

APICED

Réunion d'information « Santé des femmes » du 6 juin 2015

Avec la participation d'un gynécologue obstétricien.

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹. Si, « *[e]n général, elle² est bien moins forte que l'homme, moins grande, moins capable de longs travaux ; son sang est aqueux, sa chair moins compacte, ses cheveux plus longs, ses membres plus arrondis, les bras moins musculeux, la bouche plus petite, les fesses plus relevées, les hanches plus écartées, le ventre plus large.* », et que « *[c]es caractères distinguent les femmes dans toute la terre, chez toutes les espèces, depuis la Laponie jusqu'à la côte de Guinée, en Amérique comme à la Chine.* »³, la véritable différence entre l'homme et la femme se trouve à l'intérieur et ne réside pas dans ces traits physiques relevés par Voltaire. En effet, seule la femme peut porter en elle les enfants, les mettre au monde et les nourrir, et cela lui vaut d'être au centre de la spécialité médico-chirurgicale qu'est la gynécologie-obstétrique.

Cette médecine repose avant tout sur la prévention afin de protéger la santé des femmes. Elle prend en charge les femmes et leur santé quel que soit leur âge, de la puberté à la ménopause. Elle s'occupe notamment de leur fécondité, de leur sexualité et de leur contraception, de leur estime de soi, de la parentalité ainsi que de certaines maladies dont elles peuvent souffrir.

I. Physiologie de la femme et fertilité

Choisir d'avoir ou non des enfants est un pan de la santé des femmes car une grossesse n'est pas anodine. Elle induit un bouleversement hormonal et des transformations physiques. Donner naissance est un acte qui comporte des risques et il arrive encore trop souvent, même si cela est rare en France, qu'une femme meurt en couches. La fertilité de la femme varie avec l'âge et il existe aujourd'hui plusieurs méthodes permettant de la contrôler. Si on schématise, la vie de la femme peut se découper en trois parties : l'adolescence, l'âge adulte et la ménopause.

1. L'adolescence

L'adolescence est définie par l'OMS⁴ comme la période ayant lieu entre 10 et 19 ans et varie selon les cultures et les individus. Elle se situe entre l'enfance et l'âge adulte et caractérise cette transition de l'une vers l'autre. Les caractères sexuels de l'individu mûrissent et son identité s'affirme. Le début de cette période est marqué par la puberté. Chez les filles, la poitrine se développe et les premières règles apparaissent. Le risque d'une grossesse est alors présent. Il s'agit d'une période pendant laquelle la jeune fille, ou jeune femme, est particulièrement fragile et vulnérable aux pressions de toutes sortes qu'elle peut subir. Il est du devoir des adultes de la protéger, notamment en l'informant sur les comportements à risque (prise de drogue, d'alcool, de tabac, rapports sexuels non protégés...) et en lui faisant prendre conscience que son corps lui appartient et qu'elle a le droit de refuser un rapport dont elle n'a pas envie.

¹ Préambule de la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, adoptée le 22 juillet 1946 à New York.

² La femme.

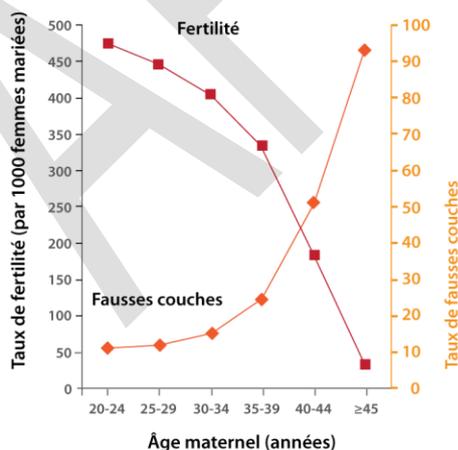
³ Voltaire, *Dictionnaire philosophique*, article « femme », 1769.

⁴ OMS, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/, le 13 octobre 2015.

De même, les mutilations génitales sont absolument interdites par la loi en France et dans de nombreux pays. Les mutilations sexuelles féminines « *recouvrent toute les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales.* »⁵. Il s'agit donc, entre autres, de l'excision, de l'infibulation et de la clitoridectomie. Si certaines adolescentes désirent et planifient leur grossesse, ce n'est pas le cas chez la majorité d'entre elles et cette situation résulte souvent d'un manque d'information. En France, les grossesses précoces représentent une naissance sur deux cents. Sur les 18 000 grossesses comptabilisées par an chez les adolescentes, 13000 conduisent à un avortement. Or, une interruption volontaire de grossesse n'est pas anodine et peut même être un acte traumatisant. Certaines adolescentes pensent qu'il n'est pas possible de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel, d'autres ont mal utilisé leur contraception. Parfois, l'adolescente est inquiète et veut vérifier que son corps fonctionne bien et qu'il est capable, lui aussi, de fabriquer des bébés. La grossesse chez les adolescentes n'est pas en soi plus dangereuse que chez les adultes, mais le suivi souvent tardif les rend plus à risque et elles sont plus susceptibles d'être l'objet d'une fausse couche. Le comportement normal d'une adolescente peut en lui-même être facteur de risque pour la grossesse car une ado digne de ce nom n'écoute pas forcément tous les conseils des adultes. Si, en France, l'accouchement ne comporte pas plus de risques que pour les adultes, ce n'est pas le cas dans tous les pays du monde. Il faut également souligner que grossesse à l'adolescence rime souvent avec interruption de la scolarité, et qu'elle n'est que rarement reprise par la suite⁶. Cela ne facilite pas l'insertion économique et favorise au contraire la paupérisation des mères adolescentes. Comme il n'est pas toujours aisé de parler de ces choses-là à son enfant, le parent peut l'orienter vers un centre de planning familial ou vers un autre adulte en qui la jeune fille a confiance. L'adolescente doit être consciente que sa parole et sa volonté ont une valeur et qu'elles seront prises en compte. Ces constatations valent également pour les garçons et les jeunes hommes qui sont eux aussi vulnérable à cet âge.

2. L'âge adulte

En moyenne, les femmes sont en âge de procréer de 15 à 45 ans. Leur fertilité varie bien sûr au fil du temps et d'une femme à l'autre : elle s'accroît pendant l'adolescence et commence à diminuer vers l'âge de 35 ans avant de connaître une brusque chute vers 40 ans. Le taux de fausse couche diminue plus on approche de l'âge adulte, il se stabilise ensuite pour remonter à partir de 35 ans.

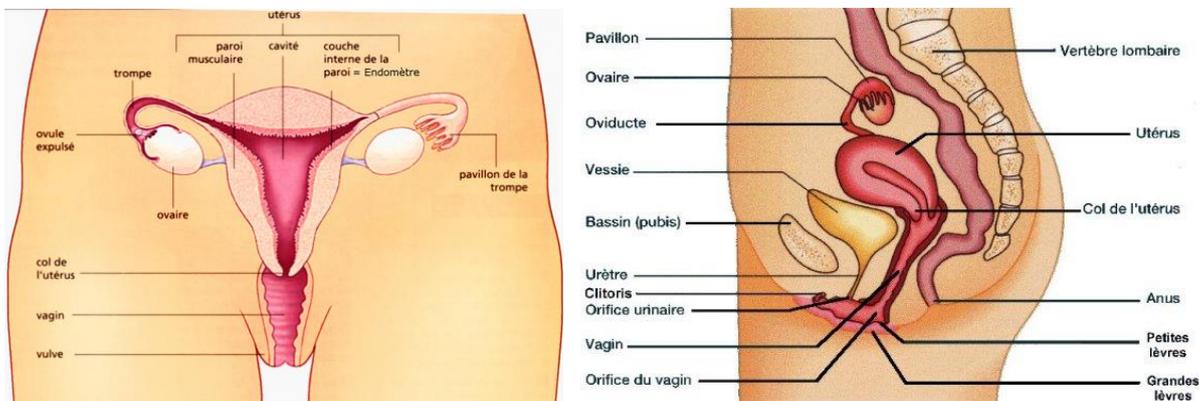


(Source : <http://www.cliniqueovo.com/academie/preservation-de-la-fertilite/>)

⁵ OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>, le 3 septembre 2015.

⁶ Voir notamment, Lucille Jérôme, *La Grossesse chez les adolescentes, Etude rétrospective réalisée au CHU d'Angers du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008*, Diplôme d'Etat de sage-femme, p.38 (<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00555775/document>, le 13 octobre 2015); OMS, *Aide-mémoire n°364*, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>, le 13 octobre 2015) ; Anne Daguerre et Corinne Nativel, *Les maternités précoces dans les pays développés : Problèmes, enjeux, dispositifs politiques, Etude effectuée à la demande de la CNAF*, CERVL Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, février 2004, p.18 (http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_53_-_meres_adolescentes.pdf, le 13 octobre 2015)

L'appareil génital féminin se trouvant en grande partie à l'intérieur du corps de la femme, il s'agit de la partie la plus propre de son anatomie. Sont donc à bannir tous savonnages à outrance et douches vaginales. Cela perturbe l'équilibre naturel de cette zone et entraîne infections et mycoses à répétition. Il suffit de se laver la vulve quotidiennement à l'eau claire pour avoir une bonne hygiène, éventuellement avec un savon doux ou un savon spécifique à cette zone si vraiment cela rassure, bien que ce ne soit pas absolument nécessaire.



(Source : <http://bac-sc-rep.e-monsite.com/pages/chez-la-femme.html>)
<http://lanaturensvt.e-klablog.com/recent>)

(Source :

Le cycle menstruel est déterminé par la production d'hormones féminines. Les œstrogènes sont l'hormone féminine par excellence et sont responsables de la féminisation du corps et du développement des organes sexuels féminins à la puberté. Ils sont sécrétés en majorité par les ovaires. Lors des premiers jours du cycle, qui dure en moyenne 28 jours, le cerveau produit une autre hormone, appelée hormone folliculo-stimulante, qui va stimuler les ovaires qui vont se mettre à produire des œstrogènes qui vont favoriser la maturation de l'ovule. Une fois l'ovule mûr, en moyenne vers le 14^{ème} jour du cycle, celui-ci est expulsé de l'ovaire avec l'aide d'une autre hormone produite par le cerveau à cette étape, l'hormone lutéinisante. C'est l'ovulation. L'ovule commence ainsi son voyage dans la trompe. L'ovaire se met maintenant à produire de la progestérone. Il s'agit d'une autre hormone typiquement féminine qui va envoyer un signal à l'utérus pour que celui-ci se prépare à accueillir, éventuellement, l'ovule fécondé par un spermatozoïde. En effet, elle calme l'activité musculaire de l'utérus et permet à l'endomètre de s'épaissir. A partir de là se présentent deux cas de figure : soit l'ovule a été fécondé par un spermatozoïde, auquel cas l'œuf va sortir de la trompe pour se fixer dans la cavité utérine prête à l'accueillir et dans ce cas, le cycle est interrompu par la grossesse. Soit, l'ovule n'est pas fécondé et le cycle se poursuit : la production de progestérone chute et la partie superficielle de l'endomètre se détache de la paroi de l'utérus et est éliminée avec le sang, ce sont les règles. Le cycle recommence ainsi jusqu'à la ménopause. ⚠ **La durée des cycles n'est qu'indicative, elle varie d'une femme à l'autre et même d'un cycle à l'autre. L'ovulation n'intervient donc pas systématiquement au même moment.**

La santé des femmes repose également sur le fait de ne pas être victime de violences conjugales, physiques ou sexuelles. En France aujourd'hui, c'est une femme qui meurt tous les deux jours sous les coups de son compagnon. Combien de survivantes gardent des séquelles physiques ou psychologiques ? Que deviennent les enfants ? Une épouse n'est pas la chose de son mari, une compagne n'est pas la chose de son compagnon. Un homme n'a pas le droit de taper sa femme, ni d'exiger d'elle un rapport sexuel. Le viol entre époux est reconnu et puni par la loi. Quand on dit non, c'est non. Là encore, il n'est pas toujours facile de s'exprimer sur ce sujet et la démarche de porter plainte peut être perçue

comme insurmontable. Se tourner vers le planning familial ou une autre association peut être un premier pas pour se faire aider. Il faut aussi comprendre que chacune a un rôle à jouer pour enrayer ce fléau : ce sont les femmes qui, en grande majorité, élèvent et s'occupent de l'éducation des enfants, elles peuvent donc agir sur ceux qui deviendront les hommes dès leur plus tendre enfance en leur apprenant l'égalité entre les sexes et le respect du sexe opposé. Les dispenser des tâches ménagères sous prétexte que ce sont des garçons n'est pas rendre service à la moitié de l'humanité...

3. La ménopause

On parle de ménopause pour les femmes de plus de 40 ans qui n'ont pas eu leurs règles depuis un an. Avant 40 ans, il peut s'agir de ménopause précoce. En revanche, les jeunes filles souffrant d'anorexie mentale et qui n'ont pas leurs règles depuis plus d'un an ne sont pas ménopausées. Dès que leur problème de santé sera réglé, elles retrouveront un cycle normal et pourront procréer. En France, l'âge moyen de la ménopause est de 55 ans. La femme ménopausée ne peut plus concevoir d'enfant car ses ovaires ont cessé de fonctionner et ne produisent plus d'ovule. La ménopause peut mettre du temps à s'installer, parfois plusieurs années, et cette période peut être difficile à vivre pour la femme et, au-delà, pour son entourage. En effet, elle peut souffrir de bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes, palpitations cardiaques, troubles du sommeil, étourdissements, crises d'anxiété, nausées, sécheresse, pertes ou saignements vaginaux, problèmes et infections urinaires, difficultés de concentration et problèmes de mémoire, fatigue, irritabilité, sautes d'humeur, baisse de la libido... La liste des symptômes est longue et tout cela peut être très difficile à supporter. Autrefois, les médecins prescrivaient quasi-systématiquement des traitements hormonaux à leurs patientes souffrant de la ménopause. Depuis, des études ont établi un lien entre ces traitements et une augmentation des cas de cancer du sein. Les médecins ne prescrivent donc plus ces traitements hormonaux substitutifs qu'au cas par cas, lorsque la femme, gênée par ces symptômes, le demande et sont réévalués régulièrement et arrêtés dès lors que le bénéfice attendu n'est plus optimal.

La ménopause est aussi une période où le corps de la femme change puisque la production d'œstrogène diminue drastiquement. Afin d'éviter une prise de poids, la femme est invitée à faire attention à son alimentation et à pratiquer une activité physique accrue. L'activité physique a un double bénéfice car elle permet non seulement de contrôler son poids mais aussi de faire face aux risques de fractures liées à l'ostéoporose dont souffrent beaucoup de femmes ménopausées. En effet, les œstrogènes contrôlent le remodelage osseux et l'apparition d'un os jeune. La femme ménopausée ne produisant plus d'œstrogène, son renouvellement osseux n'est plus assuré et ses os en sont fragilisés. Une activité physique régulière permet de ralentir la perte de densité osseuse.

En tout état de cause, il est à noter que quel que soit l'âge de la femme, si envie il y a, une vie sexuelle active est toujours possible.

II. La contraception

Le terme « contraception » désigne l'ensemble des moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou, plus rarement, chez l'homme, c'est-à-dire, qui permettent d'éviter une grossesse non désirée tout en ayant une activité sexuelle. A une exception près, ces méthodes sont réversibles et lorsque la femme choisit d'avoir un enfant, l'arrêt de la méthode en question le permet. Cette faculté de choisir si et quand on veut un enfant, toutes les femmes ne l'ont pas. Il existe encore des régions du monde où les moyens de contraception ne sont pas accessibles. En France, les femmes ne disposent de ce droit que depuis 1967, suite à une longue bataille. La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 autorise donc la contraception et abroge la loi du 31 juillet 1920 qui punissait d'emprisonnement la « propagande anticonceptionnelle ». La loi du 4 décembre 1974 autorise les centres de planification familiale à fournir gratuitement et anonymement aux jeunes filles mineures, sur prescription médicale, des contraceptifs. Depuis la loi du 13 décembre 2000, il est possible d'obtenir la pilule du lendemain, contraception d'urgence, sans ordonnance.

1. Les méthodes fiables de contraception

Les femmes disposent de tout un éventail de moyens de contraception fiables, qui, suivant leur sensibilité et leur envie, peuvent être hormonaux ou non.

Les moyens de contraception hormonaux

En premier lieu de cette catégorie, on trouve la pilule, ou contraception orale, qui, pour l'instant, est encore le moyen de contraception le plus répandu dans la population féminine française. Elle se présente sous forme de comprimés à avaler quotidiennement, à heure fixe, soit en continu, pour les pilules progestatives, soit sur une période de 21 jours suivie d'une pause de 7 jours pour les pilules combinées. La pilule fonctionne donc grâce à un apport d'hormones qui vont bloquer l'ovulation, amincir la paroi de l'utérus et épaissir la glaire cervicale, empêchant ainsi les spermatozoïdes de passer.

Toutes les femmes ne peuvent pas prendre la pilule car il y a des contre-indications. Un suivi médical régulier, avec bilan sanguin, examen gynécologique et mammaire, est donc important. En effet, l'âge, le tabagisme, la surcharge pondérale, le diabète, les maladies cardio-vasculaires sont autant d'éléments à prendre en compte et de contre-indications potentielles à la prise de la pilule. Si on n'oublie pas de la prendre, la pilule est efficace à plus de 99 %. Si on oublie de prendre un comprimé, il faut le prendre et continuer de prendre les autres comme si de rien n'était, mais il y a deux cas de figure. Si on s'aperçoit de son oubli dans les heures qui le suivent, la pilule continuera à protéger des grossesses non désirées. En revanche, si l'oubli est supérieur à 12 heures, les rapports sexuels qui suivent peuvent entraîner une grossesse et il faut donc coupler la pilule avec un préservatif, féminin ou masculin, pendant au moins 8 jours (le mieux étant jusqu'à la fin de la plaquette), afin d'éloigner tout risque.

Sur le même principe de la délivrance régulière d'hormones à l'organisme, on trouve le patch, ou timbre contraceptif, que l'on colle sur la peau et qui délivre des hormones, œstrogènes et progestérone, par voie transdermique, 7 jours sur 7 pendant 3 semaines. Le patch n'est efficace qu'une semaine, il ne faut donc pas oublier de le changer au bout de 7 jours. Bien utilisé (si on n'oublie pas de le changer, s'il ne se décolle pas...), le patch est aussi efficace que la pilule combinée.

L'anneau vaginal, anneau flexible en plastique poreux que l'on insère au fond du vagin délivre lui aussi une association d'hormones pendant trois semaines au bout desquelles il est retiré. Une semaine plus tard, il faut en remettre un neuf. Bien utilisé, il présente lui aussi un taux de protection très élevé (plus de 99 %).

Enfin, l'implant progestatif permet quant à lui de parer à tout oubli puisqu'il est posé sous la peau par le médecin et qu'il se garde entre 2 et 3 ans. Lorsqu'il est bien toléré, c'est le moyen de contraception hormonal le plus efficace.

Tous ces moyens de contraception nécessitent une surveillance médicale régulière. Comme ils agissent sur les hormones, des effets indésirables sont parfois ressentis : augmentation de l'appétit et prise de poids, baisse de la libido, fatigue... Il ne faut pas hésiter à en parler à son gynécologue si on est gênée. Les pilules et implants à base de progestérone ont également pour effet secondaire une absence de règles puisqu'ils bloquent l'ovulation. L'utérus ne se prépare donc pas à une éventuelle nidification et il n'y a donc rien à évacuer. Ceci n'est généralement pas ressenti par les femmes comme étant problématique. En revanche, il arrive que cette contraception ne soit pas bien tolérée et que la patiente souffre au contraire de saignements longs et fréquents. Il est dans ce cas conseillé d'attendre 4 mois pour voir si la situation s'améliore. Si ce n'est pas le cas, l'implant est retiré, ou la pilule arrêtée, et il est prescrit un autre moyen de contraception.

Les moyens de contraception non hormonaux

A la limite entre les deux catégories se trouve le dispositif intra-utérin, anciennement appelé stérilet et qui empêche l'implantation de l'œuf dans l'utérus. Celui-ci peut être hormonal, et délivrer de la progestérone, ce qui est intéressant pour les femmes dont les règles sont longues et douloureuses car il réduit ces symptômes. Dans ce cas, il agit aussi en rendant infranchissables par les spermatozoïdes les sécrétions du col de l'utérus car il les épaissit. Il peut également être au cuivre et ne pas contenir d'hormones. Dans ce cas, il agit en rendant les spermatozoïdes inactifs. Qu'il soit aux hormones ou au cuivre, le DIU est installé, comme son nom l'indique, dans l'utérus par le médecin. Sa pose est très rapide et peu ou pas douloureuse. Elle peut même avoir lieu lors d'une IVG par aspiration ou lors de la visite de contrôle 15 jours après une IVG médicamenteuse et dès 48h un accouchement. On le garde entre 4 et 10 ans, sous réserve d'un contrôle annuel afin de s'assurer qu'il est toujours bien positionné et que tout va bien. On peut bien sûr le faire enlever à tout moment si l'on désire un enfant. Il existe aujourd'hui deux tailles de dispositif intra-utérin de façon à ce qu'il puisse aussi être proposé aux jeunes filles et aux femmes n'ayant pas eu d'enfant. Une fois installé, on ne le sent pas et on continue de vivre comme on l'entend. Le dispositif intra-utérin peut avoir des effets secondaires : les mêmes que la pilule progestative pour ceux à la progestérone, et un allongement des règles pour ceux au cuivre. Le DIU est efficace à 99 %.

D'autres moyens de contraception empêchent la rencontre entre l'ovule et les spermatozoïdes. Il s'agit en premier lieu du préservatif, masculin ou féminin, qui a également l'avantage de protéger des infections sexuellement transmissibles. Comme il n'y a pas de période sans risque de grossesse, le préservatif doit être utilisé à chaque rapport sexuel. Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation du préservatif sauf une allergie au latex, mais cette dernière est très rare. Et dans ce cas, il existe des préservatifs en polyuréthane. En revanche, il faut prendre des précautions afin de bien l'utiliser : ongles courts pour éviter de le déchirer, en prendre un neuf à chaque rapport, n'utiliser que des lubrifiants à base d'eau, l'homme doit se retirer dès qu'il a éjaculé en retenant le préservatif à la base du pénis... Bien utilisé, le taux d'échec est de 2 % pour le préservatif masculin et de 5 % pour le préservatif féminin. Pour plus de sécurité, on peut le coupler avec une pilule ou un spermicide.

Le diaphragme est une protection en latex ou en silicone qui se place au fond du vagin sur le col de l'utérus et qui empêche les spermatozoïdes d'y entrer à la rencontre de l'ovule. Il est posé avant chaque rapport et doit être laissé en place pendant les 8 heures qui suivent. Sur le même principe et le même fonctionnement, on trouve la cape cervicale. Afin d'être vraiment efficaces, ces moyens mécaniques doivent être utilisés avec un spermicide. Même ainsi, leur taux d'échec est relativement élevé, notamment du fait de la complexité de leur utilisation.

2. Les méthodes de contraception peu fiables

Il existe également des méthodes de contraception qui sont complètement naturelles. En revanche, elles sont tellement peu fiables que plus que de moyens de contraception, on devrait parler de moyens d'espacer les naissances.

La méthode Ogino-Knauss consiste à éviter les rapports sexuels pendant les jours fertiles qui précèdent ou suivent l'ovulation chez la femme dont le cycle est régulier. Elle est peu fiable car même lorsqu'une femme a un cycle régulier, l'ovulation peut intervenir à différents moments et les spermatozoïdes peuvent avoir une durée de vie de 8 jours.

La méthode des températures consiste à éviter tout rapport sexuel dans les trois jours qui suivent l'ovulation. La température de la femme augmente de 0.2 à 0.4° au moment de l'ovulation. Pour déterminer quand elle intervient, la femme prend sa température tous les matins au réveil dans son lit. Cette méthode est peu fiable car l'ovulation pouvant ne pas intervenir absolument à la même date au

cours de chaque cycle et les spermatozoïdes pouvant vivre jusqu'à 8 jours, les rapports sexuels ayant eu lieu pendant cet intervalle avant l'ovulation sont potentiellement féconds. De même, il suffit que l'on soit un tout petit peu malade pour que la température corporelle augmente et que les calculs soient faussés.

La méthode de Billings consiste à observer avec les doigts l'aspect de la glaire cervicale qui devient plus fluide et plus abondante pendant l'ovulation. Là encore, la méthode est peu fiable car d'autres facteurs peuvent modifier l'aspect des sécrétions du col de l'utérus et induire la femme en erreur.

Même si la méthode du retrait, qui consiste à ce que l'homme se retire de sa partenaire avant d'éjaculer, réduit les risques de grossesse, elle n'est pas fiable à 100 % et connaît un taux d'échec de 22 %. En effet, cette méthode suppose que l'homme réussisse à se contrôler et même dans ce cas, le liquide pré-éjaculatoire contient des spermatozoïdes en quantité suffisante pour amorcer une grossesse.

Suite à une grossesse, l'allaitement peut avoir un effet contraceptif très efficace car la production de prolactine, l'hormone qui entraîne la production de lait, bloque l'ovulation. Cela est uniquement valable dans les six premiers mois de vie de l'enfant et à condition qu'il s'agisse d'un allaitement exclusif à la demande, nuit et jour, et que la femme n'ait pas eu de nouveau ses règles depuis l'accouchement. Si l'allaitement continue au-delà des six mois de l'enfant, il n'a plus cet effet contraceptif car la fréquence de succion va en diminuant suite à la diversification alimentaire. Pour être efficace (à 99%)⁷, cette méthode n'en est donc pas moins très contraignante (l'espace entre les tétées ne doit pas être supérieur à 4 heures le jour et à 6 heures la nuit) dans nos sociétés où même si la femme fait le choix de l'allaitement maternel, la durée limitée du congé maternité ne permet pas d'être avec son bébé en permanence.

3. Les méthodes de contraception irréversibles

Deux méthodes de contraception sont définitives, il s'agit de la ligature des trompes chez la femme et de la vasectomie chez l'homme. Il s'agit d'opérations chirurgicales pour lesquelles un retour en arrière est tellement difficile qu'il est considéré comme impossible. Il faut donc être absolument sûr de son choix et pour cela avoir reçu une information médicale claire et complète sur les conséquences de la stérilisation à visée contraceptive. Ainsi, il y a un délai de quatre mois entre la première demande et l'intervention de façon à ce que la personne ait bien pris le temps de réfléchir. La majorité du patient est la seule condition pour pouvoir subir cette intervention, il n'est pas nécessaire d'avoir déjà eu des enfants ni d'avoir l'accord de son partenaire le cas échéant. En revanche, le patient doit donner son accord par écrit.

La vasectomie se fait en un quart d'heure sous anesthésie locale mais n'est vraiment efficace que trois mois après, lorsque le stock de spermatozoïdes actifs de l'homme est épuisé. La ligature des trompes se fait sous anesthésie générale et nécessite d'être hospitalisé entre 24 et 48 h. Selon la technique utilisée, elle peut être efficace immédiatement ou après 3 mois. Ces deux interventions n'ont pas d'effet sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuel.

4. La contraception d'urgence

Il s'agit d'une contraception de rattrapage en cas de rapport sexuel non protégé. Cela est donc une méthode exceptionnelle qui vise à éviter l'ovulation ou l'implantation d'un œuf fécondé. La pilule du lendemain est délivrée en pharmacie avec ou sans ordonnance et doit être prise le plus rapidement possible après le rapport à risque car plus elle est prise tôt, plus elle est efficace. Au-delà de trois ou cinq jours, suivant le type d'actif utilisé, elle n'a plus d'effet. Comme la pilule du lendemain n'est pas efficace à 100 %, il faut surveiller son cycle dans les semaines qui suivent pour déceler toute grossesse

⁷ OMS, *Aide mémoire n° 351*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/> (le 13 octobre 2015) ; Leche League, « Allaitement et fertilité », in *Allaiter Aujourd'hui* n°60, LLL France, 2004.

éventuelle. D'ailleurs, il ne s'agit pas d'un avortement et la pilule du lendemain n'est pas efficace sur une grossesse déjà en cours. Il est à noter que la pilule du lendemain ne protège pas du risque de grossesse les rapports qui suivent sa prise, mais seulement celui qui précède. Il est donc nécessaire de se faire prescrire une contraception régulière.

Le stérilet au cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence jusqu'à cinq jours après le rapport non ou mal protégé. Il est considéré comme très efficace, voire même comme plus efficace que la pilule du lendemain. L'avantage est que le dispositif intra-utérin utilisé comme contraception d'urgence peut ensuite, une fois posé, servir de contraception régulière.

5. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

La loi Veil du 17 janvier 1975 a sauvé la vie de nombreuses femmes en autorisant en France l'interruption volontaire de grossesse. Malgré tous les moyens de contraception à disposition des femmes aujourd'hui en France, il arrive qu'une grossesse non désirée survienne. Dans ce cas, une femme peut la faire interrompre par un médecin jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse. En l'état actuel de la législation, l'IVG n'est possible qu'après deux consultations médicales espacées d'une semaine, de façon à ce que la femme prenne sa décision en toute connaissance de cause. En cas d'urgence, ce délai de réflexion peut être ramené à 48 h. Lorsque la patiente est mineure, une troisième consultation a obligatoirement lieu entre les deux autres, avec une conseillère conjugale cette fois, de façon à aborder les aspects psychologiques entraînés par cette décision. Cette consultation psychosociale est facultative pour les patientes majeures. Le consentement des parents n'est pas une condition *sine qua non* à la réalisation d'une IVG sur une femme mineure.

Deux méthodes sont utilisées en France : une méthode médicamenteuse qui ne nécessite pas d'hospitalisation, mais qui n'est praticable que jusqu'à la 5^{ème} semaine de grossesse, et une méthode chirurgicale, pratiquée jusqu'à la 12^{ème} semaine de grossesse, obligatoirement en établissement de santé. Une visite de contrôle a ensuite lieu entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour suivant l'intervention afin de s'assurer que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'y a pas de complications. Une consultation psychosociale est systématiquement proposée à la patiente de façon à l'aider psychologiquement si elle en ressent le besoin. Il est ensuite conseillé d'utiliser un moyen de contraception adapté à sa situation car l'IVG ne protège pas d'une grossesse qui peut intervenir immédiatement après sa réalisation.

III. Nécessité d'un suivi médical régulier

La médecine gynécologique est avant tout une médecine de prévention. Bon nombre de pathologies peuvent être évitées grâce à un bon suivi médical.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur de la femme dans la préservation de sa santé. C'est le médecin de famille et il traite toutes les maladies du quotidien. Il reçoit les patients dans son cabinet du jour au lendemain, voire même immédiatement et se déplace à domicile en cas d'urgence. De plus, il connaît bien ses patients et leurs antécédents familiaux. Il est également habilité à prescrire des contraceptifs ainsi que les bilans sanguins nécessaires et à assurer le suivi des premiers mois d'une grossesse. Il peut aussi être d'un grand soutien psychologique et prend le temps d'expliquer les choses à ses patients. Si une pathologie ne relève pas de ses compétences, il oriente la patiente vers le spécialiste adapté. Avoir un médecin traitant avec lequel une relation de confiance s'est instaurée est très précieux et constitue un des premiers pas vers la préservation de la santé de la femme.

En l'absence de symptômes et d'antécédents médicaux, un examen de contrôle par un gynécologue tous les trois ans est normalement suffisant. De même, l'examen gynécologique n'est pas absolument nécessaire pour une première prescription de pilule si le suivi médical est assuré en amont par le

généraliste. En revanche, il peut être rassurant – à condition qu’il soit bien fait - pour la femme ou la jeune fille qui « profite de l’occasion » pour vérifier que tout est normal. Et il devient franchement nécessaire, entre les examens de contrôle triennaux, de consulter un gynécologue en cas de douleurs pelviennes (dans le bas ventre et la zone génitale) liées ou non aux règles, de leucorrhées (pertes blanches), de suspicion d’infection génitale... Certaines infections sexuellement transmissibles étant asymptomatiques, si on a eu un comportement à risque, là encore, l’examen gynécologique régulier est important. En tout état de cause, quelle que soit son activité sexuelle, un frottis tous les trois ans permet de dépister, entre autres, la présence de papillomavirus. C’est important car sur les 80 sortes de papillomavirus, 4 ont été identifiées comme étant une cause de cancer du col de l’utérus. Si la présence d’une de ces quatre sortes de papillomavirus est décelée suffisamment tôt, elle est retirée par le gynécologue et ne dégénèrera pas en cancer du col de l’utérus. En revanche, si le virus est laissé trop longtemps, au minimum plus de trois ans, le risque de développement d’un cancer du col de l’utérus est avéré. Cela concerne toutes les femmes, d’autant plus que le préservatif ne protège pas du papillomavirus. Il existe aujourd’hui un vaccin qui permet de protéger les jeunes filles de ces virus, le Gardasil, mais il doit être administré avant le début de l’activité sexuelle et au plus tard dans la première année de celle-ci.

A partir de 50 ans, il est conseillé de faire une mammographie tous les deux ans afin de dépister au plus tôt un éventuel cancer du sein. La sécurité sociale envoie une invitation à se faire dépister à toutes les femmes de 50 ans, puis de 52 ans, de 54 ans, et ainsi de suite. Ce dépistage est important car le cancer du sein est le cancer le plus meurtrier chez les femmes et selon les statistiques, une femme sur huit en souffrira. Or, plus il est pris tôt, plus grandes sont les chances de le soigner. Sauf antécédents familiaux de cancer du sein survenu chez des femmes jeunes, la mammographie n’est pas utile avant cet âge de 50 ans.