

**DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE
MEDECINE DE LA REPRODUCTION**

DISCUSSION AUTOUR DE LA SANTE DES FEMMES

*Outil d'aide à l'abord de situations gynécologiques courantes
parmi des populations ne maîtrisant pas le français écrit*

Docteur Geneviève Molina

2008 - 2009

Table des matières

Introduction	3
1 Contexte	4
1.1 Données médicales et sociales	4
1.2 Indicateurs nationaux	5
1.3 Indicateurs locaux	8
2 Outil d'animation : plaquette santé des femmes	10
3 Explications	
3.1 Cycle de la femme	
3.2 Calendrier	
3.3 Corps de femme	
3.4 Contraception – Planning	
3.5 Prévention	
Conclusion	
Références bibliographiques	

4 DISCUSSION AUTOUR DE LA SANTE DES FEMMES

Outil d'aide à l'abord de situations gynécologiques courantes parmi des populations ne maîtrisant pas le français écrit

INTRODUCTION

Les questions de santé liées au domaine de la gynécologie et de la reproduction ont un impact important sur l'état global de santé des femmes. La consultation médicale pour motif gynécologique et les actions de prévention en gynécologie sont l'occasion d'informer les femmes sur le fonctionnement de leur corps et de donner des recommandations. Lorsque la patiente ne maîtrise pas la langue française ou même le français écrit, les limites de l'entretien sont vite atteintes sans l'aide d'un interprète ou médiateur. Les conséquences sont une réponse inadéquate à la demande, une observance et un suivi souvent médiocre et une insatisfaction des deux côtés. L'expérience auprès de populations ne lisant pas le français a montré qu'un support d'information adapté pouvait améliorer les conditions de l'échange et l'accès à un meilleur niveau de soins et de prévention rendant. La création d'un outil imagé abordant des situations gynécologiques courantes peut permettre le partage de notions d'anatomie ou de physiologie et faciliter les explications concernant les méthodes contraceptives et les actions de préventions.

1. CONTEXTE

1.1 **Données médicales et sociales**

Depuis 1967, plusieurs lois se sont succédées pour mettre en place l'accès à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). L'objectif de la loi de santé publique de 2004 vise à assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. La réduction de l'incidence des infections sexuellement transmissibles¹ (IST) est un objectif de la loi de santé publique de 2004 et du programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST (2005-2008). Le concept de « santé sexuelle et reproductive » est aujourd'hui utilisé pour orienter les programmes de planification familiale, de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), des violences sexuelles, des dysfonctions sexuelles et des maladies de l'appareil génital. Différents travaux illustrent la nécessité d'une approche sociale des problèmes de santé des femmes et montrent les limites des actions politiques en matière de santé sexuelle et reproductive qui visent uniquement à modifier le niveau d'information de la population et qui appréhendent les comportements individuels, sans tenir compte de leur ancrage social en général et des inégalités sociales. Inégalité entre femmes et hommes tout d'abord, les femmes ayant toujours plus de difficultés à faire admettre l'utilisation du préservatif. Inégalités de classe ensuite, comme en atteste la moindre propension des personnes les moins diplômées à utiliser des préservatifs au premier rapport sexuel ou à se faire dépister pour une IST. Ces inégalités révèlent sans doute une plus grande distance sociale à l'égard du discours préventif, voire des difficultés financières. Inégalités générationnelles encore, les personnes de plus de 35 ans, qui ont aujourd'hui davantage de partenaires une fois passée la phase de la jeunesse, sont moins à même que les

plus jeunes d'utiliser des préservatifs lorsqu'elles commencent une nouvelle relation.

1.2 Indicateurs nationaux

- Contraception

Selon les données du baromètre Santé 2005, 73% des femmes âgées de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ont déclaré utiliser un moyen pour éviter une grossesse ; elles étaient 70,5% en 2000. Parmi les utilisatrices, la pilule est le mode de contraception le plus répandu avec 57,4% des femmes de 15 à 54 ans qui déclarent utiliser cette méthode pour éviter une grossesse (tableau 2), suivie par le stérilet (24,8 %) et le préservatif (11,4 %). Enfin, on note que la contraception d'urgence est de plus en plus largement utilisée : 3,4% des femmes de 15 à 54 ans et 19,1% des femmes de moins de 20 ans l'ont utilisée au moins une fois dans l'année.

- VIH, hépatite B, Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

La prévalence de l'infection par le VIH en 2007 en France est de 113 000 à 141 000 personnes. L'incidence des découvertes de séropositivité est de 6,9 pour 100 000 femmes en 2006 (502 chez les femmes africaines et 1,7 chez les femmes françaises). En termes de tendance, le nombre de femmes ayant découvert leur séropositivité diminue depuis 2003, de façon assez comparable chez les femmes de nationalités étrangère et française. La quasi-totalité des femmes ont été contaminées par rapports hétérosexuels, une proportion minimale ayant été contaminée suite à un partage de seringues (3% des femmes françaises). En 2006, l'incidence du sida chez les femmes est de 1,2 pour 100 000 (contre 2,9 chez les hommes) .

La prévalence du portage de l'AgHBs chez les femmes est estimée à 0,21%, soit 48 000 femmes porteuses chroniques de l'infection par le virus de l'hépatite B. En 2001, 396 décès étaient imputables à ce virus, soit un taux de décès de 1,3/100000 femmes. La prévalence est multipliée par 3 pour les personnes en situation de précarité.

Les indicateurs de suivi des IST montrent qu'elles sont en progression régulière chaque année depuis le début des années 2000 et le nombre de femmes concernées augmente. Une enquête réalisée en 2005 sur un échantillon de la population générale a montré que la prévalence de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* était maximale chez les jeunes de 8 à 29 ans (2,6 %) contre 0,5% chez les 30-44 ans et a permis d'estimer à 144 000, le nombre de femmes de 18-29 ans porteuses asymptomatiques de cette infection. L'augmentation des IST indique un relâchement des comportements sexuels de prévention.

- Cancer du col de l'utérus

Si le cancer du col de l'utérus a diminué en France de façon considérable en 25 ans, son incidence passant de 22/100 000 en 1975 à 8/100 000 en 2000, les chiffres stagnent ces dernières années. Le cancer invasif persiste pour plusieurs raisons: absence de dépistage, recommandations non suivies (frottis irréguliers avec un intervalle supérieur à 3 ans, limites de l'outil de dépistage, manque d'organisation du dépistage (patientes non revues après un frottis anormal), parfois suivi insuffisant des états précancéreux traités. En France, le dépistage par prescription individuelle, encore appelé « opportuniste », touche 55 à 60 % de la population féminine.

- Santé de groupes de femmes ne maîtrisant pas le français

En 1999, l'évaluation de l'état de santé de femmes Roms/Tsiganes migrantes a mis en évidence des données médicales suivantes. Le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme est de 3,8 très nettement supérieur aux données nationales française (1,8) . Le nombre moyen de grossesse est de 4,7 avec un nombre moyen d'IVG de 0,58. Les femmes ont, en moyenne, accouché de leur premier enfant à l'âge de 18 ans, ce qui est beaucoup plus jeune que l'âge moyen en population française qui est environ de 28 ans. Sur l'ensemble des sites étudiés, l'accouchement d'un enfant mort-né s'est produit pour 1,9 % des naissances. Ce taux est 2 fois supérieur au taux de mortalité néonatale précoce (décès de l'enfant entre 0 et 7 jours après la naissance et qui inclut les enfants mort-nés) observé en France en 1970 et 8 fois supérieur à celui de 1996. La mortalité infantile (entre 0 et 1 an) est égale à 2,35%, 5 fois plus élevée que dans la moyenne nationale en 1996. Dans la population étudiée, la proportion de femmes n'ayant jamais eu recours à un moyen contraceptif est de 65%.

Les études visant à identifier les attentes et besoins des personnes par rapport à leur santé montrent que, bien que la santé soit considérée comme importante, elle n'est pas prioritaire dans les préoccupations quotidiennes des personnes, essentiellement parce que d'autres problèmes liés aux conditions de vie accaparent leur attention. Par contre, il peut y avoir autonomie vis-à-vis de la santé dès que le problème devient grave et urgent car une mauvaise santé constitue un obstacle majeur pour le bon déroulement de la vie future. Les obligations professionnelles et familiales sont un obstacle évident à la décision de recours aux soins. Prendre du temps pour se soigner implique souvent un manque à gagner et une séparation entre les parents et les enfants. Au-delà de ces blocages, l'accès aux soins implique de savoir où s'adresser, de passer la barrière linguistique, de ne pas se décourager en cas d'accueil peu favorable, de

ne pas se lasser d'être réorienté plusieurs fois... De plus, chez certaines personnes, la peur de la maladie, de la mort, fait qu'on préfère ne pas savoir ou ne pas parler et donc complique le passage des messages de prévention.

1.3 Contexte local

L'idée de cet outil a émergé suite à des discussions entre des acteurs de 2 associations à Toulouse, le CCPS et Médecins du Monde. Le CCPS a mené pendant de nombreuses années des actions collectives pour intéresser les femmes à leur propre santé et faire passer des messages simples de prévention, accompagnées de réponses individuelles à des demandes autour du suivi gynécologique, de la contraception, de la prévention. Médecins du Monde est une association médicale ayant pour vocation de soigner et de témoigner auprès des populations les plus vulnérables. L'activité aux centre de soins gratuit de Toulouse et sur des terrains de la ville où vivent des personnes n'ayant qu'un accès très limité aux soins a donné le même constat que celui fait au niveau national. En 2 ans et sur une population d'une centaine de personnes, nous avons rencontré les situations suivantes : 1 enfant mort-né, 7 ou 8 grossesses entre 15 et 17 ans, un grand nombre de femmes de 30 ans avec plus de 5 enfants, des grossesses non-suivies jusqu'au 8ème mois, une contraception reposant principalement sur les préservatifs, une prévalence importante d'infections par le virus de l'hépatite B. Des actions de médiations vers les soins de santé et de prévention pour ces groupes de femmes ont montré que des changements de comportement étaient possibles. Une fois les lieux de soins connus, le lien fait avec les professionnels de santé, les femmes pouvaient devenir autonomes pour leurs démarches de santé. Nous avons aussi observé des accompagnements par les pairs (vers le planning familial, le centre de Protection Maternelle et Infantile, PMI).

Un support d'information sur les situations courantes en gynécologie peut être utilisé par une médiatrice de santé sur les lieux de vie, pour lancer ou alimenter des discussions dans ce domaine. Les explications pratiques sont facilitées et le dialogue peut être interactif. C'est aussi un outil qui peut servir aux soignants en appui de la consultation de prévention ou de soins.

2. OUTIL D'ANIMATION : PLAQUETTE SANTE DES FEMMES

3. EXPLICATIONS

Les professionnels travaillant avec des femmes ne lisant pas le français et connaissant souvent mal le fonctionnement et l'anatomie des organes génitaux féminins soulignent la difficulté de faire comprendre ces notions. De façon volontaire, les indications écrites ont été réduites au minimum. Pour utiliser cet outil, il faut donc s'entraîner à donner des explications en utilisant au maximum l'ensemble des informations schématisées. La connaissance préalable par l'utilisateur des messages à faire passer est indispensable. D'autres dessins peuvent être réalisés au cours de l'entretien, et si le support est plastifié, il est possible de dessiner dessus (exemple : stérilet au-dessus de l'utérus). Les différents schémas proposés sur cet outil sont destinés à être combinés. Ceci est particulièrement utile pour les patientes comprenant peu le français.

3.1 Cycle de la femme : page 1 de la plaquette

La durée de la vie génitale mentionnée a été choisie suffisamment large ; il ne s'agit pas d'inquiéter les personnes qui ne sont pas dans « la moyenne ». Elle montre aussi la nécessité d'aborder les questions de contraception sur une longue période de la vie.

La notion du cycle menstruel est particulièrement complexe et nous sommes conscients que la représentation proposée n'est pas satisfaisante. Des représentations circulaires ont été essayées mais semblaient incompréhensibles par les femmes auxquelles elles ont été présentées. Nous avons choisi un schéma simple et d'identifier clairement la phase péri-ovulatoire et celle des menstruations. Les phases folliculaires et lutéales sont présentes sans être nommées et peuvent être évoquées si une question spécifique s'y rapporte (cycles irréguliers, problèmes de fécondité). Nous proposons d'appuyer les explications et discussions autour du cycle sur le schéma suivant de la page 1, c'est à dire un calendrier d'une durée de 5 mois.

3.2 Calendrier : page 1 de la plaquette

Il est présent pour illustrer les notions de temps, quel que soit le sujet abordé, et en association avec les autres schémas explicatifs. Il sert à faire correspondre les jours du cycle à ceux du mois et à montrer la répétition des cycles. On peut aussi l'utiliser pour repérer la date des dernières règles, du dernier rapport non protégé, d'événements particuliers, de consultations prochaines. Une infirmière médiatrice de santé a imaginé avoir un petit bloc de feuilles de calendrier détachables, sur lesquelles on peut écrire au cours de la discussion et qui peuvent éventuellement être laissées à la patiente.

3.3 Corps de femme : page 2 de la plaquette

En région parisienne, une équipe de médiatrices sanitaires auprès de femmes Roms d'Europe de l'Est a utilisé avec un certain succès un tablier (style tablier de cuisine) avec sur lequel étaient imprimés en taille réelle les organes génitaux simplifiés. Les médiatrices commençaient à enfiler le tablier pour montrer sur elles où se situaient les organes, puis chaque femme pouvait l'enfiler et

expérimenter elle-même. Sur la page 2, un corps de femme est représenté avec les organes génitaux qui sont reproduits en taille réelle à côté. L'utilisatrice de l'outil peut se servir de ces dessins en montrant les correspondances sur son propre corps puis sur le corps de la patiente. Ensuite, en fonction du public, des sujets abordés et de la demande, la discussion peut faire appel à différentes parties du schéma, combiné à celui du cycle menstruel et donner des explications sur : la puberté, la reproduction, la fertilité, la ménopause, les leucorrhées, méno- ou métrorragies, les problèmes de sécheresse vaginale.

Le schéma du corps peut aussi permettre à la patiente de montrer la localisation d'une douleur ou d'une gêne, gynécologique ou autre. Les questions relatives à la pathologie mammaire sont abordées grâce à ce schéma : tension, douleur, masse, surveillance, examens complémentaires, infections.

3.4 Contraception – Planning : pages 3 et 4

La différence possible entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) et leur efficacité en pratique courante constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne. Laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.

Les différentes méthodes présentées peuvent être discutées avec les patientes à l'aide des schémas précédents, en précisant les lieux et moments d'actions. Il

paraît très utile de disposer d'échantillons pour qu'elles puissent se familiariser avec ces dispositifs et se sentir plus à l'aise dans leur choix.

- PILULE : contraception hormonale orale

La contraception oestroprogestative est l'une des méthodes de 1re intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.). Elle agit en bloquant l'ovulation, en modifiant la glaire cervicale et en modifiant l'endomètre. Elle présente aussi des bénéfices potentiels non contraceptifs, dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et du colon). Toutes les générations de pilules oestroprogestatives, même celles de 2e ou 3e génération, sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique). Avant la prescription, il est essentiel de rechercher des facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée. Il existe une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées.

Il est possible d'utiliser la contraception par progestatif seul dans certaines situations où les pilules oestroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardiovasculaire, ou en cas d'allaitement maternel. Il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une prise rigoureuse : tous les jours à la même heure, même pendant les règles. La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

Les illustrations montrent les précautions à observer, pour qu'au cours de l'entretien, le médecin puisse guider le choix de la patiente en fonction des

éventuels facteurs de risque. Les conditions à respecter lors de l'utilisation de la pilule pour une efficacité optimale peuvent être présentées à l'aide du cycle menstruel et du calendrier de la page 1 : début de la prise de la première pilule, régularité de cette prise, interruption à la fin de la plaquette. Il est nécessaire de discuter de la conduite à tenir en cas d'oubli d'1 comprimé et éventuellement d'un autre moyen contraceptif dans les 7 jours suivants (2 jours pour la pilule microprogestative). Avoir des échantillons permet de montrer le nombre de comprimés à prendre et l'éventuel arrêt de 7 jours, en fonction du type de pilule prescrite.

- STERILET

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets, placés dans la cavité utérine, visent à assurer une contraception de plusieurs années. Il existe des dispositifs au cuivre (« UT 380 » par exemple) et un dispositif délivrant une hormone progestative, le *lévonorgestrel* (« Mirena »). Ils agissent surtout en empêchant la fécondation, en gênant la pénétration des spermatozoïdes et par modification de l'endomètre. Ceux au cuivre semblent aussi réduire les capacités d'implantation d'un éventuel œuf fécondé et celui au *lévonorgestrel* inhibe parfois l'ovulation. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{re} intention, considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi. En cas de saignement menstruel abondant, la pose d'un dispositif au *lévonorgestrel* réduit le plus souvent le volume des règles. Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares. Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de

GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU en cas de signes d'infections gynécologiques. L'interrogatoire, l'examen clinique et l'éventuel dépistage d'une infection, en particulier par *Chlamydiae trachomatis* est recommandé. Si nécessaire, un traitement est justifié avant la pose.

Il peut être proposé dans de nombreuses situations :

Au cours de l'allaitement ; immédiatement après la grossesse (moins de 48h) ; en cas de pathologie (diabète, VIH,, antécédent de phlébite, embolie ou accident coronarien) ; en cas de traitement par anti-inflammatoires non stéroïdien (pas d'augmentation du risque de grossesse), par anti-épileptiques ; après une grossesse extra-utérine. Chez les femmes n'ayant jamais accouché, les seuls inconvénients spécifiques sont des douleurs au cours de l'insertion et des expulsions plus fréquentes.

Les risque liés à la pose sont : une maladie inflammatoire pelvienne (MIP survenant essentiellement dans les 3 semaines qui suivent l'insertion (environ 1 femme sur 100), un risque de perforation (1 ou 2 femmes sur 1000) plus fréquent si l'insertion a été difficile, un risque d'expulsion du dispositif (5% environ), plus fréquente chez les nullipares et les femmes ayant déjà eu une expulsion.

Les inconvénients rapportés sont des difficultés et des douleurs au moment de la pose, des saignements menstruels plus souvent abondants avec parfois des douleurs, pour les DIU au cuivre, et une irrégularité des saignements avec diminution et parfois aménorrhées. Il est important de prévenir les femmes de cette éventualité car elle peut être source d'inquiétude : crainte de grossesse,

perte du repère habituel du cycle. On peut les rassurer sur la diminution des douleurs au cours des mois suivant la pose. Il est rapporté par des soignants l'intérêt porté par les femmes à voir et manipuler des DIU de démonstration, ce qui souligne l'utilité d'avoir à disposition lors de l'entretien des échantillons des différentes méthodes contraceptives. Il est habituel de vérifier, environ 1 mois après la pose, que le DIU est bien en place, par un examen gynécologique et éventuellement une échographie pelvienne si nécessaire.

- IMPLANT

L'implant contraceptif est aussi efficace qu'une pilule contraceptive et ne dépend pas d'une prise régulière. Il est actif pendant 3 ans. C'est un réservoir en matière plastique souple, aussi long mais plus fin qu'une allumette, qui contient une hormone progestative. Il agit en modifiant la glaire cervicale, en modifiant l'endomètre et en bloquant l'ovulation. On insère l'implant sous la peau du bras au moyen d'une aiguille creuse, avec une anesthésie locale. Une fois glissé sous la peau, l'implant est indolore et le plus souvent invisible.

La plupart des femmes observent une modifications de leurs règles : aménorrhées, irrégularité, parfois aussi saignements minimes plus fréquents, surtout pendant les 6 premiers mois. Sont parfois rapportés tension mammaire, acné et prise de poids, céphalées. L'implant n'est pas recommandé dans les situations suivantes : phlébite, embolie pulmonaire, tumeur dépendante de la progestérone, hémorragies vaginales inexplicables, affections hépatiques. Il est nécessaire de prévoir une consultation 3 mois après la pose de l'implant, pour évaluer les effets secondaires et la tolérance. C'est l'occasion de rassurer à nouveau la patiente sur l'absence de grossesse même si elle n'a plus de règles et sur le fait que son aptitude à être enceinte après le retrait de l'implant n'est pas modifiée.

- CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

- la pose dans les 5 jours d'un DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé
- la contraception d'urgence hormonale, 1 500 microgrammes de *lévonorgestrel*(«Norlevo ») n'est pas efficace à 100 % et est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé (le plus tôt possible et dans les 3 jours).

La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

- d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
- de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

- PRESERVATIFS

Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST. Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à

recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Le préservatif est un moyen de contraception moins efficace que la contraception hormonale ou par stérilet. Un entraînement préalable est à conseiller afin de limiter les erreurs de manipulation et la gêne lors des premières utilisations. L'inexpérience de l'utilisateur est un facteur important de rupture des préservatifs.

- **STERILISATION**

Depuis 2001, la loi autorise toute personne majeure qui en fait la demande à subir une intervention chirurgicale à visée contraceptive (vasectomie pour l'homme ou ligature des trompes pour la femme). Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement. La signature d'un consentement éclairé est obligatoire. Avant l'âge de 35 ans, une ligature des trompes par clip ou anneaux est moins efficace qu'une contraception réversible.

3.5 Prévention : page 4 de la plaquette

- **Infections Sexuellement Transmissibles (IST), VIH, Hépatite B.**

- **Préservatifs :**

Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST, du VIH et de l'hépatite B.

- Vaccinations :

Hépatite B : la vaccination contre le virus de l'hépatite B protège de façon efficace contre cette maladie contagieuse qui se transmet principalement par voie sexuelle et sanguine, de la mère à l'enfant en période périnatale. Elle peut être grave à court et long terme. La prévention passe par l'information du public et la vaccination systématique des groupes exposés. La vaccination est contre-indiquée uniquement en cas de réaction d'hypersensibilité à ce vaccin. Le schéma vaccinal comporte 3 injections intra-musculaires à 0,1 et 6 mois.

Papillomavirus : L'arrivée sur le marché de vaccins anti-papillomavirus humains (HPV) devrait permettre de faire un nouveau pas dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Ces vaccins protègent contre les lésions dues à HPV 16 et 18 certes les plus fréquentes, mais il existe une quinzaine d'HPV potentiellement oncogènes, et toutes les adolescentes ne seront pas vaccinées avant les premiers contacts sexuels. Il est donc primordial de poursuivre le dépistage en synergie avec la vaccination.

Le schéma vaccinal à 3 doses (0 - 2 mois - 6 mois) assure une réponse immunitaire chez presque toutes les femmes. La durée de l'immunité conférée par la vaccination persiste au moins 5 ans ; on ne sait pas ce qu'il en est ensuite. Il entraîne des réactions locales présentes chez plus de 80 % des femmes vaccinées et parfois une fièvre, peu fréquente .

- Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col utérin se prête au dépistage puisque l'on dispose d'un outil simple et éprouvé, le frottis, et que son histoire naturelle est longue : en le dépistant, on va mettre en évidence non seulement des cancers infra cliniques,

mais nombre de lésions précancéreuses ; en les traitant, on fait la prévention secondaire du cancer invasif. Pour toutes les femmes n'ayant pas de problème gynécologique, un frottis vaginal de dépistage à partir de 25 ans est la seule surveillance recommandée. Le deuxième frottis peut être fait un an plus tard si le 1er frottis est normal, puis au minimum une fois tous les 3 ans. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

Les schémas de la page 2 de la plaquette peuvent être utilisés pour montrer comment s'effectue un frottis. Avec une spatule ou brosse de démonstration, on peut expliquer que cet examen n'est pas douloureux.

CONCLUSION

Nous avons présenté une plaquette d'information, 4 pages illustrées en couleur, accompagné d'explications pour les professionnels qui pourront l'utiliser. Il est destiné à favoriser une meilleure compréhension de questions gynécologiques par des femmes maîtrisant peu la langue française et de leur donner ainsi la possibilité de surmonter certains facteurs externes empêchant une prise en charge satisfaisante de leur santé. Il est nécessaire de tester cet outil dans les différents contextes envisagés. Cela va permettre de recueillir :

- les appréciations des patientes : compréhension, utilité, acceptation,
- les commentaires des professionnels : facilité d'utilisation, modifications à envisager.

Cette phase de test peut être réalisée par les professionnels des associations citées mais aussi par des soignants amenés à rencontrer des patientes ne maîtrisant pas le français écrit. Nous pourrions donc le proposer au planning familial, aux gynécologues et sage-femmes des hôpitaux de Toulouse et à des

soignants concernés travaillant dans d'autres institutions, en structure associative ou en libéral.

Deux autres phases vont suivre la réalisation de cet outil, toujours en lien avec les associations Médecins du Monde et le CCPS. D'abord, la révision par un graphiste des images puis l'édition d'un certain nombre de copies afin de permettre sa diffusion, accompagné d'un livret explicatif. Puis l'addition d'une partie supplémentaire portant sur la grossesse, avec des explications à base de schémas sur le déroulement et la surveillance de la grossesse. Les outils finaux permettront ainsi d'aborder toutes les questions de santé spécifiques aux femmes quel que soit leur âge et pourra contribuer à réduire les difficultés de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes ne maîtrisant pas la langue française écrite.

Références bibliographiques

L'accès aux soins et à la santé de populations Roms/Tsiganes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe - Projet Romeurope - Juin 1999

Dispositifs intra-utérins – Revue Prescrire 2009 ; 29 (304 et 305).

Epidémiologie de l'infection par le VIH en France – Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ; 45-46 ; 1^o Décembre 2008.

La santé des femmes en France : Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité - Etudes et statistiques – 2009.

Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 - InVS, la CnamTS et le Cetaf ; Mars 2007

Rapport d'activité – CCPS, Toulouse – 2004.

Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Synthèse des recommandations - Afssaps, Anaes, Inpes - Décembre 2004

Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 - Note de cadrage, Haute Autorité de Santé.

Vaccination contre l'hépatite B – Idées-force tirées de la Revue Prescrire jusqu'au numéro 299 (septembre 2008)

Vaccin papillomavirus 6, 11, 16, 18 - Revue Prescrire ; février 2007 (n°280)

Site internet : <http://www.choisirsacontraception.fr>.