indique la figure 18, p. 315, le DIU ne « dépasse pas ». Seuls les fils, coupés court, sortent de l'utérus et peuvent, éventuellement, être sentis par le partenaire. La perception des fils à bout de doigt est d'ailleurs l'un des critères de surveillance par la femme (p. 319). La sensibilité de l'extrémité du pénis n'est pas aussi fine que celle du doigt. Il est donc assez rare que les hommes se plaignent de sentir les fils du DIU de leur partenaire. Quand c'est le cas, le médecin peut les raccourcir (voir « DIU mode d'emploi », p. 310). Mais le plus souvent, les couples qui apprécient le DIU pour la liberté qu'il procure (ni manipulation avant de se mettre au lit, ni réveil en sursaut pendant la nuit) l'apprécient aussi pour sa discrétion.

Il existe cependant une situation (exceptionnelle) dans laquelle le partenaire pourrait sentir le DIU : si celui-ci est en cours d'expulsion, la branche verticale peut dépasser par le col de l'utérus. Mais les expulsions ont lieu le plus souvent au cours des deux

ou trois mois qui suivent la pose, au moment des règles, et s'accompagnent de crampes douloureuses – ce qui n'est en général pas propice aux rapports sexuels. L'éventualité qu'un homme soit « blessé » par le DIU de sa compagne est donc suffisamment improbable pour n'empêcher personne de dormir.

Incidents et effets indésirables des DIU

Aux États-Unis, où les enquêtes sur les risques médicaux sont nombreuses et pointilleuses, aucun décès n'a été imputé à l'utilisation d'un DIU depuis 1977. On en déduira qu'il s'agit d'un mode de contraception moins dangereux que... la grossesse (voyez le tableau de la p. 161). Cependant, aucun moyen contraceptif n'est parfait, et les DIU n'échappent pas à cette règle. Leurs inconvénients et effets indésirables sont cependant bien connus. Comme toujours, ils sont moins catastrophiques qu'on ne l'entend dire ici et là.

J'ai mentionné précédemment (p. 283) que **l'insertion peut révéler une infection préalable**, mais que cet incident est facile à éviter : les femmes qui veulent se faire poser un DIU ont tout intérêt à indiquer si elles ont déjà souffert d'une infection pelvienne ou contracté une MST, ou si elles ont plusieurs partenaires sexuels. En cas de doute, le médecin recherchera une infection avant de poser le DIU, et pourra prescrire les antibiotiques appropriés.

La **perforation** de l'utérus est un incident redouté des médecins et inscrit en lettres rouges dans tous les manuels de gynécologie, mais elle est extrêmement rare (3 pour 10 000 insertions), du fait de la petite taille, de la forme et de la technique de pose des DIU actuels. De toute manière, comme le disait Lippes, l'un des pères du DIU moderne : « Ce n'est pas le DIU qui perce, c'est le médecin. » L'inexpérience du méde-

cin, l'utilisation d'un hystéromètre métallique et la proximité d'un accouchement (la paroi utérine est encore fragile) sont les principaux facteurs favorisant les perforations (voir « L'insertion du DIU », p. 312). Pour éviter une perforation, il faut avoir affaire à un médecin qui pose souvent des DIU, attendre quatre à six semaines après un accouchement (un mois après une IVG) et utiliser, pour mesurer la profondeur utérine, un **hystéromètre en plastique**. Il faut également éviter d'insérer un DIU « de force »...

L'expulsion est un incident possible et désagréable. Il arrive en effet que l'utérus ne tolère pas la présence du DIU et se contracte de manière répétée jusqu'à ce qu'il l'ait expulsé par le col. Les expulsions surviennent surtout :

- quand le DIU est posé plus de quarante-huit heures et moins de quatre semaines après un accouchement ;
- au cours des deux premiers mois qui suivent l'insertion, pendant les règles ;
- quand la femme a moins de trente ans ;
- quand la femme n'a pas eu d'enfants ;
- quand l'utérus est déformé par un fibrome ;
- quand la femme ne veut pas du DIU (c'est parfois le mari ou le médecin qui ont insisté...);
- quand le médecin n'a pas bien posé le DIU. Au total, la fréquence des expulsions est faible (moins de 5 % des DIU posés). Certains DIU étaient plus souvent expulsés que d'autres (comme le « 7 au Cuivre », qui n'est plus commercialisé en France). Le GyneFix, par sa forme (un simple fil) et son mode de fixation (attaché au fond de l'utérus) est presque impossible à expulser – s'il est bien posé. Malheureusement, il a été si peu prescrit en France que le fabricant ne le distribue plus dans notre pays!!!

Le plus souvent, l'expulsion s'accompagne de crampes utérines et de saignements. Il arrive cependant qu'une femme

expulse son DIU sans s'en rendre compte immédiatement. Comme l'expulsion a souvent lieu pendant les règles, il est recommandé aux femmes portant un DIU de vérifier la présence des fils après les règles, surtout la première année (voir « La surveillance du DIU », p. 319).

Le cycle et les règles

- Les DIU au cuivre ne modifient pas le cycle naturel de la femme, qui reste ce qu'il était avant toute contraception. Cela peut être un avantage quand la femme a un cycle long ou imprévisible : l'absence de règles n'est pas aussi inquiétante quand on sait qu'on porte un DIU ; cela peut être un désavantage si le cycle de la femme est couramment inférieur à vingt-huit jours. En effet, l'effet le plus courant d'un DIU au cuivre est l'augmentation du volume et de la durée des règles, surtout pendant les premiers mois qui suivent sa mise en place. La plupart des utilisatrices disent que les règles sont « annoncées » par de légers saignements pendant un jour ou deux avant de se déclencher franchement. Avec un DIU, certaines femmes ont des règles abondantes pendant cinq à sept jours, surtout les premiers mois. Ce phénomène peut être contrôlé au moyen d'anti-inflammatoires à faibles doses (deux comprimés d'ibuprofène 200 mg toutes les quatre à six heures), pendant quelques jours au moment des règles. Souvent, au bout de quelques mois, les choses se tassent. Il arrive, cependant, que certaines femmes demandent à ce qu'on leur retire le DIU. Il peut aussi arriver que l'abondance des règles sous DIU justifie pendant quelques semaines par an la prise de comprimés de fer, pour éviter une anémie.

- Le DIU hormonal a sur les règles un effet inverse : le progestatif qu'il délivre amincit l'endomètre au point de réduire le volume et la durée des règles, voire de les faire disparaître complètement. Entre 20 % et 40 % des utilisatrices de ce DIU se

retrouvent en aménorrhée (absence de règles). Ce qui permet de leur proposer aux femmes optant pour le DIU lorsqu'elles ont, habituellement, des règles abondantes et n'ont pas très envie qu'elles le soient encore plus! Après trente-cinq ans, beaucoup de femmes sont même ravies à l'idée d'avoir une contraception très efficace, et pas de règles. D'autres ne tolèrent pas bien leur absence, qui est pourtant le signe de la très grande efficacité du DIU hormonal Mirena.

Les crampes et douleurs

En principe, un DIU inséré délicatement se fait oublier. Il ne doit pas provoquer de crampes ni de douleurs, ni entre les rapports sexuels, ni bien sûr pendant. Certaines utilisatrices de DIU ont cependant des règles douloureuses alors que ça ne leur arrivait pas auparavant. Ces crampes sont dues au fait que l'utérus, qui se contracte pendant les règles, est parfois plus sensible quand un DIU est en place. Le problème peut être résolu par la prise, pendant un jour ou deux par mois, de médicaments contenant de l'ibuprofène, anti-inflammatoire vendu sans ordonnance (et sous ce nom générique). Mais l'apparition brutale de crampes utérines accompagnées de saignements intempestifs doit, par précaution, amener à consulter un médecin (ou au moins l'appeler pour lui en parler).

Les échecs de DIU

Comme je l'ai expliqué, les grossesses sur DIU sont rares avec un Gyne-T380 ou TT380 et un GyneFix et encore plus rares avec un DIU hormonal Mirena. L'éventualité d'une grossesse n'est cependant pas totalement exclue – mais elle ne l'est pas non plus avec une ligature des trompes, comme vous l'apprendrez dans un chapitre ultérieur.

L'interrogation principale en cas d'échec du DIU concerne l'éventualité d'une GEU, en raison du risque qu'elle fait courir à la femme; l'attitude la plus prudente consiste donc, quand une

femme est enceinte malgré son DIU, à consulter un médecin dès que possible afin qu'il pratique une échographie et détermine si la grossesse est intra ou extra-utérine. Une GEU nécessite une courte hospitalisation pour coelioscopie.

Une grossesse sur DIU qui se développe normalement, dans l'utérus, pose un autre type de problème: si la femme désire la mener à terme, il est recommandé de retirer le DIU dès que possible, car la présence du DIU favorise les fausses couches spontanées (dans près de 50 % des cas); le risque de fausse couche n'est plus que de 30 % après le retrait du DIU. Il arrive cependant que les fils du DIU ne soient plus visibles et que le médecin ne puisse pas le retirer. L'échographie lui permettra de s'assurer que le DIU est bien dans l'utérus (la grossesse peut aussi s'être développée parce que le DIU a été expulsé sans que la femme s'en rende compte). Si c'est le cas, l'échographie montrera s'il est possible de l'ôter sans risque, ou s'il vaut mieux le laisser en place et surveiller la grossesse.

À retenir:

La fécondité des femmes diminue progressivement avec le temps, de même que le risque d'un échec de DIU. Les grossesses sur DIU sont moins fréquentes après trente-cinq ans. Une grossesse sur DIU chez une femme de vingt-cinq ans n'interdit pas à cette femme de recourir de nouveau au DIU dix ans plus tard.

Dans quelles situations un DIU est-il déconseillé?

Il existe peu de contre-indications absolues au DIU:

- cavité utérine de profondeur inférieure à 5,5 cm (mesurée par le médecin avant la pose), en particulier chez la très jeune femme nullipare;
- malformation congénitale ou déformation importante de l'utérus par un fibrome;
- allergie au cuivre (elle est rarissime);

- maladie de Wilson – c'est une maladie génétique rare qui entraîne une accumulation du cuivre dans le foie;

(Ces deux dernières situations n'interdisent pas, évidemment, l'emploi du DIU hormonal, qui ne contient pas de cuivre.)

- enfin, les femmes porteuses d'une maladie valvulaire ou d'une valve cardiaque artificielle courent un risque permanent d'infection (endocardite). L'utilisation d'un DIU est déconseillée en raison du risque infectieux minime mais réel que comporte l'insertion. En revanche, la présence d'autres prothèses (prothèse de hanche, par exemple), n'est pas une contre-indication. Mais le DIU doit être posé après administration à la femme d'une dose d'antibiotiques.

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) a établi en 1995 une classification destinée à « coter » l'utilisation de tous les traitements¹. Cette classification est la suivante :

Catégorie 1. Pas de restriction (utilisation libre).

Catégorie 2. Les avantages du traitement sont supérieurs aux risques (utilisation très large).

Catégorie 3. Les risques du traitement pourraient être supérieurs à ses avantages (utilisation prudente).

Catégorie 4. Les risques du traitement sont manifestement supérieurs à ses avantages (utilisation interdite).

Les situations que l'OMS considère comme interdisant l'utilisation d'un DIU (catégorie 4) sont :

- la grossesse;
- une maladie infectieuse sexuellement transmissible en cours (non traitée, ou en cours de traitement mais non encore guérie);

1. Le document précisant la classification OMS des méthodes contraceptives peut être téléchargé gratuitement à l'adresse http://www.rho.org/assets/RHO_contrac_7-7-03.pdf

- une maladie inflammatoire pelvienne (salpingite ou endométrite – infection des trompes ou de l'utérus) en cours, ou datant de moins de trois mois;

- les infections à la suite d'un accouchement ou d'un avortement;

- les saignements gynécologiques non expliqués;

- les malformations de la cavité utérine;

- le cancer du col utérin, de l'endomètre ou de l'ovaire non encore traité;

- la tuberculose génitale.

Tous les autres interdits à la pose d'un DIU sont injustifiés :

- **Une femme nullipare (sans enfants) peut parfaitement porter un DIU!**

Et on ne le répétera jamais assez ! Dans la classification de l'OMS (ci-contre), l'utilisation d'un DIU par une nullipare relève de la catégorie 1 pour les femmes de plus de vingt ans, de la catégorie 2 pour les femmes de moins de vingt ans. Autrement dit : pour une nullipare, même si elle a moins de vingt ans, les avantages du DIU sont supérieurs aux risques qu'il lui fait courir : une grossesse non désirée – probable – est plus problématique qu'une complication – rare – du DIU. Certes, le très jeune âge de la femme (moins de dix-huit ans), si celle-ci a plusieurs partenaires sexuels, oriente plutôt vers l'utilisation d'une contraception orale ou d'un implant (p. 240), qui protègent contre certaines MST ; mais une jeune femme de plus de dix-huit ans (donc, majeure) qui vit une relation sexuelle monogame et stable est en droit de demander la pose d'un DIU !

Les médecins français, les nullipares et le DIU

Cela fait plus de dix ans que je pose des DIU aux femmes nullipares de plus de dix-huit ans qui le désirent, après leur avoir bien expliqué les risques de stérilité liés aux MST et au

multipartenariat, dont le DIU ne protège évidemment pas. Mais en France, très peu de médecins ont la même attitude à l'égard du DIU pour la femme nullipare. En effet, la majorité des généralistes n'ont pas été formés à la contraception¹; et beaucoup trop de gynécologues ne mettent pas à jour leurs connaissances (voir p. 289). Comme en témoignent les dizaines de messages envoyés par les lectrices de la première édition de ce livre, une femme nullipare qui veut opter pour le DIU aura probablement beaucoup de difficulté à convaincre son généraliste ou gynécologue habituel de lui en poser un – même si elle est âgée de plus de trente ans et mène une vie sexuelle absolument monogame ! Alors, si vous êtes dans cette situation, voici un conseil : parlez du DIU à votre médecin habituel. S'il est ouvert à votre requête, et seulement inquiet des conséquences pour votre fertilité, recommandez-lui la lecture des *recommandations de l'ANAES* (il peut les télécharger gratuitement sur le site Internet de l'agence ; voir p. 499). S'il refuse catégoriquement de vous poser un DIU et si toute discussion est impossible, changez de médecin. Adressez-vous à un Centre de planification et d'éducation familiale ou à une antenne locale du MFPF (p. 521). Les praticiens y sont en général beaucoup plus ouverts.

• **Un DIU peut être inséré entre dix minutes et quarante-huit heures après un accouchement !**

Cette pratique a été soigneusement étudiée et les spécialistes internationaux la considèrent comme très sûre (catégorie 2 pour l'OMS); au-delà de deux jours et jusqu'à quatre semaines après l'accouchement, la pose du DIU est déconseillée car les expulsions sont plus nombreuses (catégorie 3 pour l'OMS); quatre semaines après l'accouchement, il est de nouveau possible de poser un DIU (catégorie 1 pour l'OMS).

1. C'est en train de changer : de nombreux séminaires de formation continue indépendants sont consacrés à la contraception, depuis deux ou trois ans.

• **Il est possible de se faire poser un DIU juste après une IVG !**

En France, les IVG sont autorisées jusqu'à quatorze semaines de grossesse (trois mois). Dans ces circonstances, la pose d'un DIU juste après l'IVG relève de la catégorie 1 de l'OMS ;

• **Il est possible de se faire poser un DIU six semaines après une césarienne !**

Les restrictions à l'égard des femmes ayant subi une césarienne n'ont aucune validité scientifique. La césarienne est une incision pratiquée à la partie inférieure de l'utérus, proche du col, et non au fond; six semaines après une césarienne, cette incision (qui a été en principe correctement suturée par le chirurgien qui l'a pratiquée!) a déjà cicatrisé. La pose d'un DIU (objet de plastique souple mesurant 4 cm de long!!!) ne peut pas la rouvrir, à moins que le médecin qui pose le DIU soit une brute épaisse!

• **Il est possible de se faire poser un DIU quand on a été traitée pour salpingite !**

Beaucoup de gynécologues français refusent un DIU aux femmes ayant souffert d'une salpingite (infection des trompes). Mais lorsque celle-ci a été soignée correctement et est guérie depuis plus de trois mois, la pose d'un DIU n'est pas interdite (catégorie 2 de l'OMS); l'utilisation d'un DIU est encore moins interdite si la femme a eu, depuis sa salpingite, une ou plusieurs grossesses sans problème – ce qui signifie bien qu'elle a guéri... (catégorie 1 de l'OMS).

• **On peut proposer un DIU à une femme qui a souffert d'une grossesse extra-utérine !**

La situation n'est pas la même selon que la femme a, ou non, des enfants; si elle n'en a pas et n'en veut pas dans l'immédiat, il est préférable de lui proposer une contraception hormonale qui bloque l'ovulation à coup sûr (pilule combinée ou implant); si

elle a déjà des enfants, et si une contraception hormonale n'est pas possible ou pas acceptée, les DIU utilisables sont d'abord le DIU hormonal Mirena puis l'un des DIU au cuivre les plus efficaces: Gyne-T380 ou TT380.

• **Un DIU peut parfois être posé à une femme qui a un fibrome!**

Un fibrome est une excroissance qui se développe à partir du muscle utérin. Il peut se développer à l'intérieur de la cavité utérine ou dans la paroi. S'il est de petite taille, il n'empêche pas nécessairement l'insertion d'un UT 380 (qui prend très peu de place) ou même d'un DIU hormonal (dont l'hormone a des effets bénéfiques sur le fibrome); ce n'est que lorsque le fibrome est très volumineux que la pose du DIU peut être impossible.

• **Une femme séropositive peut utiliser un DIU!**

Même si la séropositivité est habituellement considérée comme une contre-indication à la pose d'un DIU, plusieurs enquêtes menées en Afrique par l'ONG Family Health International¹ ont montré que des femmes séropositives qui ne sont ni porteuses ni exposées à d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent sans danger utiliser un DIU. Ici aussi, les avantages réels l'emportent sur les risques théoriques. Cette notion peut être importante en France, où un certain nombre de femmes séropositives pourraient bénéficier de l'utilisation d'un DIU, en particulier du DIU hormonal, qui réduit notablement la fréquence et l'abondance des règles.

Qui devrait opter pour le DIU?

Si l'on ne s'en tient qu'à ses deux principaux atouts – l'efficacité et le confort, supérieurs à ceux de la pilule combinée – un

1. *Contraception Report*, 1998, Vol. 9, n° 4 et 5, *op. cit.*

DIU au cuivre ou un DIU hormonal sont la contraception de choix pour:

- *les femmes qui viennent d'accoucher.* Le DIU est une méthode contraceptive souple et sûre qui permet d'espacer les grossesses; l'idéal est de demander au médecin qui vous suit pendant votre grossesse de rédiger l'ordonnance pour le DIU et la contraception intermédiaire avant l'accouchement. L'expérience montre, en effet, qu'une fois sorties de la maternité, les femmes ont autre chose à faire que de poireauter dans les salles d'attente des gynécologues pour demander une ordonnance;

- *les femmes ayant un ou des enfants et qui n'en veulent pas d'autres temporairement ou définitivement.* Un TT380 peut être laissé en place dix ans; un DIU hormonal réduit ou fait disparaître les règles et les symptômes douloureux qui les accompagnent – aucune autre contraception n'offre la même tranquillité et le même confort;

- *les femmes nullipares monogames* âgées de plus de dix-huit ans, qui ne peuvent pas pour raison médicale (tabac, hypercholestérolémie familiale, antécédents de phlébite) ou ne veulent pas utiliser la pilule combinée; un DIU sera plus efficace qu'une pilule progestative, dont l'oubli ne pardonne pas; il sera plus confortable (pas de troubles des règles) et plus souple qu'un implant progestatif: en cas de désir de grossesse, le retour à la fertilité peut prendre quelques semaines ou quelques mois après le retrait de l'implant, alors qu'il est immédiat après le retrait du DIU;

- *les femmes pour qui la prise d'une contraception orale est problématique en raison de leur activité professionnelle* (travail posté, travail de nuit, changement de fuseau horaire, par exemple), d'un handicap physique ou mental, d'une maladie chronique. L'implant est une autre solution possible;

- *les femmes prenant des médicaments qui compromettent l'efficacité de la contraception hormonale:* traitement antituberculeux, antiépileptiques, etc. (p. 393);

- *les femmes ayant déjà eu recours à une IVG en raison d'échecs répétés de pilule ou de préservatifs;*

- *les femmes de plus de trente-cinq ans qui fument* (la pilule combinée leur est fortement déconseillée) et qui ne peuvent ou ne veulent pas recourir à une pilule progestative ou à un implant par crainte de prendre du poids;

- *les femmes qui ne veulent plus d'enfants et celles qui demandent une stérilisation* (souvent après des IVG dues à des échecs de contraception) et qui n'ont jamais utilisé un DIU parce qu'on ne leur en a jamais proposé! La chose n'est pas rare : nombreuses sont les femmes à qui on n'a même jamais montré un DIU. D'après la loi (p. 517) toute demande de stérilisation doit s'accompagner d'un délai de quatre mois de réflexion ; il peut ensuite s'écouler encore plusieurs mois avant que l'intervention ne soit programmée. Entre-temps, un DIU sera la méthode la plus confortable ; souvent, les femmes qui optent pour un DIU « en attendant leur ligature de trompes » se sentent si tranquilles qu'elles renoncent à l'intervention... surtout lorsqu'on sait que celle-ci n'est pas fiable à 100 % (voir p. 415) ;

- *les femmes en période de préménopause* (entre quarante-cinq et cinquante ans) dont les cycles sont irréguliers, mais persistants ; tant que la ménopause n'est pas installée, une grossesse est toujours possible, malgré la baisse progressive de la fécondité. Une des méthodes actuellement recommandées consiste à leur proposer un DIU hormonal, dont l'hormone progestative est bénéfique pour l'endomètre et les organes génitaux, et lorsque la ménopause s'installe, de leur prescrire un estrogène sous forme de « patch » hebdomadaire.

Quel DIU choisir ?

Comme pour les autres méthodes de contraception, c'est à la femme de choisir le DIU, et non au médecin. Pour choisir un

DIU, l'utilisatrice doit tenir compte de trois caractéristiques : l'efficacité du DIU, sa taille et ses avantages spécifiques.

Efficacité contraceptive des DIU

L'efficacité des DIU au cuivre est proportionnelle à la surface des fils ou des manchons de cuivre dont il est pourvu. Ceux qui en portent le plus sont les plus efficaces, comme l'indique le tableau ci-dessous. L'efficacité du DIU hormonal Mirena est liée à son mode d'action, très proche de celui de l'implant (voir p. 240). En pratique, il y a peu de différence entre le DIU au cuivre de référence (TT380) et le Mirena. L'efficacité théorique est un facteur moins important que le confort attendu des deux méthodes respectives – en particulier la durée et l'intensité des règles (voir plus loin).

Tableau 24 : Pourcentage de grossesses observées avec les différents DIU

Nom du DIU	% de grossesses accidentelles
Mirena (lévonorgestrel)	inférieur à 0,5 %
TT380 (380 mm ² de cuivre)	0,5 à 1 %
GyneFix (330 mm ² de cuivre)	0,5 à 1 %
Sertalia (300 mm ² de cuivre)	0,5 à 1 %
MLCu375 (375 mm ² de cuivre)	0,5 à 1 %
MLCu250 (250 mm ² de cuivre)	de 1 à 2 %
Nova T (200 mm ² de cuivre)	jusqu'à 6 %

NOTE : Le TT380 est la copie conforme générique du Gyne-T380, qui reste le DIU de référence dans le monde mais n'est plus commercialisé en France.

Taille des DIU

Les dimensions de la cavité utérine varient chez une même femme en fonction de son âge et de ses grossesses successives et, bien sûr, d'une femme à une autre. Or, cette taille a bien entendu une grande importance : il est probable que la plupart des expulsions sont dues à l'inadéquation entre taille du DIU et mensurations de l'utérus. Et cependant, les fabricants de DIU

n'ont pas tous jugé utile de fabriquer leurs dispositifs en plusieurs tailles. Certains existent en deux tailles – « standard » et « short » –, mais ceci ne concerne que la branche verticale du DIU, pas ses branches latérales. Handicap supplémentaire, le seul DIU « passe-partout », le GyneFix (voir p. 308) n'est plus distribué dans notre pays... parce que trop peu de médecins français en posaient!

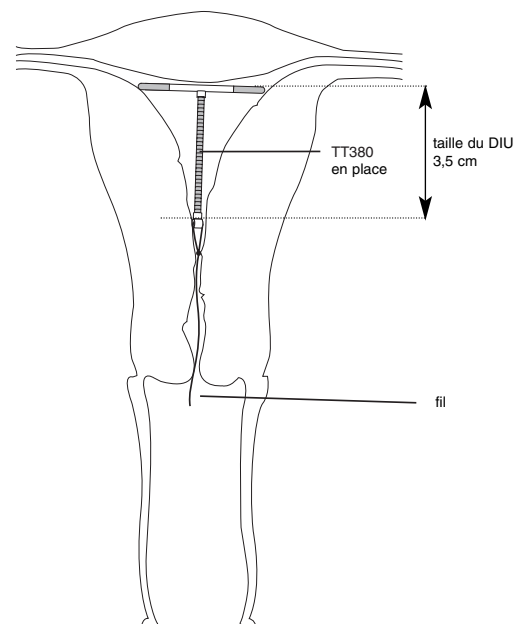
À l'heure actuelle, un DIU hormonal similaire au Mirena, mais de plus petite taille, est en voie d'expérimentation. Il est destiné à servir de traitement (et éventuellement de contraception) aux très jeunes femmes qui ont des règles douloureuses et abondantes.

Caractéristiques spécifiques des DIU (voir le tableau 21 p. 275)

En France à l'heure actuelle trois modèles de DIU sont, jusqu'à mise à la disposition de modèles ayant des avantages supérieurs, ceux que l'on devrait choisir en priorité. Ils conviennent, en effet, à eux trois, à presque toutes les situations!

- **Le TT380** (générique du TCU380 short et remplaçant du Gyne-T380 qui n'est plus commercialisé en France) est le DIU de référence. Il porte un fil et des manchons de cuivre dont la surface atteint 380 mm². C'est le dispositif au cuivre dont l'efficacité et la longévité sont les plus grandes. La Food and Drugs Administration, puissant organisme américain de surveillance des médicaments, l'a agréé pour douze ans d'utilisation! C'est le meilleur DIU et il convient à la plupart des femmes. Il est un peu plus facile à poser aux femmes ayant eu au moins un enfant. C'est le DIU au cuivre de choix après un accouchement ou pour une femme qui ne désire plus avoir d'enfants. Avant l'âge de trente-cinq ans, il est plus efficace qu'une ligature de trompes (voir p. 418)!!!

Figure 14 : DIU (stérilet) TT380



- **Le DIU hormonal Mirena** ne convient pas à toutes les femmes mais, à l'heure actuelle, avec le TT380 au cuivre, c'est l'une des deux « Rolls-Royce » des DIU. Son mode de fonctionnement est original : il ne contient pas de cuivre, mais délivre une quantité infinitésimale d'un progestatif au contact de l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus). Son efficacité contraceptive est très grande (voir tableau 24, p. 303). Il a, de plus, des effets thérapeutiques, puisqu'il permet de traiter les règles douloureuses et abondantes, les saignements dus à certains petits fibromes utérins, diminue le risque de cancers de l'endomètre et prévient les grossesses extra-utérines chez les femmes qui en ont déjà fait. Ses effets sur la glaire cervicale en font également une protection contre certaines MST, à l'égal de la contracp-

tion hormonale par pilule ou par implant. De ce fait, on peut aussi envisager de le poser aux femmes nullipares. Son principal inconvénient est le diamètre de son réservoir à progestatif, qui le rend (un peu) plus délicat à poser chez celles-ci que les DIU au cuivre. Mais avant de le proposer à des femmes sans enfants, il m'est arrivé régulièrement d'en poser à des patientes ayant accouché par césarienne, dont le col est aussi étroit que celui d'une nullipare. Ce n'est donc ni interdit, ni impossible! Deux autres inconvénients doivent absolument être signalés aux femmes avant qu'elles décident d'opter pour lui : le DIU hormonal peut, de manière paradoxale, entraîner des saignements anarchiques pendant les premiers mois qui suivent l'insertion, puis atténuer et même faire disparaître tout saignement. Ce dernier phénomène est souvent apprécié par les femmes de plus de trente-cinq ans, mais conduit les femmes plus jeunes à le refuser... ou à demander qu'on le leur retire¹.

• **Le UT 380** a une forme en « T », mais contrairement au **TT380** (commercialisé par le même laboratoire) il n'a pas de manchons en cuivre sur ses bras horizontaux. Il existe sous une forme « short » (plus courte) ce qui le rend également facile à poser aux nullipares, et ses bras se replient, ce qui facilite l'insertion chez les femmes dont le col utérin est étroit (nullipares et femmes ayant toujours accouché par césarienne). Sa « durée d'efficacité » est, sur la notice, de quatre ans seulement. Mais elle s'étend bien au-delà, comme celle de la plupart des DIU au cuivre. La recommandation internationale actuelle est de changer les DIU le moins souvent possible ; les observations au long cours ayant montré que le cuivre des DIU à 380 mm² n'est pas altéré au bout de huit ans, *il n'est jamais urgent de changer un DIU au cuivre*. (Sauf s'il s'agit d'un Nova T 200 ; voir plus loin.)

1. En juin 2001, j'ai retiré un Mirena à une femme de trente-six ans, qui le tolérait parfaitement, mais qui était angoissée par l'absence de règles. Le médecin ne l'avait prévenue de la disparition de ses règles... qu'après le lui avoir posé!

• Le **MultiLoadCu375** (ou MLCu375) a longtemps été le meilleur DIU disponible jusqu'à la commercialisation du **TCu380/TT380**. C'est un DIU très fiable mais en raison de sa forme (voir p. 271) et de sa modalité de pose particulière (on l'introduit sans le replier dans l'inserteur, et il « racle » le canal cervical au passage), plus susceptible que les autres de favoriser l'introduction de germes dans l'utérus, si la femme présente une infection du col. Il est également plus souvent responsable d'un allongement des règles que les DIU en forme de « T ». Il en existe aussi une forme « SL » (plus courte). Mais le **UT 380 « short »** est plus facile à poser aux femmes sans enfants. Personnellement, je ne pose plus de **MLCu** depuis des années, car il n'a aucun avantage spécifique.

• Le **Gynelle 375** est un générique du **MultiLoadCu375**, strictement identique. Les réserves à son sujet sont donc les mêmes.

• Le **Sertalia** était, jusqu'en 2006, le seul DIU dont les indications officielles mentionnaient les nullipares. Il a été retiré du marché en raison d'un fil qui avait tendance à rompre lors des tentatives de retrait du DIU!!!

• Le **Nova T 200** a longtemps été le DIU le plus posé dans le monde. **Il est encore souvent prescrit et inséré en France par nombre de gynécologues mais ne devrait plus l'être!** Des études de l'OMS datant de 1990 ont en effet montré que l'efficacité contraceptive du Nova T 200 diminue après trois ans d'utilisation, jusqu'à occasionner 6 % d'échecs au bout de cinq ans¹!

Cette efficacité inférieure à celle des autres DIU actuellement disponibles est due à sa surface de cuivre moins importante – 200 mm² – sur un fil d'argent, lui-même sans activité contraceptive. En Angleterre et aux Pays-Bas, sur la pression des médecins, le Nova T 200 a été retiré du marché. Conscient des limites de son dispositif, le laboratoire fabricant l'a remplacé par le **Nova T 380**, doté d'une surface de cuivre deux fois supérieure (380 mm²) et similaire à celle des DIU de référence. Mais curieu-

1. *Contraception*, 1990, 42 (3) : 141-58; *Lancet*, 1990, 335 (8701) : 1322-3.

sement, ce DIU disponible en Grande-Bretagne ne l'est pas en France (alors qu'il a reçu son agrément de commercialisation)! Comme le fabricant ne se vante évidemment pas des échecs de son DIU, les gynécologues français continuent à poser des Nova T 200 en toute inconscience... – C'est inacceptable et contraire à l'éthique: un médecin ne doit en effet pas prescrire un traitement lorsqu'un autre traitement plus efficace et aussi sûr existe. **Si vous voulez opter pour un DIU, il est indispensable de préciser à votre médecin que vous refusez qu'il vous prescrive et vous pose un Nova T 200.** Si vous êtes actuellement porteuse d'un Nova T, et si vous désirez avoir une contraception fiable pendant plus de trois ans, je vous recommande de faire remplacer votre Nova T par un **TT380**, un **UT 380** ou un DIU hormonal Mirena!

- Le **NT 380** a été commercialisé en 2006. C'est le générique, copie conforme, du **Nova T 380**, commercialisé partout dans le monde (sauf en France) pour remplacer le **Nova T 200**. Il est presque identique au **UT 380**, à ceci près qu'il associe du cuivre et de l'argent. Comme dans le **Nova T 200**, l'argent n'a ici aucun intérêt contraceptif. Le seul intérêt du **NT 380** est le suivant: si votre gynécologue a l'habitude de poser des **Nova T 200** en raison de leur forme et de leur facilité de pose, et s'il est angoissé à l'idée d'en insérer d'autres, demandez-lui de vous poser un **NT 380**, qui a exactement la même forme...

- Le **GyneFix** (figure 15) est un modèle original, sans armature, formé d'un simple fil sur lequel sont accrochés des manchons offrant 300 mm² de cuivre. De par sa conception, il s'adapte à tous les utérus, qu'ils soient petits (comme chez les femmes nullipares), ou de forme irrégulière (en cas de malformation bénigne ou de petit fibrome). Il est également aisé de l'utiliser comme contraception d'urgence. Son mode de pose est différent des autres DIU: il est fixé par un nœud que l'on « pique » dans le fond utérin. Un temps disponible en France, il ne l'est plus actuellement alors qu'il pouvait être facilement posé aux nullipares. C'est bien dommage.

Figure 15 : DIU (stérilet) GyneFix

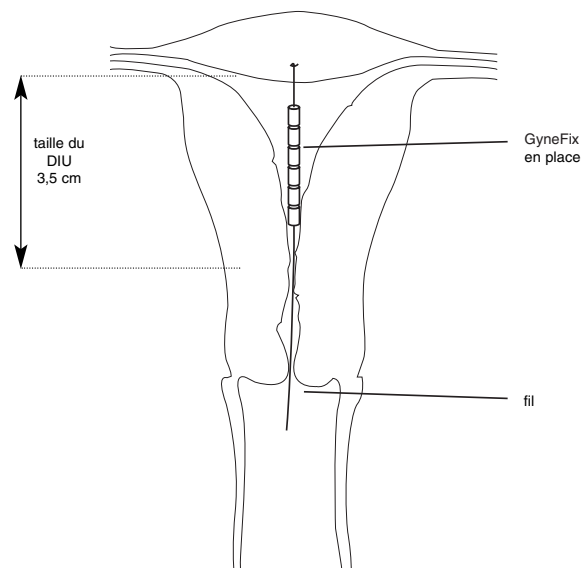


Tableau 25 : À chaque femme son DIU
DIU recommandé en fonction de la situation de la femme (mise à jour 2007)

Situation	DIU recommandé
Femme sans enfants	UT 380 short ou NT 380 short
Femme ayant un ou plusieurs enfants	TT380 ou Mirena en fonction du désir de la femme
Femme ayant spontanément des règles abondantes et/ou douloureuses	Mirena
Femme ayant un petit fibrome entraînant des saignements	Mirena
Contraception d'urgence	TT380 ou UT 380 short (pour une nullipare)

DIU, mode d'emploi

À quel moment du cycle doit-on insérer le DIU?

On a longtemps dit que l'insertion était plus facile juste après les règles (au 4^e ou 5^e jour) car le col de l'utérus est alors un peu plus ouvert. En réalité, les contractions de l'utérus pendant les règles augmentent la pression dans l'utérus et en rétrécissent les dimensions; de ce fait, la fréquence des expulsions est la plus faible lorsque le DIU est inséré *après* le 11^e jour du cycle. Il vaut donc mieux attendre la fin des règles, afin que le DIU ne risque pas d'être expulsé. Chez les femmes ayant déjà eu un accouchement normal, même au milieu du cycle, le col est toujours suffisamment ouvert pour laisser passer un DIU. Chez les femmes sans enfants ou ayant accouché par césarienne seulement, il peut être plus facile d'insérer le DIU entre le 6^e et le 8^e jour, mais pas plus tôt car le risque d'expulsion est alors plus important. En outre, dans le monde réel, il est difficile pour la plupart des femmes d'obtenir un rendez-vous chez le gynécologue dans un si bref délai...

Donc, en pratique, si vous avez décidé de vous faire poser un DIU au cuivre, appelez votre médecin aux tout premiers jours de vos règles et demandez-lui un rendez-vous entre le 12^e et le 17^e jour de votre cycle (c'est la date recommandée par les spécialistes internationaux). S'il lui est impossible de vous donner rendez-vous dans ces délais, adressez-vous à un centre de planification ou à une antenne du MFPP (adresses p. 523). Si vous n'avez pas de contraception, utilisez des préservatifs ou demandez à votre médecin de vous envoyer une ordonnance de pilule progestative (p. 226). Vous pouvez la prendre sans crainte en attendant l'insertion du DIU.

Le DIU hormonal Mirena devrait, de préférence, être inséré pendant la semaine qui suit les règles. Si cela n'est pas possible, il faut également utiliser une autre contraception en attendant l'insertion.

Il est assez rare que le DIU soit la première méthode contraceptive employée par une femme. La plupart des utilisatrices ont eu auparavant recours à la pilule ou aux préservatifs, et beaucoup ont déjà eu au moins un enfant... ou un échec de contraception. L'insertion du DIU n'a donc pas lieu du jour au lendemain mais tient compte des circonstances particulières de la vie de la femme:

- **après un accouchement**: le DIU peut être posé au bout de quatre semaines (recommandation de l'OMS). Après une césarienne, les gynécologues français persistent à faire poireauter les femmes pendant six mois, alors qu'en Grande-Bretagne et aux États-Unis le délai est porté au maximum à six semaines et qu'il est de pratique courante ailleurs sur la planète (en Chine en particulier) d'insérer sans risque le DIU à l'intérieur de l'utérus avant de refermer la césarienne! Vous devrez donc négocier la date de l'insertion de votre DIU avec le gynécologue qui vous a accouchée – ou consulter un autre médecin. Dans l'intervalle, la contraception peut être assurée par une pilule progestative (voir p. 226), compatible avec l'allaitement. *Contrairement à ce qui a été longtemps dit, les DIU ne présentent aucun danger pour la femme qui allaite, ou pour son enfant*: ils ne contraignent aucunement la poursuite de l'allaitement, même s'il s'agit d'un DIU hormonal Mirena;

- **après une interruption de grossesse**: le DIU peut être posé au cours de la consultation de contrôle proposée aux femmes ayant subi une IVG, c'est-à-dire moins d'un mois après l'intervention ;

- **en relais d'une pilule combinée**: le DIU peut être posé à tout moment pendant que la femme est sous pilule combinée ou bien entre le 12^e et le 17^e jour qui suivent les règles apparues après arrêt de la pilule combinée;

- **en relais d'une pilule progestative**: la pilule progestative doit être poursuivie jusqu'au jour de la pose d'un DIU au cuivre, et poursuivie quatre jours après l'insertion s'il s'agit d'un DIU hormonal Mirena;

• **comme contraception d'urgence**: un DIU au cuivre (le DIU hormonal ne convient pas à une contraception d'urgence) peut être inséré jusqu'au 19^e jour après les dernières règles, ou jusqu'à cinq jours après un rapport sexuel non protégé, ou encore jusqu'à cinq jours après la date théorique de l'ovulation (pour le calcul de cette date théorique, voir p. 91).

Que contient la boîte du DIU? Pourquoi est-elle si grande?

La boîte du DIU que la pharmacie¹ vous a remise mesure 30 cm de long – ce qui vous inquiète vaguement, parce que le dispositif que le médecin vous a montré n'en mesure que 3,5 de long! Ouvrez la boîte. Vous y découvrirez des notices et un sachet transparent, hermétique. Manipulez-le le moins possible et ne le déchirez pas. Son contenu a été stérilisé. S'il est ouvert, il sera contaminé par les microbes de l'air ambiant et le DIU sera inutilisable. Mais vous verrez à travers l'enveloppe que le DIU est inséré sur un fin tube de polyéthylène qui sert à le glisser à l'intérieur de l'utérus. C'est le dispositif d'insertion du DIU qui est long, et non le DIU lui-même.

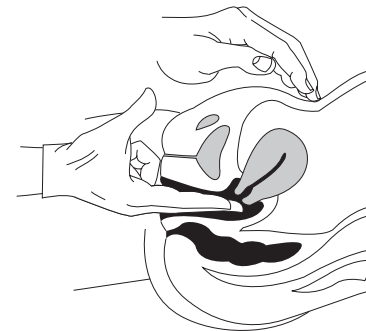
L'insertion du DIU

Le jour de la pose du DIU, le médecin doit au préalable s'enquérir de la date de vos dernières règles et de celle de vos derniers rapports sexuels en date (on ne pose pas de DIU à une femme susceptible d'être enceinte...), sur la régularité de votre cycle et les éventuels symptômes que vous pouvez avoir observés récemment (pertes inhabituelles, douleurs, fièvre, etc.). Le médecin doit aussi, bien entendu, répondre à toutes vos questions. Il pratique ensuite un examen gynécologique avec toucher vaginal (figure 16) pour s'assurer que l'utérus n'est ni gros,

1. N'allez pas acheter votre DIU deux heures avant la consultation. Toutes les pharmacies n'ont pas de DIU en stock. Mais si vous y passez le matin, elles peuvent en général se le faire livrer avant la fin de la journée.

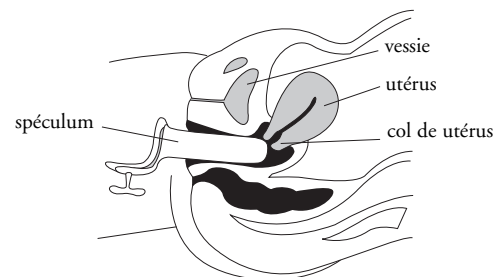
ni douloureux, et vérifier sa position. Un tiers des femmes ont en effet un utérus « rétroversé », c'est-à-dire basculé en arrière (et non en avant), ce qui est parfaitement normal mais modifie un peu la technique d'insertion.

Figure 16 : Examen gynécologique par toucher vaginal



Ensuite, le médecin glisse un spéculum dans le vagin pour examiner le col de l'utérus (figure 17). Au moindre doute sur l'existence d'une infection, le médecin peut prélever des sécrétions du vagin ou du col et prescrire à la femme un traitement antibiotique à commencer le jour même – ce qui ne l'empêchera pas d'insérer le DIU.

Figure 17 : Examen gynécologique du col au moyen d'un spéculum



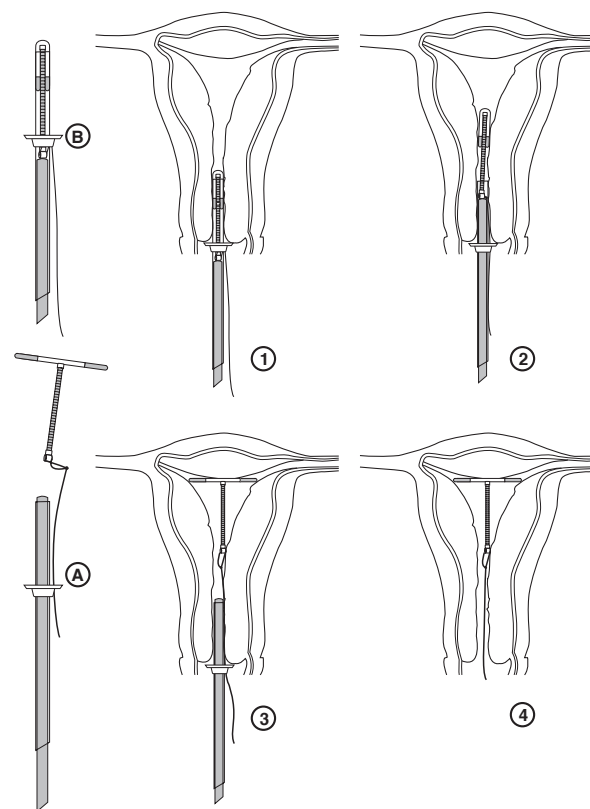
Le médecin désinfecte ensuite le vagin et le col de l'utérus avec une solution antiseptique. S'il s'agit d'une première pose, le médecin doit aussi mesurer la profondeur de la cavité utérine au moyen d'un **hystéromètre**, une fine sonde graduée, **en plastique**. Enfin, le médecin sort le DIU de son enveloppe stérile et le replie dans le tube d'insertion. La mise en place du DIU est simple: le médecin pose le tube d'insertion du DIU dans le col et «pousse» le DIU à l'intérieur sans forcer (figure 18). Une fois le tube d'insertion retiré, le médecin coupe les fils en les laissant dépasser de 1 cm environ. Il désinfecte le col une nouvelle fois et retire ses instruments. Entre la pose du spéculum et la fin de l'insertion, il s'est passé six à sept minutes.

L'insertion d'un DIU est-elle douloureuse?

Dans l'ensemble, pour les femmes ayant déjà eu des enfants, l'insertion d'un DIU est plus impressionnante et gênante que douloureuse. Le col utérin a été distendu de manière très importante pendant l'accouchement et tolère sans difficulté l'insertion d'un DIU. En revanche, chez les femmes nullipares et celles qui ont accouché par césarienne, le col est hypersensible et certains gestes peuvent provoquer une douleur:

- en France, beaucoup de gynécologues utilisent une **pince de Pozzi**, pour maintenir le col de l'utérus. Cette pince se termine par deux crochets pointus qui font extrêmement mal; en Grande-Bretagne, les pinces utilisées (pinces de Stiles, ou d'Allis) sont plates, ce qui est bien moins traumatisant... On ne sait ce qui empêche les gynécologues et les hôpitaux français de modifier leurs habitudes et de se procurer le matériel adéquat. Ce serait moins pénible pour les utilisatrices. Malheureusement, ce problème n'a apparemment jamais été soulevé par les spécialistes de la gynécologie hexagonale...

Figure 18 : Insertion d'un DIU



(A) Le diu est posé grâce à un inserteur en plastique.

(B) diu replié à l'intérieur de l'inserteur.

① L'inserteur est glissé dans la cavité utérine.

② Le diu est poussé doucement à l'intérieur.

③ Une fois le diu en place, on retire l'inserteur.

④ diu en place. Le fil est coupé, assez court, mais dépasse un peu par le col pour que le diu puisse être retiré.

De plus (et j'insiste sur ce point pour les médecins qui liront ce livre), **il n'est pas du tout indispensable d'utiliser une pince de Pozzi pour insérer un DIU**. Personnellement, je ne le fais quasiment jamais. En effet, le DIU est souple, et lorsqu'il est poussé hors de son tube inséreur dans la cavité utérine, il en suit les courbes...

- **le passage de l'hystéromètre au travers du col utérin peut, également, provoquer une douleur si l'hystéromètre est en métal rigide** (ce qui favorise aussi les perforations...). **Exigez du médecin qu'il utilise un hystéromètre en plastique.** Les DIU au cuivre **TT380, UT380** et **NT380** sont tous conditionnés avec un hystéromètre en plastique souple dans leur boîte!!! Le DIU hormonal Mirena ne l'est pas, mais tous les médecins peuvent s'équiper d'hystéromètres en plastique à usage unique...

- **l'inséreur rigide contenant le DIU ne doit en aucun cas être passé en force à travers le col de l'utérus** : c'est douloureux et également susceptible de provoquer une perforation. Si l'inséreur «bute», il suffit au médecin d'utiliser le poussoir fourni, pour faire glisser le DIU à l'intérieur de l'utérus. Cela est en général rapide et indolore.

Dans tous les cas, la douleur doit être prévenue grâce à la prise, une heure avant la consultation, d'un antalgique contenant de l'ibuprofène (deux comprimés à 200 mg, en vente libre). Il est également possible, pour les très jeunes femmes, de demander une anesthésie locale du col. Celle-ci peut être effectuée, en cabinet privé comme à l'hôpital, au moyen de lidocaïne, la substance anesthésique que l'on utilise couramment pour anesthésier la peau en cas de retrait d'un implant, par exemple. **Il est inadmissible de refuser une anesthésie locale pour pose de DIU à une femme qui la demande.**

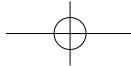
N'hésitez pas à la demander si la perspective de l'insertion vous angoisse beaucoup. Cela demandera trois minutes de plus au praticien, mais pour une contraception qui peut rester en place entre cinq et dix ans, ça n'est pas un luxe. Dans mon expérience, l'insertion d'un DIU, même à une femme très jeune (les patientes les plus jeunes à qui j'en ai posé avaient seize ou dix-sept ans) peut être quasiment indolore si :

- la pose a été décrite et précisément montrée à la patiente, étape par étape, au moyen d'un schéma de l'utérus et d'un DIU de démonstration ;
- la femme a obtenu des réponses à toutes ses questions ;
- la pose du spéculum se fait avec délicatesse (en choisissant le spéculum le moins grand possible, évidemment...);
- le médecin n'utilise pas de pince de Pozzi ;
- le médecin utilise un hystéromètre en plastique de calibre 10 (le plus fin) ;
- un anti-inflammatoire a été pris avant la pose ;
- (éventuellement) le col a été préparé au moyen d'un médicament qui aide à le dilater : une prostaglandine ;
- (éventuellement) une anesthésie locale a été pratiquée juste avant la pose.

Dans l'immense majorité des cas, les deux dernières précautions sont inutiles. Je n'y ai personnellement eu recours qu'une dizaine de fois au cours des dix dernières années, pour plusieurs centaines d'insertions de DIU à des femmes ayant des enfants ou non.

Les incidents de l'insertion

L'incident le plus redouté par les médecins est la perforation (p. 291), mais c'est une éventualité très rare de par la petite taille des DIU actuels. En vingt ans de pratique, je n'en ai jamais vu ni provoqué une seule. Et les deux causes principales de perforation sont l'utilisation d'un hystéromètre métallique et la «pose en force».



Un incident plus fréquent et assez désagréable, mais absolument bénin, est le **malaise vagal**. C'est une réaction neurologique (souvent favorisée par la douleur provoquée par la pose de la pince de Pozzi) qui peut survenir au moment où l'on insère le DIU au travers du col : le pouls de la femme se ralentit, elle pâlit, elle a des sueurs, la tête qui tourne et la sensation de « s'en aller ». Au pire, elle « tombe dans les pommes » pendant quelques secondes. Le malaise vagal est plus fréquent parmi les femmes jeunes, qui ont un col très sensible – d'où l'intérêt de l'ibuprofène – et... celles que le médecin n'a pas suffisamment rassurées et averties. Il arrive aussi que l'insertion d'un DIU déclenche une crise chez les femmes atteintes d'épilepsie. Celles-ci doivent en être averties et le médecin doit prendre les précautions préalables pour que cela n'arrive pas.

Dernier incident, qui n'est pas exceptionnel : il arrive que la pose du DIU soit impossible parce que le col est spontanément trop serré (chez les très jeunes femmes), soit parce qu'il s'est rétréci en cicatrisant à la suite d'une infection ou d'un accouchement, soit parce qu'il se contracte spontanément quand on le touche. Le médecin ne doit en aucun cas poser le DIU de force, sous peine de perforer l'utérus ou de provoquer une plaie du col. Il est possible de tenter une nouvelle insertion à une date ultérieure en donnant à la femme un médicament (prostaglandine) qui permet de dilater le col.

Que se passe-t-il juste après l'insertion du DIU ?

• **Quand l'insertion du DIU est indolore (ce qui devrait toujours être le cas, ou presque), l'utilisatrice ne doit pas souffrir non plus dans les heures qui suivent.** Il arrive parfois que l'insertion du DIU déclenche des crampes dans le bas-ventre. Ce sont des contractions de l'utérus, similaires à celles qui surviennent au moment des règles ou pendant une grossesse. Les contractions peuvent être prévenues par la prise d'un anti-inflam-

matoire (ibuprofène ou autre) une heure avant l'insertion. En cas de crampes, l'utilisatrice peut reprendre de l'ibuprofène toutes les quatre heures dans la journée qui suit.

IMPORTANT : un DIU qui provoque crampes et saignements plus de deux jours après la pose est peut-être en train d'être expulsé : retournez rapidement consulter le médecin qui l'a posé.

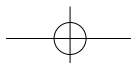
• **Les DIU au cuivre sont efficaces dès le jour de l'insertion :** leur efficacité contraceptive est immédiate lorsqu'ils sont posés avant le 19^e jour du cycle. S'ils ont été posés après cette date, il est en revanche recommandé d'utiliser une contraception locale (préservatifs) jusqu'aux règles suivantes.

• **Le DIU hormonal Mirena met en principe quelques jours à agir.** Après l'insertion d'un DIU hormonal Mirena, il est prudent d'utiliser pendant quatre jours une autre méthode contraceptive (préservatifs, par exemple).

Le jour de l'insertion, le médecin doit vous remettre la fiche signalétique portant le nom de votre DIU et indiquer dessus la date de la pose et celle des rendez-vous à venir. Portez-la toujours sur vous (avec votre carte de groupe sanguin ou votre carte Vitale, par exemple).

La surveillance du DIU par l'utilisatrice

Surveiller soi-même son DIU, c'est très simple et cela s'apprend : pour s'assurer qu'il est bien en place, il faut vérifier que l'on sent les fils sortant du col. Savonnez-vous bien les mains, puis après les avoir bien essuyées avec une serviette propre (pas celle que vous utilisez depuis la semaine dernière), posez un pied sur un tabouret (le gauche si vous êtes droitier, et inversement). Glissez l'index et le majeur (l'index seul est trop court) à l'intérieur du vagin, horizontalement et vers l'arrière (pas vers le haut). Au bout du majeur, vous sentirez quelque chose de ferme qui a la consistance



du nez. C'est le col de l'utérus. En le palpant délicatement (attention si vous avez des ongles un peu longs!), vous sentirez sans mal le ou les fils du DIU, qui sont en Nylon, donc assez fermes. Apprenez à sentir les fils dans les jours ou les semaines qui suivent l'insertion. Pendant les mois suivants, vérifiez la présence des fils une fois par mois, après la fin de vos règles. La plupart des expulsions ont lieu pendant les six premiers mois qui suivent la pose. Au-delà de ce délai, si vous n'avez pas des règles abondantes et douloureuses, il est rare que les DIU se déplacent.

Cette surveillance est possible, mais facultative: il est inutile de vous obliger à chercher les fils de votre DIU si ce geste vous met mal à l'aise.

En dehors de ce geste, la surveillance du DIU consiste simplement à aller voir un médecin une fois par an. Il est évidemment recommandé de prendre aussi rendez-vous dans les situations suivantes :

- **retard ou absence de règles**: si vous êtes porteuse d'un DIU hormonal, ce phénomène n'est évidemment pas inquiétant: la disparition des règles, qui en général est progressive, est la conséquence de son effet sur l'endomètre. En revanche, si vous êtes porteuse d'un DIU au cuivre, la disparition des règles doit vous inciter à faire un test de grossesse afin de déterminer au plus vite si vous êtes ou non enceinte;
- **vous ne sentez plus les fils**: cela n'est pas nécessairement inquiétant, mais cela peut aussi vouloir dire que le DIU a été expulsé ou qu'une grossesse a débuté malgré la présence du DIU. Il vaut mieux consulter: le médecin pourra immédiatement (avec un spéculum) vous dire s'il voit les fils. Si ce n'est pas le cas, une échographie permettra de vérifier si le DIU est ou non encore en place;
- **vous avez des douleurs ou des crampes comparables aux contractions de la grossesse alors que vous n'en aviez pas**

auparavant; le plus souvent, ces crampes sont sans gravité, mais si elles s'éternisent, elles peuvent annoncer une expulsion ou être le symptôme d'une infection; dans le doute, il vaut mieux consulter; en attendant, prenez de l'ibuprofène (deux comprimés à 200 mg toutes les quatre heures);

• **vous avez mal au milieu du cycle ou parfois pendant les rapports sexuels**: cela n'est pas nécessairement le signe d'une mauvaise tolérance du DIU. Chez beaucoup de femmes, certaines positions sexuelles, qui favorisent une pénétration profonde, peuvent s'accompagner d'une sensibilité plus grande. Certaines femmes décrivent aussi des crampes utérines en milieu de cycle ou encore pendant (ou juste après) les rapports sexuels. Or, l'utérus se contracte périodiquement, en particulier au moment de l'ovulation, et il peut aussi se contracter pendant ou après les rapports sexuels, sous l'effet des substances contenues dans le sperme. Ce n'est pas le DIU en soi qui provoque ces douleurs, elles étaient en fait masquées auparavant: l'utilisation d'une contraception hormonale peut atténuer la sensibilité de l'utérus; quand on opte pour un DIU au cuivre (qui n'a pas d'action hormonale), la sensibilité naturelle de l'utérus (et des sensations auparavant masquées) réapparaît;

• **vous saignez sans arrêt et/ou vous avez des pertes inhabituelles par leur abondance ou leur aspect**: ce peut être le signe d'une infection du col ou de l'endomètre (intérieur de l'utérus);

• **vous n'avez aucun de ces symptômes, mais des signes évocateurs d'une grossesse**: tension des seins, nausées matinales, fatigue, envie de vomir, etc. Au moindre doute, faites un test de grossesse.

Dois-je aller chaque année chez le médecin pour « contrôle » de mon DIU ?

Non. Une consultation est proposée (mais pas indispensable) six à huit semaines après insertion en consultation de contrôle,

pour faire le point sur les éventuels symptômes de gêne ou d'inconfort et vérifier que le DIU n'a pas été expulsé au cours des premières règles. Si des symptômes apparaissent plus tôt, il est tout à fait justifié d'avancer la date de la consultation de contrôle.

Mais en pratique, une utilisatrice de DIU qui va bien, qui n'a aucun symptôme et qui oublie son DIU, n'a aucune raison de consulter son médecin à tout bout de champ : il est impossible de souffrir d'un effet indésirable d'un DIU sans le savoir ! D'ailleurs, les utilisatrices de DIU ont souvent l'esprit si tranquille qu'elles en oublient leur consultation annuelle chez le médecin ou le gynécologue. Et d'ailleurs, une consultation annuelle n'est pas du tout nécessaire!!!

Les seuls examens indispensables chez une femme adulte sont :

- un examen des seins une fois par an *après l'âge de trente-cinq ans* (sauf si vous avez senti une anomalie dans un de vos seins) ;
- un frottis vaginal tous les trois ans (il n'est pas nécessaire de le faire plus souvent, voir p. 456, sauf si vous avez changé de partenaire sexuel récemment) ;
- éventuellement, si vous n'êtes plus monogame, ou si votre partenaire ne l'est plus, un prélèvement à la recherche d'une infection « silencieuse » à *Chlamydiae*. En dehors de ces dépistages simples, les femmes dont le DIU ne fait jamais parler de lui n'ont pas besoin du médecin.

Dans ma pratique courante en centre de planification, je ne vois les femmes de moins de trente-cinq ans porteuses d'un DIU qu'une fois tous les trois ans, pour leur frottis.

Durée de vie, échange et retrait des DIU

Durée de vie et retrait des DIU

La durée de vie indiquée sur le conditionnement de chaque DIU est une indication administrative ; elle ne correspond pas

toujours aux connaissances scientifiques. J'ai déjà parlé de la durée de vie réelle des divers dispositifs. De toute évidence, l'efficacité des DIU au cuivre ne cesse pas du jour au lendemain.

La durée d'utilisation du **TT380** est officiellement (c'est inscrit sur sa fiche) de dix ans. Celle des autres DIU contenant 380 mm² de cuivre est de quatre ans au moins, mais probablement plus. De plus, les incidents (expulsion, infections) et les effets indésirables (saignements, douleurs) diminuent régulièrement avec la durée d'utilisation. Conclusion : moins on touche au DIU, mieux ça vaut.

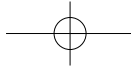
En revanche, comme indiqué plus haut, **la fréquence des grossesses avec un Nova T 200 augmente au-delà de trois ans d'utilisation.** Si vous portez un Nova T, demandez à ce qu'on vous pose un autre DIU!!!

Dans la mesure où le réservoir du DIU Mirena contient une quantité limitée de progestatif, il paraît en revanche prudent de ne pas le garder trop longtemps au-delà des cinq ans recommandés mais, ici encore, on peut prendre son temps : vous n'êtes pas à trois mois près!

Règle n° 1 : *Changer un DIU, ça n'est jamais urgent... sauf si vous portez un Nova T!*

Retrait et insertion d'un nouveau DIU

Le retrait d'un DIU est un geste d'une simplicité enfantine : il suffit que le médecin tire, doucement mais fermement, sur les fils au moyen d'une longue pince. Il arrive parfois que les fils aient été coupés trop court ou que, cachés dans le canal cervical, ils ne soient plus visibles. Ce n'est pas grave, les médecins disposent d'instruments très fins pour les récupérer. Il en va de même lorsque le fil a craqué (cela est arrivé avec des Sertalia, et cela arrivera encore, car de nombreuses femmes en France sont porteuses de ce type de DIU). Au pire, le DIU n'est pas accessible aux instruments disponibles en cabinet de ville, un gyné-



cologue peut retirer un DIU sous anesthésie locale, grâce à un appareil d'hystérocopie (fibre optique). Une **hospitalisation avec anesthésie générale pour retirer un DIU de l'utérus de son utilisatrice est absolument abusive!** (Seul le retrait d'un DIU qui a migré dans l'abdomen à la suite d'une perforation, phénomène peu fréquent, nécessite une anesthésie générale.)

L'insertion d'un nouveau DIU *doit être effectuée pendant la même consultation que le retrait du précédent.* Cela, pour deux raisons :

- il est toujours problématique de rester sans contraception ou d'avoir à utiliser une contraception transitoire entre deux DIU ;
- moins le médecin touche au col utérin, moins il fait courir de risques infectieux à la femme.

Les circonstances qui peuvent inciter un médecin à repousser à plus tard l'insertion du nouveau DIU sont peu nombreuses :

- la découverte, au moment du retrait, d'une **infection** accompagnée de symptômes importants (douleurs, saignements, pertes purulentes, fièvre, etc.) ; il est préférable d'ôter le DIU et de traiter l'infection avant d'en poser un autre ;
- l'existence d'un **fibrome** déformant l'utérus et provoquant des hémorragies abondantes. Lorsque la pose d'un DIU hormonal n'est pas possible, cette situation conduit à abandonner la contraception par DIU et à recourir plutôt à une contraception par pilule progestative ou implant ;
- une **lésion précancéreuse du col** dépistée par le frottis vaginal nécessite d'être traitée avant qu'on puisse envisager de réinsérer un DIU. S'il est nécessaire de retirer le DIU, une autre méthode contraceptive, transitoire ou permanente, doit être mise en route dès que possible. La plus simple et la plus appropriée à la majorité des femmes est une pilule progestative, qui peut être prise le jour même du retrait du DIU (en lui associant les préservatifs pendant les deux premiers jours).

Règle n° 2 : *En temps normal, retrait et réinsertion doivent avoir lieu le même jour. Si ce n'est pas possible, ne sortez pas du cabinet du médecin sans une contraception temporaire!*

Quand faut-il changer de modèle de DIU ?

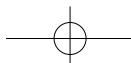
- Si vous portez un DIU à 375/380 mm² de cuivre ou un Mirena et si vous en êtes satisfaite, demandez à ce qu'on vous repose le même. Si vous portiez un DIU d'un autre type, et si vous envisagez de conserver un DIU pendant plusieurs années, demandez à ce qu'on vous réinsère l'un des DIU de référence (**TT380** ou Mirena, selon votre désir d'avoir ou non des règles naturelles). Vous serez plus tranquille.
- Si vous portez un DIU au cuivre depuis longtemps et si vos règles sont très abondantes... (et si vous pouvez vous passer d'avoir des règles), demandez à ce qu'on vous pose un Mirena.
- À l'inverse, si vous ne supportez pas bien de ne pas avoir de règles depuis que vous portez un Mirena, demandez à ce qu'on vous pose un DIU au cuivre (**TT380**).

Règle n° 3 : *Ne changez pas de modèle si ça ne présente pas d'avantage pour vous (si vous portez un Nova T, faites-le changer!).*

Y a-t-il des âges limites pour porter un DIU ?

Adolescentes : la pose d'un DIU au cuivre est presque toujours possible si la femme le désire, quel que soit son âge. Aux États-Unis, la FDA vient récemment d'agréer la pose des DIU dès l'âge de seize ans. Il n'y a aucune raison de ne pas proposer des DIU aux jeunes femmes en France dès l'âge où elles ont des relations sexuelles et où elles courent le risque d'une grossesse non désirée.

Seule condition (mais elle est la même à tout âge) : le médecin doit s'assurer que la femme ne présente pas d'infection sexuellement transmissible (MST) au moment de l'insertion. Si c'est le



cas, elle doit être soignée et guérie avant de se faire poser le DIU.
En cas de survenue d'une nouvelle MST par la suite, la présence du DIU n'augmente pas le risque d'infection de l'utérus.

Règle n° 4: *Chez une adolescente, un DIU est beaucoup moins dangereux qu'une grossesse non désirée.*

Femmes de plus de quarante-cinq ans: les DIU (au cuivre et hormonal) peuvent être portés sans inconvénient jusqu'à ce que la ménopause soit installée. La recommandation scientifique actuelle en matière de DIU est la suivante: **tout DIU au cuivre¹ posé après 40 ans peut être laissé en place (sans être changé) jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée!**

La ménopause ne s'installe pas à une date précise mais est précédée de cycles irréguliers, certains pouvant s'accompagner d'une ovulation. La préménopause est une période à risque: les grossesses sont peu fréquentes, mais il suffit d'une fois. Une contraception est tout à fait justifiée pour une femme de cinquante ans qui a encore ses règles, même si ça n'est que trois fois par an. Si elle est porteuse d'un DIU et n'a pas de problème particulier, elle doit le garder, fût-ce envers et contre l'avis de son médecin! Laisser un DIU en place jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée (et ça peut prendre du temps...) ne présente aucun danger, et ça n'empêche pas du tout de traiter les symptômes éventuels (bouffées de chaleur, carence en estrogènes, etc.).

Règle n° 5: *À l'approche de la ménopause, ne lâchez pas votre DIU!*

DIU et désir de grossesse

Lorsqu'une grossesse est envisagée, le DIU peut être retiré à n'importe quel moment du cycle, et il n'y a pas d'inconvénient

1. Sauf s'il s'agit d'un Nova T 200, bien entendu...

à ce que la grossesse débute au cours du cycle suivant. Gardez tout de même en mémoire quelques notions simples:

- la fécondité diminue à mesure qu'on prend de l'âge;
- une fois le DIU retiré, il peut se passer plusieurs mois avant qu'une grossesse ne débute, sans que cela soit un signe de « stérilité »;
- les stérilités vraies sont le plus souvent consécutives à des infections graves de l'utérus et des trompes (salpingite). Celles-ci sont toujours la conséquence d'une MST transmise par un partenaire sexuel – et non par un DIU;
- plus de 90 % des femmes qui font retirer leur DIU pour être enceintes accouchent dans un délai de deux ans. Donc, pas de panique!
- après le DIU, la fécondité de la femme redevient ce qu'elle était avant; si vos grossesses se sont fait attendre avant la pose du DIU, elles se feront aussi attendre après et le DIU n'y est pour rien.

Règle n° 6: il y a moins de couples stériles que de couples impatientes. Détendez-vous!

Questions/réponses sur les DIU

J'ai eu une (ou plusieurs) césarienne, puis-je utiliser un DIU?

Oui, sans problème (voir p. 299). Si votre gynécologue n'est pas d'accord, demandez-lui de lire les références internationales indiquées à la fin de ce livre. S'il ne sait pas lire, changez de gynécologue.

Puis-je utiliser des tampons hygiéniques avec un DIU?

Bien sûr. Rien ne s'y oppose. Un tampon inséré dans le vagin n'a pas de contact avec le DIU qui, lui, est dans l'utérus.

Puis-je porter un DIU sans que mon compagnon le sache?

Oui. Il suffit que le médecin coupe les fils très court et votre compagnon ignorera que vous portez un DIU.

Je porte un DIU et j'ai des règles très abondantes et/ou très douloureuses. Que dois-je faire?

Si le DIU a été posé depuis peu (moins de six mois), prenez un médicament anti-inflammatoire (ibuprofène, deux comprimés à 200 mg, trois à quatre fois par jour) pendant trois à quatre jours au moment des règles. En général, au bout de quelques mois, les règles seront beaucoup moins abondantes. Si elles restent douloureuses, il n'y a pas de danger à prendre des anti-inflammatoires trois jours par mois, comme vous le feriez si vous n'aviez aucune contraception. Si le DIU était posé depuis plusieurs mois ou années sans problème, l'apparition brutale de règles douloureuses et/ou plus abondantes peut être le signe d'une infection ou d'un fibrome. Prenez rendez-vous rapidement avec votre médecin.

Je porte un DIU et j'ai un retard de règles. Puis-je être enceinte?

Si votre DIU est un **TT380** ou un Mirena, la probabilité d'une grossesse est très, très faible (moins de 1 %). À l'opposé, si votre DIU est un Nova T, la probabilité d'une grossesse est relativement importante (jusqu'à 6 %!). Avez-vous d'autres symptômes évocateurs de grossesse (nausées ou boulimie, envie de dormir inhabituelle, tension ou gonflement des seins)? Dans l'affirmative, faites un test de grossesse et prenez rendez-vous avec votre médecin, afin qu'il s'assure qu'il ne s'agit pas d'une GEU.

Si vous n'avez aucun symptôme, faites deux tests de grossesse à quinze jours d'intervalle. Deux tests négatifs permettent d'affirmer que vous n'êtes pas enceinte, même si vos règles ne sont pas revenues. Si l'aménorrhée (absence de règles) persiste (sans aucun symptôme) plus de quatre semaines, consultez votre médecin.

Je suis porteuse d'un DIU. Au moment des règles, il m'arrive d'avoir des migraines intenses, pour lesquelles je prends de l'aspirine. Cela risque-t-il d'augmenter les saignements?

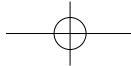
Probablement pas. Les règles, ce n'est pas du sang pur mais des fragments d'endomètre imprégnés de sang. Si vous n'avez pas de maladie de la coagulation, l'aspirine ne devrait pas vous faire saigner plus, sauf si vous en prenez des doses très importantes (3 g par jour et plus). Mais l'aspirine peut être très agressive pour l'estomac. Vous devriez demander à votre médecin de vous prescrire un médicament spécifique de la migraine. Il en existe aujourd'hui de très efficaces – bien plus que l'aspirine.

Je n'ai pas de règles depuis des mois ou je n'ai des règles que très irrégulièrement, depuis longtemps. Je n'avais pas de relations sexuelles jusqu'à ces dernières semaines, et j'ai rencontré un homme récemment. Puis-je tout de même me faire poser un DIU et quand?

Oui. La première chose à faire est d'utiliser une contraception temporaire (préservatifs féminins ou masculins). Ensuite, allez voir un médecin. Il vous examinera et vous prescrira deux tests de grossesse à faire à quinze jours d'intervalle. Prenez rendez-vous pour vous faire poser le DIU le jour du deuxième test de grossesse. Si les deux tests sont négatifs, et si vous avez pris des précautions contraceptives (préservatifs ou abstinence) en permanence jusqu'à l'insertion du DIU, il n'y a pas de risque à vous le poser, même si vous n'avez pas eu de règles, le jour du second test de grossesse.

Je ne sens plus les fils de mon DIU. Que dois-je faire?

Si vous avez eu des règles particulièrement abondantes et/ou douloureuses au cours des semaines passées, le DIU a pu être expulsé; prenez rendez-vous dès que possible, avec le médecin le plus proche. Un généraliste doit pouvoir, en vous examinant, vous dire si les fils et le DIU sont en place, ou vous faire passer une échographie pour le confirmer. En attendant d'être fixée,



utilisez une contraception complémentaire (préservatif masculin ou féminin, par exemple).

Si l'échographie confirme l'expulsion, la pose d'un nouveau DIU peut être envisagée immédiatement. Inséré avant le 19^e jour du cycle, le DIU agira aussi comme « contraception d'urgence ». Le DIU hormonal Mirena diminuant les contractions de l'utérus, c'est probablement celui-là qu'il faut utiliser en cas d'expulsion antérieure.

J'avais un DIU et je me suis retrouvée enceinte. Puis-je utiliser de nouveau un DIU?

Pourquoi pas? Après une grossesse sous pilule, la plupart des femmes reprennent bien la pilule (sauf quand elles en ont marre de la prendre)! De même, après une grossesse sur DIU, il est parfaitement possible de réutiliser un DIU. Le risque de grossesse n'augmente pas, au contraire, il diminue avec le temps. De plus, si la grossesse est survenue avec le DIU le moins efficace (le Nova T), demandez à ce qu'on vous pose l'un des DIU de référence – **TT380**, Mirena – avec lesquels la probabilité de grossesse est beaucoup plus faible.

Je suis diabétique. Est-ce que je peux me faire poser un DIU?

Oui. Même si l'on considère que les diabétiques sont plus sujets aux infections, le port d'un DIU n'est pas contre-indiqué et il est même préférable à la prise de la pilule combinée. Si vous n'avez pas encore eu d'enfants, demandez à ce qu'on vous pose un **UT380** « short ». Si vous avez plusieurs partenaires, optez pour le Mirena, qui protège mieux contre certaines bactéries et utilisez aussi des préservatifs jusqu'à ce que vous soyez (re)devenue monogame. De toute manière, le médecin devra s'assurer que vous n'êtes pas porteuse d'une infection gynécologique silencieuse (à *Chlamydiae*, par exemple) avant de vous poser le DIU.

J'ai deux amants, mais je ne veux pas prendre de pilule contraceptive. Puis-je me faire poser un DIU?

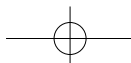
Si vous avez plus d'un partenaire sexuel, et si (comme c'est souvent le cas) vos partenaires ont d'autres partenaires que vous, il n'est certes pas interdit de vous faire poser un DIU (choisissez plutôt un Mirena), mais cette situation vous expose aux MST. Vous devriez donc aussi utiliser des préservatifs jusqu'à ce que vous ayez une relation monogame...

Conseils aux utilisatrices de DIU

1° Ne vous laissez pas imposer le type de DIU par le médecin. Choisissez!!!

2° Le jour de l'insertion du DIU: une heure avant la pose, si on ne vous a rien prescrit, prenez deux comprimés d'ibuprofène 200 (en vente libre en pharmacie). Avant la pose, demandez au médecin de vous montrer le DIU qu'il va vous poser. Si vous redoutez d'avoir mal au moment de l'insertion (et particulièrement si vous n'avez jamais accouché, ou seulement par césarienne), demandez au médecin qu'il fasse une anesthésie locale du col. Après l'insertion, le médecin doit vous remettre la fiche signalétique de votre DIU, avec sa marque, la date de l'insertion, la date du rendez-vous de contrôle, les nom et coordonnées du médecin ainsi qu'un numéro de téléphone que vous pouvez appeler en cas d'incident ou simplement pour demander conseil. Conservez la fiche dans vos papiers (avec votre carte de groupe sanguin, par exemple).

3° Après l'insertion: vous ne devez pas sentir votre DIU: il ne doit pas provoquer de douleurs, ni spontanément, ni pendant les rapports sexuels; si vous souffrez de manière inhabituelle, consultez rapidement votre médecin; si vos règles sont plus douloureuses qu'avant, vous pouvez utiliser des médicaments à base d'ibuprofène, à raison de deux comprimés à 200 mg toutes les quatre heures pendant toute la durée des



règles. Si vos règles durent plus d'une semaine, consultez également.

4° Dans les jours qui suivent la pose, apprenez à repérer le(s) fil(s) du DIU au niveau du col de l'utérus (voir p. 319). Prenez l'habitude de repérer les fils une fois par mois, quelques jours après la fin des règles, pendant les six premiers mois. Ensuite, vérifiez leur présence trois ou quatre fois par an, et chaque fois que vous avez eu des règles très abondantes. Si votre DIU est un Mirena, il peut arriver que vous ayez des saignements intermittents pendant quelques mois ; cela n'est ni grave ni menaçant. Au bout de trois à six mois, il arrive que les règles disparaissent – c'est le signe d'une efficacité maximale du Mirena.

5° Si vous avez des questions, retournez en consultation de contrôle au bout de six à huit semaines. Si tout va bien, ensuite, une consultation de contrôle par an n'est pas indispensable, mais n'omettez pas de vous faire faire un frottis vaginal tous les trois ans, ou plus souvent si vous avez récemment changé de partenaire sexuel.

6° Si votre compagnon dit qu'il « sent le fil », ne vous moquez pas de lui : ça n'est pas toujours un fantasme. Demandez au médecin de le raccourcir (le fil).

7° Les échecs de DIU sont rares, mais possibles ; si vous portez un DIU au cuivre et avez plus de dix jours de retard de règles, faites un test de grossesse.

Encouragez les médecins à poser des DIU !

Les DIU sont des méthodes contraceptives efficaces, sûres, et qui, par l'absence d'effets hormonaux (DIU au cuivre) ou leurs effets thérapeutiques (Mirena) pourraient convenir à un très grand nombre de femmes en France. Le principal obstacle à la plus large utilisation des DIU réside dans les préjugés entretenus par les médecins, leur ignorance en matière de DIU et leur réticence à en prescrire.

La pose d'un DIU est un geste simple, d'apprentissage facile et rapide ! Incitez votre médecin à acquérir cette compétence supplémentaire. Ses patientes lui en seront reconnaissantes !

DIU : cinq aphorismes

- Les principaux obstacles à l'utilisation du DIU sont l'ignorance, la peur ou l'incompétence des médecins.
- Ce n'est pas le DIU mais le(s) partenaire(s) sexuel(s) qui provoquent des infections gynécologiques graves.
- Une fois qu'on l'a choisi, un DIU qu'on oublie est beaucoup plus efficace qu'une pilule qu'on oublie.
- Une utilisatrice de DIU satisfaite peut parfaitement se passer de médecin – et elle n'a pas lieu de se sentir coupable.
- Il n'est jamais urgent de changer un DIU – sauf s'il s'agit d'un Nova T !

3-7 LA CONTRACEPTION DU FUTUR

Deux méthodes nouvelles ont été commercialisées récemment en France: le « patch » contraceptif et l'anneau vaginal. J'en ai parlé en détail p. 259 et 264. De nombreuses autres méthodes sont actuellement à l'étude mais il est difficile de savoir lesquelles seront bientôt disponibles.

Bientôt une contraception pour l'homme ?

Le principal problème que rencontrent les chercheurs en matière de contraception masculine est celui de la réversibilité: comment mettre au point une méthode qui empêche temporairement les spermatozoïdes d'être féconds? Ce n'est pas une mince affaire, et il n'y a pas de « complot masculin pour laisser les femmes se débrouiller avec la contraception ». De nombreuses enquêtes montrent que beaucoup d'hommes seraient prêts à utiliser une méthode contraceptive spécifique, ce qui veut dire qu'un marché existe. Et il intéresse de nombreux fabricants. Mais à ce jour, aucune méthode n'est suffisamment satisfaisante et d'emploi assez aisé pour être commercialisée.

- La contraception par androgènes (hormones mâles) est efficace mais, aux doses contraceptives, elle entraîne une prise de poids, une acné, un développement des seins (!!!) et parfois des troubles du comportement. Elle pourrait, au long cours, entraîner des cancers de la prostate.

- La contraception par progestatifs a également été expérimentée chez l'homme. Mais tous les progestatifs ne sont pas efficaces sur la diminution des spermatozoïdes et eux aussi ont des effets secondaires (prise de poids, développement des seins, perte de cheveux, diminution de la libido...).

- Une méthode d'avenir pourrait associer un implant contenant un progestatif (voir p. 240) et l'administration trimestrielle d'androgènes en piqûres. Mais avant d'être commercialisée, cette

contraception devra avoir fait la preuve non seulement de son efficacité (il faut plus de soixante-dix jours au traitement hormonal pour entraîner une disparition des spermatozoïdes), mais aussi de sa sûreté d'emploi. Des méthodes féminines sans ou avec très peu d'effets secondaires seront toujours préférables à des méthodes masculines dangereuses et inconstamment efficaces.

- Des méthodes de contraception non hormonale sont également à l'étude :

- le triptolide est une molécule d'origine végétale qui semble avoir un effet sur les spermatozoïdes du rat. Il n'y a plus qu'à l'expérimenter chez l'homme... mais ça prendra du temps ;

- des méthodes « immunitaires », semblables à celles des vaccins, sont à l'étude; elles consisteraient à stimuler chez l'homme la fabrication d'anticorps qui inactiveraient les spermatozoïdes. En théorie, c'est envisageable; en pratique, il y a loin de la coupe aux lèvres. Une « immunocontraception » féminine est également à l'étude.

Contraception orale féminine : des recherches permanentes

Le marché de la contraception orale est si vaste qu'il intéresse évidemment beaucoup l'industrie pharmaceutique, en particulier dans un pays comme les États-Unis où le taux d'utilisation de la pilule et du DIU a chuté de manière spectaculaire en raison de la crainte liée aux « dangers supposés » de ces contraceptifs. De ce fait, aujourd'hui, les États-Unis ont l'un des taux de grossesses chez l'adolescente les plus élevés des pays développés. Les industriels cherchent donc en permanence à produire de nouvelles molécules (ou de nouvelles formes, comme le « patch ») qui puissent rassurer et séduire les utilisatrices potentielles. Un exemple de ces recherches réside dans la commercialisation récente de la pilule Jasmine à propos de laquelle j'ai expliqué (p. 188) que ses avantages étaient illusoire, mais ses dangers réels. Cela n'a pas

l'air de troubler le fabricant, qui promet largement son produit, parfois au mépris de la plus élémentaire prudence. Dans un document officiel publié en 2003, la Food and Drugs Administration, puissante administration sanitaire américaine du médicament, s'est d'ailleurs élevée contre un spot publicitaire tendancieux (laissant entendre que Yasmin était dotée d'avantages que d'autres pilules n'ont pas) et sommait le laboratoire Berlex (distributeur de Yasmin/Jasmine aux États-Unis) de le retirer et de s'expliquer sur cette campagne contraire à la réglementation américaine.

D'autres produits sont à l'étude, comme une pilule contenant de la progestérone naturelle (qui n'a pas les inconvénients des progestatifs de synthèse) et qui pourrait également servir de traitement substitutif à la ménopause. À noter aussi que deux pilules combinées (à 20 et 30 µg d'éthinyl-estradiol) présentées en plaquette de trois mois (84 comprimés actifs et 7 placebos) – autrement dit, avec une présentation en « tricycle » – (voir p. 210) sont actuellement disponibles aux États-Unis.

Une substance controversée mais prometteuse : la mifépristone

La mifépristone, ou « RU 486 » est commercialisée en France sous le nom de Mifégyne mais est utilisée exclusivement dans les IVG médicamenteuses (voir p. 426). Or, elle a été expérimentée pour plusieurs autres usages :

- comme contraception d'urgence, des recherches ont montré qu'elle est aussi efficace que le lévonorgestrel (Norlevo), à doses très faibles et avec, apparemment, moins d'effets secondaires encore ; et elle n'agit pas en étant « abortive », mais en empêchant l'ovulation (*Obstet. Gynecol.*, 2002 ; 100 : 65-71) ;
- prise chaque jour à faibles doses, la mifépristone inhibe l'ovulation ; elle pourrait donc entrer dans la composition de

pilules sans estrogènes (donc, sans risque), seule ou associée à un progestatif (D. Serfaty, *Contraception, op. cit.*).

Des DIU expérimentaux

- Le Butterfly IUD (DIU « papillon »), au cuivre, a été étudié au Royaume-Uni. Sa particularité : il n'a pas de fils, ce qui diminuerait les pertes vaginales attribuées à l'irritation du col par les fils de Nylon. Il serait efficace au moins dix ans.

- Des DIU à l'indométacine (un anti-inflammatoire) sont à l'étude en Chine. La présence de cet anti-inflammatoire a pour but de réduire les règles abondantes dont souffrent parfois les utilisatrices de DIU au cuivre.

- Un DIU hormonal souple, le Fibroplante-LNG. C'est en quelque sorte l'équivalent hormonal du DIU au cuivre Gyne-Fix (p. 308). Ce DIU n'a pas de « bras » latéraux, mais est formé simplement d'un réservoir cylindrique souple contenant un progestatif. De ce fait, il pourrait théoriquement être posé aux femmes chez qui la pose du Mirena est difficile ou impossible : femmes nullipares ou femmes dont la cavité utérine est déformée par un fibrome, par exemple.

Spermicides et microbicides

Le problème mondial que représentent les MST en général et l'infection par le VIH en particulier ont conduit de nombreuses équipes à étudier des contraceptifs locaux (utilisés sous forme de crème ou d'ovules vaginaux) qui seraient à la fois spermicides et microbicides – bref, qui protégeraient à la fois contre la grossesse et les infections. Plusieurs sont actuellement en voie d'expérimentation. Comme vous le voyez, les recherches continuent. Depuis la première édition de ce livre, plusieurs nouveaux produits sont apparus et sont à l'étude

3-8 LE COÛT DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE EN 2006

En France, la contraception coûte probablement plus cher qu'elle ne devrait. Et les incohérences de l'information contraceptive se traduisent par des incohérences non moins grandes en matière de coût.

Les prix varient évidemment selon que le contraceptif est remboursé (prix fixe) ou non : le prix public est fixe, mais le prix de vente diffère selon le lieu où on achète le produit concerné. En effet, quand les pilules ne sont pas remboursées, les pharmacies pratiquent des marges très différentes selon les localités, voire dans la même ville. Tout le monde n'est pas égal devant la contraception, mais sait-on que cette inégalité dépend de la pharmacie que l'on fréquente ? Il serait utile que dans chaque département, les associations de consommateurs établissent un comparatif des prix des contraceptifs dans toutes les pharmacies et le rendent public. Dans certains pays (les États-Unis, le Canada, la Grande-Bretagne), c'est une pratique courante.

Contraception d'urgence : gratuite pour les mineures, remboursée pour les autres

Le Norlevo, contraception d'urgence qui devrait être utilisée de manière préférentielle (p. 77) est remboursé lorsqu'il est prescrit par un médecin. De plus, les pharmaciens ont l'obligation de le délivrer sans ordonnance à toute personne en faisant la demande. Enfin, si la personne est mineure, la pharmacie doit le délivrer gratuitement. Le coût est assuré par la collectivité (le pharmacien se fait payer par la Sécurité sociale).

ATTENTION. Norlevo n'est remboursé que si votre médecin vous a remis une ordonnance AVANT d'aller l'acheter : il n'a

pas le droit de vous faire une ordonnance *après* l'achat. C'est pourquoi je vous conseille d'anticiper et de lui demander de vous prescrire du Norlevo même si vous n'en avez pas besoin dans l'immédiat.

Préservatifs, capes cervicales et spermicides : souvent onéreux, jamais remboursés

- Il est vain d'établir une liste de prix des préservatifs, car leur prix varie d'un point de vente à un autre. Ils sont moins chers en grande surface qu'en pharmacie, et il faut savoir que la plupart des marques peuvent être achetées par correspondance. Les sites Internet Lycos ou Kelkoo établissent des listes comparatives de prix ; il suffit de taper « Prix des préservatifs » dans un moteur de recherche type Google pour trouver les pages correspondantes. Si vous voulez recourir à l'une ou l'autre de ces méthodes et acheter par exemple des préservatifs en grande quantité, je vous recommande de faire cette recherche préalable, vous économiserez du temps et de l'argent.

- Comparés aux préservatifs masculins, les préservatifs féminins sont beaucoup plus chers. Et, comme je l'ai expliqué (p. 125), une seule des deux marques actuellement disponibles en France est fiable.

- Les capes cervicales (p. 143) peuvent certes être portées longtemps et réutilisées, mais elles ne sont pas très fiables ni d'utilisation très pratique. Chères, pour l'intérêt qu'elles présentent, d'autant plus qu'il faut utiliser des spermicides en plus. Pour un coût moindre, une éponge spermicide Pharmatex (p. 133) est une meilleure option, plus confortable d'emploi.

- Autrefois, les spermicides étaient remboursés lorsqu'ils étaient prescrits en même temps qu'un diaphragme. Ils ne le sont plus alors qu'il faut les utiliser en même temps qu'eux – ce qui augmente considérablement le coût quand on veut utiliser une contraception de ce type. Mais ils sont relativement faciles à

utiliser et peuvent rendre service. L'association de spermicides aux préservatifs augmente l'efficacité des deux méthodes utilisées seules. Pour des couples qui s'entendent bien, ça n'est pas un mauvais choix. L'un des dispositifs spermicides les plus intéressants, le tampon spermicide (p. 133), reste onéreux (12 à 15 € la boîte de six), mais moins que les capes Oves ou les préservatifs féminins. C'est de plus une méthode plus confortable à utiliser – surtout avec un partenaire qui ne veut pas utiliser de préservatif. À mon avis, une boîte de tampons Pharmatex devrait figurer dans l'armoire à pharmacie des femmes qui vivent seules et n'ont pas de contraception permanente, à côté des préservatifs et du Norlevo.

Injectables, implant, DIU hormonal Mirena : remboursés à 65 % et économiques

Les progestatifs injectables (voir p. 274) sont commercialisés depuis longtemps, et pour la collectivité, leur coût est un des plus bas qui soit. Il en va de même pour l'implant (voir p. 240) et pour le DIU Mirena, dont le prix public à l'achat semble élevé, mais dont le coût à long terme reste modique par rapport à des pilules combinées non remboursées.

DIU au cuivre : très économiques

Il faut d'abord préciser que les DIU sont considérés comme... des accessoires. Ils ne sont donc pas remboursés selon le même principe que les médicaments. Leur prix est fixe (27,44 € pour la plupart). Quand on se souvient qu'un **TT380** peut rester en place dix ans, il revient finalement à très peu de chose. Le Mirena est plus coûteux, mais remboursé à 65 %, car comme il contient un progestatif, il est considéré comme un médicament. Ce remboursement le rend quasi gratuit pour les femmes à qui il est prescrit, et explique sûrement en partie sa prescription de plus en plus systématique. Mais comme je l'ai expliqué précé-

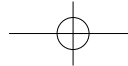
demment, cet excellent DIU ne convient pas nécessairement à toutes les femmes. Pour un confort similaire, un **TT380** peut être gardé deux fois plus longtemps...

Pilules contraceptives : tout et n'importe quoi

Pour la plupart des pilules contraceptives, les prix sont libres : sur 30 marques de pilules contraceptives (27 combinées, 3 progestatives) recensées en juillet 2003, seulement 9 sont remboursées (8 combinées dont deux génériques, 1 progestative).

- Les pilules combinées remboursées ne sont pas inintéressantes mais Minidril est la seule monophasique qui soit remboursée!!! Adepal et Miniphase sont des biphasiques qui peuvent être données aux utilisatrices de Minidril si celles-ci présentent un « spotting ». Le tout représente une contraception à faible coût. Mais ces trois pilules combinées ne conviennent pas forcément à toutes les femmes : elles contiennent du lévonorgestrel ou de la noréthistérone, qui peuvent provoquer des poussées d'acné. Les femmes qui ont besoin d'une pilule à « climat » estrogénique pour contrôler leur acné n'ont pas d'autre choix pour le moment que de se tourner vers des pilules non remboursées, souvent très coûteuses.

- Les pilules progestatives sont moins onéreuses que les pilules combinées, ce qui est plutôt bien, mais ne sont pas vraiment mieux loties question remboursement. La seule remboursée, Microval, est l'une des plus anciennes sur le marché. Cérazette, qui bloque l'ovulation de manière plus efficace, est aussi chère que les combinées les plus récentes et elle n'est pas remboursée, alors qu'elle apporte probablement une sécurité supplémentaire.



Que coûtent la pose et le retrait d'un implant ou d'un DIU ?

Certains gynécologues refusent de poser des implants (et de les retirer) sous prétexte que la Sécurité sociale n'aurait pas « coté » (fixé un tarif) ces gestes. Or, il n'en est rien.

L'insertion d'un implant est référencée dans la nomenclature des actes médicaux sous l'intitulé QZLA004 (Pose d'implant pharmacologique sous-cutané). Tarif: 12,37 euros.

Le retrait d'un implant est lui aussi référencé dans la nomenclature: QZGA002 (Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous-cutané). Tarif. 41,80 euros. Ces tarifs sont ceux applicables depuis le 1^{er} septembre 2005.

Les gestes portant sur le DIU sont référencés précisément, eux aussi :

Pose d'un dispositif intra-utérin (JKLD001): 38,40 euros.

Ablation d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale (JKGD004): Gratuit!!!

(La seule chose que doit faire payer le médecin, c'est la consultation.)

Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension¹ (JKGD001): 62,70 euros.

Changement d'un dispositif intra-utérin (JKKD001): 38,40 euros (donc, le même prix que la pose du premier).

1. Si le fil a craqué par exemple...

ATTENTION AUX ABUS!!

Sauf cas exceptionnel, il est absolument abusif d'imposer une hospitalisation et/ou une anesthésie générale pour retirer un DIU ou un implant!!!

Conclusion

Comme on peut le constater sur le tableau comparatif, le coût des différentes méthodes de contraception ne correspond pas du tout à leur efficacité: les pilules, moins fiables que les DIU ou l'implant, sont les méthodes les plus coûteuses. Une femme qui craint de prendre du poids avec la pilule a tout intérêt à se faire poser un DIU au cuivre, qui n'aura aucun effet sur sa physiologie et qui coûtera treize fois moins cher que Jasmine, dont la sécurité d'emploi n'est en outre pas totale (voir p. 188). Par ailleurs, les méthodes les plus chères à l'achat ne sont pas forcément les plus coûteuses à long terme (un **TT380**, même s'il n'était pas remboursé, coûterait 27,44 € pour dix ans de tranquillité!). On comprend aussi, en voyant ce tableau, ce que la gratuité totale de la contraception ferait économiser à la collectivité. Les choses sont claires: promouvoir et faciliter l'utilisation du DIU n'aurait que des avantages; la contraception en elle-même coûterait moins cher à tout le monde et les femmes seraient mieux protégées (moins de grossesses non désirées, moins d'IVG) ce qui serait également une économie d'énergie, de souffrance et d'argent. Aux Pays-Bas, où la contraception est pratiquement gratuite, 95 adolescentes sur 100 sont protégées et, alors que les IVG y sont pratiquées jusqu'à un délai avancé, leur fréquence est la plus basse du monde. Pendant ce temps, en France, on continue à jeter l'argent par les fenêtres en lançant des campagnes d'affichage vides de sens...

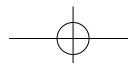


Tableau 26 : Coût des pilules en France fin 2006

Marque de pilule	Prix en province	Prix en banlieue	Prix à Paris
Minidosées			
Adepal (*3)	7,24	7,24	7,24
Cilest (*3)	20,76	25,80	28,70
Cycléane 20 (*3)	21,23	29,92	30,50
Cycléane 30 (*3)	23,58	29,92	30,50
Daily Gé (*3)	5,09	5,09	5,09
Effiprev (*3)	29,22	27,80	23,00
Harmonet (*3)	23,85	31,73	30,50
Jasmine (*3)	28,95	35,79	35,50
Ludéal Gé (*3)	5,09	5,09	5,09
Méliane (*3)	23,95	34,61	35,50
Mélodia (*3)	23,60	32,97	33,50
Mercilon (*3)	21,23	29,92	30,50
Minesse (*3)	24,29	34,00	31,50
Minidril (*3)	5,09	5,09	5,09
Miniphase (*3)	5,90	5,90	5,90
Minulet (*3)	21,95	27,80	26,50
Mirlette 20 (*3)	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Mirlette 30 (*3)	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Moneva (*3)	27,91	37,049	33,50
Ortho-Novum 1/35 (*3)	16,83	16,85	16,30
Phaeva (*3)	26,47	37,68	29,90
Triafémi (*3)	24,70	31,91	31,80
Tricilest (*3)	23,00	30,88	27,50
Triella (*3)	3,13	3,13	3,13
Tri-minulet (*3)	22,87	33,87	30,50
Trinordiol (*3)	5,09	5,09	5,09
Varnoline (*3)	23,59	31,55	30,50
Varnoline Continu (*3)	29,47	30,16	24,54
Normodosées (50 µg d'EE)			
Planor (*3)	14,61	12,77	12,48
Stédiril (*3)	3,83	3,83	3,83
Pilule progestative			
Cérazette (*3)	26,35	34,58	34,00
Exluton (*1)	8,37	8,57	6,47
Microval (*3)	3,83	3,83	3,83
Milligynon (*3)	21,41	21,93	18,50
Ogylone (*3)	12,82	14,96	13,39
Traitement de l'acné			
Diane 35 (*3)	28,48	32,93	29,90
Holgyème (*3)	15,67	19,57	19,10

Tableau 27 : Coût d'autres méthodes contraceptives d'utilisation courante

Marque	Présentation durée	Prix	Remboursement
Contraception d'urgence			
Tétragynon (estroprogestatif)	Boîte de 4 comprimés	3,96 €	(65%)
Norlevo (progestatif)	Boîte de 2 comprimés	7,93 €	(65%)
DIU au cuivre			
TT380	10 ans	27,44 €	(65%)
UT380	5 ans	27,44 €	(65%)
MultiloadCu375	5 ans	27,44 €	(65%)
Gynelle375	5 ans	27,44 €	(65%)
Nova T	3 ans (voir p. 307)	27,44 €	(65%)
DIU hormonal			
Mirena	5 ans	125,56 €	(65%)
Implant contraceptif			
Implanon (65 %)	3 ans	138,15 €	(65%)
Progestatifs injectables			
Dépo-Provera (65 %)	3 mois	3,37 €	(65%)
Méthodes vaginales			
Préservatifs féminins Femidom	boîte de 3	7,2 €	(NR)
Préservatifs féminins Presinette	boîte de 3	7,6 €	(NR)
Cape cervicale Oves	boîte de 3	14,97 €	(NR)
Spermicides			
Pharmatex	Ovules (boîte de 20)	12,71 €	(NR)
	Mini-ovules (boîte de 20)	14,94 €	(NR)
	Crème (tube avec applicateur)	7,45 €	(NR)
	Unidoses (x 6)	7,12 €	(NR)
	Tampon vaginal (x 6)	12,12 €	(NR)
Alpagelle	Crème (tube avec applicateur)	9,20 €	(NR)
	Unidoses (x 6)	7,12 €	(NR)

(65%) : taux de remboursement par la Sécurité sociale.

(NR) : non remboursé par la Sécurité sociale.

* Les DIU ne sont pas remboursés comme des médicaments (sauf le Mirena, à 65 %), mais comme des accessoires. La somme indiquée dans le tableau est la base de remboursement prise en charge par la Sécurité sociale.

NB : Dans le tableau 26, les pilules remboursées sont indiquées en gras.

Tableau 28 : Coût comparatif des méthodes contraceptives pour 3 ans d'utilisation

Produits remboursés S.S.	Quantité pour 3 ans	Coût sur 3 ans
Progestatifs injectables	12 injections trimestrielles	40,44 €
Pilule combinée les moins chères (Triella...)	12 boîtes de 3 plaquettes	37,68 €
Pilules combinées les plus chères (Minidril...)	12 boîtes de 3 plaquettes	87,12 €
Pilule progestative (Microval)	12 boîtes de 3 plaquettes	46,08 €
Implant	1 implant (efficace 3 ans)	138 €
DIU hormonal	1 DIU (efficace 5 ans)	125 €
DIU au cuivre	1 DIU (efficace 5 à 10 ans)	27,44 €
Produits non remboursés S.S.	Quantité pour 3 ans	Coût sur 3 ans
Pilule combinée la plus chère (Jasmine)	12 boîtes de 3 plaquettes	355,20 €
Pilule combinée la moins chère (Ortho-Novum)	12 boîtes de 3 plaquettes	186,60 €
Pilule progestative Cérazette « Traitement pour l'acné » le plus cher	12 boîtes de 3 plaquettes	278,40 €
(Diane 35) « Traitement pour l'acné » le moins cher (Holgyème)	12 boîtes de 3 plaquettes	309,60 €
		234 €

Quatrième partie

La consultation de contraception

À qui s'adresser quand on a besoin d'une contraception ?

En théorie, TOUT médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, devrait être en mesure de recommander, de prescrire ou de suivre une contraception. En effet :

- un **pédiatre de ville** qui a suivi une petite fille pendant des années peut très bien la voir entrer, adolescente, dans son cabinet, pour lui demander qu'il lui prescrive la pilule ;
- un **dermatologue** qui prescrit à une femme du Roaccutane pour une acné sévère *doit* lui prescrire une contraception : le Roaccutane est en effet tératogène, c'est-à-dire susceptible de provoquer des malformations du fœtus en cas de grossesse pendant, et même plusieurs mois après, la prise du médicament ;
- un **cardiologue** qui diagnostique une phlébite chez une femme sous pilule combinée (c'est-à-dire contenant un estrogène) doit immédiatement lui faire interrompre sa pilule, lui proposer une pilule sans estrogène (ou un autre moyen contraceptif), et la lui prescrire sur-le-champ. Cette femme peut, en effet, avoir eu des rapports sexuels la veille du jour où sa phlé-

bite est apparue... Elle ne doit pas continuer à prendre sa pilule habituelle, mais ne doit pas non plus rester sans contraception ;

- un **neurologue** qui suit une jeune fille pour épilepsie doit lui dire que ses traitements sont susceptibles d'inactiver sa pilule et lui expliquer qu'elle doit utiliser une pilule combinée à 50 microgrammes d'œstrogène ou bien doubler les doses de sa pilule progestative, ou bien encore se faire poser un DIU ;

- un **anesthésiste** qui reçoit une femme en vue d'une opération doit pouvoir lui indiquer s'il faut ou non interrompre sa contraception avant le jour de l'intervention chirurgicale et, le cas échéant, lui en proposer une autre ;

- un **pneumologue** qui diagnostique une tuberculose chez une femme doit lui expliquer que les médicaments antituberculeux s'opposent à l'efficacité de la pilule et lui proposer un autre moyen de contraception. Malheureusement, rares sont les spécialistes qui, en dehors de la gynécologie, savent prescrire ou suivre une contraception. Ce n'est pas seulement regrettable, c'est inadmissible : la clientèle de tous les médecins (sauf, peut-être, celle des urologues, qui s'occupent des hommes beaucoup plus que les autres) est composée de 70 % de femmes... Encore une fois, la faute en incombe à la formation initiale des médecins : les facultés de médecine devraient intégrer la problématique contraceptive à tous les enseignements, qu'ils soient destinés aux généralistes ou aux spécialistes de toutes les branches.

En France, les lieux où l'on peut demander une contraception sont assez nombreux

Ce sont :

- le cabinet d'un médecin généraliste ;
- le cabinet de consultation d'un gynécologue, en ville ou à l'hôpital ;
- le dispensaire de PMI (protection maternelle et infantile) le plus proche : les médecins qui y examinent et y vaccinent les

jeunes enfants peuvent également proposer et prescrire une contraception à leur mère ;

- le centre de planification hospitalier le plus proche : le plus souvent, mais pas toujours, ce centre (souvent désigné par le sigle CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale) fait partie de la maternité de l'hôpital, ou est associé au centre d'orthogénie, qui s'occupe aussi des IVG (interruptions volontaires de grossesse). Dans certains départements, les centres de planification proposent aussi des consultations hebdomadaires dans les communes éloignées de l'hôpital. À noter que, dans ces centres, les consultations de contraception et la délivrance de la pilule et autres moyens contraceptifs sont gratuites pour les mineur(e)s ;

- la permanence du Mouvement français pour le planning familial de votre département ou de votre arrondissement : le « Planning », comme on l'appelle le plus souvent, est une association privée, loi de 1901, habilitée à délivrer une information sur la contraception. Des médecins y consultent et y prescrivent toutes les contraceptions. Dans ces centres comme dans les centres de planification hospitaliers, la délivrance de la pilule et autres moyens contraceptifs est gratuite pour les mineur(e)s ;

- le dimanche et les jours fériés, vous pouvez aussi vous rendre à l'accueil de la maternité la plus proche pour y demander conseil si la contraception que vous utilisez vous pose problème. Un gynécologue y est présent 365 jours par an, vous devriez toujours pouvoir y obtenir ne serait-ce que des réponses destinées à vous rassurer ;

- enfin, depuis la loi de 2001, toutes les pharmacies doivent délivrer la contraception d'urgence (Norlevo), sans ordonnance à toute personne en faisant la demande, et gratuitement aux mineures.

Généraliste ou spécialiste ?

Il s'en faut bien sûr de beaucoup que toutes les possibilités décrites ci-dessus soient réunies dans tous les départements. Les **centres de planification publics** situés dans les hôpitaux sont de création plus récente que les centres du Planning familial. Ils sont souvent moins connus et ne bénéficient pas de la même promotion dans les médias. De ce fait, il est souvent plus facile d'y avoir un rendez-vous rapide. Encore faut-il savoir où ils se trouvent (voir p. 523)...

Les centres de PMI n'ont pas toujours bonne presse : on les considère comme des consultations de pédiatrie « au rabais », ce qu'ils ne sont pas du tout, et on sous-estime souvent la partie « maternelle » des services qu'ils rendent.

En 2000, on recensait en France 6 000 spécialistes gynécologues et 80 000 généralistes ; par ailleurs, 40 % des femmes françaises ne consultaient jamais un gynécologue, probablement pour des raisons pratiques, et recouraient aux médecins généralistes, dispensateurs de soins les plus nombreux dans notre pays¹. On pourrait s'en offusquer (c'est d'ailleurs ce que font les gynécologues...) mais, du point de vue individuel comme du point de vue de la santé publique, choisir de se faire suivre par un généraliste est plus logique, et voici pourquoi :

- **La contraception s'inscrit dans la continuité d'une vie de femme**

Les choix et les besoins contraceptifs évoluent avec l'âge, la situation conjugale, le désir et le nombre d'enfants, la situation professionnelle, d'éventuels voyages à l'étranger, etc. Le seul professionnel qui puisse avoir en tête tous ces facteurs, c'est le médecin que les femmes consultent régulièrement pour toutes sortes

de raisons, et pas seulement pour elles, mais pour leurs enfants, leurs parents, leur(s) compagnon(s) – autrement dit : c'est leur médecin généraliste. Les questions sur la contraception peuvent surgir à n'importe quelle occasion, même quand on ne l'a pas prévu. Les échanges d'informations, plus réguliers, sont aussi plus adaptés à la situation au moment de la consultation ; un spécialiste qu'on ne voit qu'une fois par an ne peut pas avoir toute votre histoire en tête au moment où vous entrez.

- **Contraception d'un jour n'est pas pour toujours**

On peut être, d'un jour à l'autre, amené à prendre, à interrompre, à reconsidérer ou à modifier sa méthode de contraception. Le seul professionnel qui puisse vous recevoir du jour au lendemain pour faire face à une urgence, c'est le généraliste ; pour voir un spécialiste, les délais d'attente sont le plus souvent rédhibitoires.

- **La contraception est souvent associée à d'autres problèmes**

Gynécologiques (mycoses, irritation vaginale, douleurs des règles ou des seins, infections urinaires), mais pas seulement. Ici encore, le praticien le mieux à même de vous recevoir rapidement et de prendre en compte votre contraception s'il doit vous prescrire le traitement d'une acné, des antibiotiques pour une pneumonie ou un protocole de sevrage du tabac, c'est le généraliste. Beaucoup de gynécologues (comme tous les spécialistes) connaissent peu de choses en dehors de leur spécialité et ne sont pas sensibles aux problèmes quotidiens que l'on présente spontanément aux généralistes...

À quoi servent les spécialistes, alors ?

En France, nous disposons de deux catégories de gynécologues : les gynécologues-obstétriciens, qui pratiquent les accouchements et les interventions chirurgicales en clinique ou à

¹. *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, mai 2000.

l'hôpital ; les gynécologues médicaux, qui n'en font pas, mais s'occupent de tout le reste. (Cette double spécialité, unique en Europe, est d'ailleurs à l'origine d'une controverse – voir page suivante.) En toute bonne logique, on ne devrait faire appel à un spécialiste qu'en cas de problème complexe, difficile à résoudre pour le généraliste. À la lecture de ce livre vous avez pu comprendre qu'en matière de contraception, il y a peu de problèmes insolubles. Les spécialistes ont, par définition, des compétences spécialisées. Ils sont là, en principe, pour prendre en charge des problèmes lourds, nécessitant la prescription d'un traitement rare ou complexe, ou une intervention chirurgicale. Les gynécologues ont certes une expérience plus importante que les généralistes lorsqu'ils ou elles exercent à l'hôpital (où l'on voit des situations plus rares, donc plus « spécialisées »). Quand le ou la gynécologue exerce uniquement en ville, ses compétences dépendent moins du type de situations qu'il/elle rencontre très proches de celles que rencontre le généraliste) que de son attitude.

La contraception est affaire d'attitude, pas de spécialité

Bien entendu, beaucoup de femmes (en particulier celles qui vivent dans des villes de moyenne ou grande taille, ou tout près) ne consultent pas de généraliste, mais sont suivies par un(e) gynécologue pour leur contraception et s'en trouvent très bien. Loin de moi l'idée de les convaincre de changer. Par ailleurs, toujours d'après les enquêtes citées plus haut, un généraliste français sur dix seulement fait de la gynécologie dans sa pratique quotidienne. La conclusion de tout cela est la suivante : si vous avez besoin d'une contraception, adressez-vous d'abord au médecin qui vous connaît le mieux et à qui vous faites le plus confiance. Peu importe qu'il (elle) soit généraliste ou spécialiste. Ce qui compte n'est pas sa spécialisation théorique (son

diplôme) mais ses attitudes de soignant à l'égard de la contraception.

La « disparition » des gynécologues de ville

Il y a quelques années, une pétition lancée par le syndicat des gynécologues médicaux appelait la population à « sauver » la profession de gynécologue. Le discours était alarmiste : on allait faire disparaître « la spécialité qui s'intéresse aux femmes », c'était une catastrophe, etc. Les professionnels se plaignaient en fait de la disparition du diplôme de gynécologie médicale. La France est en effet le seul pays d'Europe où existent deux spécialités : la gynécologie-obstétrique, consacrée aux techniques plus lourdes : accouchements, chirurgie obstétricale ou cancérologique, explorations spécialisées, traitement chirurgical de la stérilité, etc., et la gynécologie médicale, consacrée aux problèmes gynécologiques courants ne nécessitant pas d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales. La plupart des gynécologues médicaux exercent en cabinet privé, en ville. Ils n'assurent ni gardes de ville, ni gardes hospitalières et ne font pas d'accouchements. Leur activité porte principalement sur la contraception, le traitement des affections gynécologiques fréquentes, le suivi des grossesses jusqu'au 8^e mois, le traitement de la ménopause – toutes choses qu'un généraliste compétent peut parfaitement assurer. Or, les gynécologues médicaux sont à 98 % des femmes, ce qui incite bien sûr beaucoup de femmes à aller les consulter, de préférence aux généralistes qui, jusqu'à ces dix dernières années, étaient plus souvent des hommes. Les patientes avaient le sentiment (parfois juste, mais pas toujours) qu'une femme était mieux à même de les écouter et de les comprendre. La suppression du diplôme de gynécologie médicale (pour homogénéiser les formations à l'échelle européenne) a donc été présentée par les professionnels concernés comme une régression dans la qualité des soins donnés aux femmes.

Il faut cependant remettre les choses à leur place. La disparition du diplôme ne signifie pas que, du jour au lendemain, les professionnel(le)s de la gynécologie médicale vont être mis(es) à la retraite. Ils/elles vont, bien entendu, continuer à exercer le temps qu'ils/elles voudront. Mais, dorénavant, la formation des gynécologues-obstétriciens et des gynécologues médicaux fera l'objet d'un tronc commun et ne sera différenciée qu'à la fin de la spécialisation. D'autre part, il faut rappeler que la création de la gynécologie médicale remonte à l'après-68. Contrairement à ce qu'on voudrait aujourd'hui nous faire croire, elle n'était pas du tout destinée à représenter un « progrès pour les femmes » ! Inquiets à l'idée que leur spécialité puisse se féminiser, les gynécologues-obstétriciens ont créé la gynécologie médicale afin que les étudiantes en médecine, très naturellement attirées par ce qui les concernait en premier lieu, se tournent vers une spécialité qu'elles pourraient exercer en ville, où elles n'auraient pas de gardes à faire... et qui les maintiendrait à distance des salles d'accouchement et des salles de chirurgie ! Même si nombre de femmes pratiquent aujourd'hui la gynécologie-obstétrique, la profession reste majoritairement masculine. Est-ce vraiment un progrès, quand on sait que les obstétriciennes de sexe féminin y regardent à deux fois avant de prendre leur bistouri et font statistiquement moins d'hystérectomies, moins de césariennes et moins d'interventions gynécologiques mutilantes que leurs confrères, pour des résultats identiques ? Personnellement, je ne crois pas souhaitable que les femmes médecins intéressées par la médecine des femmes soient cantonnées à un exercice limité. Je ne crois pas souhaitable que les femmes soient accouchées et opérées plus souvent par des hommes que par des femmes. *Ce que je crois souhaitable, c'est que les femmes aient le choix.*

Il n'en reste pas moins vrai que le nombre de spécialistes en gynécologie a beaucoup diminué et que cela n'est évidemment pas favorable à la santé des femmes. Cependant, si les généra-

listes étaient correctement formés à la gynécologie courante, le problème ne serait pas aussi dramatique. Mais qui devrait former les médecins généralistes et ne le fait pas ?

L'idéal serait que tous les généralistes eux aussi soient formés à la prescription de la contraception, tout comme ils le sont (ou devraient l'être) à celle des médicaments les plus courants : antibiotiques, anti-inflammatoires et médicaments de la douleur. Cela dit, quelle que soit sa spécialité, le bon prescripteur de contraception a des caractéristiques spécifiques.

À quoi reconnaît-on un bon prescripteur de contraception¹ ?

- Il n'est ni angoissé ni terroriste (ça va souvent ensemble), ni paternaliste, ni accusateur, ni culpabilisant ; il ne porte pas de jugement sur votre sexualité ou vos choix de vie.
- Il aborde les questions concernant la sexualité et la contraception spontanément, ou prend le temps d'en discuter à votre demande.
- Il connaît l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en France, leurs avantages et leurs inconvénients ; et, s'il a une lacune ou un doute, il se renseigne !
- Il tient compte de vos désirs, de vos angoisses et de votre situation, peut rectifier vos idées reçues et vous rassurer.
- La contraception qu'il prescrit n'est pas celle qu'il préfère, mais celle qui vous convient le mieux.
- Il est prêt à vous revoir autant de fois qu'il le faut pour adapter la prescription de contraception mais ne vous rend pas pour autant dépendante de lui (et il ne refuse pas de vous répondre au téléphone pour vous rassurer).
- Il sait anticiper et vous parler de la contraception que vous prendrez après votre accouchement, par exemple.

1. NB : cela peut être indifféremment un homme ou une femme, bien sûr.

- Il est prêt à réexaminer régulièrement votre méthode de contraception et à vous aider à en changer si c'est nécessaire, mais ne modifie pas sans raison la marque de pilule que vous prenez¹...

Ces définitions sont celles de tout bon soignant, qu'il soit généraliste, gynécologue ou spécialiste d'une autre branche. Ce qui caractérise les bons soignants, c'est la souplesse de leur personnalité et de leur pratique. Vous pouvez leur poser n'importe quelle question, ils feront leur possible pour y répondre de manière satisfaisante. Ce sont ces médecins-là que vous devez consulter.

Les praticiens à fuir sont eux aussi faciles à reconnaître

- Ils ne répondent pas aux questions que vous leur posez.
- Ils ne prescrivent qu'une ou deux méthodes de contraception, de manière presque automatique, et écartent les autres en les diabolisant (le DIU), en les dénigrant (l'implant) ou en les ignorant purement et simplement (les pilules progestatives).
- Ils attirent sans arrêt votre attention sur les dangers des différentes méthodes («vous risquez de mourir, de rester paralysée, de devenir stérile») et non sur leurs avantages.
- Ils se permettent de porter des jugements sans appel sur votre vie sexuelle ou sur le nombre d'enfants que vous devriez ou non avoir.
- Ils n'émettent jamais aucun doute et n'aiment pas que vous exprimiez les vôtres.
- Ils tiennent absolument à ce que vous retourniez les voir le plus souvent possible : « On ne sait jamais ce qui peut vous arriver! »

1. Aujourd'hui encore, trop de médecins le font parce que le représentant d'un laboratoire qui vient de commercialiser une pilule « innovante » sort de chez eux...

- Ils ne savent pas vous aider à adapter votre contraception aux circonstances (passer d'une pilule au DIU [stérilet] après un accouchement, par exemple) ou, si vous devez interrompre une contraception, ne vous en proposent pas d'autre... sinon le conseil de « faire attention »!!! Bref, ils ne sont pas attentifs à vos préoccupations.

Il n'est pas nécessaire de subir un examen gynécologique, un frottis de dépistage et un examen des seins pour prendre la pilule!!!!

(Résumé d'un consensus international)

En France, lors des consultations pour prescription de pilule, de nombreux médecins (gynécologues comme généralistes) imposent aux femmes un examen gynécologique (toucher vaginal), un frottis de dépistage du cancer du col et un examen des seins. Or, pour l'ensemble de la communauté scientifique internationale, ces examens sont inutiles lors d'une première consultation chez les femmes en bonne santé n'ayant aucun symptôme particulier et consultant uniquement pour la prescription (ou le renouvellement) d'une contraception orale. Cela est également valable si la femme demande la pose d'un implant contraceptif, qui équivaut à une contraception orale par progestatifs seuls : pour se faire poser un implant, il n'est ni indispensable, ni même nécessaire de subir un examen gynécologique... (Il n'est d'ailleurs pas non plus utile de se faire doser son cholestérol! Lire l'article sur le sujet p. 465).

Il n'est pas non plus indispensable de se faire faire un frottis cervical de dépistage tous les quatre matins. L'attitude de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation – Fédération internationale des associations de contrôle des naissances) à cet égard a été clairement énoncée dans un document datant de février 2003 (IPPF Bulletin, vol. 37, n° 1, février 2003).

En voici la synthèse :

L'examen des seins

La raison habituellement avancée pour justifier la palpation des seins ou l'examen pelvien avant prescription de la pilule ou d'injectables est qu'ils permettent de vérifier l'absence d'affections constituant des contre-indications à la contraception hormonale, ou qui seraient aggravées par cette dernière.

L'OMS a défini les critères médicaux à prendre en compte en cas d'utilisation d'une méthode contraceptive hormonale.

Le cancer du sein en évolution est considéré comme une contre-indication à toutes les formes de contraception hormonale, car elles sont susceptibles de favoriser la progression de la maladie.

Cependant, la plupart des femmes qui ont recours à la contraception hormonale sont jeunes et, dans ce groupe d'âge, le risque de survenue d'un cancer du sein est extrêmement faible.

Au Royaume-Uni, seules 16 femmes sur 10 000 auront développé un cancer du sein à l'âge de trente-cinq ans, et ce risque est probablement encore inférieur dans les pays en développement. [...]

Bien que la pratique consistant à poser des questions relatives à d'éventuels problèmes affectant les seins soit louable, il a été établi que la palpation par des professionnels de santé n'entraînait pas de réduction de la mortalité imputable au cancer du sein.

À l'issue d'un essai auquel ont participé des femmes âgées de quarante-cinq à soixante-quatre ans (soit un âge bien supérieur à celui de la plupart des utilisatrices de contraceptifs hormonaux), seules 2 % des patientes dirigées vers un spécialiste en raison d'un résultat anormal de l'examen des seins souffraient effectivement d'un cancer du sein.

La sensibilité insuffisante de l'examen des seins en tant qu'outil de dépistage et la rareté de la maladie parmi les femmes jeunes font qu'il serait nécessaire de faire subir un examen clinique à 175 000 femmes âgées de vingt à vingt-quatre ans pour détecter un (1) cas

de cancer du sein. **En tant que mesure de santé publique systématique, l'examen des seins ne se justifie donc nullement.**

Pourtant, certains cliniciens continuent de plaider pour qu'il soit pratiqué de manière sélective – en partie parce que, indépendamment des résultats des recherches récentes, la pilule est inextricablement liée au cancer du sein dans l'esprit de certaines femmes et que des examens réguliers des seins les rassurent.

Malheureusement, le manque de sensibilité de ce type d'examen signifie qu'elles sont parfois rassurées à tort. En outre, si le résultat est anormal, elles éprouvent une grande inquiétude.

Or, le fait de pratiquer un dépistage sur 175 000 femmes âgées de vingt à vingt-quatre ans aboutirait à 10 500 résultats positifs erronés (c'est-à-dire que les examens donneraient un résultat anormal en l'absence de toute anomalie) pour un (1) résultat positif correct.

Enfin, nombre de femmes souhaiteraient qu'on leur épargne une palpation des seins – qui suscite une gêne bien compréhensible lorsqu'elle n'est pas absolument nécessaire.

Ce type d'examen ne devrait donc être pratiqué que si les antécédents de la patiente le justifient, et donc, sûrement pas chez une adolescente ou une femme de moins de vingt-cinq ans qui ne se plaint de rien!!!

L'examen gynécologique (« toucher » vaginal)

Pour quelles raisons fait-on subir un examen gynécologique aux femmes qui consultent en vue d'utiliser la contraception hormonale? Les médecins le justifient parfois en arguant qu'il s'agit d'un moyen de détecter une maladie de l'utérus, des trompes ou des ovaires, une infection sexuellement transmissible ou une grossesse.

Or, pour l'OMS, les affections suivantes : endométriose ; fibromes utérins ; tumeurs ovariennes bénignes ; cancer de l'endomètre et cancer ovarien ; ectropion cervical n'interdisent pas que la contraception hormonale soit utilisée en toutes circons-

tances et même, dans les pays en développement, délivrée par une personne ayant reçu une formation clinique limitée (autrement dit : une infirmière, et non un médecin).

Les infections sexuellement transmissibles (y compris l'infection à VIH) et l'infection génitale haute ne sont pas non plus des contre-indications à la contraception hormonale.

En effet, aucune de ces affections n'est aggravée par la contraception hormonale (pas plus que par la grossesse).

De plus, la présence de la plupart de ces affections est habituellement associée à des symptômes que l'on peut identifier en interrogeant la femme, et cet interrogatoire devrait être fait AVANT la prescription des contraceptifs hormonaux.

Ces affections sont-elles fréquentes parmi les femmes en âge de procréer, et l'examen gynécologique est-il l'outil le plus approprié pour procéder à ce diagnostic ? La réponse est non, et voici pourquoi :

— *Le grossissement de l'utérus ou des ovaires ?* Les cancers de l'ovaire et de l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus) sont des maladies qui frappent en priorité les femmes ménopausées. Donc, pas les utilisatrices de la pilule...

— *Les fibromes utérins ?* Ils sont fréquents parmi les femmes en âge de procréer, surtout après trente-cinq ans, mais se transforment très rarement en tumeurs malignes. Chez une femme qui ne présente aucun symptôme, la découverte d'un fibrome à l'issue d'un examen clinique n'a pas d'incidence, d'autant plus que la contraception orale, en général, limite la croissance des fibromes !

— *Le cancer du col de l'utérus ?* Il devrait être détecté au moyen de programmes de dépistage de routine – autrement dit : le frottis vaginal, qu'il est abusif d'effectuer plus d'une fois tous les trois ans chez une femme n'ayant qu'un seul partenaire sexuel. D'après les consensus scientifiques actuels, le premier frottis devrait avoir lieu à l'âge de vingt-cinq ans OU BIEN huit ans après le premier rapport sexuel. Ce qui ne concerne évidemment pas les adolescentes. (Voir aussi p. 452 ce qu'il en est du vaccin anti-HPV).

— *Les infections sexuellement transmissibles ?* Elles sont fréquentes parmi les jeunes femmes sexuellement actives, mais l'établissement des antécédents sexuels (multipartenariat, absence d'utilisation de préservatifs) et la présence de symptômes éventuels comme des « pertes » anormales permettent au médecin de déterminer lesquelles de ces femmes sont exposées à des risques particuliers et doivent faire l'objet d'un dépistage. Par ailleurs, les infections asymptomatiques (silencieuses) telles que l'infection à *Chlamydia trachomatis* ne sont détectées que par des tests microbiologiques spécifiques, et non par l'examen clinique seul.

— *La grossesse ?* le médecin (et la femme...) l'évoquent sur la base de l'historique des règles. Et quoi qu'il en soit, si une grossesse a débuté il y a moins de six semaines, elle n'est pas détectée par l'examen gynécologique (« toucher » vaginal) : l'utérus n'a pas encore grossi. Dans le doute, un test de grossesse acheté en pharmacie est plus fiable, tout aussi rapide et beaucoup moins agressif pour la femme.

On peut déduire logiquement de ce qui précède que lorsqu'une adolescente ou une femme de moins de trente ans en bonne santé qui ne se plaint de rien demande une contraception, il est absolument abusif de leur imposer un examen des seins et un examen gynécologique systématiques !

Il n'est pas inutile que ces femmes le sachent afin de refuser, poliment mais fermement, l'examen clinique comme « condition » de la délivrance de la pilule.

Le document de l'IPPF ajoute en effet : L'examen des seins ou du pelvis ne permet que rarement de détecter l'existence d'une maladie. Par contre, il a tendance à attirer l'attention sur des phénomènes qui ne présentent pas de pertinence clinique et, ce faisant, suscite l'inquiétude des patientes.

Les femmes seraient plus susceptibles de solliciter des conseils en matière de contraception si ces deux types d'examen, qui ne présentent que peu d'utilité d'un point de vue clinique, cessaient

d'être systématiques et n'étaient effectués que lorsque les antécédents médicaux de la patiente le justifient. Les praticiens qui y ont recours de façon systématique devraient se demander pourquoi ils s'entêtent à le faire.

Les recommandations actuelles de l'OMS en matière d'utilisation des contraceptifs indiquent que le seul examen médical nécessaire avant prescription d'un contraceptif hormonal est la mesure de la tension artérielle.

J'ajouterai qu'en France la prescription de pilule contraceptive PEUT et DOIT (en l'absence de contre-indication) être faite pour DOUZE MOIS!!!! La loi (et la Sécu) l'autorise absolument.

Même si vous devez tout de même aller chercher une boîte de trois plaquettes chaque trimestre chez votre pharmacien (car la délivrance de la pilule par le pharmacien n'est autorisée que pour trois mois d'affilée), il est abusif qu'on vous impose une consultation tous les trois ou six mois uniquement pour renouveler une pilule que vous tolérez parfaitement.

La consultation de contraception, mode d'emploi

Qu'il s'agisse de la première consultation ou d'une consultation après beaucoup d'autres, le moment où médecin et patiente se rencontrent pour discuter spécifiquement de la contraception permet d'échanger des informations importantes pour tous deux. Il en va de celle-ci comme de toutes les consultations médicales : si l'un omet de donner une information cruciale ou de répondre à une question importante pour l'autre, le propos même de l'échange peut se révéler inutile ou même nocif. (Voir également les recommandations de l'ANAES, p. 499).

Le rôle du médecin

1. S'il s'agit de la première consultation de contraception :

- *le médecin doit vous assurer, d'emblée, de la confidentialité absolue de ce qui se dit pendant la consultation*, et ce, qu'il vous connaisse déjà ou qu'il vous voie pour la première fois. Trop d'adolescentes se refusent à aller demander une contraception au médecin de famille qui les a soignées jusque-là parce qu'elles pensent que celui-ci ira raconter à leurs parents qu'elles ont une activité sexuelle. Un médecin n'a pas à révéler à autrui la moindre information médicale concernant ses patient(e)s. Le secret médical s'impose au médecin à l'égard de tous les tiers, même s'il s'agit des parents ou du conjoint. Un médecin qui révélerait à un homme que son épouse ou sa fille mineure utilise une contraception ou vient de subir une IVG est passible de sanctions pénales pour violation du secret professionnel (et d'une interdiction d'exercer, bien entendu) ;

- *il doit aborder spontanément les questions liées à la sexualité en général* – maladies sexuellement transmissibles (MST) ; problèmes conjugaux ; sans oublier le désir (ou non-désir) d'enfant – et à la physiologie de la femme en particulier (troubles des règles, douleurs des seins, traitement hormonal de la ménopause...) et vous proposer à bon escient des mesures de dépistage et/ou de prévention des cancers du col de l'utérus et de dépistage du cancer du sein en particulier ;

- *il doit écouter attentivement votre requête* (ex : « Je voudrais prendre la pilule », « J'aimerais me faire poser un stérilet » ou même « J'ai besoin d'une contraception mais je ne sais pas laquelle choisir ») sans préjugés, en cherchant à bien comprendre votre choix et en vous aidant à le préciser ;

- *il doit vous interroger longuement pour situer votre demande dans le contexte de votre vie personnelle, affective, sexuelle, matérielle et de vos antécédents médicaux*. Il peut être amené à vous poser certaines des questions suivantes (liste non exhaustive) : — À quel âge avez-vous eu vos premières règles ? — Avez-vous des règles régulières ? Combien de jours durent-elles ? Sont-elles abondantes ? douloureuses ? À quand remontent vos dernières

règles? — Êtes-vous sujette aux migraines? — Vivez-vous seule ou en couple? — Avez-vous des relations sexuelles fréquentes ou occasionnelles? Avec un ou plusieurs partenaires? — Vos conditions de travail éventuelles – travail de nuit, en équipe – sont-elles compatibles avec la prise de la pilule? — Avez-vous déjà été enceinte? — Avez-vous des enfants? Sont-ils en bonne santé? Comment se sont passés vos grossesses, vos accouchements? — Avez-vous déjà subi une IVG? — Désirez-vous avoir un enfant dans un futur proche ou bien avez-vous décidé de ne pas/plus en avoir à l'avenir? — Une grossesse accidentelle par échec de contraception serait-elle acceptable, ou catastrophique pour vous? — Avez-vous reçu tous les vaccins obligatoires dans votre enfance? Avez-vous été vaccinée contre l'hépatite B? — Avez-vous déjà été opérée? De quoi? — Avez-vous déjà été hospitalisée plus de trois jours? Pour quelle(s) raison(s)? — Prenez-vous un traitement au long cours actuellement? — Est-ce que vous fumez? — Est-ce que vous buvez de l'alcool tous les jours? — Avez-vous déjà consommé des drogues par voie intraveineuse? — Avez-vous déjà eu des infections gynécologiques graves comme une salpingite (infection des trompes)? — Avez-vous déjà souffert d'une maladie sexuellement transmissible? — Avez-vous déjà eu une phlébite ou un autre problème vasculaire? — Prenez-vous habituellement des médicaments, et lesquels? — Existe-t-il des cas de cancer du sein, de phlébite (caillot dans une veine de la jambe) ou d'embolie (caillot dans une artère du poumon ou du cerveau) dans votre famille? — Avez-vous déjà eu une tension artérielle élevée? — Avez-vous tendance à prendre du poids facilement? Faites-vous souvent des régimes pour en perdre? — Est-ce que vous vous exposez souvent au soleil?

• *il doit vous proposer plusieurs moyens de contraception en vous décrivant précisément leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.* Cela est très important, car cela conditionne la tolérance, la bonne utilisation et la surveillance de la contraception ;

• *il doit vous expliquer (sans terrorisme et en justifiant ce qu'il dit par d'autres arguments que sa seule conviction personnelle), quelle(s) méthode(s) lui paraît paraissent, ou non, adéquate(s) à votre situation.* Des phrases comme: «Le stérilet, ça rend stérile» ou «Si vous prenez la pilule longtemps, c'est dangereux», sont des déclarations inacceptables parce que réductrices et fausses. Les principales méthodes de contraception sont étudiées depuis plus de trente ans. Leurs avantages et leurs inconvénients sont aujourd'hui bien connus et leur utilisation parfaitement codifiée. Elles font l'objet de consensus internationaux, qui apparaissent dans les documents de l'Organisation mondiale de la santé. Aujourd'hui, les produits manifestement dangereux sont rapidement identifiés, signalés par les bulletins pharmacologiques indépendants, dénoncés par les organismes non gouvernementaux et promptement retirés du marché sous la pression des associations de consommateurs; les produits efficaces, eux aussi, font l'objet de multiples publications qu'un prescripteur de contraception doit lire régulièrement. Si un moyen de contraception est inadapté en ce qui vous concerne, cela doit vous être expliqué en s'appuyant sur votre situation propre.

Deux exemples d'explications satisfaisantes: «Il n'est pas recommandé de vous poser un DIU (stérilet) actuellement parce que, d'après ce que vous me dites (ou ce que j'observe en vous examinant), vous semblez souffrir d'une infection gynécologique. Mais une fois celle-ci traitée, on peut revoir le problème», ou encore: «Vous avez fait une phlébite. Les pilules contenant un estrogène vous sont, par prudence, fortement déconseillées, mais il existe des pilules sans estrogène et d'autres moyens de contraception que vous pouvez utiliser sans danger.» Etc ;

• *il doit vous prescrire la méthode que vous avez choisie, sauf en cas de contre-indications absolues.* Celles-ci étant bien précises pour chaque méthode, le médecin doit vous les exposer pour vous aider à faire votre choix ;

• *il doit vous décrire précisément le mode d'emploi de la méthode choisie* (comment prendre la pilule qu'il vous prescrit, comment

on insère et on surveille un DIU, comment utiliser une éponge spermicide, etc.);

- *il doit préciser aussi les précautions à prendre* (en cas d'oubli de pilule par exemple, ou en cas de passage d'une contraception à une autre) et les incidents qui peuvent se produire (saignements après l'insertion d'un DIU ou la pose d'un implant, par exemple) en vous indiquant dans quelles circonstances vous devez consulter le médecin;

- *il doit s'exprimer de manière compréhensible, et répondre à toutes vos questions*; il doit aussi vous fournir des instructions ou des conseils écrits, éventuellement vous recommander une lecture utile (ce livre, par exemple); il doit évidemment pratiquer un examen du col de l'utérus (et éventuellement un frottis de dépistage du cancer du col) et un examen gynécologique par toucher vaginal (voir les figures 16 et 17, p. 313);

- *il doit vous proposer sans les imposer les examens gynécologiques biologiques nécessaires* (ceux qui sont indispensables sont précisés dans le chapitre concernant chaque méthode) et vous indiquer à quelle fréquence ces examens doivent être pratiqués par la suite;

- *il doit vous indiquer quelles méthodes de contraception d'urgence vous pouvez utiliser en cas de besoin* (rapport sexuel non protégé, oubli de pilule, incident lié aux préservatifs) et leur mode d'emploi, ainsi que les coordonnées de la personne à qui vous devez vous adresser quand lui-même n'est pas disponible – en particulier le week-end ou les jours fériés. Ce peut être, tout simplement, le numéro de téléphone de la maternité la plus proche: on peut y trouver un gynécologue de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre, 365 jours par an;

- *enfin, il doit vous proposer un deuxième rendez-vous, dans un délai de un à trois mois selon la méthode prescrite*, pour s'assurer que tout va bien et répondre aux questions éventuelles qui auraient pu surgir d'ici là.

2. S'il ne s'agit pas de la première consultation, et si vous utilisez déjà une contraception depuis plusieurs mois ou plusieurs années, le médecin doit:

- *s'assurer que cette contraception vous convient toujours* et que vous la tolérez bien. Une femme qui oublie sa pilule de plus en plus souvent est une femme qui en a marre de la prendre...

- *vous proposer éventuellement une contraception de rechange*. À trente-cinq ans passés, chez une femme qui a déjà des enfants et n'a pas l'intention d'en avoir d'autres, un DIU (stérilet) est plus efficace parce que plus sûr (pas de risque d'oubli) et plus confortable (pas de ras-le-bol) qu'une pilule;

- *vous indiquer comment passer d'une contraception à une autre* sans risque d'être enceinte;

- *si vous êtes actuellement enceinte*, vous prescrire à l'avance une contraception à utiliser à partir du 21^e jour qui suit l'accouchement.

Le rôle de la patiente

Le médecin est un professionnel, il a des obligations à votre égard. Mais ça n'est pas un simple prestataire de service. Pour faire son boulot, il a besoin de vous. Si vous voulez qu'il vous guide et vous aide, vous devez, pour votre part:

- **définir avec lui vos besoins en matière de contraception**, et tout particulièrement votre désir de grossesse. La contraception ne sera pas la même si vous faites des études et ne voulez pas être enceinte dans les dix années à venir, si vous voulez prendre un peu de temps entre deux grossesses, ou si vous et votre compagnon avez décidé de ne plus jamais avoir d'enfants;

- **répondre le plus précisément et le plus loyalement possible à ses questions, si « indiscrètes » qu'elles puissent vous paraître**: elles l'aideront à vous proposer la contraception la plus adéquate. À âge identique, le choix de la contraception peut être très différent selon que vous vivez en couple monogame ou que vous avez plusieurs partenaires sexuels;

• **l'interroger sur les moyens de contraception dont vous avez entendu parler mais aussi le laisser vous décrire ceux dont vous ignorez l'existence!!!**

• **lui confier vos inquiétudes ou les «on-dit»** au sujet de telle ou telle méthode : son rôle consistera alors à les dédramatiser et à faire la part entre fantasme et réalité. «J'ai peur d'avoir un cancer du sein si je prends la pilule trop longtemps.». «J'ai subi une IVG il y a dix ans. Depuis, je prends la pilule. Est-ce que je pourrai tout de même avoir des enfants?». «Une de mes amies a fait une grossesse extra-utérine avec un stérilet. Est-ce que ça peut m'arriver? Etc. ;

• **ne jamais hésiter à dire les éléments marquants de votre histoire personnelle ou familiale**, même s'ils ne vous paraissent pas directement liés à la contraception. Des choses comme : «Ma mère a fait une phlébite quand elle était enceinte de moi» ou «Ma grand-mère a été opérée d'un cancer du sein à quarante ans mais elle a guéri» ne sont pas du tout anecdotiques ;

• **écouter les explications du médecin, et lui demander de les préciser, ou de les clarifier le cas échéant ;**

• **choisir le moyen de contraception qui vous paraît le plus adapté à votre situation propre** ; si le médecin refuse de vous le prescrire, il doit vous expliquer précisément pourquoi, et le justifier. Son refus ne peut être seulement guidé par son opinion personnelle mais doit également s'appuyer sur l'état des connaissances internationales dans ce domaine – qui sont détaillées tout au long de ce livre!!!

• **lui demander de vous décrire :**

- le mode d'emploi de la méthode choisie,
- les incidents bénins qui peuvent se produire et ceux qui nécessitent une consultation urgente,
- la surveillance à assurer (fréquence des consultations, etc.),
- les précautions éventuelles,
- les mesures à prendre en cas d'incident ou d'interruption de la contraception ;

— les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence ;

• **lui demander de vous remettre des instructions écrites** (en cas d'oubli de pilule, en cas de saignement sur stérilet, en cas de rupture de préservatif, etc.) ou de vous indiquer d'éventuels documents utiles (si vous disposez de ce livre, vous serez déjà équipée...);

• **lui signaler tout événement ou incident susceptible d'être lié à l'utilisation de votre méthode contraceptive** (ils sont détaillés dans les chapitres correspondants), mais aussi des choses aussi diverses qu'une maladie bénigne («On me donne des antibiotiques, faut-il adapter ou modifier ma contraception?»), un déménagement ou un voyage à l'étranger («Quel est le nom de ma pilule en Suède?»), la prise d'un médicament au long cours («On m'a donné un traitement pour mes crises de migraine. Est-il compatible avec ma pilule?»). Il faut évidemment lui signaler les consultations de gynécologie ou de contraception dont vous avez pu bénéficier auprès d'un autre praticien, sur votre lieu de vacances ou dans une situation d'urgence ;

• **envisager avec lui le dépistage** des maladies les plus fréquentes et les plus graves chez les femmes : MST, cancer du col de l'utérus, cancer du sein, hypertension.

Ayez du bon sens

Le médecin, si compétent soit-il, n'est pas une machine, et la contraception est un domaine vaste et complexe. Voici quelques conseils de bon sens :

- s'il vous traite avec respect, faites-lui confiance ;
- s'il vous traite sans égards, commencez par lui faire remarquer que vous en attendez plus de lui et voyez comment il réagit. S'il ne change pas d'attitude, changez de médecin ;
- n'attendez pas l'impossible du médecin. Il n'est pas impossible que la contraception prescrite ne vous convienne pas. Ça n'est pas forcément un signe d'incompétence du médecin. Une

même contraception (en particulier une pilule ou un DIU) peut être bien tolérée par une femme et mal tolérée par une autre. Il faut parfois tâtonner un peu pour trouver la bonne ;

- soyez ferme, mais ne soyez pas rigide : la médecine n'est pas une science exacte. Même si le médecin vous donne toutes les informations dont il dispose, nul ne peut anticiper toutes les situations ou les incidents possibles ;

- ne vous laissez pas « monter le bourrichon » par ce que vous disent vos amies, vos mère ou belle-mère. Si elles ont eu des problèmes avec la contraception que vous utilisez, c'est parce qu'elles ne sont pas vous ! (Elles n'ont pas non plus les mêmes problèmes que vous avec les hommes, avec leurs enfants, ou avec leurs parents...) Si vous vous sentez bien avec la contraception que vous a prescrite un médecin en qui vous avez entière confiance, n'en changez pas ;

- ne croyez pas aveuglément ce qui est dit à la télévision, à la radio ou dans votre magazine habituel. L'information sur la contraception (comme toute information sur la santé) doit toujours être prise avec circonspection quand elle apparaît dans les médias. Elle y est souvent fragmentaire, incomplète et tendancieuse, parce que délivrée de manière très rapide et superficielle. Pensez à tout ce que vous avez appris en lisant le reste de ce livre et rappelez-vous toujours qu'on ne peut pas vous en dire autant en trois minutes d'antenne ou en deux pages de magazine ;

- pour vous informer de manière approfondie, lisez ! Des livres, des revues spécialisées, des sites Internet sont décrits p. 497 ;

- transmettez l'information sur la contraception à celles qui ne l'ont pas eue ! Mais procédez comme les bons soignants : expliquez-la et justifiez-la !!!!

- enfin, interrogez-vous sur les « actes manqués » que vous commettez de manière répétée. Quelques exemples : votre partenaire omet systématiquement d'utiliser un préservatif et vous ne dites rien ; vous oubliez votre pilule sans arrêt ; vous avez la

sensation qu'un DIU, très bien toléré jusqu'ici, se met à vous faire mal ; avoir des relations sexuelles vous semble une activité vaine ; vous vous demandez sans arrêt comment ça serait d'être enceinte... Bref, toute modification de vos sensations, de vos sentiments ou de vos attitudes mérite une discussion avec votre médecin habituel. Quand la contraception ou la sexualité vous posent des problèmes, cela peut être pour des raisons très différentes : désir de changer de contraception, désir d'être enceinte, désir de changer de vie... ou de partenaire.

Cinquième partie

Une contraception adaptée à chaque femme (ou presque)

Pour qu'une contraception remplisse son rôle, il importe qu'elle convienne à la femme ou au couple qui l'utilise. Les critères de choix sont évidemment multiples, mais c'est en les connaissant bien qu'on peut choisir la méthode la plus adaptée à sa situation propre. Ces critères sont rappelés dans l'encadré page suivante. Je ne vais pas tout détailler (comme vous avez lu le livre depuis le début, vous savez déjà beaucoup de choses...) mais revenir sur les critères les plus importants.

L'efficacité des méthodes contraceptives

Ce qu'on attend, avant tout, d'une méthode contraceptive, c'est qu'elle empêche la survenue d'une grossesse : l'efficacité est donc le premier critère de choix. De manière assez logique, on évalue l'efficacité de chaque méthode en fonction de la fréquence de ses échecs – autrement dit, de la survenue d'une grossesse.

Critères de choix d'une contraception*Liés à l'utilisatrice :*

- âge;
- nombre de partenaires sexuels, couple stable ou non;
- désir d'enfants et nombre d'enfants;
- conditions de vie et profession;
- image de soi;
- caractéristiques personnelles : sexualité, grossesses, fausses couches ou IVG éventuelles;
- facteurs de risque vasculaire ou autre (tabac, diabète, etc.).

Inhérents à la méthode :

- efficacité contraceptive théorique;
- efficacité contraceptive réelle;
- disponibilité et coût;
- facilité d'emploi et confort d'utilisation;
- durée d'action;
- réversibilité;
- avantages autres que contraceptifs;
- risques pour la santé de la femme;
- risques pour le fœtus en cas d'échec.

Pour apprécier cette fréquence, on compte le nombre de grossesses qui surviennent dans un groupe de 100 femmes utilisant la méthode contraceptive étudiée, pendant une année d'utilisation. Dans la littérature médicale, ce taux d'échecs a longtemps été désigné par le terme d'« Indice de Pearl ».

L'efficacité contraceptive est le premier facteur de choix d'une méthode. Ce n'est pas le seul. Le tableau 29 (p. 377) vous permet de comparer les taux des différentes méthodes aux grossesses qui surviennent en cas d'absence de toute contraception. Comme le montre ce tableau, le nombre de grossesses observées diminue avec l'âge, qui est un deuxième facteur important dans le choix d'une méthode : à mesure que les femmes avancent en âge, toutes les méthodes de contraception sont de plus en plus efficaces.

Vous noterez par ailleurs que l'efficacité de certaines méthodes comme le coït interrompu, les préservatifs ou le diaphragme, est variable : elle dépend beaucoup du soin avec lequel utilisateurs et utilisatrices les emploient (voir tableau 29). Vous constaterez également que l'efficacité des DIU, des progestatifs injectables et de l'implant sous-cutané est, contrairement à ce qui est souvent dit, constamment supérieure à celle des diverses pilules. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que même les interventions de stérilisation (p. 415) ne sont pas efficaces à 100 %... Quand on est hétérosexuel, la seule contraception efficace à 100 % c'est l'abstinence totale !

Efficacité théorique, efficacité réelle et confort d'utilisation

« La carte n'est pas le territoire », dit un vieil adage. Autrement dit, ce que l'on sait en théorie peut être souvent démenti par la pratique. C'est particulièrement vrai en matière de contraception. L'efficacité d'une méthode est en effet étudiée sur des groupes de femmes (ou de couples) qui utilisent cette méthode de manière quasi parfaite. Or, la perfection n'est pas de ce monde. Il existe des différences parfois importantes entre efficacité théorique (obtenue lors des études par des couples très motivés et très soigneux utilisant la méthode pendant quelques mois) et efficacité réelle (obtenue dans la vie réelle par des couples utilisant parfois la méthode pendant des années).

Ces différences sont faciles à expliquer : plus une méthode contraceptive nécessite de manipulations, plus le risque d'erreur est grand. Un préservatif peut craquer ou glisser ; les hommes qui pratiquent le coït interrompu ne sentent pas toujours, lorsqu'ils se retirent, qu'ils ont déjà émis la première goutte de sperme ; les femmes qui utilisent un diaphragme peuvent le placer de manière incorrecte ; et tout le monde peut, on le sait, oublier sa pilule...

Cela explique que deux méthodes en théorie aussi sûres l'une que l'autre, telles que pilule et DIU (dont le taux d'échecs est en principe inférieur à 1 %), n'ont pas la même efficacité en pratique : la probabilité d'oublier ou de vomir un comprimé de pilule est bien plus élevée que celle d'expulser un DIU. C'est pourquoi l'efficacité réelle de la pilule est moins grande que celle des DIU.

Cette notion vous permet d'introduire un troisième critère de choix d'une méthode contraceptive : sa simplicité d'emploi. Plus une méthode est simple à utiliser, plus son confort est appréciable. Or, la sexualité a besoin de confort pour s'épanouir.

Outre les critères de choix que sont l'efficacité (théorique et réelle) et le confort d'utilisation, d'autres critères ont une grande importance :

- l'âge : il influe évidemment sur le type d'activité sexuelle, la fécondité et le désir d'enfants ;
- le mode de vie : on n'a pas besoin de la même contraception selon qu'on vit seule ou en couple monogame ; le tabac et les horaires de travail comptent aussi ;
- une grossesse récente (interrompue ou menée à terme). Etc.

Les différentes situations que je vais envisager sont toutes, peu ou prou, liées à ces critères. J'aborderai également quelques situations particulières. Je ne rentre pas dans les détails : ils sont tous décrits dans les chapitres consacrés à chaque moyen de contraception.

Tableau 29 : Efficacité respective des méthodes de contraception en Grande-Bretagne

Méthode	% de grossesses	Description
Sans contraception		
femmes jeunes	80-90	
femmes de 40 ans	40-50	
femmes de 45 ans	10-20	
femmes de 50 ans non ménopausées	0-5	
Coït interrompu	6-17	p. 102
Méthodes « naturelles » (températures, méthode Ogino, etc.)	2-25	p. 106-112
Préservatifs masculins	2-15	p. 114-124
Préservatifs féminins	5-15	p. 124-130
Diaphragme + spermicides	4-20	p. 136
Spermicides utilisés seuls	5-25	p. 134
Pilules combinées	0,1-3*	p. 152
Pilules progestatives	0,3-4	p. 226
DIU au cuivre Gyne-T380	0,2-1	p. 269
DIU au cuivre TCu380/TT380	0,2-1	p. 269
DIU au lévonorgestrel Mirena	0,1-0,2	p. 305
Implant sous-cutané (Implanon)	0-0,07	p. 240
Progestatifs injectables (Dépo-Provera)	0-1	p. 252
Stérilisation chirurgicale		
Ligature des trompes	0-0,4	p. 418
Vasectomie	0-0,15	p. 420

(D'après John Guillebaud, *Contraception : Your Questions Answered*, op. cit.)

* En France, comme le montre l'enquête de Bajos N. et coll., ces chiffres sont plus élevés.

Les situations fréquentes de la vie

Adolescent(e)s

La méthode recommandée a longtemps été la pilule combinée. Mais, en l'état actuel des connaissances, rien n'interdit de laisser une adolescente choisir indifféremment une pilule combinée, une pilule progestative, un implant ou un DIU. **Tous quatre devraient lui être proposés.** En l'absence d'autre méthode contraceptive, lors de(s) premier(s) rapport(s) sexuel(s), les adolescentes DOIVENT utiliser des préservatifs : un unique

rapport peut être fécondant. Comme il n'est pas possible de prévoir quand ce premier rapport aura lieu (elles ne vont certainement pas vous en avertir!), mieux vaut avoir une attitude préventive à l'égard de vos enfants.

Conseils aux parents

Le premier rapport sexuel, quand il est choisi par l'adolescent(e) et non imposé par quelqu'un d'autre, signe symboliquement l'entrée dans l'âge adulte. Le premier contact sexuel n'est pas un acte « raisonné », c'est souvent un geste imprévu, spontané, qui s'inscrit dans un contexte affectif complexe... et qui est aussi beaucoup induit par l'action des hormones sur le cerveau. Les femmes et hommes adultes savent très bien qu'il leur arrive de « perdre la tête » et d'avoir un rapport sexuel imprévu. Ils craignent que la même chose n'arrive à leurs enfants adolescents. Mais il est immature et irréaliste de croire que l'on peut contrôler une pulsion aussi profondément ancrée dans le cerveau humain. Vous pouvez espérer protéger vos enfants des rapports sexuels imposés en les protégeant des adultes, mais vous n'empêcherez pas vos garçons et vos filles adolescents d'avoir des rapports sexuels quand ils auront décidé d'en avoir. Le jour où ils en auront (tous n'en auront pas très tôt...), vous pouvez cependant leur éviter beaucoup de désagréments. **Aussi, ayez toujours des préservatifs et une contraception d'urgence (Norlevo) chez vous, et faites-le savoir à vos adolescent(e)s.** Que vous ayez des garçons ou des filles, lorsqu'ils atteindront la puberté, avant qu'ils ne se mettent à ressembler physiquement à des adultes, dites-leur simplement : « *Un jour, tu auras des rapports sexuels, comme tout le monde. Je ne sais pas quand, et ça ne me regarde pas. Mais toi non plus, tu ne sais pas quand, et il est important que tu sois protégé(e), d'une grossesse, d'une maladie sexuellement transmissible. Le jour où tu auras des rapports sexuels, il y a ici tout ce qu'il faut pour que ça ne soit pas dangereux pour toi.* » Montrez-leur ce qu'est un préservatif. Montrez-leur comment on le met en place (en le déroulant sur l'index et le majeur d'une

main). Puis rangez trois douzaines de préservatifs et une boîte de Norlevo dans un endroit facile d'accès mais discret (l'armoire du cabinet de toilette ou de la salle de bains, par exemple) et dites-leur qu'il/elle doit s'en servir le jour venu. Ils sont là pour les protéger!!! Assurez-leur que vous ne leur poserez pas de question : même s'ils ne s'en servent pas pour eux, ils pourront ainsi piocher dans la boîte pour rendre service à un copain ou une copine qui n'a pas des parents prévoyants comme vous. Et tout le monde vous en sera reconnaissant.

N'ayez pas peur que cette attitude les « incite » à avoir des rapports sexuels, il n'en est rien : dans les pays scandinaves, où les relations sexuelles précoces sont tolérées, il a été démontré que l'éducation sexuelle et la discussion avaient plutôt pour effet de retarder l'âge du premier rapport, et non de l'avancer.

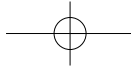
Enfin : ne soyez pas terroristes, mais rassurants. La terreur ne fait qu'aggraver les choses. Et soyez rassurés : la présence de préservatifs chez soi quand les adolescents n'ont pas de relations sexuelles est beaucoup moins dangereuse que les rapports sexuels chez soi sans préservatifs.

Conseils aux garçons et aux filles

ATTENTION. Les rapports sexuels sans pénétration vaginale peuvent provoquer une grossesse si l'éjaculation a lieu à l'entrée du vagin, même chez une jeune fille vierge ; une pénétration sans préservatif après éjaculation hors du vagin peut aussi provoquer une grossesse, même si le garçon n'éjacule pas une seconde fois ; enfin, les pénétrations et contacts sexuels avec les zones buccales ou anales peuvent transmettre des MST.

Conseils aux garçons

Avant d'utiliser des préservatifs, relisez bien le chapitre concerné. Apprenez à les mettre avant d'avoir des rapports



sexuels. Avant d'essayer d'en mettre un sur votre sexe en érection, apprenez à le dérouler sur deux doigts de la main. **Tant que vous n'êtes pas certain que votre (vos) partenaire(s) utilise(nt) une méthode de contraception sûre (pilule, implant, DIU) et que vous êtes tous undemmes de MST, utilisez des préservatifs pour TOUS les rapports sexuels.**

Conseils aux filles

- Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà eu des rapports sexuels pour prendre la pilule. Vous pouvez très bien commencer à la prendre à titre préventif, parce que vous « sentez » qu'un de ces jours vous en aurez peut-être besoin. Si vous avez déjà « failli » avoir un rapport sexuel, allez voir un médecin pour qu'il vous prescrive une contraception. La prochaine fois pourrait être la bonne... si vous êtes protégée; la mauvaise, si vous ne l'êtes pas.

- Vous avez parfaitement le droit d'aller demander une prescription de pilule à votre médecin généraliste, même si vous êtes mineure. Il est tenu au secret professionnel. Ce qui veut dire qu'il n'a pas le droit d'en parler à quiconque (à commencer par vos parents). S'il n'a pas l'habitude de prescrire la contraception, demandez-lui à qui vous pouvez vous adresser. Cela, il le saura. Vous pouvez aussi vous adresser au centre de planification familiale public (à l'hôpital) ou à une antenne locale du Mouvement français pour le planning familial (en ville). En général, les uns et les autres sont indiqués dans l'annuaire. Mais dans le doute, appelez le service de gynécologie de l'hôpital le plus proche et demandez qu'on vous passe le centre de planification. Ils sauront vers qui vous diriger. La contraception est toujours gratuite pour les mineures. Si vous avez eu un rapport sexuel sans protection, une contraception d'urgence peut vous être délivrée par l'infirmière scolaire ou par le pharmacien, gratuitement et sans question.

- Il n'est pas nécessaire que le médecin vous examine pour vous prescrire la pilule. S'il vous interroge soigneusement sur votre état de santé et celui de vos parents et frères et sœurs, il saura d'emblée

quelle contraception il peut ou non vous prescrire. La seule chose qu'il doit faire, c'est vous prendre la tension. Mais si vous êtes en parfaite santé et n'avez aucun problème particulier, il n'a pas à vous imposer un examen gynécologique ou un examen des seins. Par conséquent, vous êtes en droit de le refuser.

- En attendant qu'on vous ait prescrit et que vous utilisiez une contraception permanente, achetez-vous des préservatifs et faites-vous délivrer une boîte de contraception d'urgence (Norlevo). Cela pourra toujours rendre service, à vous ou à quelqu'un d'autre. Apprenez à dérouler un préservatif sur deux doigts d'une main. Si votre partenaire ne sait pas l'utiliser, vous pourrez l'aider.

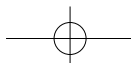
- Même si vous prenez la pilule, continuez à utiliser des préservatifs si vous pensez courir un risque de maladie sexuellement transmissible. (Il suffit que votre ami ait des rapports avec une autre personne pour que ce risque existe.) Cette double protection n'est pas un luxe. À mon avis, même si vous utilisez une contraception sûre, pendant les premiers mois d'une relation, exigez d'avoir des relations sexuelles avec préservatifs: même si vous êtes sûre que ce compagnon est le bon, il peut, lui, ne pas être de cet avis. Si vous avez peur d'oublier votre pilule (ou si vous l'avez déjà oubliée), laissez passer seulement quatre jours (et non sept) entre deux plaquettes: l'efficacité contraceptive sera meilleure, surtout en cas d'oubli.

Adultes vivant seul(e)s

Vivre seul(e), c'est souvent avoir plusieurs partenaires sexuels, simultanément ou successivement. Le risque de grossesse est évidemment toujours présent, mais le risque de MST prend également beaucoup de place.

Conseils aux hommes qui vivent seuls

Si vous voulez que les femmes vous respectent, respectez-les. Ayez toujours des préservatifs et du Norlevo (contraception d'urgence) chez vous. Qui dit partenaires multiples dit risque de



MST très important. En mettant un préservatif, vous ne vous contentez pas de protéger l'autre, vous vous protégez aussi. Car contrairement à ce qu'on raconte (et à ce que les hommes veulent croire), la contamination se fait aussi, forcément, dans le sens femme→homme. Si ce n'était pas le cas, comment pensez-vous que les hommes hétérosexuels attraperaient des MST!!! Si vous-même avez plusieurs partenaires sexuelles, n'oubliez pas qu'elles, de leur côté, n'ont que vous dans leur lit. Si vous le croyez, vous avez besoin de grandir... Enfin, les femmes porteuses d'une MST (*Chlamydiae*, gonocoque ou VIH) n'ont pas plus de raison de le dire que ne le font les hommes. Le plus souvent, elles ont été infectées par un homme qui ne les a pas prévenues... et il est très possible qu'elles ne se savaient pas infectées le jour où elles vous ont rencontré.

Ayez toujours chez vous: des préservatifs masculins, une boîte de préservatifs féminins (ça peut intéresser certaines de vos partenaires), et du Norlevo.

Conseils aux femmes qui vivent seules

• **Vous vivez seule et votre vie sexuelle n'a pas commencé (mais pourrait commencer sous peu).**

Si vous n'êtes pas hostile à l'idée d'avoir des relations sexuelles hors du mariage, ayez toujours chez vous des préservatifs masculins et du Norlevo. Vous ne savez pas quand votre vie sexuelle commencera. Cela peut se produire d'un jour à l'autre. Mieux vaut prévenir que souffrir. Si vous préférez recourir à une méthode plus sûre, même si vous n'avez jamais eu de rapport sexuel, vous avez parfaitement le droit de vous faire prescrire une pilule contraceptive, ou de vous faire poser un implant ou un DIU. Un DIU peut parfaitement être utilisé par une femme qui n'a pas encore d'enfants.

• **Vous vivez seule et vous n'avez pas de compagnon en ce moment, mais vous n'avez pas fait une croix sur votre vie**

sexuelle. Il vous arrive de temps à autre d'avoir des rapports sexuels, pas toujours avec le même homme.

Le préservatif masculin est toujours recommandé en cas de relations sexuelles occasionnelles. Vous pouvez aussi essayer les préservatifs féminins (voir p. 124). Les tampons Pharmatex (éponges spermicides, p. 133) peuvent également être utiles au cas où votre partenaire ne voudrait pas utiliser de préservatif (une éponge peut être en place à l'avance...). Si vous avez des rapports sexuels fréquents avec plusieurs hommes, vous serez plus tranquille en choisissant d'utiliser aussi une contraception permanente (la pilule est d'utilisation fastidieuse; le DIU [p. 269] et l'implant [p. 240] ne le sont pas. Et tous deux peuvent être utilisés par une femme qui n'a pas d'enfants).

Ayez toujours chez vous: des préservatifs masculins et du Norlevo (contraception d'urgence, p. 77).

• **Vous vivez seule mais vous avez plusieurs partenaires sexuels réguliers**

Utilisez une contraception très efficace, de préférence hormonale (pilule combinée ou progestative, implant ou DIU hormonal) qui vous protégera contre certaines infections ET utilisez aussi des préservatifs masculins ou féminins.

Ayez toujours chez vous: des préservatifs masculins et/ou féminins et du Norlevo.

• **Vous vivez seule et vous avez un (unique) partenaire sexuel que vous voyez souvent**

Tout est possible! Si votre partenaire régulier est lui-même monogame, vous pouvez abandonner les préservatifs au profit de la pilule combinée, bien sûr; de la pilule progestative si vous avez plus de trente-cinq ans et si vous fumez; d'un implant et, même si vous n'avez pas d'enfants, d'un DIU (stérilet) à tout âge.

Ayez toujours chez vous: des préservatifs masculins, des préservatifs féminins et du Norlevo.

• **Vous vivez seule parce que votre compagnon est absent de manière temporaire mais durable ou répétée**

Il est en voyage ou en stage pour plusieurs mois ; il est militaire en mission ou marin au long cours, etc., et vous n'avez pas envie de prendre la pilule en son absence. Même si vous n'avez pas encore d'enfants, je vous recommande la méthode permanente la moins astreignante qui soit : le DIU (ou, à la rigueur, un implant). Vous n'aurez pas besoin de faire le siège d'un médecin quand votre compagnon reviendra, ou de le faire courir acheter des préservatifs à la pharmacie. Si vous désirez interrompre votre pilule et ne voulez pas vous faire poser un DIU ou un implant, *avez toujours chez vous* des préservatifs masculins et du Norlevo. On ne sait jamais : il peut débarquer sans prévenir, pour vous faire la surprise...

• **Vous vivez seule et vous voulez continuer à prendre la pilule mais vous l'oubliez de temps en temps parce que personne n'est là pour vous rappeler de la prendre**

Utilisez la méthode du « tricycle » (p. 210) ou bien laissez passer seulement quatre jours (et non sept) entre deux plaquettes : vous augmenterez son efficacité contraceptive en cas d'oubli. Si vous l'oubliez de temps à autre, ça n'aura pas d'importance. Si vous ne pouvez pas la prendre, un soir, parce qu'un homme vous gardera chez lui, ça n'aura pas d'importance non plus. (Ce serait bête de commencer une relation avec angoisse...)

• **Vous vivez seule parce que vous êtes séparée ou veuve**

Si vous utilisiez une pilule, il est compréhensible que vous décidiez de ne plus la prendre. Mais si vous êtes utilisatrice de DIU ou d'implant, s'il vous plaît, ne le faites pas enlever, à moins d'avoir décidé d'entrer en religion et d'abandonner toute vie sexuelle. Je ne compte pas le nombre de femmes séparées, divorcées ou veuves qui ont fait enlever leur DIU sur un coup

de tête (comme d'autres cessent de prendre la pilule après une rupture) et qui se retrouvent enceintes après avoir découvert au bout de plusieurs mois ou de quelques jours seulement qu'elles ne vont pas vivre seules tout le reste de leur vie.

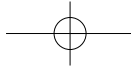
Si vous n'avez aucune contraception permanente, ayez toujours chez vous des préservatifs masculins et ou féminins et du Norlevo. Même si ça ne vous sert à rien, qui dit que ça ne pourra servir à personne ? Il n'y a peut-être plus d'homme dans votre vie pour le moment, mais vous avez certainement encore des amies, et peut-être des enfants adolescents.

• **Vous vivez seule et vous avez décidé de ne (plus) jamais avoir d'enfants**

Implant et DIU sont beaucoup plus sûrs que les différentes pilules, et moins contraignants. Si votre refus d'enfant est définitif, la loi française vous permet désormais de demander et d'obtenir une stérilisation chirurgicale (p. 407), quel que soit votre âge, que vous ayez ou non des enfants. Si vous n'utilisez pas de contraception habituellement, *avez toujours chez vous* des préservatifs masculins et/ou féminins et du Norlevo.

Couple strictement monogame

La contraception dépend évidemment beaucoup de votre désir d'enfant dans l'immédiat ou dans un futur éloigné. Si vous n'avez pas l'intention d'avoir des enfants avant plusieurs années, la pilule combinée est, jusqu'à trente ans, une méthode très fiable mais, à partir de trente ans une femme qui n'a pas d'enfants mais vit en couple stable peut parfaitement utiliser un DIU au cuivre, qui est moins contraignant, aussi efficace et beaucoup plus confortable qu'une pilule combinée ou progestative. Dès le premier enfant (qui bouleverse considérablement les habitudes), un DIU sera, une fois encore, une contraception supérieure à une pilule combinée ou progestative. Si vous avez déjà un enfant mais désirez seulement espacer les naissances, toutes les méthodes de contraception sont possibles. (Pour l'allaitement,



lisez le paragraphe suivant.) Quelle que soit la méthode utilisée, l'essentiel est qu'elle n'entrave pas votre sexualité.

Ayez toujours chez vous: des préservatifs (ça peut aussi rendre service à d'autres que vous) et du Norlevo.

Contraception après un accouchement

Il est utile de réfléchir bien avant votre accouchement à la contraception que vous utiliserez ensuite : ça vous permettra de vous la faire prescrire à l'avance et de ne pas être prise de court le jour venu. Car, quel que soit votre état de fatigue dans les semaines qui suivent l'accouchement, vous finirez par avoir de nouveau des rapports sexuels, et pas nécessairement un jour où vous l'aurez prévu !

Ce qu'il faut savoir:

- l'ovulation reprend entre le 25^e et le 28^e jour suivant l'accouchement ; la méthode contraceptive choisie devrait si possible être mise en route à partir du 21^e jour (au début de la 4^e semaine qui suit l'accouchement) ;

- si vous décidez d'opter pour une **pilule combinée**, elle peut être commencée à partir du 21^e jour suivant l'accouchement ; si vous désirez allaiter, la pilule combinée est déconseillée (elle diminue de moitié la montée de lait) et il vaut mieux opter pour une pilule progestative (qui peut être commencée dès le 3^e jour après l'accouchement) ;

- **l'allaitement est une méthode contraceptive efficace à 98 % si et seulement si** :

- vous ne donnez à votre enfant que le sein, au moins six fois par jour, à l'exclusion de toute autre alimentation,

- vos règles ne sont pas revenues (les « lochies », qui sont des saignements légers intermittents quelques jours après l'accouchement, ne comptent pas comme des règles),

- votre enfant a moins de six mois ;

- **associée à l'allaitement, une pilule progestative confère**

une contraception efficace à 100 % et stimule, de plus, la montée de lait. Elle ne représente aucun danger pour le bébé, et peut être prise dès le 3^e jour ;

- **un DIU peut être posé quatre à six semaines après l'accouchement** (même après une césarienne, voir p. 299). La bonne séquence dans ce cas-là est alors :

- si vous allaitez : n'importe quelle pilule progestative à partir du 3^e jour puis pose du DIU entre quatre et six semaines plus tard et arrêt de la pilule progestative le jour de la pose ;

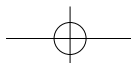
- si vous n'allaites pas : pilule progestative dès le 3^e jour OU pilule combinée à partir du 21^e jour, puis pose d'un DIU ou d'un implant le jour de votre choix, et arrêt de la pilule le jour de la pose ;

- si vous avez décidé de ne plus avoir d'enfants, sachez qu'un DIU au cuivre **TT380** peut être laissé en place dix ans, au moins ;

- en toute bonne logique, **un implant peut également être posé entre le 3^e et le 25^e jour à une femme qui allaite** (l'implant contient la même substance qu'une des pilules progestatives).

ATTENTION. Si vous ne savez pas quelle contraception choisir après l'accouchement ou si les médecins de la maternité n'ont pas le temps de vous en parler : **ne quittez pas la maternité sans avoir demandé une ordonnance de pilule progestative (qui peut être commencée dès le 3^e jour) pour six mois au moins et prenez rendez-vous dès que possible avec un médecin qui pourra vous informer sur la contraception.** La prise d'une pilule progestative ne présente aucun danger et c'est la contraception la plus facile à prendre et la plus sûre dans cette période d'incertitude ! Elle devrait être proposée comme contraception à toutes les accouchées, qui peuvent commencer à la prendre dès le jour de leur sortie de la maternité !

Ayez toujours chez vous: des préservatifs et du Norlevo.



Contraception après une IVG

Vous pouvez commencer une pilule combinée ou une pilule progestative le jour de l'IVG. Si vous avez été enceinte par oubli d'un comprimé, photocopiez les p. 222 et 237 de ce livre et gardez-les près de votre plaquette de pilule. Si vous désirez utiliser un DIU ou un implant, vous pouvez le faire poser un mois après l'IVG. En attendant, vous pouvez utiliser une pilule (progestative ou combinée) jusqu'au jour de la pose.

Contraception après une fausse couche spontanée

Avant la contraception, les fausses couches spontanées pouvaient être très fréquentes dans la vie d'une femme. Parfois, quand la femme était enceinte, elles étaient souhaitées... même si le souhait ne se réalisait pas. On sait aujourd'hui que les fausses couches qui surviennent pendant le premier trimestre d'une grossesse sont dues à l'élimination spontanée d'un embryon non viable. Depuis que les femmes utilisent une contraception, beaucoup n'ont jamais expérimenté de fausse couche avant leur première grossesse. Et lorsqu'elles interrompent la contraception pour avoir un premier enfant, il arrive que leur première grossesse soit interrompue par une fausse couche spontanée. Cela ne signifie nullement que la contraception y est pour quelque chose, mais souvent les femmes ne sont pas averties de cette éventualité, qui est aussi naturelle que le fait d'avoir à attendre plusieurs mois avant qu'une grossesse ne débute.

Il n'y a pas de précaution particulière à prendre après une fausse couche spontanée, mais quand on ne veut pas recommencer une grossesse tout de suite, la contraception choisie est, en général, une pilule. Elle peut être commencée au plus tôt s'il s'agit d'une pilule progestative ou au début des premières règles suivant la fausse couche s'il s'agit d'une pilule combinée. Mais il n'y a pas de «délai d'attente» recommandé. On peut de nouveau réessayer de mettre une grossesse en route dès qu'on le désire.

Contraception après une grossesse extra-utérine (GEU)

Si la femme n'a pas d'enfants, il est très important de préserver sa fertilité en faisant en sorte qu'elle ne soit enceinte que lorsqu'elle l'a planifié, pour qu'elle puisse être surveillée et traitée au plus tôt si une nouvelle GEU débutait : il est en effet possible de traiter une GEU, dès sa découverte, par coelioscopie et de garder la trompe intacte. Les méthodes doivent donc être choisies parmi les plus efficaces sur le blocage de l'ovulation : pilule combinée, implant progestatif ou DIU Mirena.

À partir de quarante ans, si la femme a déjà eu des enfants et n'en veut plus (la ou les GEU peuvent très bien avoir été des grossesses non désirées), le couple peut envisager une contraception par implant ou DIU Mirena mais aussi une stérilisation chirurgicale (p. 407). À cet âge, une stérilisation chirurgicale a en effet peu de chances d'échouer et les risques de l'intervention sont moindres que ceux d'une ou plusieurs interventions en urgence pour rupture de GEU.

Contraception après une ou plusieurs césariennes

Pendant les six semaines qui suivent une césarienne sans complication, il est préférable de recourir (à partir du 21^e jour) à une pilule combinée ou (à partir du 3^e jour) à une pilule progestative. Mais après six semaines, et en l'absence de complications, il n'y a aucune raison qu'on refuse de vous poser un DIU si vous le désirez... Les objections des médecins français ne tiennent pas debout. Rappelez-vous, encore une fois, qu'en Chine on insère le DIU dans l'utérus par la cicatrice de césarienne juste avant de la refermer. Et cette méthode est considérée comme parfaitement fiable par les médecins anglo-saxons – elle s'accompagne d'un moins grand nombre d'expulsions que lorsque le DIU est inséré au travers du col. Or, la cicatrice de la césarienne ne se trouve pas au fond de l'utérus (là où on pose le DIU), mais juste au-dessus du col (c'est-à-dire, là où pendent les fils!!!). Qui peut croire qu'un DIU de plastique souple,

mesurant 3,5 x 2 cm, peut perforer une cicatrice qui, bien recousue, doit résister à la pression d'un fœtus de 3 à 4 kg lors d'une grossesse ultérieure??? S'il ne vous est pas interdit d'être enceinte après une césarienne, l'interdiction de recourir à un DIU est absurde! Et s'il vous est fortement déconseillé d'être enceinte à nouveau, pourquoi, dites-moi, refuserait-on de vous poser un DIU?

Toutes les autres méthodes de contraception sont, bien entendu, parfaitement utilisables après une césarienne.

Contraception et tabac

Les femmes qui fument sont de plus en plus nombreuses. Il est vrai que le tabac ne fait pas bon ménage avec la pilule, mais il faut relativiser :

- ce qui est le plus dangereux, c'est le tabac, et non la pilule combinée;
- il ne faut pas se tromper d'urgence: le tabac fait courir des risques à long terme; les risques de grossesse non désirée, eux, sont immédiats (sauf quand on n'a pas de rapports hétérosexuels...);
- en l'absence d'autres facteurs de risques (voir p. 163), la pilule combinée ne présente pas de dangers particuliers chez la femme jeune (moins de trente-cinq ans), même si elle fume;
- après trente-cinq ans, la femme qui ne veut toujours pas utiliser autre chose qu'une pilule peut parfaitement passer à une pilule progestative, Cérazette de préférence car le tabac entraîne plus souvent un « spotting » (voir p. 208) avec les autres pilules progestatives. Cette pilule peut être prise sans danger par les fumeuses.

Ayez toujours chez vous: des préservatifs et du Norlevo.

Et faites votre possible pour cesser de fumer...

Contraception après quarante ans

Passé quarante ans, la fécondité baisse régulièrement. Cependant elle n'est pas nulle et une grossesse est toujours possible, quoi qu'on vous dise. Ne croyez pas que vous êtes « stérile » sous prétexte vous avez fait une infection de l'utérus ou des trompes: une grossesse, intra- ou extra-utérine, est toujours possible. Toutes les contraceptions sont donc utiles (et plus efficaces qu'à vingt-cinq ans), y compris la pilule combinée si vous n'avez pas de contre-indication. D'un point de vue strictement pratique, un DIU au cuivre est sans doute la méthode la plus satisfaisante: il assure une contraception dont l'efficacité est proche de 100 %, peut être laissé en place pendant plus de dix ans, et n'être retiré que lorsque la ménopause s'est installée. Le DIU hormonal et l'implant progestatif sont eux aussi très efficaces et très peu contraignants (et ils procurent une diminution ou une absence de règles qui est appréciée par de nombreuses femmes), mais ils doivent être changés plus souvent: tous les cinq ans pour le premier, tous les trois ans pour le second.

L'un comme l'autre peuvent contribuer à traiter les troubles de la ménopause commençante (bouffées de chaleur) si on leur associe des « patches » aux estrogènes.

Contraception et voyages

- Si vous devez vous absenter à l'étranger, vous pouvez vous faire délivrer votre pilule pour un an, avec l'ordonnance adéquate et un certificat de votre médecin.
- Si vous partez plus longtemps, choisissez un implant ou un DIU, qui vous permettra de ne pas avoir à vous soucier de contraception pendant trois à dix ans! Que vous optiez pour l'un ou pour l'autre, demandez au médecin de vous prescrire un anti-inflammatoire à prendre en cas de saignements intempestifs (« spotting ») ou de règles prolongées.
- Il n'y a aucun danger, contrairement à ce qu'on entend dire, à porter un DIU en Afrique ou n'importe où, d'ailleurs. (Pour-

quoi y en aurait-il?) Mais si vous n'êtes pas monogame, l'utilisation des préservatifs reste indispensable, que vous alliez en Afrique, en Amérique, en Asie, en Australie ou en Alaska... Enfin, si vous ne voulez pas utiliser une contraception permanente, il n'y a aucun danger (et vous avez même intérêt) à acheter à l'avance quelques boîtes de Norlevo!

Contraception et alcool

L'alcool n'a pas d'effet direct sur la contraception – il n'interfère pas avec l'absorption ou l'activité des pilules combinées ou progestatives, en particulier, sauf si vous vomissez parce que vous avez trop bu. Mais il peut avoir des effets indirects en agissant sur la perception de la réalité (vous pouvez penser que votre partenaire a mis un préservatif alors qu'il ne l'a pas fait) ou la mémoire (vous pouvez oublier de prendre votre pilule). Si vous n'êtes pas sûre de pouvoir contrôler la situation après un rendez-vous ou un dîner, ne buvez pas plus que vous ne pouvez le tolérer. Et si vous avez besoin d'alcool pour vous détendre avant d'avoir des rapports sexuels, choisissez une méthode de contraception que vous pouvez mettre en place à l'avance (éponge spermicide) ou qui est toujours en place (DIU, implant). Les échecs de préservatifs sont aussi plus fréquents quand *l'homme* est sous l'emprise de l'alcool.

Contraception et médicaments

- Aucun médicament n'interfère avec les DIU au cuivre. Non, pas même l'aspirine et les anti-inflammatoires (voir p. 287)!
- Plusieurs médicaments ne doivent jamais être associés à la pilule combinée ou à la pilule progestative, soit parce qu'ils risquent d'inactiver l'effet contraceptif (antibiotiques, antituberculeux, antiépileptiques, etc.), soit parce qu'ils sont en théorie susceptibles de favoriser la formation d'un caillot (médicaments antimigraineux; voir tableau ci-contre).

- Les lubrifiants gras fragilisent les préservatifs masculins. En revanche, ils sont sans effet sur les préservatifs féminins!!! (Voir p. 124.)
- Tous les médicaments utilisés par voie vaginale peuvent inactiver les spermicides (en particulier les traitements des mycoses, si fréquemment utilisés) et aussi fragiliser les préservatifs (voir p. 124).

Tableau 30 : Incompatibilité de certains médicaments avec les méthodes contraceptives

1 – Avec la pilule combinée

Antimigraineux (déconseillés en même temps que les pilules combinées, voir p. 170)	Diergo-Spray, Dihydroergotamine Sandoz, Gynergène caféiné, Ikaran, Migwell, Séglor ou Séglor Lyoc, Tamik.
Médicaments pouvant entraîner un échec contraceptif :	
antituberculeux	rifabutine (Ansatiptine), rifampicine (Rifadine, Rimactan);
antiépileptiques	phénobarbital (Alepsal, Aparoxal, Gardéнал, Kaneuron), phénytoïne (Di-Hydan, Dilantin), primidone (Mysoline), carbamazépine (Tégréтол), topiramate (Epitomax), vigabatrin (Sabril);
antifongiques	griséofulvine (Fulcine, Griséfuline);
anti-ulcéreux	lansoprazole (Lanzor, Ogast);
psychostimulants	modafinil (Modiodal);
antivirus HIV	ritonavir, nelfinavir, efavirenz, néviradine, etc.
L'effet des autres antibiotiques sur l'activité contraceptive n'est pas démontré.	

2 – Avec les méthodes progestatives (pilules, injections, implant, DIU Mirena)

Médicaments pouvant entraîner un échec contraceptif	
antituberculeux	rifabutine (Ansatiptine), rifampicine (Rifadine, Rimactan);
antiépileptiques	phénobarbital (Alepsal, Aparoxal, Gardéнал, Kaneuron), phénytoïne (Di-Hydan, Dilantin), primidone, (Mysoline), carbamazépine (Tégréтол), topiramate (Epitomax), vigabatrin (Sabril);
antifongiques	griséofulvine (Fulcine, Griséfuline)

Les cas particuliers

Contraception et handicap (voir p. 483)

- Les femmes ayant un handicap moteur, surtout si celui-ci les oblige à se déplacer en fauteuil roulant, ne devraient pas utiliser de pilule combinée, car l'œstrogène favorise la survenue de phlébites (caillots sanguins) dans les membres inférieurs. Mais elles peuvent parfaitement recourir à une pilule progestative, à un DIU ou à un implant contraceptif.

- Les femmes ayant un handicap cérébral ou un trouble de l'apprentissage ou du développement psychomoteur ne sont en général pas en mesure de prendre une pilule contraceptive (mais j'ai rencontré une jeune femme trisomique qui prenait une pilule progestative sans aucun problème, tout est donc affaire de capacité individuelle). En revanche, le DIU ou l'implant sont toujours utilisables. À mon avis, l'injection trimestrielle de progestatifs est une mauvaise méthode contraceptive pour une femme souffrant d'un handicap psychomoteur : elle l'oblige à subir une piqûre tous les trois mois et je ne vois pas pourquoi on lui imposerait ça alors que l'on dispose de méthodes moins traumatisantes. Dans tous les cas, la contraception doit à mon sens être discutée avec la famille et expliquée à l'utilisatrice (même si celle-ci a des difficultés à communiquer) avant que le choix ne soit fait. La contraception est destinée à protéger les femmes handicapées (comme n'importe quelles autres femmes) d'une grossesse intempestive, et à rassurer leurs familles. Elle n'est pas destinée à satisfaire l'idéologie des médecins. Le choix doit donc être proposé par le médecin et effectué par les intéressé(e)s.

- Une méthode malheureusement beaucoup utilisée jusqu'à ces dernières années était la stérilisation – forcée et clandestine – des personnes handicapées, parfois imposée comme condition préalable à l'accueil dans certains centres. De semblables agissements sont évidemment inacceptables. La loi votée en mai 2001 est claire : la stérilisation d'une personne handicapée sous tutelle ou curatelle n'est autorisée que lorsqu'il existe une contre-indi-

cation absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. Et cette intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles après avoir entendu la personne concernée (voir le texte de la loi p. 517). Or, en 2007, il n'est pas impossible, ni très traumatisant, de poser un implant progestatif à une femme handicapée... Il y a encore beaucoup à dire sur la contraception et la sexualité des personnes handicapées. Est reproduit en annexe (p. 483) un article publié en 1999 dans la revue *Network*. Il donne un aperçu général du problème mieux que je ne saurais le faire. Aux personnes (familles ou soignants) concernées ou intéressées par le sujet, je recommande également la lecture de *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale*, par Denis Vaginy (éditions Chronique sociale, 2002) ; ainsi que *Sexuality and Disability – A guide for everyday practice*, par Elaine Cooper et John Guillebaud (Radcliffe Medical Press, 1999), qui mériterait d'être traduit.

Contraception et prostitution

Les femmes prostituées sont souvent les dernières utilisatrices dont on se soucie quand on parle de contraception. Elles sont cependant tout à fait concernées et méritent comme toutes les femmes que leur santé et leur fertilité soient préservées. Le risque pour elles est double : grossesse et MST, avec le risque omniprésent du sida ou d'une stérilité. Aujourd'hui, les méthodes disponibles sont suffisamment efficaces et variées pour qu'elles puissent, elles aussi, se protéger.

- Le recours à une contraception aussi fiable que possible est indispensable :

- pour les femmes prostituées ayant déjà eu un enfant ou âgées de plus de trente-cinq ans, les meilleures méthodes sont actuellement le DIU Mirena et l'implant progestatif, qui assurent tous deux une contraception très efficace et une protection contre un certain nombre de MST ;

— pour les femmes prostituées n'ayant pas d'enfants et âgées de moins de trente-cinq ans, la pose d'un Mirena n'est pas toujours possible; l'implant ou les injections de progestatifs restent en revanche tout à fait utilisables. Celles qui préfèrent prendre la pilule trouveront plus confortable de pratiquer la méthode du «tricycle» (p. 210), pour espacer la survenue de leurs règles.

- La meilleure protection contre le plus grand nombre de MST est aujourd'hui le préservatif féminin qui ne devrait pas être plus difficile à imposer aux partenaires que le préservatif masculin (et même, plutôt moins). Et ayez toujours une boîte de Norlevo chez vous.

Contraception et migraines

Les femmes souffrant de migraines peu nombreuses, peu importantes et bien calmées par les antalgiques courants peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception. Quelques réserves cependant :

- les migraines intenses, avec «aura», contre-indiquent l'utilisation des pilules combinées (voir p. 169);
- par prudence, les femmes qui recourent depuis longtemps aux dérivés de l'ergot de seigle pour traiter leurs migraines ne devraient pas utiliser une pilule combinée (voir p. 393). Si elles désirent en utiliser une, il leur est parfaitement possible d'opter pour un autre traitement antimigraineux, car il existe aujourd'hui de nombreux médicaments plus efficaces sur la migraine que les dérivés de l'ergot de seigle;
- certaines femmes n'ont pas de migraines pendant la prise de la pilule, mais toujours au moment de la semaine d'arrêt; il leur est conseillé de pratiquer la méthode du «tricycle» (voir p. 210) ou d'utiliser une méthode autre que la pilule combinée;
- recrudescence ou multiplication des migraines ne sont pas toujours la conséquence de la prise de la pilule (combinée ou progestative). Si vous avez des crises rapprochées, demandez à

votre médecin de vous prescrire un traitement «de fond» (préventif) des migraines.

Contraception et fibromes

Les fibromes sont des tumeurs bénignes (non cancéreuses) qui se développent dans la paroi musculaire de l'utérus. Ils peuvent, s'ils grossissent beaucoup, déformer l'utérus et occuper un volume considérable dans le bas-ventre. De par la généralisation de la contraception hormonale, les femmes qui ont des fibromes volumineux sont de moins en moins nombreuses, car les progestatifs contenus dans toutes les pilules en ralentissent le développement. Il arrive cependant qu'après trente-cinq ou quarante ans, beaucoup de femmes présentent un petit fibrome de l'utérus.

Deux situations sont possibles :

- le fibrome a été découvert par le médecin en vous examinant, mais il n'est pas très gros et ne vous gêne pas : la contraception conseillée est une méthode hormonale (DIU Mirena, progestatifs) qui stoppera le développement du fibrome;
- le fibrome est volumineux et/ou provoque des saignements : si une intervention n'est pas nécessaire, la contraception est assurée par des progestatifs à forte dose (p. 257), qui sont aussi thérapeutiques (ils interrompent les saignements et diminuent le volume du fibrome).

Contraception et épilepsie

- L'épilepsie ne contre-indique pas l'utilisation d'une pilule combinée. Il semble même que la régulation hormonale induite par la pilule fasse diminuer la fréquence des crises chez les épileptiques. Toutefois, de nombreux médicaments antiépileptiques accélèrent l'élimination des hormones contraceptives par le foie. Cela entraîne au moins un «spotting»... et parfois aussi un échec de pilule! Les médicaments concernés sont : phénobarbital (Alepsal, Aparoxal, Gardéнал, Kaneuron), phénytoïne

(Di-Hydan, Dilantin), primidone (Mysoline), carbamazépine (Tégréto), topiramate (Epitomax), vigabatrin (Sabril).

Pour éviter ce type de problème, il est recommandé aux femmes souffrant d'épilepsie de prendre une pilule à 50 microgrammes d'estrogènes (Stédiril), et de pratiquer la méthode du « tricycle », qui consiste à prendre trois plaquettes d'affilée sans semaine d'arrêt (voir p. 210) et à laisser passer seulement quatre jours d'arrêt à l'issue des trois plaquettes.

- La pilule progestative présente le même problème et les spécialistes britanniques recommandent d'utiliser la pilule progestative la plus efficace pour bloquer l'ovulation (Cérazette) ou, si vous en utilisez une autre, d'en prendre *deux* comprimés chaque jour.

- Un DIU au cuivre est une contraception tout à fait acceptable pour une femme épileptique et n'interfère avec aucun traitement. Il arrive (très rarement) que l'insertion déclenche une crise chez les femmes atteintes d'épilepsie. Celles-ci doivent en être averties et le médecin doit prendre les précautions préalables pour que cela n'arrive pas (anesthésie locale, en particulier).

- Le DIU hormonal est aussi une contraception envisageable en cas d'épilepsie. Son efficacité étant principalement locale (son hormone agit directement sur l'utérus sans passer dans le sang), les médicaments antiépileptiques susceptibles d'inactiver les progestatifs n'ont pas d'action sur lui.

- L'implant progestatif, en revanche, risque d'être inactivé par les médicaments antiépileptiques. On manque actuellement de données pour dire si son activité est peu ou beaucoup modifiée. Dans le doute (et faute d'informations fiables), il vaut mieux avoir recours à une autre contraception.

- Si la femme épileptique désire utiliser des progestatifs injectables, il est recommandé de réduire les délais d'injection à dix semaines pour le Dépo-Provera.

Contraception et diabète

La prise d'une pilule combinée est permise sous certaines conditions (voir p. 172). Les pilules progestatives et les autres contraceptions comprenant des progestatifs sont toujours autorisées car elles n'agissent pas sur la glycémie. Les DIU le sont aussi, à condition de bien vérifier (comme pour toute patiente) l'absence d'infection « silencieuse » au niveau col de l'utérus avant l'insertion.

Contraception et maladies cardio-vasculaires

En dehors de la pilule combinée (voir p. 152), les autres méthodes sont en général utilisables en cas de maladie cardio-vasculaire. Les DIU au cuivre sont déconseillés si vous portez une valve cardiaque artificielle, mais pas dans les autres cas de maladies cardiaques.

Contraception et infections urinaires

Les cystites sont plus fréquentes chez les utilisatrices de diaphragme, car le diaphragme comprime l'urètre (le conduit urinaire qui va de la vessie à l'extérieur) quand il est posé. Les cystites sont parfois fréquentes chez les utilisatrices de pilule combinée sans qu'on sache exactement pourquoi. Peut-être est-ce parce que l'acidité du vagin est modifiée par les hormones de la pilule combinée – mais les cystites sont aussi plus fréquentes chez les femmes ayant des rapports sexuels que chez celles qui n'en ont pas... Il peut être intéressant, si les récurrences sont trop fréquentes, d'essayer un DIU au cuivre qui, lui, n'a aucune raison d'entraîner des infections urinaires.

Contraception et séropositivité au VIH

- *Les femmes séronégatives dont le partenaire masculin est séropositif* pour le VIH ont bien sûr tout intérêt à utiliser des préservatifs (masculins ou féminins). Mais le recours à une contraception hormonale n'est pas superflu : n'oubliez pas que les

préservatifs ne constituent pas une très bonne contraception. Si le préservatif craque ou glisse, le risque de contamination peut être minime alors que le risque de grossesse ne l'est pas. Deux précautions valent mieux qu'une. Les méthodes hormonales qui épaississent la glaire cervicale (pilule combinée, pilule progestative, implant ou DIU Mirena) sont recommandées.

- *Les femmes séropositives doivent évidemment demander à leur(s) partenaire(s), séropositif(s) ou non, d'utiliser des préservatifs pour éviter les infections ou réinfections.* Ça ne les dispense pas, de leur côté, d'utiliser une méthode contraceptive. Cependant, plusieurs antirétroviraux utilisés dans les trithérapies peuvent inactiver la pilule combinée. Il est donc préférable de recourir à une contraception par DIU au cuivre, de manière à ne pas vivre dans la crainte d'une grossesse favorisée par le traitement du VIH.

Contraception et autres maladies sexuellement transmissibles

- *Les personnes infectées (ou dont le partenaire est infecté) par le virus de l'hépatite B sont très contagieuses,* essentiellement par voie sexuelle. L'utilisation de préservatifs (féminins et masculins) est donc impérative, en plus d'une contraception hormonale efficace. En l'absence d'infection bactérienne au niveau du col de l'utérus ou du vagin, un DIU est également utilisable.

- **Pendant le traitement des MST bactériennes** (gonococcies, *Chlamydiae*), il est également indispensable de recourir aux préservatifs en cas de rapports sexuels, pour éviter une réinfection « en ping-pong » des deux partenaires, mais aussi parce que certains traitements (antifongiques) peuvent inhiber les effets de la pilule combinée! (Ce problème se pose aussi avec la pilule progestative.)

- **Les MST virales transmises par contact direct des organes génitaux nécessitent aussi l'utilisation de préservatifs :**

- l'herpès génital (masculin ou féminin) est très contagieux lorsqu'une éruption apparaît; lorsque l'éruption d'herpès a dis-

paru et a totalement cicatrisé, l'utilisation de préservatifs n'est plus indispensable;

- les végétations vénériennes (que les médecins nomment également « condylomes acuminés ») sont des sortes de verrues assez exubérantes qui touchent la région génitale et anale; elles sont traitées par des produits appliqués localement; elles sont très contagieuses et nécessitent l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins (ces derniers protègent mieux la vulve et les organes génitaux externes de la femme), y compris pendant le traitement car les produits appliqués sur les verrues sont très irritants pour la peau saine.

Contraception et tuberculose

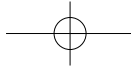
Certains traitements antituberculeux interfèrent avec les contraceptions hormonales (voir p. 224 et 393). Du fait que ces traitements durent souvent au moins six mois, la meilleure contraception dans ce contexte est un DIU au cuivre.

Contraception et chimiothérapie anticancéreuse

Les chimiothérapies anticancéreuses font vomir. Autant dire qu'elles sont incompatibles avec la prise d'une pilule, qu'elle soit combinée ou progestative. Par ailleurs, les anticancéreux ont souvent des effets tératogènes. Bien entendu, ils sont aussi souvent agressifs pour l'ovaire, mais une grossesse sous chimiothérapie (ou après) est TOUJOURS possible. Ne laissez jamais personne dire que vous ne serez jamais plus enceinte, sauf si vous êtes déjà ménopausée ou si vous n'avez plus d'ovaires, de trompes et/ou d'utérus à la suite d'une intervention chirurgicale! La meilleure contraception dans cette situation est soit un DIU (au cuivre ou hormonal), soit un implant progestatif.

Contraception et interventions chirurgicales

- Sauf intervention sur les organes génitaux, la présence d'un DIU ne pose évidemment aucun problème en cas d'intervention.



- La pilule combinée doit être interrompue deux semaines avant une intervention chirurgicale lourde ou portant sur les membres inférieurs ; dans l'intervalle, il est parfaitement possible de recourir à une pilule progestative, ou à une injection de progestatifs qui confère douze semaines de tranquillité avant d'avoir à reprendre une autre contraception.

- La pilule progestative peut être poursuivie sans interruption jusqu'au jour de l'intervention chirurgicale ; si vous avez des rapports sexuels dans la semaine qui précède (voire la veille de l'intervention), il est recommandé d'utiliser des préservatifs : il arrive, en effet, que, pour diverses raisons (vous pouvez vomir de manière répétée, par exemple), il vous soit impossible de reprendre votre pilule progestative dans les jours qui suivent immédiatement l'intervention ; un rapport sexuel non protégé dans les jours qui précèdent peut alors, en toute bonne logique, provoquer une grossesse juste après l'intervention.

Comment passer d'une méthode contraceptive à une autre

Je résume ici les informations sur les relais de contraception indiquées tout au long des chapitres précédents. (NB : si vous n'utilisiez aucune contraception, ou une méthode autre que celles qui sont indiquées ci-dessous, reportez-vous aux chapitres concernés pour savoir comment on commence les différentes méthodes.)

A. Vous n'utilisiez aucune contraception et vous venez d'avoir recours à une contraception d'urgence

- Si la contraception d'urgence utilisée est un DIU, vous n'avez plus besoin de rien !
- Si la contraception d'urgence utilisée est hormonale (Tétraynon ou Norlevo), il est fortement recommandé d'utiliser des préservatifs jusqu'à vos prochaines règles, pour vous assurer que

vous n'êtes pas enceinte (le risque d'échec est faible, mais pas nul). Demandez à votre médecin de vous prescrire une contraception à utiliser à partir du moment où vous serez sûre de ne pas être enceinte.

Lorsque vos règles réapparaissent, vous pouvez utiliser :

- DIU : à poser de préférence entre le 12^e et le 17^e jour du cycle ;

- pilule combinée, pilule progestative, implant, progestatifs injectables : à partir du 1^{er} ou 2^e jour des règles ; si l'une de ces méthodes est commencée plus tard (plus de huit jours après les règles), utilisez des préservatifs jusqu'au jour où vous la commencez, et pendant les sept jours qui suivent. Progestatifs injectables : ils peuvent être administrés à n'importe quel moment, mais utilisez des préservatifs jusqu'à la première injection.

B. Vous preniez une pilule combinée

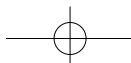
- Pilule combinée normodosée → pilule combinée minidosée : commencez la nouvelle pilule le lendemain du dernier comprimé, sans marquer de semaine d'arrêt.

- Pilule combinée minidosée → pilule de dosage équivalent ou supérieur : commencez la nouvelle pilule après l'arrêt (quatre ou sept jours) habituel.

- Pilule combinée → pilule progestative : commencez la pilule progestative le lendemain du dernier comprimé de pilule combinée, sans marquer d'arrêt et sans vous préoccuper d'éventuels saignements.

- Pilule combinée → DIU : tant que vous prenez une pilule combinée, le DIU peut être inséré à n'importe quel moment ; après l'arrêt de la pilule, le DIU doit être inséré de préférence entre le 12^e et le 17^e jour qui suivent les règles et, au plus tard, le 19^e jour.

- Pilule combinée → implant : l'implant peut être posé à n'importe quel moment tant que vous êtes sous pilule combinée ; s'il est mis en place plus de sept jours après une fin de plaquette de



pilule, il faut utiliser des préservatifs jusqu'à la pose de l'implant et jusqu'au 14^e jour qui suit la pose.

- Pilule combinée → progestatifs injectables : l'injection peut être faite à n'importe quel moment si la femme prend encore sa pilule combinée, et au plus tard le lendemain du dernier comprimé. Si l'injection est faite plus tard, il faut utiliser des préservatifs pendant les sept jours qui suivent.

- Pilule combinée → stérilisation féminine : il est souhaitable d'interrompre la pilule combinée quinze jours avant l'intervention, et d'utiliser des préservatifs en attendant. Si la méthode utilisée est chirurgicale (« ligature de trompes »), elle est efficace immédiatement et ne nécessite aucune contraception ultérieure. S'il s'agit d'une méthode endoscopique (voir p. 419), une contraception pendant trois mois après l'intervention est souhaitable, en attendant de vérifier que la méthode a réussi.

- Pilule combinée → vasectomie du compagnon : contrairement à la ligature des trompes, dont l'effet est immédiat, la vasectomie ne supprime pas immédiatement la fertilité de l'homme. En effet, il y a encore des spermatozoïdes tout le long du déférent, le tube qui relie le testicule à la prostate. Les spermatozoïdes qui se trouvent en aval de la zone sectionnée par le chirurgien peuvent parfaitement entraîner une grossesse. Aussi, il est recommandé à la compagne de l'homme vasectomisé de poursuivre sa contraception pendant trois mois après l'intervention, date à laquelle on vérifiera qu'il n'y a plus de spermatozoïdes dans le sperme.

C. Vous preniez une pilule progestative

- Pilule progestative → pilule combinée minidosée : commencez la pilule combinée le lendemain du dernier comprimé de la pilule progestative, sans marquer d'arrêt et sans vous préoccuper des saignements éventuels.

- Pilule progestative classique → Cérazette : commencez Cérazette le lendemain du dernier comprimé de la pilule pro-

gestative précédente, sans vous préoccuper des saignements éventuels.

- Pilule progestative → DIU : le DIU peut être inséré à n'importe quel moment pendant que vous prenez la pilule progestative ; s'il s'agit d'un DIU au cuivre, son efficacité est immédiate, vous pouvez interrompre la prise de la pilule progestative le jour même ; s'il s'agit d'un DIU hormonal Mirena, continuez la pilule progestative pendant les quatre jours qui suivent l'insertion.

- Pilule progestative → implant : l'implant peut être posé à n'importe quel moment également ; continuez la pilule progestative pendant quatre jours.

- Pilule progestative → pilule combinée : celle-ci peut être prise à n'importe quel moment ; la prise de la pilule progestative peut être interrompue le jour même. Ne vous préoccupez pas d'éventuels saignements.

- Pilule progestative → ligature des trompes : la pilule progestative doit être poursuivie jusqu'à l'intervention.

- Pilule progestative → vasectomie du compagnon : il faut continuer à utiliser la pilule progestative pendant trois mois après la vasectomie. Vous pourrez arrêter la pilule progestative après la disparition des spermatozoïdes vérifiée par spermogramme.

D. Vous étiez porteuse d'un DIU

- DIU → pilule combinée : faites-vous envoyer une ordonnance de pilule combinée par votre médecin ; commencez-la le premier jour de vos prochaines règles ; vous pourrez vous faire ôter le DIU ensuite le jour de votre choix.

- DIU → pilule progestative : commencez la pilule progestative une semaine avant le retrait du stérilet (demandez à votre médecin de vous envoyer l'ordonnance à l'avance) ; si le DIU est retiré du jour au lendemain, commencez la pilule progestative le jour du retrait et prenez des précautions contraceptives supplémentaires pendant les quatre jours qui suivent.

- DIU → implant : vous pouvez faire poser l'implant et retirer le DIU le même jour, mais il faut utiliser des préservatifs pendant les quatre jours suivants.

- DIU → progestatifs injectables : le DIU peut être retiré le jour de l'injection.

E. Vous portiez un implant progestatif

- Implant → pilule combinée : commencer la pilule combinée le jour du retrait, sans autre précaution.

- Implant → pilule progestative : commencer la pilule progestative le jour du retrait de l'implant.

- Implant → DIU : le DIU au cuivre est efficace le jour de la pose ; un Mirena (qui contient la même hormone que l'implant) le sera aussi, dans ce cas de figure particulier.

- Implant → progestatifs injectables : l'injection est efficace immédiatement, l'implant peut être retiré le jour même.

F. Vous receviez des injections de progestatifs

Le retour à la fertilité est souvent assez long après injections de progestatifs. Mais ça n'est qu'une notion statistique ! Certaines femmes ovulent très vite après l'arrêt des progestatifs injectables. Par précaution, quelle que soit la méthode que vous désirez utiliser ensuite, il faut donc la mettre en œuvre au moins dix jours avant la date où vous auriez reçu l'injection suivante si vous aviez décidé de poursuivre les progestatifs injectables.

Sixième partie

La contraception chirurgicale : ligature des trompes et vasectomie

Il arrive parfois que les nombreuses méthodes de contraception échouent, ou ne suffisent pas. La vie est de plus en plus longue. La nécessité de recourir à une contraception l'est aussi. Passé un certain âge – qui peut varier d'une personne à l'autre – on peut se dire : je ne veux plus d'enfants. Il existe des méthodes de contraception quasi définitives, qui consistent à pratiquer la stérilisation chirurgicale de la femme (ligature des trompes) ou de l'homme (vasectomie ou ligature des déférents). Autorisées par la loi depuis 2001 en France (elles étaient, auparavant, considérées comme des mutilations), ces techniques sont aujourd'hui réglementées. La stérilisation chirurgicale doit en effet être une méthode choisie par le couple et non, par exemple, imposée aux personnes incapables de choisir (la stérilisation des handicapés, des malades mentaux ou des délinquants sexuels a de tout temps été prônée par certains idéologues...). La contraception chirurgicale est couramment pratiquée depuis vingt ans dans les pays anglo-saxons. En 1995, 11 millions de femmes américaines et

4 millions d'hommes en avaient déjà bénéficié, tandis que 20 % des hommes et femmes britanniques de plus de quarante ans en font couramment la demande.

La France en retard en matière de stérilisation volontaire

En Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne, dans les pays scandinaves, en Italie, en Autriche, en Espagne, aux États-Unis, au Canada, la stérilisation est considérée comme une démarche individuelle, dans laquelle le rôle du médecin consiste à indiquer les avantages et les inconvénients, les risques et les contre-indications, c'est-à-dire aider le patient à faire un choix éclairé sans projeter sur lui ni lui imposer ses valeurs personnelles.

En France, pendant très longtemps, la stérilisation volontaire a été interdite par la loi, au nom d'un principe de « non-mutilation » du corps qui remonte à Napoléon, selon lequel les soldats étaient punis s'ils s'étaient auto-mutilés pour ne pas partir au combat. Depuis vingt ou vingt-cinq ans, les médecins qui procédaient à une ligature de trompes (stérilisation féminine) ou à une vasectomie (stérilisation masculine) le faisaient au compte-gouttes, de peur d'être poursuivis par les tribunaux, en imposant nombre de restrictions.

À l'opposé, depuis de nombreuses années, et avec une certaine hypocrisie, ont des stérilisations étaient non seulement tolérées mais pratiquées, parfois par compassion, parfois de manière arbitraire : des patient(e)s handicapé(e)s avant leur admission dans

1. En 1997, *Charlie Hebdo* publiait un article sur la stérilisation « occulte » des handicapés, dénoncée depuis 1991 par Nicole Diederich, sociologue de l'INSERM. D'après elle, 35 % des 260 femmes handicapées admises en institution dans le département de la Gironde avaient été stérilisées – à une époque où la stérilisation de toute personne, rappelons-le, était totalement illégale!!!

certains centres de soin¹ ; ligatures de trompes à la troisième césarienne sans consultation de la première intéressée, mais en obtenant l'autorisation du mari pendant que la patiente était anesthésiée, etc.

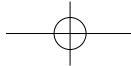
La loi de 2001 sur la contraception a légalisé la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux adolescentes (dans les lycées et les pharmacies) et elle a prolongé les délais d'IVG de douze à quatorze semaines. Ce qu'on sait moins, **c'est qu'elle a rendu légale la stérilisation volontaire de manière très simple et très précise :**

1° Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation. Un(e) mineur(e) ne peut pas demander une stérilisation. Une personne handicapée ne peut être stérilisée, sauf si un juge autorise la procédure après avoir, si possible, entendu la personne elle-même.

2° La seule condition préalable est un délai de réflexion de quatre mois entre la demande et sa confirmation auprès du médecin qui pratiquera l'intervention. **Il n'y a pas de condition d'âge ou de nombre d'enfants.** En théorie, un homme ou une femme qui ont décidé de ne jamais avoir d'enfants ont parfaitement le droit de demander et d'obtenir une stérilisation une fois qu'il ou elle ont atteint l'âge de dix-huit ans.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une intervention de stérilisation, mais il doit avertir d'emblée le/la patient(e) de son refus d'y procéder **et le/la diriger vers un praticien qui acceptera de s'en charger, comme le Code de la santé publique l'y oblige.**

Cela, c'est la théorie. En pratique, bien entendu, ça ne se passe pas du tout comme ça.



Une pression sociale d'une grande violence

L'immense majorité des femmes qui, après un certain nombre de grossesses et d'échecs ou d'aléas de la contraception, demandent une ligature de trompes s'entendent dire : « Vous êtes trop jeune. Vous pourriez le regretter. Si vous perdez un enfant, vous voudrez peut-être en avoir un autre. Et si vous divorcez pour vous remarier ? » Etc.

Toutes ces remarques sont bien sûr à rapprocher des commentaires (« Ne serait-il pas temps pour vous d'avoir des enfants ? ») que subissent les femmes sans enfants qui, à trente-cinq ans, désirent changer de contraception pour passer de la pilule au DIU (dispositif intra-utérin ou « stérilet », terme particulièrement malheureux).

La pression sociale qui s'exerce sur les femmes pour les inciter à avoir des enfants est d'une grande violence. Et certains médecins en sont les premiers agents, lorsqu'ils refusent une contraception sous des prétextes non scientifiques, tout comme lorsqu'ils dirigent hâtivement des femmes inquiètes de ne pas être enceintes vers des explorations lourdes et douloureuses ou des méthodes de procréation assistée... très lucratives pour ceux qui les pratiquent.

La résistance (ou les intimidations) des médecins à l'égard de ces choix est cependant identique. Les « conditions » imposées aux femmes – avoir un certain âge ou un certain nombre d'enfants – sont non seulement arbitraires mais illégales. Elles ne font que traduire l'idéologie et les valeurs personnelles du médecin.

Il n'est bien entendu pas question d'imposer une intervention à un médecin (ne serait-ce que parce qu'un professionnel qu'on

contraint travaille mal...) mais d'exiger plusieurs choses légitimes :

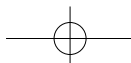
1° le respect de la demande par le médecin ; aucun jugement n'a à être porté sur la personne, homme ou femme, ou le couple qui demande à être stérilisé(e) ;

2° une information loyale sur les méthodes de contraception disponibles. L'expérience des professionnels qui œuvrent à fournir une contraception de qualité à toutes les femmes qui la leur demandent est en effet très claire : lorsque la contraception est librement choisie par la femme et adaptée à son mode de vie, elle est non seulement bien tolérée mais efficace, et les demandes de stérilisation sont beaucoup moins fréquentes ;

3° une information fiable et dénuée de menaces sur la loi, les méthodes de stérilisation, la manière de les pratiquer, les risques qu'elles présentent, les chances de réversibilité, etc.

L'article R. 4127-35 du Code de la santé publique (ancien article 35 du Code de déontologie médicale) est sans ambiguïté : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » ;

4° dans le cas où le médecin consulté refuse de procéder lui-même à l'intervention, il doit le dire d'emblée et indiquer au/à la patient(e) un confrère prêt à la faire. Autrement dit : il doit faciliter au patient l'accès à une procédure légitime et s'interdire d'y faire obstacle.



L'article R. 4127-47 du Code de la santé publique précise en effet : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Quand la décision de se faire stériliser est-elle « valide » ?

Les médecins qui refusent de pratiquer une intervention chirurgicale de stérilisation sur une personne consentante sont souvent influencés (consciemment ou pas) par des images très violentes, en particulier celles des stérilisations forcées imposées par tous les gouvernements (pas seulement sous l'Allemagne nazie, mais aussi aux populations « socialement indésirables » aux États-Unis dans les années 1920 : handicapés, mais aussi pauvres et alcooliques) sur de multiples populations au fil des siècles. Ils oublient que les personnes qui viennent demander une stérilisation chirurgicale ne sont forcées par personne. Ils oublient aussi que de nombreux médecins ont procédé à des stérilisations forcées en France jusqu'à une période toute récente (voir plus haut).

« Vous êtes trop jeune pour vous faire ligaturer les trompes », « Vous n'avez que deux enfants, vous en voudrez peut-être un troisième »... Telles sont les déclarations qui sont opposées aux demandes. Mais un couple qui, à vingt-cinq ans, a déjà quatre enfants et n'en veut pas d'autres, aurait-il moins de raisons de choisir une stérilisation qu'un couple qui, à trente-huit ans, n'en a qu'un et n'en veut pas d'autres ou qu'une personne célibataire qui décide de ne jamais avoir d'enfants (d'autant qu'un céliba-

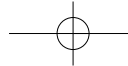
taire peut adopter...)? Quand on pose la question ainsi, en introduisant des critères comme l'âge et le nombre d'enfants, on ignore et on nie que la vie, l'expérience et les décisions des individus n'ont rien à voir avec l'âge ou le nombre d'enfants. On peut être parfaitement autonome à seize ans et toujours immature à quarante-cinq. On peut se sentir capable d'avoir un enfant mais pas plus. La seule personne apte à le dire, c'est l'intéressé(e).

En quoi un médecin serait-il plus apte que l'intéressée à déterminer ce qui est bon pour lui ou pour elle? Son rôle n'est pas de servir de directeur de conscience, mais d'aider l'homme ou la femme à identifier les motifs de sa demande et à déterminer si la stérilisation est la meilleure solution (ou la moins mauvaise).

Le choix de ne pas ou plus avoir d'enfants est toujours respectable

Évidemment, le choix d'une stérilisation n'est pas le même selon qu'on a eu ou non des enfants. Quand on en a, c'est pour ne plus en avoir. Quand on n'en a pas, c'est pour ne jamais en avoir. Mais, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'un choix aussi respectable que celui de rester célibataire, de se marier, de divorcer, ou d'avoir des enfants.

En conscience, personne (ni le patient, ni le médecin) ne peut savoir si la décision de ne pas/plus avoir d'enfants est une décision qu'on regrettera ou non. Certes, c'est une décision grave et irréparable, mais, n'impliquant que la première personne intéressée, elle n'est, somme toute, pas plus grave que celle d'AVOIR des enfants – laquelle met tout de même en jeu la vie d'un grand nombre de personnes (l'autre géniteur, les enfants qu'on décide d'avoir, leurs propres enfants à venir, etc.)!!!



Il est paradoxal de demander à une personne de réfléchir à sa décision de ne pas avoir d'enfants (ou de prendre une contraception, ou de poursuivre une grossesse), alors qu'on ne demande jamais ou presque à une femme majeure de réfléchir à sa décision d'avoir un enfant ou d'être enceinte.

Quant à la capacité de chacun à se projeter dans le futur, si souvent invoquée par les médecins, est-elle meilleure quand on se marie, quand on achète une maison ou quand on fait un choix professionnel que lorsqu'on décide de se faire stériliser? Non, évidemment.

Des obstacles subjectifs et idéologiques, non scientifiques

Il semble donc bien que la « réflexion » exigée par les médecins au sujet de la fécondité soit réservée aux situations où les femmes, surtout les femmes, décident de ne pas avoir d'enfants (contraception, IVG, stérilisation).

Les arguments invoqués sont essentiellement idéologiques et tiennent à une conception très fortement teintée de catholicisme selon laquelle une femme ne s'accomplirait pleinement qu'à travers la maternité.

Bien sûr, il est rare que les médecins aient recours ouvertement à ce type d'arguments, parfaitement indéfendables car contraires à l'éthique. Le plus souvent, ils invoquent plutôt des motifs subjectifs – le regret ultérieur si l'on perd un enfant ou si l'on divorce et se remarie – ou médicaux : les risques liés à l'intervention, les conséquences psychologiques.

Passons sur les deux premiers motifs, qui sont purement et simplement inacceptables en ce qu'ils font planer sur la tête des

personnes des menaces qu'aucun médecin n'est en droit d'invoquer, car elles sont contraires à l'éthique. Un médecin n'a pas à se mêler de la vie de ses patients ni à énoncer des « prédictions » à ce sujet.

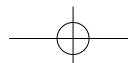
Les arguments médicaux

Les « risques médicaux » invoqués ne sont pas plus valides. Statistiquement, en effet, contraception, IVG et stérilisation ne sont pas médicalement plus risquées pour la vie de la femme qu'une grossesse, c'est même le contraire. Ainsi, le risque de mourir de la prise de la pilule est SIX FOIS INFÉRIEUR au risque de mourir du fait d'une grossesse (voir p. 161)...

Le seul argument médical valide pour inciter une personne à réfléchir à sa décision n'est donc ni son âge (quel serait le « bon » âge?) ni le nombre d'enfants qu'elle a (quel serait le « bon » nombre d'enfants?), mais sa position, à elle, face au caractère définitif de la procédure. **Se faire stériliser est un choix qui doit être considéré comme irréversible.** Même si les trompes (« clippées » ou sectionnées pendant la ligature des trompes, obturées par la méthode Essure – voir plus bas) ou les déférents (sectionnés lors de la vasectomie) sont réparés, la probabilité pour l'individu d'avoir des enfants est ensuite très inférieure à 50 %.

Un argument cependant mérite réflexion : **plus la femme est jeune, plus les échecs de stérilisation** (par les méthodes des ligatures de trompes) **sont nombreux.**

Avec la méthode de stérilisation la plus efficace utilisée (l'ablation partielle des trompes juste après un accouchement) le taux d'échec pour les femmes stérilisées avant vingt-sept ans est de 11,4/1 000 ; entre vingt-sept et trente-trois ans, de 5,7/1 000 ; après trente-quatre ans, de 3,8/1 000. De plus, d'après l'étude



CREST, 33 % des grossesses survenues après une stérilisation sont des grossesses extra-utérines, ce qui évidemment est préoccupant¹.

Autrement dit, avant vingt-sept ans, il n'est pas sûr que la stérilisation soit une bonne méthode contraceptive : statistiquement, les DIU (3 à 8/1 000 échecs) et l'implant (moins de 5/1 000) font mieux, y compris contre les grossesses extra-utérines ! Alors, pourquoi subir une intervention lourde avant cet âge alors qu'une méthode non contraignante sera plus sûre ?

Après trente-cinq ans, en revanche, étant donné les faibles risques liés à la chirurgie, surtout depuis l'apparition de la méthode ESSURE, non invasive et non traumatisante, la sécurité et le confort (absence des effets secondaires liés aux méthodes contraceptives) sont des arguments MÉDICAUX de poids qui justifient une stérilisation contraceptive par une femme, un homme ou un couple qui en ont pris la décision.

Les risques psychologiques existent, certainement, mais sont-ils plus grands que ceux d'une grossesse ? Dissuade-t-on les femmes d'être enceintes pour prévenir les dépressions du post-partum ? Non, bien sûr. De plus, les études effectuées dans les pays où la stérilisation volontaire existe depuis plusieurs décennies montrent que les troubles psychologiques après l'intervention sont liés à la personnalité de l'individu, non à l'intervention elle-même – comme pour toute situation exceptionnelle.

Il en va de même des « remords ». L'étude CREST, citée plus haut, indique que 0,2 % des femmes ayant été stérilisées ont

1. Peterson H.B., Xia Z., Hughes J.M., et al., « The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization », *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1161-1170.

demandé une chirurgie réparatrice. Bien sûr, il s'agit de femmes américaines, culturellement différentes des Françaises. Mais tant qu'aucune étude statistique n'aura été menée en France, on ne voit pas comment les médecins français pourraient avancer que leur proportion est beaucoup plus élevée dans ce pays.

Toujours d'après l'étude du CREST, les femmes âgées de moins de trente ans sont deux fois plus nombreuses à regretter l'intervention que les plus de trente ans : 4,2 % lorsqu'elles l'ont subie entre vingt et vingt-quatre ans ; 2,4 % lorsqu'elles l'ont subie entre trente et trente-quatre ans. Mais, globalement, les regrets sont peu nombreux. Il peut être légitime, pour un médecin, d'inciter une femme de moins de trente ans dont il pense la décision hâtive, d'aller en parler à un professionnel de l'écoute (psychiatre, psychologue). Mais il n'est pas justifié d'opposer le « regret » à l'ensemble des femmes qui font la démarche alors qu'un très petit nombre d'entre elles le regretteront ensuite et un plus faible nombre encore demanderont une réparation.

Principal obstacle à la stérilisation volontaire : les médecins !

En tout état de cause, aujourd'hui, la loi énonce clairement que si une personne a décidé de ne pas/plus avoir d'enfants, nul n'est en droit de lui contester ce droit.

Dans les faits, la stérilisation volontaire étant laissée aux mains des médecins et des chirurgiens, leur refus de procéder à ce type d'intervention est un obstacle sérieux à la liberté individuelle.

Encore une fois, il n'est pas pensable d'obliger des chirurgiens à procéder à des opérations auxquelles ils sont idéologiquement opposés. Mais on peut en revanche exiger d'eux qu'ils n'empêchent pas les patients d'y accéder. Dans le cadre de leur exercice,

en donnant une information loyale et non terrorisante ; à l'hôpital, en permettant aux médecins qui désirent acquérir une formation à ces techniques de le faire.

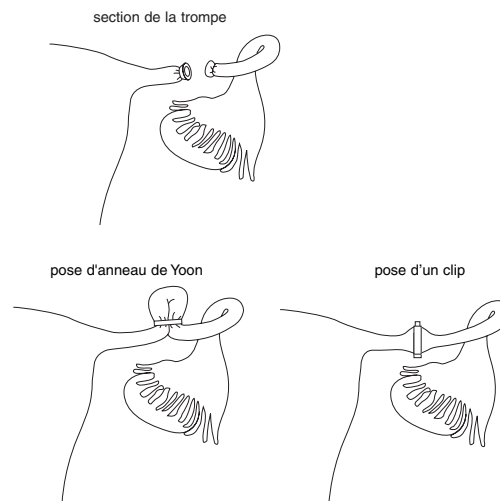
En effet, les facultés de médecine française n'incluent pas les techniques de stérilisation à la formation des médecins, alors que celles-ci devraient faire partie de l'enseignement, au même titre que la contraception et l'IVG. C'est regrettable. Il ne s'agit pas d'obliger les médecins à pratiquer des gestes contre leur gré, mais de leur donner au moins l'information objective nécessaire pour qu'ils guident les patients qui le désirent vers des techniques autorisées par la loi et auxquelles ils sont en droit d'accéder!!!

Les méthodes de stérilisation disponibles en France

La ligature des trompes (figure 19)

Elle consiste à interdire la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes, en coupant la trompe, en la nouant avec un anneau ou en la pinçant avec un « clip ». L'intervention, qui en France se fait sous anesthésie générale par coelioscopie (introduction d'un tube optique par un minuscule orifice pratiqué au niveau du nombril) ou par minilaparotomie (une incision de 3-5 cm de large, juste au-dessus du pubis), nécessite une anesthésie générale et une hospitalisation de vingt-quatre à quarante-huit heures. La ligature des trompes est, en principe, efficace immédiatement. Elle n'est pas réversible quand la technique consiste à couper les trompes. Il est plus facile de changer d'avis quand la technique comporte la pose de clips, mais les échecs (dus à un clip détaché, par exemple) sont évidemment plus fréquents. Les incidents ou accidents dus à une ligature des trompes sont exceptionnels : aux États-Unis, les décès dus aux stérilisations chirurgicales sont dix fois moins nombreux que ceux que provoque la grossesse!

Figure 19: Ligature des trompes (stérilisation tubaire)



La méthode « Essure »

C'est une méthode récente, non invasive. L'opérateur passe par le col de l'utérus, grâce à un hystéroscope, appareil optique qui permet de regarder dans l'utérus et d'y pratiquer de petits gestes chirurgicaux. Il dépose à l'entrée des trompes un dispositif qui favorise la formation d'un « bouchon » naturel à partir des tissus de la trompe. Ce « bouchon » met environ trois mois à se constituer. Cette méthode a de nombreux avantages :

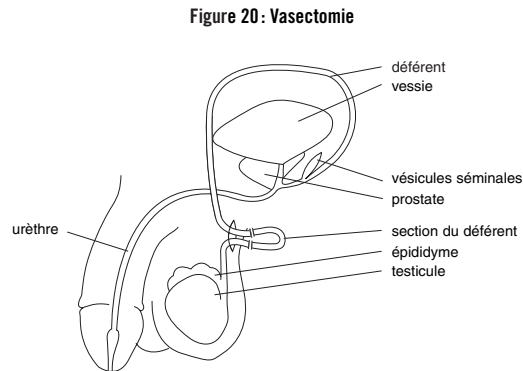
- rapidité d'exécution (moins d'une heure), sous anesthésie locale ;
- pas d'hospitalisation, pas d'intervention ; ni convalescence, ni cicatrice ;
- efficacité aussi grande que les méthodes chirurgicales.

Comme les autres méthodes de stérilisation, elle est bien sûr irréversible.

Il est possible de consulter le site du concepteur de la méthode sur sa page Internet (www.essure.ch). La page indique également comment contacter les centres qui pratiquent la méthode en France.

La vasectomie (figure 20)

Elle consiste à bloquer l'émission des spermatozoïdes en coupant le déférent, conduit par lequel les spermatozoïdes voyagent (et acquièrent leur maturité) entre le testicule et la prostate. L'intervention se fait sous anesthésie locale, dure moins d'une demi-heure et consiste à pratiquer une incision sur la peau de la bourse, à en faire sortir le déférent, à le ligaturer et à le couper. C'est une intervention encore plus simple que la ligature des trompes, qui ne nécessite pas du tout d'hospitalisation : elle peut être faite dans la journée.



Efficacité de la contraception chirurgicale

Comme on peut l'imaginer, les interventions de stérilisation chirurgicale sont très efficaces. Mais ne croyez pas qu'elles le soient à 100 % ! On observe 0,4 % d'échecs pendant l'année qui suit une ligature des trompes, 0,15 % d'échecs pendant l'année

qui suit une vasectomie. Les échecs peuvent être dus à une erreur technique (surtout dans le cas de ligature des trompes), à l'absence de contraception avant l'intervention (une grossesse peut débiter juste avant l'intervention) ou, dans le cas de la vasectomie, à l'abandon prématuré de la contraception par la compagne. Il reste en effet des spermatozoïdes en aval de la section, et il faut entre six et dix semaines pour qu'ils aient tous été évacués. La contraception féminine (ou l'utilisation de préservatifs) doit donc se poursuivre jusqu'à ce qu'un spermogramme ait confirmé la disparition des spermatozoïdes.

Il faut également rappeler que le nombre d'échecs de ligature des trompes est plus élevé chez les femmes jeunes (qui sont plus fertiles et dont les trompes cicatrisent mieux spontanément) et diminue avec le temps. Par conséquent, plus la ligature des trompes est faite tôt, plus le risque de nouvelle grossesse est élevé. Et, une fois sur trois, les grossesses après ligature des trompes sont des GEU, ce qui est logique, car la trompe a été abîmée par l'intervention... De sorte que, pour les femmes de moins de trente-cinq ans, un DIU est une contraception plus efficace et moins dangereuse qu'une ligature des trompes. Si le couple est absolument déterminé à recourir à la stérilisation, la vasectomie est plus simple, fait courir moins de dangers, et est plus efficace.

Moins agressive que la ligature des trompes, la méthode « Essure » apparaît comme l'équivalent de la vasectomie, par sa simplicité et son efficacité.

Réversibilité des méthodes chirurgicales

Toutes les méthodes de stérilisation doivent être considérées comme définitives. Il ne serait pas raisonnable de proposer semblable méthode en laissant entendre qu'elle est temporaire ou qu'elle peut être réparée. En effet, même si la microchirurgie permet de « rouvrir » une trompe, celle-ci risque fort de ne pas

laisser passer les spermatozoïdes ou, pire, un ovule fécondé, et de favoriser le développement, toujours dangereux, de grossesses extra-utérines. Pour ce qui concerne la vasectomie, la réparation microchirurgicale des déférents dans les trois années qui suivent la stérilisation permet à nouveau à l'homme d'avoir des enfants dans 50 % des cas. Au-delà de dix ans, les résultats de la repermeabilisation tombent à 30 % de succès. En effet, les hommes vasectomisés fabriquent souvent, à la longue, des anticorps contre leurs propres spermatozoïdes, ce qui les rend stériles même si les déférents sont réparés. De sorte que l'on propose toujours, avant vasectomie, de conserver du sperme dans le cas où l'homme voudrait de nouveau avoir des enfants.

Quelles sont les conséquences de la stérilisation chirurgicale ?

Si l'intervention a été choisie et acceptée par le couple après mûre réflexion, elle n'a aucune conséquence néfaste. La sexualité des couples est plutôt libérée par la disparition de la peur de la grossesse.

La ligature des trompes a même un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire, sans qu'on puisse expliquer cette observation.

La vasectomie a été accusée de favoriser des cancers (du testicule, de la prostate), mais il s'agit d'un mythe, qui a été démenti par le suivi de dizaines de milliers d'hommes opérés. Elle a également été accusée d'accroître les risques cardio-vasculaires, mais ça n'a jamais été démontré non plus. Du fait que les hommes n'ont besoin que d'une anesthésie locale, ils ne courent même pas le faible risque inhérent à l'anesthésie générale que présente la ligature des trompes.

Mais il ne s'agit ici que des conséquences physiques.

Les facteurs psychologiques et culturels jouent beaucoup. Les vasectomies sont beaucoup moins fréquentes en France que dans les pays anglo-saxons parce que la fertilité n'y est pas considérée

de la même manière. Dans les pays latins, toute atteinte à la fertilité est vécue comme une atteinte à la virilité, ce qui n'est pas le cas en Angleterre, en Scandinavie et aux États-Unis, où l'on dissocie plus facilement les deux.

La stérilisation chirurgicale peut tout de même avoir des effets à long terme sur le couple, tout simplement parce que les individus changent : il n'est pas facile pour tout le monde de faire le deuil de sa fertilité, et la stérilisation peut être source d'une grande souffrance, de nombreuses années après avoir été pratiquée. De plus, l'allongement de la vie et l'éventualité d'un divorce, d'un remariage et d'un nouveau désir d'enfants peuvent entrer en ligne de compte, mais ils sont évidemment difficilement envisageables par un couple qui s'entend bien !

Qui demande une ligature des trompes ou une vasectomie ?

Les femmes ou les couples qui demandent une stérilisation chirurgicale ont souvent un grand nombre d'enfants, une vie matérielle difficile ; ils ont aussi souvent été confrontés à de nombreux échecs de contraception et à des IVG ; l'éventualité d'une nouvelle grossesse et/ou d'une nouvelle IVG leur est extrêmement pénible. Beaucoup de femmes âgées de moins de trente ans font la demande d'une ligature des trompes juste après une IVG ou une grossesse difficile, compliquée ou mal acceptée. Elles subissent leurs conditions de vie et pensent qu'en se débarrassant de l'éventualité d'une grossesse, elles pourront en partie arranger les choses. Les semaines qui suivent les IVG sont le pire moment (mais aussi le plus fréquent) pour demander une ligature des trompes. Les femmes, les couples n'ont pas de recul, et n'imaginent pas que leur vie puisse changer en bien (ne serait-ce qu'avec un autre compagnon, par exemple) et que, dix ans plus tard seulement, ils pourraient désirer avoir d'autres enfants.

Mais en matière de ligature des trompes, l'urgence est toujours une mauvaise chose, et encore plus quand c'est le médecin qui la crée! En pratique, je propose toujours aux femmes qui demandent une ligature des trompes d'essayer d'abord une contraception par DIU. Ceux-ci, par leur efficacité et leur confort extrêmement grands, sont plus faciles à mettre en œuvre et aussi satisfaisants qu'une stérilisation...

Actuellement, la loi impose un délai de quatre mois de réflexion, à l'issue duquel la personne (ou le couple) doit renouveler sa demande. En attendant la décision, il est évidemment indispensable que le couple, aidé par le médecin, choisisse la contraception la plus fiable possible!!! Souvent, un DIU (au cuivre ou hormonal, au choix) est la méthode la plus sûre et la plus confortable en attendant l'intervention. Certaines femmes en sont si satisfaites... qu'elles se passent d'intervention chirurgicale.

Septième partie

L'interruption volontaire de grossesse

Ce n'est pas une méthode contraceptive. **C'est même, à mon sens, ce que toutes les méthodes contraceptives visent à éviter.** Car la contraception n'est pas destinée à empêcher les femmes d'avoir des enfants, mais à leur éviter d'être enceintes quand elles n'en ont pas le désir. Lorsqu'elles sont enceintes sans désir, très souvent, elles avortent.

Je ne vais pas m'étendre longuement sur l'IVG, à laquelle j'ai consacré un livre entier (*La Vacation*, POL, 1989; rééd. J'ai lu, 1999), mais dire simplement ceci: une IVG, ça fait souffrir tout le monde. Il y a cependant des choses qui méritent, à mon sens, d'être redites, pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté, et d'autres qui méritent d'être soulignées parce qu'elles ne sont jamais évoquées nulle part.

En France, l'IVG est autorisée depuis 1975, grâce à une loi proposée et défendue par Mme Simone Veil. Les IVG ne sont pratiquées que dans des centres publics ou dans des cliniques privées agréées.

Il existe deux techniques d'IVG

L'IVG médicamenteuse : elle ne peut être pratiquée que pour les grossesses de moins de sept semaines d'aménorrhée (sept semaines à dater du début des dernières règles, ou cinq semaines à partir de l'ovulation théorique). Elle consiste à donner à la femme un premier médicament, de la mifépristone (ou « RU 486 », commercialisé sous le nom de Mifégyne), puis, deux jours plus tard, un second médicament, une prostaglandine (Cytotec), qui complète les effets du premier. Dans les heures qui suivent la prise du second médicament, la grossesse s'interrompt : la femme fait une « fausse couche » dans le service où on l'a accueillie. Lorsqu'elle est utilisée avant la 7^e semaine de grossesse, l'efficacité de cette méthode est grande, mais pas totale. Dans un petit nombre de cas, la grossesse n'est pas interrompue, ou l'œuf n'est pas expulsé et il est nécessaire de recourir à une aspiration.

L'IVG par aspiration : elle peut désormais être pratiquée jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhée (douze semaines depuis l'ovulation théorique). Elle consiste à vider l'utérus de son contenu au moyen de sondes creuses (sondes de Karmann) branchées sur un appareil à aspiration. Cette intervention peut se faire sous anesthésie locale (on injecte un anesthésique autour du col de l'utérus avant l'aspiration) ou générale (on endort la femme pendant quelques minutes). Dans le premier cas, la femme ne reste que trois heures à l'hôpital. Dans le second, on la garde quatre à six heures après son réveil. L'autorisation de pratiquer des IVG jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhée a été motivée par le fait qu'il s'agit du délai autorisé dans la plupart des pays européens limitrophes (Belgique, Pays-Bas, Grande-Bretagne) et que, chaque année, 5 000 femmes françaises dont la grossesse se trouvait hors limite légale devaient aller se faire avorter à l'étranger. Six ans après cette extension du délai légal,

contrairement à ce que craignaient ses opposants, le nombre d'IVG totales ou tardives n'a pas augmenté. En revanche, plusieurs milliers de femmes se sont passées d'un voyage, coûteux, douloureux et humiliant dans des conditions pénibles.

Les deux méthodes sont sans conséquences sur la fertilité ultérieure.

Les IVG chez les mineures

Le problème des mineures a fait couler beaucoup d'encre. En effet, jusqu'en 2001, les mineures voulant interrompre leur grossesse devaient obtenir l'autorisation d'un de leurs parents. Pour la plupart des mineures qui consultaient en disant « Mes parents vont me tuer s'ils l'apprennent », le problème pouvait se résoudre assez facilement : grâce à l'intermédiaire d'un tiers (une sœur majeure, une tante, une amie de la famille), l'adolescente pouvait dire à l'un de ses parents (la mère, le plus souvent) ce qui lui arrivait, et l'autorisation était obtenue. Mais pour un certain nombre d'entre elles (un nombre petit, mais irréductible), ça n'était pas possible, en raison de situations familiales ou culturelles incompatibles avec l'annonce d'une grossesse (donc, d'une activité sexuelle) chez la jeune fille. De plus, les mineures ont le droit à la confidentialité à l'égard de leurs parents, et ce droit était donc nié dans le cas précis de l'IVG.

Depuis juillet 2001, l'autorisation parentale n'est plus indispensable à une mineure qui veut interrompre sa grossesse : il suffit qu'elle soit accompagnée par un(e) adulte qui lui sert de caution. Un des problèmes n'est cependant pas réglé : les adolescentes, plus que les femmes adultes, préfèrent presque toujours être endormies quand elles subissent une IVG. Or, pour endormir un(e) mineur(e), il faut... une autorisation de ses parents. Bien naturellement, les anesthésistes-réanimateurs ne veulent pas enfreindre ce principe pour des raisons médico-

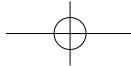
légal. Jusqu'à ce que ce problème soit réglé, les mineures qui subiront des IVG sans autorisation parentale ne pourront bénéficier que d'une anesthésie locale... Il y a là une incohérence de la réglementation qu'il faut lever au plus vite: autoriser les mineures à interrompre leurs grossesses en leur imposant de le faire dans des conditions plus difficiles que les majeures – puisqu'elles n'ont pas le choix – ça n'est pas tolérable.

Il faut également noter que depuis la suppression de l'autorisation parentale, le nombre de mineures qui demandent une IVG sans l'autorisation d'un parent reste très limité. Mais celles qui doivent absolument s'en passer ne se retrouvent plus dans une situation insoluble.

Les conséquences de l'IVG

Il serait malhonnête de dire qu'une IVG n'a aucune conséquence. L'IVG fait partie de la vie des femmes, même quand elles n'en ont pas subi elles-mêmes: leurs amies, leurs mères, leurs sœurs ont pu en vivre une. Quelles que soient les circonstances, l'IVG marque les femmes, même si ces femmes ont choisi d'avorter. Cette marque n'est pas nécessairement indélébile ou irréparable, ni même éternelle, mais elle existe. Mais ce qui me paraît le plus important est ceci: une IVG ça n'est jamais anodin pour personne, même si la loi a rendu l'IVG légale. Le travail des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des conseillères et des psychologues dans les services d'IVG en témoigne: après vingt-cinq ans de légalisation, les IVG ne sont pas «banalisées» pour les femmes qui y ont recours. Elles sont d'autant plus mal vécues qu'elles ponctuent une sexualité elle-même mal vécue ou subie (rapports sexuels trop précoces et plus ou moins imposés, situation de révolte à l'égard des parents, situation de violence ou de rupture du couple) et, dans ces cas-là, la grossesse et l'IVG sont le plus souvent la partie émergée

d'un iceberg. Ça ne fait pas de l'IVG une situation mineure, mais il ne faut pas perdre de vue que le problème ne réside pas uniquement dans une absence d'information contraceptive. La plupart des femmes que j'ai vues passer dans le centre d'interruption de grossesse où j'ai travaillé pendant quinze ans n'avaient aucune envie que ça leur arrive à nouveau. Contrairement à ce que suggéraient les discours les plus réactionnaires, je n'ai jamais vu de femme utiliser l'IVG comme une méthode contraceptive. Il arrive que des femmes subissent plusieurs IVG dans leur vie, mais la vie est longue et pleine d'impondérables, et comment voulez-vous maîtriser en permanence trente-cinq années de fécondité? Les quelques femmes (je peux les compter sur les doigts d'une main) que j'ai vues recourir à l'IVG de nombreuses fois, de manière presque systématique, étaient profondément perturbées dans leur vie, dans leur comportement, dans leur relation aux autres. Elles ne représentent en aucun cas la majorité des situations, pas plus que les femmes qui se suicident ou qui tuent leurs enfants ne représentent la majorité des femmes. Une femme qui désire avorter a presque toujours des raisons précises. Ça n'est jamais «simplement parce qu'elle ne veut pas de cette grossesse». Mais parfois, ses motivations sont difficiles à énoncer, car elles se mêlent à la culpabilité, à la tristesse, à la colère contre elle-même, contre un homme ou contre un médecin. Quelle que soit la motivation de la femme qui demande une IVG, il est rare que cette femme n'ait pas besoin d'en parler à un moment ou à un autre. Ce peut être avant l'IVG, ce peut être juste après l'intervention ou plusieurs semaines après. La présence des conseillères de planification et/ou des psychologues dans les services d'IVG n'est pas un luxe ou un privilège: c'est une condition indispensable pour aider les femmes à décrypter ce qui leur est arrivé et, souvent, les aider à éviter que cela ne se reproduise. La suppression de l'entretien obligatoire est donc, à mon sens, une erreur.



La fatigue des soignants des IVG

Pratiquer des IVG, s'occuper des femmes, les suivre et les conseiller avant et après l'IVG, ça n'est pas un travail de tout repos. C'est une activité qui met beaucoup de choses en jeu, symboliquement, physiquement, moralement. En France, la majorité des centres d'IVG sont sous la responsabilité de soignants volontaires, mal rémunérés et qui, dans de nombreux hôpitaux, exercent dans des conditions difficiles : l'administration ne leur est pas toujours favorable et les maternités – inévitablement associées à l'activité du centre d'IVG – sont parfois franchement hostiles.

Surtout, il n'y a pas de renouvellement des équipes, dans les centres d'IVG. Beaucoup de médecins, (la plupart sont des médecins généralistes et non des gynécologues!) militants de la première heure, font des IVG depuis près de trente ans. Ils sont fatigués, sous-payés, de moins en moins nombreux, et ne voient pas bien qui viendra les remplacer d'ici à quelques années. Une politique de santé publique digne de ce nom, qui aurait à cœur de diminuer le nombre d'IVG en améliorant l'information et la délivrance de la contraception, ne peut pas pour autant faire l'impasse là-dessus : il y aura encore, pendant longtemps, des femmes qui décideront de se faire avorter. C'est leur droit. Elles doivent être soutenues, reçues et soignées de leur blessure dans les meilleures conditions possibles. Les soignants des IVG doivent obtenir un statut qui en fasse les égaux des autres soignants. Plutôt que « valorisée » (il n'est pas possible de se sentir « valorisé » par la pratique des IVG), leur activité doit être correctement indemnisée et, en tout cas, reconnue dans les faits : les centres d'IVG, même s'ils restent autonomes, doivent avoir leur mot à dire dans l'activité de soin et d'enseignement des départements de gynécologie-obstétrique... ne serait-ce que pour indiquer aux obstétriciens que, *s'il y a tant de femmes enceintes*

sans le vouloir six mois après un accouchement, c'est parce que l'information contraceptive n'est pas faite!

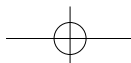
Et puis, il faut enseigner aux futurs médecins que, s'occuper d'une femme avant, pendant et après son IVG, c'est pour un soignant une activité aussi digne et importante qu'une autre. Les étudiants en médecine devraient être incités à aller en stage dans les centres d'IVG (ils y apprendraient alors énormément de choses sur la vie!). Quant aux hommes et aux femmes politiques de tous bords, y compris ceux qui sont opposés à l'IVG, ils verraient sûrement les choses autrement s'ils venaient ne passer qu'une demi-journée dans l'un de ces centres – mais en auraient-ils seulement le courage?

Beaucoup d'IVG pourraient être évitées

Il y a des IVG qu'on pourrait éviter : celles qui surviennent chez les femmes qui allaient bien, dont la vie était bonne, dont le couple marchait parfaitement, mais qui y ont été conduites par les carences d'information, de soutien et d'écoute des médecins.

Cinq exemples beaucoup trop fréquents :

- **les femmes qui oublient leur pilule et qui ne savent pas ce qu'elles doivent faire**, ou qui ont un « spotting » et qui interrompent leur pilule parce qu'on ne leur a pas expliqué qu'il est recommandé, au contraire, de la poursuivre ;
- **les femmes qui viennent d'accoucher et quittent la maternité sans information correcte** sur le retour de la fécondité, les méthodes utilisables si elles allaitent, les délais dans lesquels les utiliser, et les alternatives à la sempiternelle « pilule »... et qui se retrouvent enceintes moins d'un an après avoir eu leur bébé ;



- **les femmes à qui les médecins suppriment ou refusent une pilule combinée** (parce qu'elles fument, par exemple) sans proposer la moindre solution de rechange, parce que ces médecins sont obtus ou incompetents;

- **les femmes qui ne peuvent pas changer de contraception, parce que leur médecin refuse de leur en prescrire une autre** – sous prétexte qu'elle serait dangereuse ou moins fiable (le DIU est le premier concerné par ces refus criminels);

- **les femmes à qui l'on impose des consultations inutiles (adolescentes en particulier) ou trop rapprochées** pour une contraception qui pourrait leur être prescrite une fois par an...

Je pourrais en énumérer d'autres. Un seul chiffre: il y a environ 11 000 IVG après oubli de pilule chaque année. On pourrait réduire ce chiffre: photocopiez et diffusez les instructions à suivre en cas d'oubli de pilule (p. 222 et 237) !!! On pourrait aussi réduire le nombre d'IVG dues aux autres causes évitables et épargner un grand nombre de souffrances à un grand nombre de personnes. Diffusez les informations que vous avez apprises dans ce livre.

Il est évident que la contraception d'urgence, à elle seule, ne peut pas suffire à prévenir les ING. Aux Pays-Bas, où le recours à l'IVG est le plus libéral, mais aussi le plus faible du monde en fréquence, la contraception ne fait l'objet d'aucun des préjugés ou restrictions que pratiquent couramment les médecins français. Pour augmenter la sécurité des femmes, il faut aussi promouvoir largement l'utilisation des DIU et de l'implant... aussi bien dans le public qu'auprès des médecins eux-mêmes!

Huitième partie

Préserver la santé des femmes

Il n'est pas dans mes intentions d'écrire un traité sur la santé des femmes, mais il me paraît évident que lorsqu'une femme consulte un médecin pour sa contraception, elle a souvent en tête beaucoup d'autres questions. Ces questions, elle n'a toujours pas le temps ou le loisir de les poser, et elles restent en suspens. Ce chapitre ne vise pas à l'exhaustivité. Il est seulement destiné à énoncer les questions que j'ai le plus souvent entendues et à donner les réponses dont nous disposons à l'heure actuelle... en sachant qu'avec le temps et le progrès des connaissances, ces réponses ont toutes les chances d'évoluer.

LES RÈGLES : FAUT-IL EN AVOIR, OU PAS ? ¹

Dans un article paru en 2001 dans *Clio* (revue historique d'histoire des femmes)², on peut lire: « *Au tournant du [XX^e] siècle,*

1. Cet article a été publié pour la première fois sur mon site, www.martinwinckler.org, en réponse à de nombreuses questions posées par les internautes.

2. Jean-Yves le Naour et Catherine Valenti, « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque. » *Clio*, N°14, 2001

la menstruation est donc considérée comme une condition de la bonne santé. Indispensable au corps sain, elle est de même indispensable à la féminité: pas de femmes sans règles. Cette fonction qui donne son identité à la femme et qui est étudiée à ce titre par les médecins, gardiens du genre en quelque sorte, relève évidemment d'une régulation organique rattachée à un ordre naturel. Ce "balancier interne qui fait le juste équilibre féminin" selon le mot de l'anthropologue Yvonne Verdier, relie au cycle parfait de l'univers celles dont la "mission" sur terre est d'enfanter, mission qui s'accomplira d'autant plus facilement que la femme sera réglée comme du papier à musique. Aussi, toute perturbation, tout retard ou absence sont intolérables et contre-nature en ce qu'ils menacent et la santé et la fonction de la femme.»

Cette idée, qui n'est alors que fantasmagique, car sous-tendue par aucune notion scientifique, perdure encore aujourd'hui. Les règles servent de repère quasi intangible à la « mécanique » biologique des femmes. Et beaucoup de femmes se posent régulièrement des questions sur les liens entre la contraception et les règles, et sur la place de ces dernières dans leur vie. Normales? Pas normales? Régulières? Pas régulières? Abondantes ou minimales? En fait, il n'y a pas de norme. La norme, c'est la femme elle-même.

Toutes les connaissances actuelles montrent que l'absence de règles chez les femmes porteuses d'un implant, ou d'un DIU hormonal, ou lorsqu'une femme prend sa pilule en continu, n'a aucune incidence sur la santé, pas plus que l'absence de règles n'est dangereuse pour... les femmes enceintes!

L'article qui suit s'efforce de répondre au maximum de questions concernant les règles, de manière aussi utile et dédramatisante que possible, et montre qu'en ce qui concerne les règles les femmes ont aujourd'hui la possibilité de choisir, sans danger, d'en avoir ou pas.

Pourquoi les femmes ont-elles des règles?

Les règles sont un phénomène cyclique intimement lié à l'ovulation. Voici, schématiquement, ce qui se passe pendant le cycle menstruel :

Un cycle menstruel, c'est le temps qui sépare le premier jour des règles du premier jour des règles suivantes. Certaines femmes ont des cycles courts (21-23 jours), d'autres longs (35 jours), d'autres un cycle de 28 jours, d'autres un cycle irrégulier et imprévisible.

Rassurez-vous, l'immense majorité des femmes n'ont PAS un cycle de 28 jours mais ça ne les empêche pas d'être parfaitement saines et fertiles – même si certains médecins disent le contraire...

En supposant que vous ayez un cycle régulier de 28 jours (mais le principe est le même, à quelques jours près, si votre cycle est de 25 ou de 35 jours), voici ce qui se passe :

1° Pendant la première partie du cycle (14 jours) les hormones fabriquées par l'ovaire préparent l'ovulation et épaississent l'endomètre (la paroi intérieure de l'utérus) ;

2° au bout de quatorze jours, l'ovaire subit une forte « décharge » d'hormone qui lui fait émettre un ovocyte (cellule féminine de la reproduction) ; cet ovocyte passe de l'ovaire dans la trompe de Fallope, un conduit qui communique avec l'intérieur de l'utérus ;

3° si la femme n'a pas eu de rapport sexuel non protégé à ce moment-là, l'ovocyte meurt au bout d'une journée. L'ovaire continue à fabriquer des hormones pendant environ quinze jours, puis ces hormones cessent d'être sécrétées. L'endomètre, ne recevant plus d'hormones, se « détache » et est évacué : ce sont les règles ;

4° si la femme a eu un rapport sexuel non protégé dans les jours qui précèdent l'ovulation, les spermatozoïdes sont déjà dans la trompe et l'un d'eux s'unit à l'ovocyte ; l'ovule (ovocyte + spermatozoïde) est ensuite transporté vers l'utérus et s'implante dans l'endomètre (la paroi intérieure de l'utérus) ; lorsqu'il s'im-

plante, l'ovule fabrique des hormones qui prennent le relais de l'ovaire pour stimuler la paroi de l'endomètre : il n'y a donc pas de règles car l'endomètre « tient » (il est indispensable au développement de l'embryon).

En résumé : Pour qu'une femme ait des règles, il faut :

- 1° qu'elle ait fabriqué, quinze jours avant, un ovocyte, et
- 2° que cet ovule *n'ait pas* été fécondé par un spermatozoïde.

Donc :

— **ovulation sans fécondation = règles**

C'est ce qui se passe quand il n'y a ni contraception, ni grossesse. Comme le formule une de mes collègues, conseillère conjugale, « les règles, c'est quand l'utérus "change de couette" en attendant une prochaine ovulation et une éventuelle grossesse ». C'est aussi ce qui se passe avec le DIU au cuivre : la femme ovule, mais le cuivre tue les spermatozoïdes avant que l'ovule soit fécondé. Les utilisatrices de DIU au cuivre ont des règles parce qu'elles ne sont pas fécondées. En effet, le DIU a une action spermicide, et non « abortive ». S'il était abortif, elles auraient constamment des retards de règles en attendant l'« avortement précoce » dont parlent les opposants au DIU. Mais les porteuses de DIU ont leurs règles naturelles à l'heure...

— **ovulation suivie d'une fécondation = pas de règles**

C'est ce qui se passe quand une femme est enceinte...

— **pas d'ovulation = pas de règles**

C'est ce qu'on observe lorsqu'une femme n'a pas d'ovulation(s) pour une raison spécifique (puberté retardée, cycles longs, problèmes de santé, ménopause...) ou si elle prend une contraception hormonale sans interruption. Si elle arrête sa contraception, elle se met à saigner à nouveau. Seulement, il ne s'agit pas de règles naturelles, mais d'une « hémorragie de privation », d'un saignement artificiel ; privé d'hormones, le tissu intérieur de l'utérus se détache...

De quoi les règles sont-elles faites ?

Les règles sont composées de cellules de l'endomètre et de sang (ce n'est pas du sang pur). Les règles n'ont pas pour vocation de « nettoyer » l'organisme, elles correspondent tout simplement à un renouvellement des tissus, tout comme la chute de cheveux correspond à l'apparition de nouveaux cheveux, et la peau d'un animal qui mue à la pousse d'une nouvelle peau (la peau humaine se détache aussi, mais de manière microscopique, alors ça ne se voit pas).

Pourquoi certaines femmes ont-elles mal au ventre (ou au bas des reins) pendant les règles, d'autres pas ?

Les douleurs qui accompagnent les règles sont dues aux mouvements musculaires de l'utérus qui, lorsque l'endomètre se détache, se contracte pour éliminer le sang et les tissus. Ces contractions sont les mêmes (en moins fort) que celles de l'accouchement. Certaines femmes perçoivent la douleur devant (ou dans le bas-ventre), d'autres au bas des reins, parce que le cerveau ne perçoit pas toujours une douleur dans l'organe qui souffre – c'est ce qu'on appelle une douleur projetée. (Autres exemples du phénomène de « douleur projetée » : la douleur dans l'épaule gauche des hommes qui font un infarctus ; la douleur du genou des personnes qui ont une arthrose de la hanche...). Comme les contractions de l'utérus et la perception de la douleur varient d'une femme à une autre, certaines ont des règles très pénibles, d'autres pas. Les douleurs des règles diminuent souvent lors de l'utilisation d'une contraception hormonale, ce qui explique que beaucoup de jeunes filles prennent la pilule même si elles n'ont pas besoin de contraception.

Pourquoi certaines femmes ont-elles des règles très abondantes, d'autres pas ?

Le volume et la durée des règles sont fonction de la durée du cycle et aussi du « profil hormonal » de la femme. Les ovaires de certaines femmes fabriquent un peu plus d'estrogènes que de

progestérone; ces femmes ont tendance à avoir les seins qui gonflent à l'approche des règles, des règles douloureuses (car l'utérus est gonflé lui aussi), abondantes et longues, car ce sont les œstrogènes qui favorisent l'épaississement de l'endomètre. D'autres femmes fabriquent plutôt un peu plus de progestérone que d'œstrogènes: elles ont des règles courtes, peu abondantes, peu douloureuses, car la progestérone réduit l'épaisseur de l'endomètre.

Comment peut-on soulager les douleurs des règles?

La contraception par pilule combinée ou par progestatifs, par implant ou DIU hormonal diminue le plus souvent les douleurs des règles en bloquant l'ovulation et en amincissant la paroi de l'endomètre: comme il y a moins de tissus à éliminer, l'utérus ne se contracte plus et ne fait plus mal. On peut aussi soulager simplement la douleur en utilisant des anti-inflammatoires (ou AINS: «anti-inflammatoires non stéroïdiens» – c'est-à-dire non cortisoniques) – en particulier de l'ibuprofène, en vente libre en pharmacie (deux comprimés toutes les quatre à six heures). Les AINS sont beaucoup plus efficaces que le Spasfon sur les douleurs des règles, et ils sont préférables à l'aspirine (qui, elle aussi, est très efficace sur cette douleur, mais est susceptible de faire saigner ou d'irriter l'estomac).

Les utilisatrices de DIU au cuivre qui ont des règles abondantes et douloureuses peuvent elles aussi utiliser des AINS pour soulager la douleur des règles et en diminuer la durée. L'interdiction des AINS aux utilisatrices de DIU est une légende, née en France, qui n'a jamais été démontrée. Cette interdiction n'existe nulle part ailleurs dans le monde. Elle reste néanmoins fermement ancrée dans le discours des médecins et des pharmaciens français... (lire p. 287).

Est-ce que tous les saignements vaginaux sont des règles?

Non, bien sûr. Beaucoup de phénomènes peuvent entraîner un saignement en dehors des règles:

- les inflammations ou infections (souvent bénignes) du vagin ou du col de l'utérus;
- les anomalies de l'utérus (fibromes, polypes) qui fragilisent l'endomètre; une infection de l'utérus;
- une pilule mal adaptée – il s'agit alors d'un «spotting» (voir p. 208 et 442).

Comment connaître l'origine d'un saignement inhabituel?

Un saignement vaginal est rarement isolé, il est souvent accompagné d'autres symptômes.

— Un saignement indolore après un rapport sexuel et sans autre symptôme anormal peut être simplement dû à une pilule mal adaptée («spotting», voir plus loin) ou à une inflammation localisée du col.

— Des pertes et des saignements accompagnant brûlures ou douleurs pendant les rapports sexuels évoquent plutôt une infection vaginale (mycose, en particulier).

— Des saignements avec crampes (comme les douleurs des règles), pertes anormales et fièvre évoquent plutôt une infection/inflammation de l'utérus.

Bref, ce sont les autres symptômes qui permettent d'interpréter un saignement inhabituel.

Dans tous les cas, il est nécessaire de vous faire examiner pour identifier l'origine du saignement.

Est-ce que l'absence de règles est toujours synonyme de grossesse?

Non, bien sûr. Beaucoup de femmes n'ont pas de cycle régulier (en particulier, juste après la puberté, ou juste avant la ménopause). Il arrive que, certains mois, l'ovaire ne fabrique pas d'ovule. L'endomètre, qui «attend le signal de l'ovulation», continue à se développer, et les règles se font attendre. Si la femme fait un test de grossesse, il est négatif. Au bout d'un temps variable (parfois trois à quatre semaines de retard), les règles surviennent, plus abondantes que d'habitude (parce que

l'endomètre s'est épaissi pendant plus longtemps que d'habitude). L'ovulation peut être retardée chez une femme parfaitement réglée d'habitude, par un accident, de décès d'un proche, un problème de santé bénin ou une maladie, une perte ou une prise de poids rapide, voire seulement par les soucis de famille ou de travail.

Cela dit, un aphorisme médical énonce qu'en l'absence de contraception, « un retard de règles est une grossesse jusqu'à preuve du contraire ». Dans le doute, il vaut mieux faire un test de grossesse.

L'absence de règles est seulement un symptôme – autrement dit : le signe qu'il se passe quelque chose. Ce n'est pas, en soi, un phénomène dangereux ou une maladie. Et l'ovulation est un phénomène si sensible que de multiples événements peuvent la perturber... et donc retarder l'apparition des règles chez une femme qui n'utilise pas de contraception et n'est pas enceinte non plus. Quand la contraception n'existait pas, les femmes savaient que, de temps à autre, elles n'avaient pas de règles sans que ça signifie une grossesse. Il leur arrivait même de souhaiter que ce soit le cas... Par ailleurs, il y a cent ans, les femmes avaient leurs règles moins souvent qu'aujourd'hui, car elles étaient en moins bonne santé, moins bien alimentées... quand elles n'étaient pas enceintes en permanence ou presque.

Est-ce que l'apparition de saignements à l'arrêt d'une pilule signifie forcément qu'on n'est pas enceinte ?

Non, car les « règles » de la pilule ne sont pas des règles mais des « hémorragies de privation » – autrement dit, des saignements dus au fait qu'on arrête les comprimés. La paroi intérieure de l'utérus, qui n'est plus stimulée par les hormones de la pilule, se détache. Or, ce phénomène peut se produire même pendant une grossesse... Donc, si vous avez oublié un ou plusieurs comprimés de votre pilule, le fait de saigner entre deux plaquettes ne

veut absolument pas dire que vous n'êtes pas enceinte, surtout en début de grossesse. Dans le doute, il vaut mieux faire un test de grossesse...

Pourquoi parfois les utilisatrices de méthodes de contraception hormonale n'ont-elles plus de règles ?

1° Les contraceptions hormonales (pilules, patch, anneau vaginal, DIU hormonal, implant) font croire au corps de la femme qu'elle est déjà enceinte. Cela suspend l'ovulation. Or, quand une femme n'a pas ovulé, les règles n'ont pas de raison de survenir. Il y a cinquante ans, quand les premières pilules ont été commercialisées, elles étaient conçues pour être prises en permanence. Mais les femmes associaient l'absence de règles à la grossesse. Sachant que le blocage de l'ovulation persiste au moins une semaine après l'arrêt de la pilule, les expérimentateurs de la pilule ont donc instauré une semaine d'arrêt pendant laquelle l'absence d'hormones entraîne des saignements lorsque l'endomètre, qui n'est plus stimulé par les hormones de la pilule, se détache.

2° Les contraceptions hormonales contiennent toutes un progestatif, qui amincit l'endomètre (paroi intérieure de l'utérus).

L'amincissement de l'endomètre explique que la plupart des femmes sous pilule aient des règles beaucoup moins abondantes que lorsqu'elles ne la prennent pas. Chez beaucoup de femmes, même lorsqu'elles arrêtent leur pilule une semaine sur quatre, l'utérus a peu de chose à évacuer et les saignements sont souvent plus courts et moins abondants que ne le sont les règles naturelles. Il peut aussi arriver, pour cette même raison, que les utilisatrices de pilule n'aient pas de saignements du tout pendant la semaine d'arrêt, sans pour autant être enceintes.

Les femmes qui prennent une contraception purement progestative, celles qui portent un implant progestatif, et celles qui

portent un DIU hormonal ont souvent peu de règles, ou pas de règles du tout. Leur endomètre est si mince qu'elles n'ont rien à éliminer. Il arrive parfois en revanche que les utilisatrices d'implant ou de DIU hormonal aient des symptômes évocateurs des règles (elles se sentent patraques ou irritables quelques jours avant, elles ont des crampes dans le bas-ventre), mais n'aient aucun saignement.

Pourquoi certaines utilisatrices de contraception ont-elles, au contraire, des saignements tout le temps?

Toujours à cause des progestatifs. Quand l'endomètre est trop aminci à cause d'une contraception par progestatifs, il devient fragile et saigne à la moindre contraction de l'utérus (de même que les gencives saignent facilement, sans être pour autant malades, quand on se brosse les dents trop fort). Or, l'utérus se contracte en permanence. Les saignements répétés, fréquents, qui peuvent survenir dans ces circonstances, se nomment un « spotting ».

Qu'est-ce qui peut provoquer un spotting?

- une pilule inadaptée;
- un implant (surtout les six premiers mois d'utilisation);
- un DIU hormonal (surtout les deux ou trois premiers mois d'utilisation).

Comment peut-on faire disparaître un spotting?

En changeant de pilule (en choisissant une pilule plus « œstrogénique », voir p. 209) ou, dans le cas du DIU hormonal et de l'implant, en utilisant des AINS (anti-inflammatoires, tel l'ibuprofène). Car (voir plus haut), les AINS diminuent les contractions de l'utérus, or ce sont souvent ces contractions qui favorisent les saignements de l'endomètre, rendu très fin par les hormones de la contraception.

Est-ce qu'il est dangereux de n'avoir pas de règles?

Non. Si ça l'était, les femmes qui ont des cycles très longs avec des règles peu fréquentes seraient en moins bonne santé que celles qui ont un cycle de 28 jours, or, ce n'est pas le cas. Au contraire, le fait de ne pas avoir de règles (ou d'en avoir peu) est plutôt un avantage : non seulement c'est un confort important, mais en plus cela empêche l'apparition d'une anémie (manque de globules rouges). Car les règles sont la première cause d'anémie par perte de fer chez la femme. Les symptômes d'accompagnement des règles (douleurs du bas-ventre, migraines déclenchées par les variations hormonales) font partie des motifs de consultation les plus fréquents chez les femmes entre la puberté et la ménopause. Les utilisatrices de méthodes qui diminuent ou suspendent les règles trouvent plus confortable de ne pas en avoir et aussi... plus économique (l'achat de serviettes et tampons périodiques est l'un des postes budgétaires les plus coûteux pour les femmes).

D'où vient l'idée que l'absence de règles est mauvaise pour la santé?

Du lien fantasmatique entre règles et fécondité. En effet, une femme qui n'a pas de règles régulièrement (et par « régulièrement » j'entends « à intervalles réguliers », et non « tous les mois », car on peut avoir un cycle normal et régulier en ayant des règles toutes les six semaines...) est souvent aussi une femme qui n'ovule pas régulièrement (rappelez-vous : pour avoir des règles, il faut avoir ovulé deux semaines avant). Dans l'esprit du public, moins l'ovulation est régulière, moins l'éventualité d'une grossesse est grande. En réalité c'est plus compliqué que ça : parfois, les femmes qui ont des règles très souvent ont les pires difficultés à être enceintes et d'autres, qui n'ont pas de règles tous les mois, sont enceintes à peu près quand elles le souhaitent. L'équation « femme bien réglée = femme féconde » n'est donc pas toujours vraie.

L'absence de règles peut être due à une maladie qui n'a rien à voir avec les organes de la reproduction. Une maladie aiguë (la grippe) peut retarder l'ovulation – et donc retarder les règles. Une maladie chronique peut perturber profondément le cycle. L'absence de règles est fréquente, aussi, chez les femmes qui prennent certains médicaments (neuroleptiques, tranquillisants, antidépresseurs, en particulier).

Enfin, la disparition définitive des règles est synonyme de ménopause, donc de fin de la période de fécondité – ce qui a longtemps été perçu comme une fin de la féminité. Même si les femmes d'aujourd'hui ne se sentent pas moins « féminines » après la ménopause, ce genre d'amalgame est profondément ancré dans l'inconscient collectif. Beaucoup de femmes prennent du poids à la ménopause, d'où l'idée selon laquelle « quand on n'a plus de règles, le sang tourne en graisse », comme on le dit à la campagne. Toutes les femmes ne prennent pas de poids à la ménopause, mais cette idée contribue à enrober la disparition des règles d'une image... pas très engageante.

Quand on interrompt sa contraception pour être enceinte, est-ce que les règles peuvent avoir un peu de retard?

Bien sûr. À l'arrêt de la pilule (ou d'une autre contraception hormonale), l'ovaire (auquel la contraception faisait croire que la femme était déjà enceinte) se remet à fonctionner comme avant. Si le cycle de la femme était spontanément régulier avant la prise de la pilule, il redevient régulier. Si le cycle de la femme était irrégulier, il le redevient aussi – et les règles peuvent donc se faire parfois attendre longtemps, surtout si la femme prend la pilule depuis l'adolescence et ne se souvient pas ou même ne sait pas qu'elle avait un cycle long par exemple. Il arrive en effet souvent que les mères emmènent leur fille chez le médecin pour qu'il leur donne la pilule pour « régulariser » les règles! La pilule masque alors le cycle naturel, irrégulier, de la jeune femme.

Enfin, comme les méthodes hormonales reproduisent l'état de la grossesse, les règles peuvent mettre deux à trois mois à réapparaître... comme après un accouchement!

Est-ce que ne pas avoir de règles favorise un cancer?

C'est plutôt le contraire. Les cancers de l'ovaire et de l'endomètre sont plus fréquents chez les femmes qui n'ont pas d'enfants que chez les femmes qui en ont eu plusieurs (plus on a d'enfants, moins on est susceptible d'avoir un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre). Pourquoi? Parce que les « décharges » hormonales qui déclenchent l'ovulation provoquent chaque mois des multiplications cellulaires dans l'ovaire et dans l'endomètre. Parmi ces cellules qui se multiplient, il y a des cellules potentiellement cancéreuses.

Quand l'ovulation est suspendue (pendant une grossesse ou sous l'effet d'une contraception hormonale), ces multiplications cellulaires n'ont pas lieu et l'apparition de cellules susceptibles d'être cancéreuses est donc beaucoup moins fréquente. On peut donc en déduire que **ce qui suspend l'ovulation** (la grossesse, l'allaitement, toutes les formes de contraception hormonale) **protège contre le cancer de l'endomètre et de l'ovaire**. Il semble que le DIU au cuivre (qui augmente la durée des règles) ait lui aussi un effet bénéfique en augmentant l'élimination des cellules de l'endomètre, et en particulier sur les cellules potentiellement cancéreuses.

En résumé, la majorité des études scientifiques actuelles considèrent que toutes les méthodes de contraception ont beaucoup plus d'effets bénéfiques sur la santé (en particulier dans la prévention des cancers) que d'inconvénients.

Mais alors, si les règles ne sont pas dangereuses et n'ont que des inconvénients, est-ce qu'il ne faudrait pas chercher à les supprimer chez toutes les femmes?

Je ne pense pas, car ce serait remplacer un dogme (« Il FAUT avoir des règles tous les mois. ») par un autre (« Il ne FAUT PAS

avoir de règles tous les mois»). C'est aux femmes de choisir ce qu'elles veulent faire, et tout choix leur est possible. La vie des femmes est pleine d'événements, certes naturels, mais plus ou moins confortables selon les femmes et l'époque de leur vie. Les femmes qui ont des règles douloureuses et longues se sentent mieux avec une contraception qui diminue les saignements et soulage la douleur. Certaines choisissent de prendre leur pilule en continu pour ne pas avoir de règles (ou bien optent pour un implant ou un DIU hormonal). D'autres préfèrent avoir leurs règles tous les mois et arrêtent leur pilule sept jours ou choisissent un DIU au cuivre.

Pour ce qui concerne les règles, comme pour la contraception, c'est la méthode – et le médecin – qui doivent s'adapter à la femme, et non l'inverse. L'idéal, c'est que les femmes aient le choix.

Quelles sont les maladies sexuellement transmissibles (MST) et comment s'en protéger ?

Il y en a un petit nombre, mais elles sont toutes sérieuses et deux au moins sont potentiellement mortelles. Aujourd'hui, on parle plus souvent d'IST (infections sexuellement transmissibles) que de MST, car ces infections ne provoquent pas toujours des maladies visibles. Elles sont dues à différents types de micro-organismes (microbes) : des virus, des bactéries, des parasites. Il faut garder en mémoire le fait qu'une IST peut en cacher (ou en favoriser) une autre...

Le VIH, virus de l'immunodéficience humaine (ou HIV pour *Human Immunodeficiency Virus*)

C'est le plus connu. La multiplication de ce virus dans l'organisme entraîne une destruction des cellules de défense « immunocompétentes » (les globules blancs, les lymphocytes) ; cela rend

le patient vulnérable à toutes les agressions extérieures (infections « opportunistes ») et à l'apparition de cancers, car les microbes et les cellules cancéreuses ne sont plus détruits comme ils devraient l'être. On appelle cela le sida – syndrome d'immunodéficience acquise. L'infection par le VIH est une maladie contagieuse par contact sexuel et par voie sanguine (partage de seringues entre toxicomanes ; transfusion accidentelle de sang contaminé – ce qui, en principe, n'est plus possible en France ; transmission entre une mère et son enfant in utero). Le virus du sida est un rétrovirus, micro-organisme dont on ne comprend pas encore entièrement le fonctionnement, ce qui rend le traitement difficile. À l'heure actuelle, grâce aux antiviraux les plus récents (administrés souvent par trois, d'où le nom de « trithérapie »), les patients séropositifs (c'est-à-dire infectés par le virus) sont souvent indemnes de tout symptôme : leur immunité reste stable et ils vivent une vie normale. Ils restent cependant contagieux et peuvent infecter les personnes avec lesquelles ils ont des rapports sexuels non protégés, car le VIH se transmet dans le sperme et dans les sécrétions vaginales. Même si le sperme est plus infectant (contient plus de virus) que les sécrétions vaginales, l'infection des hommes par les femmes n'est pas « anecdotique ». La contamination par le VIH est favorisée par les autres IST (herpès, *Chlamydiae*, en particulier).

• Prévention

La seule manière de se protéger d'une infection par voie sexuelle est le préservatif, masculin ou féminin. Un spermicide, le nonoxynol-9, était réputé tuer le virus en laboratoire, mais cela n'a pas été démontré lors de l'utilisation réelle. Il semble même que les femmes (prostituées, en particulier) qui utilisent du nonoxynol-9 plusieurs fois dans la journée subissent une irritation vaginale qui peut favoriser le passage du virus. Actuellement, de nombreuses équipes sont à la recherche de substances spermicides qui soient également actives contre un ou

des germes responsables des IST. Mais, pour le moment, il n'y en a pas.

- *Que faire lorsqu'on a eu un rapport sexuel non protégé?*

La première chose à faire, c'est de se souvenir qu'en l'absence de contraception, le premier risque d'un rapport hétérosexuel est celui d'une grossesse. Donc, si vous avez eu un rapport sexuel sans aucune protection (pas même un préservatif), il faut recourir à une contraception d'urgence (p. 77).

Ensuite, il faut relativiser : il est évident que si ce rapport sexuel non protégé est le premier d'une adolescente avec un adolescent dont c'était également la première fois, le risque de MST est nul ! (Ni l'un ni l'autre n'ont pu se contaminer auparavant...)

En revanche, si le rapport a eu lieu avec un inconnu au milieu d'une centaine d'autres personnes au cours d'une soirée arrosée à Paris, Lyon ou Marseille, le risque est important. S'il a eu lieu avec une personne de votre entourage dans une ville de 10 000 habitants au centre de la France, le risque existe, mais il est relativement faible. Cela ne veut pas dire pour autant que vous devez négliger de vous faire dépister.

Le dépistage du sida est anonyme et gratuit dans tous les grands hôpitaux de France et il est recommandé de vous y présenter dès que possible afin qu'on vous indique la marche à suivre. À défaut, allez en parler à votre médecin traitant. Si vous n'en avez pas, appelez **Sida Info Service au 0 800 840 800** (appel gratuit), un permanent répondra à toutes vos questions sur le dépistage, les précautions à prendre et les centres les plus proches de votre domicile. Leur site Internet est également très bien fait (www.sida-info-service.org).

Enfin, choisissez une contraception permanente et achetez des préservatifs, afin que cet épisode malheureux ne se reproduise pas. Vous allez avoir peur pendant longtemps, mais votre

vie n'est pas finie et votre vie sexuelle non plus. Alors, protégez-vous.

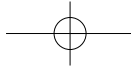
Le virus de l'hépatite B (VHB)

Par voie sexuelle, il est probablement plus contagieux encore que le VIH. Il se transmet aussi par voie sanguine. Il provoque une hépatite, c'est-à-dire une inflammation du foie, qui guérit le plus souvent. Mais le virus reste présent dans le sang, ce qui veut dire que le patient ayant guéri d'une infection par le virus B reste contagieux toute sa vie et peut contaminer ses partenaires sexuels. Le risque principal d'une infection par le virus de l'hépatite B est de provoquer l'apparition, au bout de quelques années, d'un hépatocarcinome, cancer très grave du foie.

- *Prévention*

La vaccination est aujourd'hui recommandée à tous les enfants, ainsi qu'à toutes les personnes adultes qui voyagent régulièrement en zone d'endémie – Afrique et Asie du Sud-Est en particulier. La vaccination systématique des enfants n'est pas liée au nombre de personnes infectées en France. Cependant, les mouvements de population de plus en plus nombreux et les voyages de plus en plus fréquents que font les jeunes gens à l'étranger des frontières justifient la vaccination des adolescents. La vaccination généralisée est cependant discutée. Certaines associations ont attribué à cette vaccination le déclenchement d'une sclérose en plaques chez des personnes vaccinées. À l'heure actuelle, ce rapport de cause à effet n'a pas été démontré. En l'absence de vaccination, l'utilisation du préservatif est la seule mesure préventive efficace contre l'hépatite B.

- *Les autres hépatites (A, E, C) ne sont pas transmises par voie sexuelle ou (pour la C) très exceptionnellement, lorsque existent aussi d'autres MST/IST. Leur mode de transmission est alimentaire (A, E) ou sanguin (C : partage de seringues, transfusion).*



Le virus de l'herpès (HSV, *Herpes simplex virus*)

Il en existe deux, qui n'ont pas les mêmes caractéristiques :

— **HSV 1** est responsable de l'**herpès buccal**, ces « boutons de fièvre » que l'on voit parfois apparaître sur une lèvre. C'est un virus très courant, très contagieux, auquel 90 % de la population a été exposée (souvent dans l'enfance), et bénin. Une fois que l'on a été infecté, on ne s'en débarrasse pas. Il provoque, plus ou moins souvent, des « poussées » qui commencent toujours de la même manière : une douleur ou une démangeaison en un endroit précis, suivie par l'apparition d'un « bouquet » de petites cloques très douloureuses. Ces cloques, qui se percent rapidement, contiennent du virus de l'herpès. Il est donc possible de transmettre le virus de l'herpès buccal lors d'un contact sexuel oral (fellation ou cunnilingus) ! On estime que 5 à 10 % des herpès génitaux sont dus au HSV 1.

• Prévention

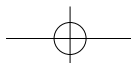
N'embrassez jamais quelqu'un qui a un bouton de fièvre ! Si vous avez un bouton de fièvre, n'embrassez personne et ne faites pas de fellation ! Veillez à ne pas trop toucher le bouton de fièvre afin de ne pas contaminer quelqu'un d'autre, et ne laissez pas les autres boire dans votre verre tant que votre bouton de fièvre n'a pas complètement disparu.

— **HSV 2** est responsable de l'**herpès génital**. Il se transmet par contact sexuel et touche près de 90 millions de personnes dans le monde. Chez l'homme, les lésions, comparables à celles du bouton de fièvre mais souvent très douloureuses, apparaissent sur le gland (extrémité du pénis), le prépuce (le « capuchon » qui entoure le gland), le scrotum (la peau qui entoure les testicules) ou l'anus. Chez la femme, elles apparaissent sur la vulve (entrée du vagin), sur les lèvres (replis de peau qui entourent la vulve), à l'intérieur du vagin, sur le col de l'utérus ou, parfois, sur le pubis ou la face intérieure d'une cuisse. S'il est transmis

lors d'un contact sexuel buccal, l'herpès peut également provoquer des symptômes dans la bouche... L'herpès génital est très douloureux en raison de la sensibilité des zones qu'il touche et, une fois qu'il vous a infecté, est impossible à éradiquer. Tout le reste de leur vie, les personnes atteintes font des « poussées » d'herpès plus ou moins fréquentes, qui peuvent être déclenchées par le stress, la fatigue, les règles, les traumatismes psychologiques, etc. Une poussée d'herpès est annoncée par des démangeaisons, des brûlures ou des douleurs de la peau avant l'apparition des cloques. Ces cloques se rompent et laissent place à des zones ulcérées (comme un aphte ou la zone rouge qui reste après une ampoule). Puis les lésions guérissent en huit à quinze jours. Quand l'herpès touche la vulve chez la femme, ou le gland chez l'homme, une poussée peut s'accompagner de brûlures en urinant. Quelle que soit leur fréquence, toutes les poussées d'herpès sont très contagieuses. Chez la femme enceinte, la présence d'un herpès génital est particulièrement dangereuse au moment de l'accouchement. L'existence d'une poussée d'herpès pendant le travail (contractions qui précèdent l'accouchement) impose impérativement un accouchement par césarienne car l'accouchement par voie basse fait courir à l'enfant un risque considérable : l'infection d'un nouveau-né par le virus de l'herpès peut provoquer une encéphalite invalidante ou mortelle.

• Prévention

L'utilisation du préservatif est la seule prévention de la contamination par le virus de l'herpès. Toute personne souffrant d'herpès doit prévenir son ou ses partenaires sexuels et porter des préservatifs (ou leur demander d'en porter) lorsqu'ils ou elles sont en poussées. En principe, en dehors des poussées, en l'absence de toute douleur et de toute lésion visible, le porteur d'herpès n'est pas contagieux et peut se passer de protection. Les femmes enceintes sont soigneusement surveillées à l'approche de l'accouchement. Au moindre symptôme ou au



moindre doute de poussée débutante, l'accouchement a lieu par césarienne. Comme l'herpès est un des facteurs de risque du cancer du col utérin, sa présence associée à celle du HPV (voir ci-après) justifie des frottis de dépistage fréquents (une fois par an).

Les papillomavirus HPV

Ce sont des virus qui peuvent, pour certains, provoquer l'apparition de «verruës» (condylomes) ou d'excroissances assez moches sur les organes sexuels féminins ou masculins. Ces verrues sont très contagieuses. On peut les traiter par divers moyens (azote, laser médicament en application locale), et elles sont bénignes. D'autres infections par des virus HPV différents sont plus préoccupantes : si la plupart des infections (qui peuvent ne provoquer aucun symptôme) guérissent spontanément, chez certaines femmes, huit à douze ans plus tard, elles provoquent l'apparition d'un cancer du col de l'utérus. C'est ce qui justifie de pratiquer un «frottis cervico-vaginal» préventif tous les trois ans (voir p. 456).

• Prévention

Si vous-même ou votre (l'un de vos) partenaire(s) êtes porteur(s) de condylomes, l'utilisation de préservatifs est impérative. Mais les papillomavirus responsables du cancer du col se transmettent malgré l'usage de préservatifs. Le seul moyen de prévenir le cancer du col est le frottis cervico-vaginal qui permet de dépister et de traiter des lésions inflammatoires provoquées par le HPV, bien avant qu'elles ne deviennent cancéreuses.

Faut-il se faire vacciner (ou faire vacciner les petites filles) contre les HPV?

La vaccination contre le HPV est un grand enjeu... financier pour ses fabricants. Aux États-Unis, un groupe d'experts a recommandé de faire vacciner toutes les petites filles de neuf à douze ans, et les adolescentes de treize à seize ans. Mais ces

recommandations n'ont pas encore été validées par les instances scientifiques (CDC, Food and Drugs Administration).

Il faut en effet rappeler que :

- le vaccin protège contre certains types de HPV (il y en a beaucoup) mais pas contre tous ;
- qu'il faut continuer à pratiquer des frottis de dépistage chez toutes les femmes (même les femmes vaccinées) pour dépister les lésions qui n'auraient pas été prévenues par le vaccin ;
- les effets secondaires à moyen terme du vaccin n'ont pas été étudiés chez les femmes de plus de vingt-cinq ans ; il n'est donc pas recommandé après cet âge-là ;
- les effets à long terme de ce vaccin ne sont pas connus ;
- dans les pays où le dépistage par frottis est très rigoureux (Scandinavie), même sans vaccin, le taux de cancer du col a fortement baissé, voire est devenu quasi nul.

Conclusion : si vous voulez éviter un cancer du col de l'utérus, procédez **avant tout** à un dépistage régulier par frottis cervical. Le vaccin, pour l'heure, reste d'intérêt discutable.

Les *Chlamydiae*

Ce ne sont pas des virus mais des micro-organismes proches des bactéries et sensibles aux antibiotiques. Elles entraînent rarement des symptômes, et la personne qui en est porteuse peut donc facilement contaminer son ou ses partenaires sexuels sans le savoir. Le principal danger des *Chlamydiae* est de provoquer une maladie inflammatoire pelvienne (ou MIP), c'est-à-dire une endométrite (infection de l'endomètre, paroi intérieure de l'utérus) ou une salpingite (infection des trompes). Ces infections, si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées suffisamment tôt par antibiotiques, peuvent provoquer une inflammation chronique des trompes responsable d'une stérilité (on parle alors de «stérilité tubaire»). Actuellement en France (communiqué

de l'ANAES – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, juillet 2003), l'infection par *Chlamydiae* serait surtout fréquente chez les femmes de quinze à vingt-cinq ans et chez les hommes de vingt-cinq à trente-cinq ans. Elle devrait être recherchée chez tous les individus ayant plusieurs partenaires sexuels ou ayant un partenaire polygame, donc susceptible d'être infecté par des *Chlamydiae*. Cela peut être fait dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du sida, dans les centres de planification familiale (CPEF, liste p. 521), dans les centres de PMI ou d'IVG.

- *Prévention*

Elle passe par le préservatif, bien sûr, mais aussi par la recherche de *Chlamydiae* devant tout symptôme inhabituel chez une personne non strictement monogame. Chez la femme, les symptômes en sont : cystites à répétition sans explication ; pertes vaginales colorées ou saignements entre les règles ; douleurs utérines pendant les rapports sexuels ; chez l'homme : brûlures urinaires intermittentes.

Le traitement par antibiotiques (tétracyclines), qui dure une quinzaine de jours, est parfaitement efficace. Tant que le traitement n'est pas terminé, la personne infectée doit utiliser des préservatifs pour tout rapport sexuel. Le dépistage des *Chlamydiae* est recommandé à toute femme ayant (eu) plus d'un partenaire sexuel et désirant se faire poser un DIU, car l'insertion du DIU peut faire pénétrer à l'intérieur de l'utérus des microbes qui, jusque-là, ne se trouvaient que dans le vagin ou sur le col. La présence de *Chlamydiae* serait, elle aussi, un facteur de risque de cancer du col de l'utérus, ce qui ne fait qu'accroître la nécessité de les dépister et de les traiter.

Le gonocoque

Bactérie connue depuis très longtemps, elle est responsable de la gonococcie ou « chaude-pisse », une infection urinaire et génitale très douloureuse. Hommes et femmes qui en sont atteints

ont des envies d'uriner fréquentes et des brûlures urinaires intenses. Les femmes ont aussi, en plus, des pertes colorées (jaunes ou vertes). Le traitement antibiotique est efficace et rapide mais une gonococcie non traitée peut, comme une infection à *Chlamydiae*, entraîner une stérilité.

- *Prévention*

Elle repose sur l'utilisation du préservatif et le dépistage du gonocoque devant tout symptôme inhabituel chez une personne non strictement monogame.

La syphilis

Elle est due à un parasite microscopique que l'on appelle le tréponème pâle. C'est la « maladie vénérienne » (ancien terme désignant les MST/IST) la plus anciennement connue. Elle est moins fréquente aujourd'hui car le tréponème est facilement détruit par les antibiotiques. Mais elle reste très préoccupante car elle accompagne souvent d'autres IST. D'autre part, le premier symptôme de syphilis (une lésion indolore, dure, qui finit par guérir au bout de quelques semaines) peut passer inaperçu, surtout s'il est localisé à l'intérieur du vagin...

- *Prévention*

Préservatif et dépistage devant toute lésion ou tout symptôme inhabituel chez une personne non strictement monogame. Le traitement (par pénicilline) est rapide et très efficace. La sérologie de la syphilis est faite systématiquement à toutes les femmes enceintes.

La trichomonase

C'est une affection bénigne, mais très désagréable, qui ne donne aucun symptôme chez l'homme mais provoque, chez la femme, des pertes vertes, mousseuses, nauséabondes et des brûlures vaginales.

- *Prévention*

Préservatif et dépitage devant toute lésion ou tout symptôme inhabituel chez une personne non strictement monogame. Le traitement (par un antiparasitaire, le métronidazole) est rapide et efficace.

Pourquoi ne classez-vous pas les mycoses parmi les IST?

Même si elles sont très fréquentes, les mycoses vulvovaginales ne sont pas des infections sexuellement transmissibles. Le germe responsable est le plus souvent *Candida albicans*, un champignon microscopique qui vit normalement sur la peau et peut se développer sur les muqueuses (tissus humides) de la vulve ou du vagin dans des circonstances diverses (port de vêtements serrés et de sous-vêtements en synthétique, transpiration abondante, chaleur, etc.). Et les mycoses apparaissent en dehors de toute activité sexuelle. C'est souvent l'humidité de la peau et de la vulve qui favorise les mycoses. Certaines maladies (le diabète, en particulier) peuvent également y prédisposer. Certaines femmes font des mycoses quand elles prennent une pilule combinée, mais d'autres cessent d'en avoir à ce moment-là. On ne peut donc pas dire que la pilule combinée est responsable. Certaines femmes font des mycoses récidivantes pendant des années puis cessent du jour au lendemain. Chaque situation doit donc être envisagée avec un œil neuf. Le traitement par antifongiques (il en existe une dizaine de marques) est rapide et très efficace. Mais on ne connaît pas exactement la cause des récurrences.

En quoi consiste un « frottis cervico-vaginal », à quoi sert-il et à quelle fréquence doit-on le faire pratiquer ?

Le cancer du col, qui est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein, **est, dans l'Union européenne, une cause de décès plus fréquente que le sida.** C'est

dire combien sa prévention est importante. Comme je l'ai expliqué précédemment, certains virus transmis par voie sexuelle (HPV, HSV-2) favorisent l'apparition de cancers du col de l'utérus.

Ces cancers sont précédés, pendant plusieurs années, par des lésions du col, qu'on appelle des dysplasies. Ces lésions ne sont pas visibles à l'œil nu, mais peuvent être repérées en observant les cellules du col au microscope. Pour recueillir ces cellules, le médecin se munit d'un Coton-Tige ou d'une spatule de bois qui ressemble à un bâtonnet de glace et « frotte » l'extérieur (exocol) et l'intérieur (endocol) du col de l'utérus. Les cellules recueillies sont posées sur un rectangle de verre qui sera placé sous l'objectif d'un microscope et examiné par un biologiste chevronné. Le résultat est adressé au médecin et à la patiente. L'aspect des cellules peut être normal ou inflammatoire (ce qui est fréquent chez une femme ayant des rapports sexuels). Il peut montrer une dysplasie (lésion précancéreuse) ou, plus rarement, un cancer in situ (c'est-à-dire superficiel). Une dysplasie peut être « faible », « modérée » ou « sévère ». Les dysplasies faibles sont bénignes et guérissent le plus souvent seules. Les dysplasies sévères doivent être traitées car elles sont très susceptibles d'évoluer vers un cancer. Les dysplasies intermédiaires justifient le plus souvent un traitement simple (anti-infectieux en ovules) et un frottis de contrôle trois mois plus tard.

En cas de frottis suspect, l'examen suivant est une colposcopie, qui consiste à regarder directement le col avec une sorte de loupe binoculaire. Cet examen est pratiqué par des gynécologues spécialement formés. Il permet de repérer les lésions et de les traiter.

Qui doit bénéficier d'un frottis ?

En principe, toute femme ayant une activité sexuelle (NB : les rapports homosexuels peuvent également transmettre le HPV). Le moment le plus crucial est la période vingt-cinq – quarante

ans, car le HPV se transmet surtout en début de vie sexuelle. Mais pour être interprétable et utile à la prévention, le frottis doit être fait régulièrement, tous les trois ans, jusqu'à la fin de la ménopause, et au-delà si la femme reçoit un traitement substitutif de la ménopause. **Un congrès scientifique récent (Eurogyn, avril 2003) recommande de pratiquer le frottis «à partir de vingt-cinq ans, ou huit ans après le premier rapport sexuel, selon que l'un ou l'autre de ces événements est le premier».** À partir de trente ans, il recommande est de pratiquer en même temps la recherche du HPV dans les cellules du frottis. Lorsque les deux sont négatifs, la recommandation est d'espacer les frottis (tous les trois à cinq ans).

À quelle fréquence faut-il faire pratiquer un frottis ?

Beaucoup de femmes le font faire tous les ans, ce qui est excessif si elles sont strictement monogames : tous les trois ans, c'est suffisant. Si elles changent souvent de partenaire sexuel, il vaut mieux avoir un frottis tous les ans. Une femme qui a plusieurs partenaires sexuels devrait faire pratiquer un frottis annuel, même si elle n'utilise aucune contraception. Malheureusement, à l'heure actuelle, seules les femmes qui utilisent une contraception bénéficient de frottis réguliers. Beaucoup de femmes ne consultent jamais un médecin ; pour d'autres, leur médecin généraliste ne pratique pas les frottis, ce qui est incompréhensible, car la prévention est l'une des principales vocations de la médecine générale.

Mon généraliste ne pratique pas les frottis, je n'ai pas de gynécologue et il y a six mois d'attente en consultation à l'hôpital. Qui dois-je consulter pour faire pratiquer un frottis ?

Vous pouvez aussi faire pratiquer un frottis dans un centre de planification public (CPEF) ou à la consultation de PMI (protection maternelle et infantile) de votre secteur (voir les adresses p. 521).

Quand faut-il commencer à faire des mammographies pour dépister un cancer du sein ?

Le cancer du sein est le premier cancer féminin. Alors que le cancer du col reste invisible, le cancer du sein touche à l'un des attributs les plus liés à la féminité, à la sexualité, à la maternité, ce qui rend sa découverte encore plus douloureuse d'un point de vue symbolique.

Voici quelques informations extraites du texte officiel de la campagne de dépistage du cancer du sein lancée en 2000 : « La probabilité pour une femme française d'avoir un cancer du sein au cours de sa vie est de 10,1 %. Et près de 300 000 personnes vivent aujourd'hui en France avec un cancer du sein. Ce cancer est rare avant trente ans. Il est extrêmement fréquent entre soixante et soixante-quatre ans, et reste fréquent jusqu'à soixante-quatorze ans. Le nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté régulièrement (+ 60 %) entre 1975 et 1995. L'augmentation de la mortalité a été plus modérée (+ 8 %). Ces résultats sont dus à un diagnostic plus précoce, d'une part en raison de campagnes de dépistage systématique, et d'autre part du fait de l'amélioration des traitements. »

Certaines femmes courent un risque de cancer du sein un peu plus élevé que la moyenne. Les facteurs de risques connus sont :

- sexe : plus de 99 % des cancers du sein surviennent chez les femmes (mais il arrive qu'on en voie chez l'homme) ;
- âge : le risque augmente avec l'âge ;
- début précoce des règles (avant douze ans) ;
- ménopause tardive (après cinquante-cinq ans) ;
- première maternité après trente ans ou aucune maternité ;
- cancer du sein survenu avant cinquante ans chez une proche parente (mère, sœur, tante maternelle, grand-mère maternelle),

mais il faut préciser que le nombre de femmes concernées ne s'élève qu'à 5 % de la population ;

- manque d'activité physique et surpoids ;
- traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS).

Celui-ci n'est probablement pas la cause d'un cancer du sein, mais pourrait accélérer l'évolution d'un cancer préexistant sensible aux hormones (cancer hormonodépendant). Pour plus de précision sur les avantages et les risques du THS, voir p. 462. D'autres facteurs de risques, possibles, ne sont pas démontrés : alimentation pauvre en fruits et légumes, consommation excessive d'alcool, absence d'allaitement au sein, tabagisme ou exposition à la fumée, prise de contraceptifs oraux (pour ce dernier « risque », voir p. 165). Enfin, on a accusé le soleil d'être responsable de cancer du sein (en particulier chez les femmes qui bronzent seins nus), mais ce n'est pas démontré. Le rayonnement solaire, en revanche, fait vieillir les tissus cutanés et provoque des cancers de la peau...

Depuis 2000, conformément aux recommandations de l'ANAES, le programme de dépistage par mammographie s'adresse aux femmes de cinquante à soixante-quatorze ans. Il consiste à proposer une mammographie tous les deux ans chez les femmes n'ayant pas de facteur de risque particulier. Pour celles qui en ont, la mammographie peut être pratiquée plus tôt.

Pourquoi ne pratique-t-on pas de mammographie systématique à partir de quarante ans ?

La mammographie est très difficile à interpréter avant la ménopause, car le sein est alors une glande très riche et très active, dans laquelle les images perçues sont imprécises ; à la ménopause, il est plus perméable aux rayons X de la mammographie, qui devient plus précise. De plus, c'est surtout après cinquante ans qu'on découvre les cancers. Il serait donc coûteux et inutile de faire des mammographies systématiques plus tôt.

De plus, tous les radiologues n'y suffiraient pas. Le dépistage à partir de cinquante ans est le plus rationnel et aussi le plus susceptible de détecter des cancers précoces – donc, curables – chez le plus grand nombre de femmes.

Est-ce que la mammographie suffit à dépister un cancer du sein ?

Non, bien sûr. Les deux autres méthodes – l'examen par le médecin, l'autopalpation par la femme elle-même – permettent de trouver des anomalies du sein entre deux mammographies (ou avant que la femme n'ait l'âge du dépistage), même si celles-ci sont souvent bénignes. La découverte d'une « boule » dans le sein justifie une mammographie puis une biopsie (prélèvement chirurgical d'un fragment de la boule, pour l'analyser). Seul le résultat de la biopsie peut affirmer qu'il s'agit d'un cancer.

J'ai une mastose depuis longtemps. Est-ce que je cours un risque de cancer du sein ?

Pas plus qu'une autre femme qui n'aurait pas de mastose. La maladie fibrokystique du sein (ou mastose, en langage courant) est une maladie bénigne, qui commence souvent très tôt (avant la trentaine). Elle se traduit par une irrégularité des seins, avec des « boules » plus ou moins grosses, plus ou moins douloureuses, en particulier juste avant les règles. Souvent, la prise d'une pilule combinée suffit pour faire disparaître les symptômes. Il n'y a pas de lien direct entre cette maladie bénigne de la femme jeune et l'apparition d'un cancer chez la femme de plus de cinquante ans.

Les très jeunes femmes (avant vingt ou vingt-cinq ans) peuvent aussi présenter des kystes (poches de liquide) ou des adénomes (tumeurs rondes ou ovales très fermes) qui sont absolument bénins et ne nécessitent le plus souvent aucun traitement – sauf parfois l'aspiration du liquide d'un kyste sous anesthésie locale, avec une seringue et une aiguille.

Est-il indispensable de prendre un traitement hormonal substitutif au moment de la ménopause?

Qu'est-ce que la ménopause? C'est l'arrêt des fonctions ovulaires et de certaines fonctions hormonales des ovaires. Une fois la ménopause installée, les ovaires ne fabriquent plus d'ovules, et la femme n'est plus fertile. Comme certaines de ses hormones (estrogènes) ne sont plus synthétisées, la femme présente parfois des symptômes très gênants, de type bouffées de chaleur ou sueurs nocturnes. La ménopause s'accompagne aussi parfois d'une altération des tissus (peau et muqueuse) qui peut au bout de quelques années se traduire par exemple par une atrophie vaginale douloureuse. Mais une femme sur deux n'a aucun symptôme au moment de la ménopause. La conséquence la plus préoccupante de la ménopause est l'ostéoporose : l'os perd peu à peu son calcium et devient plus fragile. Les femmes très âgées (plus de soixante-dix ans) courent alors le risque de fractures graves (col du fémur, vertèbres).

Plus de dix millions de femmes sont ménopausées en France. Environ 30 % d'entre elles reçoivent un traitement substitutif pendant au moins un an et neuf gynécologues sur dix, ainsi qu'un généraliste sur deux, prescrivent régulièrement ces traitements. Ce traitement est-il indispensable pour toutes les femmes ménopausées? Non, car beaucoup n'ont ni bouffées de chaleur ni sueurs nocturnes (ou très peu). Quant aux troubles cutanés ou vaginaux ils sont très variables : l'atrophie vulvo-vaginale concerne surtout les femmes qui n'ont pas ou plus de rapports sexuels. Celles qui en ont régulièrement n'ont le plus souvent aucun problème. Le THS de la ménopause a donc essentiellement pour fonction de prévenir les complications de l'ostéoporose chez les femmes à risque.

Quels sont les facteurs de risque d'ostéoporose?

- la ménopause précoce ou provoquée par un traitement;

- la survenue de fractures spontanées à l'âge adulte, chez la femme ou chez un parent au premier degré;
- une masse adipeuse faible;
- certains médicaments (dérivés de la cortisone);
- le tabac et l'alcool;
- un déficit en calcium et vitamine D;
- certaines maladies de la thyroïde ou des parathyroïdes. Le traitement par THS diminue les risques de fractures liés à l'ostéoporose.

Quels sont les risques du traitement substitutif?

Une controverse récente a opposé l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire) et les gynécologues français. Au vu de plusieurs études montrant que le THS pouvait avoir des effets nocifs à long terme, l'AFSSAPS a en effet recommandé, en janvier 2003, que le THS ne soit pas poursuivi plus de cinq ans.

En effet, des travaux américains ont montré que la prise du THS favorise :

- des phlébites (dont le risque est important surtout la première année de traitement) pouvant se compliquer d'embolie pulmonaire. Sur une période de cinq années, le nombre de cas pour 1 000 femmes non traitées par THS est de 3 chez les 50-59 ans et de 11 chez les 60-69 ans. Sous THS, le nombre de cas supplémentaires est de 4 chez les 50-59 ans et de 9 chez les 60-69 ans;
- des cancers du sein, dont le risque de survenue est proportionnel à la durée du traitement : sur 10 000 femmes ne prenant pas de THS, environ 450 présenteront un cancer du sein entre cinquante et soixante-dix ans (ce risque augmentant avec l'âge). Chez les femmes traitées par THS pendant cinq ans, le nombre de cancers supplémentaires est de 8 pour 10 000 par an;
- d'autres risques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cancer de l'ovaire) ont également été observés. Même si

ces observations ont été faites en Amérique avec une association de THS très peu utilisée en France (< 1 %) et chez un groupe de patientes non représentatif de la population traitée en France, l'AFSSAPS recommande donc une certaine prudence.

Alors, quand faut-il prendre un THS?

L'AFSSAPS recommande actuellement l'attitude suivante:

« Avant d'initier ou de réinstaurer un THS, un examen clinique et gynécologique complet (y compris recueil des antécédents familiaux) doit être effectué. Un examen régulier des seins doit être pratiqué selon les recommandations en vigueur (palpation, mammographie, échographie...) adaptées en fonction des cas individuels. »

Si la femme présente des troubles liés au manque d'estrogènes (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes) un THS peut lui être prescrit si elle le souhaite, à la dose minimale efficace, tant que durent les symptômes. Pour l'AFSSAPS, un traitement maximum de cinq ans ne présente pas d'inconvénient.

Si la femme ménopausée a des facteurs de risque d'ostéoporose, le THS est recommandé pendant cinq ans. « Au-delà, écrit l'AFSSAPS, il est difficile de formuler des recommandations compte tenu du risque de survenue d'effets indésirables, en particulier celui du cancer du sein, qui est proportionnel à la durée du traitement et à l'âge. En cas d'initiation du THS au début de la ménopause, le sur-risque de cancer du sein reste faible avant la cinquième année de traitement. Au-delà, ce risque doit être pris en compte. Il devient notable après soixante-cinq ans.

Si la femme n'a ni trouble dû au manque d'estrogènes ni facteur de risque d'ostéoporose, le THS ne doit pas être prescrit de manière systématique. Il doit être décidé au cas par cas, en fonction de la situation et des souhaits de la femme, en l'informant de l'ensemble des bénéfices attendus et des risques potentiels. »

Cholestérol : comment terroriser les utilisatrices de pilule...

... et faire le jeu d'un commerce très lucratif visant la population entière !

Parmi les questions concernant la contraception que je reçois sur mon site Internet (www.martinwinckler.com), les quatre principales inquiétudes des utilisatrices sont :

- 1° l'incidence des méthodes sur la fécondité;
- 2° les interactions entre pilule et tabac;
- 3° les risques de cancer induits par la pilule;
- 4° les risques d'une élévation du cholestérol quand on prend une pilule combinée.

L'une des aberrations de la prescription de contraception en France est l'attachement névrotique des médecins français aux « bilans biologiques systématiques » et en particulier au dosage du cholestérol avant toute prescription de pilule. Or, comme je l'ai expliqué p. 357, pour prescrire une pilule contraceptive avant trente-cinq ans, un médecin n'a besoin que de deux informations :

- connaître l'existence d'antécédents de phlébite (caillot dans une jambe) ou d'un autre accident vasculaire chez l'utilisatrice ou chez ses proches parents ;
- la mesure de la tension artérielle de l'utilisatrice.

Faut-il, pour prendre la pilule, se faire doser la glycémie et le cholestérol?

Non, non, non et non!!! Ce n'est pas moi qui le dis, c'est la communauté scientifique internationale, au vu des connaissances scientifiques actuelles. Ainsi, l'OMS publie régulièrement un document (remis à jour cette année) intitulé « Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes

contraceptives¹ ». Ce document ne contient pas une seule fois le mot « cholestérol ».

Sous le terme « hyperlipidémie avérée » (élévation anormale des lipides sanguins – situation rare chez les femmes à l'âge où elles prennent la pilule, et qui ne concerne que les membres de certaines familles porteuses de ce type de maladie), le document indique : « Il n'est pas opportun de procéder à un dépistage systématique compte tenu de la rareté de cette pathologie et du coût élevé du dépistage. » Autrement dit : en dehors des cas (rares) d'hyperlipidémie familiale, le dosage des lipides est inutile.

Les facteurs de risque cardio-vasculaires sont rares chez les utilisatrices de pilule!!!

Rappelons les facteurs de risques (FdR) cardio-vasculaires tels qu'ils ont été énoncés par l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) en 2005 :

- être un homme de plus de cinquante ans, ou une femme de plus de soixante ans ;
- compter un antécédent de maladie coronaire (angine de poitrine, infarctus du myocarde) précoce chez un parent du premier degré (homme de moins de cinquante-cinq ans, femme de moins de soixante-cinq ans),
- fumer ou avoir arrêté de fumer depuis moins de trois ans ;
- souffrir d'une hypertension artérielle (traitée ou non) ;
- souffrir d'un diabète de type II (traité ou non) = c'est-à-dire le diabète qui ne nécessite pas l'administration d'insuline ;
- avoir un « bon cholestérol » HDL inférieur à 0,40 g/l (quel que soit le sexe).

1. On peut le télécharger sur le site de l'OMS à la page suivante : <http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mec/index.htm>

En Angleterre, on ne fait pas de bilan lipidique systématique chez les femmes jeunes sans facteur de risque utilisant la pilule : le cholestérol est considéré comme étant sans intérêt dans cette situation. En France, malheureusement, le cholestérol est dosé de manière quasi systématique par beaucoup de médecins. Car l'élément le plus important à retenir est celui-ci : lorsqu'une femme n'a *aucun* des facteurs de risque cardio-vasculaire ci-dessus, il est inutile de lui doser son cholestérol ! Ainsi, si vous êtes une femme de moins de cinquante ans, si vous ne fumez pas et si vous n'avez aucun autre facteur de risque, doser le cholestérol n'a aucun intérêt, que vous preniez la pilule ou non !!!

Mon médecin m'a fait faire un dosage de cholestérol avant et après la pilule, et mon cholestérol a monté ! Que dois-je faire ?

Si vous n'avez pas de facteur de risque : **NE FAITES RIEN !!!** (Et surtout, n'arrêtez pas votre pilule.) En France, on continue à doser les lipides sanguins chez les utilisatrices de pilule. Pour le profit des laboratoires d'analyse, et avec des effets désastreux sur les utilisatrices de pilule. En effet, nombre de femmes se voient refuser une prescription de pilule parce que « leur cholestérol a monté ».

Or, il est normal que le cholestérol monte quand on prend la pilule : le cholestérol est une substance qui sert au transport des médicaments dans le sang. Il s'élève donc un peu quand on prend des hormones, parce que sinon, les hormones en question ne seraient pas transportées ! Une élévation du cholestérol sous pilule n'a donc pas de signification inquiétante, et elle n'a aucune incidence sur la santé des femmes qui, pour la plupart, à l'âge où elles prennent la pilule, n'ont aucun facteur de risque vasculaire !!!

Si j'ai plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires, est-ce que je dois changer de pilule ?

Si vous avez plus de trente-cinq ans ET si vous fumez OU si vous avez un autre facteur de risque (hypertension, antécédent familial d'accident cardiaque avant soixante ans), alors il est préférable que vous cessiez de prendre une pilule combinée (les pilules combinées sont celles qui contiennent de l'éthinyl-estradiol – c'est marqué sur la boîte) et que vous utilisiez une contraception sans œstrogène :

- DIU (hormonal ou au cuivre) ;
- implant progestatif ;
- contraception progestative.

Je n'ai aucun facteur de risque, mais mon médecin m'a tout de même fait doser le cholestérol et, comme il lui paraît trop élevé, il ne veut plus me prescrire ma pilule. Que dois-je faire ?

1° Lui demander de vous prescrire une pilule sans œstrogènes ou un implant, ou un DIU (pour ne pas rester sans contraception).

2° Lui demander de lire l'article qui suit (« "Avoir du cholestérol", ça veut dire quoi ? ») pour qu'il ne meure pas idiot.

3° S'il ne revient pas sur sa décision, changez de médecin. Un praticien qui ne veut pas réévaluer sa pratique au vu des connaissances scientifiques internationales ne mérite pas votre confiance.

« "Avoir du cholestérol", ça veut dire quoi ? »

par Bruno Schnebert (Cardiologue à Orléans).

Le cholestérol est une molécule indispensable à la synthèse de certaines vitamines, nécessaires à la vie. Il est aussi utile pour transporter d'autres substances. Il est donc normal d'avoir du cholestérol dans le sang. La phrase « j'ai du cholestérol » signifie « j'ai TROP de cholestérol ». Il faudrait dire en fait : « J'ai trop de *mauvais* cholestérol. »

Cholestérol: il y a du bon et du mauvais ?

Absolument ! Le « bon » cholestérol est le HDL (cholestérol de « haute densité »), qui circule dans le sang ; ses caractéristiques biochimiques permettent à l'organisme de l'éliminer (le foie l'élimine dans la bile).

Le « mauvais » cholestérol est le LDL (cholestérol de « faible densité ») qui, lui, ne peut être éliminé et s'accumule dans les cellules mais aussi sur les parois des vaisseaux sanguins, créant ainsi des plaques d'athérome, qui à la longue bouchent les vaisseaux. De ce fait, le LDL (« mauvais cholestérol ») est un des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

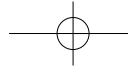
Est-ce qu'il faut se faire doser le cholestérol « pour voir » ?

Il n'y a aucune raison de doser systématiquement le cholestérol à toute la population. Il faut le faire, comme tout examen complémentaire en médecine, seulement quand on en attend quelque chose, en l'occurrence, l'estimation du risque cardio-vasculaire, en particulier en présence d'autres facteurs de risque (voir ci-dessous). Si ces facteurs de risque existent, il peut être intéressant de faire un bilan lipidique complet. Si le résultat du dosage de cholestérol est normal hors de toute modification de l'alimentation ou d'un quelconque traitement médicamenteux, il n'est pas nécessaire de le répéter plus d'une fois tous les cinq ans (Directives de l'AFSSAPS – Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé).

Quelques définitions des maladies cardio-vasculaires :

Les maladies cardio-vasculaires ont en commun le fait que des artères (vaisseaux qui irriguent les organes et leur apportent de l'oxygène) se bouchent avec le temps, parce que des plaques de graisses (athérome) les obstruent et les fragilisent.

Quand une artère coronaire (qui irrigue la paroi du cœur) se bouche petit à petit, ça donne une angine de poitrine (des dou-



leurs cardiaques à l'effort). Quand elle se bouche brutalement, ça provoque un infarctus du myocarde.

Quand une artère d'un membre inférieur se bouche progressivement, ça donne une douleur à la marche; si elle se bouche brutalement, ça provoque un refroidissement brutal du membre. On parle alors d'artérite.

Quand une artère du cou ou du cerveau se bouche progressivement, ça peut donner des troubles du comportement ou de la compréhension; si elle se bouche brutalement, ça provoque un accident vasculaire cérébral qui peut se traduire par des troubles de la parole, par exemple, ou par une paralysie dans le territoire commandé par la zone du cerveau qui n'est plus irriguée.

Quels sont les facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire?

Les facteurs de risque (FdR) sont des circonstances favorisant l'apparition d'une maladie. En l'occurrence, les facteurs de risque cardio-vasculaires, tels qu'ils ont été énoncés par AFSSAPS en 2005, sont les suivants :

- être un homme de plus de cinquante ans, ou une femme de plus de soixante ans;
- compter un antécédent de maladie coronaire (angine de poitrine, infarctus du myocarde) précoce chez un parent du premier degré (homme de moins de cinquante-cinq ans, femme de moins de soixante-cinq ans);
- fumer ou avoir arrêté de fumer depuis moins de trois ans;
- souffrir d'une hypertension artérielle (traitée ou non);
- souffrir d'un diabète de type II (= diabète qui ne nécessite pas l'administration d'insuline), traité ou non;

— avoir un « bon cholestérol » HDL inférieur à 0,40 g/l (quel que soit le sexe).

En revanche, si le bon cholestérol HDL est *supérieur* à 0,60 g/l (facteur protecteur), on compte un facteur de risque en moins.

Autrement dit: le fait d'avoir soixante ans (pour une femme), cinquante ans (pour un homme) est « compensé » si on a un HDL supérieur à 0,60 g/l.

Comme on le voit, le « mauvais » cholestérol LDL n'est pas du tout le principal facteur de risque de maladie cardio-vasculaire: le dosage du LDL n'a d'intérêt que chez les personnes qui ont les facteurs ci-dessus.

On ne m'a dosé que le cholestérol total. Quelles conclusions dois-je en tirer?

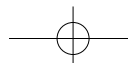
Le cholestérol total n'est pas suffisant pour déterminer le risque cardiovasculaire lié aux lipides sanguins. On ne peut estimer ce risque que si le LDL (« mauvais cholestérol ») est élevé!!!

Or, pour le moment le LDL ne se dose pas. Il se calcule selon la formule suivante (dite de Friedewald):

$$\text{LDL} = \text{CT} - (\text{HDL} + \text{TG}/5)$$

LDL = mauvais cholestérol. CT = cholestérol total.
HDL = bon cholestérol. TG = triglycérides.

Pour que le dosage du cholestérol soit interprétable, il faut donc toujours faire un bilan lipidique complet comprenant: cholestérol total + triglycérides (TG) + HDL cholestérol.



Les triglycérides (TG) sont des graisses particulières fabriquées à partir du sucre et de l'alcool. Le taux de triglycérides peut varier d'un jour à l'autre avec l'alimentation. Il n'est pas possible d'appliquer la formule ci-dessus lorsque les TG > 4 g/l. Comme les TG varient en fonction de ce qu'on a mangé ou bu au cours des jours précédents, il ne faut pas faire ce genre de mesure entre Noël et le jour de l'an, ou le lendemain d'un week-end de mariage!

Pourquoi les médecins ne prescrivent-ils pas systématiquement le bilan lipidique complet?

D'abord parce que ça coûte cher et que c'est prescrit un peu trop souvent à des gens qui n'en ont pas besoin. (On se demande à qui ces prescriptions inutiles profitent...)

Pour limiter les prescriptions inutiles, lors d'un premier bilan, le dosage du HDL n'est habituellement pas remboursé par la sécurité sociale. Si, et seulement si, le cholestérol total est élevé, le médecin demande dans un second temps le dosage du HDL et des TG sous l'intitulé « Exploration d'une Anomalie Lipidique ».

Comment savoir si mon « bilan lipidique » est normal ou pas? Quelles sont les valeurs du mauvais cholestérol à ne pas dépasser?

Encore une fois, un bilan lipidique n'est jamais interprétable seul: il faut tenir compte des autres facteurs de risque (FDR) cardio-vasculaires.

Voici les normes énoncées par l'AFSSAPS en 2005 :

- en l'absence de Facteur de risque: le LDL doit être inférieur à 2,2 g/l;
- avec 1 FdR, le LDL doit être inférieur à 1,9 g/l;
- avec 2 FdR, le LDL doit être inférieur à 1,6 g/l;
- avec 3 FdR, le LDL doit être inférieur à 1,3 g/l;

— si le patient est à haut risque (par exemple: une personne ayant déjà fait un accident cardio-vasculaire, ou un patient diabétique de type II ayant 2 FdR), le LDL doit être inférieur à 1 g/l.

Cette norme varie donc du simple à plus du double en fonction du terrain: il faudra être très exigeant quant à la limite du LDL (inférieure à 1 g/l) permise chez un coronarien (homme ou femme ayant une angine de poitrine ou subi un infarctus) alors qu'on acceptera plus du double (2, 20 g/l) chez une jeune femme sans facteur de risque, ce qui est une situation très fréquente: je ne compte plus les patientes venues faire un bilan cardiologique pour une hypercholestérolémie... qui n'en était pas une. De même les fausses « hypercholestérolémies » sous pilule sont une cause fréquente d'angoisse inutile.

Au-dessus de quelle valeur de cholestérol total faut-il faire un bilan lipidique complet?

Comme nous l'avons dit ci-dessus, le seul cholestérol total n'a pas d'intérêt. Il est donc inutile de le doser « pour voir ».

Si (et seulement si) les conditions sont remplies (existence d'autres facteurs de risque), il faut toujours faire un bilan lipidique complet. La valeur du HDL étant elle-même un facteur de risque (si le HDL est bas) ou un facteur protecteur (s'il est élevé).

Les laboratoires font payer le HDL de façon symbolique (quelques euros), et souvent, la sécurité sociale ne fait pas d'ennuis aux médecins qui dès le premier dosage demandent « Exploration d'une Anomalie Lipidique » (donc: Cholestérol + TG + HDL), car c'est la recommandation de l'AFSSAPS.

Si, et c'est encore trop souvent le cas, vous n'avez eu que le dosage du cholestérol total et des triglycérides, il faudra refaire un bilan lipidique complet.

Il n'est plus du tout logique de fixer une « valeur de cholestérol total à ne pas dépasser ». Cette norme est passée de 3 g/l à 2 g/l après certains essais cliniques et thérapeutiques mais elle ne devrait plus exister. En effet :

— on peut avoir par exemple, un cholestérol total à 3 g/l, mais un HDL à 0,80 g/l, des TG à 1 g/l, donc une valeur de LDL à 2 g/l, ce qui est tout à fait satisfaisant si on n'a pas d'autres facteurs de risque ;

— on peut avoir un cholestérol total à 1,90 g/l, un HDL à 0,25, des TG à 1 g/l, donc une valeur de LDL à 1,45 g/l, ce qui est trop élevé lorsqu'on a déjà fait un événement cardio-vasculaire ou si on a plus de deux facteurs de risque.

Bon, mais si j'ai quand même du « mauvais » cholestérol, il paraît que je dois faire un régime ?

Quand on dépasse les normes de LDL (calculées à partir des facteurs de risque préexistants), il est logique de conseiller quelques règles hygiéno-diététiques pendant deux à trois mois puis de refaire une analyse de sang.

Voici ces quelques règles hygiéno-diététiques :

- de l'huile de colza, ET
- de l'huile d'olive, ET
- une margarine avec des acides gras particuliers (oméga 3...), ET
- plus de légumes, ET
- plus de fruits, ET
- plus de fibres et aliments complets (pain, riz, pâtes), ET
- moins de fromage, ET
- moins de charcuterie.

Et... il n'est pas interdit de se faire plaisir de temps en temps...

Et si malgré le régime, j'ai toujours du cholestérol ?

C'est à ce moment, si et seulement si le LDL est au-dessus des normes établies en fonction du risque cardio-vasculaire qu'il faudra envisager un traitement médicamenteux. Mais ça, c'est une autre histoire...

Conclusion

Savoir, partage et liberté

La sexualité c'est la vie; la contraception c'est la liberté.

Le savoir médical est fait pour être partagé, car ce savoir et la compréhension qu'il donne sont indispensables pour que tous les citoyens puissent comprendre leur vie, accéder aux meilleurs soins dans les meilleures conditions et, entre autres nécessités vitales, conquérir et assumer leur liberté sexuelle.

Ce livre est fait pour partager des expériences. En trois éditions, il a bénéficié des courriers et des témoignages de nombreuses personnes, utilisatrices et professionnel(le)s. Qu'elles soient chaleureusement remerciées. À bientôt, j'espère, pour une quatrième édition!

Le Mans, le 12 décembre 2006
Martin Winckler

Remerciements

Merci à Marion Mazauric et au Diable Vauvert, qui ont accueilli les premières éditions de ce livre. Merci à Sophie Rouanet de l'accueillir aujourd'hui chez J'ai lu.

Merci à toutes celles et tous ceux qui m'ont écrit depuis la publication de la première édition. Chaque message a compté.

Merci aux associations, groupes de formation et journalistes, qui depuis deux ans me convient à leurs émissions, séminaires, conférences et rencontres autour de la contraception.

— et tout particulièrement à Emma Rota, Brigitte Lahaie, Brigitte Raba-Juenet, Martine Allain-Regnault et Laurent Broomhead, Sébastien Millet, Pierre Badin, Bruno Schnebert et Jean-Pierre Lebeau – et à tous ceux que j'oublie de citer parce qu'un virus a fusillé mon ordinateur en avril 2002...

Pour le soutien technique ou moral apporté à la rédaction des nouvelles éditions merci à Anne-Marie Gillet, Vincent Berville, Perrine Reinisch, Catherine Nabokov, Stéphanie Chin-Nin, Chantal Masson, Maïté Albagly, Jean-Martin Cohen-Solal, Sophie Eyraud, Philippe Durr, Catherine Revault, Christian Lehmann, Nathalie Bajos, David Serfaty, Jean-Yves Redon, Florence Fabaron, Fanny Lafontaine, Christian Layole, Marie Grès, Pierre Ménard, Evelyne et Jean-Pierre Carbonnel, André Ulmann, Christine Bergmann, Isabelle et Philippe Koenig, Catherine et tous ses Achminov, les vaillant(e) s ouvrier(e) s de la planification dans l'île de la Réunion, ainsi que les enseignants et les étudiants des facultés de médecine de Paris V, Lille, Tours et Rouen.

Merci au personnel du centre de planification, du centre d'orthogénie et de la maternité du centre hospitalier du Mans – et tout particulièrement à Sabine Chéenne, Hélène Vauconsant, Alain Gahagnon, Philippe Pillot, Jacky Collet et Jacques Chesnaux.

Je salue chaleureusement Pierre Ageorges, Alain Métrop et Patrick Nochy; Jean-Jacques Aulas, Guy Frydman, Iulus Rosner et Andrew Herxheimer; Philippe Van Es, Patrice Müller, Dougal et Zanna Jeffries, James Willis, John Guillebaud, l'ANCIC, le SMG, la revue Pratiques et La Revue Prescrire.

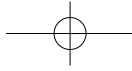
Merci à Danièle Perrier, Claude Pujade-Renaud, Isaac Asimov, Philippe Bagros, Pierre Bernachon, Michel Duguay, Christian Grosse, Yves Lanson, Philippe Lejeune, Olivier Monceaux et Daniel Zimmermann, qui m'ont appris à lire et à écouter, à soigner et à écrire – et à y prendre plaisir.

Merci également à Sylvie et Pierre Angel, Diane Arnaud, Jean-Pierre Basileu, Marjolaine Boutet, Jean-Luc Brière, Linda Chase, Marie-Noëlle Clément et Serge Tisseron, Marie Didier, Michèle et Yves Ferroul, André Garcia, Catherine Gereigat, Laure Guyot, Jim Langseth, Catherine Legal-lais, Flavia Luchino, Frédérique Mauduit, Joëlle Molina, Françoise Monnier, Marie-Anne Puel, John Sheldon, Bruce Southworth, Chuck Stainer, Jean-Paul Studer, Frédérique Yana.

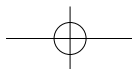
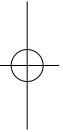
Merci à tous les amis, de si près tenus et tant aimés, et en particulier à Antoine, Delphes et Denys, Diane, Séverine, Ronan, Fanny et Louise, Mona, Clotilde, Cyrille et Adrien. Y a pas que la contraception dans la vie, y a aussi le cinéma et les séries télévisées!

Merci à Brice et Mélanie, Pierre, Jean-Baptiste, Thomas, Paul, Olivier, Léo, et Martin.

Et merci à Vous.



ANNEXES



Annexe 1

LA CONTRACEPTION CHEZ LES PERSONNES HANDICAPÉES

Kim Best (*Network*, Hiver 1999, Vol. 19, No. 2)

(Note: Cet article, publié dans la revue de l'ONG Family Health International, fait référence à la situation des personnes handicapées dans les pays en développement, mais ce qu'il décrit peut parfaitement s'appliquer à la France et aux pays développés dans lesquels la protection sanitaire des personnes handicapées n'est pas toujours correctement assurée. M.W.)

« Dans le monde entier, la santé reproductive des hommes et des femmes ayant un handicap physique est généralement un sujet auquel on accorde un faible rang de priorité, quand on ne l'ignore pas carrément. Cela tient souvent au mythe selon lequel les personnes handicapées ne sont pas sexuellement actives, et que la question de la maîtrise de leur fertilité ne se pose donc pas. Comme ces personnes restent souvent recluses, ou qu'elles ont du mal à se rendre dans les dispensaires, les agents de planification familiale ne se rendent peut-être même pas compte qu'elles ont des besoins liés à la reproduction.

« Beaucoup de personnes handicapées sont capables d'avoir des enfants et, comme les valides, elles peuvent avoir envie de recourir temporairement à la contraception. D'autres souhaitent adopter une méthode permanente ou à longue durée d'action, parce que la grossesse et le fait de devoir élever un enfant seraient une source de difficultés pour elles. D'autres encore préfèrent une méthode permanente quand elles ont une maladie génétique qu'elles risqueraient de transmettre à leurs enfants. On dispose de plus en plus de preuves qui montrent que les facteurs génétiques jouent un rôle dans le développement de la sclérose en plaques, affection neurologique cause de paralysie, de

tremblements et de troubles de la parole. Elle frappe souvent les individus au cours des années où ils sont susceptibles de procréer¹.

« Les personnes handicapées ont tendance à vivre confinées chez elles pendant des années, explique Eileen Girón, directrice exécutive de l'association ACOGIPRI, association coopérative du Salvador, axée sur la rééducation. Elles ont beaucoup de mal à sortir à cause d'obstacles matériels et du manque de transport. Dès lors, elles ne sont pas représentées dans les comités et leurs besoins restent méconnus. Mais lorsque nous organisons des ateliers sur la sexualité, les femmes et les hommes handicapés avec qui nous travaillons nous disent qu'il leur faut davantage de services de santé reproductive. À les écouter, il y a longtemps qu'ils veulent en savoir plus sur ce sujet, mais ils ne savent pas à qui s'adresser. »

« Lorsqu'ils donnent des informations sur la contraception et pendant le counseling, les agents de planification familiale doivent tenir compte des questions médicales associées à diverses incapacités physiques. Le choix du contraceptif sera fonction de plusieurs facteurs, dont la qualité de la circulation (en particulier dans les extrémités), d'éventuels problèmes de coagulation sanguine, le degré de perception sensorielle et de dextérité manuelle, la stabilité de l'état de santé de la personne, le risque d'aggravation due au contraceptif, la possibilité d'une interaction médicamenteuse, la présence d'un état dépressif et tout problème d'hygiène lié à la menstruation².

1. Sadovnick A. D., Baird P. A., « Reproductive counseling for multiple sclerosis patients », *Am. J. Med. Genet.*, 1985, 20 (2), 349-54.

2. Leavesley G., Porter J., « Sexuality, fertility and contraception in disability », *Contraception*, 1982, 26 (4), 417-41.

Les méthodes hormonales

« Lorsqu'une femme souhaite prendre des contraceptifs oraux (CO) combinés, il est extrêmement important de savoir si elle court un risque accru de thromboembolie (formation de caillots sanguins qui font obstruction à la circulation). Les CO sont contre-indiqués chez les femmes qui souffrent de troubles de la circulation, qui ont des antécédents d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou dont les extrémités sont immobiles¹. Autrement dit, les femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale, de lésion de la moelle épinière, de poliomyélite, de dystrophie musculaire et, dans certains cas, d'arthrite rhumatoïde, peuvent ne pas être en mesure d'utiliser cette méthode. D'autre part, une thrombophlébite peut passer inaperçue chez les femmes dont les sensations sont diminuées dans les extrémités inférieures pour cause de dysfonction de la moelle épinière ou de sclérose en plaques. Dans ces cas, il convient d'envisager le recours à une pilule progestative.

« On n'a pas résolu la question de savoir si les méthodes hormonales de contraception exacerbent l'arthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques ou d'autres maladies. La majorité des dix-huit études qui visent à élucider le lien entre les CO et l'arthrite rhumatoïde donne à penser que les CO confèrent une certaine protection contre cette maladie².

« Deux études faites antérieurement, qui portaient sur le lien entre les CO et la sclérose en plaques après l'installation de cette affection, n'ont établi aucun effet sur son évolution à long

1. Haefner H. K., Elkins T. E., « Contraceptive management for female adolescents with mental retardation and handicapping disabilities », *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 1991, 3 (6), 820-24.

2. Brennan P., Bankhead C., Silman A. et al., « Oral contraceptives and rheumatoid arthritis: results from a primary care-based incident case-control study », *Semin. Arthritis. Rheum.*, 1997, 26 (6), 817-23.

terme¹. D'autres faits observés portent à croire que l'oestrogène pourrait en stabiliser les symptômes, notamment pour ce qui est des fonctions cognitives².

«L'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA, ou Dépo-Provera), contraceptif injectable à progestatif, est couramment proposé aux femmes dont la mobilité est compromise en raison du risque accru de thromboembolie qu'elles courent. Il n'a pas été établi que le DMPA entraîne des changements susceptibles d'accroître le risque de formation de caillots sanguins ou d'AVC; dès lors, on peut envisager de le conseiller aux femmes souffrant de paralysie consécutive à une lésion de la moelle épinière, de dystrophie, de sclérose en plaques ou de poliomyélite³. En outre, le DMPA a tendance à diminuer la quantité des menstrues, voire souvent à provoquer l'aménorrhée, ce qui peut être un avantage pour les femmes qui n'ont pas la dextérité manuelle nécessaire pour utiliser des tampons ou des serviettes hygiéniques. Cependant, l'utilisation prolongée du DMPA a été associée à la raréfaction de la densité minérale osseuse chez certaines femmes, en particulier les jeunes adolescentes⁴, et on a avancé l'hypothèse d'un risque accru d'ostéoporose même avant la ménopause. Les

1. Royal College of General Practitioners, *Oral Contraceptives and Health*, New York, Putnam, 1974; Poser S., Raun N. E., Wikstrom J. et al., «Pregnancy, oral contraceptives and multiple sclerosis», *Acta Neurol. Scand.*, 1979, 59 (2-3), 108-18.

2. Sandyk R., «Estrogen's impact on cognitive functions in multiple sclerosis», *Int. J. Neurosci.*, 1996, 86 (1-2), 23-31; Zorgdrager A., De Keyser J., «Menstrually related worsening of symptoms in multiple sclerosis», *J. Neurol. Sci.*, 1997, 149 (1), 95-97.

3. Cundy T., Evans M., Roberts H. et al., «Bone density in women receiving depot medroxyprogesterone acetate for contraception», *BMJ*, 1991, 303 (6793), 13-16.

4. Cundy T., Cornish J., Roberts H. et al., «Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception», *Obstet. Gynecol.*, 1998, 92 (4), 569-73.

implants Norplant entraînent souvent des saignements irréguliers, d'où des problèmes d'hygiène.

Les méthodes non hormonales

«Les dispositifs intra-utérins au cuivre, en forme de T, ont tendance à provoquer des règles plus abondantes, ce qui soulève deux problèmes. Le premier, c'est qu'une perte excessive de sang peut entraîner une anémie, source de difficultés pour les femmes à la fonction respiratoire défaillante (victimes de la polio, par exemple) ou atteintes d'arthrite rhumatoïde¹. Le second, c'est que l'accroissement du flux menstruel peut compliquer les soins corporels chez la femme à la dextérité manuelle compromise.

«Lorsqu'il envisage ce type de DIU comme méthode contraceptive, le prestataire doit s'interroger sur l'intégrité des sensations de la femme dans la région pelvienne. Comme les impressions sensorielles peuvent être compromises chez les femmes atteintes de sclérose en plaques ou de dysfonction de la moelle épinière, la maladie inflammatoire pelvienne associée au port du DIU ou la grossesse extra-utérine risquent de passer inaperçues. L'insertion de ce dispositif peut se révéler difficile chez la femme souffrant d'infirmité motrice cérébrale, de scoliose ou de sclérose en plaques à cause des spasmes adducteurs des cuisses qui sont associés à ces affections².

«La femme doit être capable de vérifier régulièrement la présence des fils du DIU pour confirmer que le dispositif n'a pas été expulsé. Si elle n'a pas l'usage de ses bras ou de ses mains, son partenaire peut effectuer cette vérification pour elle.

1. Haefner H. K., Leavesley G., Neinstein L., «Contraception in women with special medical needs», *Comp. Ther.*, 1998, 24 (5), 238.

2. Beckman C. R., Gittler M., Barzansky B. M. et al., «Gynecologic health care of women with disabilities», *Obstet. Gynecol.*, 1989, 74 (1), 75-79.

« En ce qui concerne les méthodes de barrière, il faut encourager les handicapés moteurs à utiliser des préservatifs s'ils courent un risque de maladies sexuellement transmissibles (MST), comme on le ferait s'ils étaient valides. Les personnes atteintes de troubles de la coordination ou de limitations fonctionnelles des extrémités supérieures pourraient avoir du mal à utiliser correctement les méthodes de barrière, mais leurs partenaires valides peuvent apporter leur concours. La prévention des MST revêt une importance particulière pour les femmes ayant un handicap moteur accompagné de déficiences sensorielles dans la région du bassin, étant donné que les symptômes des MST pourraient leur échapper.

« La présence d'une MST chez une personne handicapée physique n'est pas une éventualité aussi improbable que le pensent certains prestataires. S'il diagnostique une telle maladie, le prestataire doit se demander si cette infection a été contractée à l'occasion de violences sexuelles. "Un grand nombre des femmes sourdes avec lesquelles nous travaillons sont victimes de sévices sexuels, dit Eileen Girón, de l'ACOGIPRI, ou elles ont des relations sexuelles – parfois avec de multiples partenaires – pour avoir de quoi manger ou pour être hébergées. Cela leur fait courir un risque accru de MST, mais souvent elles ne savent pas comment se protéger contre ces maladies."

« Cela dit, toute personne ayant un handicap court un risque. "En Afrique, le risque de violences sexuelles est très élevé parmi les femmes handicapées, fait observer Dorothy Musakanya, de la SAFOD (Southern Africa Federation of the Disabled, dont le siège se trouve au Zimbabwe). Nombreuses sont les femmes et les fillettes handicapées qui sont victimes de sévices sexuels ou de mauvais traitements infligés par des membres de leur famille, des personnes chargées de leur garde ou des connaissances. »

« Si la stérilisation de certaines personnes handicapées peut effectivement se justifier sur le plan médical, il faut toutefois prendre des précautions pour s'assurer que celles-ci comprennent pleinement en quoi consiste cette procédure ainsi que son caractère permanent et qu'elles donnent leur consentement volontaire en l'absence de toute coercition.

« "Il arrive parfois que les handicapés physiques se fassent stériliser sous prétexte qu'on agit dans leur intérêt en leur évitant d'avoir des enfants et de les élever, dit Lizzie Mamvura Longshaw, du Conseil national des personnes handicapées du Zimbabwe. Mais les enfants tiennent compagnie et ils confèrent un sentiment profond de responsabilité à l'espèce humaine. Priver une personne handicapée du droit d'avoir des enfants est donc non seulement inhumain, c'est aussi une violation des droits fondamentaux de l'individu."

Les personnes handicapées manquent d'informations

« La présidente du Health Resource Center for Women with Disabilities au sein du Rehabilitation Institute de Chicago, Mme Ginger Lane, s'est récemment rendue en Bosnie, principalement pour se mettre à l'écoute des hommes paralysés à la suite de blessures de guerre et inquiets au sujet de leur sexualité et de leur santé liée à la reproduction.

« "La plupart des hommes atteints de lésions de la moelle épinière que nous avons rencontrés, raconte-t-elle, voulaient avoir des enfants. Ils ne doutaient pas de leur aptitude à élever des enfants; ils avaient besoin de conseils pour savoir comment ils devaient s'y prendre, sur le plan purement mécanique, pour en concevoir un. Cela dit, beaucoup de personnes handicapées qui sont physiquement capables d'avoir un enfant sans difficulté se demandent si elles seraient capables d'en élever un ou même si elles devraient le faire. Si elles reçoivent l'éducation, le counseling

et l'encouragement nécessaires, la paternité ou la maternité pourra leur paraître une option raisonnable et judicieuse ; ce jour-là, elles seront enfin en mesure d'opérer un choix véritablement éclairé en matière de procréation.”

« Malheureusement, il arrive souvent que les handicapés physiques ne reçoivent pas des informations et un counseling adéquats sur le thème de la sexualité et de la santé reproductive. Meenu Sikand, vice-présidente de la Canadian Association of Independent Living Centers' International Committee (dont le siège se trouve à Toronto), note qu'en Inde, son pays natal, “les femmes ayant un handicap moteur ou physique simple, des convulsions par exemple, ne reçoivent jamais d'informations sur la santé de la reproduction parce qu'on part du principe qu'elles ne trouveront pas à se marier. On ne les laisse même pas aller à l'école parce qu'on craint qu'elles n'attirent l'opprobre sur leur famille si elles venaient à avoir une crise et à tomber par terre. On ne les considère pas comme des êtres humains à part entière. Toute imperfection de nature à compromettre la capacité d'une femme de prendre soin de sa famille signifie que cette femme n'est pas mariable”.

« En Afrique australe, dit Dorothy Musakanya, de la SAFOD, le handicap est traditionnellement perçu comme une malédiction, une punition infligée par les esprits ancestraux ou par Dieu à cause de fautes commises par les parents. Par conséquent, la plupart des parents cachent leurs enfants handicapés, et on n'attend pas d'une femme handicapée qu'elle ait des enfants.”

« De surcroît, “dans le monde en développement, il est même extrêmement inhabituel qu'une femme handicapée se fasse faire un bilan gynécologique de routine, renchérit Lucy Wong-Hernández, directrice exécutive de l'Organisation mondiale des personnes handicapées (OMPH). Pour ma part, je connais beaucoup de femmes handicapées qui ont eu un cancer du sein ou

du col de l'utérus et qui n'avaient jamais eu de frottis ou de mammogramme, ce qui aurait pu permettre le dépistage de ces maladies mortelles. Comme personne ne parle du cancer du sein aux femmes handicapées, celles-ci ne savent même pas comment s'y prendre pour procéder à un auto-examen.”

« Même si le handicap est moins stigmatisant dans le monde industrialisé, une étude effectuée aux États-Unis auprès de cinquante-cinq femmes âgées d'au moins dix-huit ans et ayant un handicap physique, acquis ou congénital, a révélé que 19 % d'entre elles seulement avaient bénéficié d'un counseling sur la sexualité. Environ 65 % avaient reçu des informations sur la contraception, mais les femmes atteintes de paralysie, de troubles de la motricité ou d'une malformation physique évidente s'étaient rarement vu proposer des méthodes contraceptives ou des informations sur ce sujet.

« Il semblerait que les adolescents handicapés soient au moins aussi sexuellement actifs que les jeunes en bonne santé et valides. Une enquête effectuée auprès de jeunes gens handicapés âgés de douze à dix-huit ans (dont environ cinq cents avaient un handicap évident et mille cent étaient atteints de déficiences non apparentes) a révélé que les adolescents handicapés n'étaient pas différents des autres jeunes si l'on considère le pourcentage de ceux qui avaient déjà eu des relations sexuelles, l'âge du premier rapport, le fait d'avoir conçu un enfant ou l'utilisation de la contraception¹.

« Dans les pays qui ont des programmes en faveur des handicapés, les prestataires des services de santé sont de plus en plus nombreux à donner des informations relatives à la santé de la

1. Suris J. C., Resnick M. D., Cassuto N. et al., « Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability », *J. Adolesc. Health*, 1996, 19 (2), 124-31.

reproduction aux personnes ayant un handicap physique, dit Dorothy Musakanya, de la SAFOD. Ils apprennent aussi à évaluer le fonctionnement sexuel d'un individu en tenant compte de ce qu'il était avant que cette personne ne devienne handicapée; ils apprennent en quoi l'incapacité affecte l'expression sexuelle de l'individu, ses besoins en matière de contraception et les méthodes qu'il pourrait utiliser; et ils veillent à la présence de signes éventuels de violences sexuelles.” »

Annexe 2

BIBLIOGRAPHIE

Lorsque la première édition de *Contraceptions mode d'emploi* a été publiée, elle a été plutôt bien reçue par les généralistes et plutôt mal par les spécialistes (pas par tous, je vous rassure...). Ces derniers voyaient d'un mauvais œil un « médecin de famille » marcher sur leurs plates-bandes. L'un de leurs reproches récurrents était : « Il ne cite pas ses sources. » La première édition, il est vrai, n'était pas alourdie par les notes, mais donnait toutefois un certain nombre de références bibliographiques. Dès la 2^e édition, je n'ai pas hésité à citer mes sources en notes de bas de page (pour la plupart en anglais, malheureusement).

Le propos d'une bibliographie est avant tout de donner la possibilité au lecteur de vérifier que ce qui est dit dans les pages d'un livre à prétentions scientifiques n'a pas été purement et simplement inventé par son auteur.

Pour vérifier les notions décrites dans ce livre, usagers et professionnels pourront consulter avec profit :

Ouvrages en français

Contraception, de David SERFATY et coll. (Paris, Masson 2^e édition, 2002), est un ouvrage destiné aux praticiens et aux étudiants en médecine. Actuellement, en France, c'est la somme scientifique sur le sujet. Si vous êtes une utilisatrice de contraception, votre médecin devrait l'avoir lu (surtout s'il ne veut pas entendre parler de *Contraceptions mode d'emploi*). Si vous êtes médecin ou soignant, vous devez l'avoir dans votre bibliothèque.

Le Guide de la contraception, de B. WINIKOFF et S. WYMENBERG, traduit et adapté par A. ULMANN (Odile Jacob,

1999) est un ouvrage grand public, mais originellement publié en Amérique. Il commence à dater un peu.

La Contraception en 10 leçons, de David ELIA (Minerva, Genève, 1998), est aussi un bon ouvrage de vulgarisation, mais beaucoup moins développé que le précédent.

Vivre la sexualité – Encyclopédie illustrée, par Denis VAGINAY et Daniel BALVET (éditions Chronique sociale 7, rue du Plat, 69002 Lyon, 2002), est un excellent ouvrage descriptif sur la sexualité, illustré sans détour, et aussi bien destiné aux adultes qu'aux adolescents.

Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale, par Denis VAGINAY (éditions Chronique sociale, 2002), allie une description très précise des problèmes à une réflexion sensible et éclairante.

Ouvrages en anglais

COOPER E., GUILLEBAUD J., *Sexuality and Disability – A guide for everyday practice*, Radcliffe Medical Press, 1999. (Sur la sexualité des personnes handicapées. Un long chapitre est consacré à la contraception.)

GUILLEBAUD J., *Contraception: Your Questions Answered*, 4th ed., Churchill Livingstone, Londres, 2003. **Cet ouvrage très détaillé est la « bible » de la contraception.** Il est recommandé à toutes les personnes lisant l'anglais qui travaillent quotidiennement dans le domaine de la planification.

GUILLEBAUD J., *Contraception Today* (4th ed., Martin Dunitz, Londres, 2000). (Ouvrage condensé pour médecins généralistes.)

GUILLEBAUD J., *The Pill* (4th ed., Oxford University Press, Oxford, 1997). (Ouvrage destiné au grand public.)

SZAREWSKI A., GUILLEBAUD J., *Contraception – a user's handbook*, 2nd ed., Oxford University Press, Oxford, 1998. (Ouvrage remarquable de clarté destiné au grand public.)

SPEROFF L., DARNEY Ph., *A Clinical Guide for Contraception*, 3rd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie, 2001. (Ouvrage de référence destiné aux médecins et étudiants en médecine.)

Revue

La plupart des revues médicales anglo-saxonnes consacrent des articles aux connaissances les plus récentes sur la contraception. Pour réviser et compléter cette deuxième édition, outre les réputées *The British Medical Journal*, *The Lancet*, *The Journal of the Royal College of Medical Practitioners*, *The Australian Prescriber* et *La revue Prescrire*, j'ai consulté avec profit :

- *Contraception* (Elsevier) dont les résumés sont accessibles gratuitement en ligne (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00107824>);

et surtout :

- *The Contraception Report*, excellente revue en ligne accessible gratuitement. Quatre à six fois par an depuis 1998, cette publication claire, intelligible et très bien documentée, passe en revue les notions les plus récentes sur la contraception. Elle publie aussi des « Patient Updates », fiches à l'intention des patients d'une grande sobriété et qui devraient inspirer tous ceux qui travaillent à l'information des usagers. Je la recommande chaudement à tous les praticiens de la planification

lisant l'anglais. (www.contraceptiononline.org/contrareport/pre-issues.cfm).

Family Health International est une ONG tournée vers les pays en développement qui propose, elle aussi, de nombreux documents sur « la planification familiale, la santé reproductive, la santé maternelle, les questions de parité des sexes, les maladies sexuellement transmissibles (MST), les infections de l'appareil reproducteur et la prévention et le traitement du VIH/SIDA ». Le tout, en plusieurs langues dont le français (www.fhi.org/fr/fhif.html). Elle publie une excellente revue trimestrielle, *Network*, dont on peut consulter les articles en français sur le site.

À ceux qui s'intéressent à la contraception dans un cadre plus large, je recommande aussi la revue *Population Reports*, publiée par l'université Johns Hopkins (Baltimore, États-Unis). Celle-ci est également accessible sur un site Internet qui propose des articles en langue française (www.jhuccp.org/pr/prf/fulltext.shtml).

Annexe 3

SITES INTERNET FRANCOPHONES

En France

Mon « Winckler's Webzine » (www.martinwinckler.com) comprend une grande section sur la contraception, y compris près de cent recueils de « questions/réponses » accumulées au fil des quatre années écoulées. C'est un des sites les plus visités sur le sujet par les internautes français(e)s.

La liste des centres de planification et d'éducation familiale (centres publics) qui figure p. 523 a été établie pour ce livre, car il n'existait pas encore de liste officielle. Afin qu'elle soit accessible à tous, je l'ai également mise en ligne sur mon site. Elle a de nouveau été mise à jour grâce à l'éditeur. N'hésitez pas à aller la consulter et à m'écrire (martin_winckler@free.fr) pour la corriger et la compléter.

Le site de l'ANCIC (Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception) www.ancic.asso.fr suit de très près et met en ligne toute la législation concernant contraception et avortement.

Le MFPP possède depuis peu un site sur lequel on peut trouver les adresses mises à jour de ses antennes locales : <http://www.planning-familial.org/themes/theme02-contraception/>.

Au Québec

Le meilleur site au monde consacré à la sexualité (et en particulier à la contraception) se nomme www.masexualite.ca. Je ne saurais trop en recommander la fréquentation assidue aux adolescents, aux adultes, aux enseignants et aux professionnels de santé.

Le SICSQ, Service d'information en contraception et sexualité de Québec, a un site très bien fait, lui aussi : <http://www.sicsq.org/>.

Le portail Santé-Net Québec, www.sante-net.net/sexualite.htm, recense un nombre respectable de liens vers des sites en français sur la sexualité et la contraception.

Au Canada

Le site des fédérations de Planning familial du Canada, www.ppfca.ca/index.html, est en anglais, mais il est fort bien fait. On y trouve aussi, sur certains sujets, des informations en français.

En Belgique

Le Planning familial de Belgique entretient un site très bien fait : www.ping.be/planning-familial.

En Suisse

La liste des centres de planification familiale suisses figure à la page www.svss-uspda.ch/fr/fampla.htm.

Le site de la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive, www.plan-s.ch/, est également très intéressant.

Annexe 4

RECOMMANDATIONS DE L'ANAES CONCERNANT LA CONTRACEPTION (2004)

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations pour la pratique clinique, mardi 7 décembre 2004

(Extraits)

ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

2, avenue du Stade-de-France

93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

(ces recommandations peuvent être téléchargées dans leur intégralité sur www.anaes.fr)

(Note: Bien que les recommandations de l'ANAES diffèrent en quelques points de détail avec les recommandations internationales [de l'IPPF, en particulier], elles sont un grand pas en avant dans l'attitude des pouvoirs publics français à l'égard de la contraception. Si tous les médecins français se rangeaient à ces recommandations, les choses seraient grandement facilitées pour de nombreuses femmes. Dans les extraits qui suivent, les passages en gras sont soulignés par moi. M. W.)

[...]

Un nombre élevé de femmes et de couples utilisent un moyen de contraception (75 % des femmes déclarent en utiliser un). Cependant, le nombre de grossesses non désirées reste important, et de l'ordre de 200 000 interruptions volontaires de grossesses sont réalisées chaque année en France (chiffre pour 2002, en quasi-stabilité par rapport à 1990).

Les femmes se retrouvant en échec de contraception avancent le plus souvent en explication :

— un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode;

- la non-conscience du risque;
- la prise d'un risque en s'en remettant à la chance;
- la non-prévision du rapport sexuel;
- la non-disposition d'une méthode de contraception;
- un arrêt ou un refus de contraception à la suite d'une première expérience difficile;
- la non-connaissance d'un endroit où se procurer la méthode.

Dans un tel contexte, on mesure toute l'importance de la prévention des grossesses non souhaitées. Des recommandations pour la pratique clinique portant sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé, selon la méthodologie de l'ANAES¹, avec la collaboration de l'AFSSAPS² et de l'INPES³.

Le groupe de travail a souhaité replacer la contraception en tant que :

- moyen souhaité par une femme ou un couple de ne pas s'exposer à une grossesse et non celui d'éviter une IVG même si celle-ci peut être la conséquence d'une grossesse non souhaitée;
- possibilité pour une femme ou un couple de choisir d'avoir un enfant, à un moment opportun;
- possibilité pour une femme et son partenaire de mieux vivre leur sexualité.

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Aborder la contraception de cette manière conduit naturellement à ne pas considérer les critères médicaux comme seuls critères décisionnels et à les compléter par la prise en compte de critères démographiques, psychologiques, économiques et sociaux.

L'objectif essentiel est devenu la recherche de la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de chaque femme, ceci au travers d'une relation soignant-consultante qui favorise l'aide au choix plutôt qu'au travers d'une simple prescription.

Ce travail a pour objectifs :

- d'établir un état des connaissances sur les méthodes contraceptives actuellement disponibles chez la femme;
- de définir des recommandations sur la prescription d'une contraception en débordant du seul cadre habituel des critères médicaux (facteurs psychologiques, économiques, familiaux, sociaux, etc.);
- de promouvoir l'information des femmes par les professionnels de santé habilités à prescrire et à délivrer des méthodes de contraception.

Ces recommandations doivent permettre d'adapter la contraception à la situation personnelle de chaque femme, afin de se rapprocher au maximum de l'efficacité optimale de la méthode prescrite.

Elles s'adressent en premier lieu à l'ensemble des professionnels de santé prescrivant ou délivrant des méthodes contraceptives : omnipraticiens, gynécologues et gynécologues-obstétriciens, endocrinologues, sages-femmes, infirmières scolaires, pharmaciens et professionnels de santé des centres de planification et d'éducation familiale.

Les recommandations pour la pratique clinique abordent successivement :

- les méthodes contraceptives disponibles en France ;
- les options contraceptives dans diverses situations particulières ;
- les critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive ;
- l'accompagnement d'une femme et/ou d'un couple dans le choix d'une méthode contraceptive.

Elles sont ici résumées en quinze messages clés.

1. L'écart existant entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives observée lors des essais thérapeutiques et leur efficacité en pratique courante constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.

2. Associer les personnes concernées au choix de leur méthode contraceptive engendre une plus grande satisfaction et une utilisation plus efficace de cette méthode. Ces recommandations soulignent l'importance de l'accord du partenaire et le cas échéant, de prendre en compte le couple dans la démarche contraceptive.

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

4. S'il s'agit d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste essentielle. Les méthodes à privilégier chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.

5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :

- d'adapter sa prescription à chaque consultante ;
- d'étendre le champ de son entretien au-delà de seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
- d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
- d'accompagner la consultante ou le couple à réfléchir et à choisir la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle.

Le modèle BERGER de l'OMS prend en compte ces différentes dimensions et peut constituer une aide pour conduire la consultation (cf. p. 507).

6. Dans le cadre de la première consultation, un examen clinique incluant une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) doit être réalisé. En l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, les examens gynécologiques et sanguins peuvent être présentés et programmés pour une consultation ultérieure (dans les trois à six mois), notamment chez les adolescentes. Le frotis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

7. La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1^{re} intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.). La contraception œstroprogestative présente en outre des bénéfices potentiels non contraceptifs, par exemple dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et cancer colorectal). Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique. Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2^e ou 3^e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés en présence desquels elles sont contre-indiquées.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la contraception par progestatif seul dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire. La contraception par progestatif seul n'est pas qu'une méthode de 2^e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale. Il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une prise rigoureuse: tous les jours à la même heure, même pendant les règles. La bonne efficacité de ces méthodes doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfant(s) (multipares). Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{re} intention très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux trois semaines qui suivent l'insertion. Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les femmes n'ayant jamais enfanté (nullipares). Étant donné la grande efficacité contraceptive des dispositifs intra-utérins, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de grossesse extra-utérine en cours d'utilisation d'un dispositif intra-utérin est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives. Un dispositif intra-utérin peut-être proposé à toute femme dès lors que :

- les contre-indications à sa pose sont prises en compte ;
- les risques infectieux et de grossesse extra-utérine ont été évalués et écartés ;
- la femme est informée des risques de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare car sa pose doit être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et des conditions à leur accès.

Deux types de méthodes existent : contraception d'urgence hormonale et dispositif intra-utérin au cuivre, le DIU au cuivre étant la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé.

La contraception d'urgence par progestatif seul n'est pas efficace à 100 %. Elle est d'autant plus efficace qu'utilisée plus précocement après le rapport non protégé. L'utilisation opportuniste et répétitive de la contraception d'urgence hormonale en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue. Elle peut être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familial ou dans les infirmeries scolaires.

À la suite d'une prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

- d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
- de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les cinq à sept jours après la date attendue.

11. Qu'elles soient masculines ou féminines, les méthodes de stérilisation sont susceptibles, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition

du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente. En pratique, il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles.

Le Code de la santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure ». Un délai de réflexion de quatre mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement. La signature d'un consentement éclairé est obligatoire.

12. Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait prouvé son efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST). Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente), doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée. L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

13. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard du risque élevé d'échec qu'elles comportent en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et pouvant s'exposer à un risque de grossesse (sans contre-indication).

14. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaire avec l'âge et la préménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de trente-cinq-quarante ans.

15. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une autre méthode contraceptive (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

[...]

Le modèle de consultation BERCER et ses spécificités liées à l'adolescence

Le groupe de travail de ces recommandations insiste sur le fait que la première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait être une consultation spécifiquement dédiée à cette question.

Parmi les différents modèles de consultation développés dans les cadres général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l'intérêt du modèle BERCER de l'OMS, lequel se déroule en six étapes qui se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Les six étapes de la consultation sur le modèle BERCER

Bienvenue. En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien. La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en

matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement. La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfiques, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix. Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfiques et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication. La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont

enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour. Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite.

Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison, par exemple, d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des deux consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale.

L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive ;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son

appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives;

— de l'informer sur les choix possibles;

— de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée;- de la former à l'utilisation de la méthode choisie;

— enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

Spécificités liées à l'adolescence:

— L'adolescente est reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle.

— En l'absence de symptômes qui le justifient, les examens gynécologiques et sanguins ne sont pas nécessaires lors de la première consultation.

— Il importe de rester neutre et de n'avoir d'a priori ni sur l'activité sexuelle des adolescents, ni sur leur désir voire leur intention délibérée d'un d'enfant à naître.

— Le questionnement nécessite de comprendre que l'adolescence est un moment de croissance sociale et cognitive et d'acquérir des compétences de communication particulières afin d'adapter le « counseling » à l'adolescente.

— La contraception chez une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier et rapproché.

Annexe 5

TEXTES DE LOI ET TEXTES RÉGLEMENTAIRES

A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures

Depuis la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 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. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisées, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

Protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire

Le présent protocole détermine les modalités d'administration de la contraception d'urgence non soumise à prescription obligatoire aux élèves externes et internes des établissements d'enseignement du second degré.

Il appartient à ces établissements de respecter les dispositions suivantes et d'adapter en conséquence leur mode de fonctionnement :

1. Peuvent administrer cette contraception d'urgence les infirmières et les infirmiers rattachés à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité.

2. Toute décision concernant l'administration d'une contraception d'urgence doit être précédée d'un entretien avec l'élève, qu'elle soit mineure ou majeure.

Cet entretien doit permettre à l'infirmière ou à l'infirmier d'apprécier si la situation de l'élève correspond aux critères d'urgence et de détresse caractérisées prévus par le cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique et aux conditions d'utilisation prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Chaque fois, il sera indiqué à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception et qu'elle peut ne pas être efficace dans tous les cas. Elle sera également informée que ce médicament ne saurait lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé.

Lorsque les indications du médicament ne permettent plus l'administration d'une contraception d'urgence, l'élève devra impérativement être orientée vers un centre de planification ou d'éducation familiale, l'hôpital ou un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles.

3. La mise en place d'une éventuelle contraception d'urgence suppose de prendre en compte deux types de situations :

- *L'élève mineure*

L'infirmière ou l'infirmier recherche les modalités les plus appropriées en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève aux fins d'informer celle-ci des différentes possibilités de contraception d'urgence, de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments (pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale) et de lui proposer d'entrer en contact avec un médecin. L'infirmière ou l'infirmier propose éga-

lement à l'élève, qui peut le refuser, de s'entretenir avec l'un des titulaires de l'autorité parentale ou avec son représentant légal de la démarche d'aide et de conseil mise en œuvre.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce.

Il conviendra dans ce cas de s'assurer de la prise effective par l'élève du médicament et du respect de la posologie.

- *L'élève majeure*

L'infirmière ou l'infirmier informe l'élève des différentes possibilités d'accès à la contraception d'urgence (médecin, pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale, urgences hospitalières) en l'aidant si nécessaire à prendre rapidement un rendez-vous et lui propose d'entrer en contact avec sa famille.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée.

4. L'administration de ce médicament doit faire l'objet de la part de l'infirmière ou de l'infirmier d'un compte rendu écrit, daté et signé sur le « cahier de l'infirmière » ou tout autre document prévu à cet effet dans l'établissement.

À la fin de chaque année scolaire, l'infirmière ou l'infirmier, quel que soit son établissement d'exercice, établit et adresse à l'infirmière ou à l'infirmier conseiller technique auprès de l'inspecteur d'académie pour les établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale et à la direction régionale de l'Agriculture et de la Forêt pour les établissements relevant du ministère de l'Agriculture et de la Pêche un état faisant apparaître le nombre de demandes de ce médicament de la part des élèves mineures et

majeures, ainsi que le nombre d'élèves auxquelles une contraception d'urgence a été administrée ainsi que le nombre d'élèves mineures et majeures orientées vers d'autres structures.

5. L'infirmière ou l'infirmier organise un suivi de chaque élève à laquelle une contraception d'urgence a été administrée.

Dans tous les cas, il lui appartient de veiller à la mise en œuvre d'un accompagnement psychologique de l'élève et d'un suivi médical par un centre de planification ou d'éducation familiale, ou d'un médecin traitant ou spécialiste visant à :

— s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence, notamment en conseillant un test de grossesse lorsqu'il est constaté un retard de règles ;

— prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le sida, notamment en vue d'un dépistage et, éventuellement, d'un traitement précoce ;

— discuter d'une méthode de contraception régulière adaptée à son cas.

Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures en pharmacie

Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.

• Article 1^{er}

La délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 du Code de la santé publique est effectuée dans les conditions définies à l'article R. 5015-48 et au quatrième alinéa de l'article R. 5089-9 du même code. La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien

permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.

• Article 2

La minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance prévue à l'article L. 5134-1 est justifiée par la simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée.

• Article 3

Lorsque la délivrance à une mineure de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence a été effectuée, le pharmacien adresse à la caisse d'assurance maladie dont il dépend une facture établie sur une feuille de soins ne comportant pas l'identification de l'assuré et du bénéficiaire et utilisant un support papier sur lequel est collée la vignette de la boîte délivrée. Cet envoi peut faire l'objet d'une transmission électronique.

• Article 4

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique au plus tard avant le 1^{er} décembre de chaque année au ministère chargé de la Sécurité sociale le nombre de boîtes de médicaments à l'article 1^{er} délivrées à des mineures et facturées aux caisses d'assurance maladie entre le 1^{er} septembre de l'année précédente et le 31 août de l'année en cours.

B. IVG chez la femme mineure

Depuis la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental

• *Article D. 132-1*

Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse est pratiquée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique, aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assuré ou à l'intéressée pour les dépenses relatives :

1. aux consultations prévues à l'article L. 2212-3, L. 2212-5, au quatrième alinéa de l'article L. 2212-7 du Code de la santé

publique et à la consultation pré-anesthésique prévue par l'article D. 712-40 du même code ;

2. aux frais de soins et d'hospitalisation afférents à une interruption volontaire de grossesse ;

3. aux frais afférents à une interruption volontaire de grossesse réalisée par un médecin dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du Code de la santé publique. [...]

• *Article D. 132-3*

Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées aux médecins autres que ceux mentionnés à l'alinéa suivant par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ces médecins sont installés. [...] Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont anonymes. [...]

• *Article D. 132-5*

Les documents nécessaires au dénombrement des interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un établissement relevant de l'article L. 174-1 sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement, qui procède à leur anonymisation.

C. Stérilisation à visée contraceptive

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Articles concernant la stérilisation à titre contraceptif Article 26. Le titre II du livre 1^{er} de la deuxième partie du Code de la santé publique est complété par un chapitre III ainsi rédigé : « Chapitre III – Stérilisation à visée contraceptive »

• *Article L. 2123-1*

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle

ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
- lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation.

• *Article 27*

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui

a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Décret du 3 mai 2002 concernant la stérilisation à titre contraceptif

• *Article 1^{er}*

Le juge des tutelles, saisi dans les conditions prévues à l'article L. 2123-2 du Code de la santé publique, recueille l'avis d'un comité d'experts constitué dans chaque région.

Le comité d'experts compétent pour donner un avis est celui dans le ressort duquel la personne concernée est domiciliée.

• *Article 2*

Le comité d'experts comprend :

1. deux médecins spécialistes qualifiés en gynécologie-obstétrique ;
2. un médecin psychiatre ;
3. deux représentants d'associations de personnes mentionnées à l'article L. 2123-2 du Code de la santé publique.

Les associations mentionnées au 3. sont désignées par arrêté du préfet de Région. Leurs représentants sont choisis par le préfet de Région sur une liste établie par chacune des associations désignées et comportant deux fois plus de noms que de nominations à prononcer. Le préfet de Région désigne les membres

du comité par arrêté. Chaque membre du comité d'experts a un suppléant, désigné dans les mêmes conditions que le titulaire. [...]

• *Article 4*

Le comité d'experts ne peut délibérer valablement que si ses cinq membres, titulaires ou suppléants, sont présents. Il statue à la majorité. L'avis est signé par chaque membre du comité. Les membres du comité d'experts sont soumis au secret professionnel conformément à l'article 226-13 du Code pénal.

• *Article 5*

Les fonctions des membres du comité d'experts sont exercées à titre gratuit. Les frais engagés pour l'exercice de leur mission sont remboursés par l'État. La direction régionale des Affaires sanitaires et sociales assure le secrétariat du comité d'experts et met à sa disposition un local pour ses réunions.

• *Article 6*

Le comité procède à toutes les consultations et peut faire procéder à tous les examens qu'il estime nécessaires pour éclairer son avis.

Il procède à l'audition de la personne concernée et s'assure qu'une information adaptée au niveau de compréhension de l'intéressé a été délivrée. Il vérifie qu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. À ce titre, il s'assure que des solutions alternatives à la stérilisation à visée contraceptive ont été recherchées et évalue les risques d'effets secondaires graves sur les plans physique ou psychique de l'intervention.

• *Article 7*

Le comité d'experts communique son avis par écrit au juge des tutelles qui l'a saisi. Ce dernier en informe la personne concernée et l'auteur de la demande.

Annexe 6

LES CENTRES DE PLANIFICATION PUBLICS

La liste qui suit est loin d'être exhaustive. Il n'existe toujours pas de base de données à jour recensant tous les centres de planification publics en France. Dans plusieurs départements, aucune adresse n'apparaît dans les pages jaunes électroniques (pourtant très à jour) sous l'expression « centre de planification ». Le terme le plus souvent retrouvé est celui de « Centre de planification et d'éducation familiale » (CPFE). De nombreux centres « invisibles » sont en fait tout simplement masqués par l'hôpital qui les héberge mais qui n'en précise pas le numéro de téléphone. Là encore, un peu d'homogénéisation et de clarté serait bienvenu. Enfin, il est parfois difficile d'identifier les différentes associations privées qui s'occupent de planification : le MFPP est la plus importante, mais il existe beaucoup d'associations locales dont le libellé n'est pas toujours clair.

Cette liste ne pourra être complétée qu'avec votre aide.

Merci de me signaler les oublis et les erreurs que vous pourrez constater : seul, il ne m'était pas possible de vérifier une par une TOUTES les adresses que j'ai répertoriées. Merci, également, de me préciser, le cas échéant, le numéro des lignes directes (beaucoup de numéros ici indiqués sont sûrement ceux du standard de l'hôpital où se trouve le centre) et de m'indiquer, parmi ces adresses, la présence d'éventuels « centres d'accueil et d'aide à la femme enceinte » dirigés par des associations opposées à l'IVG et à la contraception (il est souhaitable qu'ils soient identifiés en tant que tels afin de n'induire personne en erreur). Merci de m'envoyer toutes vos informations **via l'éditeur ou par e-mail (mw@audiable.com)**.

En pratique. Si vous ne trouvez pas l'adresse d'un centre de planification dans votre ville ou votre département, appelez le centre de planification de la ville ou du département limitrophe

les plus proches de votre domicile. Son secrétariat sera probablement susceptible de vous indiquer l'adresse d'un centre proche de chez vous ou les coordonnées d'une conseillère de planification, d'une assistante sociale ou d'un médecin qui pourra vous conseiller utilement.

Pour les départements où je n'ai pas trouvé de centre répertorié, je donne (en gras) le numéro de téléphone du service départemental d'action sociale et de santé et le nom de son responsable. Indiquez-lui qu'il n'existe pas de centre de planification répertorié dans les pages jaunes de votre département, et demandez-lui leurs coordonnées. *En principe, il est là pour ça!!!*

