

Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr



L'ECHO DE L'ANCIC

Bulletin trimestriel d'information

N° 23 - Mars 2018

EDITORIAL

Un nouveau discours féministe ?

Du bon usage du discours des femmes sur leur propre corps, de leurs aspirations écologiques... et critique des velléités de récupération de ce discours par les traditionalistes.

L'une de nous qui travaille depuis quelques mois en Ardèche, rencontre des femmes jeunes ou moins jeunes qui ne veulent aucune prescription de comprimés, quels qu'ils soient. Enrobage, excipients, stéarate de magnésium et dioxyde de titane sont accusés de favoriser les inflammations cellulaires et - peut-être - des cancers chez les personnes fragiles ou qui se « répareraient » moins bien.

Ce rejet du « chimique » passe aussi par l'utilisation de serviettes hygiéniques lavables, de « moon-cup », de la contraception naturelle (écoute des cycles menstruels, préservatif fabriqué avec des matières naturelles et biodégradables, pilules aux estrogènes naturels...).

Ecologie ? Principe de précaution ? Pression sociétale ?

Ce peut être une revendication légitime des femmes de décider de ce qui est bon pour elles, l'affirmation dans l'espace public de leur volonté et de leur liberté vis-à-vis de ce qu'elles font de leur corps !

Le slogan des années 70 « mon corps m'appartient » prend alors un nouveau sens, comme un regain de féminisme. Les femmes expriment par là, la volonté de se dégager de l'emprise exercée par la société sur elles, la volonté de rompre avec l'emprise médicale

EDITO

p.1 à 2

Risques de la contraception hormonale : lecture critique des derniers articles parus p.3 à 9

IVG sous AL en Centres de Santé p. 10 à 12

POINT DE VUE : p. 13 à 17
Pratique attentionnelle active® et éducation à la sexualité

ACTUALITES p.18 à 25

DATES A RETENIR p. 26

Comité de rédaction :

Emmanuelle Lhomme (Secrétaire de rédaction)

Marie-Laure Bazile

Martine Chosson

Véronique Le Ralle

Nathalie Peltier

Claire de Truchis

Présidence de l'ANCIC :

Laurence Danjou

Laurence Esterle

Emmanuelle Lhomme

Mail : contact@ancic.asso.fr

sur leurs corps (dénonciation de la contraception médicalisée, des violences obstétricales), de rompre avec l'emprise des hommes (dénonciation des scandales sexuels). Se profile également un besoin d'émancipation vis-à-vis de l'attitude autoritaire et paternaliste du médical et une volonté d'autonomisation. Les femmes veulent que l'on cesse de les maltraiter.

Sans aucun doute, les préoccupations écologiques traversent toute la société et la question du choix de la contraception n'y échappe pas.

Vers une société sans produits chimiques ?

Ainsi donc elles veulent moins d'hormones (pilule, implant, DIU hormonal...), de produits chimiques, de « poisons » et protéger la planète.

La pilule oestro-progestative et progestative, accusée de diminuer la libido, d'augmenter les cancers du sein décline dans le choix contraceptif alors qu'elle a été auparavant plébiscitée. En France, en 2010, presque la moitié des femmes en âge de procréer l'utilisait, en 2016 elles ne sont plus qu'un tiers (Ined).

Instrument de libération, la contraception a toujours été considérée comme une affaire de femmes et ces dernières ont beaucoup choisi de prendre la pilule. Si la contraception médicale est vécue par certaines comme une contrainte voire une menace, emportées par la vague les femmes choisiront-elles majoritairement des contraceptions naturelles ? On observe par exemple que sous la pression d'associations de patientes, et en l'absence de données scientifiques, le système de stérilisation « ESSURE » a été retiré du marché. Un changement sociétal s'amorce-t-il ?

Dans le même temps, certaines et certains semblent avoir du mal à accepter que l'on porte atteinte à la fertilité des femmes, à la reproduction... Au nom du respect du cycle naturel féminin, on déduit que la contraception médicalisée est contre nature.

Ce mouvement puritain ou paternaliste surfe sur la vague du discours féministe et écologique pour reprendre le contrôle de la fertilité des femmes en affirmant ce qui est bon pour elles. Comme dans le discours anti-avortement : « le choix d'une femme doit être celui d'avoir des enfants », la contraception est stigmatisée comme la PMA, l'IVG, l'homosexualité...

Pour faire contrepoids au rejet de la contraception médicale par les femmes et à l'injonction d'une contraception la plus efficace possible par les professionnels, gardons une vision objective des avantages et inconvénients de chaque méthode et exposons-les aux patientes pour les accompagner dans leur choix. Sans jugement de valeur ; tel devrait être notre objectif en consultation.

La recherche en matière de contraception doit entendre les aspirations écologiques des femmes et développer de façon active d'autres méthodes.

La parole des femmes est légitime ; professionnels et politiques doivent la prendre en compte.

Le comité de rédaction

Risques de la contraception hormonale : lecture critique des derniers articles parus

Par Solène Vigoureux, Gynécologue-Obstétricienne, Bicêtre

A l'heure des BIG DATA, certains pays, notamment dans les pays nordiques analysent de grandes bases de données concernant tous les assurés sociaux. Des données individuelles ont été fournies par les registres nationaux sur l'utilisation d'une contraception hormonale. Deux analyses sur la contraception ont été issues de ces bases de données :

Le risque de cancer du sein est augmenté chez les femmes utilisant une contraception hormonale

La première analyse s'est intéressée à la survenue d'un cancer du sein après la prise d'une contraception hormonale en ajustant sur les facteurs de confusion potentiels (Mørch et al., 2017). Les données concernaient 1,8 million de femmes danoises entre 15 et 49 ans suivies pendant une moyenne de 10,9 années depuis 1995, n'ayant aucun antécédent thromboembolique ou de cancer.

Le risque relatif de cancer a été évalué à 1.20 (1.14-1.26) parmi toutes les utilisatrices actuelles ou récentes de contraception hormonale avec un effet dose : pas d'augmentation avec moins d'une année d'utilisation jusqu'à un RR de 1.38 pour dix ans d'utilisation. Le risque selon la molécule utilisée était différent : DIU au lévonorgestrel versus pas de contraception : 1.21 (1.11-1.33). L'augmentation globale du risque de cancer du sein pour toutes les femmes utilisant une contraception hormonale est de 13 pour 100 000 ou 1 cancer du sein en plus pour 7690 femmes par année de contraception hormonale utilisée.

Il peut exister un biais de recueil car les données proviennent d'une banque alimentée par des registres. Par exemple les femmes utilisaient un DIU au lévonorgestrel pour quatre ans sauf si le registre notait une grossesse ou un changement de contraception. En revanche si le DIU était retiré sans nouvelle contraception, il était impossible de le savoir.

Pour ce qui est de la validité externe de l'étude et l'extrapolation des résultats à la France : il semblerait que les femmes au Danemark utilisent légèrement moins de contraception hormonale qu'en France (Lindh et al., 2017), il faudrait donc s'attendre à une incidence de cancer du sein légèrement plus élevée chez les femmes vivant en France, car plus de

femmes sont exposées à la contraception. Les enquêtes de prévalence décrivant les utilisations des contraceptifs en France et dans les pays nordiques ne sont pas comparables car les données ne sont pas recueillies de la même manière : au Danemark ce sont des registres, nous n'avons pas d'information sur le désir ou non de grossesse des femmes contrairement aux enquêtes françaises avec questionnaires détaillées sur le désir de grossesse et l'activité sexuelle.

Ces résultats sont déjà connus avec une actualisation qui était nécessaire avec des données plus récentes intégrant les nouvelles posologies des contraceptifs oraux.

Un sur-risque de cancer du sein est décrit en cours de prise de contraception oestro-progestative, avec un risque relatif situé entre 1,2 et 1,6 selon les études (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996). Le risque diminue après l'arrêt, et rejoint celui des non utilisatrices dix ans après l'arrêt. Certaines études retrouvent une augmentation du risque avec la durée de prise, et d'autres ne retrouvent pas cet effet durée (Cibula et al., 2010). Si certaines études ne retrouvent pas de différence selon la dose d'éthynil-estradiol ou selon le type de progestatif, d'autres semblent trouver des différences. A partir de données compilées des études épidémiologiques de différents pays de la revue d'Oxford parue dans le Lancet en 1996, on peut estimer que la prise d'une contraception orale pendant cinq ans de 25 à 29 ans entraînerait 4,7 cas (2,7-6,7) supplémentaires de cancers du sein pour 10.000 femmes pendant la durée de la prise, et pour les dix années qui suivent. Les données sont moins nombreuses et plus contradictoires en ce qui concerne les micro-progestatifs.

Les grandes enquêtes réalisées jusqu'à maintenant sur cancer du sein et contraception hormonale prenaient en compte les dosages de contraception avec de fortes doses d'œstrogène ou avec les anciennes molécules de progestérone.

Cette étude permet donc de faire le point sur les nouvelles molécules et nouveaux dosages utilisés en contraception courante, pointant le risque augmenté, bien que restant très faible de cancer du sein chez les utilisatrices de contraception hormonale.

Les données sur l'augmentation du cancer du sein chez les utilisatrices de DIU au lévonorgestrel, plus important que la contraception oestro-progestative orale semblent nouvelles. Jusqu'à maintenant peu d'études avaient noté cette association. Les études récentes réalisées à partir de croisement des données de registre national finlandais du cancer incluant toutes les femmes finlandaises âgées de 30 à 49 ans, utilisatrices d'un DIU LNG dans l'indication ménorragies montrent une augmentation du risque de cancer du sein statistiquement associée à l'utilisation d'un DIU au LNG (SIR=1,19 (1,13-1,25), avec une augmentation significative à partir de cinq ans après la première utilisation (Soini et al., 2014).

Il ne semble pas que nos prescriptions de contraception hormonale doivent être modifiées par cet article.

Table 4. Relative Risk of Breast Cancer among Women Using Various Types of Hormonal Contraception Who Were Followed until December 31, 2012.*

Variable	No. of Person-Yr	No. of Breast-Cancer Events	Age-Adjusted Incidence Rate <i>no. of events/100,000 person-yr</i>	Adjusted Relative Risk (95% CI)†	Age-Adjusted Risk Difference (95% CI) <i>no. of events/100,000 person-yr</i>
Never used hormonal contraception	7,815,180	5955	55	1.00 (Reference)	Reference
Used hormonal contraception >6 mo previously	4,348,722	2883	58	1.08 (1.03 to 1.13)	3 (1 to 6)
Current or recent use of combined hormonal contraception					
Oral combined ethinyl estradiol, 50 µg					
Norethisterone	52,895	23	46	1.01 (0.67 to 1.52)	-9 (-30 to 12)
Levonorgestrel	73,125	54	64	1.21 (0.93 to 1.59)	9 (-9 to 27)
Oral combined ethinyl estradiol, 20 to 40 µg					
Norethisterone	153,603	39	67	1.09 (0.80 to 1.50)	12 (-12 to 35)
Levonorgestrel	638,936	380	72	1.33 (1.20 to 1.48)	17 (9 to 25)
Norgestimate	635,732	180	72	1.22 (1.20 to 1.48)	18 (5 to 30)
Desogestrel	1,453,690	368	64	1.12 (1.01 to 1.25)	9 (1 to 17)
Gestodene	2,633,355	705	69	1.20 (1.11 to 1.30)	14 (8 to 20)
Drospirenone	503,700	102	60	1.05 (0.86 to 1.28)	6 (-8 to 20)
Cyproterone	272,804	77	90	1.44 (1.15 to 1.81)	36 (11 to 60)
Estradiol valerate and dienogest	6,380	7	101	1.62 (0.77 to 3.41)	46 (-30 to 122)
Nonoral combined hormonal contraception					
Patch	10,842	2	60	0.85 (0.21 to 3.41)	5 (-1 to 11)
Vaginal ring	91,313	20	53	0.97 (0.62 to 1.50)	-2 (-32 to 28)
Current or recent use of progestin-only products					
Oral contraceptive					
Norethisterone	128,848	78	58	1.00 (0.80 to 1.25)	3 (-10 to 16)
Levonorgestrel	10,547	16	102	1.93 (1.18 to 3.16)	47 (-4 to 99)
Desogestrel	77,847	42	69	1.18 (0.87 to 1.60)	14 (-8 to 36)
Nonoral contraceptive					
Implant	42,217	9	46	0.93 (0.48 to 1.79)	-9 (-42 to 25)
Levonorgestrel-releasing intrauterine system	503,441	571	70	1.21 (1.11 to 1.33)	16 (9 to 22)
Depot medroxyprogesterone acetate	19,308	5	51	0.95 (0.40 to 2.29)	-4 (-49 to 42)

Tableau : Estimation du RR par rapport à l'absence d'utilisation

Le risque de tentative de suicide et de suicide est augmenté chez les femmes utilisant une contraception hormonale

C'est un sujet peu exploré jusqu'à maintenant. La justification physiopathologique des auteurs est qu'il y a une augmentation des troubles de l'humeur sous contraceptifs hormonaux, avec quelques liens connus entre sérotonine et œstrogènes ou progestérone. Jusqu'à présent seulement quelques études ont été produites sur les sujets et les résultats semblent contradictoires : certaines études donnent un pouvoir antidépressif aux contraceptions hormonales (Keyes et al., 2013). Aucune étude n'avait encore été faite sur risques de suicide et contraception hormonale.

Ici les auteurs rapportent les résultats concernant des femmes de 15 à 33 ans sans ATCD psychiatrique, sans ATCD de prise de contraception avant la période de suivi sur une période de huit ans en moyenne. Les analyses ont été ajustées sur les caractéristiques individuelles des femmes : niveau d'éducation, activité professionnelle.

Cette étude publiée dans « The American Journal of Psychiatry » le 17 novembre 2017 montre que les femmes utilisant une contraception hormonale comparativement à celles qui n'en ont jamais utilisée, ont un risque de tentative de suicide significativement augmenté à 1.97 (1.85-2.10), notamment chez les plus jeunes femmes. Elles ont également une augmentation significative de suicides « réussis » à 3.08 (1.34-7.08). Ce risque est plus important lorsque la contraception hormonale utilisée est un progestatif seul (quelque soit la galénique), ou une contraception œstro-progestative en dispositif vaginal ou patch par rapport aux contraceptifs oraux combinés. Ce risque est plus important la première année d'utilisation, mais persiste également après sept ans d'utilisation.

Les auteurs font une petite revue de la littérature des études ayant analysé le risque de tentative de suicide ou les suicides et la contraception hormonale. Sur les cinq études de mortalité citées, seule une d'elle montre l'association entre contraception hormonale et suicide. En revanche les auteurs ne citent pas une étude montrant des résultats contraires aux leurs dans une population de femmes entre 25 et 34 ans utilisant une contraception hormonale : avec une réduction de plus de moitié des tentatives de suicide et une diminution des symptômes dépressifs (Keyes et al., 2013). Plusieurs études montrent

d'ailleurs la sécurité de prescrire des contraceptions hormonales chez des femmes ayant des antécédents psychiatriques : dépression ou bipolarité (Pagano et al., 2016).

La principale critique qui avait été formulée précédemment aux auteurs lorsqu'ils avaient publié un an avant la même étude sur contraception hormonale et dépression était que la population étudiée comprenait des femmes utilisant une contraception hormonale avec pour témoin des femmes n'utilisant pas de contraception hormonale (Skovlund et al., 2016). En effet il aurait été important de distinguer les femmes utilisant une contraception non hormonale (DIU cuivre, préservatifs, autres contraception barrières) et les femmes n'utilisant aucune contraception afin de savoir si les associations retrouvées sont liées aux hormones ou à la population des femmes prenant une contraception en général. Cette critique est également valable pour ce papier.

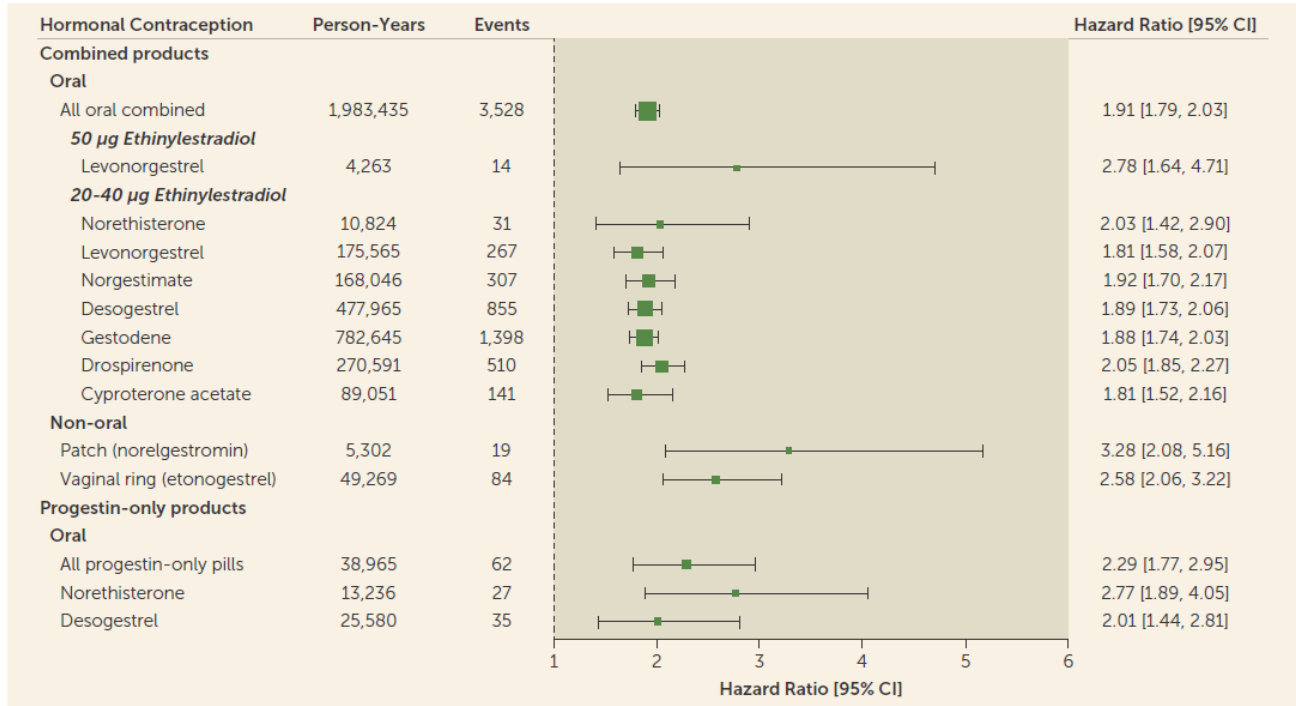
Les auteurs ne justifient pas les ajustements choisis : ils ont utilisé le niveau d'étude, et des facteurs confondants sur l'utilisation d'une contraception hormonale (SOPK ou endométriose). En revanche mise à part l'exclusion des femmes ayant déjà des ATCD psychiatriques aucun des facteurs connus associés aux risques suicidaires n'ont été étudiés (prise de toxique, alcoolisme, anxiété ou entourage familial).

Bien que la population analysée soit une cohorte avec un très grand nombre de femmes et les résultats très significatifs, les conclusions des auteurs semblent hâtives et plusieurs études dans la littérature semblent contredire ces résultats.

Les auteurs ne se pressent pas pour contre-indiquer la contraception hormonale aux femmes pouvant avoir des facteurs de risques suicidaires mais concluent leur article sur l'information nécessaire à fournir aux femmes initiant une contraception hormonale.

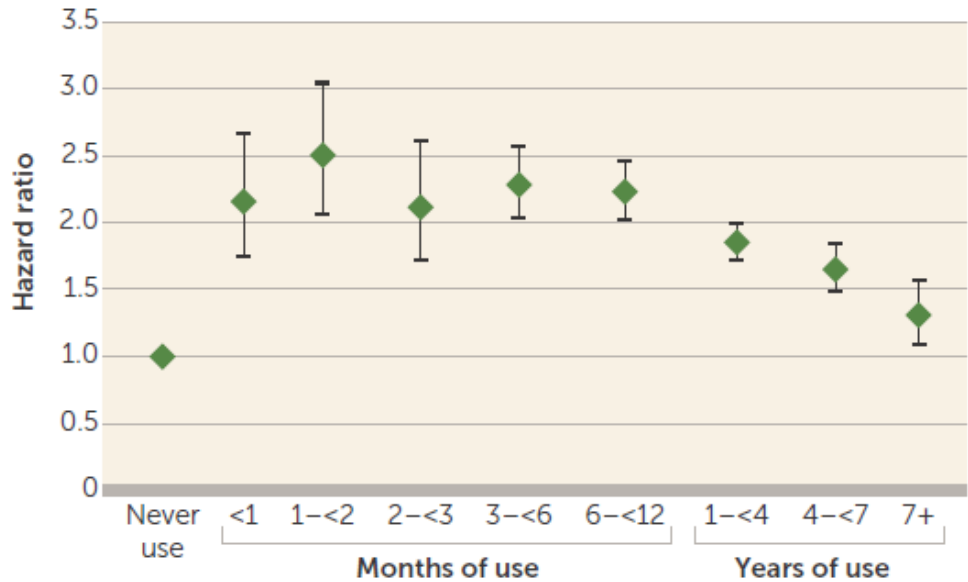
Il ne semble pas que nos prescriptions de contraception hormonale doivent être modifiées par cet article. En revanche il semble que d'autres études sur le sujet seraient nécessaires pour mieux comprendre la possible implication des contraceptions hormonales dans la sphère psychiatrique.

FIGURE 4. Relative Risk of a First Suicide Attempt, by Type of Hormonal Contraceptive Currently Used, Compared With Never-Users^a



^a Age as underlying time, and adjusted for calendar year, education, polycystic ovary syndrome, and endometriosis.

FIGURE 3. Risk of a First Suicide Attempt According to Duration of Hormonal Contraceptive Use Compared With Never Use^a



^a Age as underlying time, and adjusted for calendar year, education, polycystic ovary syndrome, and endometriosis.

Références

- Cibula, D., Gompel, A., Mueck, A.O., La Vecchia, C., Hannaford, P.C., Skouby, S.O., Zikan, M., Dusek, L., 2010. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum. Reprod. Update* 16, 631–650. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq022>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet Lond. Engl.* 347, 1713–1727.
- Keyes, K.M., Cheslack-Postava, K., Westhoff, C., Heim, C.M., Haloosim, M., Walsh, K., Koenen, K., 2013. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. *Am. J. Epidemiol.* 178, 1378–1388. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt188>
- Mørch, L.S., Skovlund, C.W., Hannaford, P.C., Iversen, L., Fielding, S., Lidegaard, Ø., 2017. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N. Engl. J. Med.* 377, 2228–2239. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1700732>
- Pagano, H.P., Zapata, L.B., Berry-Bibee, E.N., Nanda, K., Curtis, K.M., 2016. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception* 94, 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.06.012>
- Skovlund, C.W., Mørch, L.S., Kessing, L.V., Lidegaard, Ø., 2016. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry* 73, 1154–1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>
- Soini, T., Hurskainen, R., Grénman, S., Mäenpää, J., Paavonen, J., Pukkala, E., 2014. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstet. Gynecol.* 124, 292–299. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000356>

IVG sous Anesthésie Locale en Centre de santé, une revendication historique de l'ANCIC...bientôt une réalité

Par Laurence WITTKE

Réaliser des IVG instrumentales en dehors de l'hôpital, cela sera bientôt possible !

Les derniers obstacles à l'application de la loi de 2016 autorisant la pratique de l'IVG sous anesthésie locale en Centre de santé, sont en train d'être levés, plusieurs équipes sont prêtes à sa mise en œuvre.

Cette pratique extra-hospitalière existe déjà dans de nombreux pays tels que la Belgique, les Pays Bas, l'Autriche, le Canada, les Etats-Unis...

En termes d'accessibilité, de simplification du parcours de soins, nous pensons que c'est une réelle avancée pour les femmes qui souhaiteront avoir une telle prise en charge.

Une revendication historique de l'ANCIC

L'ANCIC revendique depuis toujours la possibilité de pouvoir réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale HORS établissement de santé. Contrairement à certains pays, depuis la légalisation de l'avortement, la France avait inscrit dans son code de santé publique, que les IVG instrumentales ne pouvaient se réaliser qu'EN établissement de santé (hôpitaux et cliniques) (article L.2212-2 du Code de la Santé Publique, qui a donc été modifié).

L'ANCIC a travaillé pendant deux ans en 2005 et 2006, sur un projet de centre expérimental d'IVG instrumentale hors établissement de santé sur le site historique de la Maternité des Bluets à Paris, projet qui n'a jamais pu voir le jour.

En octobre 2011, l'ANCIC a rédigé en partenariat avec le Mouvement Français pour le Planning Familial et la CADAC, un manifeste intitulé « Les structures que nous voulons pour l'Interruption Volontaire de Grossesse » pour revendiquer que cette pratique puisse être réalisée en France.

Le programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG de janvier 2016

En janvier 2016, autour des 40 ans de la Loi Veil, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG a été présenté par Marisol Touraine, alors Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, sous la présidence de François Hollande. Il s'inscrivait dans une volonté d'améliorer l'information, de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité de l'IVG sur l'ensemble du territoire au travers, notamment, d'une offre diversifiée. Cela s'est traduit par des avancées substantielles comme la suppression du délai de réflexion, la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses, le recrutement possible de praticiens contractuels à moins de 40% dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'IVG, et enfin la réalisation désormais possible, d'IVG instrumentales en Centre de santé dans le cadre d'un **cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé**. Cette mesure a été inscrite dans l'article L. 6323-1 du Code de Sécurité Sociale.

Qu'est-ce qu'un « Centre de santé » ?

Les Centres de santé sont définis par l'article L.6323.1 du Code de la Santé Publique. Ce sont des structures de soins de premier recours à but non lucratif, gérées principalement par des collectivités territoriales ou des associations. Elles sont ouvertes à tous publics et pratiquent le tiers payant, les tarifs du secteur 1 ; les professionnels y sont salariés (voir l'article de loi pour plus de détails).

Concrètement les IVG instrumentales pourront se dérouler dans un cabinet médical qui fera office de salle d'intervention. Il devra être suffisamment équipé pour leur réalisation, (appareil d'écho, aspirateur, assez spacieux pour accueillir le/la médecin et un.e assistant.e...) et idéalement une pièce où la femme pourra se reposer après.

Le cahier des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale hors établissement de santé de la Haute Autorité de Santé (mars 2016)

Ce cahier des charges, auquel l'ANCIC a largement contribué, reprend les données de la littérature et définit les exigences à respecter pour garantir la sécurité et la qualité des soins pour la réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé.

La circulaire N°DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et à l'élaboration de plans régionaux

Dans le point 1.5 de cette circulaire, il est rappelé l'objectif de cette mesure : « permettre aux femmes qui le souhaitent, de disposer d'un accès à l'IVG instrumentale au sein de structures différentes, non hospitalières, dans un souci de plus grande proximité pour les femmes qui le souhaitent [...] permettre d'accroître et de diversifier l'offre pour répondre aux besoins des femmes ».

Cette circulaire pose un cadre aux ARS et aux équipes pour la mise en place concrète de ce type de projet.

L'Arrêté du 1er décembre 2017 modifiant l'arrêté modifié du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

Cet arrêté fixe le montant des actes afférents à toutes les IVG quels que soient la méthode ou le lieu de réalisation. Depuis le 1^{er} décembre, (soit près de deux ans après la modification de la loi !) le forfait relatif à l'IVG sous AL en Centre de santé a enfin été établi. A ce jour nous sommes en attente que la CNAMTS produise un code pour les actes afin que les centres puissent coter l'acte et se faire rembourser par l'assurance maladie. Tant que ces actes ne seront pas sortis, les équipes ne pourront pas commencer l'activité !

Quelques centres pilotes déjà prêts à démarrer l'activité

Nous connaissons six Centres de santé prêts à démarrer dès que ces « codes actes » seront établis, avec des équipes déjà formées et des protocoles finalisés : quatre Centres de santé « classiques » et deux CPEF du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui possèdent un agrément de Centre de santé ; cinq centres en Ile de France, 1 centre à Orléans (45). Nous n'avons pas connaissance d'autre projet en France.

Des critiques...

Nous entendons déjà des critiques de professionnels qui s'opposent à cette nouvelle pratique. Ils pensent que la prise en charge actuelle hospitalière « est sécurisée » et se passe dans de « bonnes conditions », et ont l'impression que cela mettra en danger inutilement la santé des femmes, et que « c'est une régression pour les femmes ».

Le cahier des charges de la HAS (sus-cité) a fait une revue de la littérature qui montre bien qu'aucune étude ne montre une aggravation des risques en termes de morbi-mortalité avec la pratique extra-hospitalière des IVG instrumentales sous AL. Au contraire, il est bien montré que l'AG, majoritairement pratiquée à l'Hôpital, est source de complications plus fréquentes (en particulier hémorragies et perforation). Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a par ailleurs émis un avis favorable pour cette pratique dans ses dernières recommandations sur l'IVG, au regard des différentes publications internationales.

De plus, nous pensons que c'est une réelle alternative offerte aux femmes, qui souhaitent une prise en charge allégée par rapport à celle de l'hôpital avec des équipes plus restreintes, et un parcours de soins probablement simplifié.

Pourquoi n'avoir autorisé que les seuls Centres de santé ?

Nous regrettons que les CPEF n'aient pas été intégrés dans cette loi ! Ils sont pourtant assez souvent engagés dans la pratique de l'IVG médicamenteuse (qui fait partie intégrante de leur mission), ils ont des équipes sensibilisées et formées à l'accompagnement des femmes en demande d'avortement avec des conseillères conjugales en leur sein. Nous ne comprenons pas pourquoi la loi a été restreinte aux Centres de santé.

Pourquoi si peu de Centre de santé engagés ?

Nous pensons que le principal obstacle est lié à la formation des médecins à la méthode par aspiration. Et probablement que le réservoir de professionnels extrahospitaliers déjà formés à l'IVG instrumentale exerce plutôt en CPEF qu'en Centre de santé. Ensuite pour pratiquer nous recommandons que deux professionnels formés soient présents en même temps dans la structure, ce qui complique encore plus les choses !

Une fois les professionnels motivés, il ne reste qu'à convaincre les responsables et les équipes des Centres de santé, trouver des IDE et/ou conseillères conjugales qui souhaitent s'investir, établir un partenariat avec le CIVG de référence et le chef de service de gynéco, le SMUR, les interlocuteurs ARS, le réseau périnat... Il est clair que l'on peut rencontrer des obstacles à différents niveaux, et les conjonctures locales ne sont pas toujours favorables !! mais cette nouvelle pratique en vaut sûrement la chandelle !

Avis aux équipes qui souhaiteraient se lancer dans ce projet !

N'hésitez pas à contacter l'ANCIC pour que l'on vous mette en contact avec les équipes déjà prêtes et qui pourront vous faire part de leurs expériences pour le montage du projet et l'établissement des protocoles...

POINT DE VUE :

PRATIQUE ATTENTIONNELLE ACTIVE® ET ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Par Véronique Le Ralle, doctorante en sciences de l'éducation

CHAPITRE PRELIMINAIRE INTRODUCTIF

Au quotidien, en matière d'éducation et d'interventions sociales il semblerait que l'apport d'informations théoriques dispensées de manière aléatoire par rapport aux situations des apprenants, ne génère peut-être pas la pleine compréhension et intégration escomptées.

Tout le monde parle de l'attention comme si c'était un allant de soi.

Est-ce qu'apprendre ne passe pas par faire par soi-même au regard de ce que l'on comprend qui est à faire dans l'instant.

Faire par soi-même (auto référentiel qui parle d'autoréférencement, d'autodidaxie et d'autonomie), *proposer un environnement favorable pour que les gens puissent faire par eux-mêmes, pour eux-mêmes semble être une forme d'apprentissage sous-estimée voire oubliée dans l'éducation et jusque dans l'intervention sociale.*

L'accompagnement n'est-il pas souvent assimilé aux conseils, oubliant la dimension de soutien en partant de la personne. Accompagne-t-on pour normer ou pour favoriser une émancipation ?

Nous pressentons que dans le domaine de l'éducation et de l'intervention sociale de façon plus large, il faudrait peut-être développer une attention active à soi-même qui permettrait de dépasser les comportements normatifs ainsi que la prise en charge qui amène un risque de dépendance

PRESENTATION GENERALE :

Contexte actuel

Etat de l'art

Il semblerait que l'éducation à la sexualité soit davantage prise en considération que par le passé ; en effet, certains parlent aujourd'hui d'éducation à la santé sexuelle positive et le « Haut Conseil à l'égalité des femmes et des hommes » a publié un rapport en 2016 dans lequel on trouve des recommandations et des bonnes pratiques qui s'appuient sur des expérimentations.

Voici la définition que le Haut Conseil à l'Egalité donne de l'Education à la Sexualité en :

« L'éducation à la sexualité est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles. Adaptée à l'âge, globale, positive et sans jugement de valeur, elle vise à doter les jeunes des connaissances, compétences, attitudes et valeurs dont ils/elles ont besoin pour déterminer leur sexualité et s'y épanouir. Elle permet de transmettre des savoirs relatifs à l'anatomie et à la reproduction, mais doit aussi permettre de construire une culture de l'égalité, dont elle constitue l'un des aspects ».

Néanmoins, comme beaucoup d'entre nous avons pu le constater, aborder la question de la sexualité reste encore une affaire délicate que la profusion et/ou l'exactitude des informations ne suffit pas à surmonter.

La bonne volonté et l'investissement de celles et ceux qui assurent les interventions auprès des jeunes et des publics en situation de vulnérabilité, ne sont pas toujours suffisants, ce qu'eux-mêmes déplorent.

La tentation pédagogique est toujours présente d'aller chercher une nouvelle méthode, de se demander comment faire pour que les jeunes soient plus réceptifs, pour mieux les intéresser et quel est le « truc » qui va permettre aux intervenants d'avoir la réponse à toutes les questions, ainsi que l'attitude appropriée face aux provocations et propos inadaptés.

Forts de ces observations, on peut se demander comment on en est arrivé à penser que la sexualité puisse simplement se gérer moyennant des techniques contraceptives, des dépistages d'IST et la capacité à dire « non », si l'on ne souhaite pas de relation sexuelle.

On peut également se demander pourquoi nous voulons recourir à des « trucs » pour échanger entre formateurs et formés et pourquoi nous répondons aux interrogations et attentes des groupes que nous accompagnons par des réponses (solutions) principalement extérieures, c'est-à-dire toutes faites, à nos propres personnes ?

Qu'en est-il alors de la fameuse « conscience de soi, empathie pour l'autre » à bon droit préconisée par la charte d'Ottawa comme faisant partie des compétences psychosociales ?

Conscients de nous-mêmes, nous croyons évidemment l'être. Mais de quoi parle-t-on ? Comment est-on conscient de soi-même ?

Un programme est une chose ; comment faire en est une autre.

Suis-je conscient-e en temps réel, de ce qu'il se passe dans mon corps ?

Est-ce que je repère mon front plissé, mes mâchoires serrées et mes épaules verrouillées, c'est-à-dire mes tensions physiques là, maintenant, tout de suite, et dans l'interaction pendant une intervention d'éducation à la sexualité ?

Suis-je conscient-e qu'avec mes tensions je produis un comportement particulier, que je véhicule des représentations particulières et que tout cela est relié à un vécu émotionnel singulier qui est le mien ?

Suis-je conscient-e maintenant, et non dans un après-coup qui « réécrit mon histoire », de ce qui se joue dans mon corps ?

Peut-être peut-on dire que nous appréhendons le monde de façon intellectuelle, que nous donnons parfois des réponses toutes faites et parfois moralisantes à nos publics et que nous oublions nos sensations, notre corps.

Pourtant nos sensations (par les cinq sens et par notre corps de l'intérieur) sont ce qui nous relie très spécifiquement à la sexualité.

Or, de nos sensations nous vivons principalement le binôme plaisir/douleur : est-ce cela être conscient-e ?

Suis-je conscient-e de tous ces automatismes physiques, émotionnels et mentaux qui se jouent en moi/de moi ?

Peut-être pouvons-nous partir de là : puisque c'est en moi que cela se passe, c'est de moi que je peux partir pour observer ce qu'il s'y joue de façon involontaire.

Cette approche peut être déroutante par sa simplicité : partir de soi-même et non de l'extérieur. D'autant que nous sommes conditionnés à mettre la faute ou tout au moins la raison de ce que nous vivons à l'extérieur de nous-mêmes.
Comment faire ?

Une piste proposée serait la Pratique Attentionnelle Active ©

La Pratique Attentionnelle Active©, en nous amenant à reconnaître et vivre ces automatismes, pourrait-elle alors nous permettre d'accéder à une véritable conscience de soi ?
Et plus loin, la pratique de l'attention active portée à nous-mêmes nous permettrait-elle une meilleure attention à l'autre pour une meilleure efficacité dans nos interventions ?

La caractéristique de la Pratique Attentionnelle Active© est de se faire en temps réel par une pratique, comme un sportif s'entraînerait.
A la différence de nos habitudes à analyser et/ou à prendre une posture réflexive, pourtant avec les meilleures intentions, la proposition est, de manière innovante, de se mettre dans une dynamique d'observation de soi-même, en « live ».

Avec un pareil positionnement, nous nous retrouvons dans le strict périmètre du présent, « ici et maintenant ».
De ce présent qui est le nôtre, si nous y sommes réellement attentif-ve-s, nous ne pouvons inférer aucune interprétation, nous ne pouvons y introduire aucun contenu sorti de la "boîte à outils du parfait intervenant".

Le Dr Patricia Pâme définit la Pratique Attentionnelle Active © comme suit :
« La Pratique Attentionnelle Active© est une *praxis*, au sens où c'est une action (...) sous-tendue par une idée : nous avons chacun la capacité d'agir pour notre propre bien-être, sans égocentrisme ni nombrilisme, mais dans une vision systémique, en interrelation avec les autres, dans l'objectif d'un résultat concret – se sentir bien » ; et elle ajoute : « La Pratique Attentionnelle Active© est une pratique avec soi, et non une pratique sur soi »

Par la Pratique Attentionnelle Active© nous pouvons observer tout de ce qu'il se passe ; en nous-mêmes et en dehors de nous, en l'occurrence chez autrui (par exemple les jeunes auprès de qui nous intervenons).
Nous savons observer le langage non-verbal de notre interlocuteur, mais qu'en est-il du nôtre, « en direct » lui faisant face ?

Peut-être ouvrons-nous alors la porte à des possibilités que nous n'avions pas imaginées, précisément parce qu'en les voyant réellement nous n'avons pas à les imaginer !
Peut-être alors que « les bonnes réponses » sont celles qui émergent de situations dont, par notre présence attentive, nous voyons la mouvance et l'évolution et les recevons comme telles sans les passer à la moulinette de nos savoir et vécu.

Avec une pareille approche, si elle est effectivement pratiquée, nous nous apercevons peut-être que nous véhiculons parmi d'autres valeurs, une vision « défensive » de la sexualité assortie des injonctions sanitaires et hygiénistes bien connues que sont les IST, les grossesses non-désirées, violences sexuelles et autres.

Parce que notre attention habituelle est partielle, sélective, focalisée sur des normes sécuritaires et uniformisantes, nous perdons de vue ce qu'une présence pleine nous ferait aussi voir et transmettre : une approche positive de la sexualité comme relevant de la santé sexuelle.

Cela revient à dire que l'éducation à la sexualité ne peut rester cantonnée à des contenus relevant de la simple information d'une part, ni à des incantations velléitaires d'autre part.

Alors oui, en étant dans une attention à soi-même, nous pourrions, avec des informations « techniques », transmettre aussi les valeurs de bien-être, d'estime de soi, de désir et de plaisir.

Avec l'attention portée à nous-mêmes et les observations constatées, nous pourrions voir que les 7 voies de la santé sexuelle que sont l'autonomie, la réciprocité, la sécurité, le respect, l'égalité, le consentement et la satisfaction, ne sont pas des discours moralisants et bien-pensants extérieurs à nous, mais qu'ils sont notre humanité-même comme ils sont celle de ceux que nous accompagnons.

Pouvons-nous éduquer sans relayer de manière automatique des croyances, valeurs et normes qui passent à côté de l'humanité de nos semblables comme de la nôtre ?

Eduquer notre attention, non en tant que « fonction de filtre de certaines informations aux dépens d'autres » comme l'avance J.-Ph. Lachaux, mais comme ouverture intégrant toute la réalité et pas seulement celle qu'il nous arrange de voir (par exemple, l'attachement à notre point de vue, à notre expérience etc.)

Apprendre à nous rappeler notre corps, à nous détendre pour nous ouvrir à ce qui advient en nous et hors de nous pour nous permettre d'intégrer les choses au lieu soit de les nier soit de les approuver comme si c'était de notre ressort d'en décider et de leur attribuer des notes! Dit autrement, il s'agit d'observer comment les choses se passent en nous et en dehors de nous plutôt que nous questionner indéfiniment sur leur pourquoi.

La Pratique Attentionnelle Active© serait une nouvelle habitude à prendre ; celle de se recentrer c'est-à-dire de modifier notre perception en considérant non pas les choses, les gens, les circonstances, mais ce que tout cela nous fait, ce que nous ressentons.

La Pratique Attentionnelle Active© peut-elle alors prendre en compte toute notre réalité et contribuer à nous faire englober celle d'autrui pour donner les réponses les mieux adaptées ? Tout en prenant en compte les précieuses indications du ministère de l'Education quant au Parcours de Santé des jeunes, sachons au-delà de la préparation à la bonne citoyenneté que le ministère met en avant, ne pas perdre le contact avec nous-mêmes et avec les jeunes.

Pour avoir la bonne "distance" préconisée dans l'intervention sociale avec nos interlocuteurs, comme le demandait une participante à l'occasion d'une « Journée de Pratique Attentionnelle Active© », ne faut-il pas avoir la bonne distance à l'intérieur de soi en percevant les tensions que nous vivons ?

A l'occasion de ces journées de formation régulièrement proposées, les témoignages font état de la surprise des participant-e-s à prendre soin de soi « alors qu'on nous dit depuis toujours que penser à soi c'est égoïste », à être « étonnamment tendu-e-s et à des endroits surprenants de mon corps », à s' « être recentré-e ».

Au-delà de l'éducation à la sexualité, on peut affirmer que c'est du sens même « d'éduquer » dont nous avons parlé, au point d'envisager une auto-éducation puisque moi seul-e peux produire l'acte d'attention tel que nous en avons parlé.

Du point de vue de la Pratique Attentionnelle Active©, l'ETLV (Education Tout au Long de la Vie) n'est pas une injonction venue de l'extérieur, c'est une nécessité intérieure.

Et enfin, apparent paradoxe : pour prendre soin de l'Autre, il faut d'abord prendre soin de soi.

Eléments cités dans l'article :

*** Ouvrages et publications :**

- Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes : Rapport relatif à l'éducation à la sexualité – Rapport n° 2016-06-13 SAN-021 publié le 13 Juin 2016

- LACHAUX (Jean-Philippe) : Le cerveau funambule – comprendre et apprivoiser son attention grâce aux neurosciences – Odile Jacob – Paris – 2015

- PÂME (Patricia) Dr. : Développer l'empathie pour soi – La Pratique Attentionnelle Active ©, une clé pour la promotion de la santé du soignant – DIU soutenu le 18 nov. 2016 – Université Paris Diderot – Faculté de médecine Paris 7.

*** Sitographie :**

- EDUCSOL (Informer et accompagner les professionnels de l'éducation) : Le parcours éducatif de santé. eduscol.education.fr/pid35643/parcours-educatif-de-sante.html

Pour des précisions sur la Pratique Attentionnelle Active(@)

- atlans : atlans.eu/ et atlans.eu/notre-methode

***Intervisions :**

- « Journées de Pratique Attentionnelle Active© et éducation à la sexualité » : organisées et animées par le Conseil départemental de l'Essonne

Véronique LE RALLE missionnée par le Conseil Départemental de l'Essonne

ACTUALITES



Anne HIDALGO
Maire de Paris

Hélène BIDARD
Adjointe à la Maire de Paris
chargée de l'égalité femmes-hommes,
de la lutte contre les discriminations
et des droits humains

François VAUGLIN
Maire du 11^e arrondissement

Frédérique CALANDRA
Maire du 20^e arrondissement

vous prie de bien vouloir assister à l'inauguration de

l'allée Maya SURDUTS

1937 - 2016

Militante féministe et antiraciste

*Elle œuvra pour l'unité du mouvement féministe,
dans les luttes pour le droit à l'avortement et contre les violences faites aux femmes*

avec la participation du Collectif National pour les Droits des Femmes (CNDF)
et de la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC)

le vendredi 24 novembre 2017 à 18 heures

Terre-plein central au niveau du 100, boulevard de Charonne à Paris 11^e

ACTUALITES

- [Communiqué de l'ANSM](#) (Agence nationale de sécurité du médicament de des produits de santé)

Information suite à l'arrêt de la commercialisation en France par la société Bayer Pharma AG du dispositif de stérilisation définitive Essure - Communiqué

18/09/2017

L'ANSM a été informée ce jour de la décision de la société Bayer Pharma AG de mettre fin à la commercialisation du dispositif médical de stérilisation définitive Essure dans tous les pays - dont la France - à l'exception des Etats-Unis.

L'ANSM rappelle que le dispositif de stérilisation définitif Essure n'est déjà plus disponible en France depuis le 3 août 2017, celui-ci ayant fait l'objet, dans le cadre de sa procédure de renouvellement, d'une suspension temporaire de son marquage CE par l'organisme notifié irlandais NSA[1]. Par mesure de précaution, l'ANSM avait alors demandé à la société Bayer Pharma AG de procéder au rappel des produits en stock et demandé de ne plus implanter le dispositif médical Essure.

L'ANSM tient à rassurer les femmes porteuses de l'implant Essure sur le rapport bénéfice / risque favorable du dispositif.

Celui-ci a été évalué en avril dernier par un comité d'experts réuni à l'Agence sur la base des données de la littérature, de la surveillance et des résultats de l'étude épidémiologique, portant sur plus de 100 000 femmes.

Pour les femmes qui n'ont pas de symptôme, qui représentent l'immense majorité des femmes porteuses de l'implant Essure, il n'y a aucun argument à ce jour pour conseiller le retrait du dispositif.

Les femmes présentant des symptômes doivent consulter leur médecin pour ne pas méconnaître une pathologie sous-jacente. En l'absence d'un tel diagnostic, l'intérêt d'un retrait peut être envisagé entre la femme concernée et le médecin.

Une réunion sur ces sujets se tiendra très prochainement au Ministère des Solidarités et de la Santé avec les représentants associatifs, les professionnels de santé et les différents acteurs institutionnels concernés.

Contacts presse

presse@ansm.sante.fr

ACTUALITES

= Communiqué de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament de des produits de santé)

Mirena et Jaydess : information sur la réévaluation des données de sécurité de ces dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (DIU-LNG) - Point d'information

16/11/2017

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a constaté depuis mai 2017 une augmentation du nombre des signalements d'effets indésirables susceptibles d'être liés au dispositif intra-utérin au lévonorgestrel Mirena. Plus de 2 700 déclarations ont notamment été enregistrées entre le 15 mai et le 4 août 2017, dont 870 faisant mention de symptômes d'anxiété.

Si les effets indésirables déclarés font déjà l'objet pour la plupart d'une information dans la notice destinée aux patientes, l'ANSM est néanmoins attentive à cette augmentation des déclarations et à l'apparition de nouveaux signaux dont l'anxiété. Dans ce cadre, elle a entrepris une enquête de pharmacovigilance sur les deux dispositifs intra-utérins hormonaux contenant du lévonorgestrel (Mirena et Jaydess) disponibles en France.

Les premiers résultats de cette enquête ont été présentés au Comité technique de pharmacovigilance (CTPV) du 10 octobre dernier. Au regard de ces résultats, l'ANSM va poursuivre la surveillance de ces médicaments et lancer, en complément, une étude de pharmaco-épidémiologie pour étudier la fréquence de survenue de certains effets indésirables.

Par ailleurs, les effets indésirables d'ordre psychiatrique des dispositifs intra-utérins contenant du lévonorgestrel, (dont l'anxiété), constatés dans différents pays européens, ont été évalués au sein de l'Agence Européenne du Médicament (EMA). L'EMA a conclu en novembre 2017, qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour établir un lien direct entre l'apparition de ces effets indésirables, notamment l'anxiété, et ces dispositifs intra-utérins.

L'ANSM rappelle que les patientes doivent être informées des bénéfices et des potentiels effets indésirables de Mirena et de Jaydess par leur médecin au moment du choix de la contraception et de la pose du DIU. L'Agence souhaite renforcer l'information adressée aux patientes par la mise à disposition avant la fin de l'année d'un document d'information spécifique.

Les données françaises de pharmacovigilance

Les premiers résultats de l'enquête de pharmacovigilance, présentés le 10 octobre dernier à l'occasion du CTPV, révèlent, concernant **Jaydess**, que seules 67 déclarations d'effets indésirables ont été reçues depuis le début de sa commercialisation en 2014 en France (29 avant le 15 mai 2017 et 38 après cette date). Concernant **Mirena**, depuis sa commercialisation en 1997 et jusqu'au 15 mai 2017, 510 cas dont 272 cas graves ont été rapportés. Après le 15 mai 2017 et jusqu'au 4 août 2017, 2 714 cas dont 1 789 rapportés comme graves par les femmes, c'est-à-dire déclarés comme ayant des conséquences sur leur vie familiale, professionnelle ou sociale, ont été signalés majoritairement via le portail des signalements du ministère de la santé. La plupart des déclarations reçues après le 15 mai 2017 fait état d'effets indésirables déjà connus et précisés dans la notice d'information destinée aux femmes, comme par exemple les céphalées, la dépression, la perte de cheveux, l'acné, les douleurs abdominales, la diminution de la libido, les bouffées de chaleur et la prise de poids.

L'enquête de pharmacovigilance a permis également d'identifier des effets qui devront être mentionnés dans la notice destinée aux patientes (asthénie, séborrhée). Elle a également mis en évidence d'autres signaux nécessitant des investigations complémentaires (via la poursuite de l'enquête de pharmacovigilance) comme l'arthralgie (douleur au niveau des articulations), l'érythème noueux (inflammation du tissu graisseux sous-cutané), le psoriasis et l'hypertension intracrânienne (HTIC). Pour l'HTIC, une évaluation sera menée ultérieurement au niveau européen.

Concernant plus particulièrement l'anxiété, très peu de cas avaient été signalés avant mi-mai 2017. Les cas d'anxiété ont en effet massivement été rapportés après le 15 mai 2017 : plus de 900 cas ont été signalés au total, dont 870 après le 15 mai 2017. En parallèle de l'analyse des cas de pharmacovigilance, une étude a été réalisée sur les données de l'Assurance maladie^[1] pour comparer les fréquences de survenue de certains effets indésirables entre les porteuses de DIU au lévonorgestrel et de DIU au cuivre. Elle révèle un risque faible mais augmenté de mise sous anxiolytiques chez les femmes porteuses de Mirena comparativement aux porteuses de DIU au cuivre.

L'évaluation européenne

Les résultats de l'enquête nationale relatifs aux effets de type « anxiété » ont été transmis à l'Agence européenne des médicaments (EMA) dans le cadre de l'évaluation des effets indésirables psychiatriques débutée en janvier 2017. Concernant l'anxiété, l'EMA considère qu'il n'y a pas, à ce stade, suffisamment de données pour établir une association entre l'utilisation d'un DIU contenant du lévonorgestrel avec une anxiété isolée, une attaque de panique, des troubles du sommeil ou une agitation. Les troubles de l'humeur ont été considérés comme liés à la dépression ou à l'humeur dépressive, déjà mentionnés dans les documents destinés aux professionnels de santé (RCP) et aux femmes (notice).

Les cas d'arthralgies ont également été évalués par l'EMA qui a considéré que les données de vigilance n'étaient à ce stade pas suffisantes pour modifier les informations figurant dans ces documents.

Les titulaires d'Autorisation de mise sur le marché des DIU contenant du lévonorgestrel devront continuer à suivre ces événements en accord avec la réglementation en vigueur.

L'information des femmes renforcée en France

Une connaissance par les femmes des effets indésirables pouvant être liés à Mirena est indispensable.

Il est important qu'elles aient connaissance que Mirena est un médicament et qu'elles doivent signaler à leur médecin être porteuses de ce DIU lors de la survenue d'effets indésirables.

Les effets indésirables susceptibles de survenir sous Mirena sont inscrits dans la notice du médicament qui doit être remise par le médecin ou la sage-femme lors de la pose du DIU. Les notices sont également accessibles sur la [base de données publique du médicament](#).

L'ANSM élabore actuellement un document d'information à destination des femmes, en collaboration étroite avec l'association « SVH ASSO stérilet vigilance hormones », afin de renforcer l'information des femmes qui choisiraient ce type de contraception.

Mirena et Jaydess sont des dispositifs intra-utérins (DIU) hormonaux, médicaments utilisés soit pour éviter une grossesse, soit pour traiter des règles trop abondantes sans cause identifiable (ménorragies fonctionnelles). Ces DIU sont insérés dans la cavité utérine où ils agissent en libérant un progestatif, le lévonorgestrel, pendant une durée de 5 ans pour Mirena et de 3 ans pour Jaydess. Cette hormone est utilisée également dans un certain nombre de pilules contraceptives.

ACTUALITES

- [Communiqué de l'ANSM \(Agence nationale de sécurité du médicament de des produits de santé\)](#)

Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué

20/10/2017

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de la décision de la société Pfizer de mettre fin à la commercialisation de la spécialité Cytotec. L'ANSM met tout en œuvre pour assurer une continuité d'accès aux traitements pour les patientes.

Le Cytotec est une spécialité contenant du misoprostol commercialisée depuis 1987 en France. Ce médicament est indiqué dans le traitement préventif ou curatif de l'ulcère et des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Depuis l'arrivée des inhibiteurs de la pompe à protons sur le marché français, il n'est que très peu utilisé dans ses indications gastroentérologiques.

Malgré les différentes mises en garde de l'ANSM, le Cytotec reste majoritairement utilisé hors AMM dans des indications en obstétrique, soit pour déclencher l'accouchement à partir de 37 semaines d'aménorrhée soit dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVG).

L'ANSM rappelle que cette utilisation hors AMM peut entraîner des effets indésirables graves pour la mère et l'enfant, comme la survenue d'une rupture utérine (déchirure du muscle utérin), d'hémorragies ou d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Aussi, le laboratoire Pfizer a décidé d'arrêter la commercialisation de Cytotec. En accord avec l'ANSM, cet arrêt sera effectif le 1er mars 2018 afin de permettre la mise en place de l'ensemble des mesures nécessaires pour assurer une continuité d'accès aux autres médicaments disponibles pour les femmes.

L'ANSM rappelle que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) sont disponibles sur le marché français :

Pour le déclenchement du travail à terme

En France une seule spécialité à base de prostaglandine est commercialisée :

- Propess (Dinoprostone) système de diffusion vaginale du laboratoire Ferring SAS

La mise à disposition d'une spécialité contenant du misoprostol faiblement dosée et disposant d'une AMM dans plusieurs pays d'Europe est actuellement évaluée par l'ANSM. Cette spécialité est adaptée et indiquée dans le déclenchement du travail.

Pour l'interruption médicamenteuse de grossesse

Deux spécialités sont actuellement disponibles en France :

- Gymiso (misoprostol) commercialisée par le laboratoire Linepharma international limited,
- MisoOne (misoprostol) commercialisée par le laboratoire Exelgyn-Nordic Pharma

Afin de garantir l'accès à ces traitements pour les femmes, l'ANSM s'assure, en lien avec les laboratoires concernés, de la mise à disposition en quantité suffisante de ces médicaments au 1er mars 2018.

Par ailleurs, l'ANSM réunit en novembre prochain les ordres professionnels, les représentants des professionnels de santé et des associations de patients afin de définir avec eux les mesures à mettre en œuvre dans ce contexte.

ACTUALITES

- Communiqué de l'ANCIC et du PF



COMMUNIQUE DE PRESSE
05 février 2018

Une étude comparative sur les méthodes de contraception définitive féminines dément le surcroît de complications de la méthode Essure® et vient rassurer les femmes et les professionnels sur son intérêt.

Une vaste étude française de l'Agence nationale de sécurité du médicament comparant les méthodes hystérocopiques avec le dispositif Essure® et coelioscopiques pour la contraception définitive féminine chez respectivement 71303 et 34054 femmes vient d'être publiée dans le Journal of American Medical Association¹. Cette étude dément un surcroît de complications médicales (allergies, dépression, maladies auto-immunes, etc.) qui seraient liées à la méthode hystérocopique Essure® du laboratoire BAYER et permet ainsi de réviser le terme de «scandale sanitaire» dans ce domaine, confirmant ce qu'ont montré d'autres études auparavant.

Cette étude confirme que l'intérêt que les professionnels ont porté à cette méthode de contraception définitive est juste et la confiance que les femmes y avaient accordée aussi. Nous ne pouvons que nous réjouir de ces conclusions.

Malheureusement, le dispositif Essure® est à ce jour supprimé du marché en France alors qu'il est toujours accessible aux USA. Nous espérons que le laboratoire Bayer prendra les mesures nécessaires pour rendre à nouveau l'accès à cette méthode pour les françaises qui feront le choix d'y recourir.

Rappelons à cette occasion que la vasectomie est elle aussi un moyen de contraception définitive qui s'adresse cette fois aux hommes et mérite, autant que la contraception définitive féminine, d'être valorisée et diffusée pour augmenter les choix possibles des femmes et des hommes en matière de contraception pour une sexualité non reproductive épanouissante, ce vers quoi le planning, l'ANCIC et ARDECOM ne cessent de travailler.

A quand le retour d'une méthode hystérocopique pour les femmes qui la souhaitent ?

Car la meilleure contraception, c'est toujours celle que l'on choisit librement !

¹ (Bouillon et al, Association of hysteroscopic vs laparoscopic sterilization with procedural, gynecological, and medical outcomes, JAMA, 2018, 319 (4), 375-387)

Pour les 2 associations :

ANCIC

Laurence Danjou, Coprésidente
Laurence Esterle, Coprésidente
Emmanuelle Lhomme, Coprésidente

Planning Familial

Véronique Sehier, Coprésidente
Caroline Rebhi, Coprésidente

ACTUALITES

- Conférence-débat organisée par l'ANCIC : « Réflexion autour de la prescription hors AMM : à propos de la suppression du Cytotec® »

L'ANCIC a le plaisir de vous inviter à une conférence-débat intitulée : Réflexion autour de la prescription hors AMM : à propos de la suppression du Cytotec® le samedi 24 mars.

Présentée par Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Programme

- La prescription hors AMM
- L'impact de la suppression du CYTOTEC® dans nos pratiques
- L'enjeu politique, éthique et juridique de ce changement

La participation est gratuite mais les places étant limitées si vous souhaitez participer, merci de vous inscrire par mail à info@ancic.asso.fr en indiquant votre nom.

Prescription hors AMM : à propos de la suppression du CYTOTEC® au 01/03/2018

Depuis plusieurs décennies nous utilisons le misoprostol en association à la mifépristone dans l'IVG médicamenteuse en France. Le misoprostol était jusqu'en 2001 exclusivement disponible sous le nom de spécialité CYTOTEC® et n'a jamais disposé d'une AMM dans l'IVG médicamenteuse et dans aucune indication gynécologique ou obstétricale. En 2001, la loi n° 2001-588 a introduit la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses hors établissement de santé jusqu'à 7 SA mais le manque de misoprostol, avec AMM, disponible en officine, pour la réalisation de ces IVG a retardé la sortie des décrets d'application pour laisser le temps, entre autre, au laboratoire HRAPharma d'obtenir l'AMM pour une nouvelle spécialité : GYMISO®, 1^{er} misoprostol délivré en officine, sous conditions, aux seuls médecins ayant signé une convention pour réaliser des IVG hors établissement de santé.

Depuis, une nouvelle spécialité, MisoOne®, produite par le laboratoire NordicPharma dispose aussi d'une indication dans l'IVG médicamenteuse.

Ces deux seules spécialités sont à ce jour autorisées pour la réalisation des IVG médicamenteuses avec des AMM limitées et différentes à savoir :

GYMISO® 200 µg : (source Vidal)

Interruption médicale de grossesse intra-utérine, en association à la mifépristone, au plus tard au 49^{ème} jour d'aménorrhée.

Préparation du col utérin avant interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre

MISOONE® 400 µg : (source Vidal)

- Interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive, en administration séquentielle avec la mifépristone au plus tard au 49^{ème} jour d'aménorrhée.
- Le misoprostol est indiqué chez l'adulte

Malgré cela, pendant toutes ces années, la majeure partie des IVG ont été réalisées avec du CYTOTEC®, utilisé hors AMM, sans que la plupart des professionnels s'en inquiètent, les produits hors AMM et avec AMM étant parfaitement identiques.

L'annonce de la suppression de la spécialité CYTOTEC® au 01/03/2018 a fait émerger cette problématique et a conduit l'ANSM à réunir les différents acteurs de l'IVG pour trouver une solution à la poursuite de la prise en charge des IVG médicamenteuses en et hors établissements de santé.

Les laboratoires sus-cités ont été sollicités afin de produire du misoprostol en quantité suffisante pour répondre aux besoins des femmes mais à ce jour aucune extension d'AMM n'a été demandée.

Les solutions qui émergent des premières réunions, concernant l'IVG médicamenteuse entre 7 et 9 SA, terme pour lequel il n'existe pas d'AMM à ce jour pour le misoprostol, sont les suivantes :

Utiliser les misoprostol actuellement disponibles, en les prescrivant hors AMM dans le respect de :

- La loi n° 2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (information éclairée et recueil de consentement)
- Les articles L.162-22-7 et D.162-9 à D.162-16 du CSS (protocoles thérapeutiques temporaires)

A lumière de tout cela, comment allons-nous nous positionner ?

Voici un petit questionnaire destiné à estimer la tendance actuelle et à venir pour la prescription du misoprostol <https://goo.gl/forms/fgUe6PTt2iguIDvR2>

Le questionnaire sera clôturé le 8 mars 2018.

Nous espérons vous retrouver nombreux.



- [Accès aux comptes rendus des journées de Caen :](http://www.avortementancic.net/)

<http://www.avortementancic.net/>

Pour les adhérents de l'ANCIC avec le code personnel :

- > Rubrique Vie de l'association
- > Caen 2017

Pour les non adhérents :

Il suffit d'adhérer pour avoir accès à la totalité des tables rondes et diverses interventions filmées en plénière, les textes et les rendus des différents ateliers.

La parution de l'ECHO de l'ANCIC est possible grâce au travail de l'association.

Pensez à soutenir l'ANCIC en adhérant ou en versant des dons.



ANCIC
Maison des Associations du 14^{ème}
BP 84
22 rue Deparcieux
75014 PARIS
<http://www.ancic.asso.fr>

BULLETIN D'ADHESION A NOUS RETOURNER
ACCOMPAGNÉ D'UN CHEQUE DU MONTANT DE VOTRE COTISATION

Médecin : 50 euros
Autres professionnels : 30 Euros

LES ADHÉSIONS SONT UNIQUEMENT INDIVIDUELLES ET NOMINATIVES

ADRESSE E-MAIL :
NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL :
VILLE :
TELEPHONE :
PROFESSION :
LIEU DE TRAVAIL (adresse et téléphone) :
DATE DE NAISSANCE :

Ci-joint un chèque de..... , montant de mon adhésion pour l'année 2018

Enfin si vous changez d'adresse ou de mail en cours d'année, pensez à nous tenir informés afin que nous puissions continuer à vous relayer nos informations.

DATES À RETENIR

Journée Internationale des droits des femmes
8 mars 2018

Informez-vous sur les événements dans votre région

Colloque ANCEEF « l'enfant dans sa famille »
23 mars 2018

<http://www.anceef.fr/files/actus/invitation-colloque-2018-papier.pdf>

13ème conférence FIAPAC à Nantes
14 et 15 septembre 2018

<http://www.fiapac.org/en/program/22/Nantes-intro/>

AVIS AUX LECTEURS

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

contact@ancic.asso.fr