

Outils

Hervé Bonnefond, Josette Vallée,
Rodolphe Charles

Département de médecine générale, Faculté
de médecine Jacques Lisfranc, Université
Jean Monnet, Campus Santé Innovations,
42270 Saint-Priest-en-Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

Tirés à part : R. Charles

Résumé

« *Chronique autour de quinze années de contraception foirée* ». Livré sans commentaires, ce témoignage d'usager du système de soins permet une réflexion sur la propagation des découvertes médicales dans les communautés profanes ou professionnelles. Les récits de patients [1] apparaissent dans la presse scientifique internationale, qu'ils soient produits par des médecins affectés par la maladie, directement par des malades, ou retranscrits par des journalistes, des anthropologues ou des sociologues. Ce récit constitue l'occasion d'observer comment, dans des champs plus ou moins proches (contraception, IVG, traitement de la ménopause), hypothèses et découvertes, démentis et controverses, principes de précaution... se télescopent de façon diachronique et synchronique à la fois dans les sphères familiales, traditionnelles et professionnelles décrites par Arthur Kleinman [2]. Des notes ponctueront le récit en précisant quelques notions d'épistémologie et rappelleront les principales données scientifiques (médicales et sociopolitiques) ainsi que leur histoire.

• Mots clés

méthodes contraceptives ; témoignages personnels ; médecine générale.

Abstract. Contraception

First episode: 2000-2008 "Considering having an IUD? Choose the pill instead..."

"A chronicle about a 15-year messed up contraception policy". This narrative, confided without any comments, by users of the healthcare system, leads us to think about how medical discoveries can spread within professional and non-professional communities. Patients' stories are published in international scientific press, either written by physicians experimenting the disease, by patients themselves or adapted by journalists, anthropologists or sociologists. This narrative covers more or less related fields (contraception, abortion,

Contradéception

Épisode 1 : 2000-2008 « Vous voulez un stérilet ? Prenez plutôt la pilule... »

Introduction

Le texte de SolAnge (artiste, illustratrice, poète, que vous pouvez retrouver sur son blog¹) n'a été contracté que pour des raisons éditoriales. Les auteurs de l'article ont fait relire et valider cette version qui n'écarte aucun événement majeur. Les opinions exprimées, les qualificatifs choisis, les positions idéologiques défendues n'ont pas été retravaillés *a posteriori* avec les auteurs médecins. Aussi étonnant que ce soit, SolAnge raconte son histoire sans fiction ; en aucun cas, ni elle, ni les auteurs de l'article n'ont reconstruit ou manipulé les faits pour arranger une sorte d'argumentaire ou de leçon sur la contraception et ses controverses. Les auteurs médecins avaient pour projet initial de réaliser, en parallèle de la narration, une fresque historique mais il aurait fallu utiliser un système multidimensionnel pour placer les dates des découvertes scientifiques, celles de leurs passages dans la communauté professionnelle, l'édition de recommandations, l'émergence de polémiques ou de controverses, et leurs arrivées dans la communauté profane des usagers, les prises de décisions politiques, la contamination par des polémiques hors champs de la contraception (ménopause). Finalement des références (A, B, C...) ponctuent le texte quand le point de vue profane pouvait, à côté de l'avis (partial) des auteurs mériter un commentaire (*encadré 1*). Volontairement, des textes digests sont utilisés, issus de *Prescrire* et *Médecine* ou de RCP internationales (*encadré 2*).

Récit de SolAnge

« *Je ne comprends pas comment c'est possible qu'il y ait autant d'IVG avec tous les moyens de contraception dont on dispose actuellement* ». J'ai entendu ce discours il y a plusieurs années. À l'époque, le sujet me touchait moins, je n'avais pas réagi. C'est la colère qui me pousse à écrire ces lignes pour raconter mon expérience alors que j'approche les quarante ans, parce qu'en matière de contraception les choses ne sont pas si simples pour tout le monde, et j'ai la sensation frustrante de ne pas avoir été souvent entendue.

Tout ce qui suit n'engage que moi. Il s'agit des problèmes auxquels j'ai été confrontée et des IVG qui les ont suivis. J'ai bien conscience qu'une relation amoureuse entre deux personnes ne se limite pas à l'aspect sexuel et contraceptif, heureusement. Mais comme j'ai envie de m'exprimer sur ce thème-là, je vais occulter une grande partie des autres aspects de la question simplement parce que ce n'est pas le sujet. Sinon il me faudrait écrire un roman.

Début des années 2000 (j'ai un peu plus de 25 ans)

Je vais chez la gynéco qui me suit depuis plusieurs années parce que je voudrais qu'on me pose un stérilet en cuivre, non hormonal. Je ne désire pas

¹ <http://memoire.d.une.vieille.fille.derangee.over-blog.com>

menopause treatment), theories and discoveries, refutation and controversies, precautionary principle... and it shows us how they clash on a diachronic and synchronic basis, both in family, traditional and professional spheres described by Arthur Kleinman. Some notes accompany the story to specify a few epistemology notions and to recall major (medical and sociopolitical) scientific data and their history.

• **Key words**
contraception; personal narratives;
general practice.

DOI: 10.1684/med.2018.300

Année 2004

Je tombe enceinte à la suite d'un rapport non protégé avec mon petit ami de l'époque. Je pensais me trouver à une période de mon cycle où je ne risquais rien. Qu'ai-je retenu de mes cours de biologie au lycée ? Qu'ai-je fait pendant l'éducation sexuelle au collège ? Je ne connais même pas le fonctionnement de mon propre corps... Pourquoi n'a-t-on pas utilisé de préservatif ? Le jour où l'être humain n'aura plus de failles, il deviendra un robot. Je suis opérée en urgence d'une grossesse extra-utérine (GEU). L'ovule fécondé est allé se nicher dans l'une de mes trompes au lieu de migrer dans l'utérus. À l'hôpital de V., le chirurgien s'est montré d'une extrême gentillesse. À l'inverse, les infirmières dont j'ai été dépendante pendant plusieurs jours se sont avérées cassantes et méprisantes à un degré que je n'aurais jamais pu imaginer : ça ne me donne pas du tout envie de connaître la maison de retraite si jamais je suis vieille un jour. Bref !

Après cet épisode, j'oublie mes principes, je me résigne à avaler un cachet contraceptif tous les soirs. Un peu plus tard, la remplaçante de mon médecin généraliste réalise que du fait de mes antécédents familiaux de cancer du sein, la pilule que l'on m'a prescrite (estroprogestative) est trop forte et contre-indiquée. Elle m'en propose une autre, uniquement progestative, 25 € en moyenne pour trois mois, non remboursée. Le générique existe maintenant, et moins cher. J'apprends aussi que le stérilet est suspecté de favoriser la survenue d'une grossesse extra-utérine [D], qu'il est donc contre-indiqué aux femmes comme moi ayant ce type d'antécédent. « Ah ? Tant pis ! De toute façon, on me l'avait déjà refusé avant ça ». Revenue au statut de célibataire, j'arrête de prendre la pilule.

Année 2006

Je commence une relation amoureuse avec quelqu'un que je nommerai par la première lettre de son prénom : A. Mon généraliste me prescrit à nouveau la pilule, je dois attendre mes prochaines règles [E] pour la débiter. Entre-temps, nous utilisons des préservatifs. Tiens la capote, parlons-en. « *Le plastique, c'est fantastique* », chantait un groupe dans les années 90. En pratique, c'est fantastique en cas de relations éphémères, ça préserve de trucs désagréables qui se soignent mal ou à coup d'antibioti-

d'enfants, du moins pas pour l'instant, et je souhaite trouver un moyen de contraception sur le long terme avec le moins d'effets secondaires possibles. Et puis un stérilet n'empêche pas l'usage du préservatif occasionnellement, ou dans les premiers temps d'une relation. La gynécologue me répond : « *Le stérilet, c'est plutôt pour les femmes ayant déjà accouché [A]. Vous pouvez utiliser la pilule... [B]* ».

Non, justement. Ma mère est en rémission d'un cancer du sein et je voudrais éviter de prendre des hormones, je pense que ce n'est pas bon pour moi... [C] ni pour personne d'ailleurs.

Bilan de la consultation : un frottis, mais pas de solution contraceptive en dehors du préservatif. C'était un autre temps, dira-t-on... !

ques. Mais dans le cadre d'une liaison sérieuse, une fois sûre que tout risque d'infection est écarté, je pose la question : « *peut-on dire que le préservatif soit une très bonne méthode contraceptive ? Un pis-aller ?* » À la limite, sur le long terme, la capote peut être gérable dans le cadre d'une vie sexuelle... comment dire ? Routinière. Dans ce cadre-là, le préservatif ne représente pas une grosse contrainte. Par contre, il peut arriver qu'il craque (le préservatif, pas l'homme). Et la contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain », c'est l'équivalent d'une plaquette prise en une seule fois [F]. Ce n'est pas le pied. Bref... Je ne fais pas une croisade contre le préservatif, mais je ne crois pas qu'il soit une solution valable sur le long terme.

Je reviens à ma petite histoire, en 2006. Personnellement, si j'éprouve des sentiments pour quelqu'un, et encore plus au début d'une relation, j'ai une bonne libido. À ce niveau-là, avec A, on est pareils. Alors le préservatif, au bout d'un moment... ça capote. Avec ou sans, on n'a pas du tout les mêmes sensations. Comme on n'est que des êtres humains, ça nous arrive d'agir plus avec l'affectif qu'avec la raison. C'est peut-être très bête, mais c'est comme ça. On le met donc de plus en plus tard. Et puis petit à petit, on le laisse tomber pour pratiquer une méthode de nos grand-mères, il se retire avant l'éjaculation. Cette technique n'est visiblement pas très fiable... L'échographie atteste que j'ai un début de grossesse normale, ce n'est pas une GEU cette fois-ci. Je suis dans l'année de mes trente ans et « en couple » avec lui depuis environ un mois et demi, même si on se connaît depuis longtemps. Il s'est déjà montré un peu trop jaloux, sans véritable raison. Je ne suis pas dans une relation très stable, j'ai beaucoup de peurs liées à mon histoire familiale, alors je fais le choix d'avorter. Je précise que prendre cette décision a été difficile, mais pas insurmontable.

Après une IVG dite « par aspiration », je ressors de la clinique, accompagnée de A, avec une ordonnance pour la pilule. Je ne me souviens pas avoir eu un entretien post IVG avec un médecin pour discuter contraception. Je recommence donc à avaler des hormones tous les jours. Je ne vois pas ce que je peux faire d'autre. Un peu plus tard cette année-là, je consulte mon généraliste. « *J'ai des saignements tous les jours depuis un mois, comme si mes règles n'en finissaient pas, je pense que la pilule que je prends ne me convient pas.* » – « *ça vaut peut-être le coup de s'acharner un peu, non ?* » me répond ce médecin.

Encadré 1



Commentaires des auteurs de l'article, par ordre d'apparition dans le texte.

A) Chez les femmes n'ayant jamais accouché, les seuls inconvénients spécifiques de la pose d'un DIU sont de possibles douleurs au cours de l'insertion et des expulsions plus fréquentes que chez les autres femmes.

B) Depuis la loi Neuwirth en 1967, l'utilisation d'une contraception médicamenteuse au long cours est soumise à une prescription. Celle-ci est généralement établie par un médecin, toutefois une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien (dépannage ou contraception d'urgence) peuvent, depuis récemment, le faire sous certaines conditions (loi du 9 août 2004, et lois du 21 juillet 2009 et du 25 mai 2010). La France présente l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde, soit 90,2 % des femmes de 15-49 ans sexuellement actives. La contraception orale (CO) (alias pilule) concerne près de 57 % des Françaises ; 70,8 % des jeunes femmes de moins de 35 ans se voient surtout prescrire la pilule.

C) Si la CO est contre-indiquée en cas de cancer du sein avéré, il n'est pas prouvé qu'il existe un véritable risque supplémentaire en cas d'antécédent familial. Les risques liés au traitement hormonal substitutif de la ménopause, admis dans les années 2002 autour de l'étude WHI ont contaminé les pratiques des professionnels et le grand public faisant abandonner le traitement en 5 ans environ. Des travaux (E3N par exemple) ont suggéré le sur-risque des progestatifs (normodosés) utilisés seuls avant la ménopause. Il reste assez difficile de mesurer si les contraceptions estroprogestative et microprogestative influent notablement sur le risque de cancer (action défavorable sur le cancer du sein, du col utérin et du foie, favorable sur le cancer de l'ovaire, de l'endomètre, du côlon).

D) Toute contraception, *a fortiori* de longue durée, diminue la survenue de grossesse, GEU comprises. Les GEU surviennent parfois sous DIU au cuivre (une grossesse sur 20), moins sous DIU au lévonorgestrel dont l'indice de Pearl est meilleur. Ces données sont probantes depuis 2004-2005. Les pilules microprogestatives (présentées au cours de cette consultation) font courir plus de risque de GEU que le DIU, mais moins que sans contraception !

E) Il est possible de commencer une plaquette de pilules à tout moment du cycle, sous couvert d'une protection par préservatif pendant les 7 premiers jours et de s'assurer de l'absence de grossesse. Cette méthode méconnue, appelée « Quick Start », faciliterait l'utilisation de la pilule parce que sans délai et débutée à la sortie de la consultation médicale.

F) L'histoire de la contraception post-coïtale remonte à l'invention des estroprogestatifs. Dans les années 80-90, des protocoles empiriques recommandent l'ingestion d'une boîte complète de 21 pilules (fortement dosée à 50 µg). Vers 1999 le protocole ne contient plus que 2 prises de 2 cp à 12 h d'intervalle, puis le lévonorgestrel apparaît avec 2 cp à 750 µg à 12 h d'intervalle ; et un protocole simplifié avec 1500 µg en une fois.

Année 2008

Je reste dans une relation amoureuse compliquée et chaotique avec A. Il est d'une jalousie excessive, présente des sautes d'humeur pénibles et imprévisibles, mais il peut être adorable. On se sépare un nombre incalculable de fois, et on revient toujours l'un vers l'autre. Les bons moments font oublier les mauvais. Je ne vais pas faire de hors sujet ici sur la dépendance affective. Je me suis « acharnée » à supporter la pilule un certain temps et puis je l'ai arrêtée le jour où j'ai pensé que A et moi on se quitterait pour de bon. Hé non. Je reviens vers lui une nouvelle fois. On reprend les mauvaises habitudes, et on néglige petit à petit le préservatif. Décidément lui et moi, on est fertiles. Incompatibles, mais fertiles. La méthode du retrait ne marche définitivement pas pour moi, seulement pour mes copines (je ne suis pas la seule, loin de là). Là encore, l'échographie atteste que tout est normal, pas de GEU. Cette fois-ci la décision est plus difficile à prendre. J'aimerais garder cet enfant, mais je suis dans une relation vraiment très instable...

Au planning familial, la conseillère que je vois me fait prendre conscience que A a un comportement violent. Pas physiquement, non, mais psychologiquement. Je réalise qu'il me parle souvent mal et avec agressivité. Que sa jalousie est malade, excessive. C'est le déclic : je ne peux pas, je ne veux pas faire d'enfants avec quelqu'un qui ne me respecte pas. Je peux encaisser beaucoup (trop) de choses, mais je refuse de les faire subir à un enfant, je ne répéterai pas le scénario de mon histoire familiale. Deuxième IVG, médicamenteuse, à l'hôpital. Cette fois, je morfle physiquement et psychologiquement. Je partage ma chambre avec d'autres filles dans la même situation que moi. Souvenir nébuleux de passages incessants, de brancards qui entrent et sortent à intervalles réguliers. Impression d'être dans une sorte d'usine qui pratique les avortements à la chaîne. À l'issue de l'hospitalisation, on ne me donne pas d'ordonnance d'office. J'ai rendez-vous quelques jours plus tard avec une femme, médecin ou conseillère je ne saurais dire, pour une consultation post IVG. Je lui parle de mon histoire. Selon cette femme, A est jaloux, oui, mais il a des raisons de l'être parce

Encadré 2



Références des commentaires dans l'ordre historique des publications.

- La Rédaction Prescrire. Lévonorgestrel pour la contraception d'urgence. *Prescrire* 1999 ; 19 (199) : 643-6
- La Rédaction Prescrire. Contraception post-coïtale : Lévonorgestrel en une prise. *Prescrire* 2003 ; 23 (239) : 378-9
- FFPRHC Guidance. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 ; 30 : 99-109.
- La Rédaction Prescrire. Progestatifs seuls avant la ménopause : cancer du sein. *Prescrire* 2008 ; 28 (296) : 434
- La Rédaction Prescrire. Traitement hormonal de la ménopause et cancer du sein (suite). *Prescrire* 2008 ; 28 (302) : 908-9
- La Rédaction Prescrire. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Une alternative efficace à la contraception hormonale orale. *Prescrire* 2009 ; 29 (304) : 113-9
- La Rédaction Prescrire. Dispositifs intra-utérins, alias stérilets. Connaître les détails de la pose d'un dispositif intra-utérin. *Prescrire* 2009 ; 29 (305) : 202-6
- Faculty of Sexual and Reproductive Health. FSRH Guidance. Intrauterine contraception. 2010. <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/> [consulté le 07/05/2017].
- Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition, 2009. Guide essentiel OMS de planification familiale. Genève : OMS ; 2011. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43137/1/9242562661.pdf> [consulté le 07/05/2017].
- Le Noc Y. Contraceptions hormonales et risque thromboembolique. *BMJ*, 2012 : bilan à 10 ans des registres danois. *Médecine* 2012. 8 (8) : 347-9 DOI : 10.1684/med.2012.0873
- Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K and Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of systematic reviews* 2012, issue 12. Art. No : CD006260. DOI : 10.1002/14651858.CD006260.pub3.
- Vallée JP, Gallois P, Le Noc Y. Risques vasculaires de la contraception estroprogestative. *Médecine* 2013 ; 9 (3) : 121-7 DOI : 10.1684/med.2013.0943
- Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? INED. *Population et société* 2014. N°511. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf [consulté le 07/07/2017].
- Trignol-Viguié N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2014 ; 42 : 432-7.
- La Rédaction Prescrire. Stérilets au cuivre : idées vraies, idées fausses. *Prescrire* 2016. Fiche infos-patients
- HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mise à jour septembre 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [consulté le 07/05/2017].

Voir aussi :

- Le site de l'Inpes : <http://www.choisirscontraception.fr/> [consulté le 07/05/2017]. Efficacité des différentes méthodes

que j'entretiens une correspondance écrite avec l'un de mes anciens amoureux, devenu un ami. Je ressors de cette consultation avec la sensation d'avoir été jugée sur une faute que je n'ai pas commise, et sans réponse satisfaisante concernant ma contraception : est-ce que le stérilet est complètement contre-indiqué dans mon cas ? N'y a-t-il vraiment pas d'exceptions possibles ? On a résolu un problème, mais pas sa cause. Un peu comme quand on arrache une mauvaise herbe en laissant la racine. Je revois A. On arrive enfin à se quitter, définitivement.

À suivre...

Conclusion

SolAnge, « vieille fille dérangée » [3] est aussi un peu dérangeante. Ses convictions, erronées ou rigides se heurtent à un système de soins qui n'arrive pas à être à l'écoute et véhicule lui aussi son lot de rumeurs et de certitudes sans fondements scientifiques. Cette histoire nous rappelle ou nous enseigne que c'est aux médecins d'écouter les patients, même si ceux-ci campent sur des postures déconcertantes, inhabituelles ou psychopathologiques. Depuis la fin des années 1970, la diffusion massive de la contraception n'a pas permis de diminuer le

• **Tableau 1.** Méthodes contraceptives (OMS) : indice de Pearl (source OMS 2005). Nombre de grossesses pour 100 femmes au cours des 12 mois d'utilisation.

Méthodes	Utilisation Optimale	Pratique Courante
Implants	0,1	0,1
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Dispositif intra-utérin	0,6	0,8
Système intra-utérin Levonorgestrel	0,1	0,1
Pilules microprogestatives	0,5	1
Pilules estroprogestatives	0,1	6-8
Préservatif masculin	3	14
Méthodes naturelles	1-9	20
Pas de méthode	85	85

nombre d'interruptions volontaires de grossesse. Cette stabilité globale résulte de deux mouvements opposés qui se compensent : une baisse des grossesses non prévues liée à la diffusion de la contraception moderne et dans le même temps une augmentation du recours à l'avortement en cas d'échecs. Le quart de ces avortements est réalisé chez des femmes ayant déjà effectué une IVG par le passé. Dans un pays où le modèle contraceptif dominant repose sur des méthodes médicales théoriquement efficaces (*tableau 1*), ces répétitions suscitent l'incompréhension. En Aquitaine en 2009, une étude a mis en évidence des caractéristiques propres aux patientes qui répètent les IVG : elles ont été plus fréquemment confrontées à des difficultés majeures pendant l'enfance ou l'adolescence, sont plus susceptibles d'avoir subi des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles et sont plus souvent victimes de violences conjugales.

RÉFÉRENCES

1. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley : University of California Press, 1981, 448 p.
2. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients, note de synthèse. *Pratiques de formation/Analyses* 2010 ;



En pratique

- En France, la diffusion massive de la contraception qui repose sur des méthodes médicales théoriquement efficaces, n'a pas permis de faire baisser le nombre d'IVG et le quart des IVG concerne des femmes y ayant déjà eu recours par le passé.
- Les femmes qui ont plusieurs fois recours à l'IVG semblent avoir des caractéristiques particulières : violences conjugales, antécédents de difficultés majeures pendant l'enfance et l'adolescence, relations parentales défectueuses, violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles.
- Il appartient à tous les professionnels de terrain d'être à l'écoute de leurs difficultés.

Leur fragilité psychologique et leurs difficultés relationnelles à l'âge adulte sont liées aux relations parentales défectueuses pendant l'enfance ayant perturbé la construction identitaire et l'estime personnelle [4]. Quoi qu'il en soit c'est quand même aux praticiens de terrain de s'appliquer à la rencontre de ces patientes et non l'inverse.

Nous verrons dans la deuxième partie pourquoi dans une telle situation, l'expertise d'une patiente (peut-être à peine) dérangée, victimisée et revendicative peut servir une analyse constructiviste.

~ **Remerciements** Remerciements à Nadine Kerveillant et Hélène Krzepisz.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

57-58 : 13-94. Disponible sur : http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/textpdf/58-59synthese_sante.pdf [consulté le 07/05/2017].

3. Beauvoir S. *Mémoire d'une jeune fille rangée*. Paris : Gallimard, 1958.
4. Lafaysse M. (dir Haddad S.) Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009. Thèse de Médecine, 2010, Bordeaux, 151p.