

# l'écho de la case



Journal de santé communautaire édité par «la case de santé» - janvier 2007 - n°2

LE DOSSIER DU MOIS

## contraception et avortement

### - La Cape Cervicale

Un moyen de contraception à (re-)découvrir ?

### - Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou Stérilet

Les réponses aux questions que vous vous posez.

### - De la contraception et des hommes

(Ce serait pas pareil si les hommes pouvaient être enceintes !)

### - avortement en médecine de ville

Depuis 2004, l'IVG médicamenteuse peut être pratiquée chez un-e médecin généraliste agréé.



### EDITO

Voici le deuxième numéro de «l'écho de la case», le journal de l'association «la case de santé». Ce mois-ci l'avortement et la contraception sont abordés en thèmes principaux. Bien sûr, nous ne pouvons aborder ces thèmes de façon complète en si peu de pages. Lors des deux réunions publiques du mois de Novembre, cela a pu être fait : la première rencontre a permis de faire le point sur les différents outils contraceptifs, dont la plupart étaient disponibles en démonstration ; à la deuxième rencontre, la projection du film « Avortement, une liberté encore fragile » a amorcé le débat autour de l'accès à l'avortement et les différentes techniques disponibles.

Pour ce numéro, nous avons choisi de parler de ce qui est moins connu : pour l'avortement, la réalisation de celui-ci en médecine de ville (en dehors d'un établissement hospitalier) et pour la contraception, la cape cervicale et la réponse à des questions qui se posent fréquemment autour du DIU (Dispositif Intra Utérin alias « Stérilet »).

Ce journal a été rédigé par un petit collectif de soignants et de non soignants. Le projet de «la case de santé», c'est surtout la rencontre entre des professionnels de santé et des usagers voulant partager au maximum les décisions à prendre en matière de santé : cela passe par une appropriation des enjeux de santé par chacun. A la fois au niveau individuel (connaître son corps, les maladies, les intérêts de tel ou tel traitement ou de tel ou tel acte de prévention...) que collectif (système de sécurité sociale, enjeux politiques, stratégies de l'industrie du médicament, état de santé de sa ville ou de son quartier...).

Des « formations santé » vont ainsi débiter à « la case de santé » autour de thèmes de santé particuliers pour celles et ceux qui voudraient développer une expertise sur un sujet qui les intéresse. Ces « groupes d'experts » pourront ensuite transmettre leurs connaissances lors des rencontres publiques, échanger avec d'autres usagers, rédiger des articles dans l'«écho de la case» ...

Le premier thème choisi est «Comment gérer les problèmes de santé courants de l'enfant (0-6 ans) ?» : Si vous êtes intéressé(e) pour comprendre les petits maux des enfants, les antibiotiques, les lavages de nez, les gastro entérites et autres otites et bronchiolites, les virus et bactéries... inscrivez vous à «la case de santé» avant le 31/01/2007 (Inscription limitée 4 personnes) !

# La Cape Cervicale

## Une méthode de contraception à (re-)découvrir ?

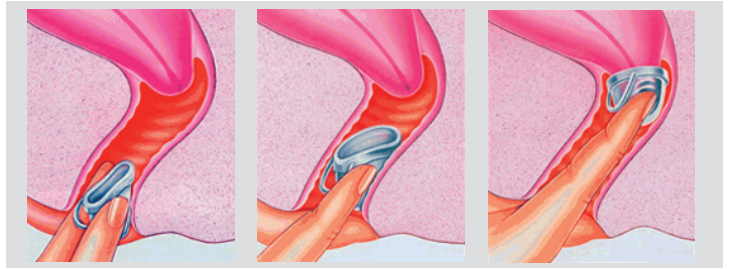
La cape cervicale est une méthode de contraception de barrière. Elle recouvre le col de l'utérus et la femme l'utilise tout au long du cycle menstruel en dehors de la période des règles.

Le principe de recouvrir le col de l'utérus afin de faire obstacle aux spermatozoïdes existe depuis au moins 1700 ans.

Conscientes d'avoir à gérer leur fertilité, les femmes ont de tout temps utilisé des produits locaux comme méthode de barrière. Le miel, l'opium pressé, la cire d'abeille en sont des exemples. Vers 1823, les sages-femmes reprennent l'idée de la barrière cervicale et peu à peu grâce à la vulcanisation du caoutchouc, elle fait son apparition sous une forme plus moderne. C'est la docteur Marie Stopes qui développe la cape cervicale telle qu'on la connaît aujourd'hui. Elle fut plus populaire en Europe, mais vers les années 1970, avec l'arrivée de la pilule et du stérilet, les méthodes barrières furent délaissées.

Depuis, la cape cervicale demeure une méthode méconnue des gynécologues mais les femmes qui désirent une méthode

«Elle est économique, écologique, elle favorise une meilleure connaissance de son corps...»



de contraception non hormonale s'y intéressent. Les avantages sont nombreux tels que : Elle est économique, écologique, elle favorise une meilleure connaissance de son corps et de son cycle menstruel. Elle peut être laissée sur le col deux jours favorisant ainsi une plus grande spontanéité dans les rapports sexuels. La cape recouvre le col de l'utérus et elle est maintenue en place par succion. Son taux d'efficacité

est de 93%, elle est facile à utiliser et sa durabilité varie de 2 à 4 ans.

Dans la vie fertile des femmes, c'est à dire de la puberté à la ménopause, les femmes ont à gérer une trentaine d'années de contraception, le défi est grand. La complexité de ce défi demeure celui de choisir le bon moyen au bon moment tout en préservant notre santé.

Nicole Desrosiers

Centre de Santé des Femmes de Montréal



Plus d'infos sur le site du Centre de Santé des Femmes de Montréal: [www.csfmontreal.qc.ca/cape\\_feu.htm](http://www.csfmontreal.qc.ca/cape_feu.htm)



La cape cervicale, le DIU, et la plupart des moyens de contraception ne protègent pas des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH. Seul le préservatif (masculin ou féminin) offre une protection efficace !

QUELQUES RESSOURCES POUR PLUS D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION ET L'AVORTEMENT:  
- [www.masexualite.ca](http://www.masexualite.ca)  
- [www.contractions.org](http://www.contractions.org)  
- Martin Winckler - Contraception, mode d'emploi - Le Diable Vauvert - 2003  
- [www.ancic.asso.fr](http://www.ancic.asso.fr)

## Le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou Stérilet

### Les réponses aux questions que vous vous posez...

#### QU'EST-CE QU'UN DIU ?

Le DIU, abréviation de « dispositif intra-utérin » (mal-nommés « stérilet » - car il ne rend pas stérile) est un dispositif contraceptif inséré par un médecin dans l'utérus d'une femme qui désire une contraception - temporaire ou durable - plus efficace et moins contraignante qu'une pilule.

#### COMMENT CA MARCHE ?

Le DIU contient du cuivre. Plus la surface de cuivre est grande, plus le DIU est efficace, car c'est le cuivre qui est contraceptif : il est spermicide, ce qui signifie qu'il détruit les spermatozoïdes avant qu'ils aient traversé l'utérus et ne se dirigent vers la trompe (où les attend un ovocyte...)

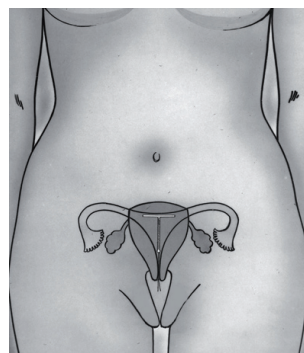
Actuellement, le DIU au cuivre de référence dans le monde entier est le TCu380A qui est agréé, aux USA, pour être porté pendant 12 ans !!! En France, le TT 380 (Laboratoire CCD) est sa copie conforme.

Même si votre médecin insiste pour

vous poser un Nova T 200 (parce qu'il a l'habitude de le poser), exigez qu'il vous pose le UT 380, qui a exactement la même forme que le Nova T 200 mais dont l'efficacité est plus grande en raison d'une surface de cuivre deux fois plus grande.

#### QUEL DIU CHOISIR ?

- Vous avez déjà été enceinte et avez accouché au moins une fois : demandez à ce qu'on vous pose un TT 380 (que vous pourrez garder très longtemps - 10 ans ! ) ou un Mirena° (si vous êtes sujette à avoir des



Bonne nouvelle !!! Depuis le 7 décembre 2004, les recommandations officielles de l'ANAES (agence d'accréditation médicale dépendant du Ministère de la Santé) déclarent très explicitement que le DIU n'est pas réservé aux femmes ayant eu des enfants.

règles abondantes). Evidemment, vous pouvez parfaitement essayer l'un des deux et, si vous ne le tolérez pas bien, le faire changer pour l'autre modèle.

-Vous n'avez jamais eu d'enfant : demandez à ce qu'on vous pose un UT 380 «short», conçu pour être inséré dans un utérus de petite taille.

#### LE DIU PEUT PROVOQUER DES INFECTIONS ?

C'est faux, ce sont les Infections Sexuellement Transmissibles - IST - qui provoquent les infections, et elles sont transmises par le(s) partenaire(s) sexuel(s), pas par le DIU.

#### LE DIU PEUT PROVOQUER UNE STÉRILITÉ ?

C'est faux, ce sont les infections non traitées qui peuvent provoquer une stérilité, or, elles sont dues aux MST - donc aux partenaires sexuels - et non au DIU...

Sources : [www.martinwinckler.com](http://www.martinwinckler.com)



### La contraception et les hommes

Ce serait pas pareil si les hommes pouvaient être enceintes !

C'est un fait : les hommes se sentent très peu concernés par la contraception. Je sais de quoi je parle, je suis un homme. Comment expliquer ce phénomène étrange ? Plusieurs possibilités :

-Très peu d'hommes sont au courant de comment se fabriquent les bébés.

-Les hommes ont des préoccupations plus essentielles (la bourse, le foot, que sais-je encore.....)

-Ils sont persuadés que la contraception, c'est un truc de meuf....

Non, les bébés ne se font pas tout seuls, et c'est bien grâce ou à cause de notre sperme, qu'une grossesse peut être provoquée. C'est dit, on y est pour quelque chose ! Et c'est prouvé !

A la décharge des hommes, il est vrai que par le passé, les programmes de planification familiale se concentraient sur les femmes plutôt que sur les hommes, et ce pour plusieurs raisons :

-les femmes courent les risques et assument les fardeaux liés à la grossesse et à l'accouchement.

-la diffusion massive de la pilule contraceptive féminine dans les années 70 qui a donné aux femmes une véritable autonomie contraceptive.

La découverte du sida au début des années 80 a modifié les habitudes sexuelles avec notamment l'utilisation nécessairement devenue massive (mais très inégale dans le monde) du préservatif comme moyen de se protéger de ce virus. Le préservatif est devenu par la force des choses un moyen de contraception en particulier chez les jeunes. (Selon l'enquête du Baromètre Santé 2000, le préservatif est utilisé comme moyen de contraception à 90% chez les 15-19 ans. Notons que ce taux descend à 10% au-delà de 35 ans)

Ainsi, sans vraiment l'avoir demandé, une nouvelle génération d'hommes s'est vue contrainte d'intégrer dans son activité sexuelle ce qui, en plus d'être un outil de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), est un moyen de contraception masculin. A vrai dire, on sait que bien souvent, c'est encore aux femmes que revient la responsabilité de prévoir la capote...

Mise à part le préservatif, force est de constater que l'industrie pharmaceutique et les chercheurs n'ont pas trouvé grand-chose (manque de motivation sans doute, les chercheurs ne sont pas souvent des chercheurs...).



• La relation se vit à deux. La contraception aussi.

Affiche éditée par le planning familial de Louvain la Neuve - Belgique

Il existe une méthode radicale : la vasectomie : Cette méthode de contraception masculine définitive est une des rares possibilités actuelles permettant à l'homme de s'investir dans les questions de contraception. La vasectomie consiste en une ligature et une section des canaux déférents, qui servent en gros à transporter le sperme.

C'est en quelque sorte l'équivalent de la ligature des trompes chez les femmes. A la différence que la vasectomie nécessite une toute petite intervention de 15 minutes sous anesthésie locale alors que la ligature des trompes se fait sous anesthésie générale. La vasectomie est très peu utilisée en France, au contraire du Royaume-Uni qui est l'un des quelques pays du monde où le pourcentage de stérilisations chez les hommes (16%) est sensiblement le même

que chez les femmes (15%).

Enfin, depuis plusieurs années, des informations circulent autour de l'imminente mise sur le marché de pilule contraceptive masculine (voir encadré). On attend toujours.... Est-ce que les femmes auront intérêt à faire confiance aux hommes quant à la discipline dont ils feront preuve dans l'utilisation d'un moyen de contraception invisible comme une pilule ? (À la différence du préservatif qu'il est difficile de cacher).

D'ici là, il est temps que les hommes s'intéressent à la contraception, participent à l'effort d'information sur le sujet, et dialoguent avec leurs partenaires habituelles ou occasionnelles pour favoriser un meilleur partage du poids que représente la responsabilité de la contraception.

## L'avortement en médecine de ville

### Une alternative possible à l'IVG à l'hôpital ?

On sait que l'avortement, légalisé en 1975, n'est toujours pas accessible dans de bonnes conditions en France : les délais pour les rendez-vous sont trop longs, les femmes se retrouvant alors hors délai (=14 semaines après le début des dernières règles) par le manque de médecin le pratiquant.

L'avortement est encore tabou dans notre société, dévalorisé parmi les pratiques médicales.

Depuis 2004, l'IVG peut être pratiqué hors de l'hôpital, chez un-e gynéco ou un-e médecin généraliste agréé. C'est une IVG par voie médicamenteuse (jusqu'à 7 et non 14 semaines), très encadré par la loi. Les femmes devraient ainsi avoir des ren-

dez-vous plus rapidement, avec un suivi plus adapté et moins contraignant qu'en hôpital.

Mais peu de généralistes et de gynécos se sont emparés de ce nouveau dispositif.

Par ailleurs, cette mesure serait davantage profitable aux femmes si les médecins de ville pouvaient consacrer plus de temps dans le suivi des IVG. En effet plusieurs dysfonctionnements plus ou moins graves pourraient être évités avec un meilleur accompagnement.

Des femmes témoignent du fait que lors de l'échographie faite pour dater la grossesse, le médecin radiologue ne tient pas compte dans son accueil du fait que la femme ne désire pas garder cette gros-

sesse : il montre le cliché de l'embryon en faisant des remarques sur son aspect.

Il est important de prévoir avec la femme une personne proche accompagnante, un suivi post-IVG pas seulement médical mais « psychologique », des discussions autour des choix contraceptifs...

Pour les médecins de ville, beaucoup de temps, une responsabilité légale importante et peu d'argent dans des journées remplies de consultations payées à la tâche par la Sécu.

Alors l'avortement, un acte encore militant, 30 ans après sa légalisation ?

## BON A SAVOIR...

### Plus de 5 millions de femmes victimes de complications des avortements

L'OMS estimait récemment que 19 millions d'avortements non médicalisés étaient pratiqués dans le monde chaque année occasionnant plus de 5 millions d'hospitalisation et 68 000 décès, soit 1/8 de la mortalité en rapport avec la grossesse.

Une épidémiologiste américaine a tenté de mieux évaluer la morbidité liée à ces avortements non médicalisés au niveau de la planète. Une enquête a montré que les avortements clandestins restent très nombreux même dans les pays où l'IVG est autorisée.

### Les IVG ne doivent-elles être pratiquées que par des médecins ?

Une des méthodes efficaces pour lutter contre les conséquences des avortements non médicalisés consiste à autoriser des professionnels de santé non médecins à pratiquer ces interventions. En particulier dans les zones rurales des pays les plus pauvres où les médecins sont très rares. Mais est ce que le taux de complications des IVG réalisées par des non-médecins est différent de celui des interventions faites par des médecins ?

Deux enquêtes (Vietnam et Afrique du Sud) ont été faites auprès de femmes demandant une IVG avant 12 semaines de grossesse : il s'agissait d'une IVG par aspiration manuelle qui pouvait (par tirage au sort) être effectuée par un médecin diplômé ou par un professionnel de santé (diplômé ou non) formé à cette intervention. Les promoteurs de ces études concluent que, lorsque les professionnels non médecins bénéficient d'une formation suffisante, le taux de complication des IVG par aspiration n'est pas vraiment différent de celui des IVG pratiquées par un médecin.

Warinner I et coll. : « Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam : a randomised controlled equivalence trial. » *Lancet* 2006 ; 368 :1965-72

### Dr Knock : tout bien portant est un malade qui s'ignore !

Attention, on vient de créer une nouvelle maladie : la préhypertension artérielle. Vous n'avez pas d'hypertension artérielle, mais on vous traite quand même ! Alors que les études indépendantes montrent que ça ne sert à rien, ce concept est entrain d'être diffusé auprès des médecins par les visiteurs médicaux et les revues médicales gratuites subventionnées par l'industrie pharmaceutique...médecins et patients, soyez vigilants !

Préhypertension artérielle  
Un concept utile aux marchands,  
pas aux patients  
Rev Prescrire 2006 ; 26 (278) : 842-844

### La « carte vitale 2 » : les médecins transformés en contrôleur d'identité

Le Canard Enchaîné (8/11/06) revient sur la mise en place de la carte Vitale 2, présentée par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, comme « l'arme absolue contre une fraude qui gangrenait la Sécu ». Déjà distribuée en Bretagne, sa généralisation est prévue en 2010. Mais Le Canard Enchaîné souligne que certains responsables s'inquiètent du coût de cette arme, se demandant si « le remède ne sera pas pire que le mal ». Selon leurs estimations, « le montant total des tricheries et escroqueries ne dépasse pas actuellement le million d'euros, soit environ dix millièmes du déficit annuel de la Sécu », alors que, selon le ministère de la Santé, la carte Vitale 2 va entraîner un surcoût d'environ 35 millions d'euros, soit « 35 années d'escroqueries ». D'autant que le ministre de la santé actuel Xavier Bertrand souligne que pour les médecins la priorité reste de soigner et non de faire « la police de la Sécu ».

## COUP DE GUEULE...

### L'issue du mouvement de grève de la Veille Sociale...

A propos d'une victoire en demi-teinte.  
(Texte collectif rédigé par des grévistes)

Après une grève d'environ une semaine, le PAIO, l'Equipe Mobile Sociale et le 115, les trois services de la Veille Sociale Départementale de la Haute-Garonne, doivent reprendre le travail ce lundi 4 décembre. Le résultat positif de la mobilisation qui nous amène aujourd'hui à mettre fin à notre mouvement de grève ne doit pourtant pas cacher un problème de société qui ne cesse de s'aggraver et qui reste une réalité quotidienne pour un nombre croissant de personnes.

Confrontés depuis leur création au manque de dispositifs d'hébergement pour le public des personnes sans-abri, les services de la Veille Sociale ont toujours bricolé. Montages plus ou moins compliqués mais souvent fragiles et peu satisfaisants sont ainsi devenus le lot quotidien des travailleurs sociaux, des infirmiers et des agents administratifs qui chaque jour peinent à exercer leur mission, jusqu'à parfois tolérer l'intolérable. C'est cet amer constat qui nous a conduit à cesser le travail : impossible d'accepter plus longtemps de voir des enfants dormir dans la rue, de voir des personnes laissées sans aide face aux dangers de la rue...

Alors si après une semaine de grève nous parvenons à obtenir quelques places supplémentaires, il faut toutefois noter que le plan d'hébergement hivernal toulousain reste largement déficitaire et très loin d'être à même de correspondre à ce que Mme Vautrin appelle un « plan de début de réinsertion... ». Au vu de cet état de fait, c'est avec amertume que nous considérons la réaction des représentants de l'Etat qui, pour sortir de la crise n'auront finalement fait qu'attendre que des associations leur fournissent des solutions « clé en main »...Quelques questions se posent alors de



manière criante : qu'en est-il du courage de nos représentants qui persistent à prétendre qu'il n'y a pas de locaux disponibles alors que ce qui semble faire le plus défaut c'est la volonté de prendre une décision en faveur d'un public largement laissé pour compte ? Qu'en est-il de ces mesures qui visent à purger le centre ville de ceux qui ne trouvent comme seul refuge que d'aller camper sur les seuls espaces encore accessibles à un semblant de vie sociale, pour mieux les reléguer aux confins d'espaces dont le seul « bénéfice » ne sera que d'être plus vulnérables encore ? Enfin, qu'en est-il de la diabolisation par les politiques eux-mêmes des personnes sans-abri au seul prétexte d'un fait divers dont nous ne contestons pas la gravité mais qui doit rester ce qu'il est ? A ces questions, il semble que nous ne puissions obtenir pour toute réponse que la plus cruelle des démagogues qui consiste à envahir le terrain politique et à générer toujours plus d'anomie...

En conclusion, il reste tout de même à souligner que les quelques jours de mobilisation de la semaine passée restent porteurs d'espoir : la solidarité exprimée largement par nombre de personnes d'horizons bien différents qui se sont ralliées à la cause que nous défendons laisse penser qu'au-delà du strict mouvement social perdue la possibilité de créer des liens...

Ces mêmes liens inter associatifs, inter institutionnels ou tout simplement inter personnels sont ce qui donne du sens au travail que nous essayons de construire au quotidien et à la fois.