

**LE REJET DE LA
CONTRACEPTION
HORMONALE**

Modérateur : Yannick MANIGART

COLLOQUE /
26 SEPTEMBRE 2018 / 09H00-17H00
CITÉ MIROIR / LIÈGE

ESC
FÉDÉRATION
NATIONALE
DES CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL

FLCPF
FÉDÉRATION LIÉGEOISE
DES CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL

Le rejet de la contraception hormonale

ACTES DU COLLOQUE CONTRACEPTION DU 26 SEPTEMBRE 2018

Table des matières

Introduction	5
<i>Anne VEROUGSTRAETE</i>	
Faut-il repenser notre approche au contrôle de la fertilité?	8
<i>Brenda SPENCER</i>	
<i>Echanges avec la salle</i>	<i>13</i>
Impacts des contraceptifs oraux sur les écosystèmes aquatiques	16
<i>Célia JOAQUIM-JUSTO</i>	
<i>Echanges avec la salle</i>	<i>21</i>
Le refus de la contraception hormonale : un acte d'affirmation identitaire	23
<i>Maya PALTINEAU</i>	
<i>Echanges avec la salle</i>	<i>29</i>
Les impacts des contraceptions hormonales sur la santé des femmes (Table ronde)	33
Contraception hormonale et cancer	33
<i>Maxime FASTREZ</i>	
Risques cardio-vasculaires de la contraception hormonale	37
<i>Aude BELIARD</i>	
Dépression et contraception hormonale	40
<i>Anne FIRQUET</i>	
<i>Echanges avec la salle</i>	<i>43</i>
Sensiplan : ceci n'est pas un moyen de contraception	45
<i>Fredou BRAUN et Lara LALMAN</i>	
<i>Echanges avec la salle</i>	<i>47</i>
Contraception non-hormonale : Quelles alternatives à la « sacro-sainte » pilule ?	49
Les contraceptions non-hormonales	49
<i>Charlotte ROUSSEAU</i>	
Les méthodes permanentes	54
<i>Daniel MURILLO</i>	

Les textes sont issus de la retranscription des interventions orales des auteurs. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

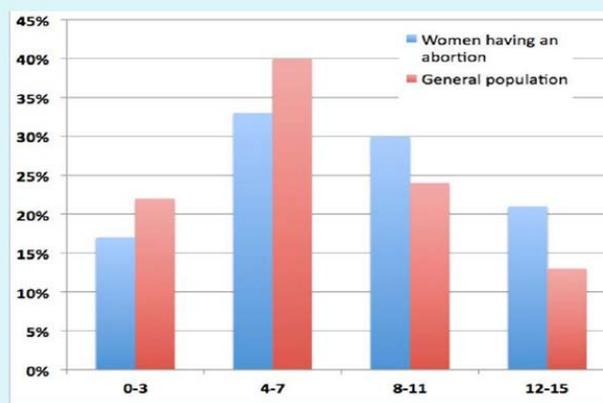
Introduction

Anne VEROUGSTRAETE, Sjerp-Dilemma, co-présidente FLCPF (Bruxelles)

Les femmes sont fertiles à peu près 35 années dans leur vie. Avant l'ère de la contraception, elles avaient 12 à 15 grossesses, 8 à 10 enfants nés vivants, 7 à 8 enfants qui survivaient. Les femmes allaitaient généralement pendant deux ans. Les ovulations infécondes se chiffraient à 160. Actuellement, en Europe, les femmes ont à peu près 2 grossesses, 2 enfants nés vivants et survivants. L'allaitement est plus court et il reste donc 450 ovulations infécondes grâce à une contraception efficace. On a un peu oublié qu'au XIXe siècle, les familles étaient extrêmement nombreuses et vivaient dans la misère. Comme nous ne voyons plus ces familles nombreuses vu l'utilisation répandue de la contraception, nous avons oublié que la fertilité spontanée est pleine de surprise.

Une enquête autrichienne montre l'estimation par les femmes du nombre de grossesses au cours d'une vie sans contraception. On voit que 20% des femmes dans la population générale pensent qu'elles seraient enceintes de 0 à 3 fois si elles ne prennent pas de contraception. Elles sous-estiment complètement le risque de grossesse. Ces femmes sont donc particulièrement à risque de devoir recourir à une interruption de grossesse.

Estimation, par les femmes, du nombre de grossesses au cours de la vie sans contraception



Austrian national contraceptive survey 2018, n= 2 019
Survey among abortion patients Gynmed, 2017-8, n= 300

Les chiffres, même s'ils datent de 2011, de la Commission d'évaluation de la loi sur l'Interruption volontaire de grossesse¹ montrent que les jeunes femmes prennent la pilule jusque 18-19 ans. Dans ce groupe, le nombre d'avortements est stable et n'a pas augmenté. Par contre, chez les jeunes adultes, le nombre d'interruptions volontaires (IVG) de grossesse augmente.

¹ **SPF-Santé publique.** IVG Rapport bisannuel. Service public fédéral – Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2012.

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>

Nombre IVG 2012 – 2017 centres extrahospitaliers LUNA + GACEHPA + FPS

	LUNA	CPF GACEHPA	CPF FPS	Totaal per jaar
2012	6792	7754	1190	15736
2013	6893	8009	1354	16256
2014	6880	7509	1369	15758
2015	7036	7511	1394	15941
2016	6771	6852	1524	15147
2017	6874	6441	1776	15091

Les centres qui pratiquent des IVG savent que le nombre d'interventions reste stable en Belgique même si nous n'avons pas les chiffres pour les hôpitaux ou les cliniques privées.

Pourquoi cette augmentation des IVG chez les femmes de 20 à 34 ans?

Les campagnes de prévention s'adressent généralement aux jeunes. Ces femmes sont lassées de prendre la pilule et l'image négative des hormones dans les médias et la tendance bio les confortent dans leur attitude. Elles sont persuadées qu'elles seront infertiles suite à la prise de la pilule et que leur libido diminuera. Ces femmes décrivent de nombreux symptômes dépressifs. Celles que nous voyons en consultation actuellement veulent sentir fonctionner leur corps, sentir leurs ovulations. Elles veulent découvrir leur corps sans hormones qui sont ressenties comme une espèce de camisole chimique. Elles veulent donc une contraception sans hormones. Les praticiens vont devoir s'adapter à cette réalité.

Si on examine l'efficacité des méthodes contraceptives, on voit que les implants, les dispositifs intra-utérins, la stérilisation féminine et masculine, sont les plus sûres. Ensuite, viennent le patch, l'anneau vaginal, l'injection contraceptive, la pilule, le diaphragme. Enfin, viennent le préservatif et les méthodes de contrôle de la fertilité. Il est important de parler de ces taux d'efficacité avec les patientes.

L'enquête de santé de 2013 en Belgique² note une augmentation globale de la prise de contraception, une diminution de l'utilisation de la pilule, une augmentation de l'utilisation du dispositif intra-utérin et une diminution des stérilisations.

Sans aucune contraception, 85 femmes sur 100 seront enceintes après un an. Donc, n'importe quelle contraception est meilleure que pas de contraception!

Une partie des femmes réclament une méthode "naturelle" et certaines disent qu'elles "font attention". Leur méthode est en général inappropriée. Si elles veulent continuer, il faut leur expliquer le processus de l'ovulation. La majorité des applications dans ce domaine donne des conseils erronés. Nous ne pouvons pas prédire l'avenir ni les ovulations futures.

² **ISP**. Enquête de santé par interview. Comportements de santé et style de vie. Institut de Santé Publique, 2013. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2013.aspx

Pour améliorer la méthode et diminuer le taux d'échecs, quelques outils existent The Standard Days Method³, l'application Natural Cycles⁴ et la méthode sympto-thermique Sensiplan⁵.

The Standard Days Method[®] existe sous forme de collier contraceptif de 32 perles. Si on prend des cycles de 26 à 32 jours, on considère 12 jours de fertilité entre le jour 8 et le jour 19. Le taux de grossesses à un an pour 478 femmes est globalement de 12 % mais de 4,8% avec un usage correct et de 5,7% si utilisation d'un préservatif ou retrait pendant la période fertile.

L'application payante Natural Cycles[®] repose également sur un nombre de jours de fertilité. Globalement, 7 femmes sur 5 seront enceintes au bout d'un an en raison de différentes erreurs d'application de la méthode ou d'échecs de la contraception utilisée durant les jours fertiles. La méthode des indices combinés Sensiplan[®] a été développée en Allemagne. Il faut un apprentissage de plusieurs cycles et quelques soirées de formation avec un spécialiste. C'est une méthode assez fiable pour les couples extrêmement motivés, assidus, qui ont une vie régulière diurne et locale (ne pas travailler de nuit ou être en déplacements fréquents ce qui perturberait les prises de température). C'est une méthode très contraignante mais efficace pour les personnes qui ont le bon profil et qui souhaitent s'occuper quotidiennement de leur fertilité.

En conclusion, la phobie des hormones est une réalité quotidienne. Différentes possibilités existent pour pallier ce problème. Le dispositif intra-utérin au cuivre est une excellente contraception non-hormonale. Le préservatif est fiable mais beaucoup de couples ont des difficultés à l'utiliser pour chaque rapport sexuel. Les femmes ont le droit de choisir une méthode moins efficace et d'avoir recours, le cas échéant, à une interruption de grossesse, pour autant que cela soit en connaissance de cause. Si la femme veut absolument utiliser une méthode "naturelle", les centres de planning familial doivent être en mesure de lui expliquer son fonctionnement afin que cela soit le plus fiable possible.

³ Standard Days Method and Cyclebeads[®]. <https://www.psi.org/program/standard-days-method/>

⁴ Natural Cycles[®]. <https://www.naturalcycles.com/en>

⁵ Sensiplan[®]. <http://www.sensiplan.be/default.asp?iID=GDIFID#.XXtNv2bgqUk>

Faut-il repenser notre approche au contrôle de la fertilité?

Brenda SPENCER, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) - Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)

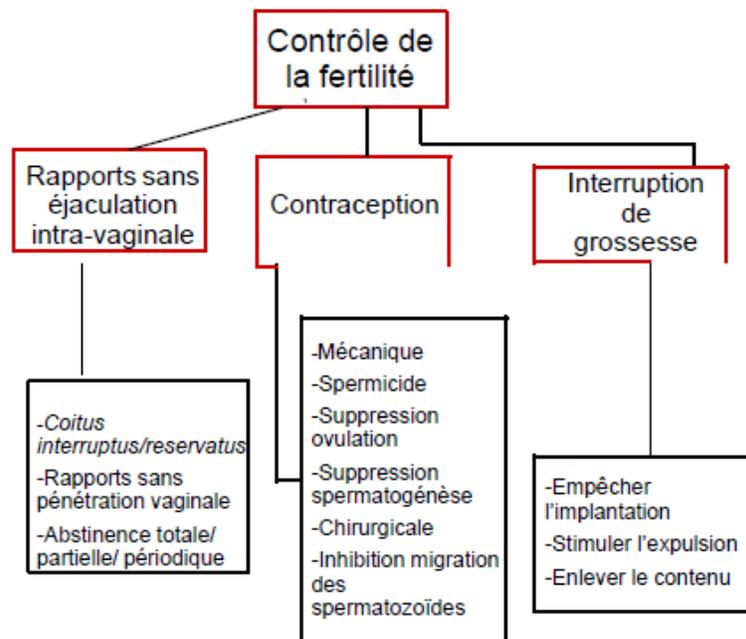
Aujourd'hui, les femmes se posent beaucoup de questions sur le fonctionnement des hormones, mais ce questionnement existait déjà dans les années 70. Déjà à l'époque, les femmes voulaient avoir le contrôle de leur corps et la médicalisation était d'actualité. Une série d'ouvrages s'intéressaient à l'utilisation des hormones, y compris pendant la grossesse⁶.

Mon intervention repose sur quelques questions essentielles :

- Est-ce que le contrôle de la fertilité passe forcément par la contraception?
- Un rapport sexuel est-il forcément une pénétration vaginale avec éjaculation?
- L'efficacité des méthodes médicales de contraception féminine est-elle plus élevée?
- La femme est-elle la seule responsable du contrôle de la fertilité dans le couple?

Contrôle de la fertilité et contraception

Il existe trois approches de contrôle de la fertilité : des rapports sexuels sans éjaculation intra-vaginale, la contraception, l'interruption de grossesse. On peut combiner ces approches et les manières de contrôler la fertilité sont assez variées, comme on le voit dans le schéma ci-dessous.



Spencer & Smith 1982

⁶ SEAMAN B. *The doctor's case against the pill*. 1969
Our Bodies Our Selves. The Boston Women's Health Book Collective, 1971.
ILLICH I. *Némésis médicale : L'expropriation de la santé*. Seuil, 1976.

Pour les rapports sans éjaculation intra-vaginale, certaines méthodes sont décriées comme par exemple le coït interrompu dont l'efficacité est sous-estimée. Dans l'histoire, à une certaine époque, cette méthode a permis de baisser le taux de natalité. La présence des spermatozoïdes dans le pré-éjaculat qui pourraient féconder l'ovule doit être remise en question. Il faut des millions de spermatozoïdes pour estimer avoir une fécondation, mais pour des raisons assez bizarres, nous imaginons que quelques spermatozoïdes dans le pré-éjaculat peuvent féconder. Quand on déconstruit les croyances autour du retrait, on voit que le discours a été trop négatif.

Le discours dominant concernant l'abstinence durant la période fertile oppose depuis longtemps deux camps : celui lié à la religion catholique et l'autre très médicalisé, avec un manque de communication entre les deux. Il y a une énorme méconnaissance de ces méthodes.

Rapport sexuel = pénétration vaginale

En 1985, on trouvait encore dans un manuel de contraception⁷ le paragraphe suivant : "*Les rapports bucco-génitaux et anaux sont de plus en plus pratiqués. Bien que ni l'un ni l'autre ne soit préconisé, les conseillers en contraception doivent s'attendre à la possibilité d'en discuter, surtout en lien avec les maladies sexuellement transmissibles*". On voit que ce qui n'est pas pénétration n'est pas la bonne méthode pour avoir des rapports sexuels.

Début des années 90, une grande enquête⁸ a été menée en France sur les comportements sexuels. Une série de questions concernait également les normes, les représentations, les attitudes. On a noté une différence de perception selon les générations dans la représentation de l'acte sexuel. Près de 90% des personnes de plus de 55 ans considéraient que le rapport sexuel signifiait pénétration alors que les trentenaires n'étaient que 50%. L'écart des réponses en fonction de l'âge était le même pour la question sur la jouissance simultanée des deux partenaires pour qu'un rapport sexuel soit satisfaisant.

Efficacité des méthodes contraceptives

J'ai toujours constaté avec étonnement une différence entre la France et l'Angleterre sur la contraception. Il n'y a pas eu en Angleterre la nécessité de lutter pour le droit à la contraception comme en France. Marie Stopes a ouvert le premier centre de contrôle des naissances à Londres en 1921. Il n'y avait pas un interdit de la contraception. En France, parce que l'on a lutté pour la contraception, j'ai l'impression qu'il fallait à tout prix que la contraception médicale et hormonale soit bonne. Dans une conférence en France, dans les années 80, les gynécologues ont affirmé leur accord pour prescrire la pilule même au-delà de 40 ans, même si la femme fumait, etc. En Angleterre, il y avait déjà à l'époque des

⁷ LOUDEN *Manuel de contraception*. 1985

⁸ BAJOS N., SPIRA A. Analyse des comportements sexuels en France (ACSF). *Sciences sociales et santé*, vol. IX, n°4, décembre 1991, pp.57-68.

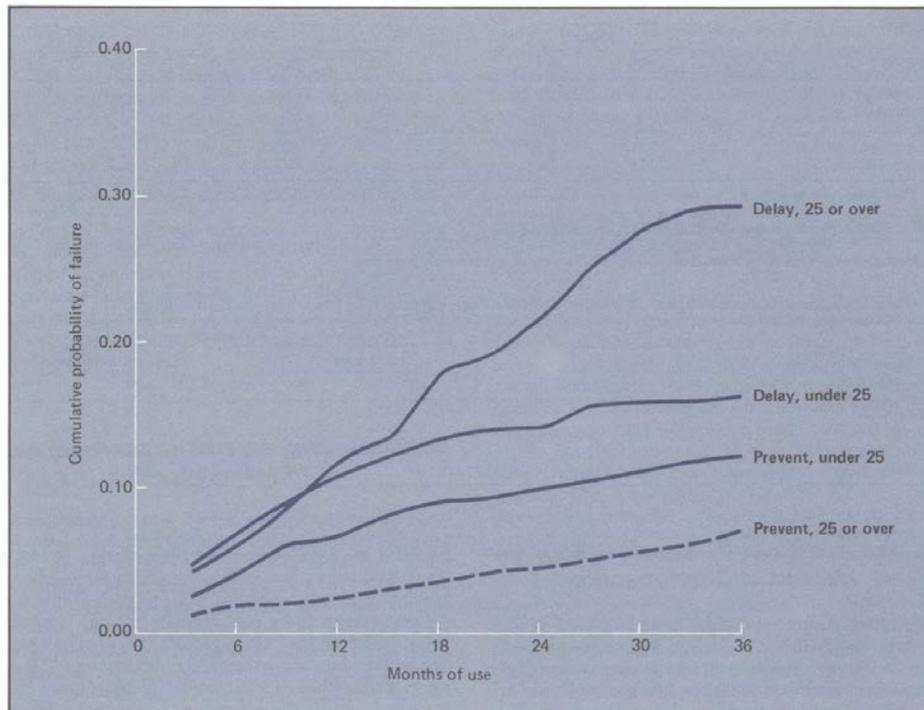
recommandations très claires concernant les situations à risque établies sur la base de recherches. Il y avait une attitude presque politique de ces gynécologues français qui étaient prêts à prescrire la pilule très largement. J'ai vraiment perçu cette différence sans doute historique et culturelle.

En Angleterre, certaines méthodes étaient proposées comme le diaphragme, la cape cervicale, ce que je n'ai pas retrouvé en Suisse par exemple. Un site, hébergé aux Etats-Unis, reprend toutes les informations sur ces méthodes très peu connues en Europe (<http://www.cervicalbarriers.org>).

Il est communément admis que chaque méthode a son taux d'efficacité. Il faut s'interroger sur cette vérité parce que c'est beaucoup plus complexe que cela. Ces taux d'efficacité sont obtenus par des recherches qui ont des limites méthodologiques. Quand on fait une étude populationnelle, toutes les méthodes d'observation sont combinées et mises ensemble dans un lot. Si on connaît un peu ces méthodes, c'est un non-sens total. Certaines méthodes d'observation développées sont infiniment plus efficaces que tout ce qui a pu exister par le passé.

Il y a aussi une focalisation sur les méthodes. On considère que le seul facteur à prendre en compte, c'est quelle méthode est utilisée. En fait, quand on regarde les analyses, il y a beaucoup d'autres facteurs qui sont extrêmement importants comme l'âge, la fréquence des rapports sexuels, les facteurs socio-économiques, etc. Quelle que soit la méthode utilisée, on voit en général que le niveau socio-économique joue un rôle. Les femmes de niveau socio-économique plus bas ont utilisé la contraception, quelle qu'elle soit, moins efficacement que celles avec un niveau plus élevé. Même si les méthodes médicales existent et sont disponibles, elles ne vont pas résoudre la question des grossesses non désirées.

FIGURE 1 Cumulative probability of failure by duration of use and by intention and initial age

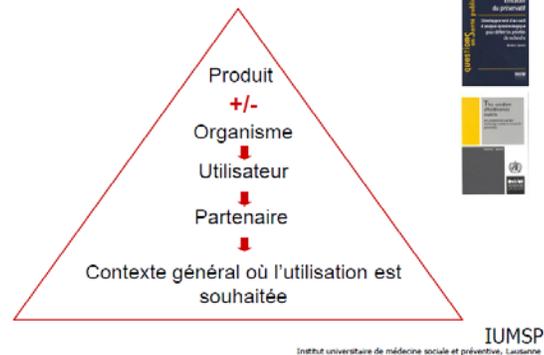


L'efficacité de la contraception dépend aussi de la motivation qui est un facteur déterminant⁹. Quelle que soit la méthode, si on l'utilise pour prioritairement prévenir une grossesse, on l'utilise plus efficacement que si c'est seulement pour postposer le moment d'une grossesse. Ne tenir compte que de la méthode pour montrer l'efficacité n'est pas pertinent. C'est trop simpliste par rapport à la réalité. Certaines femmes peuvent aussi choisir la contraception en fonction de la manière dont elle envisage une grossesse. Cela peut même influencer le choix d'une méthode.

L'efficacité est plutôt un système. Il ne faut pas la voir à un niveau individuel, mais plus à un niveau écologique. Cette optique a été utilisée pour étudier l'efficacité du préservatif notamment en lien avec l'épidémie du VIH.

⁹ JONES E.F., PAUL L., WESTOFF C.F. Contraceptive Efficacy. The Significance of Method and Motivation. *Studies in Family Planning*, vol.11, n°2, Février 1980, pp.39-50.

L'efficacité comme système



En premier lieu, le produit doit être efficace. Ensuite, au niveau de l'efficacité pratique, il doit être bien utilisé. Cela dépend des partenaires sexuels, mais aussi du contexte général où l'utilisation est souhaitée. Par exemple, une méthode ne peut pas être efficace dans un pays où personne ne peut la prescrire. C'est une vision un peu plus large de la question de l'efficacité.

Il y a aussi différents composants de l'efficacité : l'efficacité théorique, l'acceptabilité a priori, l'acceptabilité lors de l'utilisation, l'accessibilité. Enfin, il y a aussi l'efficacité au niveau de la population. Ce sont des niveaux tout à fait différents.

Contrôle de la fertilité et responsabilité des femmes

Il semble implicite que la contraception concerne la femme. Le couple est constitué de la femme et de son gynécologue, pas de la femme et son partenaire! Pourtant, depuis des années, des études montrent que si on ne prend pas en compte l'avis du partenaire, cela a un impact sur l'efficacité et sur l'acceptabilité de la contraception. Avec l'arrivée des méthodes hormonales pour les femmes, il y a eu une sorte de déresponsabilisation des partenaires masculins. Avant l'arrivée de la pilule, les statistiques montrent que les méthodes les plus utilisées étaient les méthodes dites masculines : le préservatif et le coït interrompu. Ces méthodes jouaient donc un rôle à cette époque.

Que les hommes ne veuillent pas d'une méthode pour eux est une opinion généralement répandue. L'industrie pharmaceutique s'est très peu investie dans le domaine des méthodes médicales pour les hommes. L'andrologie, l'équivalent de la gynécologie pour les hommes, n'existe presque pas. C'est un peu comme si l'urologie était l'équivalent de la gynécologie. Les bailleurs internationaux des fonds de recherche n'accordent pas d'argent pour ce type de recherche. Les médias jouent également un rôle dans la manière dont la contraception est présentée. Derrière tout cela, il y a certaines représentations de genre qui renforcent une vision essentialiste de la masculinité. Il semble que les questions masculines ne peuvent pas évoluer comme cela a été le cas pour les questions féminines ces dernières années.

Des mécanismes ont un impact sur les représentations. La sexualité masculine et la sexualité féminine sont souvent présentées comme deux pôles opposés, et pas uniquement dans le domaine de la contraception, mais dans la santé sexuelle et reproductive en général. Alain Giammi a beaucoup travaillé sur tout ce qui concerne le Viagra® et sur un équivalent potentiel pour les femmes. Cela semblait inconcevable. On ne pouvait pas avoir un médicament juste pour le désir de la femme alors que pour l'homme cela ne posait aucun problème. Il y a souvent une opposition entre ces deux pôles: l'homme serait motivé par le sexe, irresponsable, oppresseur, actif, séducteur et simple alors que la femme serait motivée par l'amour, responsable, victime, passive, séduite et compliquée.

Conclusion

On peut refuser la contraception hormonale sans refuser la contraception. On peut refuser la contraception sans renoncer au contrôle de sa fertilité. Il y a des barrières d'accès à d'autres choix que la contraception hormonale. On peut les lier à l'hégémonie du modèle hétérosexuel de pénétration vaginale du rapport sexuel, au manque de disponibilité des autres méthodes, à un discours simpliste sur l'efficacité, à l'absence d'informations fiables sur les méthodes non médicales et aux représentations de genre dans la santé sexuelle et reproductive.

Echanges avec la salle

Vous avez parlé du mythe de la présence de spermatozoïdes dans le liquide séminal avant l'éjaculation. C'est pourtant ce que l'on dit régulièrement en animation avec des jeunes. Qu'en est-il?

Je trouve hallucinant que quoi qu'on dise ce mythe perdure. On le lit partout, ce n'est pas étonnant que les gens le reprennent. J'ai cherché des informations pour vérifier si c'était vrai ou pas et j'ai discuté avec des experts. Vu le nombre de spermatozoïdes estimé nécessaire pour avoir un rapport sexuel fécondant, comment un seul spermatozoïde pourrait être considéré comme dangereux et comment est-il arrivé là? Ce concept est utilisé par facilité pour être certain que les gens se contrôlent. Mais je pense qu'il faut leur faire confiance. Est-ce que l'homme arrive à se contrôler ou pas? Dans certaines cultures, la maîtrise de l'éjaculation est considérée comme une preuve de la force de l'homme. Je pense qu'il ne faut pas mentir à quelqu'un parce que l'on a peur d'autre chose. Si l'homme n'arrive pas à se

contrôler, le coït interrompu n'est pas une bonne méthode, mais il ne faut pas utiliser de faux arguments.

Y.Manigart : Des études ont été faites sur le liquide séminal pré-éjaculatoire, ce qui est évidemment très difficile à faire. On a constaté, assez rarement, des spermatozoïdes dans le pré-éjaculat de certains hommes. De plus, si on a des spermatozoïdes dans son pré-éjaculat, on en aura toujours et si on en pas, on n'en aura jamais. Chez certains hommes, la quantité de spermatozoïdes était quand même assez surprenante et suffisante pour avoir, en théorie, une grossesse.

C'est très rare, mais on lit ça comme une vérité absolue qui s'applique à tous les hommes.

Si on a eu un rapport sexuel, lors du deuxième rapport sexuel de suite, il y aura de toute façon des spermatozoïdes dans le liquide pré-éjaculatoire. Par ailleurs, l'éjaculation à la vulve peut donner des grossesses. Il ne faut pas forcément que l'éjaculation se fasse dans le vagin.

Cela peut effectivement arriver dans certains cas. Mais encore une fois, on se focalise sur l'efficacité théorique, ce qui peut éventuellement arriver dans certains cas. Dans la réalité, pour la plupart des gens, c'est l'efficacité pratique qui compte. Si on demande aux gens d'être très prudents, d'observer beaucoup de choses pour prévenir quoi que ce soit, ils risquent de tout laisser tomber. Alors que si on regarde ce qui est vraiment essentiel et qu'on limite le message à quelque chose de clair, c'est peut-être plus efficace en fin de compte que se focaliser sur cette notion d'efficacité théorique.

Vous avez évoqué la cape cervicale. Y a-t-il d'autres pays en Europe qui l'utilisent? Il y a une dizaine d'années, j'ai eu l'occasion de voir au Québec que les gynécologues proposaient la méthode et accompagnaient les femmes pour apprendre à l'utiliser correctement. Ils étaient d'ailleurs inquiets de constater que plus aucune promotion de la méthode n'était mise en place.

Je n'ai pas fait d'étude pour examiner cette question, mais j'ai l'impression qu'il y a peut-être aussi la question historique. Mary Stopes proposait la cape cervicale, le diaphragme et le préservatif, même réutilisable à l'époque. Ces méthodes existaient et il y avait déjà une certaine acceptabilité et tradition chez les prescripteurs. Cela a pu continuer. Si le droit à la contraception est arrivé plus tardivement, au moment où il y avait déjà les méthodes hormonales, cela explique peut-être le non-recours à ces méthodes barrières.

Y. Manigart : Chez nous, ces méthodes ont quasiment totalement disparu. Cela devrait être le rôle des centres de planning familial de répondre à la demande des personnes qui veulent les utiliser. Les médecins sont peu formés et n'informent pas beaucoup les femmes.

Je vous invite à aller voir sur le site <http://www.cervicalbarriers.org>. Un nombre incroyable de capes et diaphragmes existent en fait. Une gamme de méthodes est proposée qu'on ne soupçonne pas.

Je suis sage-femme et je suis formée à la pose de la cape et du diaphragme depuis plus de 15 ans. Le diaphragme à taille unique (Caya®) est disponible sans prescription, mais il faut encore pouvoir le poser et être sûr qu'il est bien posé. Il existe des diaphragmes à taille variable qu'on peut acheter en France sur prescription médicale d'une sage-femme ou d'un médecin. On peut également trouver des capes. En général, les sites proposent des tailles variables et une prescription est demandée. J'en pose personnellement une petite dizaine par an.

Le partage de votre expérience donne une petite lueur d'espoir quant à la disponibilité de ces méthodes.

On parle souvent de la taille des préservatifs masculins comme pouvant être un frein à son utilisation. Différentes tailles ne semblent pas être facilement accessibles dans les pharmacies et si la largeur est variable, la longueur ne l'est pas et ce n'est pas toujours adapté. Cela pourrait freiner certains hommes à l'utiliser.

J'ai fait beaucoup d'études sur le préservatif. Regardez les tests faits sur les préservatifs, vous remarquerez que l'on peut les gonfler à des tailles absolument énormes. L'élasticité est très grande. Avec l'épidémie du VIH, les règles sont devenues de plus en plus strictes. Quand les organismes internationaux commandent des préservatifs pour différents continents, ils commandent des tailles différentes, mais c'est à un niveau populationnel. La question principale pour le préservatif, c'est vraiment l'élasticité plus ou moins grande et c'est une question de qualité.

Si on combine l'utilisation du diaphragme et une motivation élevée, cela peut être aussi efficace que la pilule. Plus une contraception est contraignante, plus elle nécessite de la motivation et de l'information. La contrainte est perçue différemment par chacun.

Au moment de la prescription, est-il plus intéressant de proposer une liste de méthodes et de les expliquer ou plutôt d'écouter la demande et ensuite de proposer une méthode, sans forcément détailler tout ce qui existe? Qu'est-ce qui est recommandé et qui sera le plus efficace?

Je ne sais pas s'il existe des recherches comparant ces deux approches. A titre personnel, je pense qu'il faut écouter d'abord, pas pour décider après ce qu'il faut prescrire, mais au moins pour avoir des informations sur la vie et les habitudes de la femme. Peut-être, par exemple, n'a-t-elle pas de rapports sexuels fréquents. Il y a beaucoup d'enjeux. Il faut écouter et surtout donner des informations, y compris sur les méthodes naturelles pour lesquelles les connaissances des prescripteurs doivent être améliorées. Il y a des préjugés à surmonter, ces méthodes ont beaucoup évolué.

Impacts des contraceptifs oraux sur les écosystèmes aquatiques

Célia JOAQUIM-JUSTO, Laboratoire d'Ecologie Animale et d'Ecotoxicologie-ULiège (Liège)

Après l'apparition de la pilule, la proportion de la population qui l'a utilisée a graduellement augmenté. Dans les années 70 et 80, du point de vue de l'environnement, les écosystèmes n'étaient pas très impactés et ne recevaient pas de grandes quantités de produits liés à cette nouvelle pratique contraceptive. A partir des années 90, la proportion d'utilisatrices devient significative dans certains pays comme la France ou le Belgique où la proportion de femmes en âge de procréer était d'environ 40 %.

Un problème pour l'environnement?

Dans les pilules combinées, nous trouvons une molécule, l'éthinyl estradiol, qui est un estrogène ayant une structure proche des estrogènes naturels. La molécule est sensiblement modifiée de manière à ce qu'elle soit stable. La nature est bien faite, nos hormones sont très vite dégradées dans notre corps. Dans les médicaments, pour plus d'efficacité, elles sont un peu modifiées pour qu'elles restent dans notre corps pour avoir l'effet souhaité. Concrètement, quand une femme prend la pilule, la molécule reste dans son corps et elle est ensuite excrétée dans les urines, peu métabolisée, et se retrouve dans l'environnement. C'est valable pour l'éthinyl estradiol mais aussi pour les progestatifs contenus dans les pilules combinées et dans les pilules non combinées. C'est d'ailleurs le cas pour la plupart des médicaments.

Les eaux usées sont traitées par des stations d'épuration avant de se retrouver dans l'environnement. Des études faites aux Etats-Unis¹⁰, les chiffres en Europe sont très similaires, montrent que l'on retrouve dans 80% des eaux de surface (rivières, lacs, etc.) échantillonnées, des molécules issues des produits pharmaceutiques. On les retrouve donc dans les eaux où vivent des organismes aquatiques mais aussi, dans une moindre mesure, dans l'eau potable.

Une étude faite en Chine, décrite dans l'illustration ci-après, montre l'efficacité de l'élimination de l'éthinyl estradiol par les stations d'épuration.

La molécule a été dégradée à 74%. Même s'il ne reste que quelques % qui n'ont pas été dégradés, quand on voit l'importance de l'utilisation de ce médicament, cela peut devenir important pour les écosystèmes. Dans l'étude, les taux de dégradation d'estrone (78%) et d'estradiol (89%), deux molécules que nous synthétisons naturellement, sont également relevés.

¹⁰ WHITLOCK K. Casting Prozac upon the Waters. Research Magazine, summer 2005. <https://researchmagazine.uga.edu/summer2005/printprozac.htm>

Que deviennent ces produits après leur ingestion?

E1: Estrone
E2: Estradiol
EE2: Ethinyl estradiol

Concentrations typiquement mesurées dans des eaux usées qui arrivent aux stations d'épuration (UE):

E1: 7.3 à 197 ng/L > 78% dégradés
E2: 4.9 à 48 ng/L (E2) > 89% dégradés
EE2: <0.2 à ~ 10 ng/L >74 % dégradés

Xu et al. 2012

Ce sont les trois estrogéniques les plus puissants généralement observés dans l'environnement. Cela signifie que même une population sans médicaments produit naturellement de l'estrone et de l'estradiol que l'on retrouve dans l'urine et dans les eaux de surface.

Le tableau ci-dessous montre les concentrations d'éthinyl estradiol dans les eaux de surface de différents pays.

Quantifications de l'éthinylestradiol répertoriées dans la littérature

Pays	Affluent	Source d'eau	Concentration (ng/L)	Méthode utilisée	Limite de détection (ng/L)
Allemagne	Danube, Nau, Blau	de surface	0.80 ¹⁵	HRGC-NCI-MS	0.10
Allemagne	Baie de Wismar	de surface	17.2 ¹⁶	SPE LC-ESI-MS/MS	0.5
Cambodge	Siem Reap	de surface (C.U.)	23.4 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Canada	Milles Îles	de surface (C.U.)	N/D ¹⁴	SPE LC-APPI-MS/MS	7.0
Chili	Itata, Biobio	de surface (C.U.)	0.38-30.56 ¹⁸	---	---
Chine	Fenhe	de surface (C.U.)	24.4 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Corée du Sud	Han	de surface (C.U.)	N/D ¹⁹	LC-MS/MS ESI APCI	1.0
Corée du Sud	Yeongsan, Seomjin	de surface (C.U.)	4.5 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Grèce	Allakmon, Axios, Loudias	de surface (C.U.)	N/D ²⁰	SPE GC-MS	0.7
Grèce	Thermaikos, Loudias	de surface (C.U.)	N/D ²¹	SPE GC-MS	6.6
Indonésie	Cikamasan	de surface (C.U.)	9.1 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Laos	Ton	de surface (C.U.)	19.7 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Malaisie	Tuaran	de surface (C.U.)	8.7 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Royaume-Uni	Medway	de surface	N/D ²²	SPE GC-MS/MS	0.27
Taiwan	Usine de traitement des eaux	non-traitée	N/D ²³	SPE LC-ESI-MS/MS	8.0
Thaïlande	Khong	de surface (C.U.)	10.4 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0
Viêt Nam	Long Xuyen	de surface (C.U.)	28.5 ¹⁷	LLE GC-MS	5.0

<https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89thinylestrodiol>

Ces concentrations sont très faibles, de l'ordre de 10 nanogrammes par litre d'eau. Quand on parle de produits toxiques et polluants classiques, on est plutôt dans une échelle du milligramme ou du microgramme par litre quand on constate des effets négatifs sur les organismes. Pour les perturbateurs endocriniens, les concentrations qui provoquent des

effets sont souvent 1.000, 10.000 voire 100.000 fois inférieures. Cela signifie qu'avec l'éthinyl estradiol on est dans un registre d'effet similaire à celui qu'on trouve dans les eaux de surface. Il y a donc potentiellement un danger pour l'environnement.

Dans les années 90, dans les pays occidentaux, on a constaté une augmentation significative de femmes qui prenaient la pilule. C'est donc aussi à cette époque, qu'apparaissent les premières études qui observent des modifications chez les poissons. Les poissons mâles étaient féminisés. Des chercheurs anglais ont collecté des eaux de surface et dosés les hormones estrogènes. Ils ont classé ces eaux en trois catégories : peu de risque, risque moyen et risque élevé. Dans les eaux avec une forte présence d'estrogènes, la proportion de poissons mâles féminisés avec des malformations du tractus génital (ex. ovules dans les testicules) est significativement plus élevée.

Comme les femmes produisent également naturellement des estrogènes, on pourrait penser que le phénomène est dû à l'augmentation de la population et pas forcément à l'augmentation de l'utilisation de la pilule. En effet, les eaux usées sont concentrées dans les stations d'épuration et ces extraits humains sont particulièrement concentrés en aval de celles-ci. On trouve dans ces effluents, des proportions importantes d'éthinyl estradiol et une étude a montré que cette molécule est responsable de plus ou moins la moitié des effets estrogénisants observés.

Là où se retrouve des molécules féminisantes, on peut utiliser un biomarqueur de leur présence dans les rivières : la vitellogénine chez les mâles. La vitellogénine est une protéine produite par le foie des femelles ovipares en présence d'estrogènes. Cette protéine signale au foie le moment de la reproduction et que la production d'œufs nécessite de la substance nutritive. Les mâles ont le code génétique pour fabriquer de la vitellogénine mais comme ils n'ont pas d'estrogènes, on ne doit pas en retrouver dans leur sang. Or, on voit qu'en présence d'effluents de station d'épuration même dilués deux fois, on retrouve beaucoup de vitellogénine chez les poissons mâles.

Les estrogènes se fixent à des récepteurs présents chez tous les vertébrés. La portion des récepteurs estrogéniques qui constitue la zone d'accroche aux estrogènes est très conservée chez les vertébrés. En effet, toute modification due à l'évolution de cette structure entraînant des perturbations drastiques de la reproduction, celles qui ont pu apparaître ont été éliminées. Cela signifie que les estrogènes de synthèse créés par l'homme, vont être actifs chez pratiquement tous les vertébrés. Quand un vertébré est confronté dans l'environnement à des substances estrogéniques, il va répondre qu'il soit mâle ou femelle. Les estrogènes produits par les vertébrés sont élaborés à partir d'hormones androgéniques grâce à l'action de certaines enzymes. Quand on a une activation ou une inhibition de ces enzymes, ça peut aussi induire des phénomènes anormaux chez les poissons.

On a donc remarqué que certains poissons, dans certaines espèces, sont plutôt féminisés. Mais est-ce que cela affecte vraiment ces mâles ? Sont-ils encore des mâles fertiles? Une étude a comparé deux groupes de gardons, l'un d'une rivière de référence et l'autre d'une rivière située en aval d'une station d'épuration. Des gardons de la rivière de référence ont été croisés avec des femelles qui venaient de l'autre rivière. On a constaté qu'ils étaient moins fertiles. Si on croise des femelles et des mâles qui viennent de la rivière proche de la station d'épuration, la fertilité est encore diminuée. Cela provient clairement d'une baisse de volume et de qualité du sperme de ces poissons. Cela a donc abouti à un taux de fertilisation inférieur mais en plus, la descendance de ces croisements avec des mâles très

féminisés, voit son taux de survie affecté. L'exposition aux estrogéniques, y compris l'éthinyl estradiol, des poissons pourrait entraîner des pertes de population.

Est-ce uniquement dû à l'éthinyl estradiol ou à d'autres composés associés?

Aux Etats-Unis, une étude¹¹ a observé les populations de poissons, principalement le tête-de-boule, pendant 7 années consécutives ; d'une part, dans un lac contrôle et d'autre part, dans un lac où de l'éthinyl estradiol a été ajouté, à une concentration généralement mesurée dans les eaux aux Etats-Unis. Ils se sont rendu compte que dès la quatrième année d'exposition, il n'y avait plus grand chose à mesurer dans le lac pollué à l'éthinyl estradiol. Il n'y avait plus de poissons. L'étude démontre que des concentrations environnementales d'éthinyl estradiol sont capables de supprimer des populations de certaines espèces.

Ces concentrations sont les mêmes que celles trouvées dans nos rivières. Les poissons devraient donc avoir disparu. Dans l'étude, il s'agit de lacs, donc en système fermé, ce qui est un facteur négatif, et toutes les espèces ne sont pas affectées. Par exemple, dans l'étude américaine les brochets n'ont pas souffert, contrairement aux têtes-de-boule qui est une espèce particulièrement sensible.

Une autre étude, en France¹², a mesuré la vitellogénine chez tous les poissons mâles rencontrés dans l'estuaire de la Seine. Il a été constaté que des taux de vitellogénine sont anormaux dans pratiquement toutes les espèces de poissons échantillonnés, dont les flets qui ont des taux énormes.

Dans les cours d'eau, les poissons sont en train de souffrir de déclin populationnels énormes qui sont peut-être liés à la pollution par ce type de produits mais aussi au fait que les invertébrés qui vivent dans ces écosystèmes sont en train de s'effondrer. Les écosystèmes aquatiques sont un peu particuliers. Les producteurs primaires sont très petits, ils sont unicellulaires, ce sont de petites algues. Les poissons ne peuvent pas se nourrir des producteurs primaires. Dans les écosystèmes terrestres, la vache peut manger l'herbe directement. Pas dans les écosystèmes aquatiques. Pour pouvoir transformer la matière première, il faut de petits invertébrés qui sont capables d'exploiter cette production primaire. Ils seront ensuite mangés par des organismes plus grands, pour finir au niveau des poissons et autres top prédateurs. Qu'en est-il dès lors de l'impact des estrogènes sur les invertébrés à la base des chaînes trophiques aquatiques ?

Au Canada, une étude a montré également, notamment chez les mollusques (par ex. une espèce de moules), que chez les mâles qui se trouvaient en aval des stations d'épuration, recelaient des protéines de type vitellogénine.

Le sexe de beaucoup d'organismes peut être influencé par une exposition à des polluants.

Chez les copépodes, dans les années 90, il a été observé dans un site proche d'une décharge en Ecosse que toutes les espèces de copépodes présentaient des individus « intersex » dont

¹¹ KIDD A. et al. Collapse of a fish population after exposure to a synthetic estrogen. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, May 2007, vol.104, n°21, pp.8897-8901. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17517636>

¹² GERAUDIE P. et al. Estrogenic responses of wild roach from the Seine River (France). *Cybiurn : international journal of ichtology*, vol.32, n°2, pp.256-257.

une espèce (*P. hyperborea*) chez qui 93% des individus étaient « intersex » (mâles féminisés). De plus des investigations en laboratoire a montré que des molécules de type estrogéniques entraînent des proportions de femelles plus élevées chez les descendants de femelles exposées à ces molécules.

J'ai étudié personnellement l'impact de l'acétate de cyprotérone, un progestatif retrouvé dans les pilules contraceptives combinées ou non et dans d'autres types de médicaments. L'acétate de cyprotérone a aussi un impact sur les petits rotifères qui sont vraiment minuscules, mais c'est un impact plutôt positif. Ces études ont permis de montrer que ces tout petits organismes sont également sensibles à certains stéroïdes, qu'ils ont des récepteurs à ces hormones et donc que malgré qu'ils sont apparus très longtemps avant les vertébrés leur reproduction sexuée est apparemment régulées par des hormones stéroïdes. Quand ces rotifères reçoivent un peu d'acétate cyprotérone, le nombre d'œufs qu'ils produisent est significativement plus élevé. Ces études ont découvert que les progestatifs avaient également un impact sur la sexualité de ces organismes, même si dans ce cas il est positif.

La pilule contraceptive n'est pas la seule cause de dégâts à l'environnement. L'urine des femmes contient naturellement des estrogènes. Par ailleurs, beaucoup d'estrogènes sont émis dans l'environnement à cause de nos habitudes de vie et de consommation : pesticides, détergents, cosmétiques, etc. comptent également beaucoup de molécules estrogéniques ou à effet de perturbateur endocrinien. Tous ces facteurs s'additionnent.

Et pour les êtres humains ?

Homo sapiens est une espèce qui ne vit pas dans l'eau mais qui en boit. Ces molécules se retrouvent dans l'eau potable. En tant que vertébrés, nous sommes exposés via notre environnement à ces molécules qui peuvent causer de graves problèmes de dérégulation endocrinienne, même s'il est plus difficile d'établir un lien de cause à effet que chez les animaux. Néanmoins, on constate que sur les 20 dernières années, les taux de cancer du sein et de cancer de la prostate dans les populations des pays développés, ont doublé. La cause est probablement liée aux émissions croissantes de nombreux dérégulateurs endocrinien dans l'environnement. La Belgique ne fait pas exception. Les cancers de type sexuel sont les cancers les plus fréquents dans la population et nous sommes le premier ou deuxième pays du monde où le taux de cancers du sein est le plus élevé. On pense que c'est lié à l'exposition à tous ces types de molécules qui interfèrent avec le système hormonal, dont les substances estrogénisantes. On constate aussi des malformations au niveau du tractus génital des petits garçons qui vont dans le sens d'une féminisation ou d'une démasculinisation ainsi qu'une diminution de la qualité du sperme, exactement comme pour les poissons des rivières contaminées.

Par ailleurs, les pays pauvres où les gens ne mangent pas beaucoup, voient leur taux d'obésité augmenter aussi. Une étude a utilisé sur des rats du diethylstilbestrol, un médicament prescrit il y a longtemps aux femmes qui avaient tendance à faire des fausses-couches. C'est une molécule très estrogénisante, conçue pour ça. Dans une étude, deux groupes de rats ont été nourris avec la même alimentation mais l'un a été exposé, durant la période autour de la naissance, à du diethylstilbestrol. On constate que dans ce groupe les

femelles sont beaucoup plus grosses que les femelles de l'autre groupe et que les mâles ; cette étude et d'autres indique que les polluants estrogénisants pourraient jouer un rôle dans l'épidémie mondiale d'obésité. Obésité qui entraîne elle-même d'autres conséquences sur d'autres maladies.

Echanges avec la salle

A-t-on une idée de l'impact de la pilule par rapport à cette augmentation d'estrogènes dans les milieux aquatiques? Il faut quand même signaler que quand on prend la pilule, certes on évacue de l'éthinyl estradiol mais on ne fabrique plus d'estradiol. Je ne sais pas si une femme qui prend la pilule a une urine qui pourrait être plus perturbatrice qu'une femme qui ne la prend pas et qui fabrique plein d'estradiol ou qui est enceinte.

C'est une question très pertinente. En tant que scientifique, je n'ai pas la réponse à cette question. Je peux juste vous dire que dans les années 90, et c'est concomitant avec une augmentation de l'utilisation de la pilule en Belgique, en France et en Amérique du nord, on constate des perturbations liées probablement à des estrogéniques. Mais vous n'avez pas tort. En Belgique, tous les effluents urbains arrivent dans des stations d'épuration. Ces substances se retrouvent dans l'urine et le fait de les concentrer dans des stations d'épuration peut avoir des effets pervers.

L'éthinyl estradiol a un pouvoir estrogénique 5 fois plus élevé que l'estradiol tout seul parce qu'il a une plus grande affinité aux récepteurs. Selon vous, quelles sont les différentes sources de risque de retour à l'homme de l'éthinyl estradiol ? La consommation d'eau potable et sans doute aussi la consommation de poisson ?

Il y a un peu d'accumulation dans les tissus des poissons et des moules, mais à mon avis, c'est plutôt dans l'eau potable. Mais on travaille beaucoup à améliorer l'efficacité des stations d'épuration pour éliminer ce type de molécules.

Par souci écologique, on essaye de limiter notre consommation d'eau en bouteilles plastiques et donc on boit de l'eau du robinet. Est-ce qu'il y a eu des tests sur la concentration d'éthinyl estradiol dans l'eau du robinet en Belgique?

On ne retrouve pas d'éthinyl estradiol dans toutes les eaux mais dans une proportion de 10 à 15%. Cela dépend des zones. En Wallonie, nous buvons de l'eau qui est relativement pure mais il y a des pays où ils doivent finalement recycler l'eau de la Meuse, en Hollande par exemple. Cette eau est très polluée donc forcément ils doivent retrouver plus de molécules. Ce n'est donc pas toutes les eaux potables.

Les consommateurs pourraient opter pour l'eau de source en bouteilles en verre, mais elles sont lavées par des détergents qui contiennent des estrogénisants!

En parlant des moules, un recensement est en cours de la moule épaisse en Belgique et en France. Cela risque de fournir des informations intéressantes puisque les moules

filtrer l'eau. Au-delà de ça, votre exposé est hyper culpabilisant. En tant que femme, je peux me dire qu'à cause de moi et de ma contraception, le cancer du sein augmente et les poissons ont des ovaires dans les testicules !

Je vais vous déculpabiliser. La cause principale de la dégradation de l'environnement, c'est la surnatalité de la population humaine. Il faut trouver une solution. Le choix est libre et il y en a plusieurs. L'intérêt de ce colloque est de montrer aux gens que des choix existent en matière de contraception. C'est dans la diversification des solutions aux problèmes que se trouve la vraie solution

On a vu la natalité augmenter, on est beaucoup plus nombreux sur la terre et donc on pollue plus. Vous avez analysé l'acétate de cyprotérone qui est un peu spécial puisqu'il est anti-androgénique et pourtant il a un effet positif. Comment l'expliquer ?

Je cherchais à tester l'effet de perturbateurs endocriniens sur les invertébrés à la base des chaînes alimentaires aquatiques. Tous les anti-androgéniques testés avaient un impact négatif sur les mâles des rotifères. L'acétate de cyprotérone n'avait pas cet effet négatif et de plus j'ai constaté un effet positif sur les femelles probablement lié aux propriétés progestatives de cette molécule. Simplement, mes études ont montré que chez ces organismes, dont on disait qu'ils ne sont pas du tout impactés par les stéroïdes puisqu'ils sont apparus bien avant les vertébrés, la sexualité et la production des oeufs sont réglés par les progestatifs. Ici, l'acétate de cyprotérone est un progestatif mais la progestérone a aussi des effets chez certaines espèces de rotifères.

Le refus de la contraception hormonale : un acte d'affirmation identitaire

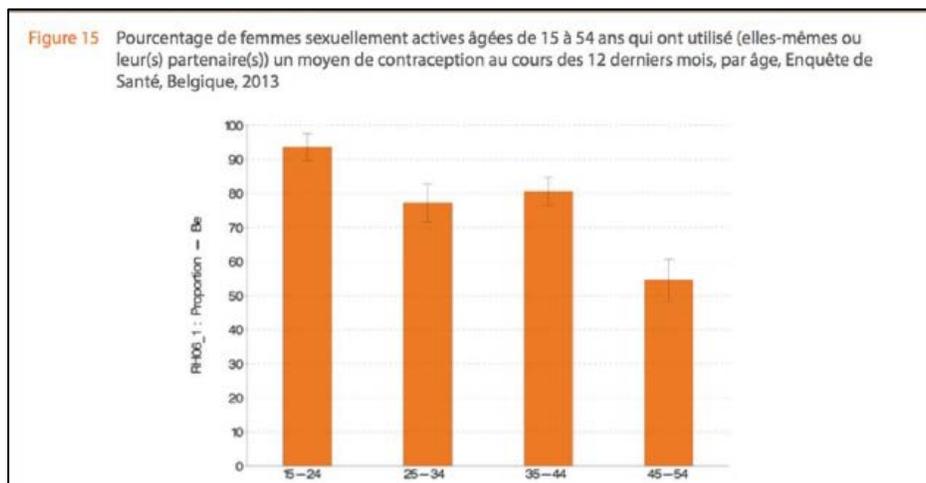
Maya PALTINEAU, UCL

Les pratiques contraceptives sont le fruit d'une longue tradition de luttes sociales. La contraception s'inscrit aujourd'hui dans le système de santé publique d'un Etat. Même si cela paraît être une décision individuelle, c'est d'abord une décision encadrée par un système étatique, juridique et social.

La norme contraceptive

Suite à la révolution contraceptive des années 60 et 70 légitimée et poussée par un désir des femmes de libérer leur sexualité et de la détacher de la reproduction, nous sommes tombés rapidement dans un système du "tout contraceptif" dans lequel la contraception est devenue une norme et une sorte de réflexe par défaut. On peut dire que la contraception est systématisée. Tant et si bien que les femmes qui n'utilisent pas de contraception sont considérées comme des déviantes. Dès l'âge de l'entrée dans la sexualité, à la fin de l'adolescence, il va de soi d'aller chez un gynécologue pour se faire prescrire une contraception. Si on ne le fait pas on est considérée comme déviante. La déviance c'est tout ce qui s'oppose à la norme, la normalité, acceptée par la majorité des individus. La contraception s'utilise de nos jours, à priori. On la prend et quand on veut un enfant, on l'arrête. C'est le désir de grossesse qui est conscientisé, pas la contraception. Avant les années 60, c'était peut-être le contraire. Il y avait des risques de grossesse et si on voulait contrôler les périodes de fertilité, il fallait le conscientiser. On attend des femmes, non seulement une bonne contraception, mais aussi une bonne maternité, choisie, préparée, qui survient à un certain moment de la vie, qui est la suite d'une bonne contraception.

Le schéma ci-dessous montre l'utilisation de la contraception en Belgique selon les âges. On voit que ce sont les plus jeunes qui prennent un contraceptif à plus de 90% et que cela décroît avec l'âge.



La question de la contraception se pose peu, voire pas, mais s'impose aux femmes. Elles n'ont de marge de manœuvre et l'expression d'un choix individuel que sur la méthode à adopter. Néanmoins, on voit là encore une norme. La norme veut que l'utilisation des méthodes de contraception dépende surtout de la position dans le cycle de vie. Cette norme contraceptive se décline en trois temps. Le préservatif est utilisé majoritairement par les jeunes lors de l'entrée dans la sexualité. Ensuite, la pilule contraceptive est utilisée massivement par les jeunes filles quand elles entrent dans une relation de couple stable. Et en fin de parcours procréatif, quand le nombre d'enfants désirés est atteint, le dispositif intra-utérin. Cela reste ancré dans les mentalités des femmes et des praticiens, des sages-femmes, des gynécologues, des obstétriciens. C'est un schéma construit progressivement depuis la première révolution contraceptive et qui de nos jours, tend à s'assouplir ; notamment par la diversification des méthodes et par un intérêt croissant pour les méthodes naturelles.

La perte d'importance symbolique de la pilule

La pilule est un symbole représentatif des autres méthodes hormonales et c'est la méthode hormonale la plus délaissée. Néanmoins, elle reste la méthode la plus populaire et la plus utilisée avec 82% chez les 15-24 ans contre 36% chez les 45-54 ans. Même si elle est encore très utilisée, les critiques voient le jour et la contrainte de devoir la prendre chaque jour est soulignée. Pour les femmes qui sont nées à partir de années 80, la contraception n'est plus le fruit d'une victoire longtemps attendue et chèrement acquise. L'accès à la pilule prenait aussi place dans la revendication des femmes d'avoir une sexualité épanouie. De nos jours, cette idée se perd, notamment chez les plus jeunes. Des chiffres montrent que seulement 37% des femmes sont tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie. Ce que les pionnières vivaient comme une liberté est bien souvent devenu contrainte pour les générations suivantes.

Nous sommes dans une mouvance où les jeunes femmes et hommes d'aujourd'hui s'intéressent de plus en plus à un mode de vie qui est axé sur l'écologie, le respect de la nature et de son propre corps. Ils se tournent davantage vers les médecines douces, par exemple, ils refusent ou rejettent certains médicaments et la pilule entre dans cette catégorie. C'est une tendance sociale qui est plus large et qui ne correspond pas seulement à la pilule mais plutôt à tout ce qui est médical ou touche à l'institution médicale. Les pratiques plus naturelles et plus centrées sur la réflexion se retrouvent tout au long du parcours procréatif. Par exemple, durant la grossesse, le refus de certains examens médicaux, le refus de la péridurale et du monitoring pour l'accouchement, l'accouchement à domicile, la pratique de l'allaitement maternel long, etc.). En France, le suivi gynécologique a diminué. En 2010, 12.2% des femmes déclarent ne pas avoir de suivi habituel, contre 6.9% en 2000.

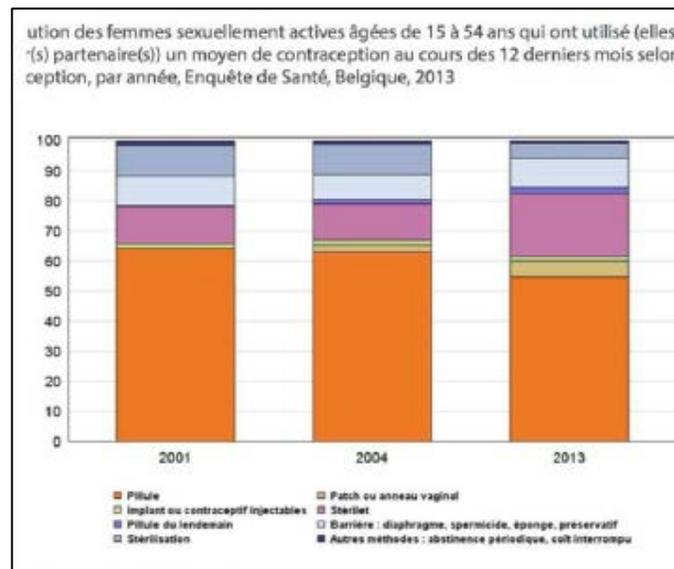
Des revendications de genre motivent également l'abandon de la pilule. On parle de "fertility work" qui correspond à une charge mentale (toutes les préoccupations qu'une femme doit garder en tête en permanence). Par exemple en ce qui concerne la contraception, cela regroupe une série de moments-clés : quelles méthodes existent ?

Laquelle choisir ? S'informer ; En parler à des proches ; Prendre rendez-vous chez le gynécologue ; Aller chez le gynécologue ; Aller à la pharmacie et l'acheter ; ne pas l'oublier. Cette charge-là les femmes de plus en plus ne veulent plus la porter seules.

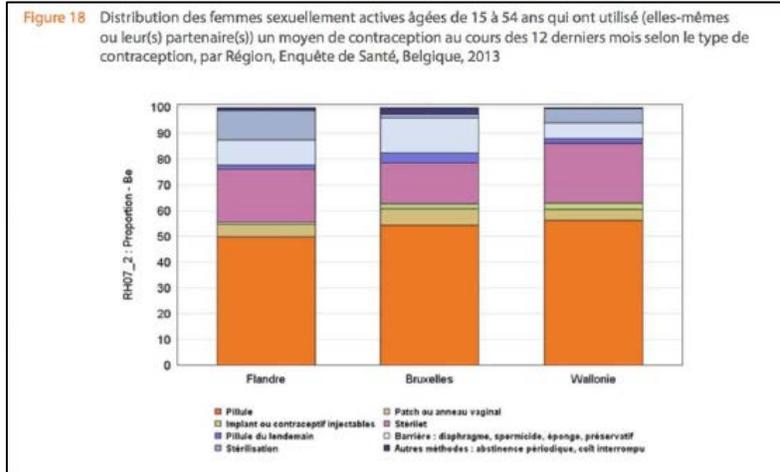
Le débat médiatique, en France, autour des pilules de dernières générations, a terni l'image sociale et symbolique de la pilule. En tout cas, ces scandales ont remis en question l'homogénéité des bienfaits de la pilule. En Belgique aussi, la multiplication de messages alarmistes a incité de nombreuses femmes à arrêter purement et simplement leur contraception.

Une diversification des pratiques contraceptives

L'enquête de santé par interview de 2013 montre une diversification des méthodes contraceptives. Le schéma ci-dessous montre l'évolution des utilisations des différents modes contraceptifs entre 2001 et 2013 en Belgique.



On voit que la pilule perd du terrain au profit du DIU qui a pratiquement doublé en termes d'utilisation en 12 ans. La stérilisation a diminué. Des nouvelles méthodes hormonales comme le patch et l'anneau font des adeptes. C'est surtout la pilule qui est abandonnée et pas toutes les méthodes hormonales.



On remarque également des disparités régionales qui correspondent à des modes de vie différents, à des populations différentes en termes d'éducation, de classes sociales, etc. A titre d'exemple, on voit que les contraceptifs barrières sont davantage utilisés à Bruxelles et la stérilisation davantage en Flandre.

Si on examine les tranches d'âge, on voit que c'est entre 15 et 24 ans que la pilule est la plus utilisée. Ce sont les femmes avec un niveau d'éducation primaire ou sans diplôme qui prennent davantage la pilule.

Tableau 6 Distribution des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 54 ans qui ont utilisé (elles-mêmes ou leur(s) partenaire(s)) un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois selon le type de contraception, Belgique

RH07_2		Pilule	Patch ou anneau vaginal	Implant ou contraceptif injectables	Stérilet	Pilule du lendemain	Barrière : diaphragme, spermicide, éponge, préservatif	Stérilisation	Autres méthodes : abstinence périodique, coït interrompu	N
GROUPE D'ÂGE	15 - 24	82,4	1,7	2,8	1,6	5,8	5,3	0,5	0,0	196
	25 - 34	56,2	9,0	3,0	16,5	6,4	6,4	0,8	1,7	361
	35 - 44	43,5	4,9	0,8	30,9	0,1	10,4	8,3	1,2	357
	45 - 54	36,3	1,8	0,7	26,0	0,1	9,5	23,8	1,9	260
NIVEAU D'INSTRUCTION	Primaire/sans diplôme	78,8	0,0	14,5	3,1	0,0	1,8	0,0	1,9	23
	Secondaire inférieur	58,3	6,3	3,0	8,2	2,1	10,7	10,4	0,9	100
	Secondaire supérieur	55,2	5,5	2,6	16,6	3,1	6,4	9,0	1,7	351
	Enseignement	49,5	4,1	0,8	24,7	2,9	9,1	7,8	1,1	691

Beaucoup de variables expliquent les choix de contraceptifs et il est difficile de toutes les étudier et les représenter ensemble. Il est difficile aussi de toutes les étudier en même temps. Cela rend aussi très délicat ou très complexe les conseils que l'on peut apporter en consultation. Les variables sociodémographiques sont liées aux caractéristiques de la femme : son âge, sa situation matrimoniale, le nombre d'enfant, le fait d'avoir déjà eu une grossesse non prévue, la catégorie socioprofessionnelle.

Des variables sont liées au contexte : le suivi gynécologique et le médecin qui l'assure, l'adhésion de la femme à la méthode, la possibilité de parler facilement lors des consultations. Enfin, des caractéristiques liées à la relation avec le partenaire sont aussi importantes : la vie affective et sexuelle, l'adhésion du partenaire à la méthode, le désir d'enfant.

Toutes ces variables vont avoir une grande influence à la fois sur le choix contraceptif et sur la possible diversification du choix.

Le rôle du médecin

Avant, l'ordonnance du médecin avait valeur de symbole officialisant l'entrée dans la vie sexuelle adulte. C'était une sorte de rite de passage. Aujourd'hui, le rôle du prescripteur a tendance à laisser la place à un rôle de conseiller. Les médecins sont toujours des producteurs de connaissances. Les femmes viennent chercher une information plutôt que se faire prescrire un comportement. C'est une réflexion qui est de plus en plus commune avec le médecin. Certaines recherches parlent de "bricolages" et de "petits arrangements contraceptifs". Il y a une tension, une différence entre ce que les femmes savent et ce qu'elles font vraiment. Elles savent comment prendre la pilule, elles connaissent les différentes méthodes mais entre ce qu'elles savent et ce qu'elles font, ce n'est pas toujours évident. Le rôle du médecin serait aussi de capter cette dissonance entre le discours et les pratiques de femmes.

L'engouement pour les méthodes naturelles

En ce qui concerne les méthodes naturelles, le rôle du médecin change. Les couples doivent être orientés vers un praticien spécifique qui propose un suivi personnalisé étalé sur plusieurs séances. Cela pose la question de la perte d'autorité du médecin. Des études ont été faites aux Etats-Unis (TRENT et CLARCK, 1997 ; ; LUNDGREN et al. 2012; PAVARD 2012), sur les connaissances à la fois des obstétriciens, des gynécologues, des étudiants en médecine et des infirmières qui peuvent prescrire des contraceptifs. Elles montrent qu'il n'y a pas assez de connaissances de la part des professionnels et précisent que les méthodes naturelles devraient être prescrites au même titre que les autres pour permettre de faire un choix éclairé. Ces méthodes ne devraient pas être abordées uniquement quand les personnes viennent avec des questions mais elles devraient être présentées spontanément pour informer des gens qui n'en ont aucune connaissance. Seulement 43% des répondants connaissaient certaines méthodes naturelles et 2% seulement connaissaient la sympto-thermie. Sur la même étude 43% des répondantes se montraient intéressées.

Ces méthodes sont discréditées régulièrement dans les médias. Certains sites belges, par exemple <https://www.bruxelles-j.be/>, ne les mentionnent qu'en petit en toute fin de page. Le petit paragraphe sur les méthodes naturelles est titré « *Les méthodes qui ne sont pas efficaces* » et la fin du passage mentionne qu'elles sont vivement déconseillées. Le site <http://www.mongeneraliste.be/> mentionne les méthodes dites "naturelles" (pourquoi pas simplement "naturelles"?) en précisant qu'elles ne sont pas considérées comme des méthodes contraceptives fiables. Et enfin, le Dr Firquet sur le site <https://www.gynandco.be/fr/> estime qu'il est difficile de prescrire ces méthodes tant que l'on n'est pas certain qu'elles sont vraiment fiables.

Dans les méthodes naturelles, une catégorie particulière est basée sur la conscience de sa fertilité. Toutes les méthodes naturelles ne se valent pas et toutes ne se basent pas sur cette conscience de la fertilité. Dans ces méthodes, la femme est consciente des signes et des symptômes de sa fertilité dans son cycle. Ce sont des méthodes qui requièrent une instruction spécifique, détaillée par un professionnel formé. Elles sont utilisées à l'échelle mondiale par un peu plus de 3% des couples en âge de procréer.

L'OMS tranche sur ces questions de méthodes naturelles à conscience de sa fertilité et les met dans la catégorie "méthodes modernes". Il y a un débat au-delà du naturelles, pas naturelles, dites naturelles; il y a le débat "modernes" versus "traditionnelles". Cela s'inscrit dans le débat sur le retour à la nature. Est-ce que toutes les méthodes naturelles sont traditionnelles? L'OMS considère que si la méthode naturelle est basée sur la conscience de la fertilité, elle a été testée par des protocoles précis, scientifiques.

Le tableau ci-dessous reprend les études qui ont porté sur ces méthodes. On voit le nombre de femmes et de cycles étudiés. Ce sont de gros volumes. Cela reprend les taux de grossesse quand on fait une utilisation correcte et consistante et les taux de grossesse pour un usage réel. On voit que c'est effectivement très différent. C'est là que tout se joue. C'est la manière dont on applique ces méthodes et pas la méthode en elle-même.

Table 2 Pregnancy rates of fertility awareness-based methods published by different authors between 1951 and 2007

Year published	First author	Method	Locale	Centres	Number or woman years (wy)	Pregnancy rates	
						Correct & consistent use	Typical use
1951	Tietze ³⁴	Calendar	Boston, USA	NA	559 wy	NA	14.4
1981	WHO ³⁵	Ovulation	International	5	578 wy	2.8	19.6
1982	Vessey ³⁶	Rhythm	UK	>5	161 wy	NA	15.5
1985	Marshall ³⁷	Mixed	UK	1	118	0.3	3.9
1985	Barbato ³⁸	Mixed	Italy	1	460	0.4	3.6
1999	ENFPSG ³²	Symptothermal	Europe	15	1328	0.5	2.6
2001	Pyper ³⁹	Symptothermal	UK	1	72	1.3	2.7
2002	Arevalo ⁸	Standard Days	International	3	478	5.0	12.0
2004	Arevalo ²⁵	TwoDay	International	5	450	3.5	13.7
2007	Frank-Hermann ³³	Symptothermal	Germany	1	900	0.4	1.8
2007	Moreau ⁴⁰	Mixed	France	National	340 wy	NA	7.7

NA = not available.

Ces méthodes peuvent être efficaces jusqu'à 97-99% mais encore faut-il qu'elles soient utilisées de manière correcte. Elles ne conviennent pas forcément à tous les couples. Elles conviennent plutôt à des couples qui sont monogames, dans une relation longue. Différentes études reprennent les avantages ressentis par les utilisateurs. Elles jouent un rôle dans l'émancipation féminine. Plusieurs mouvements féministes, notamment américains, voient dans la conscience de soi et la conscience du corps, un

instrument de pouvoir et pas seulement sur le choix de sa contraception, mais un pouvoir qui déteint sur l'émancipation des femmes, dans la sphère professionnelle, dans l'éducation des filles, dans la connaissance de ses autres pathologies. Cela développe des compétences reproductives. Des études montrent que certaines femmes habituées à faire des prélèvements corporels pour tester leur fertilité, sont du coup à même de détecter des symptômes avant d'autres femmes au niveau de certaines pathologies. Le corps et l'estime de soi sont valorisés, y compris pour l'homme car la contraception devient peu à peu une affaire de couple et le fruit d'une négociation avec le partenaire.

Conclusion

La femme s'est émancipée, dans les années 60, de la domination masculine et du devoir conjugal et reproductif qui y était lié. Aujourd'hui, peut-être est-elle en train de s'émanciper de l'institution médicale. Pas du médecin en tant que personne, mais plutôt du système étatique, de loi, de santé et de l'institution en général, de l'institution médicale en particulier. Peut-être sommes-nous en train d'assister à une deuxième révolution contraceptive comme certaines recherches le laisse entrevoir. Il faut retenir la diversité des parcours et des modes de vie, des demandes des femmes.

Les femmes attendent maintenant un suivi individualisé, personnalisé, qui ne soit plus systématique et qui ne corresponde pas à ce que toutes les femmes reçoivent comme conseils. Elles veulent qu'on prenne en compte leur individualité. C'est quelque chose qui se retrouve à l'échelle sociale et pas uniquement dans la contraception. C'est ce que le sociologue Alain Touraine a exprimé dans son livre *La fin des sociétés* et qui se base sur l'affirmation identitaire, l'identité de quelqu'un par ses choix différents et individuels. Il dit que de nos jours on passe dans "le domaine de la personnalité, donc du rapport de soi à soi, plutôt que celui des institutions sociales et de leurs fonctions".

Echanges avec la salle

C'est la première fois que je vois un taux d'efficacité aussi élevé par rapport aux méthodes dites naturelles. Avez-vous une explication ?

Il s'agit de taux d'efficacité pour une utilisation correcte.

Les populations de ces études sont sélectionnées et ne sont pas faites avec une population générale. Ce sont des patientes qui se présentent pour cette méthode. Cette sélection est un biais dans les études même si l'efficacité est vraiment celle-là. Dans la littérature, on voit que la méthode est aussi efficace que la pilule estroprogestative s'il y a abstinence durant la période fertile. Si la période fertile n'est pas correctement

déterminée, il peut y avoir des moments d'échecs. On en revient à la bonne information et la bonne formation.

Ce n'est pas plus un biais pour ces méthodes-là que pour les autres. On ne va jamais faire un essai randomisé et attribuer différentes méthodes à différentes femmes. C'est forcément un choix quelle que soit la méthode. Il y a un certain effet de biais quand on regarde l'efficacité théorique parce que c'est les personnes qui vont l'utiliser le mieux. La question du biais, on ne l'évite que dans les essais randomisés pas dans les situations de choix personnel.

Des études montrent aussi que la majorité des couples qui utilisent ces méthodes les appellent les méthodes mixtes parce que pendant la période d'abstinence, ils reviennent au préservatif s'ils ont des rapports sexuels. C'est donc plus difficile de quantifier l'efficacité si ce n'est pas la seule méthode utilisée.

Vous estimez qu'il y a des indicateurs suffisamment importants pour faire l'hypothèse d'un virage sociologique d'émancipation des femmes par rapport à l'institution médicale. Seulement 3% des couples à l'échelle mondiale recourent aux méthodes dites naturelles et c'est très peu à l'échelle d'une population, pour estimer un virage sociologique.

Cette conclusion ne se rapporte pas qu'à la contraception mais c'est un domaine dans lequel on remet de plus en plus en cause la parole de l'institution. Ce virage social, il apparaît dans de nombreux domaines qui touchent au corps, notamment à la maladie. Par exemple, en cas d'hospitalisation ou en cas de refus de médicaments, en cas d'accouchement à domicile.

En quoi ce serait une émancipation? qui est un terme extrêmement positif mais la médecine ou l'institution, le corps médical sont aussi, au niveau de l'humanité et de la population, des facteurs d'émancipation civilisationnelle.

Je ne vois pas de contradiction. L'idée n'est pas que la médecine moderne tue les gens. L'idée est de sortir d'une médecine standardisée. On cherche l'individualité de chacun, l'affirmation de l'identité de chacun et de plus en plus, on attend de l'institution qu'elle prenne en compte cette individualité et qu'on ne soit pas un patient parmi les autres mais qu'on ait droit à une prise en charge unique. C'est là qu'on peut parler d'émancipation, c'est la conscience de soi qui passe par la connaissance de soi. L'émancipation elle est là où on prend la connaissance. Le désir de connaître comment fonctionne son cycle menstruel, c'est déjà une émancipation. Aller chercher cette information, peut-être auprès de l'institution médicale, le fait même de s'interroger là-dessus est une forme d'émancipation.

Est-ce que l'on a étudié l'impact d'une grossesse non-désirée qui aboutit à un avortement chez ces femmes qui avaient choisi l'émancipation et la connaissance de leur corps. La déception de l'échec doit être grande et peut-être plus cruelle.

Cette interrogation sur son propre potentiel procréatif, sur la place de son corps dans l'institution médicale et sur le rôle et l'autorité qu'on donne à l'autre, vient souvent après un évènement de vie. J'ai travaillé avec des femmes qui avaient eu un accouchement qui selon elles s'était mal passé. Lors d'un second accouchement, elles entraient dans une démarche de surinformation, de sur-recherche, d'acquisition de données médicales et scientifiques. Je n'ai pas connaissance d'études sur l'interruption de grossesse et sur la perception de l'échec.

Dans mon expérience de la pratique de l'avortement, il me semble que les femmes qui utilisent une contraception naturelle vivent très bien les échecs parce qu'elles reprennent exactement la même contraception après leur IVG. Elles acceptent ce risque.

Dans tout le règne du vivant, il existe des méthodes de régulation de la démographie qu'elles soient collectives ou individuelles. Cela nous dépasse en tant qu'être humain. Les animaux régulent leur population. Il y a un aspect, pas vraiment naturel, mais en tout cas qui est ubiquitaire en termes de régulation des naissances. Je trouve qu'on doit vraiment franchir un mur social pour assimiler l'information. Si on prend la phrase de Touraine, pour un être humain avoir une personnalité ça veut dire être regardé et être considéré comme un sujet par autrui et par le monde. Après, cela devient peut-être un rapport de soi à soi mais il faut au moins avoir été regardé. La personnalité n'existe véritablement que quand on a été mis en écho avec le monde. Or il y a des tas d'exclus. Dans la possession de soi, il y a tout un travail élémentaire à faire et qui est au-dessus des moyens habituels qui sont à la disposition des gens.

Je ne partage pas tout à fait votre avis. On voit en sociologie que cette affirmation identitaire, elle survient après un rapport d'oppression. Ce sont les personnes qui ont été d'abord opprimées qui font ce regard sur elles-mêmes et qui pour sortir de l'oppression, font une affirmation identitaire. Cela rejoint peut-être ce que vous dites sur le fait d'être regardé mais ce n'est pas un comportement élitiste. Au contraire.

Bibliographie

AMSELLEM-MAINGUY Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Revue des Politiques sociales et familiales*, 2010, n°100, pp.104-109.

AVON B. Contraception 40 ans de pratique. Questions pour aujourd'hui. *Laennec*, 2007, vol.55, n°2, pp.31-42.

BAJOS N. et FERRAND M. L'avortement à l'âge de raison. *Mouvements*, 2001, vol.4, n°17, pp.99-105.

BAJOS N. et FERRAND M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales*, 2004, vol.22, n°3, pp.117-142.

BAJOS N. et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. *Population & Sociétés*, septembre 2012, n°492, 4p.

BAJOS N. et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, mai 2014, n°511, 4p.

DEREUDDRE R. et al. Gender inequality and the 'East-West' divide in contraception : An analysis at the individual, the couple and the country level. *Social Science & Medicine*, July 2016, n°161, pp.1-12.

ISP. Enquête de santé par interview 2013. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2013.aspx

PAVARD B. *Les lois Veil : Contraception 1974, IVG 1975.* Armand Colin, 2012.

TROITSKAIA et al. Etude comparative des pratiques contraceptives : France, Géorgie, Lituanie et Russie. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, décembre 2009, vol.40, n°3-4, pp.241-272.

Les impacts des contraceptions hormonales sur la santé des femmes (Table ronde)

CONTRACEPTION HORMONALE ET CANCER

Maxime FASTREZ, CHU Saint-Pierre (Bruxelles)

Les risques de cancers gynécologiques inhérents à la contraception hormonale concernent essentiellement le cancer du sein et des organes génitaux internes (l'endomètre, les ovaires et le col utérin). Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la sphère gynécologique. C'est 10.000 femmes par an diagnostiquées en Belgique, soit 1 femme sur 10. Le cancer de l'endomètre représente 1.400 cas par an, le cancer des ovaires 800 cas par an et le cancer du col utérin, 600 cas par an.

Le cancer du sein

Un cancer dans un organe, c'est une cellule qui devient folle. Toutes les cellules de notre corps se divisent pour assurer la régénération de nos tissus. Les cellules cancéreuses se divisent de façon complètement anarchique. En particulier dans le cancer du sein, il y a un certain nombre de facteurs génétiques et environnementaux qui influencent la reproduction anormale des cellules. Les estrogènes sont un des facteurs importants. Les estrogènes sont des hormones présentes dans le contraceptif hormonal le plus souvent utilisé par les femmes : la pilule contraceptive. A la surface des cellules du sein, il y a des récepteurs aux estrogènes et les estrogènes vont stimuler la croissance anarchique des cellules devenues folles. C'est ce qui donne une tumeur de la glande mammaire.

Une immense étude danoise a été publiée récemment dans une revue médicale prestigieuse¹³. Cette étude concerne à peu près 1.800.000 femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans, qui sont enregistrées dans un registre prospectif. Au moment où on les enregistre dans ce registre, l'étude commence et on va les suivre prospectivement au cours d'une durée moyenne de 11 ans.

On a analysé parmi ces femmes celles qui n'utilisaient pas de contraceptif hormonal, celles qui en utilisaient depuis moins de 6 mois et celles qui l'utilisaient depuis plus longtemps. On a étudié tous les types de contraceptifs hormonaux disponibles : la pilule estroprogestative à différents dosages et celle aux progestatifs, les méthodes combinées non orales (l'anneau vaginal et le patch), les contraceptifs non oraux à base de progestatifs (implant, DIU au LNG, injections). On observe le risque relatif de cancer du sein entre une population qui utilise une contraception hormonale et celle qui n'en utilise pas. Si ce risque relatif est égal à 1, cela signifie qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes, s'il est supérieur à 1 cela signifie que le fait de l'utiliser majore le risque, s'il est inférieur à 1 cela induit une protection contre le cancer du sein.

¹³ MØRCH L.S. et al. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 2017, vol.377, n°23, pp.2228-2239.

Les contraceptifs à base d'hormones, quels qu'ils soient, sont associés à un risque relatif de 1.2, soit 1,2 fois plus de risque de développer un cancer du sein chez les utilisatrices qu'elles soient récentes ou plus anciennes de tous types de contraceptifs hormonaux. La durée d'exposition est très importante. Plus l'utilisation du contraceptif hormonal est longue, plus le risque relatif est élevé. Même s'il y a arrêt du contraceptif hormonal après une longue utilisation, le risque relatif perdure dans le temps. Pour les utilisatrices de contraceptifs hormonaux durant moins d'un an, le risque relatif est nul. Il n'y a pas plus de risque de développer un cancer du sein même après 10 ans. Il n'y a pas non plus de grande modification du risque relatif après une période de 1 à 5 ans. Par contre, l'utilisation d'un contraceptif hormonal pendant 5 à 10 ans, augmente considérablement ce risque relatif. Le risque continue d'augmenter après 10 ans et plus d'utilisation.

On n'observe pas vraiment de différence de risque relatif de cancer du sein entre les différents contraceptifs hormonaux, en particulier entre les différentes pilules combinées. Il semblerait que l'utilisation depuis plus de 4 ans du dispositif intra-utérin hormonal a un risque relatif de développer un cancer du sein équivalent aux autres méthodes hormonales. En valeur absolue, la différence de risque absolu de développer un cancer du sein chez les utilisatrices anciennes et récentes de contraception hormonale, est de 13 pour 100.000 personnes/année. Ce qui veut dire que chez les utilisatrices de contraceptifs hormonaux, il faut 8.000 utilisatrices de contraceptifs hormonaux pour voir apparaître dans leur groupe, un cancer du sein en plus par rapport aux non-utilisatrices. En nombre de femmes, cela ne représente pas des valeurs très importantes. Ces chiffres sont importants pour les patientes qui n'ont pas eu de cancer du sein et auxquelles vous voulez prescrire un contraceptif hormonal.

Quelle contraception pour les patientes qui ont eu un cancer du sein ou qui ont un cancer du sein en cours?

Certaines d'entre elles sont jeunes et elles sont préoccupées par la reproduction et la contraception. Une étude américaine¹⁴ a été faite auprès de 200 patientes en âge de reproduction atteintes d'un cancer du sein. Il s'avère que 26% d'entre elles ont été informées des méthodes de préservation de la fertilité, sachant que bon nombre de traitements contre le cancer du sein sont toxiques pour la fertilité. Parallèlement, 12% ont été informées à propos de la fertilité et de la contraception et seulement 10% ont été informées à propos de la contraception.

L'information est primordiale et nous avons développé en Belgique, avec 7 centres néerlandophones et francophones, une plateforme d'information nationale destinée aux patientes victimes du cancer du sein et qui ont besoin d'information sur leur fertilité et leur contraception : <http://www.family-hope.be/>.

Pour les femmes qui ont un diagnostic de cancer du sein ou ont eu un cancer du sein, les pilules combinées et les progestatifs par voie orale sont contre-indiqués. Le DIU au cuivre est recommandé avec un niveau de preuve A, c'est-à-dire le niveau de preuve le plus élevé dans la littérature médicale. Les patientes qui ont une tumeur sensible aux estrogènes, ce

¹⁴ JOHANSEN S.L., LERMA K., SHAW K.A. Contraceptive counseling in reproductive-aged women treated for breast cancer at a tertiary care institution : a retrospective analysis. *Contraception*, 2017, vol.96, n°4, pp.248-253.

qui est courant, peuvent être traitée par tamoxifène. C'est un anti-estrogènes qui bloque les récepteurs aux estrogènes sur les cellules cancéreuses et sur les cellules du sein. Ce médicament a un effet délétère sur l'endomètre et il engendre une prolifération anormale de l'endomètre qui peut aller jusqu'à stimuler l'apparition de cancer de l'endomètre. Chez ces patientes uniquement, l'insertion du DIU au lévonorgestrel à un niveau de preuve B.¹⁵

On entend beaucoup parler de femmes à hauts risques, soit parce qu'elles ont un parent, surtout du 1er degré, qui ont eu un cancer du sein, soit parce qu'elles sont porteuses des mutations BRCA1/2. Ces femmes ont la quasi-certitude de développer un cancer du sein au cours de leur vie mais aussi, pour une proportion moindre, un cancer de l'ovaire. Chez les patientes qui sont simplement à risque par la présence d'un antécédent familial, l'étude danoise n'a pas pu, étant donné la petite proportion de ces patientes dans les groupes étudiés, identifier de risque plus important de cancer du sein lié à la contraception hormonale que dans la population générale.

Cancer de l'endomètre

Même s'il est beaucoup moins fréquent, 1.500 cas en Belgique par an, il reste problématique. En cycle ovulatoire naturel, l'endomètre prolifère tout au cours du cycle pour être éliminé avec les règles. Chez les patientes qui prennent une contraception orale combinée, l'endomètre reste à un niveau constant dans sa morphologie tout au cours du cycle. A priori, comme ces patientes prennent pour la plupart leur pilule de façon séquentielle (une plaquette et une pause d'une semaine), à chaque fois qu'elles arrêtent la double couche de l'endomètre est éliminée et ce périodiquement par rapport à d'autres femmes qui ont des cycles moins réguliers. Ces deux facteurs sont associés à un effet protecteur et un risque relatif de 0.43 des contraceptifs hormonaux combinés pour le cancer de l'endomètre. La diminution du risque persiste après l'arrêt de la pilule pendant toute la période de la ménopause puisque c'est une pathologie majoritairement des patientes post-ménopausées. Le même effet bénéfique est constaté pour des raisons différentes avec le DIU au lévonorgestrel. Son effet protecteur est dû à la régulation à la baisse des récepteurs aux estrogènes dans l'endomètre qui est due elle-même à une diminution de la prolifération endométriale. La diminution observée chez les utilisatrices de DIU hormonal dans une étude finlandaise¹⁶ portant sur 90.000 patientes, était déjà importante avec un ratio de 0.50 après utilisation d'un DIU hormonal, et le risque de cancer de l'endomètre diminue encore, un ratio de 0.25, après l'utilisation de deux DIU hormonaux.

Cancer de l'ovaire

C'est un problème de santé publique très important parce que ce cancer est souvent diagnostiqué à un stade très avancé. Le cancer de l'ovaire n'est pas fréquent mais on le diagnostique tard parce qu'il n'est pas symptomatique et on le soigne très mal. Pour les cancers ovariens les plus fréquents, qui représentent environ 80% des cancers de l'ovaire, les tumeurs dites épithéliales, la prise de contraception combinée estroprogestative par voie orale est associée à une réduction significative du risque de tumeur ovarienne épithéliale

¹⁵ PATEL A. et al. Cancer and contraception. *Contraception*, 2012, vol.86, n°3, pp.191-198.

¹⁶ BAHAMONDES L. et al. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Human Reproduction Update*, 2015, vol.21, n°5, pp.640-651.

avec un ratio de 0.73. En valeurs absolues, l'effet protecteur qui est directement lié à l'utilisation des contraceptifs oraux chez les patientes qui les ont utilisés pendant plus de 10 ans, diminue de 50% la survenue d'un cancer de l'ovaire. On estime dans le monde que la prise de contraception orale évite 30.000 décès par an par cancer de l'ovaire.

Les patientes porteuses des mutations BRCA1/2

Ces patientes ne sont pas nombreuses, 0.1 à 0.2% de la population générale, représentent 2 à 3% des diagnostics de cancer du sein tous âges confondus mais elles sont plus nombreuses parmi les patientes auxquelles on diagnostique un cancer du sein avant 40 ans (10%). Ces patientes sont à risque quasi-certain de développer un cancer du sein au terme de leur vie. Elles ont 1 risque sur 2 ou sur 3 selon qu'elles sont BRCA1 ou 2 de développer un cancer de l'ovaire. Faut-il leur donner la pilule ou pas puisque on sait qu'on augmente un peu leur risque de cancer du sein mais on les protège contre le risque de cancer de l'ovaire ? En fait, on ne sait pas très bien. Il n'y a aucune raison ni de décourager, ni d'encourager l'utilisation des contraceptions oraux chez ces patientes pourvu qu'elles soient encore exemptes de cancer du sein.

Cancer du col utérin

Il n'y a aucune influence hormonale sur le développement du cancer du col de l'utérus. C'est une pathologie quasi-exclusivement liée à l'infection persistante par le papillomavirus (HPV). Il semblerait que le DIU au cuivre ait un effet protecteur sur le cancer du col de l'utérus avec un ratio de 0.55 et ceci est indépendant de l'infection par HPV qui était à des taux équivalents dans les deux groupes étudiés dans cette population.¹⁷ Le mécanisme de protection n'est pas bien maîtrisé mais il semblerait que le DIU au cuivre protège les cellules du col utérin de l'effet carcinogène du HPV. Le DIU au cuivre a aussi un effet protecteur sur le cancer de l'endomètre. Les contraceptifs oraux ont, eux, un effet protecteur sur le cancer colorectal qui est le deuxième en termes d'incidence après le cancer du sein chez les femmes.

Conclusion

L'utilisation d'une contraception à base d'hormones majore le risque de cancer du sein chez les utilisatrices.

La contraception hormonale est contre-indiquée chez les patientes qui ont eu ou qui ont un cancer du sein, à l'exception des patientes traitées par anti-estrogènes (tamoxifène) qui peuvent bénéficier d'un DIU au lévonorgestrel à visée contraceptive mais aussi pour protéger l'endomètre.

Les hormones augmentent le risque de cancer du sein mais diminuent le risque de cancer de l'ovaire. Il n'y a pas lieu ni de les encourager, ni de les décourager chez les patientes porteuses de BRCA1/2.

Les contraceptifs hormonaux de tous types protègent contre le cancer de l'ovaire, de l'endomètre et colorectal.

¹⁷ Ibid

L'utilisation du DIU au cuivre est associée à une diminution du risque de cancer du col utérin et du cancer de l'endomètre.

Certes, la pilule majore un peu le risque de cancer du sein mais l'important est d'informer correctement les patientes. La décision doit être le fruit d'une discussion entre le médecin et la patiente. Le médecin ne doit pas décider seul. Les statistiques existent, il faut les partager entre collègues et avec les patientes, pour décider de manière concertée.

Il est important de rappeler que si les hormones, et en particulier la pilule, majorent un petit peu le risque de cancer du sein, l'excès de poids, la consommation d'alcool et l'absence d'exercices physiques réguliers, sont probablement aussi importants comme facteurs de risque.

RISQUES CARDIO-VASCULAIRES DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Aude BELIARD, CHU de Liège

Quand on parle de risques cardio-vasculaires, il s'agit de risques au niveau des veines ou des artères. Les risques veineux entraînent principalement des thromboses veineuses profondes. Le déplacement d'un thrombus formé dans une veine profonde de la jambe peut migrer vers le cœur et entraîner une embolie pulmonaire avec risque de décès. Les risques artériels principaux sont l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral de type thrombotique ou de type hémorragique.

Trois facteurs sont susceptibles d'entraîner des risques de thromboses veineuses profondes. Le sang devient plus épais quand les protéines de la coagulation sont stimulées par la prise de contraceptifs et entraînent un risque plus élevé de faire des caillots sanguins. Il peut aussi avoir des modifications de la paroi artérielle et des modifications du flux sanguin lorsque que l'on est alité ou plâtré, par exemple. Les contraceptifs auront principalement un impact sur les protéines de la coagulation. Dans un état en équilibre, les facteurs qui empêchent la coagulation et ceux qui la stimulent sont équivalents. Les contraceptifs hormonaux estroprogestatifs déséquilibrent cet état et augmentent les facteurs pro-coagulants.

Cela peut être lié à la contraception mais aussi à nos habitudes de vie. Le risque de thrombose augmente avec l'âge. Si on compare des femmes de 20 et de 40 ans qui ne prennent pas de contraception, le risque des femmes de 40 est multiplié par 2. Si la femme est obèse, le risque est multiplié par 3 et si la femme fume, le risque est multiplié par 2, même sans contraceptif. Si on cumule les facteurs, les risques sont encore plus élevés. Il faut individualiser la contraception en fonction des facteurs de risque de la patiente.

Les estrogènes sont le facteur délétère principal sur la coagulation. Dans une contraception estroprogestative, deux hormones sont présentes. Le progestatif bloque l'ovulation par effet anti-gonadotrope. L'estrogène, qui augmente les risques de thrombose, régularise les pertes de sang. Cela permet à la femme d'avoir ses règles durant la semaine d'arrêt après trois semaines de pilules. Avec les pilules progestatives, le spotting (petites pertes de sang régulières) est plus fréquent et cela pourrait inciter surtout les jeunes femmes à arrêter la pilule et courir un risque d'une grossesse non-désirée.

Les estrogènes augmentent le risque de thrombose en fonction de la dose. Actuellement, les pilules sont de moins en moins dosées. Avec 20µg d'éthinyl-estradiol, on a moins de risque qu'avec des pilules plus anciennes à 30µg voire 50µg. Les études publiées au début des années 2000 qui ont montré un risque accru de thrombose ont été faites avec des femmes qui prenaient des pilules à 30 ou 50µg d'éthinyl-estradiol. Les pilules à 50µg ne sont plus utilisées aujourd'hui.

La voie d'administration n'influence pas le risque. Les patches et les anneaux contiennent, comme les pilules, de l'éthinyl-estradiol. Son impact hépatique est tellement puissant que quel que soit le mode d'administration, le risque est le même.

Il y a des pilules qui contiennent de l'estradiol plutôt que de l'éthinyl-estradiol. Théoriquement, l'estradiol a moins d'impact hépatique sur la coagulation et devrait donc avoir moins d'influence sur le risque thrombotique. Néanmoins, ces pilules sont plus chères et moins prescrites, nous n'avons pas encore de données cliniques sur les thromboses. Si le profil de la patiente est à risque, par exemple fumeuse et obèse, mieux vaut prescrire une contraception sans estrogènes.

Les progestatifs peuvent être de 1ère, 2ème, 3ème ou 4ème génération en fonction du moment où ils ont été commercialisés sous forme de pilules combinées avec de l'éthinyl-estradiol. Le lévonorgestrel est un progestatif de 2ème génération, toujours utilisé aujourd'hui. Nous avons des hormones stéroïdes dans le corps : les androgènes, les estrogènes et la progestérone. Le progestatif qui bloque l'ovulation et qui a un effet contraceptif, peut dériver chimiquement soit de la testostérone, soit de la progestérone. Si on utilise un dérivé androgénique, cela peut avoir un impact sur le risque d'acné, sur les cheveux gras ou sur le métabolisme des glucides et des lipides. Les firmes pharmaceutiques, après avoir développé des pilules contenant un progestatif dérivé de la testostérone, ont imaginé un progestatif dérivé de la progestérone et qui serait neutre au niveau métabolique. C'est ainsi que sont arrivés les progestatifs de 4ème génération. La différence entre 2ème et 3ème génération réside essentiellement dans la diminution de l'impact androgénique du progestatif entre le lévonorgestrel et les progestatifs de 3ème génération.

Lorsque la pilule estro-progestative a été mise sur le marché dans les années 50, on a eu très rapidement un décès par embolie pulmonaire. Cet impact négatif des estrogènes sur la coagulation sanguine est connu depuis toujours. Mais l'influence du progestatif est importante. Les estrogènes augmentent le risque de caillots sanguins mais plus le progestatif est androgénique, plus il ressemble à la testostérone, mieux il contrebalance l'effet négatif des estrogènes sur la coagulation. C'est pour ça que les pilules de 2ème génération plus androgéniques présentent moins de risques au niveau de la coagulation, contrairement à celles de 4ème génération qui contiennent un progestatif dérivé de la progestérone.

Quels sont les risques liés à la pilule?

Pour une population de femmes de 20 ans, en bonne santé et sans facteurs de risques, qui ne prennent aucune contraception, 1 femme sur 10.000 risque de faire une thrombose veineuse profonde. Avec une pilule de 2ème génération, 3 femmes sur 10.000 courent ce risque. Avec une pilule de 3ème génération et un progestatif qui dérive toujours de la

testostérone mais un peu moins androgénique, ce risque passe à 6 femmes sur 10.000. Pour les pilules de 4ème génération dont le progestatif dérive de la progestérone et n'est donc plus du tout androgénique, la majoration du risque peut monter jusqu'à 12 femmes sur 10.000 qui risquent de faire une thrombose veineuse profonde.

Dans la vie d'une femme, la grossesse et particulièrement l'accouchement est la période où le risque est le plus grand. Le risque pour une femme qui vient d'accoucher est de 3 à 4%. On passe de 3 pour 10.000 à 3 pour 100. Le risque principal est lié aux modifications de coagulation liées à la grossesse bien plus qu'à celles liées à la pilule.

La pilule n'influence pas énormément les risques artériels, infarctus et accident vasculaire cérébral. Ce sont surtout les facteurs de risques personnels qui jouent un rôle. Le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, etc. seront beaucoup plus déterminants que la contraception hormonale. Le risque d'AVC est excessivement rare chez les jeunes. Il est à 20 ans de 3 femmes sur 100.000 et il double avec l'âge. Si on considère les femmes qui prennent une contraception, on multiplie le risque par 2 mais cela reste très faible : 8 femmes sur 100.000.

Le risque d'infarctus est encore plus rare. On est 0.4 femme sur 100.000 à l'âge de 20 ans mais le risque augmente avec l'âge parce qu'on a tendance à prendre du poids et à diminuer son activité physique. Ce sont des facteurs de risque plus importants.

La contraception estro-progestative peut aussi avoir un impact sur la tension artérielle. Le progestatif n'a pas une grande influence mais les estrogènes augmentent un petit peu le risque d'hypertension. Les pilules à l'estradiol augmentent moins la tension artérielle que les pilules à l'éthinyl-estradiol. La drospirénone est le seul progestatif qui a un impact positif sur la tension artérielle. Elle contrebalance en partie l'augmentation de tension artérielle induite par les estrogènes.

Conclusion

Concernant le risque de thrombose veineuse profonde, les estrogènes augmentent la coagulation du sang et l'éthinyl-estradiol augmente plus le risque que l'estradiol.

Plus la pilule sera dosée plus le risque sera important.

Le risque n'est pas moindre avec une forme non-orale de contraception hormonale.

Concernant les risques artériels, les modes de vie sont beaucoup plus à risque que la contraception hormonale.

Dans la pratique quotidienne, le risque absolu reste très faible que ce soit au niveau veineux ou artériel. On peut donc être relativement rassurant quand on discute avec les patientes et avoir en tête les quelques chiffres concernant ce risque peut les aider dans leur choix.

Le rôle du médecin est de faire une bonne anamnèse et il faut adapter la contraception aux risques personnels à la patiente. Il faut prendre le temps pour informer et discuter avec la femme. L'aider dans son choix influencera toute sa vie contraceptive.

DÉPRESSION ET CONTRACEPTION HORMONALE

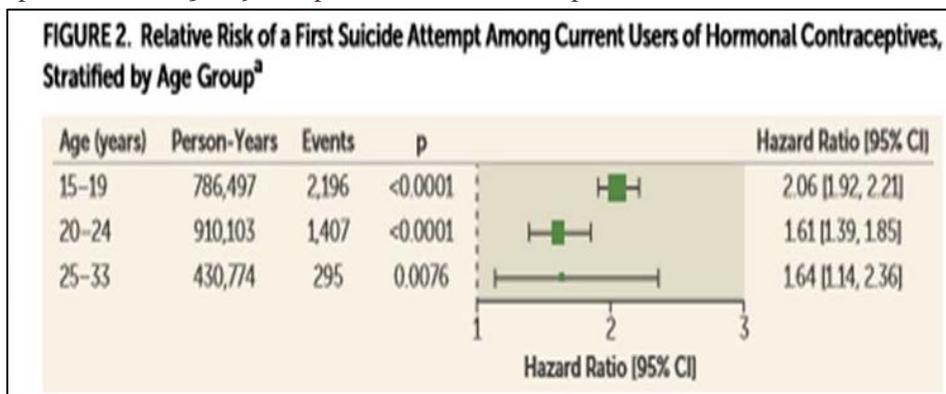
Anne FIRQUET, CHR de la Citadelle (Liège)

Force est de constater que la littérature scientifique est vraiment très pauvre sur cette thématique. Le Danemark fait un peu exception avec un système d'enregistrement d'une grande population de femmes pour des études qui portent sur les risques liés à leur santé. Ces femmes sont très régulièrement interrogées sur leurs symptômes ou sur les effets secondaires qu'elles ressentent et les maladies qu'elles développent. Cela permet d'avoir une banque de données extrêmement vaste. Cette équipe danoise vient de sortir une étude sur le lien entre contraception orale et risque de suicide et de tentative de suicide.¹⁸

Les patientes sélectionnées n'avaient pas à la base de problèmes psychiatriques et ne prenaient pas d'antidépresseurs. Elles devaient être âgées de 15 ans ou avoir 15 ans au début de l'étude. Les patientes ont été interrogées sur une longue période entre 1996 et 2013. Plus ou moins 500.000 femmes ont été enrôlées durant une moyenne de 8 ans et elles avaient 21 ans en moyenne. Le risque relatif en termes de tentatives de suicide est de 1.9 et le risque relatif de suicide est multiplié par 3. Ils ont pu déterminer que 15 ans est l'âge le plus à risque et que le risqué est le plus élevé après deux mois de prise de pilules. L'équipe conclut que l'utilisation de la pilule est positivement corrélée à des chiffres plus élevés de risque de suicide.

Ils ont fait une distinction entre la prise courante et assez longue et la prise récente de pilule. Ils ont également établi une corrélation avec les données sociologiques des patientes comme par exemple leur niveau de formation scolaire, de l'école primaire à l'école secondaire. Ils ont aussi inclus le syndrome des ovaires micropolykystiques car c'est un syndrome qui peut provoquer un climat androgénique un peu plus élevé, donc un climat hormonal de base modifié. Ils ont aussi inclus l'endométriose qui est une pathologie qui donne des douleurs pelviennes chroniques très difficiles qui peuvent également avoir un impact sur le moral des femmes.

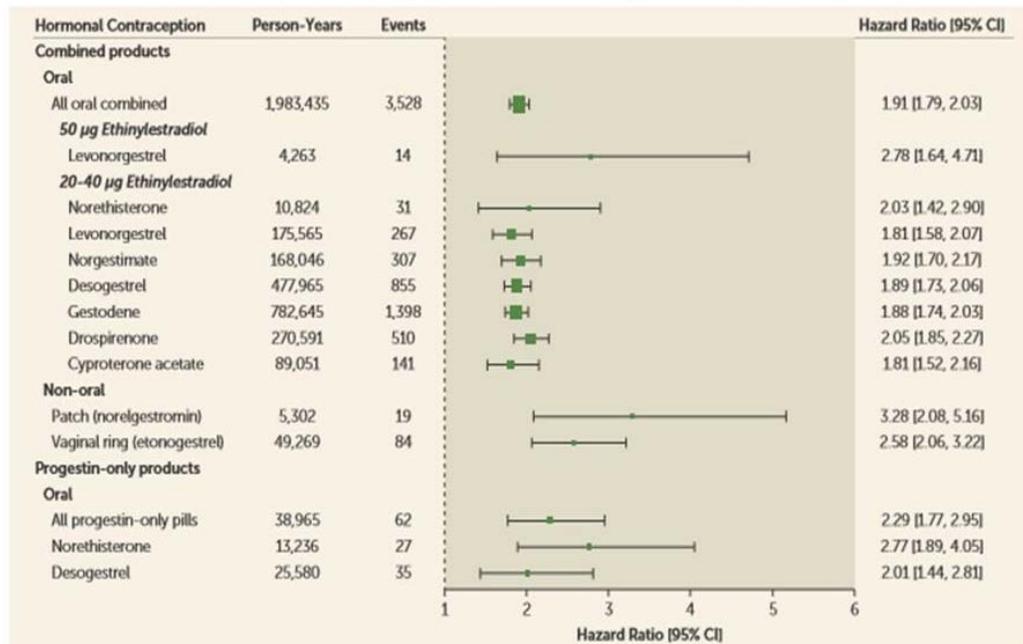
Finalement, le risque relatif de voir un premier essai de tentative de suicide est le plus élevé chez les patientes de 15 à 19 ans prenant un contraceptif oral.



¹⁸ LIDEGAARD Ø. et al. Association of Hormonal Contraception with Suicide Attempts and Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 2017, vol.175, n°4, pp.36-342.

Ils ont également tenu compte des types de pilules en fonction du progestatif utilisé et du dosage de l'estrogène avec lequel il est combiné.

FIGURE 4. Relative Risk of a First Suicide Attempt, by Type of Hormonal Contraceptive Currently Used, Compared With Never-Users^a



On voit qu'on s'éloigne du 1 avec des pilules qui sont un peu plus androgéniques et qui auraient tendance à influencer le moral. Le patch et l'anneau vaginal sont situés dans des zones un petit peu plus à risque. Il semble donc que la forme orale n'a pas plus d'impact comme on aurait pu le croire.

En résumé, il semble qu'il y ait un risque majoré de tentative de suicide ou de suicide, particulièrement chez les adolescentes d'une quinzaine d'années, qui prennent une contraception hormonale. La conclusion de l'étude nuance ce fait par l'amélioration notable apportée par la contraception hormonale en cas de syndrome prémenstruel ou dysphorique et de douleurs des règles. Ce qui a un effet aussi sur les troubles de l'humeur liés au cycle menstruel.

En 2012, un article a fait un état des lieux sur la contraception orale et la dépression.¹⁹ En conclusion, ils estiment qu'il s'agit d'une question d'individus et ils reviennent sur l'intérêt de l'individualité de la consultation. Les considérations et l'histoire individuelle des patientes vont être importantes pour que le prescripteur décide de démarrer une contraception orale. Si des signes de dépression ou de changement de d'humeur se manifestent, il ne faut pas les minimiser et vraiment écouter la patiente.

Une autre étude²⁰ a tenté de comprendre ce qui se passait dans le cerveau des patientes qui prenaient des pilules estroprogestatives. Les cerveaux de jumelles ont été testés et certaines

¹⁹ BÖTTCHER B. et al. Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012, vol.286, n°1, pp.231-236.

²⁰ SCHAFFIR J. et al. Combined hormonal contraception and its effects on mood : a critical review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016, vol.21, n°5, pp.347-355.

régions du cerveau avaient une activité différente entre celle qui prenait un contraceptif et celle qui n'en prenait pas. Un lien pouvait aussi être fait avec l'exposition prénatale à la testostérone, si la mère avait eu ou pas au départ des ovaires micro polykystiques et la structure des récepteurs aux androgènes. Il y a peut-être un lien qui expliquerait cette prédisposition individuelle qui fait que chacune ne va pas réagir de la même façon à la prise d'une pilule.

Une étude suédoise²¹ s'est intéressée à la qualité de vie des jeunes femmes démarrant une contraception hormonale. Des questionnaires ont été donnés aux jeunes femmes. Les questions portaient sur leur ressenti au niveau psychologique et émotionnel, au niveau de la santé, au niveau de la douleur liée aux règles ou au niveau du syndrome prémenstruel. La conclusion mentionnait qu'après trois mois de prise d'une contraception orale, essentiellement estroprogestative, parmi les adolescentes, la durée des saignements et l'utilisation des antidouleurs étaient clairement réduites. Donc l'impact sur leur qualité de vie était quand même plutôt positif.

Une étude a été publiée en pédiatrie en 2003 sur le syndrome prémenstruel.²² Les très jeunes filles qui commencent à être réglées peuvent parfois être très pénalisées par les douleurs qu'elles ressentent et l'impact très important sur leur fonctionnement et leur absentéisme scolaire, par exemple. On envisage alors de démarrer une pilule qui va les aider à régulariser leur cycle mais surtout à vivre mieux les quelques jours avant les règles ou au moment des règles. Le syndrome prémenstruel est clairement amélioré par la prise de la pilule ainsi que le syndrome dysphorique, durant lequel de l'irritabilité et une baisse de moral peuvent être ressenties.

La conclusion est assez large. Il n'y a pas de lien établi scientifiquement entre la prise de contraception orale et la survenue d'une dépression, voire de gestes désespérés comme le suicide. Mais une attention particulière doit être portée à la prescription chez les adolescentes et il y a un intérêt à travailler avec les pédiatres sur la médecine de l'adolescence durant laquelle des changements chimiques cérébraux sont en jeu. C'est une période de fragilité. C'est une balance risques / bénéfiques à faire entre l'amélioration des syndromes liés au règles et de nouveaux symptômes psychologiques qui pourraient apparaître. C'est un équilibre à trouver avec les patientes.

²¹ KRISTJANSDOTTIR J. et al. Health-related quality of life in young women starting hormonal contraception : a pilot study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2018, vol.23, n°3, pp.171-178.

²² RAPKIN A.J., MIKACICH J.A. Premenstrual dysphonic disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Paediatrics Drugs*, 2013, vol.15, n°3, pp.191-202.

Echanges avec la salle

Table ronde avec Maxime FASTREZ (M.F.), Aude BELIARD (A.B.), Anne FIRQUET (A.F.)

Question pour A.F. : Dans votre revue de la littérature, avez-vous trouvé des articles sur l'impact de la pilule sur la libido?

A.F. : Peu de choses. Dans les études anglophones, ils parlent essentiellement de "mood", sans lien clair avec la libido. Pourtant, quand les patientes parlent d'humeur, elles nous disent aussi que cela a un impact sur leur libido. Mais est-ce que c'est parce qu'elles ne sont pas bien, qu'elles n'ont pas beaucoup de libido ou est-ce que le fait de prendre la pilule causant une diminution de la testostérone, la libido soit un peu moins développée ?

A.B. : Les jeunes filles commencent souvent leur contraception avant d'avoir eu leur premier rapport sexuel. Elles n'ont jamais connu de sexualité sans pilule et donc n'ont pas de point de comparaison. C'est pour ça aussi que parfois elles se plaignent de sécheresse vaginale et d'une sexualité qui n'est pas aussi débordante que celle des jeunes hommes.

Question pour M.F. : Vous parlez de l'augmentation du risque de cancer du sein lié au Mirena®. Est-ce que c'est valable aussi pour les autres dispositifs intra-utérins hormonaux qui sont moins fortement dosés ?

M.F. : Ce sont des dispositifs qui sont relativement récents, moins de 5 ans, et pour lesquels nous n'avons pas le même recul. On n'a pas de données. On peut uniquement fonctionner par association approximative. J'aurais tendance à les associer, en tout cas jusqu'à ce qu'on ait de nouvelles données avec un recul suffisant. Dans l'étude danoise dont j'ai parlé, l'enrôlement des patientes s'est fait entre 1995 et 2012, donc avant la commercialisation de Jaydess® et Kyleena®. Dans la littérature, on parle de DIU au lévonorgestrel mais on ne précise pas de doses, tout en sachant que dans la plupart des études, c'est le Mirena® qui a été utilisé.

Question pour M.F. : Je voudrais juste rappeler que les DIU faiblement dosés n'ont pas l'indication de protection de l'endomètre. Ils ne peuvent pas être utilisés dans l'indication que vous avez mentionnée par rapport au tamoxifène.

M.F. : C'est effectivement uniquement le Mirena®.

Question pour A. F. : On n'a pas parlé de l'effet du Mirena® et des DIU au lévonorgestrel sur la dépression.

A.F. : En France, un courant de patientes mécontentes du DIU l'ont fait savoir en mentionnant clairement un lien avec un effet sur leur humeur, sur une dépression ou sur un manque de libido. Le Mirena® peut provoquer une humeur dépressive et une baisse de libido. Mais certaines patientes seront plus sensibles que d'autres comme certaines réagiront par des poussées d'acné. On ne peut pas le prédire. Est-ce que certaines patientes doivent être informés qu'il peut y avoir un risque en effet sur leur moral ou sur une chute

de libido éventuelle? C'est difficile. Est-ce qu'on ne provoque pas alors une peur pour ce qui pourrait ne pas du tout arriver? C'est un peu comme lire des effets secondaires d'un médicament. On sait aussi que l'effet sera plus important et donc plus ressenti, pendant les deux trois premiers mois. Il ne faut pas forcément enlever le DIU tout de suite mais expliquer et proposer un rendez-vous deux mois plus tard.

Modérateur : L'étude de Lidegaard montre que ce ne sont pas uniquement les estroprogestatifs qui donnent des symptômes de dépression et qui augmentent le taux de suicide. Ce sont aussi les progestatifs seuls dont le Mirena®. Dans la polémique française, les patientes reprochaient surtout aux médecins de ne pas les avoir écoutées. Je pense que les médecins doivent effectivement être à l'écoute et informer leurs patientes que si elles constatent de tels symptômes, elles ne doivent pas hésiter à consulter à nouveau.

Je ne mets pas du tout en question le fait que certaines femmes se sentent plus déprimées ou moins en forme quand elles prennent la pilule. Mais beaucoup de choses peuvent intervenir dans les changements d'humeur. Méfions-nous aussi des raccourcis faits par ces grandes études de cohortes comme au Danemark. Les Danois ont aussi clairement démontré que le taux de suicide augmente quand la consommation de pommes augmente. En automne, on mange plus de pommes et c'est aussi la période de l'année durant laquelle on se suicide le plus! Il n'y a aucune corrélation entre les deux évidemment.

Sensiplan : ceci n'est pas un moyen de contraception

Frédou BRAUN et Lara LALMAN, Corps écrits Asbl

Corps écrits est une association d'éducation permanente qui traite des questions de genres, familles et sexualités : c'est l'émancipation des femmes qui nous intéresse. On entend souvent des professionnels mais on entend peu la voix des femmes. Nous mettons l'accent sur le choix contraceptif : la meilleure contraception, c'est celle que la femme choisit. Nous avons travaillé cette question du choix et nous avons publié, il y a quelques années, une étude qui reprend des témoignages de femmes, personnels et collectifs. Au-delà des savoirs scientifiques, nous souhaitons mettre en avant un autre savoir basé sur les échanges d'expériences entre femmes. La question des dispositifs d'accompagnement des femmes dans leurs choix contraceptifs pourrait être débattue et envisagée sous une forme, notamment, plus collective dans une perspective émancipatrice.

Se réapproprier son corps est une forme d'émancipation. L'observation du cycle menstruel n'est pas une méthode contraceptive en soi : il s'agit d'abord de savoir comment fonctionne son corps. Cela permet concrètement d'identifier les signes qui influencent la fertilité, de détecter les périodes fertiles et infertiles, de déterminer les cycles réguliers ou non. Lorsqu'on en sait plus sur soi-même, on acquiert un potentiel d'affirmation de soi et de négociation des relations. La connaissance du cycle permet, durant la période fertile, d'éviter les pratiques sexuelles qui mettent en relation le sperme et le vagin, ou d'utiliser des méthodes barrières comme les préservatifs, le diaphragme ou la cape cervicale.

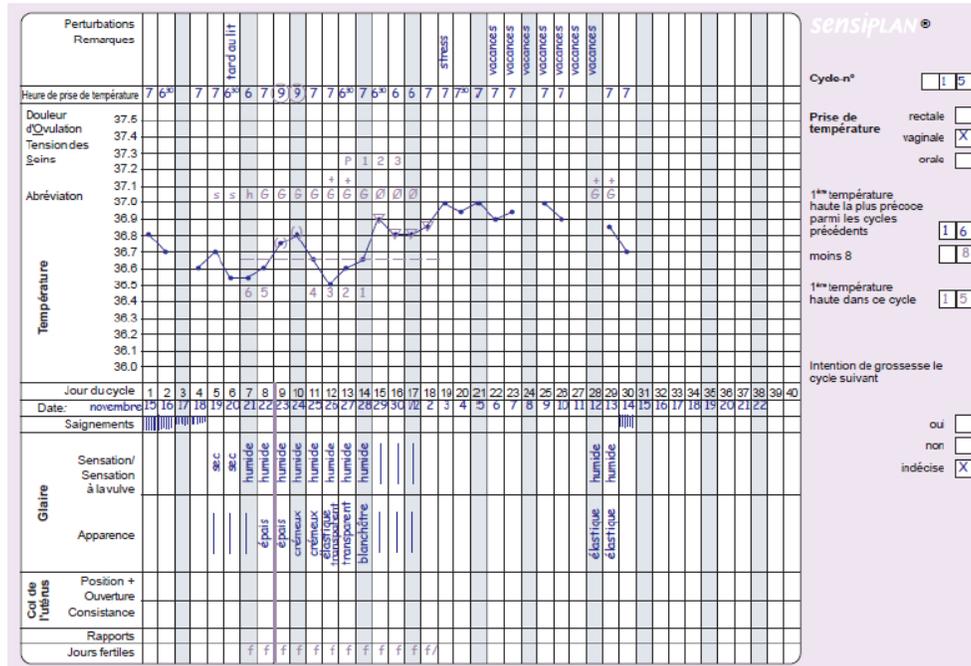
Le planning familial « naturel » a connu plusieurs méthodes au cours du 20^e siècle avec une efficacité relative : Billings, Ogino, températures. En les combinant, la fiabilité augmente grâce au double contrôle en début et en fin de phase fertile. Il existe plusieurs noms pour cette méthode combinée, mise au point par des universités en Angleterre et en Allemagne : la méthode des indices combinés, la symptothermie, le Sensiplan®.

En Belgique, la méthode Sensiplan® est enseignée par l'Asbl Planning Familial Naturel²³. L'OMS considère que les méthodes sympto-thermiques sont efficaces à 98%. Sensiplan® est une méthode spécifique qui a été mise au point pour la rendre la plus efficace possible, en se basant sur un double contrôle pour détecter le début et la fin de la phase fertile : les modifications de la glaire cervicale ou du col de l'utérus, l'augmentation de la température basale après l'ovulation.

Glaire et col utérin se modifient jour après jour et il faut une observation assez fine pour détecter ces modifications. Au début, cela peut prendre du temps alors qu'après quelques années de pratique, cela peut devenir une seconde nature. La température basale est prise avec un thermomètre qui indique deux chiffres après la virgule. La réalité physiologique est le problème principal. Aucune femme n'a les mêmes cycles qu'une autre et chez une même femme, les cycles ne sont pas forcément réguliers et peuvent être très variables.

²³ <https://symptothermie.info/>

La méthode Sensiplan® propose l'enregistrement de ses données personnelles sur un graphique standardisé. Il est utilisé pour faciliter l'enregistrement quotidien des différents symptômes, de l'heure de la prise de température et des perturbations.



Le graphique permet d'être très précise sur ce qui est noté. Lorsque le tableau est rempli, on voit assez rapidement les différences au niveau de la sensation de la glaire. Cela a l'air très abstrait mais c'est en fait très concret. Quelle femme sait à quoi sert la glaire cervicale et à quoi elle ressemble? Cela fait aussi partie d'une expérience, d'un processus. Certains signes identifient le début et la fin de la période fertile : quantité et apparence de la glaire, variations de température.

Pour apprendre la méthode, trois ou quatre séances de formation de deux heures, avec une formatrice certifiée, sont nécessaires. Ce sont aussi quelques minutes par jour pour observer et noter. L'idéal est de commencer au début du cycle et de terminer l'observation à la fin de la phase fertile. Les formatrices ou formateurs ont 50h de cours de formation sur une année puis un stage, un accompagnement bénévole de trois couples ou de trois femmes et une formation continue annuelle.

Cet apprentissage avec des personnes spécifiquement formées fait partie des contraintes de la méthode. Ainsi que d'éviter l'accès du sperme au vagin en période fertile et de tenir compte des potentielles perturbations du cycle. Tout cela fait partie d'une autre manière, finalement, de voir le cycle et la sexualité. C'est un changement de paradigme. La question se pose plus sur ce changement que sur l'efficacité. Cela demande d'être à l'aise avec son corps et beaucoup de motivation dans l'état actuel de la société.

Les avantages sont nombreux. La méthode :

Est économique,
N'a pas d'effets secondaires,
Est écologique et réversible,
Permet de se connaître et de connaître l'intimité de son corps,
De se réapproprier son corps,
Permet d'être autonome et est personnalisable et adaptable à chaque femme,
N'affecte pas la libido,
Permet une responsabilité partagée dans le couple s'il y a un couple,
Permet une certaine conscience et une certaine communication avec son partenaire.

Quels sont les enjeux pour les centres de planning familial ?

La méthode est utilisée principalement par des femmes d'un certain niveau d'éducation car elles vont davantage chercher l'information. Ce niveau d'éducation n'est pas forcément lié à un certain niveau socio-économique. Parfois, ce sont aussi des raisons économiques qui poussent les femmes à se tourner vers ce genre de méthode. L'information n'est pas facilement accessible pour les personnes qui pourraient être en demande et encore moins pour celles qui ne savent pas que cela existe. Sans doute est-ce une méthode difficile à appliquer pour certaines femmes à certaines périodes de vie. Mais c'est certainement à elles de le dire et pour ça, il faut qu'elles soient informées.

Peu de jeunes aujourd'hui reçoivent des informations sur le fonctionnement de leur corps et le cycle menstruel. Il faudrait intégrer de manière généralisée, dans l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, une co-construction de savoirs sur la physiologie, l'anatomie et travailler la notion de dégoût par rapport au corps et à ses fluides. Cette connaissance va augmenter leur autonomie, y compris par rapport à leurs choix contraceptifs, même si ce choix est celui d'une contraception hormonale.

Echanges avec la salle

Est-ce que Sensiplan® est une structure privée ou publique? Quelle est le prix de la formation pour la femme et est-ce pris en charge par la sécurité sociale?

Une représentante de Sensiplan® répond que les tarifs ne sont pas uniques : chaque formatrice détermine ses prix selon son statut juridique. A Bruxelles, c'est à peu près 200€ pour 4 sessions de 2 heures. Ce n'est pas remboursé par l'INAMI pour l'instant. Le prix peut être réduit s'il s'agit d'une formation de groupe. La formation des professionnels se déroule sur 5 week-ends et coûte 650€ à Bruxelles.

Je suis étonnée que des femmes choisissent Sensiplan® pour des raisons économiques. Même si c'est un investissement à long terme, beaucoup de personnes qui viennent en centre de planning familial ne pourraient pas payer cette somme.

Certaines formatrices demandent un prix libre. Les sages-femmes proposent aussi des formations, partiellement remboursées. Beaucoup de femmes se mettent aussi à la méthode sans passer par une formatrice et trouvent les informations par elles-mêmes, via des amies ou internet. Un atelier a aussi été régulièrement organisé par l'Asbl Femmes & Santé à prix libre. Il y a une alternative pour les autodidactes : un Manuel *Naturel et fiable* est disponible à l'achat pour 19€.

Quel est le rôle de l'homme dans cette pratique et dans les formations?

Les formations peuvent être données à des couples, ou même de couples à couples, s'il s'agit d'un couple de formateurs. Dans la vie quotidienne, la communication est partagée. Je connais un couple dont c'est l'homme qui note et remplit le graphique. Tout est possible. C'est une question de créativité et la responsabilité peut être un peu plus partagée qu'avec d'autres méthodes.

Beaucoup de jeunes femmes ont envie de commencer l'observation de leur cycle en dehors d'une relation de couple et d'une vie sexuelle active, pour avoir le temps d'appréhender la méthode et ne pas avoir de pression dans le cadre d'une relation sexuelle. Des femmes multi partenaires peuvent aussi l'utiliser puisque c'est elles qui maîtrisent leurs cycles. Sans parler des IST évidemment pour lesquels il y a toujours les préservatifs.

Je veux témoigner qu'il n'est pas nécessaire d'être à l'aise avec son corps avant de commencer. Même si les jeunes filles peuvent être mal à l'aise avec le fait de manipuler leur sexe. Elles deviennent à l'aise avec leur corps en utilisant la méthode. Le fait qu'elles se connaissent apportent un plus à leur sexualité, à leur santé.

Je suis gynécologue et 10 à 15% de la population féminine a des cycles dysovulatoires. Elles n'ont pas de cycles réguliers et parfois des périodes d'aménorrhée de 2-3-4-6 mois, voire une aménorrhée complète. Cela représente 1 femme sur 6 dans la population. Est-ce que vous conseillez cette méthode dans ces cas ?

Oui. Parce que toutes les observations en tiendront compte. Cela peut être embêtant quand une femme attend plusieurs mois que son cycle revienne, mais elle doit se considérer comme fertile pendant cette période-là.

Je pense qu'il est intéressant de pouvoir penser à intégrer cette méthode dans les centres de planning familial, dans le cadre d'une consultation mais peut-être aussi sous d'autres formes et de manière plus collective au sein même du centre. C'est aussi l'échange entre femmes, le fait de pouvoir parler de ce qu'on vit et comment, avant et pendant les règles, etc. et de pouvoir diversifier le discours. C'est aussi une manière de prendre soin de sa santé.

Contraception non-hormonale : Quelles alternatives à la « sacro-sainte » pilule ?

LES CONTRACTIONS NON-HORMONALES

Charlotte ROUSSEAU, CHU Saint-Pierre

En 2017, une enquête réalisée par Solidararis²⁴, en partenariat avec la Fédération des Centres de Planning Familial FPS, porte sur l'interrogation de 4.100 personnes sur leurs habitudes contraceptives. Une autre enquête réalisée en France en 2014²⁵, a porté sur le même sujet et sur l'impact des affaires médiatiques concernant la pilule. La majorité des femmes a une contraception en Belgique et utilise une méthode estroprogestative. Néanmoins, on voit des changements qui s'opèrent. L'enquête Solidararis avait déjà interrogé 800 femmes en 2010. Entre les deux enquêtes, il y a de plus en plus de changements de marques de pilules, voire de types de contraception. C'est pareil en France. La moitié de la population avait une contraception estroprogestative en 2010 et depuis 2013, ces chiffres ont baissé.

La problématique thrombo-embolique a joué un rôle et aussi un problème de peur de grossir, d'avoir de gros seins. Les priorités des patientes dans une attitude contre la contraception hormonale ne sont pas toujours celles qu'on imagine. La meilleure connaissance des différentes méthodes qui existent expliquent aussi la diversification des méthodes utilisées ainsi que le changement dans l'attitude des médecins. Les raisons du changement de méthode pour adopter le DIU (au cuivre et hormonal) sont le conseil du médecin, le fait que ce soit moins contraignant ou encore parce que la méthode respecte mieux le cycle féminin naturel. En ce qui concerne le préservatif masculin, la raison principale invoquée est que c'est moins nocif pour la santé.

Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIUcu)

Le plus courant est en forme de T mais il existe aussi le Gynefix[®] et le IUB[®] avec des billes de cuivre qui est le plus récent. Le DIU produit une inflammation de l'endomètre et altère les spermatozoïdes. Il empêche la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovocyte. S'il y a rencontre, il empêche l'implantation. Des réticences sont encore liées aujourd'hui à l'aspect abortif du DIU mais c'est d'abord une méthode contraceptive.

L'indice de Pearl est de 0.6-0.8%, soit moins d'une grossesse pour 100 utilisatrices. Le prix varie entre 50 et 140€ et est à priori entièrement remboursé par les mutualités pour les moins de 21 ans.

Les avantages du DIU sont surtout sa longue durée, son faible coût, son efficacité et l'absence de contrainte quotidienne. On parle aussi d'une réduction du risque de cancer du

²⁴ Institut SOLIDARIS. Grande enquête Contraception. 2017. <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>

²⁵ BAJOS N. et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, mai 2014, n°211.

col et de l'ovaire.²⁶ Le fait d'être une jeune fille nullipare n'est absolument pas une contre-indication bien que beaucoup de médecins et de gynécologues le croient encore.

Les inconvénients sont surtout la douleur à la pose, mais l'insertion est rapide, et le risque de règles plus abondantes. Il y a quelques contre-indications plus ou moins relatives. On peut le placer dans les 48h après l'accouchement ou après 4 à 6 semaines mais entre les deux, il y a une augmentation du risque de perforation ou que le DIU se place moins bien. Le fait d'avoir une inflammation infectieuse du col au moment de l'insertion peut augmenter le risque d'inflammation infectieuse du ventre. Par contre, le fait d'en avoir eu une par le passé n'est pas une contre-indication. La tuberculose abdominale est une contre-indication absolue ainsi que le stade avancé ou non-traité d'infection par VIH.

Le fait d'être anémique n'est pas une contre-indication selon l'OMS malgré le risque de règles plus abondantes. Cela vaut sans doute la peine de quand même se poser la question pour des patientes qui ont des chutes importantes d'hémoglobine à cause de leurs règles.

L'insertion, en fonction des marques, se fait toujours plus ou moins de la même façon. En position gynécologique, avec un spéculum, on mesure la cavité utérine et on règle le tube d'insertion du DIU pour l'introduire dans l'utérus.

Le Gynefix[®] est moins connu. Il s'agit d'un fil en polypropène muni de 6 manchons de cuivre qui se fixe directement dans le muscle utérin. Il y a moins d'expulsion et cela peut être proposé à des patientes qui veulent cette méthode mais qui ont déjà eu des expulsions avec d'autres types de DIU. L'OMS le conseille aussi pour les femmes qui ont un utérus où il y a deux espaces de cavité et d'en mettre un dans chaque espace. L'efficacité est la même que pour les autres DIU au cuivre mais il un peu plus cher (129€).

L'IUB[®] (Intra-Uterine Balls[®]) est la nouvelle génération de DIU. Il s'agit d'un fil en alliage à mémoire de forme sur lequel sont insérées des boules de cuivre. L'avantage théorique est qu'il s'adapte mieux à la cavité utérine et devrait diminuer le rejet et la douleur pendant les règles. Il faut rester prudent. Il n'y a que deux études actuellement, dont l'une a été faite par la firme qui a commercialisé ce DIU et qui est évidemment très positive. La deuxième étude réalisée sur 51 personnes, montre qu'il y a rejet chez 16 patientes sur 51, soit plus de 30%. Il y a aussi des arrêts spontanés parce que les femmes le trouvent trop douloureux.²⁷ Il coûte 140€.

²⁶ **CASTELSAGUE X. et al.** Intrauterine device use, cervical infection with huma papillomavirus, and risk of cervical cancer : a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *The Lancet Oncology*, 2011, vol.12, n°11, pp.1023-1031.

CORTESSIS V.K. et al. Intrauterine device use and cervical cancer, a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 2017, vol.130, n°6, pp.1226-1236.

²⁷ **BARAM I., WEINSTEIN A., TRUSSELL J.** The IUB, a newly invented DIU : a brief report. *Contraception*, 2014, vol.14, n°2, pp.139-141.

WIEBE E., TRUSSELL J. Discontinuation rates and acceptability during 1 year of unusing intrauterin ball (the SCu380A). *Contraception*, 2016, vol.93, n°4, pp.364-366.

Le préservatif masculin

Les préservatifs masculins sont en latex mais il en existe d'autres pour les personnes allergiques. Ils ne s'utilisent pas avec n'importe quel lubrifiant et évidemment, c'est le seul moyen de contraception qui protègent des IST. L'indice de Pearl se situe entre 2 et 13 en fonction de l'utilisation systématique ou non. Il est gratuit en centre de planning familial, sinon il coûte entre 0,20€ et 1€ l'unité et très disponible. Son principal avantage est d'être efficace contre les IST. Il est aussi disponible sans ordonnance ou avis médical.

Dans les inconvénients, le fait qu'il se déchire ou qu'il glisse est le plus courant. Il faut conseiller une contraception d'urgence, voire une prophylaxie contre les IST, aux personnes qui utilisent les préservatifs en cas de mauvaise utilisation. Certains traitements antifongiques et les traitements de mycoses vaginales peuvent endommager le préservatif.²⁸

Le préservatif féminin

Le préservatif féminin est le plus souvent en polyuréthane ou en nitrile, donc moins allergisant dans la majorité des cas. L'avantage est qu'il peut se mettre avant le rapport sexuel mais il est plus compliqué à placer. Il faut veiller à ce qu'il soit bien inséré dans le vagin. On peut le garder jusqu'au moment du rapport sexuel. Il protège également contre les IST. L'indice de Pearl se situe entre 5 et 21% selon l'utilisation systématique ou non. Il est beaucoup plus cher que le préservatif masculin, plus ou moins 12€ pour 3 pièces et il est disponible en pharmacie.

Les principaux avantages, outre sa protection contre les IST, sont qu'il peut être mis avant le rapport sexuel et qu'il n'enserme pas le pénis. Il est aussi peu allergisant mais il reste cher. La mise en place n'est pas toujours facile, il y a moins de rupture qu'avec le préservatif masculin mais il y a aussi parfois l'introduction du pénis à côté du préservatif.

Les spermicides

Ils sont surtout utilisés avec la cape et le diaphragme. Ce sont des substances sous formes d'ovules ou de gels, que l'on insère profondément dans le vagin tout près du col utérin. Le plus courant est le monoxynol-9. Il faut en mettre à chaque rapport, entre 10 minutes et 1 heure maximum avant. Les spermicides affectent la membrane des spermatozoïdes. On ne peut prendre une douche que 6 heures après le rapport sexuel. L'indice de Pearl se situe entre 16 et 21% toujours en fonction de l'usage systématique ou non. Ils coûtent entre 6 et 10€ et sont disponibles en pharmacie.

L'OMS a mis en garde contre le monoxynol-9 qui pourrait causer une augmentation du risque d'IST. En effet, il provoque des irritations, voire des lésions, vaginales. Jusqu'à 1 femme sur 2 qui l'utilise deux fois par jour a des lésions vaginales, ce qui ouvre la porte à

²⁸ **HOLLANDER D.** Failure Rates of Male and Female Condoms fall with use. *International Family Planning Perspectives*, 2005, vol.31, n°2, pp.94-95.

HENSEL D.J. et al. A daily diary analysis of condom breakage and slippage during vaginal sex or anal sex among adolescent women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2016, vol.43, n°9, pp.531-536.

différents germes. Il faut éviter cette méthode notamment chez des patientes à haut risque de contracter des IST.

Le diaphragme

C'est une membrane en silicone, plastique ou latex, que l'on insère profondément dans le vagin. La cavité est remplie de spermicides et est placée en regard du col utérin. On peut aussi l'insérer avant le rapport sexuel et le retirer maximum 6 heures après le rapport. Il n'est pas efficace contre les IST, il peut même augmenter le risque s'il est utilisé avec un spermicide. L'indice de Pearl est de 16 à 17%. Il coûte 34€ mais il est réutilisable après avoir été lavé et séché. On peut le commander en pharmacie.

L'avantage est de pouvoir le placer avant le rapport sexuel. Le partenaire ne le sent pas et il est réutilisable. L'inconvénient est qu'il faut un examen gynécologique au préalable. Il faut connaître la taille du col utérin pour avoir la bonne taille de diaphragme. La descente d'organes est une contre-indication ainsi que les 6 premières semaines de post-partum où le col est beaucoup plus ouvert.

La cape cervicale

C'est une cupule en silicone qui épouse tout le col utérin. On peut également la placer jusqu'à 42h avant le rapport et on peut le retirer jusqu'à 48h après. Il y a deux tailles sur le marché, de 28 et 30mm. Il est aussi souvent utilisé avec un spermicide que l'on met dans la cavité. L'indice de Pearl chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant est de 9 à 16% et de 26 à 32% pour celles qui en ont eu. Le prix est de +/- 62€ mais elle est réutilisable. On peut la commander en pharmacie.

L'insertion avant le rapport peut être un avantage. Par contre, il y a vraiment une courbe d'apprentissage pour la façon de mettre la cape. L'efficacité ne se verra qu'après plusieurs utilisations. Elle est chère aussi et le port prolongé peut provoquer des irritations, des odeurs, voire un syndrome de choc toxique. Elle est contre-indiquée pendant les règles et dans les 6 premières semaines de post-partum.

Le retrait ou coït interrompu

Certaines personnes considèrent que c'est une méthode qui fonctionne. L'OMS n'est pas de cet avis mais précise que c'est mieux que rien! Que le pré-éjaculat contienne ou non des spermatozoïdes, nous avons tous eu en consultation des patientes enceintes qui pratiquent cette méthode. Cela nécessite un contrôle très important de l'homme. La méthode demande un certain apprentissage et deviendra plus efficace après plusieurs essais.

L'allaitement maternel

C'est une méthode contraceptive en soi qui est très utilisée dans les pays en voie de développement pour l'espacement des naissances. La prolactine sécrétée lors de la lactation met les ovaires au repos. Cela fonctionne très bien au début. Néanmoins, après 5 semaines,

50% des patientes qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif, présentent déjà des cycles ovulatoires.²⁹

On ne peut pas se permettre de garder cette méthode seule chez les patientes qui n'ont pas désir de grossesse directement. La tendance est de donner des pilules progestatives. En dehors du risque thrombo-embolique, il n'y a pas de contre-indication pour les pilules estroprogestatives. Les méthodes barrières sont limitées. Les spermicides peuvent se retrouver dans le lait maternel selon certaines études. Le DIU doit être mis dans les 48h après l'accouchement ou après 4 semaines de post-partum. La cape et le diaphragme sont contre-indiqués dans les 6 premières semaines de post-partum. Il reste donc surtout le préservatif.

L'efficacité des méthodes non-hormonales

L'OMS publie un tableau reprenant les indices de Pearl pour chaque méthode de contraception. Selon les indices de Pearl, toutes les méthodes hormonales et le DIU au cuivre sont les plus efficaces. Pour les méthodes non-hormonales, l'efficacité varie d'efficace à très peu efficace.

Conclusion

Effectivement, il y a un changement dans le recours aux méthodes de contraception, notamment à cause de peurs et de réticences véhiculées par les médias et par les proches. Il faut discuter avec la patiente quelles sont ses peurs et ses craintes, quelle est leur origine. Ce n'est pas toujours justifié et c'est toujours discutable.

En termes d'efficacité, c'est le DIU au cuivre qui est la seule méthode considérée par l'OMS comme vraiment efficace.³⁰

On dit toujours que la meilleure contraception est celle que la femme choisit mais il faut vraiment que la consultation soit dédiée entièrement à la contraception. Les contre-indications médicales des différentes méthodes doivent être examinées et évaluées avec la patiente. La priorité est de trouver la méthode la plus efficace possible pour la patiente.

²⁹ GGOLBF. *Guide du post-partum*. 2013

³⁰ WHO. *Family Planning, a global handbook for providers*. 2018.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>

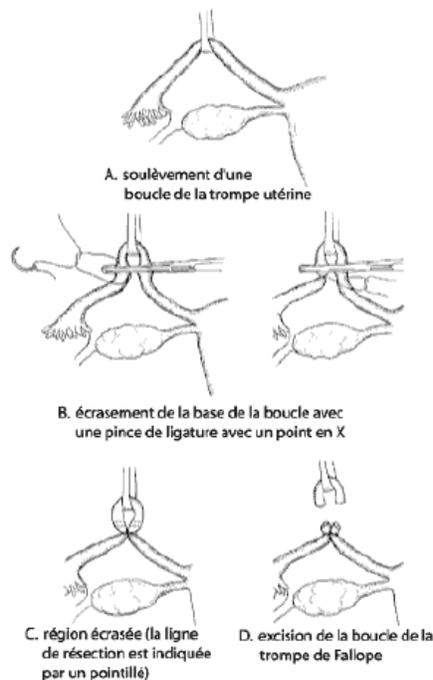
LES MÉTHODES PERMANENTES

Daniel MURILLO, CHU Saint-Pierre

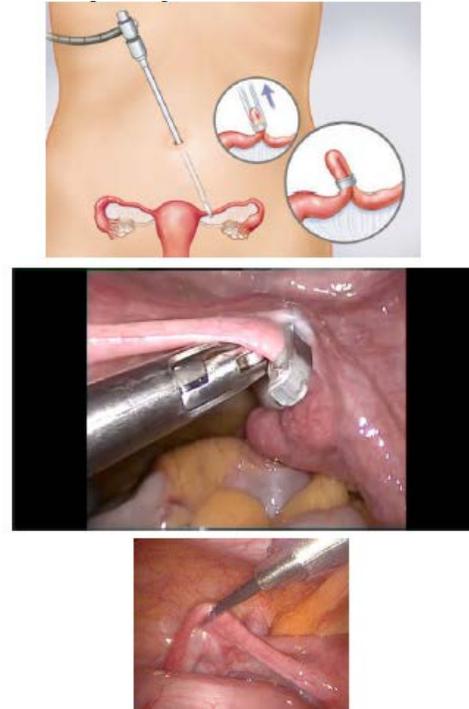
La contraception permanente féminine

La ligature tubaire est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions endocrines et sexuelles. Elle est permanente. Le principe chez la femme est d'interrompre la continuité des trompes de Fallope pour que les gamètes ne se rencontrent plus.

La technique de Pommeroy est la plus utilisée mais il en existe d'autres qui varient dans la manière de couper et de recourber le moignon de la trompe mais ce sont des détails techniques. La ligature tubaire peut être faite sous anesthésie péridurale ou rachidienne ou encore par anesthésie générale, pour les patientes obèses par exemple. L'abord se fait soit par mini laparotomie sous-ombilicale ou par césarienne. La voie vaginale est possible bien que peu usitée. L'objectif est de retirer la trompe, d'en faire une petite boucle, de faire quelques petits noeuds et de couper la boucle.



L'abord laparoscopique en per ou post-partum, mais aussi à n'importe quel autre moment, nécessite une anesthésie générale. Différentes techniques ont été essayées. Les premières datent d'il y a +/- 50 ans. Les anneaux de Yoon, par exemple, qui ont été abandonnés progressivement à cause d'une efficacité moindre. Actuellement, la technique des clips de Filshie et des clips Hulka est la plus utilisée. L'électrocoagulation a été utilisée aussi mais son taux de succès était un peu moins bon et la technique tend donc à être abandonnée.



L'efficacité est de moins d'une grossesse pour 100 femmes au cours de la première année suivant la stérilisation. A plus de 10 ans d'utilisation, on a environ 2 grossesses pour 100 femmes.³¹

Les avantages : pas de grossesse, protection contre les inflammations pelviennes, protection contre le cancer ovarien, réduit le risque de grossesse extra-utérine. Les complications sont peu fréquentes mais peuvent être sérieuses et sont liées essentiellement à la technique de la laparoscopie et de l'anesthésie (infections, abcès, ...). Si la femme a des regrets, une réversibilité existe, la re-perméabilisation, mais qui est difficile et avec des résultats relativement moyens.³²

La stérilisation hystéroscopique Essure a été développée dans les années 2000 en France. La procédure de stérilisation tubaire par voie vaginale permettait de placer des implants dans les cornes utérines. Les implants provoquaient une croissance tissulaire cicatricielle qui bloquait les trompes. Une polémique s'est développée sur cette technique qui a été associée

³¹ WHO. Family Planning, a global handbook for providers. 2018.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>

³² MAO J. et al. Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study. *The British Medical Journal*, 2015, n°351:h6282.

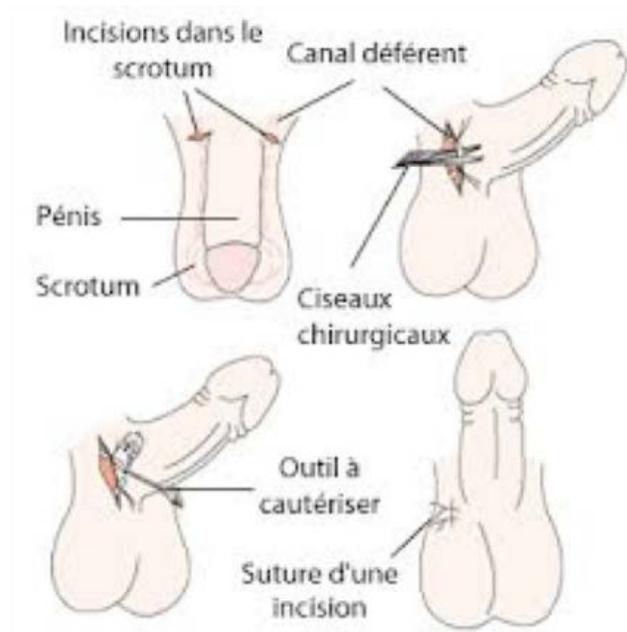
en France à un nombre incalculables d'effets secondaires. La firme Bayer a arrêté la commercialisation récemment. La technique n'existe donc plus aujourd'hui.³³

Certains préjugés et certaines croyances existent sur la contraception féminine permanente. Mais non, cela

- ne rend pas les femmes plus faibles;
- ne provoque pas de douleurs durables dans le dos, l'utérus ou l'abdomen;
- ne provoque pas de déséquilibre hormonal;
- ne provoque pas de saignements plus abondants ou plus irréguliers;
- ne change pas les cycles menstruels;
- ne provoque aucun changement de poids, d'appétit ou d'apparence;
- ne change pas le comportement sexuel des femmes ou la libido;
- ne provoque pas de grossesse extra-utérine, au contraire elle en réduit le risque.

La contraception permanente masculine

La vasectomie est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions endocrines et sexuelles.



La méthode vise à sectionner ou bloquer chirurgicalement les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes du testicule à la prostate.

C'est une intervention qui se fait facilement sous anesthésie locale par une petite incision qui permet d'extérioriser le canal déférent à la base du scrotum. On y effectue une section, une ligature, on réinsère et on recoud au niveau de la peau. Cela demande 10 à 15 minutes par côté.

³³ OUZOUNELLY M., REAVEN N.L. Essure Hysteroscopic Sterilization Versus Interval Laparoscopic Bilateral Tubal Ligation : A comparative effectiveness review. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2015, vol.22, n°3, pp.342-352.

Les avantages : anesthésie locale, peu d'effets secondaires, complications minimales, pas d'hospitalisation. L'inconvénient essentiel est que l'efficacité est différée. Il faut attendre +/- 25 éjaculations pour que l'azoospermie s'installe puisque les vésicules séminales renferment une grande partie aussi de spermatozoïdes et doivent donc être "rincées" par une activité sexuelle régulière.

L'indice de Pearl est inférieur à 0.2%. Parmi les partenaires des hommes qui ont une vasectomie, moins de 2 femmes sur 1.000 seront enceintes au cours de la première année d'utilisation de la méthode.

Certains préjugés et certaines croyances existent aussi sur la contraception masculine permanente.

Mais non, cela

- n'est pas une castration;
- ne provoque pas de changement de volume éjaculatoire;
- ne change pas le comportement sexuel ou la libido;
- ne provoque pas de déséquilibre hormonal;
- ne provoque aucun changement de poids, d'appétit ou d'apparence.

A peu près 5 à 6 % des hommes âgés de 15 à 44 ans aux USA (500.000/an) subissent une vasectomie. Avec d'énormes variations géographiques dans les différents pays. Tout cela est très culturel. C'est la quatrième méthode utilisée au monde après les préservatifs, les contraceptifs oraux et la ligature des trompes.

En Belgique, sur 10 ans, les hommes se font plus stériliser que les femmes. Sur le schéma ci-dessous³⁴, vous voyez clairement qu'il y a plus de vasectomies que de ligatures tubaires. Sur 10 ans, on voit une diminution des ligatures et une augmentation des vasectomies. Mais dans notre pays, 80% des vasectomies se font en Flandre, très peu en Wallonie et à Bruxelles. Il y a un gradient qui est culturel.



³⁴ INAMI, 2018

Les Long Acting Reversible Contraceptif (LARC)

Des nouvelles possibilités de contraception non permanente à long terme sont étudiées pour l'instant. Il s'agit des polymères intra-déférentiels, du slip chauffant et de l'inhibition non hormonale de la mobilité spermatique.

L'inhibition non hormonale de la mobilité spermatique

Sur la surface des spermatozoïdes, un récepteur, l'epididymal protease inhibitor (EPPIN) est inhibé par une autre molécule. Dans les études animales, il montre une diminution extrêmement importante et à moyen terme de la mobilité des spermatozoïdes. Aucune étude humaine n'est actuellement en cours à ce sujet.

Les polymères intra-déférentiels

En Inde, un ingénieur a, depuis 1993, mis au point le concept de polymère intra-déférentiel et a publié énormément sur le sujet. Depuis 25 ans, il essaye, malheureusement sans succès, d'avoir une homologation pour l'utiliser à grande échelle dans son pays. C'est l'injection intra-déférentielle d'un polymère semi-perméable qui empêche le mouvement des spermatozoïdes mais laisse passer les fluides dans le canal déférent. La méthode est réversible. Les brevets ont été achetés aux Etats-Unis mais les grandes firmes pharmaceutiques ne sont pas vraiment intéressées par ce genre de techniques. Il y a un frein culturel et institutionnel qui empêche de développer des méthodes de contraception réversibles pour l'homme. La Fondation Parsemus essaye de mettre au point la même technique qu'en Inde aux Etats-Unis.³⁵

Comme pour la vasectomie, on fait une petite incision au niveau du scrotum pour aller chercher le canal déférent et l'extérioriser. Avec une petite aiguille, on injecte un copolymère qui va jouer le rôle de bouchon semi-perméable. Il peut rester pendant plusieurs années. Sur les études animales qui ont été faites, pendant 1 à 2 ans, il n'y a eu aucune grossesse constatée. Sur les études indiennes, des hommes ont ce bouchon polymérique depuis une dizaine d'années sans aucune grossesse constatée. Lorsque l'homme souhaite redevenir fertile, on peut faire une deuxième injection selon la même méthode, pour dissoudre le polymère et permettre une re-perméabilisation du canal déférent.

Une équipe danoise est en train de développer le Vas De Block qui est fondé sur le même principe. Ce sont de tous petits dispositifs qui sont placés en intra-déférentiel. La technique serait d'effectuer le placement en trans-urétral sous anesthésie locale. Les premiers essais en étude humaine vont débiter en 2020.

Toujours sur la même base, une start-up américaine développe un gel semi-perméable intra-déférentiel, le Vasalgel, mais qui serait injecté par voie percutanée. Il n'y aura plus d'externalisation du canal déférent et cela pourra être réalisé sous contrôle échographique. Le solvant sera également disponible pour dissoudre le gel le cas échéant.

³⁵ Parsemus Foundation. <https://www.parsemus.org/>

Contraline, une autre start-up américaine, en Virginie, qui développe un produit similaire, compte commencer ses essais cliniques sur l'homme en 2019.³⁶

Le slip chauffant

Le principe est simplement basé sur la température. Pour la spermatogénèse, il faut que les testicules soient dans les bourses à 2 degrés en dessous de la température centrale. Si on remonte les testicules, on le remarque dans les cas de cryptorchidie (testicules inguinaux), la spermatogénèse est tout à fait altérée. C'est le principe du slip chauffant, avec un système qui fait que les testicules sortent du scrotum et se placent dans les creux inguinaux. Il faut le porter entre 8 et 15 heures par jour.

Des études faites sur des petites séries montrent un effet considérable sur la spermatogénèse et donc une diminution de la fertilité.³⁷ A long terme, l'efficacité contraceptive n'a pas été prouvée et les études attendent. En France, le Dr Roger Mieusset qui travaille sur cette technique n'a pas encore été approuvé par la Haute Autorité française et manque de fonds pour pouvoir développer ce genre de contraceptif.³⁸

Le rôle de l'homme dans la contraception

Le préservatif, le retrait et la vasectomie sont les seules méthodes disponibles pour les hommes. Il est temps que cela change. Nous attendons depuis de nombreuses années, la pilule pour homme. Mais elle ne vient jamais. Donc, on attend beaucoup de ces nouvelles LARC.

La vasectomie est peu onéreuse et peu dangereuse, pourtant elle est beaucoup moins usitée que la ligature tubaire au niveau mondial, même si c'est un peu différent en Belgique.

Le fardeau de la contraception est en grande majorité assumé par les femmes. Cela représente un gros problème de santé puisqu'il y a 85 millions de grossesses non désirées par an dans le monde qui se terminent par à peu près 48 millions d'avortements.

Pourquoi les hommes sont-ils absents? Un travail très intéressant de Laurence Stevelinckx a été présenté dans le cadre de son mémoire en études de genre.³⁹ Ce travail pointe les freins au développement de la contraception masculine.

³⁶ <http://www.contraline.com/>

³⁷ MIEUSSET R., BUJAN L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. *International Journal of Andrology*, 1994, vol.17, n°4, pp.186-191.
MIEUSSET R. et al. Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 1987, vol.47, n°1, pp.150-155.

³⁸ <https://www.slip-chauffant.fr/slipo-chauffant/>

³⁹ STEVELINCK L. *Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée. L'exemple de Thomas Bouloù*. UCL-Faculté de Philosophie, Arts et Lettres, 2018.
<https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A16009>

En premier lieu, il y a des freins techniques. En 1972, l'OMS avait ouvert un programme de régulation de la fertilité masculine mais il été stoppé 7 ans plus tard par manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique, des médecins, des hommes et des attitudes négatives des décideurs politiques ou de santé.

Il y a aussi des freins qui concernent essentiellement les effets secondaires. C'est étonnant parce que ces effets secondaires, dans les études, ne sont pas pires que ceux de la contraception féminine.

Or toutes les études sur les pilules masculines ont tendance à être arrêtées beaucoup plus rapidement que celles sur la contraception féminine, par peur des effets secondaires. Les hommes ont très peur d'avoir des complications avec une pilule contraceptive, par contre, ils n'ont aucun problème à se doper dans les compétitions sportives pour la performance. Pourtant, la prise d'anabolisants en grande quantité les rend stériles!

Le rôle des acteurs de terrain est aussi un frein. La contraception est essentiellement une prescription médicale donc les médecins deviennent acteurs de leur propre promotion. Cela dépend aussi beaucoup du contexte national. En Angleterre par exemple, 50% des hommes sont concernés par la contraception masculine pour 15 % en France. C'est dû aussi au message que les autorités de santé et les médecins diffusent dans la population. En France, c'est plutôt la vision personnelle du praticien qui va primer sur des standards et des règles qui font consensus. Il y a 50 fois plus de vasectomies en Angleterre qu'en France. Le rôle de l'industrie pharmaceutique n'est pas négligeable. Elle promeut essentiellement la pilule et on ne prescrit que ce qu'on connaît bien. Il y a également la perception genrée de la contraception qui serait une responsabilité "naturellement" féminine.

Dans l'enquête Solidararis sur la contraception⁴⁰, on voit que le gynécologue est le premier intervenant qui donne l'information sur la contraception à la femme (75%), vient ensuite sa famille et le généraliste. Mais chez l'homme, c'est la partenaire qui est la première initiatrice qui donne les informations sur les moyens de contraception. Dans les freins culturels et symboliques, on retrouve le fait de considérer la contraception comme naturellement féminine. Effectivement, s'il y a un échec de contraception, c'est elle qui va devoir assumer la grossesse ou l'avortement éventuel. Mais il y a 50% de responsabilité de l'homme. La contraception naturellement féminine est une construction sociale récente. Enfin, il ne faut pas oublier le déséquilibre dû aux rôles spécifiques de genre. La division genrée naturaliste du travail avec le travail productif essentiellement masculin et le travail reproductif essentiellement féminin. Le patriarcat est toujours bien présent malgré des avancées.

⁴⁰ **Institut SOLIDARIS**. Grande enquête Contraception, 2017. <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>

Conclusion

Les méthodes permanentes s'adressent essentiellement aux patients et patientes qui ont en général une famille complète ou qui ont des problèmes de contraception avec des effets secondaires importants. Ce sont les indications les plus courantes. Mais nous sommes ouverts à d'autres indications qui sortent un peu de ce schéma. Il faut proposer la vasectomie prioritairement car elle est moins invasive, aussi sûre et moins dangereuse que la ligature tubaire.

On attend beaucoup des nouvelles méthodes contraceptives de longue durée pour hommes. Il est temps pour les hommes de prendre conscience de leur nécessaire implication dans la contraception. Ils doivent se mobiliser pour se voir offrir de nouvelles options, fiables, sûres, efficaces et réversibles.

Il faut surmonter les obstacles culturels, de genre et les à priori moraux par la prise de conscience de l'implication masculine dans la grossesse.⁴¹

⁴¹ HEINEMANN K. et al. Attitudes toward male fertility control : results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction*, 2005, vol. 20, n°2, pp.549-556.

Edité par la FLCPF/CEDIF, septembre 2019.

Réalisation : Claudine Cueppens

Tous droits de reproduction réservés.

D/2019/12.700/2



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Editeur responsable : K. Majoros – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles



Fédération Laïque de Centres de Planning Familial Asbl

34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles – 02502 68 00

cedif@planningfamilial.net – www.planningfamilial.net