

UNIVERSITE PARIS NORD
UFR SANTE MEDECINE BIOLOGIE HUMAINE
Léonard de Vinci

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE
DE
SEXOLOGIE

ESSAI
(1^{ère} année)

PLACE DE LA CONTRACEPTION DANS LA
SEXUALITE :
LIBERTE ou CONTRAINTE ?
Barrière chimique, physique ou psychique voire médicale ?

Nathalie Trignol-Viguiier

Promotion Claude LEVI STRAUSS
Année universitaire 2009 2010

Un médecin du XIX^{ème} siècle disait :

***« Celui-là qui ne discerne
dans l'activité sexuelle
que le contact de deux corps
est comme celui-là qui,
écoutant une sonate de Bach,
n'y discerne que frottements
de crins de cheval
sur boyaux de moutons. »***

Je plagierais volontiers ce médecin
pour illustrer mes propos en disant :

***« Celui-là qui ne discerne
dans la demande d'avortement
que la volonté de ne pas concevoir
est comme celui-là qui,
en écoutant le répertoire de Brassens,
n'y discerne que paillardise
sur accords plaqués. »***

SOMMAIRE

Introduction	p 4
Préambule	p 5
1- Etat des lieux 2009 : le rapport de l'IGAS	p 6
2- Place de la contraception dans l'histoire et la société	p 7
3- Le médecin face à la demande de contraception	p 10
4- Règles et cycle menstruel : la sexualité « en catimini »	p 12
5- Croyances et contraception : Les grossesses surprises ou la surprise de la grossesse	p 16
I- De la courbe de température à la méthode des températures	p 16
II- Les premières fois : 1 ^{er} acte, passage à l'acte, acte manqué et acte réalisé	p 17
III- Tu es arrêté, j'arrête et nous arrêterons	p 19
IV- Rien	p 20
V- L'homme et la grossesse	p 20
VI- Entre rêve et réalité	p 21
VII- Mère ou grand-mère ?	p 23
6- Quand le corps médical s'emmêle	p 24
7- Contraception et libido	p 27
Conclusion	p 29
Iconographie	p 30
Bibliographie	p 32

INTRODUCTION

La légalisation de la contraception en France, par la loi Neuwirth le 28 décembre 1967, a permis aux femmes et à leurs partenaires sexuels de dissocier la sexualité reproductive de la sexualité récréative. Depuis 40 ans, les moyens contraceptifs se sont largement diversifiés et leur diffusion ne cesse d'augmenter via le corps médical, l'information dans les médias et dans les établissements scolaires. Ainsi, la plupart des femmes françaises en âge de procréer et ayant une sexualité ont recours à la contraception. Et pourtant, le nombre d'interruptions de grossesse reste particulièrement stable depuis sa dépénalisation. Même si nous savons que l'IVG n'est pas systématiquement liée à un échec de contraception, il est légitime de se poser la question de la place de la contraception dans la sexualité : la pilule libératrice des femmes des années 70 est-elle perçue de la même façon chez les adolescentes et jeunes femmes des années 2010 ? La liberté des unes n'est-elle pas un carcan pour les autres ? Quels sont la place et le rôle du corps médical dans la contraception et la sexualité ? Où se situent le désir et l'intime entre sexualité et contraception ?

En préambule :

La contraception est enseignée à la faculté par des Professeurs dont la plus grande part de leur activité n'est justement pas la contraception. En effet, la consultation de contraception revient plus souvent au généraliste ou au gynécologue médical et depuis peu à la sage femme; dans le cadre de la médecine libérale ou dans les centres de planification. Même si la théorie est incontournable de la connaissance du médecin, la contraception ne s'apprend pas à la faculté mais au contact des femmes, à travers le vécu qu'elles s'accordent à nous dévoiler. Comment mesurer la place de la contraception dans la vie des femmes, et des hommes, autrement qu'en les écoutant parler ? La succession d'indications, contre indications, effets secondaires et interactions médicamenteuses n'est qu'une infime partie de la connaissance et de la compréhension de la contraception.

Même si chaque femme peut être amenée à nous confier son histoire contraceptive, c'est souvent par ses échecs qu'on en comprend mieux le mécanisme. La consultation de demande d'IVG est justement le moment propice où l'on peut tenter de comprendre ce qui s'est joué dans la relation et dans la contraception pour que la grossesse s'installe. C'est par ce biais des échecs contraceptifs mais aussi des contraceptions « irréprochables » ou des refus conscients ou inconscients de contraception que je vais essayer de mettre en évidence la place qu'occupe, aujourd'hui, la contraception dans la vie génitale et sexuelle des femmes et des hommes.

1- Etat des lieux 2009 : le rapport de l'IGAS

Le rapport de synthèse écrit par l'Inspection Générale des Affaires Sociales en octobre 2009 concernant l' « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 » a mis en évidence que « le niveau des échecs contraceptifs est préoccupant : 72% des IVG sont réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception, et dans 42% des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace » (8).

Les médias se sont emparés de cette information pour la relayer largement dans la presse. Or, sortie de son contexte et hors interprétation fine, doit-on s'inquiéter autant de cette allégation ?

Si 100% des femmes qui ont recours à l'IVG n'avaient pas de contraception on crierait au scandale ! Et on pourrait entendre « Que font les femmes ? » « N'ont-elles toujours rien compris depuis 40 ans ? »...

Les 28% des femmes en demande d'IVG qui n'ont donc pas de contraception représentent cependant un nombre non négligeable qui permet de montrer que l'IVG n'est pas toujours un échec de contraception et que entre le rapport sexuel fécondant et la grossesse il y a, entre autres :

- les projets initiaux qui ne sont plus d'actualité quand la grossesse s'annonce : erreurs de « casting » ?
- les désirs de grossesse qui ne sont pas des désirs d'enfant ; la grossesse étant le seul moyen pour la femme d'en prendre conscience.
- les grossesses impossibles psychiquement excluant le recours à la contraception.
- les « simples » vérifications d'une fertilité possible.

Quant aux 72% de grossesses sous contraception, comment peut-on tenter de les expliquer ?

Contraception mal prise ? Mal comprise ? Mal adaptée aux besoins : manque d'adéquation entre les deux ? Imputable à la femme ? Sûrement dans certains cas... mais n'oublions pas le rôle du partenaire, de la meilleure copine ou de la mère, du médecin, du prescripteur qui n'a pas entendu la demande de la femme, celui des médias, des idées reçues...

La société a aussi sa part de responsabilité dans ces IVG issues de grossesses sous contraception : la norme sociale, la précarité, ou à l'inverse le franchissement du plafond de verre « Il ne fallait pas que je sois enceinte et donc il fallait que j'aie recours à la contraception » mais malgré tout, la grossesse a pris le dessus sur la contraception pour pointer plus encore cet interdit !

2- Place de la contraception dans l'histoire et la société

Avant l'avènement de la contraception hormonale à la fin des années 50, les femmes n'avaient comme seule solution de régulation des naissances des moyens anticonceptionnels locaux, mécaniques voire l'abstinence périodique dont le retentissement sur la sexualité était notable. Lorsque ceux-ci échouaient, la grossesse s'imposait à la femme à moins qu'elle ne coure le risque d'y mettre un terme... au péril de sa vie ou de sa fertilité, le tout dans la plus grande clandestinité.

La contraception « moderne » a provoqué une révolution dans la vie des femmes, leur permettant d'accéder d'une part à une sexualité récréative dissociée de la sexualité reproductive et d'autre part à une domination féminine sur le pouvoir de reproduction et d'accès à la maternité volontaire. Le slogan féministe « un enfant... si je veux... quand je veux » en était le reflet.

Cependant, cette « pilule » libératrice des femmes des années 1960/70 est-elle vue aujourd'hui sous le même angle ?

« Après avoir longtemps considéré la contraception comme une libération du joug de la physiologie génitale, force est d'en nuancer aujourd'hui les bienfaits : au pouvoir biologique succèdent des enjeux de pouvoir personnel. Le joug change d'encolure en pesant désormais sur une obligation de performance et de normalisation des prouesses orgasmiques. » (14)

Qu'est-il advenu de la sexualité des femmes et par voie de conséquence de leurs partenaires ? Le curseur s'est-il tant déplacé pour laisser le champ libre de toute maternité non désirée ? Qu'en est-il du désir ? D'enfant ? De grossesse ? De relations sexuelles ?

La contraception, dont la principale fonction concerne l'intimité de la femme n'est quasi exclusivement accessible que par l'intermédiaire du corps médical. C'est donc au médecin, et plus récemment aussi à la sage femme, que revient le rôle d'autoriser et prescrire la plupart des moyens de contraception. Ce pouvoir dévolu au corps médical impose à la femme d'avoir recours à une consultation et au bon vouloir du prescripteur pour autoriser l'accès à la contraception. Pouvoir d'autant plus fort que lorsque la contraception instaurée est intra utérine ou sous cutanée, son retrait est lui aussi subordonné à la disponibilité et au bon vouloir du corps médical. N'y voit-on pas là une maîtrise de la fécondité confiée au domaine public plutôt qu'au domaine privé ? Ce qui se joue dans les secrets de l'alcôve est directement orchestré par le corps

médical tout puissant ! A moins qu'une résistance ne s'opère de la part des femmes, résistance consciente ou inconsciente, venant perturber la légitimité du médecin dans ce rôle.

Il est « sexuellement correct » aujourd'hui d'avoir recours à la contraception lorsque l'on a une sexualité sans pour autant avoir de projet parental : Nathalie Bajos parle même de norme contraceptive et de temps contraceptifs avec un âge en deçà duquel il n'est pas raisonnable d'avoir un enfant et une période de la vie génitale pour telle ou telle contraception. Ainsi, quelle place reste-t'il à l'imprévu, à l'inconscient, dans cette maîtrise de la fécondité ?

« Après avoir été conquise comme « un droit » la contraception deviendrait-elle un « devoir » ? » (14)

Quelle sexualité doit-on adopter pour entrer en adéquation avec ces impératifs ? N'y a-t-il pas justement dans la sexualité tous les aspects inverses : Spontanéité ? Pulsions ? Désirs ? Interdits ?Qu'en est-il de la fécondité érotique dont parle M M Chatel ? (2)

Depuis son origine, la vie humaine résulte nécessairement de la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule ; rencontre qui, si elle est fructueuse, va aboutir à un bébé en passant par le stade d'embryon puis de fœtus.

La survie de l'espèce en va de la continuité de ce processus de reproduction ; processus découlant la plupart du temps d'une relation sexuelle entre 2 personnes de sexe opposé.

Même si les progrès de la science et de la médecine nous ont permis de recourir à une aide médicale à la procréation, la majeure partie des êtres humains est le fruit d'un coït. Et chaque coït peut être à l'origine d'une grossesse.

Du papyrus égyptien du 2^{ème} millénaire avant notre ère à la contraception moderne hormonale ou mécanique, en passant par la pharmacopée des simples, les hommes et les femmes ont été préoccupés par la régulation des naissances ; régulation des naissances dont la portée n'a pas été la même selon les époques, les ethnies, les cultures et les besoins humains. La politique nataliste de l'après 1^{ère} guerre mondiale, avec comme conséquence la loi de 1920 interdisant la propagande anticonceptionnelle jusqu'à décréter l'avortement « crime contre l'Etat » en 1941, contraste avec la propagande anticonceptionnelle de l'Inde ou de la Chine, fondée, elle aussi, sur des raisons démographiques.

Cependant, d'un point de vue individuel, la relation sexuelle est dynamisée ou freinée par son pouvoir fécondant.

La contraception moderne dans les années 1960-70 a modifié les mœurs et les comportements sexuels en libérant les femmes et les hommes de cette conséquence laissant la place à une sexualité récréative dissociée de sa dimension reproductive.

Même si les maladies vénériennes entachaient les relations sexuelles débridées de la bourgeoisie du 19^{ème} et du début du 20^{ème} siècle, l'émergence du SIDA a rapidement réintroduit le spectre de la mort à la fin du 20^{ème} siècle et a contribué à modifier les pratiques sexuelles en intimant l'usage du préservatif comme tiers incontournable de la relation ; lequel préservatif s'utilisait initialement à visée antivénérienne puis anticonceptionnelle après la découverte de la vulcanisation en 1840 (5).

Ainsi, l'entrée dans la sexualité au 21^{ème} siècle est recommandée avec deux pré requis :

- l'usage du préservatif, seule prévention possible des IST et du SIDA.
- L'association à une contraception efficace, généralement hormonale pour pallier l'inefficacité potentielle du préservatif à visée contraceptive.

En découle qu'avant de « faire l'amour » on se doit de penser au risque de grossesse et d'IST dont le dénominateur commun devient, outre le couple, le médecin ; médecin qu'il semble judicieux de consulter avant pour éviter d'y recourir après !

L'acte sexuel qui relève de la sphère privée, pour ne pas dire intime, implique autant l'individu que la société eu égard à ses conséquences collectives, démographiques et sanitaires.

La place du pulsionnel de l'acte sexuel est balayée par ces injonctions sociétales. La contraception est reléguée au registre des contraintes plus que des libertés enfermant la femme dans une norme sociétale dont elle n'aura de cesse que de s'échapper. Pourrait-on expliquer, par cette démonstration, le fameux paradoxe français tant décrié de la stabilité du nombre d'IVG contrastant avec l'augmentation du recours à la contraception ?

Le slogan féministe deviendra-t-il : « un enfant quand je peux...comme il faut ! » ?

3- Le médecin face à la demande de contraception

Qui, mieux que les femmes, à travers leurs expériences heureuses et malheureuses mais aussi leurs attentes de la contraception, est plus à même d'enseigner la contraception aux médecins ?

Certes, nous ne pouvons difficilement nous passer d'un enseignement théorique sur la contraception avec notamment son mode d'action, ses différents effets secondaires, interactions médicamenteuses, contre indications formelles ou relatives... Mais cela suffit-il pour prescrire la contraception ?

La spécificité de ces consultations tient tout particulièrement au fait que le médecin se situe face à une patiente qui vient chercher un moyen, non pas de guérir d'une pathologie mais, de se dégager du risque de grossesse lors d'un rapport sexuel. Et encore ! S'agit-il toujours de supprimer le risque de grossesse non désirée ? En écoutant les femmes, je n'en suis pas toujours si sûre et il peut y avoir bien d'autres messages directs ou indirects derrière ces demandes.

Cette place que nous occupons, en tant que médecin, peut être inconfortable si nous ne sommes pas prêts à la partager avec la patiente, tant dans le déroulement de la consultation que dans le choix final du contraceptif. En effet, là où, dans une prescription habituelle, le médecin est le seul maître à bord pour le choix de la thérapeutique qu'il propose, voire impose à son patient, ce choix devient partagé et souvent initié par la patiente. Il est peu fréquent de voir un patient arriver en consultation pour se faire prescrire un antihypertenseur inhibiteur de l'enzyme de conversion suite à l'auto découverte d'une hypertension artérielle. Par contre, il est plus usuel de recevoir une femme qui vient se faire poser un stérilet ou un implant sous cutané afin d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée, décision thérapeutique prise unilatéralement.

Face à cette injonction « thérapeutique », certains d'entre nous se sentent dépossédés de leur rôle et s'empressent de reprendre les rennes de peur de n'être que des prestataires de service, au service des femmes.

La demande d'IVG place le médecin dans une situation encore plus inhabituelle puisque le diagnostic a été fait par la femme et le choix de l'issue de la grossesse lui appartient jusqu'à la méthode de l'IVG qui, usuellement, devrait aussi être choisie par la patiente.

A partir de ce constat, le déroulement d'une consultation de contraception ne peut être similaire à celui d'une consultation pour un autre motif.

Il s'agit d'une rencontre entre deux protagonistes : l'un, la femme en l'occurrence, dont la place est de recevoir une information éclairée et exhaustive, sans jugement, sur les différents moyens qui s'offrent à elle. L'autre, le médecin cette fois ci, qui dispense cette information en s'assurant de l'étayer au maximum compte tenu des besoins de la femme. Ainsi, comment peut-on imaginer aborder la contraception sans aborder la sexualité à la fois dans sa dimension physique, sociale mais aussi psychique ? Comment prescrire une contraception sans s'intéresser à la finalité de celle-ci ? Sa place dans la sexualité ? Le sens qu'elle prend en fonction du moment ou de l'attente de la femme ou du couple ?

Comment le préservatif trouvera-t-il sa place dans une relation naissante avec un partenaire inexpérimenté focalisé sur le risque de « panne » ? Ou un partenaire éjaculateur précoce ?

Comment prendre une contraception orale régulièrement quand on a un rapport sexuel tous les deux mois ou une anorexie mentale avec vomissements pluri quotidiens ?

Comment accepter l'idée d'un stérilet quand on se sait né de l'échec de cette méthode ou que notre partenaire en garde le souvenir précédent d'un hameçon défendant le fond du vagin ?

Comment appréhender l'anneau vaginal quand l'idée de mettre un tampon hygiénique relève de l'exploit ou que les suites de l'accouchement conduisent à une distension périnéale ?

Je partage pleinement la position de Philippe David, gynécologue à la Clinique Jules Verne de Nantes, qui, lors des dernières journées de l'ANCIC disait : « En ce qui concerne les médecins, il faut donc qu'ils participent de leur côté pleinement à éclairer et à ouvrir les choix possibles. Pour cela, il faut quitter les positions conscientes ou inconscientes de marquage, de prévention de récurrence. Il faut savoir quitter la position du sachant qui s'entendrait au-delà du champ strict de la médecine et reconnaître que le sachant est la femme qui connaît sa vie, ses espoirs, ses douleurs, perçoit son corps, ses sensations, sa sexualité. Bref, une éthique de la contraception : autonomie - bienfaisance - non malfaisance - justice. Pas des slogans chatoyants masquant la rétraction sur des pouvoirs... »

4- Règles et cycle menstruel : la sexualité en catimini

Les premières règles, pour Nancy Huston « C'est le tapis rouge que ton corps déroule pour t'accueillir dans ta vie de femme. ». (9) Cette allusion poétique à l'entrée de la jeune fille dans sa vie génitale et reproductive est-elle vécue de la même façon selon les cultures, les époques et les milieux familiaux ?

Dans le Lévitique et dans le Coran, par exemple, elle est une source d'impureté et de danger. Le Coran met en garde : "La menstruation est un mal. Tenez-vous à l'écart des femmes jusqu'à ce qu'elles deviennent pures." L'évêque Isidore de Séville (570-636) dépeignait ainsi les effets du sang menstruel : *"Au contact de ce sang, les moissons ne germent pas, le vin surit, l'herbe jaunit, les arbres perdent leurs fruits, le fer est mangé de rouille et le cuivre s'oxyde. Si des chiens viennent à en avaler, ils deviennent fous. Même la colle bitumineuse, qui ne se laisse dissoudre ni par le fer, ni par les eaux, quand elle est polluée par ce sang, se désintègre."*

Dans la religion juive, le statut de la femme menstruée est régi par une loi dite de l'impureté (niddah) qui concerne tant la menstruation que l'accouchement. La période d'impureté est de sept jours pour les règles, quarante pour les relevailles après la naissance d'un garçon et quatre-vingt après celle d'une fille. La femme en règles doit porter un vêtement spécial qui signale son état. Le code de la loi juive, Sulhan Arukh, détaille les opérations nécessaires à l'examen et à la purification des parties intimes de la femme en menstrues. En Islam, la Sunna, qui rapporte les hadiths du prophète Mohamed et fait office de recueil de préceptes de vie pratique, codifie la toilette rituelle (tahâra) du croyant et traite aussi de la menstruation. "Le sang des règles, lit-on dans Hûsn Aliswâ, cause une souffrance, un dommage par son odeur, ce mal et ce dommage est la souillure ainsi que son endroit". (12)

La vie des femmes, de tout temps, a été soumise à des rythmes biologiques variant en moyenne de 28 jours pour le cycle menstruel à 35 ans pour la période de fécondité en passant par les 9 mois de la grossesse.

La période de gestation est marquée par l'aménorrhée dont le sens premier pour la femme en âge de procréer est justement de révéler la grossesse.

La deuxième période de la vie marquée par l'aménorrhée est la ménopause dont la définition clinique correspond à une absence de règles de 12 mois consécutifs minimum.

Hormis ces deux évènements marquant de la vie génitale des femmes, l'aménorrhée, qu'elle soit primaire ou secondaire, revêt un caractère pathologique. Ainsi, les femmes sont attachées à la survenue de leurs règles dont la signification varie selon les périodes de la vie génitale allant de la réassurance (quelquefois infondée) sur leur pouvoir fécondant au soulagement d'une absence de grossesse (tout aussi infondée dans certaines circonstances). Cette symbolique des règles fait de la femme - une Femme - pour bon nombre d'entre elles et rythme la sexualité ; les rapports étant classiquement suspendus pendant cette période inféconde du cycle.

La survenue des menstruations libère les femmes de ce sang traditionnellement décrit comme impur, lit d'une grossesse hypothétique, dont l'évacuation va permettre la constitution d'une nouvelle dentelle utérine, siège potentiel d'une grossesse à venir.

Les premières pilules contraceptives ont été élaborées de telle sorte que ce cycle menstruel soit artificiellement reproduit. L'objectif, atteint, était de mimer le cycle menstruel naturel à tel point qu'il n'est pas rare d'entendre, en consultation, une femme parler malgré tout de ce ressenti, souvent douloureux, de son ovulation au 14^{ème} jour d'un cycle qui justement en est dépourvu !

Certaines contraceptions oestro progestatives de 3^{ème} génération ou progestatives pures regroupant des pilules mais aussi l'implant ou le stérilet au levonorgestrel ont pour particularité la suppression potentielle de ce cycle. Une conséquence de ces contraceptifs est une aménorrhée secondaire, iatrogène, dont le vécu est variable.

Là où certaines y voient un confort indéniable, constitué par la sécurité contraceptive, assortie d'une disponibilité sexuelle accrue et la suppression de la contrainte induite par les règles ou la suppression des douleurs menstruelles ; d'autres y attribuent une perte de la féminité mais aussi une trop grande disponibilité sexuelle ou la disparition d'un repère évocateur d'une grossesse.

Le rôle du prescripteur dans une consultation est d'informer la femme des différents moyens anticonceptionnels qui s'offrent à elle. Le choix contraceptif peut s'orienter sur la sécurité contraceptive prioritairement mais aussi sur la galénique, le coût ou les effets secondaires.

L'aménorrhée potentielle est devenue un argument de choix contraceptif pour bon nombre de patientes sans pour autant que ce critère soit systématiquement vécu positivement. En effet, la disponibilité sexuelle

générée par l'aménorrhée peut revêtir un aspect délétère comme le montre la situation clinique suivante :

Mme M, de confession musulmane, 42 ans, 5 enfants, n'a jamais eu recours à la contraception. Elle a des cycles irréguliers et des règles abondantes au cours desquelles elle décrit une fatigue résiduelle. Après lui avoir exposé les différents moyens de contraception, pour lui permettre un choix éclairé, elle s'adresse à moi en me replaçant dans mon rôle de prescripteur, renvoyant cette impossibilité de choix à mon savoir théorique. Influencée par l'énoncé de ses troubles du cycle, je lui conseille un dispositif intra utérin au lévonorgestrel dont les avantages me paraissent multiples : une aménorrhée secondaire possible, dont l'intérêt serait de limiter la perte sanguine génératrice d'anémie puis de fatigue, et une sécurité contraceptive pour cette femme lassée de ses maternités successives. 6 mois après, elle revient me voir pour le retrait de ce stérilet dont les effets escomptés ont été vécus négativement : le motif de retrait était clairement lié à cette trop grande disponibilité sexuelle dont elle était « victime » : « *au moins avant, il me laissait tranquille 15 jours par mois ; maintenant, je n'ai plus d'excuse.* »

Aujourd'hui, l'évocation de contraceptions génératrices d'aménorrhée est cependant fort bien acceptée par les jeunes, pour qui les règles, sont vécues comme une contrainte à l'heure du « tout, tout de suite » dans un monde « aseptisé » où les règles font « tâche » au même titre que les poils dont les pubis sont de plus en plus dépourvus. On assiste à un paradoxe où les jeunes filles souhaitent paraître de plus en plus matures et affichent un corps de plus en plus immature puisque représenté comme impubère. Face à ces jeunes filles « libérées » de toute contrainte, on rencontre en consultation une autre population de jeunes femmes, un peu plus âgées que les précédentes, dont les préoccupations écologiques tendent vers l'opposé : retour au naturel avec une contraception naturelle voire à l'abstinence, des cosmétiques bio, le recours à la luna cup® et aux serviettes lavables. Là où les premières pensent vivre une sexualité épanouissante, disponible et sans entrave ; les secondes écoutent leur corps parler avec ses variations cycliques et ses caractéristiques physiologiques.

Ceci montre à nouveau l'importance du dialogue dans la consultation, même si, étymologiquement, la menstruation est désignée par l'expression "en catimini", du grec *katamênia*, "chaque mois". La menstruation est donc – comme chacun sait – quelque chose qui est supposé devoir être dissimulé et dont on ne parle pas en public.

Une consoeur relatait récemment une consultation au cours de laquelle sa patiente, porteuse d'un Mirena®, qui la plaçait en aménorrhée depuis des années, avait totalement exclu de son discours avec sa fille l'arrivée prochaine de ses ménarches. Laquelle fille, n'ayant jamais été confrontée aux règles de sa mère, s'est retrouvée à la fois démunie de protection et désarmée devant leur survenue, au même titre que les jeunes filles pouvaient l'être à l'époque où ce sujet était tabou. Et sa mère, de s'exclamer : « *j'avais complètement oublié ça !* ».

Et pourtant, il n'est pas rare d'entendre des mères et leurs filles ou simplement des femmes vivant sous le même toit, dire qu'elles se repèrent dans leur cycle grâce à la synchronisation de leurs règles. Les travaux de Martha Mac Clintock (11) ont mis en évidence que le corps féminin secrète des substances qui agissent sur le cycle ovarien et que la sueur axillaire porte un agent, auteur de la synchronisation en cause.

Quant aux hommes, quel est l'impact des règles dans leur sexualité ? Outre l'indisponibilité qu'elles peuvent générer et leur connotation impure et sale ; elles peuvent aussi sécuriser un rapport sexuel par leur caractère impropre à la fécondation et participer à l'épanouissement sexuel du couple comme le montrent certains témoignages de « blogueurs ». Par ailleurs, « une étude de l'université du Texas portant sur 52 participants masculins ayant reniflé 2 chemises de nuit de femmes portées l'une en période d'ovulation, l'autre à un autre moment de son cycle a montré que 90% des hommes trouvaient l'odeur des femmes très séduisante, voire pour beaucoup particulièrement envoûtante, pendant leur ovulation » et « plusieurs études récentes confirment ces résultats : les hommes trouvent l'odeur des femmes moins forte et plus agréable pendant leurs règles » (10)

5- CROYANCES ET CONTRACEPTION :

Les grossesses surprises ou la surprise de la grossesse

« Les premiers savoirs ont été transmis sous forme d'histoires : les mythes. » (13)

Voici quelques histoires de femmes, de contraception : mythes ou réalités ?

I- De la courbe de température à la méthode des températures

La profusion d'idées reçues autour de la contraception ne fait que conforter l'idée que la contraception, par sa bonne et mauvaise presse, influe dans la relation sexuelle à la fois positivement et négativement.

Le discours médical, fondé sur une théorie scientifique, insiste sur le fait que : tout rapport hétéro sexuel non protégé ou mal protégé peut être à l'origine d'une grossesse quel que soit le moment du cycle, que le rapport soit pénétrant ou incomplet y compris simplement par l'éjaculation de sperme à la vulve.

Le même discours médical de dire : l'ovulation n'a lieu qu'une fois par cycle menstruel, traditionnellement 14 jours avant la fin du cycle et ne dure que 24 heures. Ainsi en dehors de cette période précise tout rapport sexuel sera infécond :

1 risque 365 j / 365 j pour :

- 1 ovulation / cycle
- sachant qu'à 20 ans seuls 25 cycles sur 100 sont féconds
- et 1% à 40 ans !

Quel paradoxe ! Et celui-ci n'est pas français mais physiologique !
Que devient ce discours normatif, repris par les individus concernés ?

C'est l'histoire d'Aurélie, 20 ans, enceinte : elle s'était convaincue depuis peu que cet événement tant rêvé ne lui serait pas réservé : elle prend la pilule depuis 4 ans, l'a oubliée au moins une fois par cycle et n'était jamais « tombée enceinte ». A quoi bon la continuer ? Le nombre de fois où elle a pris des risques, la peur au ventre au début et la mort dans l'âme ensuite face à l'absence de grossesse, fait qu'aujourd'hui elle tombe ... de haut et demande une IVG annonçant, le sourire aux lèvres, son état de grossesse.

Et Catherine, 46 ans, enceinte elle aussi, en aménorrhée depuis 12 mois était en train de faire le deuil de son couple et de sa fertilité : fatiguée,

irritée, s'arrondissant, elle consulte pour mettre un terme à ces symptômes ménopausiques. Elle a arrêté sa pilule il y a 6 mois, pour se remettre à compter ! Le constat de l'absence de reprise de cycles la confortant dans l'idée de la ménopause.... relevait plus d'un β HCG que d'un THS...

II- Les premières fois : 1^{er} acte, passage à l'acte, acte manqué et acte réalisé

Parmi les idées reçues, il en est une que l'on n'entend plus, pour l'avoir déjouée depuis des années : « *la première fois, ça ne craint rien* ». Ne serait ce pas plutôt le contraire ? La force avec laquelle cette première fois peut être vécue, le sens donné à cette attente ou à la transgression d'un interdit ne la rendrait-elle pas justement plus explosive ou libératrice ? L'ovaire ne serait-il pas plus sous la dépendance de l'inconscient que de nos chères hormones ? Peut-être pas plus mais au moins autant ?

Lucille, 15 ans, consulte pour une IVG :

« *Pour Ma première fois, ma mère m'avait prévenue : « pas n'importe qui, choisit le bien, il n'y a qu'Une Première Fois. » « Et puis, pas sans préservatif. »*

J'ai fait tout ce qu'elle m'a dit. Je l'ai choisi, on s'est protégé, j'ai même pris la pilule du lendemain...gratuite pour les mineures...et dans les 24 1^{ère} heures...comme on nous l'a dit au collègue... Alors : je ne comprends pas ! Et je ne peux pas lui dire que j'ai tout raté, elle me l'avait dit aussi : « pas trop tôt »... Maintenant il est trop tard. »

N'est ce justement pas une des raisons majeures pour lui dire ? Non pas pour renforcer leurs culpabilités respectives, non pas pour que cette mère pense elle aussi qu' « elle a tout raté » (qui, d'ailleurs, de la mère ou la fille ou des deux, a tout raté ? Et le père dans tout ça ? Lequel ? Le père de la jeune fille ou le géniteur de cette grossesse qui n'aura pas de paternité).

Ce qui saute aux yeux dans l'histoire de cette jeune fille c'est l'importance capitale de cette première fois qui devait être inoubliable : elle le sera, à travers cette grossesse et son interruption : jouera-t-elle un

rôle de scansion dans son histoire ? La deuxième rupture du cordon ombilical ? La bienveillance de la mère à l'égard de sa fille a joué quel rôle ? Jusqu'où l'excès de précaution et de prévention va-t-il interférer dans la relation ?

« L'IVG est un acte de conflit entre une femme et elle-même, une femme et sa mère, sa famille, son partenaire. Les patientes sont « bien-portantes » dans le sens « non-malades », mais souffrantes d'une inadéquation entre un désir et un acte, à un moment de leur vie ». (1)

Fathia, 25 ans, algérienne, en France depuis 3 mois, est étudiante en pharmacie et inscrite en master cette année. Elle arrive en consultation pour une demande d'IVG, et c'est radiologue, qu'elle m'annonce sa grossesse dont l'issue ne peut être qu'un avortement.

Elle n'avait pas de contraception, à 25 ans, étudiante en pharmacie : pourquoi ? « *Parce que, vous comprenez, c'était la première fois, parce que chez nous, c'est pas comme chez vous. Vous ne pouvez pas comprendre, je l'ai attendu ce moment, depuis le temps ! Alors, la contraception, je savais, mais je ne pensais pas que ça viendrait si vite, ici, et puis il y avait la pilule du lendemain et je l'ai prise et puis je suis quand même enceinte !* »

Dans les yeux de cette jeune fille, il y avait tout le bonheur de ce passage à l'acte...et l'acte de l'IVG s'est passé...simplement en apparence : était-ce la façon de s'affranchir de sa liberté, de sa place de femme dans notre société ou dans la sienne ?

« Un acte vrai, un acte plein, c'est celui qui transforme le sujet après coup. Cela suppose du temps, de la réflexion, un retour entre la pensée et l'action, un écart entre le sujet et l'objet de son acte : l'un et l'autre ne se confondent pas, le sujet laisse derrière lui l'acte qui lui a permis de mûrir. ... Il y aurait lieu de débattre si l'IVG peut être en elle-même un acte à part entière ou une autre modalité de l'acte, différent de l'acte manqué ou de *l'acting out*. » (1)

III- Tu es arrêté, j'arrête et nous arrêterons !

A quoi bon prendre une contraception alors qu'on ne devrait pas en avoir besoin ? Certaines femmes consultent, au cas où ? Comme si cette prescription allait servir de catalyseur à la relation. Mais aussi, parce que l'anticipation est de rigueur dans cette société où le hasard n'a plus sa place, où tout doit être programmé, planifié, protocolé tant dans notre vie que dans nos institutions : A quel moment dans la carrière professionnelle de la femme l'enfant trouvera-t-il sa place ? Qui de la femme, du partenaire ou du supérieur hiérarchique donnera l'autorisation ?

Et Dame Nature dans tout cela : elle a son mot à dire, elle aussi, et l'horloge biologique défile inlassablement, égrenant son chapelet de follicules pour n'en plus laisser, au moment où, justement, l'heure a sonné.

Et quand malheureusement, c'est la séparation qui signe l'impossibilité de la grossesse, l'arrêt de la contraception confirme cet interdit.

Valérie consulte pour une IVG, des larmes plein les yeux, contrairement à Fathia qui les avait brillants de mille feux:

« 4 ans, c'est long et tout ça pour une connerie : je lui en voulais, mais je savais que j'allais l'attendre. Au parloir, je lui avais dit que ma meilleure preuve de fidélité c'était d'arrêter de la prendre ! Alors cette permission, on ne l'attendait même pas, et pourtant : il m'a fait la surprise, « bonne conduite ». Une fois en 4 ans ! Ce fût la bonne ...mais aujourd'hui, la surprise est mauvaise, mauvaise... »

En arrêtant sa contraception Valérie a voulu signifier l'arrêt de sa relation. En sortant de la maison d'arrêt, il a suspendu cet arrêt dont la conséquence sera l'arrêt de cette grossesse...arrêt qu'elle ne lui pardonnera pas cette fois...mettant un point final à leur histoire.

Ce premier rapport après autant d'attente a-t-il pris le même sens qu'une première fois ou bien n'était-ce que parce que ce serait le dernier ?

IV- Rien

« Je ne peux pas y croire : 3 ans ! Des rapports tous les jours (c'était plus sûr) et rien ! On en a fait des courbes de température, des spermogrammes, des échos, des dosages : rien ! Nous n'y comprenions rien, ni les médecins, ni nous !

Alors évidemment, ça questionne et puis ça détruit et puis ça ne questionne plus. Et le mois dernier, on s'est revu, c'était plus fort que nous, que tout, on ne pouvait pas imaginer qu'on prenait un risque... avec tout ce qu'on avait vécu, ou pas vécu...alors la contraception ce n'était pas pour nous...

Ce risque s'appelle une grossesse, un embryon, ce que j'ai rêvé de plus fort pendant toutes ces années...mais aujourd'hui, c'est trop tard, pourquoi maintenant ? »

Que se jouait-il dans cette relation ? Quelle place au désir, au plaisir ?
Et encore moins à la contraception !

« Dans « contraception », il y a quelque chose qui « contrarie », qui va à l'encontre d'un désir souvent non exprimé, voire socialement et médicalement banni. » (1)

V- L'homme et la grossesse

Isabelle, 32 ans, arrive désabusée : l'annonce d'une relation extra conjugale de 2 ans, avouée récemment par son ami, la contraint selon elle à ne pas avoir le choix de garder cette grossesse, pourtant désirée. Elle a déjà interrompu une grossesse de lui, ils venaient de se séparer :
« Elle n'était pas prévue, c'était différent, et ça n'allait plus entre nous, alors j'ai avorté. Mais là, on était d'accord, nous avons décidé ensemble d'arrêter la pilule, et il me l'a demandé cet enfant ! Alors pourquoi ? Pourquoi me faire ça, et partir pour une autre ? »

Ces deux grossesses sont arrivées concomitamment à leur séparation : comme si, pour partir, il avait besoin d'un « booster », d'un alibi ? Partir simplement, révéler sa relation avec une autre n'était pas possible sans cette grossesse qui contraint à dire l'indicible ? Que serait-il advenu de leur histoire sans cette grossesse ? La séparation aurait-elle été possible ? Grossesse sous contraception ou grossesse sans contraception : l'issue est la même : Est-ce la grossesse qui sépare ou la séparation qui est féconde ?

VI- Entre rêve et réalité

Je reçois Audrey, 33 ans, nullipare, nulligeste, une fois par an depuis plusieurs années, dans le cadre d'un suivi gynécologique systématique assorti d'un renouvellement de contraception orale et de questionnements réguliers autour de sa capacité à être mère un jour. Il y a 2 ans, elle me confie un projet de mariage dans l'année, suivi vraisemblablement d'une grossesse, mûrement réfléchi mais source d'inquiétudes multiples. L'année dernière, à l'issue de la consultation elle ne souhaitera pas reprendre sa contraception, non pas pour ce projet de maternité mais suite à une rupture douloureuse avec son partenaire ; rupture cristallisée autour du projet parental unilatéral. Cette année, comme à l'accoutumée, elle prend rendez-vous avec moi, un mois à l'avance. Lorsque je vais la chercher dans la salle d'attente, accompagnée d'un externe en médecine, elle refuse la présence de l'étudiant, contre toute attente, et précise que c'est pour la discussion et non pour l'examen clinique ; attitude généralement inverse. Gênée, elle me confie avoir eu une relation sexuelle avec un ami de longue date il y a 4 jours ; comportement qu'elle ne s'explique pas bien, elle qui se dit « *fleur bleue* » et qui condamne ce genre de passage à l'acte. Cependant, elle exprime des besoins à assouvir. Elle culpabilise de ce rapport, d'autant qu'il n'était délibérément pas protégé, qu'il a eu lieu au 14^{ème} jour de son cycle de 28 jours et qu'elle n'a pas eu recours à la pilule du lendemain alors qu'elle y a pensé. Elle reconnaît volontiers avoir éprouvé beaucoup de plaisir pendant ce rapport. Je l'informe donc du risque réel de grossesse et lui évoque l'ultime possibilité qui est le recours au stérilet post coïtal dans l'hypothèse où elle souhaiterait diminuer au maximum ses risques (ou chances ?) de grossesse ; choix qu'elle va finir par accepter, non sans hésitation.

Pourquoi ce seul et unique rapport 4 jours avant notre consultation ?

Sans ce rendez-vous, aurait-il eu lieu ? Inversement aurait-il donné lieu à une consultation en urgence s'il était survenu à un autre moment de l'année ? L'imminence de notre rencontre l'autorisait-elle à prendre un risque ? Ou bien était-ce le fait d'un heureux ou malheureux hasard ?

Pourquoi si peu de précautions pour un rapport à une période si propice à la fécondation ?

S'agissait-il d'un besoin de prise de risque, encadré par une consultation médicale ?

La pose du stérilet occultera l'issue naturelle de ce rapport hypothétiquement fécondant. Seule son expression aurait peut-

être pu permettre à cette femme de mettre des mots sur son histoire dont j'ai potentiellement modifié le cours.

Il n'est pas rare en consultation de renouvellement de contraception d'apprendre que précisément la veille, et de façon exceptionnelle, un comprimé a été oublié alors que précisément les conditions sont requises pour remédier au risque de grossesse : oubli exceptionnel ou exceptionnellement constaté parce que mis en avant par l'interrogatoire de la consultation ?

L'histoire de Salomé n'a pas pris la même tournure. Elle est scolarisée en seconde générale, à 16 ans. Elle a des rapports sexuels plus ou moins bien protégés depuis un an et souhaite prendre la pilule pour la première fois, sur son initiative et à l'insu de ses parents. Elle a déjà eu recours à la contraception d'urgence, sans suite. Ses dernières règles remontent à 8 jours et elle a eu un rapport non protégé il y a 5 jours. Je l'informe du risque de grossesse, risque qu'elle ne souhaite pas prendre. Elle opte donc pour un stérilet d'urgence dont l'efficacité est estimée à 99%. La pose se passe très simplement et elle repart soulagée avec un rendez-vous de contrôle 15 jours après, juste avant son départ en voyage linguistique en Allemagne. Le contrôle clinique est favorable, le stérilet très bien toléré. Par acquis de conscience, je lui propose un test urinaire de grossesse dont le résultat est douteux : la deuxième barre du test ne vire que légèrement justifiant un dosage sanguin pour confirmation, confirmation dont j'ai peut-être plus besoin qu'elle car cet échec potentiel me « dérange »...comme si j'en portais une part de responsabilité... Dans l'attente du résultat sanguin, je lui explique que « dans le pire des cas, si c'est réellement positif, la grossesse est très récente et ne compromet pas son voyage dont le départ est prévu le lendemain. » Etonnée par mes propos elle me reprend car elle ne voit pas en quoi la grossesse serait « *le pire des cas* » puisqu'elle la gardera très certainement ! Salomé, ne l'oublions pas, consultait initialement pour une contraception... le risque de grossesse a été mis en évidence par l'interrogatoire...et la contraception la plus efficace dans ce contexte a été mise en place...

VII- Mère ou grand-mère ?

Mme R, 47 ans, elle a arrêté sa contraception « sur un coup de tête » il y a 2 ans parce qu'elle prenait du poids et pensait mettre un stérilet. Mais le temps a passé, elle a négligé la prise de rendez-vous. Elle s'est enfin décidée, il y a deux mois, mais les délais sont longs, et depuis le temps, elle n'était pas à un mois près, d'autant que son mari avait, dit-elle, quelques « *soucis sexuels* » à 52 ans. Ils sont partis en vacances en février, et là : « *on était détendus, c'était bien, et du coup, on était heureux parce que, de ce côté-là, ça marchait mieux. Et ce soir là, je me suis doutée qu'il se passait quelque chose mais quand même, pas à mon âge, et puis la pilule du lendemain, je ne me voyais pas aller la chercher !* ». Le jour du rendez-vous de pose de stérilet, elle n'avait pas ses règles et le test de grossesse était positif. La révélation de la grossesse a été un choc, même si, elle réussit à le formuler, ça leur a fait du bien de savoir qu'ensemble « *ça marchait encore* ». Elle me consulte cependant pour une demande d'IVG et ne peut pas en parler autour d'elle et encore moins à sa fille de 27 ans qui est en parcours de FIV, sans succès à ce jour, même si, s'exclame t-elle : « *c'est à son tour d'être mère et moi grand-mère... mais c'est de sa faute à lui !* ».

Là encore, on se demande quelle place vient prendre la consultation de contraception dans cette histoire. Est-ce simplement le délai de 2 ans qui était nécessaire, statistiquement, à la survenue de cette grossesse ou la prise de conscience du risque qui l'a « autorisée » ? La parenthèse des vacances, où « tout s'arrange » pour quelques jours, en pleine période d'ovulation (spontanée ou provoquée ?) peut-elle expliquer la grossesse ? Au moment où elle passerait bien le flambeau, la biologie lui rappelle t-elle que l'heure n'est pas encore arrivée ?

Toutes ces situations qui génèrent tant de questions doivent-elle avoir des réponses ? En quoi, à part pour satisfaire une curiosité débordante, apporteront-elle une solution à ces femmes ou au corps médical pour en prévenir les conséquences ? Pourquoi chercher à rationaliser l'irrationnel ?

6- Quand le corps médical s'emmêle !

La place prépondérante donnée au corps médical dans la délivrance de la contraception contraste avec la pudibonderie avec laquelle cette question est abordée voire non abordée. L'interrogatoire médical poussé concernant les antécédents personnels et familiaux ne laisse que rarement la place à la sexualité comme si celle-ci était soit évidente et indicible soit inexistante. Ce constat met en parallèle l'interrogatoire médical avec la confession au cours de laquelle la volonté de déculpabilisation des couples onanistes par le silence est approuvée par la Pénitencerie en 1822 (18).

Les fondamentaux de la médecine nous conduisent à réagir dans l'intérêt médical de nos patientes, c'est-à-dire ne pas nuire à leur santé. L'OMS en 1946 a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », définition toujours d'actualité en 2010. Pour que ce bien être soit complet, la sexualité dont l'implication est physique, psychique et sociale doit y trouver sa place. En éludant délibérément, ou non, la sexualité dans la prise en charge des patientes, à fortiori quand il s'agit de contraception, le médecin en se retranchant derrière une position sécuritaire quant à la santé physique peut rompre cet équilibre dont les conséquences psychiques et/ou sociales ne sont pas négligeables. Les protocoles médicaux enferment de ce fait le médecin et sa patiente en occultant la part du subjectif.

Delphine, nullipare, nulligeste, pour lutter contre son obésité à 19 ans, s'est fait poser un anneau gastrique. 15 jours après, elle avait perdu 5 kilos mais a été hospitalisée en urgence pour une embolie pulmonaire massive dont l'étiologie, outre la chirurgie récente, le surpoids et la présence d'une thrombophilie, a été attribuée à sa contraception oestro progestative. C'est dans le cadre d'un changement contraceptif que je l'ai reçue. Elle a rapidement opté pour un stérilet au cuivre qu'elle a d'ailleurs très bien supporté. Je l'ai revue deux ans après pour le retrait de son dispositif intra utérin pour un projet de grossesse. Compte tenu de son obésité persistante et de son traitement par anti vitamine K il était, d'après moi, légitime de surseoir temporairement à ce retrait afin d'adapter son traitement et d'avoir un conseil obstétrical sur une éventuelle prise en charge précoce. La consultation obstétricale s'est soldée par un refus catégorique de retrait du DIU avec comme consigne de revenir quand elle aurait perdu 20 kilos ; lequel obstétricien qui par ailleurs déconseille habituellement la pose d'un DIU chez la

nullipare. Sa position d'obstétricien, confronté quotidiennement à des procédures juridiques, est de ne pas vouloir être responsable d'une complication médicale largement prévisible en autorisant le retrait du stérilet sans réserve.

Ainsi, si Delphine n'avait pas eu de stérilet, elle n'aurait pas eu à recourir au bon vouloir médical pour démarrer une grossesse, qui, avec une contraception moins efficace serait peut-être arrivée de façon inopinée et inopportune ! Aujourd'hui, elle est « prisonnière » de son stérilet dont l'efficacité lui laisse peu de chance d'être enceinte malgré « lui » ! Cependant, cette confrontation médicale à la réalité du risque obstétrical face à ses antécédents lui a permis d'appréhender la complexité de la prise en charge de son éventuelle grossesse eu égard à son état de santé physique.

A ce jour, Delphine n'a pas maigri : qu'en est-il de son projet de maternité ? Le poids a-t-il eu raison de cette grossesse ou bien n'est-il plus qu'un prétexte pour en retarder l'échéance ?

L'histoire clinique suivante implique à nouveau le corps médical et illustre les conséquences d'une non prise en charge de la santé sexuelle dans la relation médecin patiente.

Devant un état dentaire particulièrement désastreux, Mme C a consulté pour une ablation chirurgicale de l'ensemble de ses dents sous anesthésie générale. L'anesthésiste rencontré dans un deuxième temps lui a demandé de procéder au retrait de son implant contraceptif en pré opératoire. L'Implanon® qui est un progestatif ne me semblait cependant pas contre indiqué contrairement aux contraceptifs oestroprogestatifs. Le médecin traitant de Mme C a respecté la prescription de son confrère en retirant cet implant mais a, lui aussi, omis d'aborder le remplacement de cette contraception. Mme C, dont la sexualité et sa finalité n'ont pas changé dans le cours de cette période, ignorante des motifs médicaux contre indiquant certaines contraceptions à l'anesthésie, a repris en automédication sa contraception antérieure, à savoir une pilule oestroprogestative dont il lui restait quelques plaquettes. Elle avait souhaité une contraception non contraignante en passant à l'implant compte tenu de ses nombreux oublis de pilule...oublis qui n'ont pas tardé à se reproduire...conduisant Mme C à consulter pour interrompre cette grossesse dont la survenue est à partager avec le corps médical ! Ni l'anesthésiste, ni le médecin traitant, alors qu'ils intervenaient autour de la contraception n'ont abordé la sexualité avec Mme C, comme ci celle-ci n'existait pas ou bien ne les concernait pas ? Cependant, la reprise de contraception oestroprogestative aurait, elle, pu induire un

risque médical alors que la poursuite de l'implant aurait été sans conséquence chirurgicale et non exposante à la grossesse non désirée. C'est à nouveau un souci de sécurité médicale qui a occulté la réalité de la vie des patientes dont la sexualité ne peut être exclue.

Cette fois c'est la fertilité inattendue de Mme P qui a déstabilisé le corps médical. Mère à 16 ans, elle a eu une salpingectomie dans les suites d'une salpingite à chlamydiae, intervention qui n'a pas porté préjudice à sa fertilité puisqu'elle a eu trois enfants au décours. Son dernier accouchement en 2002 s'est compliqué d'une rétention trophoblastique dont la solution thérapeutique a été un curetage aspiratif. Depuis cet acte chirurgical il y a 8 ans elle est en aménorrhée sous contraception oestroprogestative pourtant séquentielle, 21 jours sur 28. Elle a maintenant 35 ans, un surpoids et en plus de cette aménorrhée mal vécue elle se plaint de douleurs pelviennes droites itératives. Lassée de la pilule, et espérant retrouver des règles avec un stérilet au cuivre, elle consulte sa gynécologue pour une tentative de pose qui se solde par un échec face à un col impénétrable justifiant une batterie d'examen complémentaires : une échographie, une hystérosonographie impossible concluant à une synéchie isthmique, un scanner, et pour finir, une IRM pelvienne posant le diagnostic d'endométriose. Le bilan de ces explorations conduit sa gynécologue, face à ces résultats et au très faible risque de grossesse pour ne pas dire nul, à ne pas renouveler sa pilule dont les effets secondaires sont largement supérieurs à l'hypothétique bénéfice contraceptif. Seulement 2 mois après, elle sera enceinte ; le diamètre des spermatozoïdes étant largement inférieur à celui de la sonde d'imagerie !

7- Contraception et libido

Lors des dernières journées nationales de l'ANCIC en novembre 2009, alors que j'animais la table ronde intitulée « contraception : espoirs d'antan, réalité d'aujourd'hui », le débat avec la salle s'est orienté sur l'impact de la contraception orale sur la libido, impact décrit par certaines patientes comme négatif. Michèle Ferrand, sociologue et directrice de recherche au CNRS travaillant sur la contraception, s'étonnait en aparté de ce constat et me livrait : « nous, quand on a pu prendre la pilule, ça nous a plutôt stimulé la libido ! ».

En effet, en interrogeant nos patientes sur le vécu de leur sexualité sous contraception, les réponses sont extrêmement variables, quelque soit l'âge et le moyen contraceptif qu'elles utilisent. Existe-t-il un frein à la libido sous contraception ?

Pour certaines, vraisemblablement non, comme le suggérait Michèle Ferrand, dans le sens où cette contraception les libère du poids de la grossesse ; poids prépondérant jusque dans les années 1970 où la grossesse était dans certains cas le lourd tribut à porter. La jeune génération, filles ou petites filles de ces femmes des années 70, née après la loi Neuwirth et la loi Veil perçoit donc la contraception d'une toute autre manière. La contraception étant un acquis, les effets indésirables sont de ce fait mis en avant et dénoncés. Pour faire un parallèle avec l'antibiothérapie par exemple, les générations précédentes décimées par les épidémies, souriraient de l'embarras digestif tant décrié de certains antibiotiques ou des polémiques sur les hypothétiques effets secondaires de certains vaccins.

Cependant, cette plainte doit être entendue par le prescripteur car elle peut conduire à un arrêt contraceptif intempestif générateur d'une grossesse qui va replacer le symptôme à un niveau différent. Une étude a montré que les modifications émotionnelles et sexuelles sous contraception orale étaient les meilleurs facteurs prédictifs d'arrêt ou de changement contraceptif (15).

De nombreuses études ont été menées sur l'impact de la contraception sur la libido sans pour autant aboutir à un consensus. La responsabilité des hormones dans la baisse du désir sexuel n'a pu être retenue dans une étude observationnelle sur plus de 1000 femmes sous contraception orale versus dispositif intra utérin (16).

La physiologie de la libido ayant encore quelques secrets, les thèses s'opposent sur la responsabilité de la phase ovulatoire plus que lutéale ou folliculinaire dans l'intensité du désir sexuel.

Même si certaines études ont mis en évidence un effet bénéfique de la Drospirénone sur la libido, ce constat doit être largement pondéré par les biais de ces études.

« Il ne faut pas mettre en doute ce que disent les patientes sous pilule sous prétexte que cela ne coïncide pas avec nos a priori, car il est possible que nos a priori soient réellement erronés dans ce domaine » (17).

L'impact de la contraception sur la libido est nécessairement plurifactoriel et conduit le médecin à beaucoup de prudence quant à son interprétation. La prise de conscience de cet effet est fondamentale et l'ouverture du dialogue en consultation est sûrement un des points les plus importants.

Comment prescrire la contraception sans soulever avec la femme, à chaque consultation, la place de cette contraception dans sa sexualité ; sexualité qui évolue au fil du temps ?

CONCLUSION

En voulant dissocier à tout prix la sexualité reproductive de la sexualité plaisir, n'a-t-on pas consciemment ou inconsciemment essayé de dissocier le corps de l'esprit ?

Ne peut-on donc pas, à l'extrême, y voir une tendance schizophrénique* à laquelle les femmes essayent de résister, consciemment ou inconsciemment ?

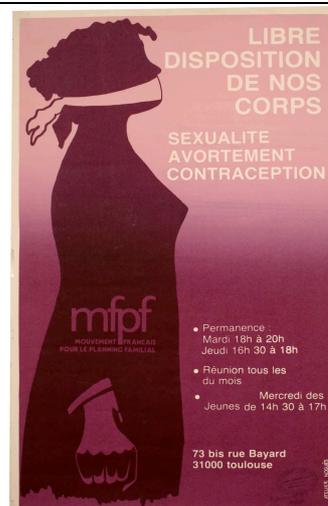
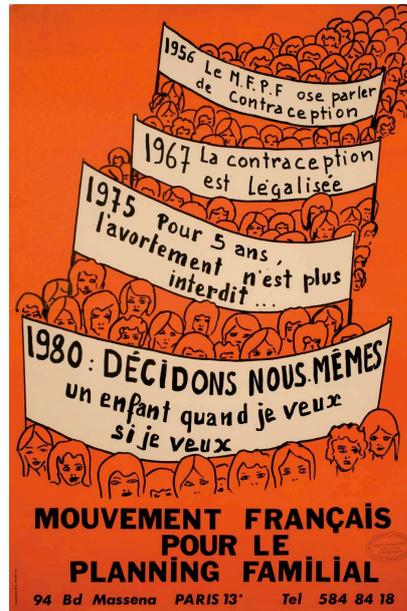
Il apparaît, au fil de ces consultations et de ces réflexions que le curseur qui tend à aller du tout reproductif au tout contraceptif ou au plaisir sans contrainte n'est pas si libre de se déplacer.

Le rôle qui est dévolu au corps médical d'initier et de renouveler la contraception requiert une capacité d'adaptabilité à cette pratique qui passe par une remise en question du mode de raisonnement médical habituel. L'impact de la maîtrise de la fécondité est à la fois personnel, familial, social et sociétal. Ainsi, son enseignement dans les études médicales mérite que l'on y accorde une place prépondérante afin d'offrir aux futurs praticiens un étayage suffisant à sa prise en charge. Est-ce d'ailleurs le corps médical qui se prête le mieux à ce type de consultations ? La délivrance de la contraception doit-elle rester dans les mains du seul corps médical ? Une ouverture vers d'autres professionnels du domaine psycho social, voire la mise en vente libre de certains progestatifs comme dans d'autres pays, trouverait-elle sa place ?

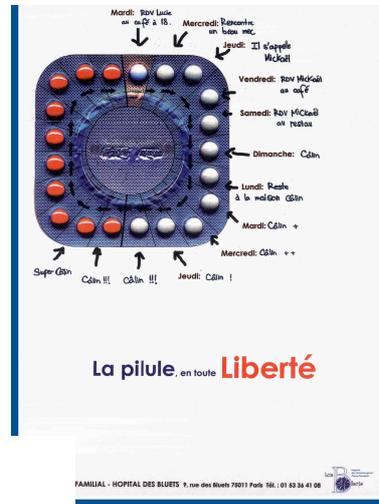
Par ailleurs, ne doit-on pas accepter une part d'« échec » ou plutôt d'incertitude avec la contraception pour que la sexualité continue à permettre à l'individu sa survie physique et psychique ? Et par là même, doit-on continuer à déplorer l'étonnante stabilité du nombre d'IVG en France ? Ou plutôt ne faire que constater qu'elle représente un pallier en dessous duquel il est illusoire de souhaiter descendre.

* Sartre disait : « Un de ces rêveurs éveillés que la médecine nomme « schizophrènes » et dont le propre est, comme on sait, de ne pouvoir s'adapter au réel. »

Quelques affiches militantes historiques



Affiches récentes (école de graphisme pour le CPEF des Bluets en 2005)



BIBLIOGRAPHIE

- 1- E.Blin-Zbiegiel, B.Haie, A. LeFloch, A.Paulay « IVG : du parcours du combattant à l'acte constructif » Gynécologie et Psychosomatique N°24, 1999
- 2- M.M.Chatel « Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement. » Albin Michel, 1998
- 3- Noncle Petiot M. « Entre IVG et FIV : enfant désiré, enfant indésirable » Gynécologie et Psychosomatique N°20, 1997
- 4- Enquête sur la sexualité en France, N.Bajos et M.Bozon, mars 2008, Edition La Découverte
- 5- Chantal Simonin « Autour de la contraception : les changements en matière de sexualité », Mémoire du DU de sexologie de Bobigny N°288, 1987
- 6- Paul Badach « Pilule anticonceptionnelle et sexualité : « quels rapports » ? ou la pilule a-t-elle modifié le comportement sexuel ?, Mémoire du DU de sexologie de Bobigny N°173, 1988/89
- 7- Abassi Olfa « sexualité féminine à travers les principaux courants psychanalytiques », Mémoire du DU de sexologie de Bobigny N°962, mai 2002
- 8- IGAS « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 » , octobre 2009
- 9- Nancy Huston « La virevolte », édition Babel, 1996
- 10- Hans Hatt, Régine Dee « La chimie de l'amour : quand les sentiments ont une odeur », avril 2009, CNRS éditions
- 11- Martha K. Mc Clintock « Menstrual Synchrony and Suppression », Nature Vol. 229, 1971
- 12- "L'effet MC Clintock" et effets apparentés : anthropologieenligne.com

- 13- J-R. Dintrans « Sexe et savoirs : l'alliance entre la science et la clinique en sexologie », Sexualités humaines n°4, 2010
- 14- J. Waynberg « Contraception et sexualité », Sexologie, 2007
- 15- A. Sanders et al « a prospective study of the effects of orale contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation », Contraception 2000, 64: 51-59
- 16- M. Martin-Loeches et al « A comparative analysis of the modification of sexual desir of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices », the European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2003, 8: 129-134.
- 17- J. Belaisch, « Contraception orale et libido, où en est-on? », Abstract gynécologie N°305, mai 2006
- 18- A. Corbin « L'harmonie des plaisirs », Editions Perrin, 2008

RESUME

L'une des principales révolutions du XXème siècle pour la santé des femmes a été la légalisation de la contraception et de l'avortement avec comme conséquences principales la possibilité de dissocier la sexualité reproductive de la sexualité récréative, le droit de disposer de son corps et de choisir sa maternité. On assiste aujourd'hui à une norme contraceptive, initiée par le corps médical d'une part et la société d'une autre enfermant quelquefois la femme dans un devoir contraceptif qui dépasse le simple choix d'une maternité non subie.

Quelle place la contraception occupe t-elle aujourd'hui ? Comment cette contraception libératrice de la plupart des femmes des années 70 peut-elle être vécue comme une contrainte par les femmes des années 2000 ? Comment intégrer le « diktat » contraceptif dans la relation sexuelle ? C'est à travers diverses situations cliniques que la place de la contraception est évoquée : relation entre contraception et corps (physique et psychique), dans sa dimension personnelle et intime mais aussi sociale et sociétale, sans oublier le corps...médical.

MOTS CLES : contraception, IVG, sexualité, choix, libido, règles