

Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr



L'ECHO DE L'ANCIC

Bulletin trimestriel d'information

N°10-avril 2013

EDITORIAL

La contraception ... de la première à la quatrième génération !

Et si les polémiques hormonales autour des quatre générations de pilules n'étaient qu'un alibi ? La positivité des progrès contraceptifs a dédramatisé la sexualité, ce qui est une bonne chose. En même temps, cette dédramatisation a permis de reléguer la gravité de l'engagement par rapport à l'acte sexuel qui occupe aujourd'hui tout le terrain. De ce fait, n'y a-t-il pas une perte de maturité dans l'abord de la sexualité ? La chasse médiatique des « boucs émissaires » n'a-t-elle pas pour but de nous garder sous « influence médicale » (quitte à donner quelques médecins en pâture) plutôt que de penser nos *empêchements à penser*, en la circonstance nos mœurs ? La contraception n'est-elle pas en effet une gestion de notre sexualité dans un temps historique : celui de nos vies ?

La première génération : celle de nos grand-mères n'a pas connu la contraception du temps de leur fécondité. Elles sautaient, utilisaient les bains de pieds et de siège pour faire revenir leurs règles. Elles avalaient aussi moult poudres de perlimpinpin plus inefficaces les unes que les autres. Elles introduisaient tout dans leur corps pour déclencher l'avortement salvateur. Elles acceptaient la mort plutôt que *la vie comme ça*. Elles avaient tout le temps peur en faisant l'amour. Leur sexualité s'enracinait dans un champ de bataille où la liberté de dire non ou oui à la grossesse s'associait forcément aux notions de courage et de mort. Que dire de la sexualité de nos grands-pères faite de frustrations, d'angoisses et d'esquives de tout, « parce qu'il faut bien vivre ! ». L'amour était grave et lourd et les couples se figeaient dans des apparences convenues. Les photos de mariage ont, dans toutes nos familles, fixé pour la postérité ces couples rigidifiés dès leur naissance.

La deuxième génération : celle de nos mères, est la génération de l'irruption contraceptive, le diaphragme d'abord, puis la pilule et le stérilet. Elles ont connu « l'avant et l'après de la contraception » et leur gratitude à Pincus est éternelle. Nous, leurs filles, nous avons été élevées au : « Vous ne pouvez pas savoir ce que c'était, vous ne vous rendez pas compte de la

EDITO

p.1-2

DOSSIER : « Histoires de C. »

p.3-34

- *Repères sur la contraception* par M.Chosson p.3
- *Témoignage de J.Weiss Rouanet* p.7
- *Témoignage sur la vasectomie* par P. de Bock p.9
- *Premier centre de PF* par F.Laurant p.11
- *L'aide au choix contraceptif* par F.Baruch p.15
- *Témoignage d'un garçon* par L.B. p.18
- *Expérience du centre Bluets-Trousseau* par M.L.Bazile et M.Chosson p.20
- *La contraception d'urgence au lycée* par M.Ganier p.23
- *Plaidoyer...* par F.Tourmen p.25
- *Pas d'union européenne* par E.Aubény p.28
- *Deux mots sur la contraception* par P.Cesbron p.30
- *Le DIU* par C. de Truchis p.31
- *Sur la contraception masculine* par L.Esterle p.33

ACTUALITES

p.35

COURRIER DES LECTEURS

p.36

DATES À RETENIR

p.36

Comité de rédaction :

Emmanuelle Lhomme (Secrétaire de rédaction)
Florence Baruch
Marie-Laure Bazile
Martine Chosson
Véronique Leralle
Claire de Truchis

Présidence de l'ANCIC :

Sophie Eyraud
Martine Hatchuel
Jean-Claude Magnier

Mail : contact@ancic.asso.fr

chance que vous avez. ». La mort rôde toujours, l'avortement reste clandestin, et les douleurs de l'accouchement, malgré l'arrivée de l'accouchement sans douleur, confisquent pour beaucoup d'entre elles leurs désirs et leurs plaisirs sexuels. Même si les traumatismes sont encore là, des réparations sont possibles. La peur voile toujours leur regard mais le soulagement apporté par la contraception est l'étincelle au fond de leurs yeux et les premiers sourires apparaissent sur les photos matrimoniales.

La troisième génération, la nôtre, est celle des conquêtes sur la mortalité. Au cours de nos vies, la première cause de mortalité de la jeune femme qu'était l'avortement, va atteindre le chiffre mythique (dans l'histoire de la médecine) de zéro. En même temps, la péridurale est sans contexte une immense victoire sur les traumatismes d'accouchement. Du coup, cet espace nouveau de disponibilité sexuelle à perpétuité, nous interroge sur nos désirs, nos amours. Etrangement, à l'heure de la révolution féministe, nous voilà catapultées dans une modélisation sexuelle masculine. Nous continuons à faire deux enfants par femme, mais nous nous séparons et divorçons d'avantage. Pas facile d'écouter les désirs de l'autre et de les respecter ! Nous articulons difficilement désir et amour. Et oui la pilule a de l'influence sur notre libido et notre poids ! La consultation gynécologique est un dialogue de sourds où « nos états d'âmes » sont relativisés voir inaudibles en regard des formidables conquêtes médicales. Il faut penser en couple les nuances entre vouloir et désirer et nous n'avons pas le temps. Nous rions sur la photo, mais à y regarder de plus près, il y a le vertige de la vitesse au fond de nos yeux.

C'est en short, tee-shirt et à cheval sur les épaules de son futur mari que s'annonce le mariage de nos filles : **la quatrième génération**. Ils prennent le même temps que nous pour leur premier rapport sexuel, mais allongent le délai de conception de leur premier enfant. Ce faisant, ils allègent la sexualité d'une bonne dose émancipatrice qu'ils transfèrent sur la grossesse. L'âge plus avancé des hommes lors de l'arrivée de leurs enfants fait d'eux des pères plus matures et donc plus présents dans la vie de leurs enfants petits et c'est « nouveau ». Dire l'intime n'est pas synonyme de manque de virilité mais reste à haut risque. Même si les séparations de couple sont exponentielles, ils ont essayé de faire équipe.

"Le manque de reconnaissance des acteurs de santé, qui en silence, ont révolutionné la donne vie-mort au cœur de la sexualité a probablement contribué à écrasé la profondeur des questions qui s'y rattachent. Si aujourd'hui mourir d'avaloir la pilule est impensable c'est qu'en cours de route nous avons oublié que le risque était malgré tout au cœur du choix. De même que pour moi les morts dues au tabac sont la vengeance des indiens, je vois dans ces décès sous pilule une sorte de vengeance de l'histoire dont le message substantiel serait : *certain chemins de la sexualité restent mortels*. Ayons à l'esprit que la nouvelle arme de guerre que sont les viols collectifs tuent plus aujourd'hui de civils que dans le même temps de militaires dans les zones de conflits. Ces auteurs à l'origine des "épurations ethniques" eux, n'ont pas oublié!

A nous le devoir de réfléchir à la puissance morbide présente au cœur de la sexualité, aux moyens de préventions qui s'y rattachent et qui dépassent, même s'il est hors de question de l'occulter, le débat chimique médiatique. Les générations de femmes qui nous ont précédé me forcent à penser en terme de sexualité le débat actuel et me rapproche de mes sœurs martyrs de l'autre bout du monde."

Chantal Birman

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

REPERES SUR LA CONTRACEPTION

L'histoire de la contraception est intimement liée à celle de l'avortement et s'inscrit dans l'histoire politique, culturelle et sociale. (Voir le n° 7 de l'Echo de l'ANCIC)

Les femmes et les hommes ont de tout temps inventé et créé mille recettes pour se contracepter :

- introduction de miel, pommade à base d'excréments de crocodile, huile de cèdre, onguent de plomb mélangé à l'huile d'olive, huiles (safran, acacia, racines de mandragore) mélangées à la pulpe de grenade ou de figue...dans le vagin
- eau froide pour tuer le sperme
- tampons occlusifs en laine pour fermer le col de l'utérus
- étude des cycles préconisant l'abstinence juste avant et après les règles

Avant l'ère chrétienne : avortement et contraception sont confondus.

Avec l'arrivée de l'ère chrétienne : contraception et avortement, complices du plaisir, sont interdits et condamnés.

Au moyen âge : la contraception est un choix personnel malgré l'interdit religieux.

16^e siècle en Asie : apparition du préservatif (en papier de soie huilée en Chine, en écailles de tortue ou en cuir au Japon).

Cependant l'usage du préservatif remonte à plusieurs millénaires pour se protéger des branchages lors des déplacements et des maladies vénériennes.

Une statuette égyptienne de plus de 6000 ans montre déjà un homme muni d'un « étui ».

1564 : l'anatomiste chirurgien Gabriel Fallopio, plus connu sous le nom de Gabriel Fallope, invente un fourreau de lin « à la mesure du gland » imbibé de décoctions d'herbes astringentes (« Condom » ou « Redingote anglaise »).

La Révolution Française commercialise le préservatif.

1677 : premiers essais de spermicides développés par Anthony Van Leeuwenhoek.

1803 : publication d'un essai de Thomas Malthus, scientifique anglais, sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale.

1830 : mise au point d'une cape cervicale par Frédérik A. Wilde, gynécologue allemand.

1839 : le préservatif en caoutchouc est inventé par Charles Goodyear.
La capote est lavée après chaque utilisation, séchée et talquée.

1882 : invention de deux accessoires vaginaux : le pessaire et le diaphragme par Hesse.

1889 : ouverture d'un centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels à Paris par Paul Robin, pédagogue libertaire.

1905 : recherches sur les spermicides par le Pr Gustav Gunther et commercialisation en 1906.

1908 : publication par Eugène Humbert de la revue « Génération consciente », revue qui pose pour la première fois la question de la naissance d'un enfant en terme de choix et se propose d'enseigner les conquêtes scientifiques concernant la contraception.

1908 : redécouverte par K. Kafka, gynécologue, de la cape cervicale fabriquée en métal ou en celluloïd.

1909 : premier guide de la contraception intitulé « Moyens pour éviter la grossesse ».



Début du 20ème siècle : utilisation des douches vaginales, poire qui propulse dans le vagin, après chaque rapport sexuel, un mélange d'eau et de toutes sortes de produits supposés détruire les spermatozoïdes (vinaigre, acide citrique, etc.).

31 juillet 1920 : adoption d'une loi qui réprime la provocation à l'avortement (de 6 mois à 3 ans de prison plus une amende) et la propagande anticonceptionnelle (de 1 à 6 mois de prison).

1923 : ouverture à New York du premier centre de planning par Margaret Sanger, infirmière new yorkaise.

1924 : - mise au point de la méthode Ogino par Kiasuku Ogino, médecin japonais : méthode de calcul de la période de fécondité (entre le 12ème et le 16ème jour du cycle) qui préconise l'abstinence à cette période.
- mise au point de la méthode Knauss, du nom de son inventeur, repérant à l'aide de la température le moment de l'ovulation.

1928 : - commercialisation du premier stérilet inventé par Ernst Grafenberg (anneau d'argent). Le principe du stérilet était connu depuis l'antiquité. Les bédouins glissaient déjà des cailloux dans l'utérus des chamelles pendant les longues traversées du désert.



1930 : - fabrication du premier préservatif en latex liquide (produit toujours utilisé pour leur fal
- diffusion de la « méthode du calendrier » (Ogino-Knauss).

1935 : ouverture de la première consultation de contrôle des naissances à Suresnes par le Docteur Jean Dalsace.

1951 : ouverture du premier centre de recherche sur les hormones sexuelles par Grégory Pincus avec l'aide de Margaret Sanger.

Son équipe, à Mexico, met au point une synthèse d'œstrogènes et de progestérone qui empêche l'ovulation.

1954 : premiers essais de la pilule contraceptive à Porto Rico. La pilule est née ! Elle se nomme Enovid avec sa première autorisation de mise sur le marché aux Etats Unis le 10 juin 1957.



8 mars 1956 : création par le Dr Marie-Andrée Lagroua-Weill-Hallé, le Dr Pierre Simon et Evelyne Sullerot du mouvement « La maternité heureuse » pour «permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ».

1960 : - ce mouvement deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

1961 : - ouverture dans une quasi clandestinité du premier centre de planning familial à Grenoble avec la diffusion de diaphragmes venus clandestinement cachés dans des pare-chocs de voitures de Suisse et de Grande-Bretagne et de crèmes spermicides fabriquées et mises en tube (Alpagelle) par le Dr Simon et ses amis.
- commercialisation du premier préservatif lubrifié.
- introduction en France de la pilule Enovid, et en 1964 de l'Anovlar, pour « régulariser les règles ».

1962 : invention d'un dispositif intra-utérin en plastique par le Dr A. Ishihama au Japon.

Fin 1964 : inscription dans les programmes des facultés de médecine de Tours et de Lyon d'un cours de contraception.

Décembre 1967 : loi Neuwirth

- elle abroge les articles du code de la santé réprimant la propagande anticonceptionnelle et autorise l'importation, la fabrication des contraceptifs.

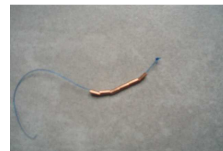
Les premières AMM ne seront délivrées qu'en 1973 pour le Stédiril.

- elle reconnaît la nécessité de lieux dédiés : les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF).

Il faudra attendre **1973** pour que les premiers centres soient agréés.

1969 : création du Mouvement pour la Libération des Femmes (MLF).

1969 : adjonction de cuivre au dispositif intra-utérin.



1973 : - création du MLAC, Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception.

- **le 11 juillet**, loi instituant le Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances, et de l'éducation familiale (CSIS).
- première demande d'autorisation de commercialisation du Depoprovera comme contraceptif aux Etats Unis.

Dans les années 70 : réflexions de plusieurs groupes d'hommes sur leur participation à la contraception. Ils ont expérimenté différentes possibilités contraceptives du slip chauffant aux produits hormonaux.

4 décembre 1974 : loi sur

- le remboursement des pilules contraceptives,
- l'accès pour les mineures à la contraception sans autorisation parentale dans les centres de planification et d'éducation familiale.

La publicité pour la contraception reste toujours interdite (loi de 1920).

Mars 1978 : création de l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM)

1979 : création de l'ANCIC !

1980 : introduction en France du Depoprovera (contraceptif injectable).

Mai 1981 : création d'un Ministère des Droits des Femmes !

Novembre 1981 : lancement de la première campagne nationale télévisuelle sur la contraception sur le thème « Pouvoir Choisir ».

1990 : commercialisation de l'éponge contraceptive avec spermicide.



Années 1990 : commercialisation des pilules de troisième génération.

1991 : loi autorisant sous certaines conditions, la publicité pour les préservatifs et certains autres contraceptifs.



1992 : commercialisation en France du préservatif féminin (Le Fémidom).

1993 : mise sur le marché aux Etats Unis d'un bâtonnet de silicone implanté sous la peau (le Norplant).

1999 : - légalisation de la publicité pour tous les contraceptifs.

- Juin : mise sur le marché sans prescription médicale d'un contraceptif d'urgence (Norlevo) en France.

2000 : - janvier : nouvelle campagne nationale de contraception « La contraception, à vous de choisir la vôtre ».

13 Décembre 2000 : loi relative à la contraception d'urgence :

- autorise sa délivrance aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies (décret en janvier 2002).
- autorise son administration par les infirmières scolaires des collèges et lycées (décret du 27 mars 2001).

4 Juillet 2001 : loi relative à l'ivg et à la contraception.

- instaure des séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires de la maternelle à l'université.
- reconnaissance de la stérilisation féminine et masculine comme mode de contraception définitif.
- prescription médicale contraceptive aux mineures sans consentement parental ou du représentant légal par les médecins libéraux.

Fin 2001 : commercialisation du premier implant contraceptif en France (Implanon).

Janvier 2002 : - nouvelle campagne nationale contraception « la contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place ».
- décret sur délivrance gratuite de la contraception d'urgence pour les mineures en pharmacie.

2002 : commercialisation du système intra-utérin hormonal (Mirena).



Mars 2004 : commercialisation de deux nouvelles formes de contraception hormonale (patch et anneau vaginal).

9 août 2004 : loi relative à la politique de Santé Publique :

- un des objectifs : « assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours »
- autorise les sages femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites d'une naissance et d'une interruption de grossesse.

Novembre 2004 : commercialisation d'une nouvelle posologie de la contraception d'urgence (un seul comprimé).

2007 : - nouvelle campagne nationale contraception « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit. » avec notamment la création d'un site internet référent (www.choisirsacontraception.fr) et la mise en place d'un numéro gratuit d'information (0 800 235 236)
- création d'une journée mondiale de la contraception : le 26 septembre

23 juillet 2009 : Article L5134-1 du code de santé publique « l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage femme ».

Novembre 2011 : campagne nationale contraception en direction du grand public et des professionnels « Choisir sa contraception ».

17 mai 2011 : loi permettant aux infirmières de renouveler les prescriptions de contraception hormonale « pour tous les infirmiers y compris les infirmières des établissements scolaires du second degré, les infirmières des services de PMI, et celles des CPEF ».

12 octobre 2011 : arrêté fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes dont les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.

12 janvier 2012 : décret précisant les modalités du renouvellement de prescription de contraception orale par les infirmières.

2012 : nouvelle campagne nationale contraception avec pour slogan « Ton avenir, ton choix, ta contraception ».

17 Juillet 2012 : décret autorisant la pose et le retrait de l'implant contraceptif par les sages-femmes.

17 juillet 2012 : décret permettant aux pharmaciens le renouvellement des contraceptifs oraux (6 mois maxi sur présentation d'une ordonnance de moins d'un an).

24 juillet 2012 : arrêté permettant la délivrance gratuite de la contraception d'urgence dans les services universitaires et inter universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

Octobre 2012 : la loi de financement de la sécurité sociale 2013 prévoit le remboursement à 100% des contraceptifs (ceux pris en charge par la sécurité sociale) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

14 Novembre 2012 : remboursement de la méthode Essure sans limite d'âge (la pose du dispositif Essure n'était plus remboursée pour les femmes de moins de 40 ans depuis 2010).

Mars 2013 : déremboursement des pilules de troisième génération.

Martine Chosson

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

TEMOIGNAGE DE JEANNE WEISS ROUANET

**Féministe, ancienne présidente du MLAC,
médecin anesthésiste à la Maternité des Lilas (93).**

Propos recueillis par Martine Chosson



Jeanne témoigne de sa situation personnelle au moment où est votée la loi autorisant la contraception en 1967, situation partagée par beaucoup de femmes à ce moment là :

En 1967, j'avais trois enfants et quelques avortements derrière moi, alors...la Loi, c'était bien tard.

Pour tout dire, ma contraception a longtemps été réduite à un diaphragme que m'avait procuré une gynécologue hollandaise à Paris. Elle donnait ça presque sous le manteau et n'apprenait même pas à le mettre en place. Je n'avais pas une grande connaissance intime de moi-même, donc il est resté dans mon sac pendant longtemps, et comme un grigri j'espérais qu'il ferait son effet quand même. L'avortement a été ma contraception pendant des années, et j'y ai eu recours dans une grande solitude.

En autorisant l'usage de la contraception, la société a introduit de fait dans l'espace individuel de chaque femme, l'accès à une autre dimension, partagée, collective, politique en fait. Elle portait en germe la compréhension d'une appartenance à une communauté, celle des femmes ; d'une autre nature que la solidarité qui avait toujours existé.

D'un autre côté, entre la légalisation de la contraception et son application individuelle, il fallait du temps, à commencer celui, pour une femme, de faire confiance à cette société qui l'avait si maltraitée naguère. Quand j'y pense, ce qui m'a freinée, c'était la sensation que la société faisait irruption dans ce que j'avais de plus intime, ma sexualité. Gloup !

Merci au Planning Familial, quel chemin il nous a fait faire.

Je crois qu'il faut que je revienne à moi.

Mai 68 a été un temps révélateur. C'est à partir de là que j'ai découvert que d'autres se posaient les mêmes questions que moi, d'abord sur leur pratique médicale, puis comment le système médical et la société dans laquelle on vivait (et qu'on était en train de remettre en question) fonctionnaient de la même manière et se confortaient l'un l'autre. Et je ne pouvais pas en même temps remettre en question le système dans la rue et ne pas voir que j'étais complice de ce «pouvoir médical».

Il m'a fallu faire un chemin personnel pour retrouver ces frères et sœurs qui partageaient les mêmes idées que moi. J'avais signé le Manifeste des Avorteurs, et c'est comme ça que j'ai rencontré le GIS (Groupe Information Santé), qui m'a ouvert un autre monde. Alors, il est devenu clair qu'on se battrait ensemble pour la libération de l'avortement et de la contraception. Ou comment on devient militante ...

Et la pilule ? Ça a été dans la même période que j'ai fait le pas, et alors là, j'ai découvert le plaisir, le plaisir ! Sans cette arrière pensée permanente, la trouille d'être enceinte, cette menace, et l'impression d'avoir à payer le plaisir.

Des générations de femmes, des millénaires de femmes peuvent témoigner de cette angoisse, peur permanente, comme la vivent encore celles qui actuellement n'ont pas accès à la contraception.

Dans mon histoire, l'avortement a été l'accès à la contraception.

Quand je dis « l'avortement », là je parle de la bataille pour sa libération et plus précisément du MLAC. Et encore plus précisément de la pratique des avortements que le GIS avait introduite en France.

Je ne peux pas séparer la contraception, la pratique de l'avortement et le féminisme, c'est un ensemble.

Avec le MLAC, pratiquer des avortements, ça voulait dire entrer dans les appartements (c'est là qu'on faisait les avortements) de gens qui ne me ressemblaient pas, avec des vécus et des modes de vie très différents. Là on voyait de près les failles et la nécessité de la contraception, et à quel point elle n'était pas entrée dans les mœurs. (Toute publicité pour la contraception était interdite, alors que la contraception était autorisée !!!) Cette pratique, c'était aussi se mettre en dehors de la loi, ce qui était nouveau pour quelqu'un qui avait toujours sagement travaillé à l'hôpital (c'était avant la Maternité des Lilas). Ça m'a fait sortir de ma bulle, entrer dans le monde militant.

Voilà, peu à peu, tu apprends des choses, tu les apprends par les autres, pour les autres, et enfin tu les apprends pour toi. C'est long. Au bout d'un moment tu t'interroges sur toi-même, tu te dis « tu devrais aller regarder pour toi par là ».

Politiquement je commençais à comprendre, mais sur le plan personnel il restait beaucoup à faire ! Tu te crois dans des situations très très particulières tant que tu ne communique pas avec d'autres, et tout d'un coup tu parles avec les copines, et par ici par là tu te reconstitues à travers les histoires des autres et c'est ça le féminisme, l'ensemble des histoires personnelles qui se regroupent et qui s'enrichissent ; ce n'est qu'après que j'ai pu intégrer les traités théoriques, et déjà les lire.

Dans le même temps, je vivais un remaniement complet de ma vie, envahissant : découverte du militantisme, des copains, d'un autre monde, du groupe femme qui était très important. C'est dans les groupes de femmes qu'après avoir beaucoup discuté des fondements du féminisme et en quoi il s'adressait à nous, on en est arrivées (courageusement ! L'époque était encore prude ...) à aborder la sexualité, notre sexualité : au début ce n'était pas évident, mais on a fini par se parler vraiment, et s'écouter, et en fin de compte on s'est bien amusées.

Je ne peux pas m'empêcher de me méfier des militantismes qui ne s'appuient pas sur du vécu. J'avais envie de pleurer quand je voyais comment les mouvements politiques gauchistes arrivaient à sucrer le féminisme à leurs militantes : elles étaient complètement manipulées par les hommes à l'intérieur des mouvements, mais servaient de cautions féministes. Sauf que pendant ce temps, au nom de la révolution (à venir), il leur était interdit sur le plan personnel de remettre en question le fonctionnement de ce groupe, système qui justifiait à lui seul qu'on devienne féministe !

Pour moi, je pense que j'ai eu une vie féministe, ma mère était féministe, même si on ne le disait pas comme cela, j'étais constitutionnellement féministe, ce n'était pas du militantisme, c'était une éducation, une tradition familiale, les modèles que j'ai eus c'était du féminisme. Malheureusement, si je puis dire, la liberté sexuelle en faisait partie ! D'où la suite... C'est quand j'ai pu théoriser tout ça que je suis devenue *féministe*.

Je ne sais pas si c'est comme ça que tu aurais voulu qu'on parle de la contraception. Mais je me dis que la loi Neuwirth, elle nous avait été « octroyée » (et tant mieux) sans que la majorité des femmes, y compris moi, se soit impliquée dans cette acquisition. Ce sont les médecins gynéco qui nous la présentaient. L'avortement, c'est complètement différent, nous l'avons gagné dans la rue, après en être mortes si longtemps. C'est une sacrée différence !

Voilà. J'ai peut-être un peu dérivé...

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

TEMOIGNAGE SUR LA VASECTOMIE par PIERRE DE BOCK

Voici mon témoignage sur la vasectomie.

Quelques informations pratiques :

Je suis né en mai 1942

Marié en 1969 et 2 enfants (jumeaux) en 1970.

Vasectomie en 1975.

Ne désirant pas d'autres enfants, ma femme et moi avons opté pour une solution non contraignante et radicale de contraception : soit la ligature des trompes, soit la vasectomie.

Car les autres moyens de contraception disponibles en 1974 ne nous convenaient pas du tout.

Le planning familial, contacté en 1974 nous avait donné des adresses de cliniques pratiquant la vasectomie en Suisse, Angleterre et aux Pays-Bas (ces cliniques pratiquaient surtout des avortements). De toutes façons, la vasectomie était interdite en France. mais étant Belge, je n'étais pas concerné par cette interdiction. Il faut ajouter qu'en 1974, la ligature des trompes était une intervention lourde; ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

J'ai choisi une clinique à Utrecht aux Pays-Bas pour des raisons de facilité d'accès et de langue, le Néerlandais étant ma langue maternelle.

Vu mon âge relativement jeune pour une vasectomie, le chirurgien Hollandais avait exigé la présence de ma femme avant l'intervention, afin de bien cerner mes (nos) motivations. Avant de partir aux Pays-Bas, j'avais contacté un médecin généraliste dans la région, qui était disposé à me suivre après l'opération (fils à enlever, aide si problème ...). Le matin avant l'intervention, j'ai eu une consultation avec le chirurgien en présence de ma femme. Divers points furent abordés, concernant le caractère irréversible de la vasectomie à cette époque :

-si ma femme mourrait ou si nous nous séparions et que je refasse ma vie avec une autre personne désirant des enfants

-si mes enfants mourraient (maladie, accident ...)

Avant d'aller aux Pays-Bas nous avons ma femme et moi longuement discuté les différents problèmes que nous pourrions rencontrer. Mais entre nous tout était clair et net.

L'opération a durée 1/4 d'heure pour chaque testicule : anesthésie locale, sectionnement du canal déférent, plissage et ligature des 2 bouts de canal coupé. Ceci garantissait la stérilité à 100% car il s'était avéré dans le passé qu'une simple ligature du canal déférent ne suffisait pas : des spermatozoïdes arrivaient quand-même à "passer" et il y a eu des grossesses "post-vasectomie".

Le lendemain de l'opération, j'ai du prendre quelques anti-douleurs mais je marchais normalement et 2 jours après j'ai repris une activité normale. Il est important de signaler que je travaillais dans un bureau, donc pas d'effort physique important à fournir. Sinon j'aurais dû attendre env. 1 semaine.

Lors de la consultation le matin, le chirurgien, sachant que nous venions de loin, avait laissé ses coordonnées personnelles à ma femme pour qu'elle puisse le joindre en cas de problème (nous étions dans un hôtel à Utrecht).

Ensuite, il fallait "évacuer" les spermatozoïdes restant dans les circuits, donc avoir des rapports (protégés, cela va de soi) autant que possible.

Puis, le spermatogramme, prescrit par le médecin cité plus haut, a relevé l'absence totale de spermatozoïdes dans le liquide séminal.

Ma femme et moi avons pris une marge de sécurité de 3 mois avant d'avoir des rapports non protégés. Le changement dans notre vie de couple fut extraordinaire, car fini les contraintes de dates et nous pouvions faire l'amour lorsque nous en avions vraiment envie.

Il faut préciser encore que nous ne nous sommes pas décidés sur un coup de tête : entre le moment où nous avons décidé de choisir un moyen de contraception sûr et non contraignant, où nous avons contacté le planning familial et le moment de l'opération, il s'est écoulé 1 an.

Il me semble pour que la vasectomie ne tourne pas à la catastrophe, l'homme doit être prêt dans sa tête et accepter l'idée de stérilité définitive, même si quelques interventions pour rétablir le "circuit" aient été réalisées avec succès.

Un membre de ma famille, qui était intéressé par notre expérience n'a jamais pu se décider pour la vasectomie. Il n'était pas prêt psychologiquement et me disait ne pas supporter l'idée que l'on touche à sa virilité. Et bien qu'il fut nettement plus âgé que moi, le fait de devenir stérile le gênait énormément.

Il n'avait pas non plus le soutien moral et affectif de sa femme pour cette démarche importante.

Car il me semble que la vasectomie est surtout une affaire d'entente dans le couple et pas une décision de l'homme seul.

Il ne faut pas non plus oublier l'aspect de confiance au niveau du couple, car l'homme, ne pouvant pas faire d'enfant lors d'une aventure extra-conjugale, pourrait courir le "guilledoux" à sa guise !

Cela fait maintenant 38 ans que j'ai été "vasectomisé" et ne n'ai jamais senti une différence au niveau du libido, ni un quelconque trouble physiologique (ni de changement dans ma voix !) et je conclus en disant que je n'ai jamais regretté notre démarche.

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

PREMIER CENTRE OUVERT AU PUBLIC – LE PLANNING FAMILIAL GRENOBLOIS

Création de la « Maternité Heureuse » - « Mouvement Français pour le Planning Familial »

Françoise Laurant, présidente de 2000 à 2009 du MFPP, présidente de la Fédération Régionale Rhône Alpes du Planning Familial.

Le 8 mars 1956, le Dr M.A.Lagroua Weill-Hallé, des femmes protestantes, des franc-maçonnnes et des médecins, déposèrent les statuts de l'association « **La Maternité Heureuse** » à la Préfecture de Paris. Cette dénomination correspondait à une volonté de se situer essentiellement par rapport aux femmes, et de ne pas se positionner d'emblée sur le terrain idéologique. Le premier CA n'était composé, d'ailleurs, que de femmes.

Les objectifs affichés, qui en fait, visaient la disparition de la loi 1920 sur la contraception, étaient :

- l'étude des problèmes de la maternité, de la natalité,
- la recherche des informations scientifiques françaises et étrangères relatives à ces problèmes,
- l'étude de tous les problèmes pouvant améliorer les conditions de la maternité et de la naissance.

Le risque d'interdiction de cette association était réel.

L'association, par des conférences et des formations concernant le droit à réguler les naissances, par l'information, et non par la propagande à la contraception, s'engagea immédiatement dans la lutte pour les droits et la maîtrise de la procréation.

Création de la Section Locale du Planning Familial

En Isère, le Dr Henri Fabre, jeune gynécologue-accoucheur, engagé dans la résistance et au PCF pendant la seconde guerre mondiale, puis militant trotskiste, s'engagea pour l'accouchement sans douleur, et fut rapidement révolté par les souffrances, les mutilations subies par les femmes qui avortaient clandestinement. Apprenant par Le Monde la création de « La Maternité Heureuse », il y adhéra et devint un fervent prescripteur de diaphragmes. Il rejoignit un groupe de grenoblois déjà adhérents à l'association : des protestants, un médecin, un professeur de droit catholique, des militants laïques, des membres des Auberges de Jeunesse, et surtout Georges Pascal Professeur de philosophie à l'université, qui avait été sensibilisé aux « drames » de l'avortement clandestin, lors de ses années d'enseignant à l'Ecole Normale d'Institutrices.

L'énergie et le militantisme de l'équipe formée par Fabre et Pascal entraînèrent dans la lutte pour la libre maternité des militant-e-s bien différents du groupe parisien : plus mixtes et plus radicaux.

Deux ou trois militants de Grenoble ont été régulièrement élus au CA national de la Maternité Heureuse, qui changea de nom « Le Mouvement Français pour le Planning Familial » suite à son adhésion à l'**IPPF** (Fédération Internationale de Planification Familiale).

Les adhérents de l'Isère se réunirent régulièrement, pour former la Section Locale de Grenoble du MFPP, et développèrent de nombreuses conférences et formations en Isère. Une équipe de médecins se réunissait également pour échanger informations, formations, études et recherches.

Ouverture du Centre Grenoblois du MFPPF

Ouvrir un « Centre » au public devint rapidement le projet de l'équipe, pour permettre à la population d'accéder à l'information sur la contraception. La direction nationale s'opposa à un tel projet qui pouvait entraîner la dissolution de l'ensemble du MFPPF.

Malgré tout, pendant plusieurs mois, un groupe de travail se réunit chaque semaine pour mettre au point le projet, qui fut voté à l'unanimité des 87 adhérents lors de l'AG de la Section de Grenoble en mai 1961.

Les informations données aux adhérents par l'association ne pouvaient pas être considérées comme de la propagande. Par ailleurs, la loi n'interdisait que la propagande anticonceptionnelle, et non les prescriptions et les ventes de contraceptifs.

Deux structures travaillant dans le même lieu furent définies :

- Un lieu d'accueil du public où des « hôtesse » du MFPPF informaient sur la contraception et recueillaient les adhésions.
- Le Centre d'Etudes Médicales pour l'Orthogénie (CEMO), groupement de 23 médecins prescrivant les contraceptifs dans leurs cabinets.

Seuls les médecins du CEMO risquaient des poursuites !

L'inauguration du Centre s'est déroulée le 10 juin 1961, dans un local au centre de Grenoble.

De nombreuses personnes y assistèrent, bien que peu d'officiels français. Seul le Maire de Grenoble s'était fait représenter. La direction du MFPPF n'y participait qu'à titre individuel. La direction de l'IPPF-Londres apportait son soutien officiellement.

Cependant, la médiatisation importante couronnée par l'émission « Cinq colonnes à la une » en septembre 1961, la fréquentation de 1000 personnes pendant l'été, et l'augmentation fulgurante des adhésions, convainquirent la direction nationale du MFPPF de soutenir ce centre, d'autant plus que les Pouvoirs Publics ne se manifestèrent pas. C'est ainsi que 26 nouveaux lieux de permanences du MFPPF ouvrirent l'année suivante, et 79 autres dans les cinq ans.

Des femmes et des couples, déjà sensibilisés à la notion de contraception venaient quotidiennement au Centre. C'était en majorité des enseignantes, des commerçantes, des employées, informées par leurs journaux syndicaux et corporatifs.

Ces afflux de consultant-e-s ont nécessité de renforcer l'équipe d'accueil et ont posé de nombreux problèmes pratiques, en particulier la fourniture de moyens contraceptifs.

En France les diaphragmes n'étaient pas en vente, ni la gelée spermicide. Les achats de diaphragmes et de gels spermicides se faisaient par la poste à l'étranger, ou, pour les femmes qui avaient suffisamment de ressources, en Suisse. Très rapidement, un militant-médecin, avec des connaissances en chimie, mis au point un gel spermicide, agréé par l'IPPF. L'exploitation de cet « ALPAGEL » se fit, production et diffusion, par « La Coopérative des Adhérents du Planning Familial de Grenoble ». Cette expérience dura 4 ans et s'arrêta. La production de ce gel spermicide se poursuivit avec une structure privée n'ayant plus de relations avec le MFPPF.

Les accueillantes, dont le nombre avait énormément augmenté, étaient bénévoles et d'origines très différentes. Leur travail se limitait à informer, écouter, proposer l'adhésion, et donner des adresses de médecins. Suite aux consultations aux cabinets des médecins du CEMO, les femmes revenaient voir les accueillantes pour que toutes les informations leur soient données sur les procédures d'achat et sur la pose des diaphragmes.

Leurs fonctions étaient importantes, mais elles étaient très « dépendantes » des médecins. Leur formation était dispensée par des médecins, sur l'anatomie, sur la physiologie de la reproduction et sur les moyens contraceptifs. Les difficultés dans les accueils qu'elles rencontraient avec les femmes, concernant l'écoute, la façon de présenter l'anatomie et la contraception, la sexualité et la domination masculine, les ont amenées à mettre au point des formations « non médicales », basées sur leurs pratiques. Le concept de co-formation est né des analyses régulières de la pratique : femmes « accueillantes » et femmes « du public » avaient des choses à partager.

L'équipe du MFPP de Grenoble a multiplié les interventions extérieures auprès de lycéens, sur la liberté de la procréation, et sur la contraception, à la demande d'enseignants. Les liens entre le PF, La Ligue de l'enseignement, la MGEN et les syndicats enseignants ont permis que se développent ces interventions et ont préfiguré la mise en place nationale du GNEIS (Groupe National de l'Education et l'Information Sexuelle) qui existe encore.

A Grenoble, une équipe « Formation » s'est mise en place très tôt. Les formations des accueillant-e-s ont, donc, préfiguré les formations exigées par les DDASS pour travailler dans les EICCF et les CPEF dès les décrets des années 70.

Après la Loi Neuwirth

La Loi Neuwirth fut votée fin 1967. Elle « libérait » la contraception. Elle prévoyait des structures médico-sociales, les CPEF avec des médecins favorables et compétents en contraception. Cependant, le gouvernement a attendu 5 ans pour publier les premiers décrets d'application.

1968 et les années suivantes ont permis que « la liberté sexuelle » devienne une revendication publique, la création du Mouvement de Libération des Femmes et les premières manifestations sur le Droit à l'avortement !

A Grenoble, des étudiants en médecine, dès 1971, sont allés en Angleterre apprendre la méthode Karman. A leur retour, ils ont adhéré à CHOISIR, puis au GIS (Groupe Information Santé), afin de pratiquer des avortements illégaux. Dès 1972, les locaux du MFPP ont servi à la pratique des avortements, à côté de locaux « clandestins » loués par le GIS. Les femmes faisaient leurs demandes d'avortement aux permanences du GIS, du MLAC, et du MFPP.

L'arrestation d'Annie Ferrey-Martin et de Jacques Manent ont mis le projecteur sur le Planning Familial de Grenoble, et donc sur son Centre. Le Planning s'est alors engagé dans la pratique des avortements, ses médecins pratiquant dans leurs cabinets ou dans les locaux du MLAC.

Institutionnalisation ou Politisation ?

Les décrets de la Loi Neuwirth, sur les Etablissements d'Information de Consultations et de Conseil Familial et sur les Centres de Planification et d'Education Familiale n'ont finalement été promulgués qu'en 1973 et 1974, juste avant la Loi Veil !

L'équipe du Planning de Grenoble s'est interrogée sur l'intérêt de son conventionnement comme CPEF. Nationalement, le MFPP était réticent face à ce type de conventionnement, de peur de perdre sa liberté.

Le Centre de Grenoble était ouvert tous les jours. Assurer un fonctionnement régulier, avec seulement des bénévoles, devenait de plus en plus difficile.

Les médecins, en réseau autour du Centre, avaient du mal à travailler en équipe, entre eux et avec les conseillères.

En fait, les textes sur les CPEF énonçaient des objectifs non contradictoires avec les pratiques du MFPP, les accueils collectifs n'étaient pas explicités. Le travail d'équipe médecins-conseillères du MFPP ne correspondait pas aux références d'une structure traditionnelle médico-sociale. Le MFPP n'était pas obligé d'écrire dans son dossier que ses médecins pratiquaient les avortements Karman dans ses locaux !

Ainsi, dès 1976 le MFPPF de l'Isère obtint un conventionnement au titre de CPEF. Le décret sur la gratuité pour les mineur-e-s, et la non obligation d'autorisation parentale étant publié, le MFPPF devenait sans problème « le Centre des Jeunes ».

Les luttes pour le Droit à l'avortement, et l'ouverture d'un nouveau Centre, plus grand, ont eu des effets immédiats et positifs sur la mobilisation des politiques locaux et des fonctionnaires municipaux, concernant la planification familiale :

- L'ensemble des travailleurs sociaux des Centres Sociaux de Grenoble demandèrent des formations sur ces nouveaux droits, et la liberté de disposer de son corps. L'année suivante, le CCAS de Grenoble demandait au MFPPF de travailler au montage d'un CPEF « Inter-quartier », éclaté sur 5 Centres Sociaux de la Ville.
- Plusieurs équipes municipales, nouvellement élues en 1977, avaient inscrit dans leur programme l'ouverture d'un CPEF sur leur commune. Elles se tournèrent vers l'équipe du MFPPF pour l'élaboration de leur projet.

Signer une Convention au titre des CPEF apporte aux activités de base du MFPPF l'image d'un Service Public. Les actions menées au titre d'objectifs non intégrés dans la convention CPEF, telles que l'accueil des femmes en délais dépassés, le travail avec le CIVG du CHU et celui de la Clinique Mutualiste sur une structure expérimentale prenant en charge les IVG de 12 à 15 SA, les affrontements et les procès avec les opposants à l'IVG et au Planning Familial, permettaient de montrer que le MFPPF n'abandonnait pas ses objectifs.

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

L'AIDE AU CHOIX CONTRACEPTIF par FLORENCE BARUCH

L'AIDE AU CHOIX CONTRACEPTIF

Du côté de la femme, du côté des professionnels

Un sujet actuel du côté du médical et des contre-indications mais tout aussi actuel du côté de l'aide au choix contraceptif en lien avec le produit, l'état amoureux, la période de la vie, l'histoire contraceptive des femmes de la famille et des professionnels.

Prendre en compte ce collier d'éléments permettra de participer à une meilleure observance.

Déjà fort de l'histoire de la contraception présenté par M. Chosson, on peut s'interroger ce qui favoriserait **une satisfaction accrue des femmes, des couples** en âge de procréer quant à leur moyen d'espacer les naissances, de ne pas avoir d'enfants et/ou de choisir le moment où ce projet potentiel deviendrait réalité alors il faudrait arrêter la contraception.

Les moyens à disposition

1) La pilule

Produit à prendre oralement (par la bouche : 1^{er} organe de communication du nouveau-né et premier organe de plaisir auto-érotique) quotidiennement.

Rappel quotidien ritualisé (à heure fixe), que c'est un moyen pour ne pas avoir d'enfant, pour dissocier plaisir sexuel et procréation.

C'est aussi **comme un engagement** où entrent en compte, outre les connaissances physiologiques, une conscience de soi, l'anticipation sur la relation sexuelle donc un besoin de contraception reconnu et continu.

La conscience de soi est soulignée par l'affirmation de soi car il va falloir aller la chercher cette pilule !

Il va falloir prendre un rendez-vous, se confronter à des inconnu(e) s à des non-familiers, à des non-copains, à des étrangers et parler, même à demi-mot, de sa sexualité, de son intimité. Sexualité fantasmée, débutante ou installée avec son cortège d'éventuels traumatismes, d'expériences plus ou moins satisfaisantes du point de vue relationnel, affectif, sensuel et corporel ; sans oublier les empreintes mnésiques laissées par les histoires familiales du côté de la filiation et des alliances.

2) Le préservatif masculin

Cette protection en latex ou en polyuréthane qui sépare les corps pour les protéger, dans un respect mutuel de l'intimité de chacun.

Le corps est pris en compte avec son rapport au toucher, à la possibilité d'érection. Le parler est nécessaire dans la relation amoureuse et sexuelle pour que, si un échec survient, la fille soit partie prenante et concrètement active dans l'utilisation de ce mode de contraception si nécessaire en début de vie sexuelle et pour des relations passagères, épisodiques. Elle pourra réagir et demander la contraception d'urgence.

3) Le DIU encore appelé stérilet

Un appareil posé "dans le ventre", "dans la maison des bébés", ce fameux utérus de complétude éventuelle, et donc inséré par un autre et souvent pendant les règles, ce sang aux signifiants énigmatiques, source fantasmatique inépuisable. Cet appareil contre lequel on ne peut rien si ce n'est quelques métrorragies, quelques douleurs parfois...

Un objet qui n'empêche pas la fécondation mais la nidation.

Et Le médecin, la sage-femme est indispensable pour l'insérer et le retirer.

4) L'implant

Contraception discrète qui est aussi placée dans le corps mais dans une partie, loin des zones sexuellement reconnues, de la différence des sexes et du côté du maternel. Contraception que l'on peut oublier comme une part du féminin rappelé par la rythmicité des règles.

Les femmes le disent : "Ouf ! Enfin ce n'est pas dans l'utérus !" et/ou "Ouf ! Enfin, je n'ai plus mes règles.... Je suis libre.

Mais, là encore, il y a besoin du médecin pour le choisir, le poser et le retirer pour le remplacer ou pour démarrer une grossesse.

5) L'anneau vaginal

La pose nécessite une connaissance de son corps et une familiarité avec son intérieur sexuel, la reconnaissance de son vagin. Les adolescentes en période pubertaire comme l'ont montré les analystes J.Cornut et Mme Cornut-Janin n'ont pas ou peu de représentation de leur vagin même si elles et ils ont une représentation, garçons et filles, de l'utérus dans lequel ils ont tous baigné...et malgré le fait de pouvoir parfois utiliser des tampons -souvent avec inserteur - pendant leurs règles.

Qu'en est-il aussi de la représentation de cet anneau vaginal pour l'homme dans sa sexualité ?

6) Le patch

Marque sur la peau qui peut se donner à voir, qui peut aussi se cacher, se coller et se décoller. Sur lequel on peut associer avec les tatouages, les patchs anti-tabacs et les patchs pour d'autres indications (pbs cardiaques, etc, etc...)

Qu'en est-il de son acceptabilité ?

7) L'auto-injection

On nous dit qu'elle arrive ...Se faire mal une fois par mois pour se faire plaisir ...tous les jours...?

8) La contraception d'urgence

Il faut déjà se savoir, se reconnaître candidate à la prise de ce joker !

Savoir que l'on a pris un risque de grossesse.

On entend : " mais on a fait l'amour loin du 14 ème jour", ou "il s'est retiré à temps", ou bien "j'ai une copine qui a été très malade", "j'ai une copine à qui le pharmacien a refusé de la lui donner car c'était la deuxième fois", "mon copain ne m'a pas dit que la capote s'était percée"...

Il est donc question ici de se projeter dans un avenir, d'évaluer la prise de risques et de reconnaître qu'à une prise de ce risque-là de grossesse, il y a quelque chose à faire sans attendre.

En fonction de l'âge

Aux extrêmes de la vie procréatrice :

1) Les - de 18ans :

Une contraception pour qui ? Laquelle ? Et quand ?

Comment imaginer en période pubertaire puis post-pubertaire que l'on peut engendrer comme père et mère et donc être parents comme eux ?!

Quelles relations entre un rapport sexuel, voir des caresses, style frottage comme on dit au Canada et une grossesse ?

" Une relation amoureuse au point d'avoir des relations corporelles, des caresses sensuelles avec sa copine, avec son copain, ça ne va pas entraîner une grossesse ?! "

« C'est impossible, nous disent-elles, on n'a pas eu de rapports sexuels comme les adultes ! D'ailleurs, on n'y est pas prêts ».

Et puis la rosée du désir chez le garçon en début d'érection, une belle glaire cervicale bien filante chez la fille, et une fécondation peut avoir lieu. « Mais je suis encore vierge » crient-elles, sidérées.

2) Les + de 40ans : Une contraception est-elle encore nécessaire ?

Il y a celles qui pensent qu'elles ne sont plus fertiles et qui s'imaginent déjà en préménopause ou en ménopause. A cette période, la fertilité est de l'ordre de 1/1000, disait Françoise Goupil -Rousseau dans un article de *Gynécologie et psychosomatie*, il y a quelques années. C'est une période où peut s'amorcer un travail de deuil psychique quant à la maternité. Il peut s'accompagner de lapsus, d'actes manqués, de passages à l'acte comme une vérification inconsciente d'une fertilité encore possible.

Rivalités, comparaisons, résistances et défenses sont mises à l'œuvre dans cette période quand une contraception est si difficile à trouver et à maintenir jusqu'aux temps où cela deviendra inutile physiologiquement mais psychiquement, il s'agit d'un autre temps, d'une autre mesure du temps. A une période où ce sont les enfants devenus adultes qui vont procréer.

Les professionnels

Et l'histoire de la contraception

La génération - pilule ne jure que par cette contraception efficace, sa conquête ; elle a commencé sa vie sexuelle ou l'a modifiée dans le sens d'une libération : « jouissez sans entrave » grâce à la contraception orale.

La jeune génération de professionnels des années 80 s'est confrontée à la recrudescence des IST et au fameux VIH, le préservatif est là bien présent et même représenté dans les halls d'exposition des rencontres sur le SIDA mais rarement parmi les stands tenus par des laboratoires dans des manifestations scientifiques sur la contraception, bizarre !

La complémentarité médecin, infirmière et professionnel du psychisme

Selon la configuration de la structure de soins, hors la pratique libérale, en équipe, grâce à l'échange verbal et infra-verbal entre les membres d'une équipe complété par un travail de supervision sur la place de chacun dans cette aide au choix contraceptif, chaque professionnel participera à ce que la patiente advienne en tant que sujet autonome, s'autorisant à évoquer les notions comme l'articulation entre le féminin et le maternel, l'histoire contraceptive des femmes de la famille, etc... Le plaisir de penser, d'associer psychique ensemble permettra au néo-groupe : professionnels et consultant-es -demandant une contraception d'exister, ainsi que chaque sujet dans ce système. On sera loin d'un moyen de communication fusionnelle et chaque sujet existera à part entière. Le travail sur les projections et les identifications est envisageable pour parasiter au minimum le lien thérapeutique de sa subjectivité.

Conclusion

Notion de souplesse psychique et meilleure observance

Rien n'est jamais acquis dans le domaine de l'aide au choix contraceptif, les loupés, les oublis, les hésitations, etc. sont là, manifestations de l'inconscient collectif et personnel des sujets.

Plus, on fait preuve d'écoute souple psychiquement, plus, outre la série des antécédents familiaux, médicaux, etc, le message passera sans trop de parasites que sont les brouillages des pistes d'intégration de l'information par l'histoire du vécu de la différence des sexes et des générations qui fonde le social et donc aussi la relation médecin –consultant-e-s.

Bibliographie

- André J. (1999) *Aux origines féminines de sexualité*, Paris, PUF
- Baruch F. (2000) *La contraception, à vous de choisir la vôtre*, AFC
(2000) *Qu'est-ce que l'éducation sexuelle ?* in Différences, ANCCF, N°81
- Baruch F. (2005) *Les crises familiales : violence et reconstruction*, ouvrage collectif sous la direction de G.Decherf, In Press
- Cohen J. (2000) *L'autonomie du patient ou la place du patient dans la décision thérapeutique* In Gynécologie, Obstétrique et Fertilité Vol 28-N°7-8, p 495-501
- Cornut J. (1998) *Le pauvre homme ou pourquoi les hommes font peur aux femmes*, in Revue Française de Psychanalyse, 2, PUF, 393-414
- Freud S. (1914) *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1977
(1923) *Trois essais sur la sexualité*, Paris, Idées /Gallimard, 1962
- Lachowsky M, Rey-Toledano R. (2000) *Améliorer l'observance de la contraception orale*, in Gynécologie, Obstétrique et Fertilité Vol 28-N°4, 317-323
- Le Guen A. (1994) *Filiation féminine et identité sexuelle*, in Revue Française de Psychanalyse, 6, Ed.PUF, 194-203
- Racamier P-CI (1989) *Antoedipe et ses destins*, Paris, Ed. Apsygée

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

TEMOIGNAGE D'UN GARÇON SUR LA CONTRACEPTION par LOÏC B.

La formation dispensée par l'AFC Jeunes (Association Française pour la Contraception) n'est pas qu'une ligne sur le CV. Elle peut se targuer de recouvrir bien plus que cela. Je vais me charger dans les lignes qui suivent de vous montrer pourquoi.

Commençons par le commencement, à quoi sert cette formation ? Elle sert à un groupe de jeunes de divers horizons de se réunir pour un week-end, pendant lequel ils apprennent à peu près tout ce qu'il y a à savoir sur la contraception, dans le but d'intervenir dans des festivals principalement. Au cours de ces festivals ils font remplir des questionnaires à des gens du public choisis au hasard, hommes ou femmes, jeunes ou vieux, à propos de la contraception, le but étant de leur faire prendre conscience de certaines réalités, et au besoin de se débarrasser de certaines idées préconçues ou de clichés.

Des clichés, oui, il en sera beaucoup question dans cet article.

Je ne pourrais tout d'abord pas évoquer mon expérience avec l'AFC sans mentionner le fait que je suis homosexuel. Et je ne dis pas cela par plaisir de faire un énième coming-out, car je suis bien conscient que foncièrement cela n'intéresse personne, mais simplement pour que le lecteur puisse comprendre combien cette expérience est ouverte et riche. En effet, même moi qui pourtant ne suis pas concerné directement, physiquement dirais-je, par la contraception, pour cause d'incompatibilité physiologique fondamentale entre moi et le but de l'association, j'y ai pourtant trouvé mon compte.

Quand j'ai suivi cette formation, je ne connaissais pas l'association mais pensais connaître beaucoup sur la contraception. Au bout de quelques heures de formation je me suis rendu compte de la petitesse de ma connaissance, mais loin d'avoir fermé une porte, cela en a plutôt ouvert une. Et à la fin du week-end de formation je me retrouvais avec de nombreuses pistes de réflexion basées sur de solides bases et points de repères. Ce n'est pas que cela m'a fait ouvrir les yeux sur la contraception, car j'étais déjà intimement convaincu de son utilité et de sa force, mais cela m'a poussé à réfléchir sur certains sujets que je n'avais pas pensé à aborder, cela a affiné les questions et les réponses que l'on peut leur apporter, outre que cela a *fait* à proprement parler ma culture générale sur ce propos. D'autre part, cette formation fut l'occasion d'une rencontre avec une équipe, formatrices et camarades de formation confondus, avec qui les contacts ont toujours été excellents.

Si à présent je me mettais à la place d'un homme non homosexuel, et que j'essayais d'imaginer quel(s) bénéfice(s) je tirerais pour moi de mon adhésion à l'AFC, plusieurs arguments s'offriraient à moi. Car c'est une vérité mes chers amis, nous les hommes sommes également sujets à la contraception.

Pour commencer, et jusqu'à preuve du contraire, pour qu'il y ait contraception, il faut une femme, certes, mais il faut aussi un homme. Et comme un homme averti en vaut deux, un homme averti sur la contraception vaut deux (fois moins d'ennuis par la suite). C'est mathématique.

Je ne voudrais pas non plus verser dans les clichés des cours de communication et de pseudo-psychologie, mais il est indéniable qu'un homme qui parle à un autre homme d'un sujet qui *à priori* ne semble pas les concerner (je dis bien *à priori*), cela force la crédibilité, et le questionné aura davantage tendance à se laisser convaincre par le questionneur si le questionné trouve en lui un miroir de lui-même, un point commun significatif auquel il peut se raccrocher et donc adhérer aux propos. Ce point commun entre les deux hommes, leur masculinité donc, ne sera au final qu'une passerelle qui permettra à la personne interrogée de dépasser *l'a priori* pour réfléchir sur la contraception et constater

par lui-même que cela le concerne également, tout simplement par la définition même de la contraception (aller à l'encontre, *contra*, de la conception ; c'est à dire de la rencontre de deux gamètes nécessairement masculin et féminin, où l'homme est donc responsable de la moitié du processus).

Enfin le fait d'avoir des hommes dans l'association aide justement à tordre le cou aux clichés et aux préjugés qui disent que la contraception est un truc de femme qui s'arrête à la pilule, en montrant que si en effet il y a plus d'intervenantes que d'intervenants, ces derniers sont tout de même présents et tout aussi enclins à défendre et faire mieux connaître la contraception que leurs homologues féminins.

Pour finir, les festivals et autres interventions auxquels j'ai participé au fil des années, car il s'agit bien d'années maintenant, m'ont permis de développer quelque chose de particulier avec les gens qui ont accepté de répondre à notre questionnaire : c'est grâce à eux dans ces moments là que l'on réalise à quel point l'association est utile car elle est éclairante, pour tous !

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

CONTRACEPTION : INFORMATION – APPROPRIATION – PRESCRIPTION EXPERIENCE DU CENTRE DE PLANIFICATION ET D'IVG BLUETS TROUSSEAU par MARIE-LAURE BAZILE ET MARTINE CHOSSON

Le centre de planification et d'IVG Bluets-Trousseau, dans le 12^{ème} arrondissement de Paris assure contraception, prévention, conseil conjugal et familial, et IVG.

Les locaux sont individualisés, le personnel du Centre spécifique (secrétaire, infirmière, psychologue, conseillère conjugale et familiale, sage-femme et médecin, et l'infirmière), sous la responsabilité d'un médecin référent et d'une CCF (Conseillère Conjugale et Familiale) coordinatrice forment une équipe.

Dans notre centre depuis les débuts de la contraception d'urgence des années 80, les CCF la délivrent. Nous avons établi une politique de prise en charge afin que la **contraception soit accessible tous les jours**, et assurer une prise en compte de chaque demande quand elle se présente : « c'est ce soir que je dois la reprendre et je n'en ai plus ». Pour nous, il est important avant tout de répondre à cette demande urgente de contraception, et si cela est possible d'inviter la jeune à comprendre ce qui l'amène à se mettre dans cette situation d'urgence.

C'est au regard de ces objectifs que le centre a décidé de permettre aux CCF de participer à la délivrance de la contraception dans son ensemble : l'information et la prévention (dépistage des IST), l'aide au choix et la délivrance de la contraception hormonale, plus particulièrement pour les mineures, les jeunes majeures désirant garder le secret, et les femmes sans couverture sociale.

Les connaissances **des Conseillères Conjugales et Familiales (CCF)** de la physiologie et de la psychologie des femmes les qualifient pour aider celles-ci à choisir la contraception la mieux adaptée. Leur spécificité de l'accompagnement de la femme dans sa globalité et du couple permet ainsi l'amélioration de l'accès aux soins, à la contraception, à l'IVG, aux dépistages et à la prévention des IST et des violences faites aux femmes.

Les CCF sont formées et compétentes pour recevoir une parole sur l'intime, l'estime de soi, de l'autre ; et aussi d'aborder les représentations corporelles, le prendre soin de soi, de l'autre (se protéger, protéger l'autre), le désir d'avoir ou non un enfant. Toutes ces questions ont leur place dans la démarche contraceptive.

Prendre intérêt à la vie de tous les jours de la jeune reçue, à l'école, à sa famille, à son amoureuse et à son amoureux, dialoguer autour des désirs, espoirs, projets, chagrins...demande disponibilité et écoute personnalisée au plus proche du, des vécu de chacune et l'adaptation à la situation personnelle, amoureuse et le mode de vie.

Nous avons organisé, tous les mercredi après-midi, un accueil spécifique sans rendez-vous, toujours dans un souci d'une prise en charge de la personne dans sa globalité et d'une reconnaissance de la jeune fille dans cette démarche contraceptive.

Cet accueil, assuré le plus souvent par la CCF et la sage femme propose informations, discussions et orientations et délivrance contraceptive.

Bien évidemment au moindre doute et à la moindre particularité, nous passons le relais au médecin soit immédiatement s'il y a la possibilité, soit avec un rendez vous ultérieur.

Cette délivrance de la contraception par le personnel non médical sous la responsabilité du médecin référent, offre un accès à la pilule plus facile aux jeunes et ouvre la parole sur la sexualité, le plaisir, les relations à l'autre sexe, les conduites à risque, les difficultés sexuelles, quelquefois les mutilations sexuelles, les violences en cours ou antérieures, les difficultés familiales ou scolaires...

Cela permet également d'expliquer l'examen gynécologique, son utilité, d'informer sur le caractère non obligatoire de l'examen gynécologique (sauf si elle le souhaite pour se rassurer par exemple sur la normalité de son corps ou autre motif), de proposer la visite d'un cabinet médical avec explications du matériel et donc d'établir une relation de confiance.

Espace très apprécié, très fréquenté, créé pour les jeunes dans une institution, où est reconnu leur statut d'adulte en devenir et leur droit à la sexualité.

Les adolescentes expriment souvent leur étonnement d'avoir un endroit où elles peuvent parler.

Cette première délivrance de pilule est un entretien long, il est important de fournir les informations, plaquette en main, et de s'assurer ensuite que l'explication a été comprise.

Lors d'une première demande de pilule, après discussion avec la jeune fille, nous procédons à un interrogatoire rigoureux sur les antécédents personnels et familiaux. Nous respectons un protocole élaboré et validé par le service.

L'information doit aussi préciser les effets secondaires possibles à la première plaquette, expliquer qu'il faut au moins 3 mois avant de juger si une pilule convient ou non, préconiser de ne pas arrêter sans prendre un avis, au moins par téléphone, même si elles « cassent » avec leur petit ami ou qu'elles partent en vacances sans lui, par exemple.

Enfin, à cette occasion, sont bien sûr données les informations sur les préservatifs (et leur mode d'emploi !), les IST, le SIDA et le message clair sur l'association pilule et préservatifs. (Combien d'arrêts de préservatifs après avoir fait le test HIV sans penser à la grossesse !).

Sur délégation du médecin référent, nous pouvons délivrer directement des plaquettes de pilule.

Un rendez-vous avec le médecin est fixé 3 mois plus tard, avec un bilan biologique sanguin prélevé auparavant dans le service qui peut être fait gratuitement. Les consultations médicales de suivi ont lieu ensuite annuellement.

Pour un renouvellement de pilule, là encore, c'est le personnel non-médical qui l'assure : les jeunes reviennent tous les 3 mois au CPEF, pour la délivrance de leurs plaquettes.

On s'assure alors de sa bonne tolérance, de sa prise régulière, de la réalisation des examens de sang prescrits et de l'établissement d'un rendez-vous avec le médecin.

Il peut être important de repérer avec la jeune ses difficultés éventuelles : pilule prise en cachette des parents par exemple, contrainte d'une prise quotidienne de pilule alors que rapports sexuels espacés, difficultés familiales ou scolaires prenant le pas sur le risque de grossesse... Tout ceci pouvant entraîner un arrêt brutal de la pilule et amener la jeune fille à réaliser elle-même qu'une grossesse n'arrangera rien !

Faire le point sur la manière dont cette contraception s'inscrit pour elle dans sa relation amoureuse et sexuelle, qu'elle repère pour elle l'intérêt de sa poursuite (et non imposée par l'adulte), l'aider à donner un sens à cette prise de pilule, à choisir de ne pas être enceinte et de faire ce qu'il faut pour...c'est la démarche de counseling.

L'objectif est que la jeune s'approprie sa contraception.

C'est aussi le moment d'aborder d'autres problématiques de vie : les parents, l'école, les vacances, le travail, les prises de risques (tabac, alcool, IST)...tout ce dont elles ont envie de parler. Ces différentes informations permettent de faire lien et d'intégrer la contraception dans l'histoire contraceptive de la famille, d'aborder les représentations qui y ont été véhiculées, etc.

Cette prescription, par le personnel non médical permet un abord non médical de la contraception par les discussions sur la sexualité, le plaisir, les relations à l'autre sexe, les mobilise bien davantage que la perspective d'un rendez-vous avec le médecin, qui trop souvent fait peur. Les questions posées sont souvent les mêmes : est-ce obligatoire d'avoir un examen gynécologique, est-ce que ça fait très mal, les instruments sont horribles...

Certains médecins peuvent se sentir frustrés de ne pouvoir entrer en contact en premier avec les femmes. Pourtant c'est souvent bien plus facile d'effectuer une consultation médicale quand le contenu de celle-ci a été expliqué et dédramatisé auparavant !

En dehors du mercredi, les CCF, la sage-femme et les médecins reçoivent tous les jours, pour une 1^{ère} fois, pour un renouvellement de pilule ou pour délivrer une contraception d'urgence.

De ce fait, la pilule est délivrée à tout moment avec ou sans rendez vous pendant toute la semaine.

Les CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) sont dotés d'une mission légale en matière d'information à la sexualité et permettent d'apporter une réponse immédiate, gratuite et confidentielle à toutes les questions liées à la vie sexuelle et affective des jeunes. Ils peuvent proposer des consultations médicales et délivrer de manière gratuite une contraception aux mineures et aux jeunes adultes sans couverture sociale, ou désirant garder le secret.

Les informations auprès des scolaires nous permettent également une approche auprès des garçons et d'informer sur la double protection qui allie le préservatif et contraception hormonale. Cela permet d'impliquer plus fortement les garçons dans les choix de contraception et d'insister sur le caractère peu contraignant de la contraception.

Nous insistons aussi sur l'importance des séances d'informations collectives à l'intérieur et à l'extérieur des CPEF dans les foyers, collèges, lycées, ...

Il s'agit de rendre les **adolescents acteurs** et responsables de la gestion de leur corps et de leur sexualité.

Enfin, nous pensons que plus l'accès à la contraception est facile et moins il est médicalisé, meilleure en est l'appropriation par les jeunes. Le premier effort à faire est de cesser de faire passer seulement des messages négatifs sur les risques et les dangers de la pilule, de cesser d'aborder la contraception à travers les contre-indications, les risques et les complications : IST, SIDA, IVG. Plus le discours autorisera la sexualité et le plaisir, plus les jeunes se sentiront reconnu-e-s et accepté-e-s dans leur droit au plaisir et meilleure sera leur adhésion à la contraception.

De confier la contraception des femmes en bonne santé à d'autres professionnels de santé que des médecins permet l'accessibilité, l'appropriation, l'autonomie et la responsabilité de la contraception par les femmes. L'objectif consiste donc à accompagner et permettre aux femmes comme aux hommes un accès facilité à la contraception qui leur convient quel que soit l'endroit où ils vivent.

Le travail en équipe avec médecin, sage femme, psychologue, conseillère conjugale et familiale dans des actions complémentaires et transversales, la collaboration, les échanges, les mises à jour sur nos pratiques respectives contribuent à une actualisation des connaissances, à une formation continue et à un ajustement de nos pratiques professionnelles.

Conclusion

Les CPEF et centres d'IVG étant des espaces de parole, d'accompagnement, d'information et de prise en charge médicale, nous donnent en tant que CCF la possibilité de délivrer la contraception et cela y prend tout son sens, à condition d'être dans une équipe contenante, formatrice, engagée et dans la confiance et le respect mutuel.

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

LA CONTRACEPTION D'URGENCE AU LYCEE par MARTINE GANIER, infirmière scolaire dans le 92

Les infirmières scolaires sont pour la plupart sur des postes mixtes, c'est-à-dire mi-temps sur les lycées ou collèges et l'autre mi-temps sur les écoles.

En ce qui me concerne, je travaille à mi-temps dans un lycée d'enseignement général, technique et professionnel de 800 élèves. Sur ce mi-temps, nous avons des formations obligatoires, de nombreuses réunions au sein de l'établissement et également à l'extérieur.

Les élèves sont reçus aux heures d'ouverture de l'infirmerie : les lundi et jeudi de 8h45 à 15h45 et le mardi de 9h à 15h. En dehors de ces horaires les urgences sont gérées par le CPE.

Les élèves sont reçus aux heures d'ouverture de l'infirmerie quand ils le désirent et peuvent demander la contraception d'urgence.

A l'Education Nationale, les infirmières ont une évaluation de la demande de contraception d'urgence, de l'entretien avec l'adolescente où tout est codifié sur une grille :

Age de l'élève :

Autour de la demande :

Angoisse, ne sait pas quoi faire ...

Demande de rendez-vous avec le planning familial,

Demande de contraception d'urgence,

Refus de délivrance du pharmacien,

Demande de conseils,

Demande de test de grossesse,

Autorisation de sortie pour RV planning familial,

Autre,

Sans réponse.

est-ce un premier rapport sexuel ?	OUI	NON	SANS REPONSE
est-ce un rapport forcé	OUI	NON	SANS REPONSE
le rapport sexuel était-il protégé ?	OUI	NON	SANS REPONSE
le préservatif a-t-il craqué ?	OUI	NON	SANS REPONSE
A-t-elle une contraception ?	OUI	NON	SANS REPONSE
Si oui, laquelle ?			
S'il s'agit d'un défaut de contraception :			
oublie de pilule ?	OUI	NON	SANS REPONSE
accident de préservatif	OUI	NON	SANS REPONSE
arrêt volontaire de pilule	OUI	NON	SANS REPONSE
Tes parents sont-ils informés ?	OUI	NON	SANS REPONSE

Situation relationnelle avec la famille : bonne conflictuelle ne veut pas en parler

Situation sociale :

Y a-t-il des difficultés ?

Lesquelles ?

Es-tu suivie par :

Médecin traitant, gynéco., CPEF, hôpital, pas de suivi.

Décision de l'infirmière :

1) test de grossesse OUI NON

2) contraception d'urgence donnée OUI NON

3) orientation vers :

médecin traitant, gynéco., CPEF, CEDAG-CIDDIST, Pharmacien après appel.

Sera revue le :

Une information leur est donnée sur les différents modes de contraception d'urgence : Norlévo, Ellaone et DIU. L'infirmière scolaire peut délivrer la contraception d'urgence, faire un test de grossesse et orienter vers les structures limitrophes : pharmacie, planning (près du lycée un accueil du planning existe mais est ouvert uniquement le jeudi après-midi donc peu accessible aux jeunes qui ont cours)...

Les tests de grossesse comme les pilules du lendemain sont achetés par l'infirmierie sur le budget de l'année qui est limité. L'infirmière peut donc être amenée, pour pouvoir continuer à répondre à la demande à orienter les jeunes femmes vers les pharmacies pour l'obtenir. Il m'arrive de la délivrer puis dans un second temps, pour les élèves les plus autonomes et quand la situation d'urgence a été résolue, de leur demander d'aller la chercher en pharmacie et de me la rapporter pour refaire le stock. Cela leur permet aussi, en dehors de l'urgence, ce qui est plus aisé, de faire cette démarche auprès de la pharmacie.

J'organise des séances d'information sur la contraception, l'IVG et la sexualité : l'année précédente une formation pour toutes les classes de 2^{nde} a été réalisée par le CRIPS, cette année l'information sera centrée sur les drogues mais une association locale s'est déplacée à deux reprises dans le lycée pour parler IST et contraception à la pose du midi dans le hall.

En fait les informations collectives sont parfois très bien faites mais souvent vécues comme rébarbatives ou répétitives par les élèves et l'information passe surtout lors des contacts individuels entre l'infirmière et les élèves qui viennent soit individuellement soit par petits groupes de copains ou de copines.

Par exemple l'information sur le Pass Contraception est bien passée. Nous disposons assez facilement de ces chéquiers valables 1 an composés de 2 consultations médicales, de deux forfaits de 40 € en pharmacie pour 3 mois de contraceptifs et d'une analyse biologique. Bien sur il faut travailler en amont avec les pharmacies (qui ont des difficultés par exemple à délivrer 40 € de préservatifs en une fois à un jeune), avec le laboratoire qui refuse de réaliser les examens ou avec les médecins de ville qui accepteraient de recevoir les lycéens dans leur consultation.

Pour une pilule du lendemain ou un Pass Contraception, l'entretien prévu est d'environ 20 minutes, ce qui peut être difficile à caser quand on peut recevoir jusqu'à 30 élèves lors de « petites journées » d'ouverture de l'infirmierie.

Les infirmières scolaires sont formées à la contraception mais souvent mal à l'aise avec les questions de grossesse et d'IVG. Elles peuvent aussi entrer en conflit avec les CPE sur les justifications d'absence des élèves lors des rendez-vous nécessaires pour les IVG pour les mineures et sur le secret médical.

Enfin les infirmières scolaires grâce à leur numéro adéli, peuvent faire des renouvellements infirmiers d'ordonnance de pilule datant de moins de 1 an et ce pour 6 mois maximum.

En conclusion :

La plupart des jeunes venues demander la contraception d'urgence sont des mineures, parfois il s'agit d'un premier rapport, sans pilule, le partenaire met parfois un préservatif mais il a craqué, elle n'a jamais consulté un médecin ou planning pour la contraception. Pour toutes, en parler à leurs parents est impossible, elles ne le veulent pas.

La contraception d'urgence est une urgence mais malheureusement les infirmières scolaires ne sont pas tous les jours dans les établissements.

PLAIDOYER... par FRANCOISE TOURMEN

Plaidoyer pour un partage de responsabilité en contraception et l'autonomie des femmes.

«Toute personne qui se pose une question sur la santé désire trouver aisément une réponse, et dans les meilleures conditions de sécurité. Avec accès à un soignant compétent chaque fois que nécessaire, et sans médicalisation excessive. Mais quel soignant? l'accessibilité et la compétence ne comptent elles pas davantage que la profession du soignant?» (Editorial Prescrire Novembre 2012:Tome 32, n° 349)

La contraception déléguée à des soignants non médecins est elle une idée extravagante et d'un autre âge ?

OUI si l'on s'en réfère aux résistances qui émergent au sein de la crise actuelle concernant les risques thrombo emboliques des pilules «3ème Gé, drospirénone et Diane 35», dans un contexte difficile consécutif aux plaintes déposées depuis décembre 2012.... On entend plutôt parler de «**remédicalisation**», la parole étant monopolisée par certains propriétaires «naturels» de la contraception les gynécologues (obstétriciens et gynéco-médicaux confondus) qui ne veulent pas «brader» la pilule. Certains praticiens, spécialistes et généralistes, n'ont pourtant pas protégé les femmes des risques de la contraception hormonale en fonction des données de la science et des conseils des agences dont la communication a été étouffée par le brouhaha du marketing pharmaceutique et l'influence des leaders d'opinion. Certains même osent se vanter de travailler en toute transparence avec les firmes «pour le bien des femmes»!! Etonnant de voir comme on entend peu les sages femmes, profession jeune et en expansion (18000 et 50% de moins de 40 ans), nouvelles prescriptrices en contraception depuis 2009 pour les femmes en bonne santé.

NON si l'on sort de l'hexagone et que l'on n'a pas peur de paraître démodé. La délégation est utilisée depuis plusieurs dizaines d'années sous l'égide de l'OMS dans de très nombreux pays en voie de développement¹. Il se met en place dans les pays dits développés, depuis quelques années, des expérimentations réussies de délégation interprofessionnelles fort intéressantes, impliquant des infirmières, des pharmaciens... (Etats Unis², Québec³⁻⁴, Royaume Uni⁵⁻⁶...) www.inspq.qc.ca/contraception

Au vu de nos échecs et du nombre de grossesses non prévues dans notre pays où la contraception médicalisée est reine, devrions-nous avoir honte de nous inspirer de modèles utilisés depuis longtemps dans le monde entier ?

La contraception déléguée est elle possible en France? Osons nous lancer !!!

OUI, selon l'article 51 de la loi HPST. Le guide méthodologique de la HAS tome 2 (élaboration d'un protocole de coopération) décrit les conditions - via les ARS et la HAS - d'un exercice partagé à l'initiative de professionnels (au moins 2) volontaires pour travailler et se former ensemble en fonction d'un besoin repéré sur un territoire.

On voit ici émerger la possibilité de **réseaux contraception** à développer suivant les besoins et pouvant s'appuyer sur les richesses locales sans oublier les Centres de Planification, Etablissements d'Information et leurs conseillères habituées à travailler en équipe.

Un outil indispensable à construire ensemble est une **liste d'éligibilité** ou de pointage destinée à détecter les contre indications 3 et 4 de l'OMS demandant un renvoi obligatoire vers le professionnel compétent. De telles listes existent depuis très longtemps¹ (OMS) et ont été évaluées et testées à l'étranger⁷⁻⁸, expérimentées en structure en Pays de Loire⁹. Elles peuvent être conçues en auto-questionnaire et utilisées pour apprendre aux femmes à évaluer elles mêmes les risques.

Contre vents et marées, osons innover !!!

Voici quelques avantages que l'on pourrait attendre du travail en réseau en contraception :

- **Faciliter l'accès à la contraception** en ayant toujours en tête d'offrir aux femmes en bonne santé les meilleurs soins conformes aux données de la science et sans médicalisation excessive, sachant que quand il y a plusieurs options c'est toujours la femme qui choisit.
- **Définir «qui fait quoi»** en fonction de ses compétences professionnelles reconnues ou acquises dans des formations communes indépendantes de l'industrie et des besoins repérés : aide au choix, prescription (c'est à ce niveau que la délégation peut intervenir), observance, dépistage des contre indications, interactions médicamenteuses, interventions sur les effets indésirables bénins, gestes techniques...
- **Diffuser les mêmes messages** sur la fertilité, l'information sur les risques et bénéfices des méthodes, la conduite à tenir en cas d'oubli de contraceptif...
- **Mieux voir venir les alertes** par une formation continue et la lecture de revues indépendantes de l'industrie
- **Offrir aux femmes un véritable choix des méthodes** : pose - retraits d'implants, pose-retraits DIU notamment chez les nullipares, prescription de diaphragme, présentation et orientation en vue de stérilisation féminine et masculine.. la contraception hormonale déléguée n'étant pas l' incitation au «tout pilule ou tout hormonal» mais aussi le moyen d'attendre la réalisation d'un geste technique ou une consultation spécialisée.
- **Faire de l'entretien un véritable acte éducatif** en reconnaissant l'interlocuteur comme sujet désirant qui n'est pas forcément, au moment précis où on le voit, capable de maîtriser sa vie, en travaillant notre posture de soignant développant l'empathie et de la prévenance plutôt que la séduction, autant d'éléments à travailler en formations de même que les spécificités de l'accueil des adolescent-e-s. Conduire ainsi les femmes qui le souhaitent, vers une totale autonomie....une auto évaluation avec accès direct sans ordonnance à la pilule comme le défend l' American College of Obstetricians and Gynecologists dans un avis audacieux de décembre 2012¹⁰ recommandant parallèlement une consultation annuelle pour réaliser un bilan gynécologique permettant de faire le point et de réaliser les examens utiles : frottis de dépistage tous les 3 ans, dépistage IST si besoin....déconnecter la contraception hormonale des soins gynécologiques , n'est ce pas restituer aux femmes ce qui aurait du toujours leur appartenir et que le corps médical a été tenté de s 'approprier sans grande réussite? Sommes nous prêts à prendre le pari ?

1-Eléments de la technologie de la contraception, Population Reports 2000

2-J S Gardner et al.Pharmacist prescribing of hormonal contraceptive : result of the Direct Access Study
J.Am Pharm Assoc 2008;48:212-221

- 3- *Guide de rédaction d'une ordonnance collective, Québec, mise à jour 2009*
- 4- *Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec. INSPQ Aout 2011*
- 5- *Pharmacists are to offer the pill in London pilot scheme BMJ 2008;337:316*
- 6- *NHS Evaluation of oral contraception in community Pharmacy Pilot in Southwark and Lambeth Evaluation Report January 2012*
- 7- *Solmaz Shotorbany, Agreement between women's and providers assessment of hormonal contraceptive risk factors. Contraception 2006;73:501-506*
- 8- *D Grossman et al. Accuracy of Self-Screening for Contraindications to Combined Oral Contraceptive Use. Obst and Gyn,2008 September;112(3):572-578*
- 9- *La contraception déléguée à des soignants non médecins. La revue Prescrire Nov 2012/Tome 32 N°349 page 863*
- 10- *American College of Obstetrician and Gynecologists Committee Opinion : Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives, N° 544, December 2012, Obstetrics & Gynecology, vol.120, N° 6, 1527-31*

Françoise Tourmen, 19 février 2013

Absence de liens ou conflits d'intérêt avec les entreprises fabriquant ou commercialisant des produits de santé et les organismes mentionnés dans cet article.

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

PAS D'UNION EUROPEENNE POUR LA DELIVRANCE ET LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA CONTRACEPTION : A CHACUN SA VERITE !



Dr E. AUBENY – AFC

L'Union Européenne s'est dotée depuis 1978 d'une Agence du médicament (European Medication Agency, E.M.A.), basée à Londres, où siègent les représentants des Agences Nationales de chaque pays membre. Celle-ci délivre une autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM), valable pour tous les pays membres de l'Union Européenne. Cette procédure évite aux firmes pharmaceutiques de faire une demande d'AMM dans chaque pays, processus long et coûteux.

Mais cet organisme n'intervient pas dans la délivrance des médicaments et leur prise en charge financière : chaque pays est libre de choisir la procédure dans ces 2 domaines.

Il est intéressant de comparer ces 2 domaines dans 7 pays de l'Union Européenne qui sont voisins et avec lesquels les échanges de population sont importants en particulier au niveau des jeunes : Autriche, Belgique, Espagne, Hollande, Italie, Suède, U.K.

La délivrance de contraceptifs

3 points dans la délivrance de la contraception, qui sont d'actualité dans notre pays.

1^{er} point : Qui peut prescrire la contraception ?

Uniquement les médecins, dans la quasi-totalité des pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Hollande, Italie et U.K.

Seule la Suède autorise, outre les médecins, des paramédicaux (les infirmiers, les sages femmes) à prescrire la contraception.

2^{ème} point : Dans quel pays faut-il obligatoirement proposer en 1^{ère} intention les pilules de 1^{ère} / 2^{ème} génération ?

Dans aucun des 7 pays, cependant, il y a des nuances : en Suède, en Belgique, en Hollande et en U.K, les médecins sont fortement incités à prescrire en 1^{ère} intention des pilules de 2^{ème} génération. D'ailleurs, dans ces pays, les pilules de 2^{ème} génération viennent en tête des prescriptions.

3^{ème} point : Dans quel pays Diane 35 a-t-elle l'AMM comme contraceptif ?

Les 2 seuls pays où Diane 35 a une autorisation de mise sur le marché comme contraceptif sont l'Autriche et la Hollande. Dans ce derniers pays il est cependant recommandé de ne la prescrire que pour des patientes souffrant d'acné.

Pour tous les 5 autres pays, Diane n'a pas d'AMM comme contraceptif. Mais dans tous ces 8 pays, Diane est disponible sur prescription.

La prise en charge financière par l'Etat des contraceptifs

Les procédures varient énormément d'un pays à l'autre.

☐ **Il est des pays où tous les moyens contraceptifs sont pratiquement gratuits.**

- **En U.K.** tous les contraceptifs sont gratuits, sauf les pilules à la drospirénone.
- **En Hollande** tous les contraceptifs et tous les soins sont totalement pris en charge par l'état moyennant un forfait de 350 euros par an. Les mineures n'ont pas à payer cette cotisation.

☐ **Il est des pays où certains contraceptifs sont pris en charge et d'autres pas.**

Ces prises en charge peuvent varier d'une région à une autre.

- **En Belgique** la Sécurité Sociale belge rembourse certains contraceptifs suivant des critères qui lui sont propres. Les assurances privées remboursent aussi ceux-ci à des taux variables et suivant leur conviction : la mutuelle socialiste donne 90 euro sur les 147 que coûte un Mirena ; la mutuelle chrétienne pas ou moins (selon les régions). Diane n'est pas remboursée mais ses génériques le sont. Enfin fait important certes pilules sont gratuites pour les femmes au dessous de 21 ans.

- **En Espagne** les pilules EP sont remboursées, sauf celles avec des estrogènes naturels et les progestatifs suivants, diénogest, gestodène, clormadinone, norgestimate. L'anneau et l'implant ne sont pas remboursés. Les pilules progestatives, les stérilets et le Mirena sont remboursés.

- **En Italie** les pilules de 1^{ère}/2^{ème} génération sont délivrées gratuitement. L'implant, le Mirena, les DIU le sont aussi mais uniquement dans les Centres de Planification. Les pilules de 3^{ème} génération, les pilules progestatives, le patch et l'anneau ne sont pas pris en charge.

- **En Suède** la prise en charge des contraceptifs varie beaucoup suivant l'âge de la patiente et d'une région à une autre : certaines régions remboursent beaucoup de pilules, d'autres aucunes ! Seuls les DIU sont gratuits dans tout le pays.

☐ **Il est des pays où aucun moyen contraceptif n'est pris en charge par l'état ou les assurances.**

- **En Autriche** aucun contraceptif n'est pris en charge ni par l'Etat ni par les assurances, comme l'avortement d'ailleurs.

☐ **Enfin que penser de la France ? A chacun d'en décider !**

Personnellement il me semble que nous ne sommes pas si mal placés aussi bien sur le plan délivrance que prise en charge des contraceptifs.

Mais nous pouvons faire encore mieux sur :

- le plan délivrance comme nous le montre l'exemple du Canada avec son « ordonnance collective » et une large participation des pharmaciens à cette délivrance,
- sur le plan financier avec la contraception des 18/25 ans.

☐ **Pour conclure**

Ainsi dans des pays très proches géographiquement et culturellement il existe une grande disparité dans la délivrance de la contraception et sa prise en charge financière.

A l'heure d'Internet, de déplacements nombreux des hommes et des femmes, des jeunes surtout, de ces pays, on peut s'étonner de cette diversité et surtout se demander qu'elle en est le fondement.

Ne peut-on pas essayer d'évoluer vers une plus grande uniformisation et trouver un système de délivrance des contraceptifs et de leur prise en charge financière qui corresponde mieux aux besoins des femmes européennes d'aujourd'hui ?

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

DEUX MOTS SUR LA CONTRACEPTION par PAUL CESBRON

Deux mots sur la contraception.

Lors de nos Journées d'études en Juin 1989, l'Association Nationale des centres d'interruption de Grossesse et de Contraception, constatait et déplorait la stratégie de déremboursement des O-P ("pilule") et des stérilets.

Sous prétexte d'amélioration des produits (il y a eu de réels progrès, mais également de nouveaux produits sans intérêts pour les utilisatrices), les firmes ont imposé des hausses de prix de vente que n'ont pas acceptés les organismes de remboursement: trop cher. S'agissait-il d'une stratégie concertée? Je pense qu'elle faisait l'affaire des deux belligérants.

Cependant, les pressions bien connues exercées sur les médecins (comme plus récemment à propos du vaccin anti-cancer du col de l'utérus, comme la systématisation du dosage de la P.S.A. à partir de...) ont été d'une extrême efficacité. Y compris et ça ne nous surprend pas, chez les défenseuses et ...seurs de la contraception, c'est à dire dans l'ANCIC, qui elle, résistait contre vents et marées. Les firmes ont continué leur boulot de corruption douce (ça c'est de la médecine douce!) et débauché quelques personnalités sensibles à leurs différents arguments. Une nouvelle association (Association Française de Contraception) naissait, assurant avec d'autres la publicité à couverture dite scientifique des contraceptions de 3°, puis de 4° génération, la 5° étant sous presse.

Malgré cela, nous obtenons fin des années 90, une enquête de l'INSERM dirigée par Alfred Spira. Cette publication conclut en 2001 (2000?) que les 3° générations sont responsables de plus de complications Cardio-vasculaires. Contre-attaque des labos: ces taux excessifs d'accidents seraient dus au non-respect de C.I. par les médecins qui prescrivent ces OP y compris aux fumeuses et aux femmes ayant des risques vasculaires. Riposte confirmée par les données de l'enquête. Les médecins (beaucoup, G.O. compris) sont satisfaits de ces explications. Ce qu'oublie de préciser les labos est que leur campagne de pub. initiale et poursuivie, insistait surtout sur cette indication, nuancée évidemment. Et puis s'y associaient de multiples petits avantages qui rendaient la pilule fort acceptable: peau, poids, nausées, saignements...Enfin tout ce qu'il faut pour assurer la promotion d'un produit.

Pour être précis et technique, le génie de cette opération a consisté, pour convaincre tout le monde, à associer les nouveaux progestatifs (3°G.) à une réduction des taux d'estrogènes de ces O-P. Car les estrogènes qui n'ont aucun rôle contraceptif, mais seulement d'amélioration de la tolérance aux progestatifs (eux sont les réels contraceptifs), les estrogènes donc, sont de vrais facteurs de risques C-V et carcinogéniques.

L'Histoire des O-P contient tous les ingrédients des conflits d'intérêts depuis leur création. Aussi ce retour de bâton n'est guère surprenant et nous n'en avons pas fini!

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

LE DISPOSITIF INTRA UTERIN par CLAIRE DE TRUCHIS

Comme le soulignait Marie-Laure Brival lors des 18^{èmes} journées de l'ANCIC à Paris en 2009, le DIU est encore le mal-aimé de la contraception en France. Dans le monde, c'est la 2^{ème} méthode contraceptive après la stérilisation féminine, disait-elle. Elle est efficace, facile à utiliser, sans contrainte, facilement réversible. Une femme porteuse de DIU est moins exposée statistiquement qu'une non porteuse au risque de faire une grossesse extra-utérine, le risque d'infection est faible.

Une étude prospective de cohorte a été entreprise aux Etats Unis où le DIU est très peu utilisé -5% des femmes-, afin de comparer les taux d'échecs des méthodes contraceptives de longue durée et réversibles (DIU et implants) avec ceux d'autres méthodes contraceptives fréquemment utilisées là-bas : pilule, patch transdermique, anneau vaginal et acétate de médroxyprogestérone (Depoprovera®)¹

Au total, 7 486 femmes âgées de 14 à 45 ans, utilisant une méthode contraceptive de leur choix et gratuite, ont été incluses (2007-2011) dans cette étude. Toutes ont reçu des conseils sur l'utilisation, l'efficacité et les effets secondaires des différentes méthodes contraceptives avant de faire leur choix entre pilule, patch transdermique, anneau vaginal, DIU ou implant.

Les participantes ont été suivies pendant trois ans. Le taux de grossesses non désirées est apparu environ 20 fois plus faible avec les méthodes contraceptives de longue durée (stérilet ou implant) qu'avec pilules, patchs ou anneaux.

Ainsi, après ajustement pour des facteurs confondants (âge, niveau d'éducation...), le taux de grossesses non désirées était seulement de 0,27 pour 100 participantes-années chez les utilisatrices d'une méthode longue durée, contre 4,55 chez les utilisatrices de pilules, patch ou anneau (Hazard Ratio ajusté = 21,8 ; intervalle de confiance à 95 % : 13,7 – 34,9).

Parmi les utilisatrices de la pilule, du patch ou d'un anneau, le risque de grossesse non désirée était deux fois plus important chez les femmes âgées de moins de 21 ans, par rapport aux femmes plus âgées. Au-delà de 21 ans, aucune différence d'efficacité de contraception en fonction de l'âge n'a été observée.

L'étude montre qu'une contraception en place est plus efficace, en particulier chez les jeunes. Or nous savons tous qu'une contraception même efficace, n'est pas forcément bien tolérée ni acceptée ; les femmes doivent la choisir et se l'approprier.

Nathalie Bajos rappelle dans l'enquête Fecond, que la méthode du DIU est choisie chez 21% des femmes en France, souvent les plus âgées, celles qui ont déjà eu des enfants. En effet 69% des gynécologues ne prescrivent pas de DIU chez les nullipares.

Le DIU reste dans l'inconscient collectif des femmes et des médecins en France, une méthode particulière. « À risque d'infection, de stérilité » disent les médecins –arrêtons de l'appeler stérilet ! – « c'est un corps étranger » disent les patientes ; oui comme l'implant, mais placé dans un endroit intime. Les femmes choisissent d'ailleurs un peu plus le DIU dans le nord de la France, en Belgique et aux Pays-Bas, que dans le sud, la culture locale ne s'arrête pas aux frontières.

Depuis plusieurs années nous répétons dans nos consultations, en ville et à l'hôpital, que les jeunes filles dépistées pour le chlamydia peuvent choisir le DIU si elles veulent essayer. C'est également une très bonne contraception d'urgence ; à l'hôpital A. Béclère nous avons en 2h le résultat du prélèvement chlamydia, permettant de proposer un DIU comme contraception d'urgence à n'importe quel âge. Des prélèvements réguliers, une fois par an, sont proposés chez les moins de 25 ans et/ou qui ne sont pas en couple stable, comme les recommandations le préconisent.

Bientôt sera sur le marché le mini DIU à 16µg de lévonorgestrel, Jaydess®, qui pourra être posé pour 3 ans aux femmes nullipares. Une avancée intéressante pour les jeunes qui ont souvent des règles dysménorrhéiques et qui ne tolèrent pas très bien les DIU au cuivre.

Dans les nouveautés, on attend également la sortie du générique de Mirena®, Levosert® en 2013.

La baisse de l'utilisation de la pilule occasionnera probablement un peu plus de demandes de poses de DIU, à nous de former les jeunes praticiens aux gestes. Encourageons tous les médecins qui veulent s'y mettre ou s'y remettre ; car ils appréhendent la pose de DIU quand le col est peu perméable, ou redoutent les malaises vagues, rares mais impressionnants. Ces malaises surviennent quand le col est difficile à franchir, quand le niveau de stress est important (stress de la patiente et/ou du médecin). Les contractions utérines sont amendées avec un anti spasmodique et un AINS tel que l'ibuprofène 400. Et pourquoi pas un quart de Lexomil... Il faut comme dans tout malaise vagal relever les jambes de la patientes et lui permettre de se reposer un quart d'heure dans un endroit tranquille. Certains recommandent de donner quelques jours d'oestrogènes (5 jours de Provames par exemple) avant la pose, et de ne pas utiliser systématiquement la pince de Pozzi.

Il faut également utiliser le bon hystéromètre : CH 12 pour les DIU au cuivre, CH 14 pour le Mirena ; regrettons que ce dernier ne le fournisse pas. Il m'est également arrivé d'utiliser un dilateur progressif jetable de Dubreuil. Le cytotec, contrairement à ce qui avait été dit il y a quelques années, ne dilate pas les cols non gravides. L'utiliser n'expose qu'à des contractions douloureuses et inutiles, voire contre-productives. Optons aussi pour la pose, facile, du DIU juste après une IVG dont le terme n'excède pas 10 à 11 SA. Il faut juste recouper les fils lors de la visite de contrôle, ou les couper très court après la pose.

En ce temps délicat où la pilule est fortement stigmatisée, où les femmes veulent une méthode de contraception sûre, le DIU a plus que jamais sa place dans le panel contraceptif.

1 - Winner B et coll.: Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 2012; 366: 1998-2007

DOSSIER : HISTOIRE DE C.

UN BREF ETAT DES LIEUX SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE

Dr Laurence Esterle, Centre de régulation des naissances de l'Hôpital Saint-Louis, Paris

A cette date, aucune méthode de contraception moderne et réversible n'est accessible aux hommes. Si le confort et la résistance du préservatif ont été améliorés grâce à la R&D (Research and Development), la pilule masculine n'est pas présente sur le marché. Pourtant les pistes ne manquent pas et certaines sont explorées depuis longtemps.

Quelles sont les conditions d'une contraception idéale pour les hommes ? Elle devrait être très efficace, applicable à la très grande majorité des hommes adultes, sans effet secondaire (à court terme ou long terme), rapidement réversible, n'altérant pas le niveau d'androgènes ni la libido et enfin facilement accessible et économique.

Depuis très longtemps et encore maintenant, la contraception masculine a reposé sur des moyens « mécaniques » évitant le passage du sperme dans le tractus génital de la femme : coït interrompu, usage du préservatif, méthode jugée contraignante et dont la fiabilité reste faible (valeur de l'indice de Pearl élevée : 15 en utilisation réelle), voire des moyens plus définitifs tel que la vasectomie, geste chirurgical simple mais très difficilement réversible (reste cependant la possibilité de conserver du sperme par congélation). Rappelons qu'en France la vasectomie n'a été autorisée à être pratiquée à la demande de « toute personne majeure et reconnue apte à disposer d'un consentement éclairé » qu'à partir de 2001.

Les méthodes plus modernes visent quant à elles la réduction de la spermatogenèse à un niveau suffisant pour éviter la conception (moins d'un million de spermatozoïdes/ml d'éjaculat) mais sans inhiber l'androgénèse. Les méthodes thermiques expérimentées dans les années 40 à 80 (bains chauds, 'slip chauffant'...) ont été rapidement abandonnées au profit de la recherche d'une contraception hormonale basée sur le même principe que celle de la femme et qui consiste à agir sur le *feed back* endocrine entre l'hypothalamus, l'hypophyse et le testicule. L'équation est difficile : inhiber la LH et FSH, obtenir une déplétion de la production de testostérone par les testicules avec inhibition de la spermatogenèse, substituer la testostérone pour maintenir l'androgénicité... Une étude Cochrane de 2012 recense 33 études de contraception hormonale menées chez l'homme, la plupart étant des études pilotes à petite échelle. Une grande partie des protocoles consiste en l'administration par voie parentérale de molécules synthétiques de testostérone (énanthate de testostérone, plus récemment buciclate et undécanoate de testostérone dont la demi-vie est de 30 jours). D'autres protocoles utilisent une combinaison d'androgène et de gestagène (19-nortestostérone ou 17-hydroxyprogestérone) pour réduire les effets de l'hyperandrogénicité. Mais la plupart du temps, ces études n'ont pas donné lieu à des essais cliniques d'envergure, d'une part en raison du caractère généralement contraignant de l'administration par injection des androgènes, d'autre part parce que l'industrie pharmaceutique ne s'y est pas intéressée ! L'unique essai financé par l'industrie (Organon et Schering) consistait en la pose d'un implant de désogestrel combinée à des injections d'undécanoate de testostérone toutes les 10-12 semaines. Malgré l'obtention d'une infertilité de 90 %, la recherche clinique a été arrêtée et les essais de phase III n'ont pas eu lieu. Pourquoi ce manque d'intérêt des firmes ? En raison des doutes sur l'acceptabilité de ces méthodes par les hommes, des contraintes de l'administration parentérale, des effets secondaires fréquents (acné, fatigue, prise de poids, altération de l'humeur, modification de la libido, ...) mais aussi de leur rentabilité potentielle.

Pour inhiber la spermatogenèse, certaines recherches visent aussi à neutraliser la GnRH qui intervient dans la synthèse et la sécrétion de la FSH et de la LH, mais le mode d'administration parentérale des antagonistes de la GnRH et leur mauvaise tolérance en ont vite limité les applications possibles. Citons également les essais de vaccination dont la réversibilité est douteuse.

Les pistes de recherche les plus récentes portent non pas sur l'inhibition de la spermatogenèse - dont la connotation sociale reste négative - mais sur le blocage de la maturation des spermatozoïdes. Un grand nombre de cibles ont été identifiées et des molécules sont en cours d'expérimentation chez l'animal. Par exemple, ces deux dernières années, des publications montrent que des dérivés de la lonidamine (un agent anti tumoral) sont des molécules potentiellement intéressantes. Notamment la H2-gamendazole qui agit en modifiant la spécialisation ectoplasmique apicale des spermatides et conduit à 100% d'infertilité chez les rats après une dose unique par voie orale. La molécule est prometteuse et un essai préclinique est en cours mais se posent des questions sur sa toxicité et la réversibilité de son action.

La molécule JQ1, dont les effets chez la souris ont été publiés en août dernier est également potentiellement très intéressante. Cette molécule, connue pour ces effets anti tumoraux (sur le cancer du poumon, des leucémies, le myélome...), agit en bloquant une protéine dénommée BRDT qui joue un rôle majeur dans la spermatogenèse. Il en résulte une diminution réversible du nombre et de la qualité des spermatozoïdes, sans modification de la production de testostérone, ni de la libido et a priori sans effets notables sur la santé des animaux traités et de leur descendance.

Enfin, signalons qu'un essai de phase III concerne actuellement un agent chimique, le RISUG (réversible inhibition of sperm under guidance) développé en Inde depuis 1997. Injecté dans le canal déférent, cet agent recouvre les parois d'un polymère après irradiation locale. Son mécanisme d'action est mal connu : il perturberait la charge négative de la membrane des spermatozoïdes, diminuant leur mobilité et les rendant inaptes à féconder un ovule. Une injection pourrait être effective pour 10 ans, avec une réversibilité possible (mais non prouvée chez l'homme) par rinçage du canal déférent. Approuvé par la FDA, cet agent chimique pourrait faire l'objet d'essais précliniques aux USA dans les prochaines années.

On le voit, de nombreuses pistes existent qui permettraient à terme de ne pas exclure la moitié de la population humaine de méthodes de contraception modernes et réversibles. On ne peut que d'autant plus regretter la quasi absence d'investissements de la part des organismes publics de recherche et des industriels. Cependant, des enquêtes récentes réalisées dans différents pays indiquent que les hommes sont prêts à partager la responsabilité de la contraception, y compris par la prise de médicaments. Ce changement de mentalité conduira-t-il à modifier l'attitude des firmes pharmaceutiques ? Peut-être convient-il d'encourager les débats dans l'espace public pour que se développe cette 'conscience masculine' et que les industriels s'intéressent à ce marché potentiellement très important ?

Pour en savoir plus : La contraception masculine, de R. Mieusset et J-C. Soufir, Collection : L'homme dans tous ses états, 2013

ACTUALITES

- Prise en charge à 100% par la CPAM du forfait IVG et des contraceptifs pour les mineures de plus de 15 ans :

Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures

Publics concernés : mineures d'au moins quinze ans ; assurées ayant recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et organismes d'assurance maladie.

Objet : détermination des conditions de prise en charge des frais d'acquisition des contraceptifs pour les mineures de quinze ans et plus ainsi que des conditions de prise en charge de la participation des assurées aux frais liés à une IVG

Notice : le présent décret prévoit que la participation des assurées est supprimée, d'une part, pour les frais d'acquisition des contraceptifs pour les assurées et ayants droit mineures d'au moins quinze ans et, d'autre part, pour les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse. Ces frais seront intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Entrée en vigueur : les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 31 mars 2013.

- Augmentation du prix des forfaits IVG AL et AG :

Arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

« Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 437,03 euros ;

b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 586,01 euros ;

- « un site fiable pour savoir comment et où avorter en Ile-de-France... » :

www.ivglesadresses.org

Site créé par REVHO (Réseau Ville Hôpital pour l'Orthogénie), avec le soutien de l'ARS IDF.

- « Mieux prendre en compte la santé des femmes » :

Brochure du Séminaire 2013 organisé par la Chaire Santé de Sciences Po, la MGEN, la LMDE et Médecins du Monde

Editions de Santé & Presses de Sciences Po Collection « Séminaires »

Avec entre autres « **faciliter la pratique des ivg dans le système de soins** » par Sophie Eyraud.

- Hors série Différences (journal de l'ANCCEF) Avril 2013 :

« *La pratique du conseil conjugal et familial, des professionnels pour toutes les étapes de la vie* »

DATES À RETENIR

- 200^{ème} numéro de la revue Dialogues de l'AFCCC : parution le **8 juin**

- 6h pour la santé et la protection sociale – Initiative nationale : Notre Santé en Danger

– **Samedi 25 mai 2013** – à Paris : RDV à la Bourse du travail

- Colloque " La fabrique des garçons " organisé avec l'Atelier Genre de l'Université Michel de Montaigne Bordeaux 3, colloque les **13 et 14 mai 2013 à Bordeaux.**

- 20èmes rencontres nationales de Nantes de la Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité du **31 mai au 2 juin 2013.** cn.sec@orange.fr

Tél. : 09 67 04 55 15

- IAAH (Association Internationale pour la Santé des Adolescents). Colloque « Bridging clinical and public health perspectives to promote adolescent health » les **10, 11 et 12 juin** à Istanbul, Turquie.

- Solidays : **28, 29 et 30 juin** - Hippodrome de Longchamp - avec la participation de l'AFC jeune.

COURRIER DES LECTEURS

Ce week-end j'ai pris le temps de lire en entier et non en diagonale ce dernier N° de l'écho et j'ai été particulièrement touché de lire le témoignage de Nathalie Peltier qui, suite au débat de l'AG, laisse place aux émotions qu'en temps que spécialiste de l'avortement nous éprouvons parfois en dehors de notre micro société.

Merci pour cet écho et pour votre persévérance à toutes même si on ne le vous dit pas toujours.

Chrystel M., Kremlin Bicêtre

DATES À RETENIR

15 et 16 Novembre 2013 :
20èmes Journées Régionales de
l'ANCIC à Toulouse

AVIS AUX LECTEURS

Envoyez-nous vos points de vue,
vos humeurs, vos contributions,
articles...

contact@ancic.asso.fr