



HAL
open science

Le sang menstruel : études des représentations et des comportements de femmes sous contraception

Sylvie Fernandez

► **To cite this version:**

Sylvie Fernandez. Le sang menstruel : études des représentations et des comportements de femmes sous contraception. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02414609

HAL Id: dumas-02414609

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02414609>

Submitted on 16 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Le sang menstruel : étude des représentations et des comportements de femmes sous contraception.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Avril 2018

Par Madame Sylvie FERNANDEZ épouse SALA

Née le 9 août 1986 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Président

Monsieur le Professeur MORANGE Pierre-Emmanuel

Assesseur

Monsieur le Professeur CHIARONI Jacques

Assesseur

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	<p> AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius </p>	MM	<p> FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTÉY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony </p>
----	--	----	---

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

	1990	
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
	1991	
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
	1992	
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
	1994	
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
	1995	
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
	1997	
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
	1998	
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
	1999	
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
	2000	
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
	2001	
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
	2002	
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
	2003	
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
	2004	
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
	2005	
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
	2006	
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
	2007	
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Héléne
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SEQV Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) *Sumombre*
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURJET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) *Sumombre*
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Sumombre*
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGRÉS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGUYEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) (06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Sumombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Sumombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Sumombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphanne (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSON François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLÉLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements.

A MON JURY DE THESE

A ma présidente, Pr Courbiere

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être présidente du jury. Merci pour votre enthousiasme.

A ma directrice, Dr Rousseau-Durand.

Merci de m'avoir guidé et accompagné dans cette aventure. Un grand merci pour votre disponibilité.

Au Pr Morange.

Merci pour votre bienveillance, vos encouragements, votre intérêt pour mon travail et votre sens de l'humour.

Au Pr Chiaroni.

Merci d'avoir accepté immédiatement de faire partie de ce jury. Merci pour la promptitude à laquelle vous avez toujours répondu à mes mails. Et encore merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A MA FAMILLE.

A Marie-Hélène et à Norbert.

Merci pour vos encouragements constants et quotidiens. Merci pour votre amour et votre exemple d'amour.

A Jean-Baptiste et à Martine.

*Merci papa pour ton exemple de travail, ton amour et tes encouragements.
Merci martine pour tes bons petits plats.*

A Thibault, mon « doudou d'élitisme ».

Merci pour ta patience, tes encouragements, ta relecture et tes bons conseils. Merci pour tes attaques à la noix du soir. Merci de faire partie de ma vie. Et un grand merci à Zotero d'avoir renforcé notre amour. Ps : truchement toi-même !!!

A Moana, mon sourire soleil.

Merci pour tes sourires, ton rire et tes câlins, ils font mon bonheur chaque jour.

A Elodie et Fabio.

Merci pour votre exemple de dévouement envers votre famille et les gens qui ont la chance de croiser votre route.

A Alice.

Merci pour ton exemple de courage, de détermination et d'engagement envers les valeurs qui te sont chères.

A Leila

Merci pour ta verve passionnée.

A Mélissandre et Yoann.

Merci pour les souvenirs que nous partageons.

A ma grand-mère.

Merci d'avoir toujours été d'accord de te reposer pour moi. Merci pour ce stéthoscope que tu m'as offert

en première année et qui me suit tous les jours de ma vie, dans toutes mes aventures médicales depuis toutes ces années.

A mes grand-parents disparus qui me manquent...

A mes oncles, tantes et cousins.

A MA BELLE-FAMILLE : Et qu'est-ce qu'elle est belle !

A Gérard et Sylvie.

Merci pour votre accueil, votre amour et votre aide dans la correction de ce travail. Un spécial bruit enthousiasmant (Ooohhh) pour Sylvie !

A Sophie et Thierry.

Merci pour tous ces bons moments que l'on passe ensemble, pour votre gentillesse et l'affection que vous me portez.

A Isabelle.

Merci pour ton aide, tu es toujours d'un grand secours.

A Majo.

Merci pour tous ces moments spéciaux en famille que vous savez si bien créer autour de délicieux repas.

A mes belles sœurs (même s'il y en a une hétérozygote) et à mes beaux-frères.

A MES AMI(E)S

A Laetitia, mon mentor spirituel.

Tu es un exemple d'amour et de courage, merci.

A Sofia, ma marraine de cœur.

Merci pour ton amour envers moi et ma famille.

A Marine.

Merci pour ton insouciance et ton brin de folie.

Aux Dinosaures.

Merci les filles pour votre amitié, celle qui dure malgré la distance et les années qui passent.

Aux Dindons et à leur famille.

Merci pour tous ces moments inoubliables, toutes les trois, tous les sept, tous les onze... A notre multiplication en amour et à nos nombreux souvenirs futurs.

A Keat et Bennychou, les déjantés.

A notre jeunesse, merci pour ces souvenirs.

A Julie, ma chewie, chewie, kiki mon tamagotchi, banane flambée LAAAAA.

« J'ai attrapé un coup de soleil, un coup d'amour, un coup je t'aime... »

A Yaniiiiiiiiisssss.

Merci d'avoir parié sur nous. A jamais reconnaissante.

A Stéphane.

Merci pour nos soirées repas-ciné dans les moments difficiles de nos vies. Et tu vois que c'est possible d'écrire une thèse sur les ragnagnas.

A Lauriane, Gilles, Rose et Léonie, une famille en or.

Merci pour tous les bons moments que nous passons ensemble, qu'ils soient encore nombreux.

A Manon.

Merci de m'avoir raconté à quel point l'on pouvait être chat noir aux urgences et encore plus de ne jamais avoir fait de garde avec moi ! Merci pour ces moments que l'on a vécus ensemble.

A Barde

Mouh Mouh Mouh

A Claudine, ma toubib.

Merci claudine pour tes encouragements au cours de ces longues années. Merci pour ton affection et ta confiance. Merci de m'avoir permis de prendre mon envol.

A Luc et Marie-Christine.

Merci pour votre affection à notre égard. Merci pour vos encouragements et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Une spéciale dédicace à Tata Gaya, une fée tombée du ciel.

On ne pouvait pas espérer mieux... Merci pour tout l'amour, la tendresse et la patience que vous prodiguez à ma Moana. Merci pour votre compréhension, votre amitié et votre soutien.

Et merci Loïc pour ta gentillesse et ta douceur envers Moana.

A MES MAITRES DE STAGE.

Au Dr Thoron.

Je suis reconnaissante d'avoir pu apprendre à vos côtés. Merci pour l'amour que vous prodiguez à vos petits patients et votre patience envers leurs parents.

Au Dr Fenasse.

Merci d'avoir permis que ce travail voie le jour. Merci pour votre confiance et tout ce que vous m'avez appris.

Au Dr Vialard Richelme.

Merci de m'avoir lâché la main et de m'avoir fait réaliser que j'en étais capable.

Au Dr Gueydan.

Merci pour ton accueil le vendredi matin, sous le chauffage des tropiques.

Au Dr Crebassa

Merci pour ton affection et ta confiance.

Au Dr Garat.

Merci de m'avoir accueillie et d'avoir partagé ta passion de la médecine et de la vidéo-dermatoscopie.

A TOUTES LES FEMMES DE CETTE ETUDE.

Je vous remercie de m'avoir offert votre temps et votre histoire, vos craintes et vos espoirs. Merci pour ces bons moments précieux, drôles et surprenants. Merci de m'avoir permis d'être plus humble et de m'améliorer pour toutes les femmes que je soignerai.

« Moana, tu es une femme, tu vas avoir tes règles, mon bébé ! »

Thibault.

TABLE DES MATIERES.

TABLE DES MATIERES.	1
INTRODUCTION.	4
1. Contexte.....	4
2. Problématique.....	4
3. Objectif.....	5
HISTORIQUE.	6
Les représentations médicales des menstruations à travers les âges.	6
1. Préhistoire.....	6
2. L'Antiquité : la pensée médicale sur les menstruations.....	6
3. Le Moyen Âge : du Ve au XVe siècle.....	7
4. L'époque Moderne : du XVIe au XVIIIe siècle.....	9
5. L'époque contemporaine : du XIXe siècle jusqu'à maintenant.....	9
Les représentations religieuses des menstruations.	13
1. L'impureté de la femme.....	13
2. Le coït.....	15
3. Les objets en contact.....	16
4. La cuisine.....	16
5. Le culte.....	17
L'histoire de la contraception.	18
1. La naissance de la contraception hormonale.....	18
2. Quelques craintes courantes liées aux contraceptions hormonales.....	20
MATERIELS ET METHODES.	25
1. Type de l'étude.....	25
2. Le recueil des données.....	25
3. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
4. La réalisation des entretiens.....	25
5. L'analyse des données.....	26
6. L'éthique.....	26
RESULTATS. Les caractéristiques des femmes interrogées.	27
ANALYSE DES RESULTATS.	31
Thème 1. Les représentations et le vécu de la ménarche.	31
1. Les représentations de la ménarche.....	31
2. Le vécu de la ménarche.....	32

Thème 2. Les représentations de l'origine du saignement menstruel.	34
1. Les tentatives d'explications scientifiques.	34
2. Les différences et les similitudes entre menstruations et hémorragies de privation.....	35
Thème 3. Les représentations du rôle du sang menstruel.	36
1. Le respect d'un état physiologique.	36
2. Le sang et la procréation.	37
3. Le sang et son impact sur la santé.....	38
4. L'ambivalence entre la purification du corps et l'impureté du sang.	41
Thème 4. Les représentations familiales du sang menstruel et son évolution à travers le temps.	43
1. Un héritage familial.	43
2. L'évolution des représentations au cours de la vie d'une même femme.	45
Thème 5. Les hémorragies de privation ou l'aménorrhée induite.	46
1. Les critères de choix dans une contraception.	46
2. Les différents choix concernant le sang dans la contraception.	47
DISCUSSION.	53
Les forces et les faiblesses de l'étude.	53
1. L'intérêt du travail.	53
2. Les faiblesses de l'étude.....	53
Les représentations du sang menstruel et les comportements associés.....	55
1. La ménarche.	55
2. Après la ménarche.....	56
Les représentations du sang menstruel et les comportements contraceptifs associées.	59
1. La liste des critères de choix.....	59
2. Les craintes engendrées par la contraception hormonale et l'aménorrhée.	60
3. L'aménorrhée, un sentiment de liberté.	63
4. Le sang menstruel, une option thérapeutique ?.....	63
5. L'aménorrhée, une option thérapeutique.	64
6. L'aménorrhée, un choix social et écologique ?.....	66
7. L'aménorrhée, un certain profil de patiente ?.....	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	77
GUIDE D'ENTRETIEN.	77
RESUME DES ENTRETIENS.....	78
HIPPOCRATE "DES MALADIES DES FEMMES".	84
1. L'origine des menstruations : le corps de la femme est plus spongieux.....	84

2.	La suppression des règles entraîne la maladie, les douleurs, la stérilité et la mort.	84
3.	Le changement de flux cause une accumulation du sang qui entraîne la stérilité.	84
4.	Les menstruations, source de vie pour l'embryon.	85
5.	La couleur, la texture, la quantité et la régularité.	85
6.	L'épistaxis permet de purifier autant que les menstruations.	85
ARISTOTE : "TRAITE DE LA GÉNÉRATION DES ANIMAUX"		85
1.	L'origine des menstruations.	85
2.	Le rôle de la lune.	86
3.	La nature des menstrues.	86
4.	Les menstrues et la procréation.	86
5.	Les menstrues et l'allaitement.	86
6.	La quantité des menstrues et la maladie.	87
7.	Lors de la ménopause.	87
PLINE L'ANCIEN : "HISTOIRE NATURELLE".		87
1.	Le sang des menstruations a un caractère malsain et nuisible.	87
2.	Le sang des menstruations est la matière nécessaire à la procréation.	88
GALIEN : "OEUVRES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET MEDICALES DE GALIEN"		88
1.	L'aménorrhée cause des maladies, des douleurs et des saignements purgatifs.	88
2.	L'aménorrhée est une des causes de l'hystérie.	88
DE VINCI : "Quadernid'anatomia", Windsor Royal Library.		89
L'ECOLE DES PARENTS 1974.		89
LE CYCLE MENSTRUEL.		90
1.	La phase pré-ovulatoire ou folliculaire, du 1er au 14ème jour.	90
2.	La phase lutéale, du 14ème jour au 28ème jour.	90
3.	Schéma du comportement hormonal.	91
4.	Schéma du comportement hormonal sous contraception oestroprogestative.	92
LE SCORE DE HIGHAM.		92
Abréviations		94

INTRODUCTION.

1. Contexte.

Depuis le XXème siècle, d'un point de vue sociologique, la relation médecin-malade en médecine générale a beaucoup évolué. Jusque dans les années 1980, la relation entre le médecin et le patient était plutôt de type paternaliste. L'évolution des valeurs liées au corps et à la santé, la revendication des patients en terme d'autonomie ont entraîné la création de nouveaux modèles relationnels ayant pour objectif de répondre au désir grandissant des patients de s'impliquer dans les décisions de santé les concernant (1). Ce nouveau type de relation médecin-malade serait à privilégier. Le médecin se situerait entre une approche « sanitaire » et « socio-psychologique », un soignant de proximité, ayant accès à des domaines « personnels et intimes ». La prise en charge médicale ne dépendrait plus uniquement du cadre sanitaire.

Il s'agirait d'une approche qualifiée de globale car centrée sur le patient, les représentations personnelles et socio-culturelles de ce dernier étant prise en compte.

En 2007, les femmes françaises en âge de procréer représentaient 23% de la population générale. Il a été estimé, en 2012, que 96,9% des femmes entre 15 et 49 ans vivant en France métropolitaine, sexuellement actives avec des hommes, non stériles, ni enceintes et ne voulant pas d'enfant, utilisaient une méthode contraceptive et plus d'une femme sur deux étaient sous contraception hormonale. En 2000, 37,9% des prescriptions de contraception ont été réalisées par des généralistes (2).

2. Problématique.

De nombreuses recherches se sont consacrées à l'étude des critères d'acceptabilité d'une contraception car malgré un nombre important de femmes sous contraception, le défi de notre époque est de réduire encore et toujours le nombre de grossesses non désirées et les IVG. En 2015, l'INED a recensé 220 000 avortements par an, soit une grossesse sur cinq et estimé que 33% des femmes avorteraient au moins une fois dans leur vie, avec une moyenne d'âge à 27,5 ans. La déficience de la méthode de contraception serait en cause dans 19% des cas (3). D'après une étude de l'INED de 2007, le taux de grossesses « non prévues » (avortements, naissances non désirées ou non programmées) a été estimé à 36 % du total des grossesses (4). Et deux grossesses non prévues sur trois surviendraient alors qu'une méthode contraceptive était utilisée (5).

En France, il existerait une norme sociale contraceptive, consistant en un usage du préservatif puis lorsque la relation est stabilisée, la pilule, et enfin le stérilet une fois le nombre d'enfant désiré atteint. Cette norme entraînerait la prise d'une méthode contraceptive inadaptée aux conditions sociales, affectives et sexuelles des utilisatrices. Toujours d'après l'étude de l'INED de 2007, 50% des femmes ont changé de contraception dans les 6 mois précédant le rapport ayant conduit à une IVG. Il apparaît donc que l'efficacité biologique d'un contraceptif ne serait pas le seul critère à prendre en compte. Son efficacité pratique et un usage adapté seraient également importants à évaluer (4).

La contraception a comme particularité d'être à la fois, un traitement préventif (éviter une grossesse non désirée), un traitement curatif (dysménorrhées et ménorragies entre autres) et de nécessiter une éducation thérapeutique (adaptation des comportements face à une situation donnée). Dans tout projet éducatif, connaître les représentations et le vécu des patientes optimiserait la prise en charge en permettant un programme d'accompagnement adapté (6). Pour la contraception, le médecin prescripteur serait amené à guider, conseiller et la femme choisirait (7).

Depuis 2000, les méthodes contraceptives se sont diversifiées, avec également l'apparition de méthodes en continu entraînant une aménorrhée induite. Si les mœurs évoluent, les représentations des menstruations demeurent un tabou familial et social, voire médical. Il existe peu d'études médicales sur les représentations du sang menstruel dans la contraception.

3. Objectif.

La contraception d'une femme devrait être adaptée à sa situation médicale, sa personnalité et son mode de vie afin d'obtenir une bonne observance et donc une meilleure protection contraceptive.

Nous avons donc cherché à connaître les représentations et le vécu des patientes concernant le sang menstruel et l'aménorrhée induite ainsi que leur impact dans le choix d'une méthode contraceptive.

HISTORIQUE.

Les représentations médicales des menstruations à travers les âges.

1. Préhistoire.

Au cours de la préhistoire, il arrivait fréquemment que les femmes soient mises à l'écart pendant leurs menstruations. Une des hypothèses voudrait que ce soit pour échapper aux prédateurs, attirés par l'odeur du sang et donc pour protéger la tribu (8). Plusieurs anthropologues avancent que cet isolement aurait pu développer une spiritualité chamanique féminine et plusieurs études récentes tendent à montrer que les peintures pariétales des grottes gravettiennes pourraient avoir été réalisées non par des hommes mais par des femmes¹ (9).

Ce rituel d'isolement aurait perduré durant des siècles. Et encore aujourd'hui, on retrouve dans de nombreuses cultures une mise à l'écart des femmes durant leurs menstruations comme au Népal (10), en Océanie (11), en Inde (12), ou en Afrique (13).

2. L'Antiquité : la pensée médicale sur les menstruations.

La médecine ignore l'origine du sang menstruel et le discours médical fait perdurer les croyances populaires et les vieilles superstitions.

Selon Hippocrate², le corps féminin étant plus spongieux que celui de l'homme, la femme aurait une tendance à l'accumulation et donc à la surcharge en sang. L'évacuation périodique s'avèrerait indispensable au maintien de l'équilibre entre santé et maladie ou entre vie et mort. Tout changement, de la texture, couleur, régularité ou quantité, serait à risque de surcharge. L'accumulation de sang ou l'aménorrhée entraînerait de multiples maladies et douleurs et en cas de persistance, la femme risquerait d'être stérile ou de mourir. D'après lui, l'écoulement sanguin aurait une fonction purificatrice et également procréatrice car de même que le sperme serait la semence de l'homme, les menstruations seraient la semence de la femme et le mélange des deux semences, sperme et sang, serait à l'origine de la vie (14).

¹ Dans pas moins de huit grottes gravettiennes (Gargas, El Castillo, Pech Merle...) ce sont des femmes qui ont laissé des empreintes pariétales dans 75% des cas.

² Hippocrate (460-377 avant J.-C) a été le plus grand médecin de la Grèce Antique. Voir extraits choisis dans les annexes.

Pour Aristote³, l'origine des menstruations serait due à une incompatibilité entre le fin calibre des veines de la matrice (utérus) et le sang envoyé en abondance par la grande veine et l'aorte, entraînant un écoulement sanguin ou une hémorroïde dite naturelle. Il expliquerait la régularité de l'écoulement par un phénomène de refroidissement des milieux dû à la disparition de la lune. Contrairement à Hippocrate, il pense que l'état embryonnaire est créé à partir du sperme masculin uniquement, c'est l'homme qui crée la vie. Le sang menstruel n'est que la nourriture permettant le développement de l'embryon, puis lorsqu'il devient insuffisant pour assurer l'alimentation in utero, il est redirigé vers les mamelles et transformé en lait, ce qui expliquerait l'aménorrhée lors de la grossesse et du post-partum. Comme Hippocrate, il pense qu'une aménorrhée serait source de maladies mais que le corps pour se purger trouverait d'autres chemins tels que les épistaxis ou les hémorroïdes (15).

Dans le folklore populaire, la femme indisposée est nocive et exercerait une influence néfaste sur le monde qui l'entoure, nourriture, animaux et plantes, ayant les mêmes attributs que les sorcières. Ces préjugés seront renforcés par les constatations médicales de Pline l'Ancien⁴, décrivant le sang menstruel comme étant malsain et source de plusieurs maux, entre autres, de la stérilité des champs, de la mort des abeilles et de l'aigreur du vin (16).

Galien⁵, comme ses prédécesseurs, constate que l'aménorrhée serait source de multiples maladies. En plus, il établit un lien de causalité entre l'aménorrhée et l'hystérie (17) (18).

3. Le Moyen Âge : du Ve au XVe siècle.

L'ignorance entourant les menstruations est liée à une méconnaissance de l'anatomie.

Durant l'Antiquité, le corps humain étant considéré comme sacré, la dissection est interdite par le droit romain. Galien travaillant sur des primates fera valoir qu'ils sont anatomiquement semblables aux humains.

Au Moyen Âge, la dissection est entourée d'interdits moraux, légaux et religieux, car disséquer le corps détériore l'âme (19). Les théologiens se servent des sciences pour fonder leurs

³ Aristote (384-322 avant J.-C) a été un célèbre philosophe et anatomiste grec. Il a inspiré le monde islamique par l'intermédiaire d'Avicenne et le monde chrétien par celui de St Thomas d'Aquin. Voir extraits choisis dans les annexes.

⁴ Pline l'Ancien (23-79 après J.-C) a été un écrivain et naturaliste romain. Voir extraits choisis dans les annexes.

⁵ Galien (130-210 après J.-C) a été le plus grand médecin de la Rome Antique après Hippocrate. Son œuvre représente l'apogée de la médecine grecque. L'Église catholique soutiendra sa doctrine et l'érigera en quasi-dogme jusqu'à la Renaissance. Voir extraits choisis dans les annexes.

doctrines religieuses et proclamer des vérités irrécusables. Les savants ne devaient pas essayer de limiter le pouvoir divin, ni établir, à côté du saint dogme, une autre vérité scientifique.

Lors de la procréation, l'on pense que l'utérus se fermait, piégeant le sang menstruel dans la matrice. Une partie seulement y serait conservée, celle consacrée à l'alimentation du fœtus tandis que le reste serait dérivé par deux veines vers les seins, où il serait transformé en lait et mis en réserve à l'intention du nouveau-né. En 590, Grégoire le Grand, 64ème Pape, ordonne "de s'abstenir de toute cohabitation conjugale jusqu'au sevrage de l'enfant", car l'acte sexuel pendant la lactation serait à risque de faire cailler la réserve de lait maternel mais en pratique, cette interdiction va s'étendre à la période menstruelle. Au Moyen Âge et pendant la Renaissance, cet acte devient répréhensible selon le lévitique et les croyances populaires qui considèrent que les enfants roux et la lèpre sont les résultats de cette transgression (20) (21).

La peur qu'inspirent les menstruations sera relayée par le discours médical, Avicenne⁶ déclare que les cheveux d'une femme menstruée, enterrés dans un sol fertile, pourraient se transformer en serpents et Geber⁷ que boire du sang menstruel donnerait la lèpre et se baigner dedans tuerait (22).

Au XIIIe siècle, le Pape Honorius IV ordonne la séparation du ministère du prêtre et l'exercice de la médecine rendant les conditions plus favorables à la critique du savoir établi. Mais pour les menstruations, c'est un retour aux représentations Antiques. Barthélemy l'Anglais réactualise les vieilles traditions d'Aristote, de Galien et de Pline l'Ancien, expliquant que les menstrues des femmes seraient une évacuation de superfluités nocives et Arnaud De Villeneuve associe la toxicité du sang menstruel à celui des animaux venimeux⁸. Les scientifiques s'accordent à dire que le sang menstruel provoque des lésions mentales par les vapeurs qu'il génère entraînant le lunatisme (lié au cycle lunaire des saignements), des ensorcellements, amnésies, maléfices, ou encore la stupidité. Il est aussi reconnu que même ménopausée, la femme reste encore dangereuse car les mauvaises humeurs et les vapeurs sont alors émises par leurs yeux (22).

⁶ Avicenne ou Ibn Sīnā (980-1037) a été un philosophe, écrivain, médecin et scientifique médiéval persan. Son ouvrage "Le Canon de la médecine" est reconnu comme le fondement de la médecine en Europe du XIIe au XVIIe siècle.

⁷ Gerber ou Jabir ibn Hayyan (721-815) a été considéré comme le père des débuts de la chimie.

⁸ Arnaud de Villeneuve (1240-1311) a été un illustre médecin et théologien du Moyen Âge. "Je m'occuperais ici avec l'aide de Dieu de ce qui touche les femmes et comme la plupart du temps les femmes sont de méchantes bêtes, je traiterais ensuite de la morsure des animaux venimeux".

L'apparition de la magie rouge, dans laquelle le sang menstruel sert à la préparation de philtres d'amour ou de désamour, de stérilité et de vengeance, serait rapportée de cette époque.

4. L'époque Moderne : du XVIe au XVIIIe siècle.

Malgré l'indépendance de la médecine au XIIIe siècle et la levée de l'interdiction sur la dissection et de l'étude anatomique, par le Pape Jules II en 1503, certaines théories perdurent. De Vinci, dans ses croquis d'anatomie, dessine la veine entre les seins et le ventre féminin et ce malgré les dissections qu'il pratique sur le corps humain.⁹ (23) Ce n'est qu'au XVIIe siècle que Harvey prouva sa non existence lors de la découverte du système de la circulation sanguine.

Malgré le caractère menaçant et impur des menstruations, la femme n'en est pas moins menacée en l'absence de saignements. La grande majorité des médecins considèrent que le flux menstruel est nécessaire à la bonne santé physique et psychique de la femme. Il permettrait une épuration et une évacuation des substances toxiques ainsi qu'un renouvellement naturel de sang. Depuis l'Antiquité, il est admis que tout saignement pourrait remplacer la fonction purificatrice des menstruations mais ce n'est qu'à la Renaissance que la théorie de la nécessité de l'évacuation sanguine, par les saignées, s'impose à la communauté médicale, et ce jusqu'à la fin du XIXe siècle en Europe. Les menstrues seraient à la fois expression de l'impureté et une condition de purification (24).

5. L'époque contemporaine : du XIXe siècle jusqu'à maintenant.

a. Au XIXe siècle

La puberté, la grossesse et la ménopause seraient trois moments où la femme serait exposée à un risque accru d'auto-intoxication. De nombreux médecins observent les signes précurseurs de la ménarche¹⁰ et préconisent la saignée artificielle ou la pose de sangsues à la vulve et à l'anus en cas de retard persistant. Les vertus de la saignée sont également reconnues et employées dans la régularisation des premières menstrues car la dysménorrhée est redoutée (25) (26) (27).

⁹ Dessin d'anatomie, Quadernid'anatomia disponible dans les annexes.

¹⁰ Schwob note en 1893, "l'irritabilité, le caprice, la morosité, la tristesse, la dépression, la mélancolie, l'hypocondrie". Et Fachatte rajoute en 1898, "des malaises, des vertiges, des crises de larmes inexplicables, des coliques et une haleine fétide qui exhale une odeur de sang et de fer".

Les craintes relatives à l'aménorrhée durant la grossesse font débats. Il y a ceux qui préconisent la saignée pour soulager la femme et ceux qui s'y opposent, selon la théorie d'Aristote, car ils considèrent qu'il n'y a pas de risque d'auto-intoxication pendant cette période.

Lors de l'analyse au microscope du lait maternel, Lacassagne met en évidence la présence de globules de pus au moment des menstruations¹¹ (28). Cazeaux considère que la santé du bébé est mise en péril s'il est allaité par une femme menstruée¹² (29). Wilkinson décrit des diarrhées du nourrisson provoquées par le lait menstruel¹³ (30). Et Charles Roche, en 1901, confirme le caractère néfaste de l'allaitement menstruel car il note en particulier une baisse du poids de l'enfant dans des proportions inquiétantes, des troubles digestifs, des poussées eczémateuses et une humeur plus inconstante¹⁴ (31).

On ignore par quel phénomène mais la femme menstruée a un effet néfaste sur les aliments. En 1878, dans le *British Medical Journal*, une série de lettres de médecins donne des "preuves" que le contact d'une femme qui a ses menstrues pourrait abîmer le jambon qu'elle touche. Les femmes menstruées sont interdites dans les catacombes de Paris, vouées en partie à la culture des champignons, car c'est prendre un risque que les plantations pourrissent (32).

A la fin du XIXe siècle, la nature de la femme menstruée questionne. Lombroso¹⁵ présente la femme comme un être de nature essentiellement mauvaise et lie la criminalité féminine à la menstruation, celle-ci ayant lieu de la ménarche à la ménopause. Il s'oppose à l'éducation des femmes devant le risque de favoriser la "criminalité latente" chez "cette nature inférieure" (33).

Les médecins remarquent une grande instabilité d'humeur lors des menstruations, la femme est plus émotive, plus nerveuse, plus irritable et pourrait présenter des troubles psychiques graves. Icard met en évidence la recrudescence des troubles psychiques sous l'influence de la menstruation. Il les nomme "psychoses menstruelles" et distingue :

- La kleptomanie ou vol à l'étalage : liée à la fonction ovarique.
- La pyromanie - La dipsomanie¹⁶.
- Le délire religieux, caractérisé par des illusions et hallucinations.

¹¹ 1885, "Une bonne nourrice doit ne pas être enceinte, et si possible, non menstruée".

¹² 1874, "Un enfant nourri par une mère habituellement réglée court le danger de devenir rachitique".

¹³ "On peut reconnaître dans les selles des nourrissons exposés une odeur fétide semblable à celle de la sécrétion menstruelle".

¹⁴ "Les nourrissons les plus doux deviennent agités, grognons, ils pleurent et ils crient plus souvent".

¹⁵ Cesare Lombroso (1835-1909) a été un professeur de médecine légale et fondateur de l'école italienne de criminologie.

¹⁶ C'est le fait de s'enivrer comme dans l'alcoolisme mais lors de crises ponctuelles correspondant aux menstruations.

- L'excitation génésique et à l'excès la nymphomanie¹⁷.

- La monomanie suicide et la monomanie homicide.

La monomanie homicide pose le problème de l'irresponsabilité pénale de la femme indisposée car la menstruation, comme facteur aggravant ou déclenchant d'une pulsion homicide, constituerait une circonstance atténuante lors d'un homicide.¹⁸ (34)

La menstruation est définie comme étant "un écoulement sanguin qui se produit périodiquement chaque mois sous l'influence de l'ovulation". Jusqu'à la fin du XIXe siècle, on pense que l'ovulation a lieu pendant la menstruation et dans les années 1920, la plupart des médecins pensent encore qu'elle se produit juste avant ou juste après.

b. Le XXe siècle.

Si étonnant que cela soit, dans bien des régions de France, on pense encore au XXe siècle, que la femme menstruée possède le pouvoir de faire pourrir la viande et que même son regard suffirait à provoquer des catastrophes. En Limousin, elle ne doit pas s'approcher des ruches car l'essaim pourrait périr d'un seul de ses regards. Dans le Nord de la France, ce sont les raffineries de sucre qu'on leur interdit au moment de l'ébullition et du refroidissement du sucre de peur que le produit ne noircisse. À l'inverse, cette nocivité permet de tuer les chenilles en Anjou, et les sauterelles dans le Morvan, qui infestent les champs de choux, en les faisant traverser par des femmes menstruées (35) (36).

En 1920, le Docteur Schick B. va mettre au point la théorie des ménotoxines, la femme menstruée évacuerait des substances nocives, par la peau, responsables de phénomènes de pourrissement et de fanaison. Trois décennies plus tard, des substances toxiques sont identifiées dans le sang menstruel tels que l'éther, le chloroforme et l'arsenic (24).

En 1970, on constate que parce que certaines femmes seraient plus virulentes que d'autres, il existerait un lien entre la nocivité et l'ardeur sexuelle (37).¹⁹

¹⁷ La menstruation serait une période de forte excitation érotique, mais ce désir sexuel pourrait devenir excessif et provoquer des comportements pathologiques, de "véritable accès de fureur utérine, transformant en bacchante la fille la plus timide et la vierge, la plus chaste en Messaline éhontée dont n'approche même pas l'effronterie des plus basses prostituées".

¹⁸ En 1888, le docteur Brouardel mentionne le cas d'une bonne d'enfants, âgée de quinze ans, qui tua le petit garçon de deux ans dont elle avait la charge, "On reconnut que le même jour elle avait ses règles pour la première fois. Le rapport des médecins fut favorable à sa non responsabilité".

¹⁹ Verdier Y., anthropologue, aurait noté, lors de son enquête pour le CNRS au sein d'un petit village en Châtillonnais, que "les femmes qui font facilement tourner les saloirs ou les mayonnaises sont aussi particulièrement marquées sur le plan sexuel [...] Tout se passe comme si faire tourner un saloir donnait la mesure de l'ardeur amoureuse. Les règles jouent le rôle d'affichage de la sexualité".

Dès le XVIII^e siècle, des médecins tels que De Bordeu ou Bichat, décrivent le sang menstruel comme étant de même nature et aussi pur que le sang des vaisseaux. Or, certains médecins tels que Houlnick ou Ducazé, imposent des règles d'hygiène strictes lors des menstrues, signifiant que le sang menstruel est impur et que la femme a le devoir de s'en purifier. Ces comportements hygiénistes vont alors pérenniser les croyances populaires (24).

La valeur des croyances populaires et médicales est d'autant plus grande que le fonctionnement de la menstruation est totalement inconnu. Les œstrogènes vont être découverts en 1924, la progestérone en 1929, l'ovulation en 1931 et les libérines hypothalamiques ainsi que leur rôle dans la stimulation de la sécrétion d'autres hormones en 1970.

Ce n'est donc qu'à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle que l'on commence à lier les menstruations au cycle hormonal de l'ovulation et aux modifications de l'endomètre pour expliquer de manière rationnelle l'existence de ce saignement.

Malgré ces découvertes, le sang menstruel reste tabou jusque dans les années 1960, la pudeur et les non-dits empêchent les parents d'en parler à leurs filles. Ces dernières s'instruisent par l'intermédiaire de lecture d'ouvrages ou par leurs sœurs ou des amies menstruées. Dans les années 1970, la parole autour de la ménarche se libère. En 1973, la circulaire Fontanet oblige les établissements scolaires à inclure des cours sur la ménarche, la puberté, la sexualité et la reproduction. En 1974, des publications de "L'école des parents" rappellent aux mères la nécessité d'informer leurs filles de la ménarche, pour qu'elles ne soient pas effrayées et qu'elle soit vécue de manière positive plutôt qu'avec dégoût et honte (38).

Au tournant du siècle, la menstruation est considérée comme une condition de bonne santé²⁰, mais également comme un accès à la féminité, pas de femmes sans règles.

c. Le XXI^e siècle.

Au début du XXI^e siècle, les menstruations sont encore présentées comme un échec de la procréation et un signe de fécondité. Elles sont toujours considérées comme un mécanisme purifiant le corps des débris d'ovule et de muqueuse donc un signe de bonne santé. Mais ce sang doit être dissimulé par respect d'autrui, les mots d'ordre sont décence et hygiène. Les

²⁰ La mission de la femme sur terre est d'enfanter et pour cela elle doit être parfaitement réglée. Toute perturbation, retard ou absence, est considérée comme une menace pour la santé et la fonction de la femme.

publicités des protections hygiéniques continuent de remplacer le sang par un liquide bleu et se concentrent sur un message de fraîcheur et de discrétion (38).

Ainsi, les vieilles croyances perdurent et le tabou des menstruations persiste malgré notre société hyper-connectée.

Cependant, depuis une dizaine d'années, nous assistons à une véritable "révolution menstruelle". Le sang menstruel est au cœur de nombreux débats politiques, sociaux et culturels. Pour de nombreux mouvements féministes français et internationaux, lever l'omerta devient une nécessité. Les campagnes d'informations et de préventions sur les menstruations se multiplient dans de nombreux pays afin d'affirmer que les règles ne sont pas une malédiction. Un exemple frappant est celui de Kiran Gandhi en 2017, jeune femme de 26 ans, qui a participé au marathon de Londres malgré ses menstruations et ce sans aucune protection hygiénique. Sa décision a été motivée par le désir de briser le tabou autour des menstruations afin de soutenir toutes les femmes qui n'ont pas accès aux protections hygiéniques dans le monde et qui doivent se cacher ou cacher leurs règles (39). De nombreuses actions similaires se multiplient : expositions de photos, blogs, Instagram...(40) (41)

Un autre exemple marquant de 2017, concerne le débat houleux du congé menstruel en France. Alors que celui-ci est autorisé au Japon depuis 1947 et que le sujet est sérieusement envisagé en Italie, le congé menstruel en France, se heurte à plusieurs tabous sociaux et inégalitaires, entre hommes et femmes mais également entre les femmes.

Les représentations religieuses des menstruations.

Les croyances populaires, la religion et la médecine demeurent étroitement liées et toutes s'accordent à dire que la femme menstruée est souillée. Les discours médicaux jusqu'au XXe siècle rejoignent les prescriptions religieuses sous prétexte de préoccupations d'hygiène.

1. L'impureté de la femme.

a. De la souillure à la purification.

Les ecclésiastiques enseignent que les menstruations sont une malédiction imposée à la femme à cause du péché originel et qu'ils font partie du *in Dolore Paries*.²¹ Selon les croyances traditionnelles et populaires, Marie pratiquait périodiquement le rituel de purification (20). Dans

²¹ C'est Eve qui, tentée par le serpent, fit chuter Adam et causa leur bannissement du jardin d'Éden.

la Bible, le lévitique²² précise que la femme est impure lors de ses menstruations et préconise des rites de lustration de la souillure²³ (42).

Dans la Torah, une femme qui a ses menstruations est appelée nida et selon la loi biblique, elle est considérée comme impure seulement sept jours, les yemei réiya, mais à partir de l'époque talmudique, on compte sept jours de plus, les yemei liboun.²⁴ Les autorités halakhiques²⁵ en ont conclu que la femme était impure pendant la période des yemei réiya et des yemei liboun. L'impureté, ou l'impureté rituelle, est relative à un état spirituel et non à une punition. Le sang menstruel représente la vie, lorsqu'il est perdu il y a une perte de la vie et l'on devient impur mais cet état est provisoire, car la pureté peut être retrouvée en s'immergeant dans le Mikvé ²⁶ (43) (44).

Dans le nouveau testament, seul le sang du Christ, de son sacrifice expiatoire, est évoqué.

Dans le Coran, on retrouve la notion d'impureté rituelle (Hadath). Et contrairement à certains enseignements culturels, la femme menstruée n'est pas "sale", c'est ce qui est rejeté dans son sang menstruel qui l'est. Il existe également un rituel d'ablution pour redevenir pur (45).

Les hindouistes pratiquent des ablutions quotidiennes pour se purifier le corps et l'âme des contacts impurs. Dans certaines régions népalaises, notamment à l'extrême ouest, il existe une tradition appelée le "Chhaupadi"²⁷, ce rituel impose aux femmes de s'isoler du village pendant leurs menstruations, parce qu'elles sont considérées comme impures (10).

b. L'exemption de la Vierge Marie.

Depuis l'Antiquité, les femmes sont considérées comme le vase de la semence masculine et de l'embryon. Le sang menstruel est considéré comme une souillure naturelle, une superfluité

²² Le Lévitique est le troisième des cinq livres de la Torah. Il doit son nom au terme "lévite", prêtre hébreu issu de la tribu de Lévi, fils d'Abraham. Il enseigne les préceptes moraux et les rituels religieux de la loi de Moïse.

²³ "La femme qui aura un flux, un flux de sang en sa chair, restera sept jours dans son impureté [...] Lorsqu'elle sera purifiée de son flux, elle comptera sept jours, après lesquels elle sera pure".

²⁴ Les yemei réiya sont les jours de saignements et les yemei liboun sont les sept "jours propres".

²⁵ La Halakha regroupe l'ensemble des règles, coutumes et traditions collective dénommées « Loi juive » et guide la vie rituelle et la vie civile. Elle connaît de nombreuses variantes entre les diverses communautés. Les autorités halakhiques sont les Géonim, les autorités spirituelles des académies talmudiques de Babylone de la septième période du développement de la Torah orale sur laquelle se base l'historiographie juive traditionnelle.

²⁶ Le Mikvé ou Mikveh est l'un des lieux centraux de la vie communautaire juive avec la synagogue et l'école juive. C'est un bain rituel utilisé pour l'ablution nécessaire aux rites, c'est la source de la pureté et de la sainteté.

²⁷ Cette tradition a été interdite par la Cour Suprême du Népal en 2005 en raison des nombreux accidents et morts du fait d'abris souvent insalubres et des risques dus à l'isolement : attaques d'animaux sauvages, intempéries, viols. Le 9 août 2017, le parlement du pays a approuvé une loi interdisant sa pratique.

que le corps élimine. Au XIII^e siècle, le sang des femmes et leur place dans l'Eucharistie pose un problème théologique. A cette période, il existe de nombreuses scènes de Marie allaitant l'enfant Jésus, or selon Aristote, le lait proviendrait du sang menstruel, donc cela signifie que Marie saigne comme les autres femmes. Mais, Marie, mère de Dieu ne peut pas être un simple réceptacle ou semblable aux autres femmes, d'où la nécessité de l'élever à la dignité suprême, *Vas Dei*, le vase portant la manne céleste, le vase pur, admiré et admirable. Saint Thomas d'Aquin²⁸ explique que Marie étant vierge, son sang et donc son lait était pur, car c'est l'union sexuelle qui serait à l'origine des impuretés dans le sang menstruel. En 1854, le dogme sur la pureté voire la divinité du sang menstruel de Marie s'impose dans les croyances populaires(42).

2. Le coït.

Au Moyen Âge et à la Renaissance, cet acte revêt un aspect condamné. Pour les chrétiens, les enfants conçus lors des menstruations sont supposés naître handicapés d'une manière ou d'une autre : possédés par le démon, lépreux, hydrocéphales ou roux et ressemblant donc à Judas selon Saint Jérôme. La couleur rouge des yeux et rousse des cheveux d'une femme révélerait une effusion de sang perpétuelle, signe d'une juive ou d'une sorcière. Ils accusent les juifs de pratiquer le coït pendant les saignements menstruels. Les juifs rétorquent que Marie a conçu Jésus pendant ses menstruations, d'où son nom, "ben nidah" (42).

Le Lévitique interdit les relations sexuelles avec la nida car elle transmet son impureté²⁹ (43). En plus de cet interdit, au XV^e siècle, le Rabbin Joseph Karo et le Rema ajoutent toute une série de restrictions pour assurer une bonne distance entre les époux, tels que l'interdiction de se toucher ou de dormir dans le même lit. De même pour ne pas éveiller le désir chez son mari, la femme ne doit pas lui laver le visage, les mains ou les pieds, gestes à connotation érotique (44).

Pour les musulmans, Dieu a révélé par l'intermédiaire du Prophète : "Tenez-vous à l'écart des femmes pendant les menstrues". L'envoyé de Dieu a dit alors : "Faites tout sauf les rapports

²⁸ "Le sang pur en lui-même subit une transformation qui le rend apte pour la conception. Dans une fécondation normale, c'est l'union sexuelle entre l'homme et la femme qui attire le sang dans la matrice où le sperme le caille. Ce sang garde une certaine impureté. Mais cela n'a pas eu lieu dans la conception du Christ, c'est par l'opération du Saint Esprit que le sang s'est amassé dans le sein de la Vierge pour former le corps du Christ [...] Donc le corps du Christ a été formé du sang le plus pur et le plus chaste de la Vierge."

²⁹ "Lorsqu'une femme est isolée par son impureté, n'approche point d'elle pour découvrir sa nudité [...] si un homme couche avec elle et que l'impureté de cette femme vient sur lui, il sera impur pendant sept jours".

sexuels"³⁰ (46).

3. Les objets en contact.

Le lévitique proclame également impurs les objets que la femme menstruée touche³¹ (43). Dans la Baraïta dé-Massékhet Nida³², il est dit que "pendant ses règles, la femme ne doit pas se couper les ongles, de crainte que l'un d'eux ne tombe à terre [...] la personne qui marcherait dessus risquerait d'attraper une maladie de la peau" (47).

Dans l'Islam, on croit que les menstrues ne souillent pas le corps de la femme, mais uniquement les parties qui ont été en contact avec le sang. C'est pourquoi le Prophète a ordonné aux femmes, lorsque leurs habits sont tâchés, de laver ce sang et de prier avec ces habits (48).

Dans le Chhaupadi³³, les femmes ne sont pas autorisées à entrer dans les maisons, à utiliser des sources d'eau publiques ou à toucher les autres sous peine de malédictions divines (10).

4. La cuisine.

De tout temps, il a été considéré que le sang menstruel trouble le vin et fait tourner le lait. Dans le Baraïta dé-Massékhet Nida, on retrouve une interdiction pour la nida de cuisiner sous peine de contaminer la personne qui mangerait de son plat (47).³⁴ Au XVe siècle, le Rabbin Joseph Caro et le Rema³⁵ préconisent que le mari et la femme ne doivent pas manger dans le même récipient, de même, l'homme et la femme ne peuvent se verser du vin l'un à l'autre (44).

Dans l'Islam, rien n'interdit de manger le repas préparé par une femme menstruée, ni de

³⁰ La femme doit se couvrir du nombril aux genoux afin que son sexe et celui de son mari ne se touche pas.

³¹ "La femme qui aura un flux, un flux de sang en sa chair, restera sept jours dans son impureté. Quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir. Tout lit sur lequel elle couchera [...] sera impur, et tout objet sur lequel elle s'assiera sera impur. Quiconque touchera son lit lavera ses vêtements, se lavera dans l'eau, et sera impur jusqu'au soir. Quiconque touchera un objet sur lequel elle s'est assise lavera ses vêtements, se lavera dans l'eau, et sera impur jusqu'au soir. S'il y a quelque chose sur le lit ou sur l'objet sur lequel elle s'est assise, celui qui la touchera sera impur jusqu'au soir".

³² La Baraïta dé-Massékhet Nida est un livre écrit au VIe ou VIIe siècle en Israël par une secte qui ne suivait pas la Halakha normative. Les écrits sont rigides sur l'impureté de la nida, elle est dangereuse et il faut éviter tout contact avec elle. Ces lois ne figurent pas dans la littérature talmudique.

³³ "Il est dit que si nous touchons des hommes ou quoi que ce soit dans la maison, si nous cuisinons ou utilisons les fontaines et les puits publics, notre dieu, Debtî, nous punira. Nos mains et nos jambes se tordront et nos yeux seront arrachés. Les fruits pourriront, les vaches ne donneront plus de lait, les maisons brûleront et les tigres attaqueront la nuit."

³⁴ "Une femme en période de règles ne touchera pas à la pâte ou aux gâteaux et ne les mettra pas au four de peur qu'elle ne rende une des pâtisseries impures et un sage qui la mangerait verrait son intelligence s'amoinrir, au point de risquer d'oublier tout son savoir"

³⁵ Rema a été un éminent rabbin, talmudiste polonais du XVIe siècle.

boire dans le même verre qu'elle (48).

5. Le culte.

Toutes les religions s'accordent à dire qu'une personne en état d'impureté doit être éloignée du sacré. On retrouve des interdits concernant l'accès aux lieux de culte ou aux objets de culte, aux livres sacrés, aux prières ou aux bénédictions et au pèlerinage.

Dans le lévitique, la femme menstruée est impure et doit être éloignée des choses saintes. Sa présence dans un temple, une église ou un cimetière chrétien passe pour un sacrilège (43) (49).³⁶

Dans la Michna³⁷ et le Talmud, on ne trouve pas d'interdit concernant la synagogue, la prière et l'étude de la Torah. La nida continue à avoir l'obligation d'accomplir les commandements et de réciter les bénédictions. Selon la Torah, l'interdit d'accéder au tabernacle concerne toute personne impure³⁸. Mais dans la Baraïta dé-Massékhet Nida, la nida est éloignée des choses sacrées, elle n'a pas le droit d'entrer dans la synagogue, d'allumer les bougies de shabbat, ni de prier ou de réciter des bénédictions³⁹. Bien que ces règles ne correspondent pas à la loi talmudique, elles eurent une grande influence. Au Moyen-Âge, les coutumes d'éloignements devinrent courantes dans les communautés juives ashkénazes et françaises et se transmirent de mère en fille.⁴⁰ A partir du XIXème siècle, ces coutumes sont peu à peu abandonnées. De nos jours, ces attitudes strictes sont, à présent, pratiquées au sein des communautés séfarades (44).

Dans l'Islam, la femme menstruée n'a pas le droit de faire la prière et la prosternation lors

³⁶ "Elle restera encore trente-trois jours [si c'est un garçon et soixante-six si c'est une fille] à se purifier de son sang ; elle ne touchera aucune chose sainte, et elle n'ira point au sanctuaire, jusqu'à ce que les jours de sa purification soient accomplis". "Vous éloignerez les enfants d'Israël de leurs impuretés, de peur qu'ils ne meurent à cause de leurs impuretés, s'ils souillent mon tabernacle qui est au milieu d'eux".

³⁷ La Michna est la première et la plus importante des sources rabbiniques, c'est la compilation écrite des lois orales juives. Elle est la base de toute la Torah Orale, elle est l'explication indispensable à la compréhension de la Torah Écrite.

³⁸ Les personnes considérées impures sont le Zav (homme atteint de gonorrhée), le Baal kèri (homme ayant eu un écoulement séminal), la Zava (femme ayant des saignements en dehors des règles) et la nida (femme pendant les menstruations).

³⁹ "Il est interdit de réciter une bénédiction en présence d'une nida afin qu'il ne lui vienne pas à l'idée de dire amen et de ce fait, profaner [le Nom de Dieu]".

⁴⁰ "Elles ont coutume de ne pas entrer dans la synagogue et de ne pas regarder le rouleau de la Torah par respect, et non pas parce que c'est interdit".

de la lecture du Coran pour remercier Dieu, ni de pratiquer le jeûne.⁴¹ Elle ne peut lire le Coran⁴², porter ou toucher le Mous'haf⁴³. Elle ne peut pas entrer dans une mosquée,⁴⁴ ni faire la tournée processionnelle autour de la Ka'ba⁴⁵ (48).

Les temples hindouistes sont interdits aux femmes menstruées. On peut retrouver cette interdiction à l'entrée des temples notamment à Bali à l'attention des étrangères.

L'histoire de la contraception.

1. La naissance de la contraception hormonale. (50) (51)

En 1922, la première contraception réversible est conceptualisée.⁴⁶

Dans les années 1950, aux États-Unis, le Dr Pincus ouvre le premier centre de recherche sur les hormones sexuelles et, avec l'aide du Dr Rock, met au point en 1951 la première pilule macroprogestative.⁴⁷ Or, l'efficacité de cette pilule dépend d'une prise en continu impliquant une aménorrhée induite, non acceptée par les utilisatrices de l'époque. En 1956, grâce aux travaux de Miramontes⁴⁸, ils produisent la première pilule oestroprogestative, Enovid®, avec cette fois, une administration cyclique. L'arrêt de l'imprégnation hormonale médicamenteuse, mimant la chute des taux d'œstrogènes et de progestérone du cycle menstruel, provoque une hémorragie dite de privation. C'est ainsi, que sous la pression religieuse et sociale des années 1950, sont instaurées les hémorragies de privation.

⁴¹ "Les femmes en période de menstrues peuvent manger et boire durant la journée du mois du Ramadan. Cependant il vaut mieux qu'elles observent une certaine discrétion notamment si elles se trouvent en présence d'enfants dans la maison, car cela pourrait susciter chez ces derniers des interrogations problématiques".

"Mise en garde en ce qui concerne la prise de traitement afin de retarder le cycle menstruel dans le but de pouvoir jeûner le mois de Ramadan dans son intégralité en même temps que le reste des gens. Ces médicaments ne sont pas dépourvus d'effets secondaires très néfastes. Il faudrait dire à la femme que les menstrues sont une chose naturelle qu'Allah a destinée à toutes les filles d'Adam et qu'elle doit accepter ce qu'Allah lui a destiné. Qu'elle jeûne tant qu'elle n'a pas d'empêchement ; quand celui-ci survient, il faut qu'elle arrête son jeûne, marquant ainsi une soumission et une satisfaction par rapport aux décrets divins".

⁴² "Quant à la récitation du Coran, elle est permise. La femme qui a ses menstrues, a en effet le droit de réciter le Coran en cas de besoin ou d'intérêt, mais si elle veut juste le réciter avec une intention d'adoration il vaut mieux qu'elle l'évite car beaucoup de savants, voire la grande majorité d'entre eux, pensent qu'il n'est pas autorisé que la femme qui a ses menstrues lise le Coran".

⁴³ "al-Coran" signifie "la récitation", c'est le contenu. Lorsque l'on parle du manuscrit, on utilise le terme Mus'haf.

⁴⁴ "Il n'est pas permis à la femme menstruée de rester dans la Mosquée sacrée de la Mecque ni dans une autre mosquée".

⁴⁵ La Kaaba, Ka'ba ou Ka'aba est une grande construction cubique au sein de la Masjid al-Haram, la Mosquée sacrée, à la Mecque. Lors du pèlerinage les musulmans effectuent sept tours (At-tawâf ou circumambulation) autour de la Kaaba. "En partant pour le pèlerinage, si les saignements qui ont lieu durant la circumambulation al-Ifâda correspondent bien à ceux des menstrues, alors cette circumambulation n'est pas valide. Elle doit retourner à la Mecque pour la refaire".

⁴⁶ Ludwig Haberlandt (1885-1932) a été un médecin autrichien et le premier scientifique à conceptualiser la contraception hormonale temporaire. Cette découverte lui a valu d'être persécuté par les milieux catholiques, ce qui le mena au suicide.

⁴⁷ Le centre ouvra grâce à l'aide financière de Margaret Sanger, de Katherine Dexter McCormick et de groupes féministes.

⁴⁸ Luis E. Miramontes (1925-2004), chercheur et co-fondateur de l'Institut de chimie de l'Université Nationale Autonome du Mexique (UNAM), a synthétisé, à 26 ans, la noréthisterone, réplique de la progestérone humaine.

Enovid® sera commercialisée dès 1956 en Allemagne fédérale, en 1957 aux États-Unis, en 1961 en France, Grande-Bretagne et Australie, en 1969 au Canada et en 1999 au Japon mais uniquement autorisée dans le cadre des dysménorrhées. Aux États-Unis, elle devient autorisée pour les femmes mariées en 1960 et pour les célibataires qu'en 1972.

Lors de la commercialisation de la pilule en France, la loi du 31 juillet 1920 réprime toujours la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Le Conseil de l'Ordre des médecins déclare en 1962 que "le médecin n'a aucun rôle à jouer dans l'application des moyens anticonceptionnels".

En 1967, la loi Neuwirth autorise l'importation et la fabrication des contraceptifs et reconnaît la nécessité de centres de planification et d'éducation familiale qui ouvriront en 1973. L'autorisation parentale reste obligatoire pour les moins de 21 ans.

En 1968, le droit à la contraception est inscrit dans la Déclaration des droits de l'Homme des Nations-Unies.⁴⁹

En France, en 1969, alors que la contraception n'a toujours pas d'AMM, on recense près de 600 000 femmes sous pilule⁵⁰. La même année, le cuivre va être ajouté au DIU.⁵¹

En 1970, Dr Rock, déclare que "les hormones synthétiques travaillent dans le corps de manière similaire à la façon dont les hormones des femmes fonctionnent ". Le fonctionnement n'est pas sciemment expliqué et les femmes pensent conserver leur cycle naturel alors que ces saignements n'ont aucun rapport avec le cycle ovulatoire, c'est un état de grossesse artificiel.

La loi Neuwirth est amendée en 1974, les pilules sont remboursées par la sécurité sociale.⁵²

En 1980 le Depo-Provera® est autorisé comme contraceptif.⁵³

En 1999, la contraception d'urgence sans nécessité de prescription médicale, Norlevo® fait son apparition et en 2000 sa délivrance en pharmacie devient gratuite pour les mineures et

⁴⁹ "Les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et du moment de leur naissance".

⁵⁰ Dans les 20 ans qui vont suivre, la proportion de femmes entre 15 et 49 ans, prenant la pilule, va passer de 4% à 30%.

⁵¹ L'anneau de Gräfenberg est inventé en 1928. Le plastique y est ajouté en 1962.

⁵² L'amendement de la loi Neuwirth a permis également la suppression du contrôle en pharmacie, l'accès libre des mineures munies d'une prescription médicale, l'anonymat des consultations dans les centres de planifications.

⁵³ La première demande d'autorisation de commercialisation des injections hormonales a eu lieu aux États-Unis en 1973.

son administration par les infirmières scolaires (collège, lycée) autorisée.

En 2001, l'Implanon®⁵⁴ est commercialisé.

En 2002, le DIU hormonal, Mirena®, est commercialisé.

En 2004, le patch (ou timbre contraceptif) et l'anneau vaginal sont commercialisés.

A partir de 2003, aux Etats-Unis, apparaissent de nouveaux modèles de contraception d'administration orale en continu dites contraceptions saisonnières. Seasonale®⁵⁵ est commercialisée en 2003, Seasonique®⁵⁶ en 2006 et Lybrel®⁵⁷ en 2007.

En France, en 2014, l'ANAES rappelle qu'il est injustifié d'interrompre régulièrement la contraception pour vérifier la reprise de cycles ovulatoire, comme c'était fait jusque-là, car cette méthode augmente le risque d'une grossesse non désirée.

2. Quelques craintes courantes liées aux contraceptions hormonales.

La majorité des études a eu lieu sur la contraception orale oestro-progestative, les effets secondaires seraient faibles et apparaîtraient dans les trois premiers mois d'utilisation. Une étude a estimé que 27% des femmes arrêtent leur contraception à cause de ses effets (52).

a. Les cancers.

Le risque de cancer du sein serait directement lié au nombre cumulatif de cycles ovulatoires, l'activité mitotique du tissu mammaire étant renforcée à chaque phase lutéale (53).⁵⁸ Ainsi la suppression de l'ovulation pourrait avoir un impact sur le risque du cancer du sein (54).

De plus, la majorité des études ne retrouverait pas d'augmentation significative du risque de cancer du sein sous pilule oestroprogestative. Quelques études ont identifié un discret sur-risque entre 1.2 et 1.6, pour une prise prolongée, avec à l'arrêt un risque qui se normaliserait. Toutefois, un risque accru aurait été mis en évidence pour des doses d'éthinylœstradiol

⁵⁴ L'implant, le Norplant® a été commercialisé aux États-Unis en 1993.

⁵⁵ Seasonale® est constituée de 84 comprimés actifs de 30 µg d'éthinylœstradiol-150 µg de lévonorgestrel et de 7 comprimés placebos. Elle est l'équivalent hormonal de Minidril®.

⁵⁶ Dans Seasonique®, les 7 derniers comprimés sont des comprimés d'éthinylœstradiol à 10µg.

⁵⁷ Lybrel® est constituée de 365 comprimés de 20 µg d'Ethinylœstradiol-90 µg de lévonorgestrel.

⁵⁸ Au XIX siècle, une femme avait en moyenne 160 cycles menstruels, actuellement une femme en aurait 450. Tout d'abord, l'âge de la ménarche était de 17-18 ans au XIXème siècle contre 12.6 actuellement ; Ensuite, l'espérance de vie actuelle permet aux femmes d'atteindre la ménopause ; Les femmes ont moins de grossesse et surtout allaitent pendant une période bien inférieure ; Enfin la pilule oestroprogestative implique des cycles forcés tous les 28 jours

supérieures à 35 µg (54). Les données concernant la pilule microprogestative, moins nombreuses, seraient rassurantes. Les effets secondaires de la contraception en schéma cyclique versus en prise continue sembleraient similaires. La dose d'œstrogènes impacterait plus que le mode d'administration.

La prise d'une contraception hormonale entraînerait une réduction significative du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire de l'ordre de 30 à 50%, avec un effet positif lié à la durée d'utilisation. Pour l'ovaire, la réduction du risque persisterait jusqu'à 30 ans après l'arrêt.

Après 84 jours d'aménorrhée, l'endomètre alors atrophique, reprend une activité normale à l'arrêt de la contraception hormonale et après 91 jours d'aménorrhée, les biopsies de l'endomètre ne retrouvent pas d'hyperplasie ou autre transformation maligne (54).

Une étude aurait démontré une augmentation du risque de cancer du col de l'utérus pour des prises oestroprogestatives cycliques supérieures à 10 ans. Mais l'exposition au HPV, facteur de risque du cancer du col de l'utérus n'a pas été traité comme un facteur de confusion. Il serait plausible de penser qu'en absence d'HPV, le risque de cancer du col soit négligeable (54).

Aucune augmentation de l'incidence des cancers, tous confondus, ou de la mortalité par cancer n'aurait été retrouvée chez les utilisatrices de contraception hormonale oestroprogestative. Au contraire, elles présenteraient même une réduction significative d'environ 10% du risque global de cancer (54).

b. Les maladies cardio-vasculaires.

Au cours des cinquante dernières années, la dose contraceptive en œstrogènes a été diminuée pour que, de nos jours en France, toutes les pilules commercialisées soient minidosées. Les œstrogènes ont été reconnus comme facteur de risque cardio-vasculaire et ils doublent le risque d'accident artériel, quelle que soit la génération de la pilule. Toutefois, leur fréquence reste extrêmement faible dans la population de femmes jeunes en âge de procréer. Par ailleurs, le risque de survenue d'un accident thromboembolique veineux est maximal la 1^{ère} année de prise et diminue jusqu'à se stabiliser à partir de la 3-4^{ème} année d'utilisation. Près de la moitié des accidents thromboemboliques veineux chez les femmes de moins de 40 ans ont eu lieu pendant la grossesse ou le post-partum, où le risque est cinq fois plus important qu'avec une pilule. Le désogestrel ou le lévonorgestrel n'augmenteraient pas le risque d'accident

thromboembolique artériel ou veineux (54) ⁵⁹

c. Les maladies auto-immunes.

La prise d'une contraception orale oestroprogestative pendant au moins sept ans serait associée à une diminution significative d'environ 20% du risque de développer une polyarthrite rhumatoïde et elle n'aggraverait pas un lupus érythémateux disséminé, s'il est stable ou inactif chez des femmes ayant un risque thromboembolique faible (55–57).

d. Acné et poids (54).

La contraception oestroprogestative bloque la synthèse ovarienne des androgènes et parallèlement elle augmente la synthèse d'une protéine piégeant les androgènes. Ces deux actions combinées inhibent l'action virilisante des androgènes (acné et pilosité androgénique). Les progestatifs ont des actions plus ou moins androgéniques.

En 2014, les courbes pondérales de 4000 femmes, sous contraception hormonale versus sous stérilet au cuivre, réalisées durant un an, n'ont pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes. Cependant, d'autres études sur les contraceptifs progestatifs, retrouvent une prise pondérale allant de moins de 2 kilos dans les 6 à 12 mois (53) à une augmentation de l'IMC de 10% avec l'Implanon® chez une patiente sur cinq (54).

Par ailleurs, la contraception hormonale augmenterait légèrement l'appétit chez certaines femmes lors des premiers mois d'utilisation.

Les données actuelles, plutôt rassurantes, ne permettent pas de déterminer s'il existe une différence significative sur le risque de cancer, de thrombose, de maladies auto-immunes, d'acné ou de prise de poids dans une contraception en cycle long par rapport à un cycle classique. Des études complémentaires semblent être nécessaires.

e. La crainte d'une grossesse inaperçue.

La prise en continu d'une contraception hormonale bloque la prolifération de la zone

⁵⁹ Les accidents vasculaires artériels seraient dus à des facteurs de risque personnel (tabagisme, hypertension artérielle, migraines avec aura, hypercholestérolémies, diabète, obésité, âge supérieur à 40 ans) et héréditaires (antécédents d'AVC avant 50 ans). Le risque d'accident thromboembolique veineux serait dû à des facteurs de risque préexistants mais également propre à chaque association oestro-progestative, il dépendrait à la fois de la dose d'œstrogène et de la génération du progestatif associé.

Chez les moins de 30 ans, le risque d'AVC est de 6 cas/1 000 000 femmes/an chez les non utilisatrices de pilule versus 15 cas chez les utilisatrices. Chez les moins de 40 ans, on retrouve 5 à 10 accidents thromboemboliques/100 000 femmes/an chez les non utilisatrices de pilule versus 20 à 40 accidents (soit une fréquence de 0,02% à 0,04%) selon le type de pilule utilisée. Chez les moins de 45 ans, le risque de décès suite à une thrombose veineuse sous pilule oestroprogestative est de 7,5 décès pour 1 million d'utilisatrice par an (soit 0,0000075% des utilisatrices par an).

fonctionnelle utérine, empêchant la nidation. Et alors que l'aménorrhée serait un témoin de l'efficacité contraceptive, la crainte principale des médecins généralistes et de leurs patientes, serait un échec de la contraception et la découverte d'une grossesse tardive. Néanmoins, la majorité des praticiens considère que le risque est acceptable à condition d'une observance irréprochable. De manière paradoxale, le taux d'échec le plus important, concerne la contraception oestro-progestative, majoritairement prescrite en France (54).⁶⁰

Le risque de grossesse non désirée dans une contraception orale serait principalement lié aux oublis de prise. En 2015, l'INED aurait mis en évidence une défaillance de prise de la pilule dans près de 45% des cas des IVG (55). Les oublis les plus risqués sont ceux entre deux plaquettes, or 18% des femmes oublieraient de reprendre leur contraception après les sept jours d'arrêt (56). Les études sur les contraceptions saisonnières ont démontré une meilleure observance, 30% des femmes oublient au moins 3 comprimés sur trois cycles dans un schéma traditionnel contre 15% lors d'une prise en continu et à un an, respectivement, 32% et 7% (57).

Dans une revue Cochrane, cinq études chez les utilisatrices de contraception oestroprogestative n'ont pas conclu à une différence entre le risque de grossesse en cycle prolongé versus le risque de grossesse en cycle classique ; Une étude a montré moins de risque de grossesse en prise continue (52).

f. Le risque d'infertilité.

La probabilité de concevoir au cours d'un cycle est comprise entre 0 et 25%. Pour un taux de fécondabilité maximum, le délai nécessaire à concevoir est de 4 cycles ovulatoires.

L'arrêt de la contraception hormonale entraîne le retour rapide de la fertilité (58).⁶¹ La pilule oestroprogestative entraîne la diminution de production ovarienne d'androgènes par un rétrocontrôle négatif, facilitant le déclenchement de l'ovulation à son arrêt. Une utilisation prolongée diminuerait même le délai nécessaire à concevoir. Dans une étude de 2009, 21.1% des femmes utilisant une oestroprogestative sont tombées enceintes le cycle suivant l'arrêt et ce taux est de 79.4% à 12 mois. Le type de progestatif, la dose d'éthinylœstradiol, la durée d'utilisation du contraceptif et la parité n'auraient pas d'influence sur le délai à concevoir (58).

Après 12 mois d'utilisation, aucune différence significative n'a été trouvée au retrait d'un

⁶⁰ L'Indice de Pearl est le risque de grossesse non désirée sur 100 femmes sur un an d'utilisation.

Pilule œstroprogestative : 0.30% indice de Pearl et 8% d'échec en pratique.

Pilule micro progestative : 0.5% indice de Pearl et 1% d'échec en pratique.

Stérilet hormonal : 0.1% indice de Pearl et 0.1% d'échec en pratique.

Implant : 0.05% indice de Pearl et 0.1% d'échec en pratique.

⁶¹ Le retour à une fertilité normale pourrait mettre jusqu'à un an après l'arrêt des injections contraceptives. Il est possible qu'à l'arrêt de la contraception hormonale, le cycle normal d'ovulation ne se rétablisse pas immédiatement, de même qu'après une grossesse notamment chez des femmes ayant un cycle long et imprévisible, avant la contraception hormonale.

stérilet au cuivre (71.2%) versus l'arrêt du lévonorgestrel (79.1%). La prise de progestatifs oraux seuls n'aurait pas montré de modification du délai de conception (95% de grossesse à un an). L'implant présenterait un délai nécessaire à concevoir 2.6 fois plus long par rapport au préservatif. Et il existerait un léger retard du délai de conception lors d'une contraception combinée qui resterait cependant temporaire, à 12 mois le taux serait similaire aux autres méthodes contraceptives (54). Toutefois, dans une autre étude, lors de l'arrêt d'une pilule oestroprogestative (20µg EE et 90µg lévonorgestrel) prise en continu pendant un an, l'ovulation aurait eu lieu en moyenne à 15.6 +/- 4.8 jours et elle serait présente chez 100% des femmes après 31 jours sans contraception (59).

Certaines études suggèreraient même un effet bénéfique des oestroprogestatifs sur la préservation de la fertilité par la limitation du risque de grossesses extra utérines et de kystes ovariens fonctionnels et donc des risques de salpingectomie et de torsion ovarienne (60).

g. La crainte des saignements itératifs.

Les saignements itératifs sous contraceptifs sont relativement fréquents et dépendent du type de contraception utilisée. De plus, ils sont favorisés par une prise imparfaite, un tabagisme, une mauvaise absorption, une pathologie utérine ou cervicale et les interactions médicamenteuses (61). Ils constituent un facteur majeur de non-observance avec un taux d'arrêt entre 8 et 18% à 6 mois et 25,5 à 28,7% à un an ou plus (59).

Les pilules combinées faiblement dosées en estrogènes (20 µg d'éthinylœstradiol) seraient plus concernées que celles dosées à 30 ou 35 µg et ces effets seraient plus courants chez les nouvelles utilisatrices sous contraception oestroprogestative que chez les femmes passant d'un cycle classique à un cycle en continu. De plus, 70.8% des femmes n'ont toujours pas présenté de saignements au bout de sept cycles sous 20µg d'éthinylœstradiol et 90µg de lévonorgestrel en continu (52).

MATERIELS ET METHODES.

1. Type de l'étude.

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de femmes sous contraception. La méthode qualitative favorise l'analyse des opinions, des sentiments ou des idées transmises, ce qui permet d'appréhender les comportements individuels, culturels ou sociaux. Contrairement aux focus groups, où les propos et les réactions peuvent se conformer aux attentes sociales, les entretiens semi-dirigés permettent d'aborder des sujets sensibles dans un climat de confiance, diminuant la peur du jugement et facilitant les confidences.

2. Le recueil des données.

Les entretiens se sont déroulés sur la période de juillet 2015 à juillet 2017.

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat, sans volonté d'obtenir une représentativité ou de généraliser les résultats mais dans un souci d'obtenir un échantillon diversifié, nous avons cherché à recruter des patientes dans divers milieux.

- En cabinet libéral de médecine générale ou de gynécologie.
- En service hospitalier de gynécologie.
- En Maison Départementale de la solidarité.
- Par l'intermédiaire de notre entourage.

Nous avons également cherché à varier les lieux : Marseille 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} et 15^{ème} arrondissement ; Vitrolles ; Martigues.

3. Les critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons interviewé des femmes majeures sous contraception, quel que soit la méthode contraceptive, mécanique ou hormonale. Ont été exclu les mineures, l'absence de contraception, l'état de grossesse et la ménopause.

4. La réalisation des entretiens.

Dans la méthode qualitative, il est important que la collecte et l'analyse des données aient lieu au fur et à mesure, cela permet d'ajuster au mieux le guide d'entretien. Dans notre travail, une première modification a été nécessaire après les deux premiers entretiens et une seconde

après le sixième entretien afin que les femmes s'expriment plus sur leurs représentations du sang menstruel que sur celle de leur contraception.

Les enregistrements ont été retranscrits le plus fidèlement possible, le dialogue comme la gestuelle par la personne ayant réalisé les entretiens.

Nous avons choisi comme facteur de confusion l'âge et la classe socio-économique. Ces facteurs ont été arrêtés de manière arbitraire.

- L'âge, avant et après 35 ans, car c'est un âge clé où les risques cardio-vasculaires doivent être réévalués et où un changement de contraception peut s'avérer nécessaire.

- la classe socio-économique a été déterminée par l'affiliation ou non à une couverture médicale universelle ou une aide à la complémentaire santé.

Nous avons cherché à réaliser au moins trois entretiens par facteur de confusion puis autant d'entretiens que nécessaires jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouvelles idées.

5. L'analyse des données.

L'encodage des entretiens a été réalisé de manière régulière. Les verbatims des entretiens ont été regroupés en unités de signification et ces unités de signification en thèmes.

Le nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention de la saturation des données, cette dernière confirmée par deux entretiens supplémentaires, a été de 23.

L'interview, la retranscription en Verbatim et l'analyse des données ont été réalisées par la même personne. L'enquêteur pouvait avoir une fausse interprétation des données de façon inconsciente. Pour limiter ce biais, les résultats ont été relus et validés par une tierce personne sans lien direct avec la médecine générale.

6. L'éthique.

Le consentement des personnes interviewées a été recueilli au début de chaque entretien.

Les femmes interrogées ont été identifiées par le numéro de leur entretien, permettant de leur garantir l'anonymat et de préserver le climat de confiance préétabli.

Notre proposition de recherche a été évaluée et approuvée par le comité d'éthique de recherche le 5 juillet 2017 sous la référence 2017-05-07-001.

RESULTATS. Les caractéristiques des femmes interrogées.

Vingt-trois entretiens, numérotés de E1 à E23, ont été réalisés entre juillet 2015 et juillet 2017.

Ces entretiens ont eu une durée entre 14 et 60 minutes, en moyenne 33 minutes.

Les volontaires avaient entre 18 et 56 ans (en moyenne 33, 8 ans, 11 avaient moins de 35 ans et 12 avaient 35 ans ou plus).

Chez les femmes de moins de 35 ans, 3 présentaient une couverture sociale spécifique, 3 n'avaient pas le baccalauréat, 4 avaient effectué 2 années après le baccalauréat et 4 avaient effectué trois ans ou plus.

Chez les femmes d'au moins 35 ans, 3 présentaient une couverture sociale spécifique, 6 n'avaient pas le baccalauréat, 3 avait effectué 2 années après le baccalauréat et 3 avaient effectué 3 ans ou plus.

17 femmes étaient caucasiennes, 5 femmes étaient africaines (2 nord-africaine, 1 angolaise et 2 cap verdienne) et 1 antillaise.

Les caractéristiques, âge, durée d'entretien, années d'étude, couverture sociale, ethnie et lieux de recrutement sont regroupé tableau 1.

Les vécus de la ménarche, du sang menstruel et de l'aménorrhée sont regroupés tableau 2.

Entretien	Age	Durée	Etudes	CMU/AC	Origine ethnique.	Lieux de recrutement
E 1	41 ans	21 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne.	Gynécologie. 13127.
E 2	35 ans	16 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne.	Gynécologie. 13127
E 3	21 ans	21 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne.	Entourage. 13127.
E 4	18 ans	29 minutes	< BAC	CMU	Caucasienne.	Médecine générale. 13006.
E 5	23 ans	24 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Médecine générale. 13006.
E 6	26 ans	14 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Médecine générale. 13006.
E 7	52 ans	37 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Entourage. 13500.
E 8	22 ans	39 minutes	< BAC	CMU	Caucasienne.	Entourage. 13004.
E 9	56 ans	60 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Entourage. 13127.
E 10	21 ans	45 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne.	Entourage. 13127.
E 11	27 ans	51 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Médecine générale. 13006.
E 12	38 ans	29 minutes	< BAC	ACS	Caucasienne.	Médecine générale. 13006.
E 13	28 ans	27 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Entourage. 13007.
E 14	44 ans	29 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne.	Gynécologie. Hôpital. 13015.
E 15	36 ans	54 minutes	< BAC	-	Nord-Africaine.	Gynécologie. Hôpital.13015.
E 16	48 ans	53 minutes	≥ BAC +3	-	Caucasienne.	Entourage. 13005.
E 17	26 ans	29 minutes	BAC-BAC+2	-	Nord-Africaine.	PMI. 13003.
E 18	21 ans	26 minutes	< BAC	CMU	Africaine-cap-verdienne.	PMI. 13003.
E 19	49 ans	22 minutes	< BAC	CMU	Caucasienne.	PMI. 13006.
E 20	48 ans	40 minutes	< BAC	CMU	Antillaise-haïtienne.	PMI. 13006.
E 21	35 ans	32 minutes	< BAC	-	Africaine-cap-verdienne.	PMI. 13006.
E 22	24 ans	25 minutes	BAC-BAC+2	-	Caucasienne-pays de l'Est.	PMI. 13006.
E 23	40 ans	37 minutes	< BAC	-	Africaine-angolaise.	PMI. 13006.

TABLEAU 1. Caractéristiques des femmes interrogées : âge, durée d'entretien, années d'étude, couverture sociale, ethnie et lieux de recrutement.

Entretien	Ménarche. Age et vécu		Vécu du sang menstruel	Représentations de l'aménorrhée	
				Désir ou aménorrhée	
E 1	15 ans	Ménorragie.	Dysménorrhée. Ménorragie. Trouble de l'humeur.	Sentiment de libération. Devenu un critère de choix absolu. Craintes latentes.	Oui
E 2	14 ans		Absence de grossesse. Processus naturel. Peu de contraintes.	Contre-nature. Arrêt de la contraception orale volontaire.	Non
E 3	13 ans	Dysménorrhée. Déphasage physique.	Dysménorrhée. Contraintes professionnelles. Aucune utilité sous contraception. Inégalité Homme/Femme.	Sentiment de libération.	Désir
E 4	9 ans	Angoisse. Déphasage physique. Information : non.	Dysménorrhée. Contrainte dans les loisirs sportifs.	Sentiment de libération.	Désir
E 5	12 ans	Honte et obligation. Mauvaise surprise.	Marqueur d'ovulation. Absence de grossesse. Utilité physiologique : procréation.	Source de craintes et de stress. Pas d'intérêt. Ambivalence : ressenti et connaissances.	Non
E 6	13 ans	Honte. Tabou familial.	Dysménorrhée. Contrainte dans les loisirs sportifs.	Sentiment de liberté. Devenu un critère de choix absolu.	Oui
E 7	9 ans	Angoisse. Déphasage physique. Non informée.	Etre encore jeune. Habitue. Utilité physiologique : procréation. Processus naturel. Libération des toxines.	Source de craintes et de stress. Plus jeune oui. Ambivalence : ressenti et connaissances.	Non
E 8	14 ans	Angoisse.	Absence de grossesse. Inégalité Homme/Femme.	Risque de stérilité, d'obstruction du sang et de maladies.	Non
E 9	16 ans	Naturelle mais contraignante. Statut de future mère.	Dysménorrhée. Ménorragie. Contraintes multiples.	Sentiment de libération, de renaissance. Sentiment d'être une femme. Devenu un critère de choix absolu.	Oui
E 10	10 ans	Angoisse. Déphasage physique. Statut imposé.	Processus naturel.	Risque d'accumulation du sang utérin, de putréfaction et de maladies.	Non
E 11	11 ans	Mauvaise surprise. Déphasage physique.	Dysménorrhée. Absentéismes scolaires. Contraintes multiples. Inégalité Homme/Femme.	Obligation médicale. Mais bien-être et sentiment de liberté. Devenu un critère de choix absolu.	Oui
E 12	14 ans	Contrainte. Statut imposé.	Processus naturel. Respect du corps. Asthénie. Trouble de l'humeur.	Pratique mais aménorrhée limitée dans le temps.	Non
E 13	11 ans	Dégout. Déphasage physique. Statut imposé.	Marqueur de l'ovulation. Repère temporel. Utilité physiologique : procréation. Processus naturel. Contraintes dans la sexualité.	Belle-mère : risque de cancer du sein.	Non
E 14	12 ans	Honte. Déphasage physique.	Plus jeune : ménorragie Maintenant : moins abondante, habitudes. Peu de contraintes. Utilité physiologique : procréation. Obligation chez la femme.	Plus jeune oui.	Non

E 15	17 ans	Dysménorrhée Déphasage physique.	Dysménorrhée handicapante. Syndrome prémenstruel. Asthénie. Diagnostic d'endométriase. Utilité physiologique : procréation. Inégalité Homme/Femme.	Obligation médicale. Ménopause artificielle. Sentiment de libération. Devenu un critère de choix absolu. Craintes liées aux hormones, fertilité. Risque surajouté à une ménarche tardive.	Oui
E 16	16 ans	Contente : revenir dans la norme. Déphasage physique.	Méno-métrorragies handicapantes. Asthénie, anémie. Contraintes vestimentaires et loisirs. Utilité physiologique : procréation. Pas d'utilité après les enfants. Processus naturel et obligatoire.	Obligation médicale, « pas par caprice ». Sentiment de libération, de liberté. Bien-être. Devenu un critère de choix absolu.	Oui
E 17	14 ans	Mauvaise surprise. Processus naturel. Processus obligatoire. Pudeur.	Notion de purification. Détoxifiant. Rituels avec des soins du corps. Habitue. Repère temporel. Processus naturel.	Dénature le rôle du corps. Pas sain.	Non
E 18	14 ans	Bien-être. Sentiment de légèreté.	Notion de purification. Détoxifiant Processus naturel. Soulage le corps.	Obligation médicale mal vécue : Douleur et météorisme abdominal sur probable accumulation de sang abdominale.	Non
E 19	14 ans	Dégout. Eccœurement. Honte. Contraintes multiples.	Dysménorrhée. Céphalées. Infections vaginales répétitives. Dégout. Odeurs. Utilité physiologique : procréation. Processus naturel. Inégalité Homme/Femme.	Oui mais après avoir eu le nombre d'enfant désiré.	Oui
E 20	15 ans	Statut imposé. Processus naturel. Pudeur.	Dégout. Education : santé et fertilité. Processus naturel. Utilité physiologique : procréation. Pas d'utilité après les enfants. Contraintes multiples.	Sentiment de libération. Oui mais après avoir eu le nombre d'enfant désiré.	Désir.
E 21	13 ans	Angoisse. Non informée.	Dysménorrhée. Dégout. Education : santé et fertilité.	Craintes latentes sur un météorisme abdominal dû à une accumulation de sang menstruel.	Désir.
E 22	14 ans	Angoisse. Statut imposé. Déphasage physique.	Bien-être. Nécessité pour le corps. Notion de purification. Détoxifiant Processus naturel.	Sur risque à la contraception hormonale. Risque de maladies du système immunitaire	Non
E 23	15 ans	Statut imposé. Déphasage physique. Non informée.	Dysménorrhée. Méno-métrorragie. Notion de purification. Détoxifiant (la mort de l'ovule). Processus naturel. Décision de Dieu.	Risque de transformation hormonale. Risque d'accumulation de sang utérin.	Non

TABLEAU 2. Le vécu de la ménarche, du sang menstruel et de l'aménorrhée induite.

ANALYSE DES RESULTATS.

Lors de la lecture des entretiens, un codage ouvert a permis de dégager des unités de signification, classé ensuite en cinq thèmes :

1. Les représentations et le vécu de la ménarche.
2. Les représentations de l'origine des saignements menstruels.
3. Les représentations du rôle du saignement menstruel.
4. Les représentations familiales du sang menstruel et son évolution à travers le temps.
5. Les représentations des hémorragies de privation et de l'aménorrhée induite.

Thème 1. Les représentations et le vécu de la ménarche.

1. Les représentations de la ménarche.

La ménarche correspondrait à un changement de statut social : devenir une femme, pouvoir être mère.

E12 " Mes Nana c'était mon petit accessoire de femme dans mon sac à main, j'étais devenue une femme."

E13 " Culturellement, je pense que, je sais pas, je pense que c'est même pas occidental ou oriental, c'est, je pense mondial, quand tu as tes règles 'fin, tu deviens physiologiquement une femme."

E9 " Il y avait quelque chose de si merveilleux autour du fait d'accueillir un enfant et qui me soit confié et de l'élever, que le fait de pouvoir procréer bon ben les règles faisaient partie de ça... [...] C'est plutôt le symbole d'un statut merveilleux [...] C'était ça l'impact des règles pour moi."

Pour d'autres, ce changement de statut aurait été imposé par le regard des autres.

E13 " On te voit plus tout à fait pareil [...] Je me suis dit qu'on devait penser de moi que j'étais une femme, alors que pas du tout [...] C'était vraiment d'être vue déjà un peu comme un objet sexuel, quoi 'fin quelque chose de sexuel en tout cas [...] Mais je me sentais pas du tout comme ça, j'étais un bébé."

E20 " De pas le dire, j'étais encore un enfant, alors qu'une fois qu'on a les règles on a plus de moral."

E22 " C'était quelque chose de bizarre, on m'a dit que je devenais une femme, voilà comme ça

[Rires]. Mais bon moi à l'âge de 14 ans, j'avais pas du tout ça dans la tête, moi c'était encore les jouets et ma... vie d'enfant quoi [Rires]."

La ménarche ne représenterait pas toujours un changement de statut.

E3 " Au moment où s'est arrivé j'étais encore une enfant de toute façon donc ça m'a pas paru un truc décisif qui faisait de moi davantage une adulte donc [...] Ce n'a pas été important."

2. Le vécu de la ménarche.

La ménarche, qu'elle ait une signification ou pas, ne serait pas vécue de manière neutre.

E21 "J'ai jamais oublié le premier jour de ma règle."

Les femmes ne présenteraient aucun empressement à être menstruée, au contraire elles partageraient le sentiment d'avoir eu leur ménarche trop tôt.

E11 "J'étais pas dans l'expectation de les avoir ni "ha vivement", non pas du tout."

E13 "J'étais pas prête, j'étais pas prête du tout, [Rires], pas du tout."

Le changement serait brutal, douloureux et angoissant.

E4 " Le jour où je les ai eues, ben ça m'a fait un choc, j'ai eu peur, j'ai eu très peur... j'ai pas pu me laver seule, c'est ma grande sœur qui m'a lavé, j'ai pas pu me toucher en fait... ça m'a un peu traumatisé [Rires nerveux]."

E7 " C'était très embêtant parce que j'étais pas comme les autres en fait, parce que personne ne les avait, on comprenait pas, on se moquait un peu de moi..."

E15 " Je me tordais de douleurs. Horrible [...] j'avais tellement mal au ventre."

E17 " Je pensais pas qu'on, le truc qui m'a choqué, c'est que je pensais pas qu'on perdait autant de sang, en fait !"

Ou honteux.

E14 " [Est ce que vous vous rappelez les sentiments...] La honte ! [La honte ?] Ouais j'avais honte. J'étais avec ma serviette, j'étais habillée je me regardais les fesses [...] C'était...horrible. C'était ça, j'avais honte que ça se voit, j'avais honte."

Ou contraignant.

E23 " Elle {la voisine} a commencé à me donner des conseils [...] Elle m'a dit de rentrer, de me laver et de me chercher des habits, elle m'a donné des tampons [...] faut faire attention, se laver, se changer, des règles d'hygiène. Ça sent mauvais, il y a une odeur très forte, il y a des précautions à prendre."

Ce serait un évènement intime dont certaines femmes ne souhaiteraient pas parler.

E20 " C'était bien, je l'ai caché, je l'ai pas dit à ma mère. **[Pourquoi ?]** Parce que à cette époque, dès que la maman elle le sait, elle va le dire à tout le monde, à sa mère, à sa sœur, à toute la famille [...] C'était pour moi, pas pour toute la famille [...] Moi j'ai ma cousine, [...] ben quand elle a eu ses règles, mon Dieu, elle a fait la fête sa mère [Rires] [...] Comme une princesse, on faisait la queue des félicitations, même il y a la femme qui donne des cadeaux, Olala ! Ah ! non tout le monde était au courant là, tontons, tatas, cousins, cousines... ah non, moi, pour moi c'était vraiment la honte [Rit à gros éclats, les larmes aux yeux]."

Ou au contraire dont certaines ressentiraient le besoin d'en parler.

E4 "J'en ai beaucoup parlé avec mon père."

E17 " A partir de 10-12 ans on commence à en parler, il y a les copines qui ont de la poitrine d'autres non, il y en a qui ont leurs règles tôt et d'autres non donc c'était forcément sujets de discussions entre nous."

Certaines femmes considèreraient leur ménarche comme étant un passage normal et naturel. L'information avant leur ménarche et la réaction rassurante de leur entourage à ce moment-là seraient des facteurs apaisants.

E17 "Moi j'ai eu le temps d'être bien préparée quand même. J'ai eu aucune surprise, je savais euh qu'une jeune fille devait avoir ses règles."

E9 " Mais bon c'était inévitable, c'était la nature, c'était normal donc que euh voilà [...] Elle {ma mère} les vivait tellement naturellement, que pour moi avoir ses règles c'était normal."

E11 " [Rires] euh voilà, ça pas été, ça été traité normalement quoi."

Voire un évènement bénéfique.

E18 "En plus quand je commence à les avoir, je sais pas, je me sentais...plus léger."

Thème 2. Les représentations de l'origine du saignement menstruel.

1. Les tentatives d'explications scientifiques.

La plupart des femmes auraient reçu, au collège, une éducation sur le fonctionnement de l'appareil génital féminin et sur le cycle menstruel mais leur discours resterait confus.

E16 " Je sais qu'il y a un cycle et voilà qu'il y a une ovulation [...] mais pas grand-chose après, on avait ses règles et puis qu'on ne pouvait pas tomber enceinte pendant ses règles."

E15 " Ben c'est à la menstruation, c'est quand on va pour avoir la nidation et que ça ne se fait pas, l'œuf descend et voilà."

E17 " Je sais qu'il y a du sang et des caillots mais après le comment, je sais que c'est de la muqueuse [sur un ton de récitation], vaginale et utérine [...] En fait on saigne tous les mois [grimace] mais on sait pas trop d'où ça vient."

Deux théories seraient avancées : le saignement aurait lieu sous l'influence de l'ovule et le saignement permettrait d'éliminer la surproduction de sang créée par le corps.

E13 " Il y a pas le petit spermatozoïde qui est venu le féconder, féconder l'ovule donc il doit descendre [rond avec les mains qui descend], il doit descendre parce que physiologiquement ça y est, il a fait son temps, il n'a plus d'utilité, c'est comme ça [...] Il descend le long de ton ventre, de ton utérus je pense. Et il y a des parois comme ça qui, de la peau, de la chair [Rires], c'est de l'endomètre. Alors quand ça s'évacue il y a deux solutions, soit ça descend et en descendant il crée une irritation et arrache l'endomètre, du coup, c'est ça qui fait que ça saigne, soit en descendant, l'endomètre est trop épais et il faut qu'il se désépaisse et donc naturellement il se désépaisse et du coup ça tombe et il saigne."

E7 " Ce surplus de sang [montre son ventre] que l'on a dans les corps [...] On a besoin de l'évacuer ce sang. On fait bien des saignées aux gens qui ont trop de fer ou quoi [...]."

E22 " Euh, oui ben pour moi c'est... du sang que... notre corps produit, qu'on éjecte...qu'on a en trop euh...qui s'en débarrasse [...] Le corps produit du sang pendant 3 semaines, puis on l'évacue la quatrième, c'est les règles."

Certaines mères rapportent les informations qu'elles auraient données à leur enfant.

E14 " Ben voilà les mamans, quand elles ont pas de bébé dans le ventre, elles perdent du sang tous les mois, c'est normal, ça fait pas mal et tout mais c'est comme ça, c'est les filles et tout. Et le jour où elles n'ont plus ça, ça veut dire qu'elles ont un bébé dans le ventre. En gros [Rires]. Ma fille je lui explique un peu plus détaillé, j'explique un peu, mais j'y vais doucement elle est petite encore, elle n'a que 12 ans."

La connaissance du cycle menstruel serait entravée par des tabous et des cours inadaptés.

E2 " Le problème quand on est ado on a pas trop envie de parler avec les docteurs parce que souvent il y a nos parents avec nous [...] avec qui c'était un peu tabou."

E2 " J'en parlé avec les copines du collège qui disait $\frac{3}{4}$ de bêtises [Rires], chacune qui vivaient différemment le truc [...] Il y a la prof de biolo qui nous en parlé mais en classe avec tous les éléments perturbateurs, c'est pas l'endroit idéal non plus."

2. Les différences et les similitudes entre menstruations et hémorragies de privation.

Le fonctionnement des hémorragies de privation serait inconnu.

E2 " Mon gynécologue m'a dit que c'étaient des règles artificielles donc c'est un inconnu pour moi tout ça [...] Mais la muqueuse ne s'accumule pas ? Mais alors ça n'est jamais évacué ? [...] Mais si je tombe enceinte parce que j'oublie ma pilule j'aurais des règles artificielles du coup ? Oui, non ?"

E13 " [...] en fait j'ai fait croire à mon corps que j'étais enceinte et il ovule pas, la pilule, c'est ça... mais alors pourquoi je saigne quand même [réfléchit]... en fait c'est totalement faux. Mais qu'est ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'ils ont réussi à faire saigner ? [Rires] ils sont très très forts. [Rires] Un espèce d'ovule mutant [Rires], non sérieux je sais pas... Moi je fais confiance aux laboratoires pharmaceutiques et aux médecins s'il y a une pilule où on peut ne pas saigner ok, ou une où on peut saigner mais pour de faux, ben c'est bien."

Pour de nombreuses femmes, les hémorragies de privation seraient des "fausses règles".

E15 " Comme on dit, sous contraception ce sont des fausses règles [...] Ben oui, déjà d'une, c'est pas le même sang, c'est pas du tout pareil. Déjà, je ne caillotte pas... C'est pas rouge euh

c'est ressemblant quoi. C'est plus noir que... c'est des fausses règles quoi."

E10 " Je sais quand elles sont normales et quand elles le sont pas [...] Ben c'est que la, la... matière [Rires nerveux], la texture n'est pas du tout la même en fait [...] fin voilà quoi le sang n'était pas... On aurait dit qu'il était plus coagulé ou je sais pas... Plus foncé, plus bizarre."

Ou des menstruations dénaturées.

E3 " Je me sens pas dans un cycle naturel de toute façon donc ...donc en fait elles {mes règles} ne servent à rien. [...] Euh donc oui c'est pas pareil avec et sans la contraception je pense... sans c'est utile pour la fertilité et avec la contraception ça veut rien dire."

E17 " Ben des règles un peu trafiquées [...] c'est le fait de prendre la pilule qui conditionne notre corps à avoir nos règles à tel moment à partir du moment où on a arrêté de prendre tel cachet [...] Ce n'est plus le même rôle en fait...comme dénaturées."

D'autres femmes ne ressentiraient pas de différences entre ces saignements, ce serait le même fonctionnement et le même vécu.

E7 " Oh c'est mes règles, c'est pareil, oui exactement pareil pour moi [...] c'est vraiment exactement la même sensation [...] c'est mes règles et c'est les mêmes."

E22 " Oui bien-sûr, le fonctionnement c'est pareil, ça oui. Le corps continu de faire comme il a besoin, comme s'il y avait pas la pilule, mais c'est tout le temps le même jour."

Thème 3. Les représentations du rôle du sang menstruel.

Que ce soit, des menstruations ou des hémorragies de privation, les femmes parleraient de leur sang, au sens large, de son rôle et de leur vécu.

1. Le respect d'un état physiologique.

Le respect du corps et de ces saignements seraient primordial.

E17 " Moi je veux que mon corps continue à vivre comme il est au naturel. 'Fin, au naturel, au naturel le plus possible. Je ne sais pas si vous voyez ? Déjà que là le naturel il n'y en a presque plus. Je veux essayer de préserver ce côté naturel, celui-là [...] Moi j'ai des petits rituels que j'ai pas quand j'ai pas mes règles [...] Je vais plus faire attention à mes cheveux, je vais les soigner plus [...] Pareil pour ma peau, je vais la gommer [...] Que des petits trucs comme ça...prendre soin de moi à ce moment-là. [Parce qu'au moment des règles votre corps prend

soin de vous, donc vous prenez soin de votre corps ?] C'est ça, absolument ça. "

Le sang menstruel ferait partie intégrante du fait d'être une femme.

E5 " [...] il y a une utilité puisque c'est physiologique [...] parce que je trouve que c'est normal d'avoir ses règles c'est comme ça et que pas avoir ses règles c'est moins physiologique. "

E12 " Sans mes règles ben je suis moins une femme..."

E18 " Après les règles, ça fait partie de la femme, c'est normal quoi."

Le sang menstruel serait en lien avec la volonté de Dieu.

E23" C'est naturel, faut respecter [...] J'aimerais bien avoir mes règles jusqu'à quand le Dieu va vouloir. Par exemple la ménopause, c'est comme ça, on peut rien faire. Donc pour l'instant j'ai pas l'âge de la ménopause et j'ai besoin d'avoir mes règles quand même. Mais quand ça sera mon moment de plus avoir de règle, ça sera normal. C'est comme ça. C'est Dieu qui décide, on est créées comme ça, on fonctionne comme ça. "

Or, certaines femmes vivraient ce sang comme une fatalité de leur condition féminine.

E14 " Au quotidien euh, on est obligé, c'est le cycle de la femme. C'est comme ça, on est obligée de passer par là parce que c'est le cycle de la vie."

E17 ' Je suis une femme, je dois avoir mes règles, ben tant pis quoi [Rires]."

Elles considèreraient aussi ce sang comme une injustice entre la femme et l'homme.

E16 " On peut pas en donner un peu aux hommes, on porte l'enfant, on a les contractions, on a le corps qui se déchire, on a nos règles..."

E19 " Non on souffre nous les femmes. Ils ont la belle vie les hommes, nous les femmes on a tout."

2. Le sang et la procréation.

L'utilité des saignements menstruels serait rattachée à la maturité de l'appareil génital reproducteur. Le sang serait un symbole de fertilité et à contrario, l'aménorrhée comme un signe de stérilité.

E8 " A ce moment-là, si je n'avais pas eu mes règles à 14, 15, 16, 17 ans passés oui je me serais

vraiment dit que j'étais stérile, que mon corps pouvait pas avoir de bébé..."

E18 " Pas de règles, pas de bébé."

L'absence du sang menstruel serait le signe d'une grossesse.

E4 " En fait pour moi les règles ça me dit ben ça y est ce mois-ci tu n'es pas tombée enceinte et on repart pour le mois prochain [Rires]."

Le sang menstruel permettrait de calculer la durée du cycle ovulatoire.

E13 " Et puis plus tard, pour avoir des bébés, pour que je sache un peu où j'en suis... de l'ovulation, de la durée de mon cycle [...] En fait, je me suis rendue compte que j'avais un cycle de 24-25 jours maximum donc ça change un peu quoi. Ça change un peu par rapport à ta date d'ovulation, c'est plus 10 jours. Y en a c'est 12, 13, 14, donc ça change."

E17 " J'aime bien avoir mes règles, j'aime bien être dans mon cycle, bien savoir où j'en suis. Voilà, je sais dans combien de tant de jours je vais avoir mes règles et pouvoir faire mes trucs, ensuite je vais être tranquille pendant tant de jours et puis ça recommence [...] Alors que pas avoir mes règles du tout, fin... [Ça vous désorganise ?] Ouais... c'est trop bizarre [...] [C'est comme un marqueur de temps ?] Oui ! Mais c'est totalement ça en fait."

3. Le sang et son impact sur la santé.

Le corps serait personnifié et aurait besoin de saigner. Les femmes considèreraient le sang menstruel comme un signe de bonne santé et de bon fonctionnement de l'appareil génital.

E5 " Ouais c'est plus sur le fonctionnement, le fonctionnement de l'appareil génital, quand j'ai mes règles j'ai plus l'impression que tout va bien quoi... [...] par rapport à l'ovulation euh au fait que ça fonctionne [...] Que tous les mois ça fonctionne bien."

E7 " Parce que si on l'évacue, si on nous a créés comme ça c'est qu'on a besoin de l'évacuer ce sang [...] Je... je suis encore de l'époque où on dit que c'est bien quand ça saigne..."

E21 " C'est utile pour la bonne santé mais toutes les femmes savent que la règle c'est pour la bonne santé."

E20 " Il paraît qu'avec les relations sexuelles on garde nos règles plus tard [...] [Et du coup si on arrête les relations sexuelles...] C'est pas bien, parce que le corps en a besoin. Tous les corps fonctionnent avec le sang qui coule. On peut ménopausée plus vite donc c'est pas bien."

Les règles, le sexe et la ménopause je crois que ça marche."

L'écoulement du sang menstruel lutterait contre certains maux.

E7 " Je me disais que ça peut éviter d'avoir les jambes lourdes ou je sais pas un trop {de sang}."

E22 " Pour moi les règles ça relaxent, pendant cette période-là je reste à la maison, je me détends, j'essaie de me reposer. [...] C'est un peu comme s'il {mon corps} me disait je suis fatigué, j'en peux plus, faut que je me repose. Puis après je reprends le rythme à fond pendant les trois autres semaines [...] Comme un signe de se reposer, de vider son corps, voilà."

E23 " Parce que moi quand j'ai pas encore mes règles, je sens mon ventre vraiment gonflé, lourd et quand j'ai mes règles j'ai, ça tout qui se dégage, je sens plus le ballonnement, le gonflement. "

Mais d'autres femmes rapporteraient de nombreux troubles liés aux saignements menstruels, à l'origine d'handicaps ou de maladies.

Les métrorragies.

E1 " La nuit je me levais plusieurs fois pour me changer, donc tout vraiment que du négatif."

E9 " Le trop saigné était épuisant [...] fallait penser à te changer, que t'étais régulièrement tâchée [...] je me levais d'une chaise de restaurant euh j'étais toute salie, c'était la honte."

E16 " Je vous avoue que ça m'était très pénible d'avoir ses règles très abondantes parce que j'avais quand même huit de tension, j'étais vraiment très faible avec des pertes de cheveux, tous les effets secondaires, un peu de l'anémie [...] J'avais des vertiges, j'étais même essoufflée [...] Je n'arrivais pas à prendre le dessus, à maîtriser ces saignements [...] ça m'a quand même beaucoup handicapée."

E19 " Je me tâchais, je mettais la serviette plus le tampax®. C'était l'arsenal dans la culotte [Rires], dans le sac les lingettes, il y avait tout."

La douleur.

E11 " Après c'est devenu très, très douloureux...C'était vraiment l'enfer. Les journées sont longues quand on attend que la douleur passe. Ce qui était dérangement avec cette douleur, ce dont je me rappelle, c'était quoi que je fasse, debout, assise, allongée, à droite, à gauche, peu importe la position que j'essayais de prendre la douleur passait pas [...] Je vomissais tous les mois à cause de ça etc.... j'étais vraiment très, très, très, très mal."

E14 "Moi en plus ça me donne la migraine, et tout ce qui va bien."

E15 " On me disait que j'étais folle, on m'a même dit d'aller voir un psy... ... j'avais mal pendant les rapports, on m'a dit c'est psychologique, faut que tu ailles voir un sexologue pour en parler... J'ai pas été prise au sérieux [...] Et comme on m'a toujours dit "ça fait mal les règles, ça fait mal, c'est normal, c'est pas grave", le médecin, la famille...ben non c'était pas normal... de 17 à 34 ans j'ai entendu que c'était normal... [...] Il y a des douleurs qu'on peut gérer et d'autres qu'on peut pas... et là je pouvais pas."

E19 " Les règles c'était naturel mais c'était trop douloureux."

Les troubles de l'humeur.

E11 " C'est une période où on est plus fatiguée, et moi quand je suis plus fatiguée ben je suis plus susceptible donc voilà."

E15 " Je me plaignais souvent donc c'était pénible."

Les troubles du transit et de la flore vaginale.

E1" C'était une galère [rires], j'avais très mal au ventre quand je les avais, j'avais la diarrhée, je perdais beaucoup de sang, après du coup je manquais de fer donc le docteur me donnait du fer, ça me créait des grosses constipations, en fait c'était un cycle qui s'arrêtait jamais."

E19 " J'avais des infections {vaginales} quand j'avais mes règles, je supportais pas."

Les contraintes.

E1 "J'étais dans un lycée dans un quartier assez difficile à Marseille et du coup les toilettes étaient quasiment inaccessibles et quand j'avais mes règles c'était évidemment une galère [...] dès qu'on devait se changer on allait à la gare en fait parce que c'était propre et les WC étaient fermés et à toutes les pauses on allait se changer comme ça et c'était pas très euh génial."

E8 " Pour les protections on est toujours gênée d'en acheter, c'est un peu la honte à la caisse."

E9 " Et j'ai jamais très bien vécu mes règles, j'ai toujours trouvé ça extrêmement contraignant [...] ce n'est pas la représentation de ma fertilité ou de ma féminité [...] C'était une contrainte parce que ça voulait dire que tu avais des protections plus ou moins confortables [...] Je me sens beaucoup moins femme quand j'ai une couche au fond de ma culotte [Rires] pour faire trivialement. Je me sens nettement plus embarrassée [Rires]."

E11 " C'est quand même des contraintes que ce soit...ben alors financières quand même, à chaque fois, il y a des pays qui remboursent ça aux femmes parce qu'ils trouvent que c'est inéquitable que les femmes aient des protections à payer et pas les hommes."

Un impact sur la vie en société : professionnelle, scolaire ou personnelle.

E3 " *Quand on a un boulot où on doit rester debout toute la journée etc., être courbaturée, le dos, les jambes etc. [rires] ça rend la journée quand même plus difficile quoi. C'est quand même gênant sur du quotidien je trouve.*"

E11 " *On est dans une société où on est obligée de gommer cet aspect-là, on nous demande de ne pas en parler, c'est tabou dans le quotidien, la recherche de la performance... [...] Donc on est presque obligée de gommer ça pour pouvoir dire "non payez nous pareil [...] Quand on a nos règles, les hommes comprennent pas, ils nous trouvent juste chiantes [...] C'est vrai que c'est à prendre en compte aussi, s'ils avaient une meilleure compréhension au lieu de nous dire "hein qu'est-ce que t'as ? t'es énervée, t'as tes règles ou quoi ?". Les hommes ne comprennent pas..."*

E19 " *Au collège, j'y allais pas quand j'avais mes règles [...] C'était trop dégoûtant, peur d'être tâchée que ça m'est déjà arrivé. Non j'en pouvais plus. Au début je m'enfermais à la maison pendant 2 jours."*

E13 " *Ben euh, parce que eux {les hommes} c'est chiant, la période noire, la période rouge [Rires] [...] J'ai mes règles pfff, c'est pas ragoutant quoi, 'fin ça va 'fin, je sais pas c'est pas sensuel pour moi d'avoir ses règles, c'est naturel mais ça, ça enlève un peu une part de...sexualité."*

E16 " *Quand je faisais une sortie, il fallait que je m'arrête dans un café, consommer rien que pour aller aux toilettes. Pas de mer l'été, pas de plage, j'ai refusé même des sorties. C'était impossible, pas me baigner, pas pouvoir monter sur un bateau [...] Quand j'étais invitée chez des gens, à un repas, je me levais toutes les demi-heures pour voir s'il ne se passait rien, je regardais mon siège, euh c'était vraiment... on reste chez soi, on sort un minimum, ou on prévoit ou voilà on part avec un vanity avec tout sur soi [...] Ça posait problème pour ma famille, pour mon mari, pour mes enfants, fallait arriver à un certain endroit, repartir trois heures après je pouvais pas non plus amener une valise..."*

4. L'ambivalence entre la purification du corps et l'impureté du sang.

Le sang menstruel aurait pour rôle de nettoyer, purifier et assainir le corps.

E17 " *Une femme n'est pas sale quand elle a ses règles au contraire. Donc elle est juste en période transitoire, [...] dans le bon sens, pas transitoire dans le justement elle est sale et ce*

n'est que quand elle ne les aura plus qu'elle sera propre. Pas du tout. Peut-être que c'est dû à ça aussi que je considère que, pour moi, les règles c'est détoxifiant."

E22 " C'est comme un détox pour le corps. Il se vide de ce qu'il n'a plus besoin. Pour moi, en lui-même le processus il est pas très pur, on va dire. Il rejette ce dont il a en trop, des toxines [...] parce que quand j'ai mes règles euh j'ai l'impression d'avoir très chaud, euh je transpire beaucoup plus, j'ai besoin de prendre des douches froides et tout donc je me dis par-là que le corps élimine autre chose que du sang."

E23 "Les règles ça nettoie le ventre, ça nettoie tout le corps [...] Ça nettoie les ovules par rapport à nous les femmes. Oui parce que les ovules sont morts, faut tout nettoyer. Les règles c'est aussi ce qui est mort. L'idée de mort. Après ça c'est dans ma tête."

Les femmes seraient impures et le sang menstruel sale.

*E15 " Après dans la religion [...] on est considérée comme sale donc il faut se laver, on doit faire ses ablutions [...] vous ne faites pas la prière, vous n'avez pas le droit. Mais bon comme on dit c'est Dieu qui a décidé. Donc vous arrêtez la prière, et donc vous n'entrez plus dans une mosquée, et vous la reprenez une fois que vous n'avez plus vos règles. C'est la même manière pour le judaïsme chez les orthodoxes, normalement la femme ne dort pas avec son mari parce qu'elle est impure, pour celles qui pratiquent. Quand ses règles sont finies, elle doit aller à un hammam faire un certain rite pour pouvoir redormir avec son mari. Mais chez nous non, chez les musulmans, vous faites euh en fait vous n'allez pas à la mosquée, vous priez pas et pas de rapport non plus. Et une fois que vos menstruations sont finies c'est bon. **[Finalement, est ce que le fait d'avoir été élevée dans une religion où l'on vous disait que vous étiez impure à ce moment-là, a eu un impact ?]** ...Non, parce qu'on est élevée comme ça. On a été habituée. Pour nous c'est naturel... Déjà de base, on se sent sale. Moi je me sentais sale quand j'avais mes règles parce que c'est sale. C'est du sang, ça sent, vous avez l'impression de sentir, vous vous changez je sais pas combien de fois par jour. C'est sale, les odeurs, ça macère, c'est pas la saleté de l'impureté c'est la saleté propre quoi. Donc cette sensation de saleté, on la reconnaît de parce que l'on vit."*

E17 " Dans la religion de mes parents et dans la culture de mes parents, avoir ses règles c'est connoté de manière sale [...] moi dans ma culture, les femmes sont censées avoir honte, j'exagère un peu mais ça se cache."

E19 " Les règles, ça m'écœurait. Ben le saignement, le sang... l'odeur, je supportais pas. Même quand on se lave sans arrêt [...] Je jette les protections, je me lave, c'est sale, j'ai mes

infections..."

E20 " Moi je voulais pas {le stérilet}. Parce que le stérilet faut le mettre avec les règles, non ça j'aime pas. Je trouve que, pour moi c'est un peu sale [...] ça fait partie de nous mais... en plus à montrer à quelqu'un, non, non, non, je supporte pas moi."

Thème 4. Les représentations familiales du sang menstruel et son évolution à travers le temps.

1. Un héritage familial.

Les représentations du sang menstruel se transmettraient de façon matriarcale.

E6 " Je sais pas pourquoi ma mère a jamais voulu nous en parler, je sais pas ce qui la bloquait...parce qu'en plus elle a eu 5 filles donc... Peut-être que c'était sa mère aussi, je sais pas..."

E7 " C'est ma maman qui me disait euh que quand elle attendait ses règles, elle avait très mal à ses jambes... et c'est vrai que ça a dû percuter quelque part. ... oui ça doit... certainement... [réfléchit]. [Et du coup est ce que c'est un sentiment que vous transmettez à vos filles ?] Non ! Pas du tout. Pas du tout, du tout. Non, non, non [...] C'est du transmis de maman quoi. On ne l'a donné mais c'est pas forcément personnel [...] Je vis plutôt sur de la transmission en fait."

E21 " Moi je suis née au Cap Vert, ma grand-parent {qui m'a élevée} m'a dit c'est simple quand il y a la règle c'est la santé de la femme [...] par exemple, quand il y en a pas de règle, [se touche la tête], la tête commence à avoir des maladies. Après la date de la règle, elle était mieux."

Ou pas.

E15 " Puis ma mère, elle sait pas lire, ni écrire, elle s'est mariée à l'âge de 16 ans, sa mère ne lui a rien appris, donc elle n'avait rien à m'apprendre..."

E20 " Ben moi on m'a rien expliqué alors c'est dur d'expliquer {à mes filles}, expliquer quoi en plus, je sais pas plus que ça..."

L'évolution des "non-dits" sur le sang menstruel serait retrouvée au travers les expériences des femmes, de leurs mères et de leurs grands-mères.

E9 " Elle {ma mère} quand ça lui est arrivé, elle m'a raconté plus tard qu'elle a traversé tout le village en hurlant et en hurlant qu'elle mourrait, qu'elle mourrait, qu'elle saignait, donc toute la campagne était au courant et qu'elle avait avalé après la honte de sa vie [Rire] [...] Entre son enfance et la mienne c'était déjà pas la même planète et après je me suis aperçue qu'entre la mienne et celle de mes enfants c'était encore une autre planète. "

E11 " Ma grand-mère m'expliquait comment elles se protégeaient parce qu'il n'y avait pas de tampon et c'était des sortes de gros cotons qu'elles mettaient dans leur culotte. Elle me racontait ça, "t'imagines même pas l'enfer à l'époque [Rires], on nettoyait le soir pour le remettre après", c'était pas tu jettes et voilà [...] Ça a quand même beaucoup, beaucoup évolué aujourd'hui et heureusement [...] Je me dis quand même... Il y a des gens, certains hommes quand on dit le mot règles tout de suite ça réagit, c'est tabou, j'imagines même pas avant en fait."

E20 " Je sais pas mais dans mon milieu c'était pas normal d'expliquer, maintenant oui."

Les femmes rapportent l'évolution des mœurs et des méthodes contraceptives.

E9 " Mais moi, dans ma vie, j'ai vu aussi une grosse évolution de la contraception [...] Puis quand on était jeune, on n'avait pas les ordi, on n'avait pas internet, les forums, le partage, la documentation... cet outil là on ne l'avait pas, donc finalement l'héritage était déterminant. Je pense que l'héritage était beaucoup plus prégnant qu'aujourd'hui... on vivait les choses en se disant elles ne me conviennent pas mais c'est comme ça, on avait pas beaucoup de choix, et pas beaucoup d'informations."

E22 " Ma grand-mère quand je lui en parle {de ma pilule} euh elle me dit que c'est des conneries [Rires], et faut pas prendre ça, donc elle comprend pas forcément le concept... [...] Pour elle, les règles sont quelque chose de naturel qu'on ne devrait pas réguler ou stopper par quelques moyens que ce soit. Voilà elle a une autre vision, chacun à sa vision [Sourire]. Après ça existait pas à son époque, elle a dû subir [Rires]."

Malgré toutes ces améliorations, le tabou perdurerait.

E2 " On en parle pas assez, quand on est toute jeune et qu'on a nos règles pour la première fois... ça m'a manqué de pas en parler. "

E15 " Ça c'est des sujets complètement tabous chez les maghrébins. Du moins de ma génération à moi. Dans ma famille, c'était pas concevable. Je pouvais pas faire "coucou c'est moi j'ai mes ragnagnas", même si tout le monde le savait mais on en parlait pas."

E18 " C'est pas un sujet de discussion, du tout. C'est juste moi. Non on en parle pas de ça."

2. L'évolution des représentations au cours de la vie d'une même femme.

La représentation et le vécu des saignements menstruels évolueraient au cours d'une vie.

E7 " J'ai 52 ans, j'ai encore des règles mais je ne me languis pas de ne plus en avoir [se redresse en souriant] [...]... Je trouve que... de les avoir on est encore jeune et puis après quand on les a plus c'est qu'on a passé un certain âge et j'en ai pas envie en fait [...] Oui ça serait un cap quand je les aurais plus euh oui... Après c'est la vieillesse, ça me fait peur tout simplement, de prendre des années sur le dos."

E10 " {La ménarche} ça voulait dire que je commençais à être vieille déjà."

E11 " [...] en vieillissant je trouve qu'on est plus libre de parler de ça donc j'en parle plus."

E12 " Puis après avec l'âge, on entend le discours d'une autre manière."

E20 " Maintenant c'est bon, ça sert plus à rien. Il y a aussi un certain âge, aussi écoute hein. Après il paraît que ça fait rester jeune aussi. Mais bon après faut passer à autre chose, on va pas passer tout notre temps à mettre des couches culottes aussi qu'on est comme des bébés là [Rires] [...] mais bon ça y est, j'ai eu mes enfants, on peut pas rester jeune toute la vie [Rires]."

Certaines femmes auraient souhaité ne pas avoir de saignements lorsqu'elles étaient plus jeunes.

E14 " Ah ouais... jeune c'était pas... puis non si on avait une méthode pour plus les avoir je crois que j'aurais foncé. **[Donc pour vous une contraception où il n'y a plus de règle aurait présenté un avantage ?]** Oh oui ! Ah oui. Je sais que ça existe avec certains, je sais que ça existe mais j'étais plus vieille, c'était déjà moins... Je le ferais pas là... **[Pourquoi ?]** Pourquoi... je sais pas... parce que je suis trop... j'ai plus envie. Plus jeune ça m'aurait intéressé parce qu'on a une vie assez voilà les copains, la plage, le si le mi, les vacances... Puis là c'est un peu plus posé, c'est pas pareil. On vit avec maintenant [...] A 20 ans j'aurais aimé."

Le sang menstruel serait évoqué comme étant une habitude.

E17 " On s'y fait à la longue [...] Ça fait bientôt 13 ans. Au bout d'un moment on s'adapte."

Thème 5. Les hémorragies de privation ou l'aménorrhée induite.

1. Les critères de choix dans une contraception.

De nombreux critères de choix dans une contraception seraient évoqués.

E4 " Après moi la pilule idéale qu'au départ je voulais c'était des plaquettes du mois complet en fait, sans arrêt [...] parce qu'il y a la pause entre deux et que du coup on sait plus trop, j'ai fini ma plaquette, j'ai pas fini, à quel moment il faut la reprendre."

E9 " Je l'ai prise, je l'ai pas prise, j'ai pensé à l'amener quand je me déplace, j'ai pas pensé à l'emmener [...] {le stérilet} on avait pas à se soucier [...] Mon premier critère c'était surtout pas retomber enceinte."

E14 " Juste que ça soit un contraceptif et que ça soit pas prise de tête [...] La pilule, c'était je prends et j'arrête quand je veux, c'était d'une certaine façon le pouvoir de maîtriser."

E7 " C'était encore un geste invasif dans mon corps j'en voulais pas. Non j'en avais pas envie du tout, de ce corps étranger dans son propre corps."

E13 " Euh bon, aujourd'hui il y a le budget aussi, à l'époque c'est mes parents qui me le payait."

E17 " Ce que j'aimerais c'est avoir une contraception qui ne soit pas hormonale, voilà. Une contraception, le plus naturel possible, si vous voulez."

E22 " J'avais peur de grossir, d'avoir des boutons comme la plupart [Rires] des femmes se plaignent à cause des effets de la pilule. "

Mais les femmes évoqueraient également la présence ou l'absence des saignements menstruels comme un critère de choix.

E2 " Moi quand je parle avec des copines elles me disent mais t'es folle de vouloir tes règles tous les mois parce qu'elles ne veulent pas [Rires]. Elles, c'est libérées depuis qu'elles ont plus leurs règles."

E14 " Je voulais pas de stérilet, ça ne me plaît pas. Parce que c'est avec le stérilet qu'on a plus ses règles."

E3 " Alors j'aimerais bien que ça soit un peu moins violent hormonalement et honnêtement j'aimerais bien ne plus avoir mes règles."

E6 " [Est ce que le fait de ne plus avoir vos règles est un critère important ?] Oui !!! Je pensais euh quand vous avez posé la question, je pensais pas que le fait de saigner ou de ne pas saigner

rentrait là-dedans mais oui !!! "

La mère aurait un impact sur le choix d'une contraception.

E12 " Elle {ma mère} avait le stérilet. Je sais comment elle le tolérait, beaucoup de saignement, beaucoup d'agitation, ma mère, ma tante, tout un patacaisse comme on dit [...] Du coup c'est pour ça que j'avais beaucoup hésité et que j'ai mis l'implant."

E7 " [Est-ce que ça serait envisageable pour vous si vos filles se dirigeaient vers une contraception sans règle ?] Euh... j'aurais du mal... si le médecin me dit que c'est un bien pour elles, je le ferais parce que je suis assez docile et j'écoute les médecins, si on me prouve par A+B que c'est bien, maintenant si je reste sur mes propres idées je vais vous dire non [Rires]."

L'entourage aurait également un impact sur le choix d'une contraception.

E1 " Quand j'en parlais {de l'aménorrhée induite} autour de moi à d'autres femmes [...] toutes les femmes de 30-40 ans, mères de famille, mes collègues de travail me disaient mais faut pas faire ça, tu pourras jamais tomber enceinte, tu vas être complètement dérégulée, t'as plus de cycle."

E3 " J'ai eu beaucoup de mauvais retours de la part d'amies qui ont essayé {l'implant} qui m'ont dit que ça leur convenait pas ou que ça les perturbait trop voilà, en gros que c'était l'enfer qu'elles saignaient tout le temps."

E11 " Aujourd'hui, c'est parce que des copines en ont et qu'elles m'en parlent {de l'aménorrhée induite} en me disant que pour elles c'est génial etc., donc c'est pour ça que je me suis posée la question."

E16 " Oui j'en ai parlé avec mes collègues de travail, mes amies, pour avoir des retours, qui étaient sous Lutéran® [...] J'avais besoin d'avoir des témoignages de gens qui me disaient « ne t'inquiète pas c'est super », d'être rassurée par l'entourage voilà."

2. Les différents choix concernant le sang dans la contraception.

Certaines femmes n'auraient pas eu le choix du sang dans leur contraception.

E9 " Moi dès le départ je savais ce que je voulais hein. Sauf qu'on me l'a pas posé comme ça, presque il y avait qu'un moyen [...] la pilule c'était forcément avoir ses règles [...] Si dès le départ on m'avait dit qu'il y a un moyen de contraception et vous avez plus vos règles mais j'aurais coché immédiatement, tout de suite. Sauf que bon moi je pensais pas ça possible."

E17" J'ai une hépatite [...] Dès que je peux je reprends une pilule où je saigne."

E21 " [Et si on vous propose une contraception sans règle... Ça vous irait ou vous préférez avoir vos règles ?] ...ça c'est la première fois que quelqu'un me fait cette question..."

Certaines femmes exprimeraient leur volonté d'avoir des hémorragies de privation.

E2 " Il {le médecin} m'a dit que si je voulais ne pas avoir mes règles, je pouvais enchaîner mes plaquettes de pilule sans arrêt de 7 jours. Justement moi, je fais l'arrêt volontairement [Rires]."

E7 " De ne plus les avoir ?... Non, [Rires], j'aime bien, non, ça me gêne pas, [Rires], j'aime bien je suis bien quand je les ai."

Le choix du sang serait également révélateur de la peur qu'engendrerait une aménorrhée induite. Les femmes exprimeraient leur désapprobation envers une possibilité qu'elles trouveraient contre nature.

E2 " Je peux pas l'expliquer mais je trouve ça normal d'avoir ses règles tous les mois. C'est normal. Après c'est contre nature de ne plus les avoir."

E17 "Avoir ses règles, c'est quelque chose de sain. C'est comme manger, boire, aller aux toilettes, euh, c'est dans la même continuité."

E23 " On impose une ménopause que je peux dire, forcée et ça va pas au corps."

Leur désapprobation serait également dictée par la peur.

E8 " Non [grimace], je sais pas ça me ferait peur de ne pas avoir mes règles, ça serait pas naturel...[...] Cette contraception ça me ferait vraiment trop peur."

Les femmes exprimeraient leur crainte vis-à-vis d'une grossesse qui passerait inaperçue du fait de l'aménorrhée.

E4 " Et même si elle a été prise correctement ça m'inquiète quand même parce que j'ai toujours peur qu'il y ait une petite faille et que ça fonctionne pas..."

E10 " A l'époque j'avais un copain donc voilà c'était un peu compliqué, ça me faisait stresser à chaque fois que... que je les avais pas [...] à tomber enceinte quoi [Rires nerveux]."

Cette peur ferait écho à la représentation du rôle procréatif des menstruations. Pour ses femmes, une contraception hormonale couplée à une aménorrhée induite augmenterait les risques de stérilité.

E15 " [...] si on prenait des hormones trop tôt ça pouvait être une difficulté pour enfanter par

la suite [...] En sachant en plus que moi j'ai eu mes règles qu'à 17 ans."

E19 " Vous vous placez un stérilet ou la pilule, on peut ne pas avoir d'enfant après. Non [mouvement de tête]. Faut pas enlever les règles comme ça [...] **[Donc pour vous on peut prendre une contraception qui bloque les règles mais après avoir eu des enfants ?]** Exactement. Voilà après les enfants."

E22 " La contraception c'est des risques, alors faut pas surajouter les risques en bloquant les règles, je pense."

Mais également le risque de diverses maladies.

E5 " Je me demanderais si je peux les avoir {mes règles} encore après, si c'est normal."

E10 " Je pense pas que ça s'accumulerait énormément mais [...] si j'expulse pas tout, je sais pas du tout ce qui peut se passer... en fait... peut-être que ça pourrait à l'intérieur ? [...] Je sais pas ce que ça ferait si ça restait trop longtemps à l'intérieur ... peut-être ça ferait rien du tout mais... bon c'est plus confortable de me dire c'est plus à l'intérieur, c'est une gêne en moins [...] quand je suis pas bien physiquement, mentalement ça va pas non plus."

E11 " Après c'est normal aussi la médecine, il y a la recherche, faut une évolution mais n'empêche qu'on joue sa santé."

E13 " Ma belle-mère, un jour, m'a dit [...] que ça l'étonnait pas qu'il y ait de plus en plus de femmes qui avaient le cancer du sein parce qu'elles prenaient des pilules qui ne leur donnaient plus de règles et donc c'était pas naturel du tout et qu'il devait y avoir quelque chose."

E22 " Je pense que ça aurait peut-être des conséquences autres sur le corps. **[Sur la santé ?]** Sur le système immunitaire, sur la santé, oui bien-sûr. Des maladies... après je suis pas euh, je ne connais pas de maladie qui peuvent jouer sur ça éventuellement. Mais je pense qu'il y a des risques oui."

Les femmes ayant exprimé tout d'abord l'indifférence auraient avoué avoir une préférence en faveur des saignements menstruels.

E12 "Pfff, je préfère les avoir, c'est pas important, juste je préfère. Je respecte mon corps comme il est. Mes règles, c'est mon fonctionnement personnel, de femme [...] Sans, ça ne me conviendrait pas."

E13 " Non, moi je m'en fous de saigner ou pas saigner [...] Non, en fait ça me rassure d'avoir mes règles, vous allez me dire en quoi ça me rassure hein ? Ben, je sais pas, je réfléchis... avoir mes règles avec ma pilule c'est quand même avoir un cycle, que tout fonctionne comme ça."

Certaines femmes auraient présenté une dichotomie entre leur connaissance et leur vécu.

E2 " Je ne serais jamais sûre de ne pas être enceinte. C'est un a priori que j'ai, je sais que la pilule bloque l'ovulation mais c'est comme ça dans ma tête..."

E11 " **[Ça vous semblerait plus naturel avec une contraception où vous saignez ?]** Non, non, euh...pfff...Oui peut-être alors qu'apparemment ça change pas grand-chose... [...] C'est là le paradoxe entre ce qu'on pense et ce qu'on fait [Rires]."

E13 " C'était pas naturel, surtout quand j'avais plus mes règles en fait. Alors que pourtant je savais que les autres règles n'étaient pas plus naturelles."

D'autres exprimeraient l'importance de l'aménorrhée induite dans leur contraception.

E9" **[Donc si on peut résumer une contraception sans règle présente un avantage supérieur ?]** Pour moi, oui ! Ah oui, oui, pour moi oui, complètement, ah oui oui oui. C'est un plus considérable. C'est une liberté. C'est un critère de choix absolu. Je trouve ça formidable d'être une femme le seul inconvénient pour moi c'était justement les règles. Donc il me reste que le formidable d'être une femme. "

E19 " Alors ressaigner hors de question [Rires]. Ah non, franchement. "

Le choix de l'aménorrhée induite serait révélateur de la présence de troubles liés aux saignements. Les femmes exprimeraient un sentiment de liberté.

E9 " J'ai trouvé ça extraordinaire ! [...] Quand j'ai été libérée de ça, c'est pfff... j'ai presque envie de dire [Sourit] que c'était une renaissance [...] C'était vivre mon état de femme en toute liberté euh et sur les rapports sexuels et sur tous les gestes et le rythme de la vie [...] J'étais plus fatiguée, cet épuisement tous les mois où pendant une semaine t'es complètement hors circuit, ça c'était formidable, je récupérais de la vie quelque part."

E15 " Avec cette contraception je revis.... [...] c'est bien pour ma vie sociale... et ouais parce que ça tuait tout. Tout le temps fatiguée au travail, tout le temps fatigué à la maison... [Rires]."

E16 " Je l'ai très bien supporté, très bien vécu, le fait de ne plus avoir mes règles j'ai été soulagée, euh parce que j'ai retrouvé la forme [...] j'ai vraiment un bien-être, un confort de vie, tout a changé... dans mes loisirs, dans mes, même dans mon intimité, je veux dire, il n'y a plus de date à prendre, il n'y a plus de pause, chacun fait ce qu'il veut, vous voyez ce que je veux

dire ? On est vraiment libre. C'est même très bien de ne plus avoir de protections, de s'habiller comme on veut, d'utiliser des couleurs que l'on veut... Une libération à tous les niveaux."

Le choix de l'aménorrhée induite serait également vécu comme un traitement médical.

E15 "Du moment où il y a une raison médicale derrière ça n'a pas un impact euh on va dire, comment dire... que c'est mal vu. Parce que tu es malade, c'est comme pour le ramadan. Après sans raison médicale, c'est aller contre la décision de Dieu."

E16 " [...] ma vie était en danger. Donc j'ai pas bloqué par caprice [...] On m'a proposé ce traitement-là donc du coup ça a bloqué je n'ai plus eu de règles [...] Je me suis présentée comme une patiente, je voulais un traitement... et on m'a proposé celui qui existait."

Malgré un refus initial, les femmes se seraient rendues compte a posteriori des avantages de l'aménorrhée induite.

E11 " J'ai été obligée de prendre la Cerazette®, c'était pas un choix, parce que j'avais eu des problèmes potentiels de phlébite [...] Si c'est pour continuer à prendre des hormones tous les mois et en plus avoir mes règles, ça serait vraiment con [Rires], autant s'en passer. Ouais, finalement c'était pas un choix voulu [...] maintenant non je l'échangerais pas."

*E14 " Moi je n'ai pas de règles. J'ai une contraception en continue. Parce que j'ai une endométriose et que justement mes règles sont trop douloureuses. Donc on m'a mis en ménopause artificielle [...] C'est une obligation, totalement [...] **[Mais aujourd'hui, le fait de ne plus avoir vos règles est un critère de choix]** Totalement, un critère de choix absolu même."*

E15 "J'aurais pas bloqué mes règles, non [...] j'ai fait des bilans, les résultats étaient alarmants, j'ai pas eu le choix [...] Après ça fait tellement de temps, ça va faire 6 ans, facilement, oui bien 6 ans, que, qu'on s'habitue vraiment hein... [Sourire] aux bonnes choses."

Malgré un bien-être en aménorrhée, les femmes exprimeraient la crainte d'une menace latente.

E1 " Ben je me dis est ce que la pilule ne bloque pas, tout est régularisé [montre son ventre]. Le jour où je dois arrêter la pilule où je suis ménopausée est-ce que je risque pas de développer ... [...] est-ce que je risque pas d'avoir un petit polype, des petits kystes, des hormones qui vont déclencher des choses comme ça et est-ce que ça va pas me provoquer des soucis après par la suite."

E6 " Après je sais pas si c'est vrai ou que c'est n'importe quoi et qu'il faudrait que j'arrête parce qu'il va m'arriver des soucis [Rires]. "

E11 " [...] j'ose espérer que ce qu'on dit aujourd'hui ne va pas être dans 10 ans ben finalement on s'est rendu compte que ci que ça. "

E14 " Après euh, est-ce que ça a vraiment euh une incidence sur le fait après le jour où on se le fait enlever {le stérilet hormonal}, est ce que ça {le sang} revient correctement ou pas correctement, je sais pas. "

DISCUSSION.

Les forces et les faiblesses de l'étude.

1. L'intérêt du travail.

Dans la littérature, il existe peu d'études qualitatives récentes s'intéressant aux représentations des menstruations des patientes. L'intérêt de notre travail a donc été de les mettre en exergue, en espérant ainsi améliorer la qualité du choix contraceptif.

L'étude qualitative est la méthode de choix pour explorer des domaines subjectifs et intimes. Les entretiens individuels ont permis une liberté de parole, non reproductible dans les entretiens collectifs et l'enregistrement des entretiens a favorisé un espace d'échange, les confidences, et a limité les oublis et les interprétations.

Le recrutement des femmes dans des lieux variés a permis d'obtenir un panel de femmes ayant des caractéristiques d'âge, de classe socio-économique et d'accès aux informations médicales, sur les menstruations et la contraception, différentes. Cet échantillon a permis d'analyser les représentations de la population féminine concernée et leurs réponses, bien que complexes et très souvent développées, donnaient une idée assez précise de leur ressenti vis-à-vis de leur sang menstruel.

2. Les faiblesses de l'étude

a. Le biais de sélection.

Le biais de sélection est inhérent à la méthode qualitative.

Le volontariat, la base du recrutement, pourrait être à l'origine d'un biais sur-sélectionnant les femmes plus sensibilisées sur le sujet. Pour limiter ce biais, l'étude a été présentée aux femmes comme portant sur la contraception et les saignements menstruels n'ont été évoqués que lors de l'entretien. Le fait que le sujet n'était pas spontanément annoncé avait également pour but d'éviter des refus à cause du caractère tabou des saignements menstruels ou que les femmes puissent préparer des réponses socialement acceptables.

De plus, ce biais a été limité au possible en multipliant les lieux de recrutements afin d'éviter que les réponses sur la contraception ou les menstruations soient médecins-dépendants. Ce biais a été par exemple bien retrouvé dans les deux premiers entretiens E1 et E2 où elles énoncent les mêmes réflexions de leur médecin.

b. Le biais de confusion.

Afin de le limiter, l'âge et la classe socio-professionnelle ont été pris en facteurs de confusion.

Le seuil de l'âge à 35 ans nous a paru pertinent car c'est un âge charnière dans les recommandations sur la contraception (62), les risques cardio-vasculaires augmenteraient avec l'âge et les contre-indications de la contraception évolueraient, nécessitant une réévaluation voire une modification de la contraception.

Le marqueur de la classe socio-professionnelle a été décidé, de manière arbitraire pour permettre une certaine facilité de réalisation, à une affiliation ou non à une couverture médicale universelle.

c. Le biais de mémorisation.

Le biais de mémorisation serait dépendant de la qualité des réponses recueillies. Et si les entretiens individuels permettaient de s'affranchir au maximum des tabous sociaux liés au sang menstruel, la présence même de l'enquêteur ou de l'appareil enregistreur pouvait être à l'origine d'omissions des femmes dans leurs réponses. Par ailleurs, le fait que l'enquêteur soit un médecin a pu orienter les réponses des patientes vers des aspects spontanément médicaux. Face à un non-soignant les réponses auraient pu être différentes.

Toutefois, le fait que l'enquêteur soit une femme aurait pu favoriser les confidences.

Certaines questions auraient pu induire chez les femmes interrogées une réponse superficielle ou une mauvaise compréhension, notamment chez celles n'étant pas francophone initialement. C'est pourquoi, afin de limiter les pertes de données, les questions du guide d'entretien ont été revues et modifiées par deux fois au total.

d. Le biais d'interprétation et d'analyse.

Pour finir, ce biais est lié à l'enquêteur. Les entretiens, la retranscription en Verbatim et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne, de plus, non expérimentée, impliquant une possible orientation dans les entretiens ou leur retranscription. Pour lutter contre ce biais, nous avons effectué une triangulation des données.

Une fois retranscrites, certaines informations recueillies n'étaient pas exploitables et il était difficile de les insérer dans une thématique, elles ont donc été supprimées.

e. Concernant les critères de changement de contraception.

La religion n'a pas pu être étudiée dans notre étude, du fait d'autorisation particulière, du refus de la PMI et de la réticence des femmes interrogées. Nous avons étudié, par ailleurs, les critères du mode de vie ou de la sexualité, de l'entourage, de l'histoire de vie et de l'âge.

Les représentations du sang menstruel et les comportements associés.

Hippocrate et Aristote ont influencé les connaissances médicales pendant près de quinze siècles. Le corps des femmes a été considéré comme imparfait et faible, et le sang menstruel comme néfaste et honteux près de 2000 ans. Il faudra attendre la Renaissance pour observer une évolution des pensées.

1. La ménarche.

A partir des années 1980, les travaux en psychologie du développement suivants ont permis d'étudier, auprès de jeunes filles, le lien entre l'âge, l'information, la préparation à la ménarche et l'expérience ménarchale, le statut de femme et l'image de soi.

La ménarche constituerait une expérience négative et angoissante pour la majorité des jeunes filles, les poussant à accorder plus d'importance à leur corps sexué. (63)

Toutefois, le savoir pourrait jouer un rôle déterminant. Chez les jeunes filles précoces ou non préparées la réponse émotionnelle serait liée à des symptômes plus importants de honte et de dégoût, et une image de soi plus négative. (64) A l'inverse, une meilleure information vis-à-vis de la ménarche permettrait aux jeunes filles de se sentir mieux préparées à leur ménarche et modérerait l'intensité de l'affect négatif. Ces femmes accepteraient plus facilement les changements de leur corps et leur statut féminin. (65)

Par ailleurs, plus les femmes seraient âgées au moment de leur ménarche, plus elles seraient susceptibles de rapporter une expérience initiale positive. A l'inverse, une ménarche précoce vers 8 ou 9 ans, serait à l'origine de réactions plus sévères, voire d'une ménarche traumatique et ce à cause d'un manque de préparation à la ménarche et d'un déphasage important avec ses semblables. Celles qui considéreraient le moment comme n'étant pas opportun présenteraient une expérience ménarchale plus négative. (66) Le déphasage physique aurait un impact négatif sur l'estime de soi, l'acceptation des pairs et la popularité auprès du sexe opposé. (67) (68) (69)

La ménarche serait utilisée comme référence pour se comparer aux autres et percevoir sa position dans le groupe. La principale raison pour laquelle les filles souhaiteraient leur ménarche serait d'être semblables aux autres filles et de ne pas être différentes de ses amies. (64)

Le vécu de la ménarche serait impacté par les expériences somatiques et psychologiques dont la jeune fille a entendu parler ultérieurement. C'est ainsi que certaines croyances culturelles influenceraient l'expérience ménarchale et seraient maintenues cycliquement tout au long de sa vie sans vraie relation. (64)

Dans notre étude, nous avons également observé certains facteurs rassurants tels l'information et la préparation avant et l'accompagnement et la réassurance pendant la ménarche. Nous avons aussi constaté le phénomène de calendrier ménarchique et l'importance d'être et de rester semblable aux autres.

D'un point de vue professionnel, il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une consultation médicale entièrement dédiée à l'information de la ménarche sur le vécu de leur expérience ménarchale et à long terme sur leurs représentations du sang menstruel. Cette consultation pourrait entrer dans le cadre d'une consultation obligatoire aux débuts de la puberté, car il faut savoir que l'information scolaire n'a lieu qu'en 4^{ème} soit entre 13 et 14 ans pour une moyenne de ménarche estimée à 12.6 ans. Il serait utile d'inclure les mères lors de cette consultation car elles seraient un vecteur des représentations du sang menstruel. Puis pour certaines, n'ayant eu aucune information de leur propre mère, l'éducation de leur fille leur serait impossible.

2. Après la ménarche.

A partir des années 1980, plusieurs études se sont intéressées également à la relation entre la symptomatologie menstruelle et les attitudes associées. La création et l'utilisation d'un questionnaire sur les attitudes menstruelles (MAQ) aurait permis de mettre en relation l'expérience de la ménarche avec le statut de femme, les attitudes menstruelles, et la sexualité adulte. (70) L'expérience de la ménarche aurait un impact à long terme sur la définition de la menstruation car elle se produirait à une période de développement notable dans la construction de l'adulte et elle représenterait la transition nette entre la fin de l'enfance et une identité de femme. (71) (72)

Les sentiments dus au changement de statut social seraient ambivalents, la fierté d'être

devenue une femme serait liée à une gêne voir même à de la colère. Les filles non informées associeraient systématiquement le sang à la souillure et à la saleté. (73) Les jeunes filles vivant leur ménarche négativement (tabou, honte ou dégoût) considèreraient leur statut de femme comme étant plus contraignant et les sentiments de honte, d'humiliation, de dégoût et de peur seraient plus fort chez celles qui auraient tâché leurs vêtements. Ses sentiments seraient également renforcés par les moqueries des garçons. (66)

La construction d'une représentation négative passerait également par l'association du sang menstruel avec des douleurs et des troubles de l'humeur. La dysménorrhée serait un phénomène récurrent, pouvant être associée à des nausées, des vomissements, une anorexie, des diarrhées, des céphalées, des vertiges, une asthénie, des troubles du sommeil avec irritabilité et labilité émotionnelle voire une dépression. Dans une étude française de 1999, la prévalence d'un syndrome douloureux paroxystique associé aux menstruations aurait été de 21% dont 57% à tous les cycles et 28% un cycle sur deux. 31% auraient déclaré souffrir depuis leur ménarche, 34% un an après, et 20% deux ans plus tard. Une association dysménorrhée et syndrome prémenstruel aurait été observée dans 26% des cas. Contre la douleur, 29% d'entre elles, prenaient des antalgiques simples mais pour la plupart qu'occasionnellement, 11% des anti-inflammatoires, 4% une contraception et autant pour l'homéopathie (74).⁶² Ainsi, à la fin du XXème siècle, près de 50% considéraient encore que la douleur faisait partie intégrante des menstruations, une fatalité de leur condition de femmes. En 2016, la prévalence de la dysménorrhée varierait de 36.4% à 62,3 % selon l'âge et l'origine ethnique. Seulement un tiers des femmes ne présenteraient aucun symptôme douloureux (75).⁶³ Il est actuellement considéré qu'une femme souffrant de dysménorrhée sur 10 serait en fait atteinte d'endométriose. Les douleurs seraient également ressenties lors de l'ovulation, et de manière intense chez certaines femmes atteintes de la maladie de Von Willebrand (76).⁶⁴

Les critères de normalité du sang menstruel seraient également impactés par les représentations et les expériences de l'entourage féminin. Des antécédents familiaux (mère, grand-mère, sœur) ont été retrouvés chez 39% des adolescentes souffrant de dysménorrhée. (13) (77) Par ailleurs, il ne serait pas aisé pour une femme de déterminer si sa quantité de sang menstruel serait normale ou non notamment chez les femmes atteintes de trouble de l'hémostase

⁶² Cette étude sur 4.203 adolescentes, de 14 à 18 ans, aurait permis de connaître, en extrapolant, la prévalence des dysménorrhées dans la population générale française.

⁶³ La prévalence serait augmentée chez celles originaire d'Afrique du Nord et subsaharienne et diminuée chez celles originaires d'Asie. Les auteurs estimerait que 6 960 649 femmes de femmes en France souffriraient de dysménorrhée.

⁶⁴ Durant l'ovulation, il n'est pas rare d'observer un léger saignement ovarien. Chez les femmes atteintes de la maladie de von Willebrand, ce saignement peut être important et provoquer d'intenses douleurs.

(maladie de Von Willebrand ou hémophilie) car souvent les femmes de la famille souffrent du même symptôme et donc personne ne constate d'anomalie (78).⁶⁵

Les ménorragies seraient un motif fréquent de consultation et concernerait environ 15% des femmes entre 30 à 49 ans. De plus, elles seraient responsables d'anémie, d'asthénie ainsi que d'absentéisme scolaire ou professionnel. (79) Or, une des difficultés diagnostiques réside dans le fait que 40% des pertes sanguines menstruelles seraient sous évaluées et 14% surévaluées par les patientes.

Environ 30% des femmes souffrant de ménorragies bénéficieraient d'une hystérectomie et dans 50% des cas, aucune anomalie gynécologique ne serait mise en évidence. Dans 20% des ménorragies, des anomalies de l'hémostase seraient trouvées. La principale cause serait la baisse du facteur de Willbrand, puis plus rarement un déficit en facteur XI, une hémophilie A ou B, un déficit sévère en facteur V, VII, XIII, en fibrinogène ou bien encore une dysfonction plaquettaire. ⁶⁶ (76) (78) (80)

Dans notre recherche, nous avons ressenti la brutalité de la transition entre l'enfance et le statut d'adulte lors de la ménarche. Contrairement à l'étude de Mardon, les femmes que nous avons interrogées présentaient peu de sentiments ambivalents, la ménarche était, pour la plupart un souvenir négatif ou positif. Les femmes souffrant de dysménorrhée, de ménorragie, ou vivant ses saignements avec dégoût ou honte étaient plus éprouvées par les contraintes.

La prévalence des dysménorrhées et des ménorragies resterait importante, et dès la ménarche pour certaines. Le dépistage de la douleur devrait être systématique car la fatalité et la normalité de la douleur est transmise entre les générations. A travers le dépistage des ménorragies, l'on pourrait dépister, les femmes à risque accru d'anémie ou d'absentéisme, ainsi que les troubles hémostatiques. Et afin de limiter le biais d'interprétation, l'utilisation du score de Higham permettrait une évaluation objective des saignements menstruels car il se fonde sur

⁶⁵ Société canadienne de l'hémophilie. "Les femmes de notre famille saignent toutes beaucoup durant leurs règles". Un cycle menstruel est normal s'il survient tous les 21 à 35 jours, si la durée des saignements est de 4 ± 2 jours avec une perte sanguine estimée en moyenne à 35-40 ml. Les ménorragies correspondent à une perte supérieure à 80 ml soit un flux menstruel abondant pendant 3 jours ou persistant pendant plus de 7 jours.

⁶⁶ 10 à 20% des femmes souffrant de ménorragies seraient atteinte d'une baisse du facteur de Von Willbrand. Et 50 à 75% des femmes atteintes d'une maladie de Von Willbrand présenteraient des ménorragies.

Le déficit en facteur XI est une anomalie rare (prévalence 1/1 000 000), cependant, elle serait plus fréquente dans les populations juive ashkénaze (entre 4 et 11%) et dans la population basque. Pour des taux identiques de facteur XI, le syndrome hémorragique serait variable.

Les conductrices d'hémophilie ont peu de problèmes hémorragiques car en général leur taux de facteur VIII ou IX est d'environ 50%. Cependant, environ 10% des femmes conductrices présenteraient des ménorragies (taux de facteur VIII ou IX plus bas ou une anomalie de l'hémostase associée).

Des anomalies de la fonction plaquettaire telles que la maladie de Bernard-Soulier ou de Glanzmann sont à l'origine de ménorragies extrêmement invalidantes. Les femmes noires présenteraient une prévalence de la maladie de von Willebrand plus basse mais des thrombopathies à l'origine de ménorragies plus élevées.

Lors de 2400 consultations ambulatoires d'hémostase (hors hémophilie) sur des femmes âgées en moyenne de 34 ans, 42 présentaient des ménorragies dont 9 souffraient d'une baisse du facteur de von Willebrand, 3 de dysfonction plaquettaire, 1 d'un déficit en facteur XIII et 1 était conductrice de l'hémophilie A.

le calcul du nombre de serviettes hygiéniques ou de tampons et de leur degré d'imprégnation visuelle quantitative.

Les représentations du sang menstruel et les comportements contraceptifs associées.

Depuis les années 2000 de nombreuses méthodes contraceptives en continu ont été commercialisées en France. Ces méthodes sont présentées en ayant comme inconvénient d'induire une aménorrhée. Et alors que l'administration cyclique n'est fondée sur aucun intérêt biologique, ni sur aucune étude, de nombreux travaux cherchent à démontrer une absence de nocivité de l'aménorrhée induite.

1. La liste des critères de choix.

Les 4 critères fondamentaux d'une contraception seraient innocuité, efficacité, réversibilité et acceptabilité.⁶⁷ En 2010, les critères de choix retrouvés chez des femmes françaises ont été la facilité d'utilisation (44%), le degré d'efficacité (20%), le prix et l'absence de douleur lors de la pose ou de l'utilisation (11%), l'absence d'effets secondaires (5%), l'absence de gêne pour le partenaire (3%), le taux de remboursement par la sécurité sociale et la fréquence d'utilisation (2%) et l'absence de contre-indication (1%) (81). Chez les femmes congolaises, le choix dépendrait également du désir du couple, des convictions religieuses, des possibilités offertes par le pays et de la pudeur (82).

Lors d'une étude internationale⁶⁸, la majorité des femmes interrogées souhaitaient un retour rapide de la fécondité après l'arrêt de leur contraception, 42% auraient consenti de changer pour une méthode plus efficace même si leur cycle menstruel se modifiait et 58% accepteraient temporairement des saignements irréguliers si au final, cela leur permettait une diminution des saignements menstruels. Par ailleurs, la crainte de la méthode contraceptive ou de ses effets secondaires notamment la présence d'hormones participerait au non-choix, 53% auraient eu des inquiétudes sur les œstrogènes et 80% seraient prête à changer de contraception pour diminuer la dose d'œstrogènes. Enfin, 74% préféreraient une pilule combinée oestro-

⁶⁷ L'efficacité traduit un taux de grossesses accidentelles devant être négligeable ($\leq 0,5\%$ d'échec). L'acceptabilité, définit une méthode facilement utilisable. La réversibilité exprime la possibilité à recouvrir une fécondité après arrêt de la pratique contraceptive. Et l'innocuité implique que la méthode contraceptive ne doit pas altérer la santé, au sens large, du couple.

⁶⁸ Etude réalisée aux Etats-Unis, au Royaume Uni, en France, en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Brésil, en Australie et en Russie, sur 5120 femmes avec une moyenne d'âge de 31 ans.

progestative (83).

En 2014, une étude qualitative française aurait retrouvé des critères de choix similaires, mais également l'importance de l'absence de contrainte ainsi que les avantages non contraceptifs. Par ailleurs, une étude aurait estimé que pour 53% des femmes interrogées, la liberté sexuelle impacterait leur choix contraceptif, or seulement 28,1 % en auraient parlé lors de leur consultation en vue de la contraception (84).

La liste des critères de choix de notre étude est très ressemblante aux études précédentes mais on y retrouve notre critère étudié concernant le sang menstruel. Ce critère serait non évalué dans l'acceptabilité d'une contraception. Or, l'absence ou la présence du sang menstruel semblerait avoir un impact important sur le choix mais surtout sur le vécu et donc l'observance d'une contraception.

Selon la représentation et la compréhension des hémorragies de privation, deux groupes se distinguent, celles pour qui saigner est primordial et les autres. Dans les deux cas, les explications avancées par les femmes reflètent un manque de connaissance sur ce sujet qui les concerne toutes.

Les femmes ignoreraient l'origine de leur sang et cette méconnaissance laisserait beaucoup de place aux préjugés et aux craintes, personnelles, familiales ou socio-culturelles.

2. Les craintes engendrées par la contraception hormonale et l'aménorrhée.

L'accès et le bon usage de la contraception se heurteraient à une série d'obstacles de nature psychosociologique. Les femmes vivraient leur contraception comme une menace, et l'aménorrhée serait un facteur de risque surajouté.

a. Une menace pour la santé.

Malgré de nombreuses études rassurantes (85) (86) (52) (87) (60), les femmes resteraient inquiètes quant au risque de cancer sous contraception hormonale.

En ce qui concerne le risque cardio vasculaire, les connaissances des patientes seraient aussi très limitées. (60) ⁶⁹

⁶⁹ Les accidents vasculaires artériels seraient dus à des facteurs de risque personnel (tabagisme, hypertension artérielle, migraines avec aura, hypercholestérolémies, diabète, obésité, âge supérieur à 40 ans) et héréditaires (antécédents d'AVC

La contraception hormonale orale ne serait pas à risque de dysfonctionnement immunitaire contrairement à ce qui a pu être évoqué par une femme lors de nos entretiens (89) (90) (91).

L'acné et la prise de poids resteraient des effets secondaires très craint par les femmes lors de l'instauration d'une contraception hormonale et en 2010, près d'un quart des français pensaient que la pilule faisait grossir (24%) (92).

b. Une menace pour la fécondité et dans la surveillance d'une absence de grossesse.

De nombreuses femmes ont évoqué la peur de devenir stérile ou la peur de ne plus présenter de saignement menstruel à l'arrêt d'une contraception hormonale induisant une aménorrhée. Une étude de 2010, dans la population générale française aurait retrouvé qu'un quart des français pensent que la pilule pourrait rendre stérile (22%) et cette proportion serait d'un tiers chez les 15-20 ans. Par ailleurs, 50% des français pensent que le stérilet n'est pas adapté aux nullipares (92). Là encore nous pouvons noter un décalage important entre les données de la science et les représentations des patientes.

Dans une étude lyonnaise, axée sur l'aménorrhée induite dans la pratique de médecins généralistes, le premier inconvénient cité par les médecins, d'après leurs patientes, seraient la peur d'une découverte de grossesse tardive (54).

Depuis le développement des méthodes contraceptives, 2^{ème} moitié du XX^{ème} siècle, et la dissociation complète entre la sexualité et la fécondité par la légalisation de la loi Veil en 1975, le statut familial et social de la femme a connu un bouleversement (autonomie financière, carrière professionnelle). La fécondité sous contrainte devient la fécondité choisie. A partir des années 1990, la contraception aurait rationalisé le projet parental, le nombre d'enfant, la période de naissance ou l'espacement des grossesses désirées (93). Or d'après l'indice de Pearl, la couverture contraceptive ne serait pas efficace à 100% et même si l'interruption volontaire de grossesse est légalisée, les femmes évoqueraient leur décision "comme une solution moralement problématique, voire critiquable, ou comme un mal nécessaire", rendant "l'évènement empreint de sentiments contrastés faits de nécessité et de culpabilité" (94). Cette

avant 50 ans). Le risque d'accident thromboembolique veineux serait dû à des facteurs de risque préexistants mais également propre à chaque association oestro-progestative, il dépendrait à la fois de la dose d'œstrogène et de la génération du progestatif associé.

Chez les moins de 30 ans, le risque d'AVC serait de 6 cas/1 000 000 femmes/an chez les non utilisatrices de pilule versus 15 cas chez les utilisatrices. Chez les moins de 40 ans, on retrouverait 5 à 10 accidents thromboemboliques/100 000 femmes/an chez les non utilisatrices de pilule versus 20 à 40 accidents (soit une fréquence de 0,02% à 0,04%) selon le type de pilule utilisée. Chez les moins de 45 ans, le risque de décès suite à une thrombose veineuse sous pilule oestroprogestative serait de 7,5 décès pour 1 million d'utilisatrice par an (soit 0,0000075% des utilisatrices par an).

crainte récurrente de tomber enceinte pourrait être liée à la crainte d'une défaillance de la contraception alors que la grossesse ne serait pas programmée avec un sentiment accru de culpabilité face à la solution de l'IVG. Et alors que l'écoulement sanguin mensuel soulagerait cette crainte, l'aménorrhée induite l'amplifierait.

La logique médicale tendrait à prescrire la méthode la plus efficace. Cependant elle se heurterait à des représentations psychologiques et sociales qu'elle ne prendrait pas suffisamment en compte. La prescription de la contraception doit être médicalisée mais également humanisée et personnalisée (92) La meilleure contraception en termes d'efficacité serait une contraception que la femme prend parce qu'elle lui convient.

c. La menace de saignements itératifs

Les effets secondaires à type de spotting ou d'aménorrhée seraient décrits chez 18 à 26% des utilisatrices et pourraient être une cause importante d'abandon de la contraception (95). Toutefois, l'information de la présence fréquente d'effets secondaires dans les trois premiers mois d'utilisation permettrait aux femmes d'avoir une meilleure tolérance et donc un renforcement de l'observance. (96) De plus la tolérance serait personnelle et une femme pourrait accepter les spotting ou l'aménorrhée si par ailleurs d'autres de ces symptômes sont régulés, comme nous avons pu le constater chez les femmes de notre étude atteinte d'endométriose ou de méno-métrorragie. La volonté de la patiente semble encore une fois prédominer (52).

Il serait imaginable que dans une contraception choisie par la patiente, la motivation soit meilleure et qu'il existe moins de conflits psychologiques entre la méthode et ses croyances, entraînant de ce fait une meilleure observance, donc moins de spotting dus à des oublis et une meilleure tolérance des effets secondaires. Les préjugés et les craintes sont tenaces, reflétant un manque d'information ou d'appropriation de l'information, pouvant renvoyer à des réticences personnelles ou collectives plus ancrées (92). Donc un choix initial éclairé par une information scientifique loyale, claire et bien documentée délivrée par le médecin prescripteur pourrait permettre une réassurance des femmes dans leur contraception. (60)

Toutefois, les données actuelles concernant l'aménorrhée sous œstroprogestatif en continu, sont plutôt rassurantes mais elles ne permettraient pas de déterminer les effets secondaires en cas d'une prise continue prolongée. Des études complémentaires seraient nécessaires.

3. L'aménorrhée, un sentiment de liberté.

Il existe peu d'études sur l'impact négatif des menstruations sur les femmes françaises. Les femmes auraient honte d'acheter des protections hygiéniques. Les règles d'hygiène, le port de protections hygiéniques et la restriction des activités seraient vécus négativement (66).

Aux Etats-Unis, l'inconfort menstruel serait le premier motif de consultation gynécologique, soit 40% des motifs de consultation des plannings familiaux (54). Les femmes souffrant d'une dysménorrhée primaire signaleraient une diminution de leurs activités quotidiennes dans 51% des cas et un absentéisme, au moins une fois dans l'année dans 17% des cas. Seulement 72% des femmes présentant des ménorragies seraient susceptibles de travailler comme les femmes présentant un flux menstruel normal et l'absentéisme au travail seraient estimées à 1692 dollars par an et par femme (97).

L'aménorrhée, pour certaines femmes, représenterait un sentiment de liberté et de confort dans les activités quotidiennes telles que les loisirs, le travail et la sexualité. 80,5% des femmes néerlandaises interrogées préféraient des périodes moins douloureuses, plus courtes voire une aménorrhée (98). 59% des femmes américaines et jusqu'à 70% des canadiennes interrogées auraient été intéressées par une diminution de la fréquence des saignements et un tiers des femmes américaines et 50% des canadiennes de plus de 45 ans avaient souhaité une aménorrhée induite (54). Une étude a proposé à des femmes sous contraception oestro-progestative de prendre leur pilule en continu sur 6, 9, 12 semaines ou indéfiniment. 91% d'entre elles ont accepté et 59% ont poursuivi leur contraception en prise continue, elles ont été nombreuses à refuser de saigner de nouveau en déclarant que l'aménorrhée améliorerait leur qualité de vie. Toutefois, il aurait été constaté que les femmes ayant une bonne relation avec leur corps et une attitude positive envers la menstruation sembleraient y trouver moins d'intérêt (52).

4. Le sang menstruel, une option thérapeutique ?

De récentes découvertes⁷⁰ sur la présence de cellules souches dans le sang menstruel

⁷⁰ 2007 : Découverte de cellules souches dans le sang menstruel, capables de se multiplier plus vite que celles connues jusque-là et présentant une meilleure compatibilité. En deux semaines, 5 ml de sang menstruel suffirait à fournir des cardiomyocytes.

2008 : Résultats expérimentaux encourageants de l'injection de cellules souches endométriales dans le rétablissement de la circulation artérielle chez des souris atteinte d'artérite avancée des membres inférieurs

En 2011 : Conversion de cellules endométriales en cellules productrices d'insuline ayant traité des souris diabétiques.

En 2014 : Production de dopamine guérissant des souris atteintes de la maladie de Parkinson par des injections cérébrales de cellules souches endométriales.(8)

restent prometteuses, la menstruation considérée, à tort, comme impures et nocives depuis des siècles, serait-elle en fait une option thérapeutique contre de multiples maux ? De nombreuses études complémentaires seraient nécessaires pour l'affirmer.

5. L'aménorrhée, une option thérapeutique.

a. Vis-à-vis de la douleur ?⁷¹

La contraception hormonale s'avèrerait très efficace dans le traitement des douleurs menstruelles. En effet, les oestroprogestatifs, en atrophiant l'endomètre, réduiraient la sécrétion de prostaglandines, à l'origine de l'hypercontractilité du myomètre et limiteraient le syndrome prémenstruel. Par ailleurs, ils permettraient de diminuer les crises de migraines cataméniales sans aura. Les progestatifs seuls diminueraient également la contractilité utérine et la formation de caillots de sang (60) (99). L'aménorrhée thérapeutique serait fortement recommandée lors de la persistance des douleurs (dysménorrhées, céphalées cataméniales) et contre les récives d'endométriase après une intervention chirurgicale (100) (101).

b. Vis-à-vis des ménorragies ?

Le stérilet hormonal réduirait de manière significative les pertes menstruelles, de 74 à 97%, permettant l'annulation de 64 à 82 % des hystérectomies prévues.

Les oestroprogestatifs augmenteraient les taux de facteur de Von Willbrand chez les femmes atteintes de la maladie de Von Willebrand de type 1 et le taux de facteur de Von Willbrand ainsi que les taux de facteur VIII chez les femmes porteuses de l'hémophilie A. Chez les femmes atteintes de la maladie de Von Willbrand type 2 et 3 et chez les porteuses de l'hémophilie B (déficit en facteur IX), les contraceptifs oraux permettraient de régulariser la fréquence et la quantité des saignements menstruels (78).

c. Vis-à-vis de l'asthme prémenstruel ?

Les œstrogènes et la progestérone auraient des effets, selon leurs taux sériques, sur le tonus musculaire bronchique et l'inflammation des voies aériennes. L'analyse spirométrique d'asthmatiques aurait retrouvé une chute des débits et des volumes à la fin de la phase lutéale (102) (103). L'effet des traitements hormonaux sur l'amélioration ou l'aggravation de l'asthme

⁷¹ "Il est navrant de constater, au moment où des médicaments simples, efficaces enrichissent l'arsenal thérapeutique de la dysménorrhée, qu'un tiers seulement des adolescentes qui souffrent réellement pendant leurs règles en bénéficient. C'est dire combien une information des pédiatres, gynécologues ou généralistes serait nécessaire "(74).

n'est pas à ce jour clairement établi. Des études complémentaires seraient nécessaires.

d. Vis-à-vis de l'épilepsie cataméniale ?

Les œstrogènes ou un rapport œstrogènes/progestérone élevé favoriseraient les décharges épileptiques, contrairement à la progestérone (ou à un rapport œstrogènes/progestérone faible), qui serait inhibitrice et protectrice. Les crises seraient, par ailleurs, plus importantes lors de cycles anovulatoires, le taux d'œstrogènes étant très élevé.

Actuellement, les contraceptions hormonales orales n'aggraverait pas la fréquence, ni la sévérité des crises d'épilepsie, y compris en cas de fortes doses d'éthinylœstradiol (104) et les progestatifs seraient d'excellents adjuvants aux traitements antiépileptiques chez la femme (105).

L'épilepsie cataméniale pourrait concerner 25 à 40% des femmes épileptiques. Plusieurs traitements hormonaux pourraient présenter des perspectives intéressantes tel que l'utilisation de progestérone naturelle ou de molécules de type neuro-stéroïdes (106). L'aménorrhée thérapeutique par l'acétate de médroxyprogestérone, en parentérale toutes les 6 à 12 semaines, semblerait être, également, efficace sur la fréquence des crises. Et une contraception oestroprogestative en continue sur 3 mois avec un arrêt de 4 jours pourrait être envisagée.

Cependant, la part entre l'aménorrhée induite ou l'action anticonvulsivante des traitements n'est pas clairement établie. Des études complémentaires seraient nécessaires afin de déterminer le vrai bénéfice d'une aménorrhée thérapeutique, ainsi qu'une évaluation des traitements progestatifs dérivés des prégnanes et des norprégnanes, très utilisés en France (107).

e. Vis-à-vis du syndrome des ovaires polykystiques ?

Les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques sont soumises à des taux élevés de LH, d'androgènes et d'oestroprogestatifs et présentent un risque accru de maladie cardio-vasculaire et de cancer de l'endomètre. Les contraceptifs hormonaux combinés sont le traitement de premier choix. Une petite étude aurait mis en évidence une augmentation de LH et de testostérone lors des sept jours d'arrêt contrairement aux femmes sous contraception en continu. Et une autre sur 36 cycles, aurait conclu que l'administration en continue d'éthinylœstradiol et d'acétate de cyprotérone, pourrait avoir un intérêt réel dans le contrôle de la production d'androgènes, et donc des symptômes d'hirsutisme, acné et hyperséborrhée (52). Actuellement peu d'études ont évalué l'impact d'une prise en continu à long terme.

f. Vis-à-vis de la sclérose en plaque ?

Il semblerait que les œstrogènes joueraient un rôle à la fois sur le système immunitaire et sur le SNC. D'après une étude de 2009, il existerait une aggravation du score de sévérité des symptômes de la sclérose en plaque lors des sept jours d'arrêt de la contraception œstroprogestative. Il aurait été également constaté une réduction des poussées de 70 % lors du troisième trimestre gestationnel et à l'inverse un taux augmenté en post-partum et dans le trimestre qui suit, lors de l'effondrement des taux hormonaux. C'est pourquoi un essai, Popartmus, étudierait actuellement l'intérêt d'un traitement œstroprogestatif voire d'une aménorrhée thérapeutique dans la prévention des poussées de sclérose en plaque dans le premier trimestre du post-partum.

Par ailleurs, un traitement œstroprogestatif chez des souris atteintes d'encéphalomyélite aiguë auto-immune aurait permis la réparation de zones démyélinisées et l'amélioration de l'influx nerveux, retardant ainsi le développement mais aussi la sévérité clinique de la maladie (108).

6. L'aménorrhée, un choix social et écologique ?

En France, les protections hygiéniques ont été taxées comme des produits de "luxe" jusqu'en 2016 (109).⁷² Leur consommation au cours d'une vie aurait été évaluée à 5 600 euros (110).

Pour 2018, le gouvernement écossais a programmé la distribution de protections hygiéniques, pour six mois, à 1000 femmes ayant de faibles revenus (111).

Les hémorragies de privation auraient un impact sur le pouvoir d'achat des femmes et ces dépenses ne seraient pas prises en compte par les médecins prescripteurs de contraception.

Une femme utiliserait au cours de sa vie 10 000 à 15 000 produits menstruels. D'un point de vue écologique, les procédés de fabrication des produits hygiéniques jetables (blanchiment et stérilisation) sont polluants et leur recyclage reste encore impossible. Il faut compter environ 500 ans à ces produits pour qu'ils se dégradent. Greenpeace aurait déclaré que l'industrie des protections hygiéniques serait une des plus polluantes (112).

⁷² L'association Georgette Sand a déclaré "Avoir ses règles, ce n'est pas optionnel [...] il n'y a aucun autre produit qui crée une telle inégalité homme-femme [...] l'application du taux normal de TVA de 20% sur les produits de protection périodique féminine constitue une injustice". Depuis 2016, la taxe des protections hygiéniques a été abaissée de 20 à 5.5%.

7. L'aménorrhée, un certain profil de patiente ?

La représentation de l'aménorrhée, comme une conséquence positive plutôt que comme un effet secondaire de la contraception hormonale, augmenterait avec l'âge (98). Chez les plus de 45 ans, l'aménorrhée serait mieux acceptée (62% contre 25.2% chez les 15-19 ans) (54).

Aucune donnée de la littérature n'a montré que le niveau socio-économique pourrait avoir un impact sur le choix d'une aménorrhée ou non.

Une étude américaine montrerait que près de 69% des femmes n'aimeraient pas le sang menstruel et que les femmes caucasiennes seraient plus susceptibles de choisir une aménorrhée induite par leur contraception que les femmes afro-américaines (29% vs 4%, $p=0.006$). Dans une autre étude, plus de la moitié des femmes chinoises et écossaises interrogées exprimeraient ne pas aimer leurs saignements menstruels contrairement aux femmes africaines. Toutefois, la majorité des femmes de cette étude, quel que soit l'origine, aurait été favorable à essayer une aménorrhée induite (54).

En 2006, une étude britannique a voulu étudier l'impact de la culture religieuse sur les attitudes et les expériences menstruelles. 170 femmes de 13 à 85 ans, dont 76 femmes (44,7%) culturellement chrétiennes, 48 (28,2%) culturellement musulmanes et 46 (27,1%) culturellement hindoues, ont rempli le questionnaire sur les attitudes menstruelles (MAQ) et le questionnaire sur la détresse menstruelle (MDQ). Pour le MAQ, les hindoues seraient significativement différentes des chrétiennes et des musulmanes. Quant au MDQ, les musulmanes obtiendraient des scores supérieurs significatifs dans la sous-échelle 'contrôle' par rapport aux hindoues et aux chrétiennes. Et les hindous obtiendraient des scores significativement supérieurs pour la sous-échelle 'douleur' par rapport aux chrétiennes et inférieurs pour celle de 'l'éveil' par rapport aux musulmanes.⁷³ La notion de culture serait

⁷³ Dans le questionnaire sur la détresse mensuelle, les différentes catégories questions sont :

Contrôle : Effet de suffocation, Douleurs thoraciques, Bourdonnement dans les oreilles, Le cœur battant, Engourdissement, picotement, Taches aveugles, vision floue.

Douleur : Raideur musculaire, Maux de tête, Crampes, Mal au dos, Fatigue, Douleurs générales et douleurs.

Éveil : Affection, Ordre, Excitation, Sentiments de bien-être, Explosion d'énergie, activité.

Autre sous-échelles :

Concentration : Insomnie, Oubli, Confusion, Baisse du jugement, Difficulté de concentration, Distractibilité, Accidents, Abaissement de la coordination motrice.

Changement de comportement : Réduction des performances scolaires ou professionnelles, Faites des siestes, rester au lit, Reste à la maison, Évitez les activités sociales, Diminution de l'efficacité.

Réactions autonomes : Vertiges, faiblesse, Sueurs froides, Nausées, Vomissements, Les bouffées de chaleur.

Rétention d'eau : Gain de poids, Problèmes dermatologiques, Seins douloureux, Gonflement.

Affect négatif : Pleurs, Solitude, Anxiété, Agitation, Irritabilité, Changements d'humeur, Dépression, Tension.

définie par l'ethnicité mais aussi par des facteurs culturels tels que l'héritage religieux. La similitude entre chrétiens et musulmans pourrait s'expliquer par les racines communes de ces religions, contrairement aux croyances très différentes des hindoues (113) (114).

Nous avons, par ailleurs, constaté dans notre étude, une ambivalence chez les femmes travaillant dans le domaine médical. Elles exprimaient, la volonté d'avoir des hémorragies de privation malgré leur connaissance biologique. D'après Lévy-Bruhl⁷⁴, "la pensée primitive formée par des représentations collectives qui ne sont pas purement intellectuelles peut s'accommoder de la contradiction. Elle obéit à un principe qui ne fait pas partie de la logique de notre science rationnelle, à savoir le principe de participation, en vertu duquel un être peut être à la fois lui-même et autre chose."

⁷⁴ Lévy-Bruhl (1857-1939) a été un philosophe, sociologue et anthropologue français du début du XXème siècle.

CONCLUSION

L'impact des représentations des patientes vis à vis du sang menstruel sur leur comportement est un sujet encore peu analysé. Les menstruations constituent un sujet abordé avec beaucoup de pudeur et souvent considéré comme personnel. Les représentations que l'on retrouve communément sont issues de visions ancestrales, sociétales ou familiales, bien ancrées dans l'inconscient collectif.

La connaissance de ces différentes représentations permettrait de mieux appréhender les attitudes associées aux menstruations notamment celles concernant la contraception.

De nos jours, les données scientifiques s'accordent à penser qu'une information de qualité permettrait un vécu moins angoissant de la ménarche et, à long terme, une meilleure estime de soi. Les jeunes filles restent cependant informées trop tard par les institutions scolaires, laissant l'éducation sur ce sujet se faire dans le cercle familial entraînant ainsi la transmission de vieilles croyances. Aucune consultation médicale spécifique n'est à ce jour prévue sur ce sujet.

L'impact d'une consultation, où serait fournie une information concernant la ménarche, le fonctionnement des menstruations et des hémorragies de privation, serait donc intéressant à analyser sur le long terme.

La contraception se heurterait à différentes difficultés (la peur des hormones, les critères de choix personnels et ceux admis socialement), relayées par les médias ou les médecins. Récemment une consultation spécifique a été consacrée à la contraception pour les mineures ou à la première contraception. Toutefois, les changements de contraception peuvent être nombreux dans la vie d'une femme. Toutes les femmes, sans restriction d'âge, sous contraception hormonale ou non, devraient bénéficier d'une consultation spécifique à chaque changement de contraception.

Depuis deux millénaires, le corps féminin est considéré comme défaillant comparé à celui de l'homme, nécessitant une désintoxication s'opérant par l'écoulement du sang menstruel. Le mécanisme de cette « purification naturelle » reste cependant mal appréhendé, et les hémorragies de privation auraient, pour certaines femmes, la même fonction que les menstruations.

Les contraceptions hormonales entraînent une modification du saignement (texture, couleur, quantité). Ces modifications du saignement chez une femme non avertie et n'osant

pas évoquer le sujet directement, par pudeur, honte ou tabou, pourraient entraîner une demande de contraception inadaptée ou pire un arrêt pur et simple de la contraception augmentant ainsi le risque de grossesse non désirées.

Au contraire, certaines femmes peuvent vivre leurs saignements comme une fatalité entraînant une diminution des performances, une gêne sexuelle et de nombreuses autres contraintes. Ce sang menstruel a un impact indéniable sur leurs loisirs, leur travail ou leurs finances. Certaines vivent cycliquement dans la douleur ou la hantise de se tâcher sans réelle nécessité.

Le médecin devrait pouvoir évoquer avec sa patiente les caractéristiques des saignements, effectuer un dépistage et une prise en charge précoces des troubles liés au sang menstruel et discuter avec elles du choix de la durée de l'aménorrhée induite.

Au XXI^{ème} siècle, il semble primordial d'abandonner les vieilles croyances au profit d'études scientifiques récentes. Les professionnels de santé ont la responsabilité de lutter contre les préjugés ou les croyances erronées, et le devoir d'accompagner les patientes dans leur choix contraceptif. Ce choix, hormonal ou non, avec hémorragie de privation ou non, doit être le plus approprié aux préférences et à la situation médicale, sociale ou financière de la patiente. Le médecin se doit d'aborder tous les domaines touchant à la contraception en se souvenant que la décision appartient à la patiente.

L'acceptation de l'aménorrhée induite n'est pas seulement fonction de critères évaluables tels que l'âge, le niveau socioéconomique, la culture mais elle est propre à chaque femme, ce qui implique une recherche active de la part du médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Eval En Prév En Éducation Pour Santé [Internet]. 2007; Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf
2. Semeraro L., Philippe A. Du point de vue des femmes, quelle est l'influence des hormones contraceptives sur leur sexualité ? Étude qualitative réalisée à Annecy, entre mars et juillet 2014 [Internet]. 2014 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096135/document>
3. Leridon H, Bajos N, Moreau C and al. Pourquoi le nombre d'IVG n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés [Internet]. déc 2004 [cité 20 nov 2017];(407). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
4. Régnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? INED [Internet]. nov 2007 [cité 2 janv 2018];(439). Disponible sur: <http://carnetsdesante.fr/Grossesses-non-desirees-ce-que>
5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Mise en œuvre de la politique sur la contraception. Dossier de presse. [Internet]. 2013 mai [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_05_13_DP_ASS_contraception.pdf
6. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. Rech Soins Infirm [Internet]. sept 2009 [cité 2 janv 2018];(98). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/98/36.pdf>
7. Ameli. Contraception : dispositifs et remboursements. [Internet]. 2017 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>
8. Thiébaud E. Ceci est mon sang. Petite histoire des règles, de celles qui les ont et de ceux qui les font. 2017. (Paris : La Découverte).
9. Cohen C. La femme dans la préhistoire. Hominidés. [cité 3 avr 2017]; Disponible sur: http://www.hominides.com/html/dossiers/femme_prehistoire.php
10. Parker J. Quand les Népalaises sont forcées à l'exil pendant leurs règles. Terrafemina [Internet]. 9 sept 2015 [cité 3 avr 2017]; Disponible sur: http://www.terrafemina.com/article/quand-les-nepalaises-sont-forcees-a-l-exil-pendant-leurs-regles_a285748/1
11. Oliver DL. Oceania: The Native Cultures of Australia and the Pacific Islands. Univ Hawaii Press. 1989;1:214.
12. Valdelièvre N. Culture et traditions du Tamil Nadu-Manjal neerattu vizha. Pondichéry. 2008;
13. Saka S. Une campagne pour briser les tabous autour des règles en Afrique [Internet]. 2017 [cité 2 avr 2017]. (RFI). Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=rDszqtX6yW4>
14. Littré. E. Œuvres complètes d'Hippocrate. Tome VIII-Livre I. Des maladies des femmes. [Internet]. 1853 [cité 20 mai 2017]. (JB Baillière). Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/femmes.htm>
15. Barthélemy-St Hilaire J. Traité de la génération des animaux d'Aristote. [Internet]. Librairie Hachette. Vol. Tome I-Livre I-Chapitre XIII, XIV, XVI et livre IV-Chapitre VIII. 1887 [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/Aristote/tablegeneration.htm>
16. Littré. E. Pline l'Ancien, Histoire naturelle. [Internet]. JJ Dubochet et Le Chevalier. Vol. Tome II-Livre VII-Chapitre XIII. 1850 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/plineancien>
17. Daremberg C. Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien. [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/galien/intro.htm>
18. Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. [Internet]. JB Baillière. 1859 [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k10251330/f156.image.p142>
19. Pioreschi P. Determinants of the revival of dissection of the human body in the Middle Ages. Med Hypotheses. 2001;56(2):229-34.
20. Mikuz J. Le sang et le lait dans l'imaginaire médiéval. Zalozba ZRC. 2013;77-102.

21. Carmel. Le Sang embaumé des roses : sang et passion dans la poésie de Ronsard. [Internet]. 2004 [cité 1 juin 2017]. (Librairie Droz.). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=zf6JFE4Bg4oC&pg=PA152&lpg=PA152&dq=la+renaissance%2Bmenstruations&source=bl&ots=CBMj4nvXsL&sig=0v5aNtzYnfvZ1RLM49DYc8qkHQk&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiUm47O0dHUAhVGSRoKHHV7C0MQ6AEIVzAI#v=onepage&q=la%20renaissance%2Bmenstruations&f=false>
22. Collard F. Le poison, le sang et le moyen âge. *Médiév* 60. printemps 2011;142.
23. De Vinci L. Quadernid'anatomia. [Internet]. [cité 1 juin 2017]. (Royal Library.; vol. 3 3v.). Disponible sur: <https://www.pinterest.fr/pin/167477679864921984>
24. Le Naour JY. Valenti C. Du sang et des femmes. *Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque. Hist Femmes Sociétés*. 2001;207-29.
25. Schwob A. Contribution à l'étude des psychoses menstruelles, considérées surtout au point de vue médico-légal. 1893.
26. Fachatte R. La puberté et les premiers troubles menstruels, étude clinique. 1898.
27. Martin-Solon. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Méquigno-Marvis. Vol. XIV. 1835.
28. Lacassagne. Traité d'hygiène. 1885.
29. Cazeaux. Traité de l'art des accouchements. 1874.
30. Wilkinson. 1839, cité par Jacob L. Rapport de la menstruation avec l'allaitement. 1898.
31. Roche C. Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite. 1901.
32. Victor H. Choses vues 1830-1846. [Internet]. Gallimard. 1972 [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Menstruation&oldid=138967381>
33. Olrik H. Le sang impur. Notes sur le concept de prostituée-née chez Lombroso Traduit de La Donna delinquente, la prostituta e la donna normale. *Romantisme*. 1981;11(31):167-78.
34. Icard S. L'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale [Thèse de doctorat de Médecine]. Paris; 1890.
35. Vosselmann F. La menstruation : légendes, coutumes et superstitions. [Thèse de doctorat de Médecine]. Lyon; 1935.
36. Sébillot. La faune et la flore. In : *Le folklore de France*. Vol. III.
37. Verdier Y. Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière. Gallimard. Paris; 1979.
38. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. *Ethnol Fr*. 3 janv 2011;41(1):33-40.
39. Le Breton M. Les règles, un tabou ? Cette femme a couru un marathon sans tampon pour nous sensibiliser au sujet. *Le Huffington Post* [Internet]. 11 août 2015 [cité 10 juill 2017]; Disponible sur: http://www.huffingtonpost.fr/2015/08/11/regles-tabou-marathon-sans-tampon_n_7969898.html
40. Rosenstiehl M. The Curse. 13 nov 2014 [cité 10 juill 2017]; Disponible sur: <https://actuphoto.com/29684-the-curse-une-exposition-bien-en-regles.html>
41. Weiner S. This Artist Takes Photos Of Her Own Menstrual Blood. 5 août 2015 [cité 25 sept 2017]; Disponible sur: <https://www.fastcodesign.com/3046005/experimental-photo-series-reveals-the-beautiful-side-of-menstruation>
42. La Sainte Bible. Lévitique XV : verset 19-31. Version Louis Segond. [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://sainte bible.com/lsg/leviticus/15.htm>
43. Rosenblum H. L'impureté de l'accouchée [Internet]. 2007. (Massorti). Disponible sur: <https://www.massorti.com/L-impurete-de-l-accouchee>
44. Rabbin Susskind-Goldberg M. La femme face au sacré pendant ses menstruations. [Internet]. 2008 [cité 20 juill 2017]. (Massorti). Disponible sur: <https://www.massorti.com/La-femme-face-au-sacre-pendant-ses>
45. Pensées d'une musulmane. Menstruations et impureté rituelle de la femme en Islam : quelles conséquences spirituelles ? [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <https://penseesdunemusulmane.wordpress.com/2012/10/05/menstruations-et-impurete-rituelle-de-la-femme-en-islam-queelles-consequences-spirituelles/>

46. Le Coran. Tafsir Sourate 2 (Al Baqarah) - Verset 222. [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: http://www.at-tawhid.net/tafsir-sourate-2-al-baqarah-verset-222-sayyidun-anas-ibn-m-lik-an-nawaw-al-b-al-azhar__357.html
47. La Baraïta dé-Massékhet Nida.
48. Shaykh Mouhammad ibn Salih Al-Outhaymin. 60 Interrogations sur les menstrues. Question 11, 18, 23, 34, 47 et 48. [Internet]. [cité 5 août 2017]. Disponible sur: <http://islamfrance.com/livres/60%20Interrogations%20sur%20les%20menstrues%20%20Shaykh%20Mouhammad%20ibn%20Salih%20Al-Outhaymin.pdf>
49. La Sainte Bible, Lévitique XII : verset 2-5. Version Louis Segond. [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://sainte bible.com/lsg/leviticus/15.htm>
50. Contraception orale. [Internet]. Wikipédia. 2017 [cité 23 juin 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Contraception_orale
51. Berger J. John Rock, developer of the pill and authority on fertility, dies. The New York Times [Internet]. 1948 [cité 25 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.nytimes.com/1984/12/05/obituaries/john-rock-developer->
52. Wilkie J. Utilisation continue des contraceptifs oraux combinés. Qué Pharm [Internet]. juin 2006; Disponible sur: http://www.professionsante.ca/files/2009/10/ccepp_utuilization_jun06.pdf
53. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste [Internet] [Thèse de doctorat de Médecine]. Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52192860.pdf>
54. Marquillanes S. Regards des médecins généralistes sur la prescription d'un moyen de contraception pouvant induire une aménorrhée. Claude Bernard Lyon-1; 2013.
55. Leridon H., Bajos N., Moreau C., et al. Pourquoi le nombre d'IVG n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés [Internet]. déc 2004;(407). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
56. Quereux C., Roche C., Defert S., Graesslin O. Nouveautés en contraception orales : contraceptifs saisonniers, pilules au 17b-oestradiol. Extr Mises À Jour En Gynécologie Médicale 33ème Journ Natl CNGOF [Internet]. 9 déc 2009; Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_077_quereux.pdf
57. Miller L., Hughes J. L. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. Obstet Gynecol. 1 avr 2003;101(4):653-61.
58. Bourguignon E. Fertilité et Contraception : Quel est le délai moyen d'attente entre l'arrêt de la contraception et la procréation ? [Internet]. Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219413/document>
59. Gompel A. Métrorragies sous contraceptifs : attitude thérapeutique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2008;37(8, Supplement 1):S356-64.
60. Robin G, Letombe B, Rousset-Jablonski C, Christin-Maitre S, Nisand I. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? CNGOF [Internet]. 6 oct 2017 [cité 27 déc 2017]; Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CO/pilule-contraceptive-CNGOF-2017.pdf
61. Hickey M and Fraser I-S. Iatrogenic unscheduled (breakthrough) endometrial bleeding. Rev Endocr Metab Disord [Internet]. 2012;13(301-8). Disponible sur: <https://www.pfizerpro.fr/condition/sante-de-la-femme/la-contraception/pilules-et-saignements-intempestifs>
62. HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post--IVG). oct 2017;
63. Lee J. Menarche and the (hetero)sexualisation of the female body. Gend Soc. 1994;
64. Brooks-Gunn J, Ruble DN. The Experience of Menarche from a Developmental Perspective. In: Girls at Puberty [Internet]. Springer, Boston, MA; 1983 [cité 10 févr 2018]. p. 155-77. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0354-9_8
65. Rierdan J, Koff E. Timing of menarche and initial menstrual experience. J Youth Adolesc. 1 juin 1985;14(3):237-44.
66. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin, Abstract, Zusammenfassung. Ethnol Fr. 3 janv 2011;41(1):33-40.
67. Faust MS. Developmental Maturity as a Determinant in Prestige of Adolescent Girls. Child Dev. 1960;31(1):173-84.

68. Clausen, J. A. The social meaning of differential physical and sexual maturation. In S. E. Dragastin & G. H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological change and social context*. Oxf Engl Hemisphere [Internet]. 1975 [cité 10 déc 2017]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/record/1975-31359-003>
69. Tobin-Richards MH and Petersen AC. Early adolescents' perceptions of their physical development. *Symp PubertySocial Psychol Significance Present Am Psychol Assoc Meet Los Angel CA*. 1981;
70. Brooks-Gunn J, Ruble DN. The menstrual attitude questionnaire. *Psychosom Med*. sept 1980;42(5):503-12.
71. Mardon A. Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence. *Sociétés Contemp*. 2009;75:109-29.
72. Mardon A. Pour une analyse de la transition entre enfance et adolescence. La place du regard parental sur la puberté et la transformation des pratiques éducatives. , 2010. 54 : 13-26. *Agora Débat Jeun*. 2010;54:13-54.
73. Vinel V, Héritier F, Xanthakou M. Instabilité des affects et des pratiques en France. *Paris Corps Affects*. 2004;221-35.
74. Sultan Ch. Épidémiologie de la dysménorrhée de l'adolescente en France. *Ann Pédiatrie*. 1999;46(8):518-25.
75. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 avr 2016;64(2):134.
76. Société canadienne de l'hémophilie. Arrêtons l'hémorragie. Les traitements recommandés chez les femmes qui présentent des complications gynécologiques. [Internet]. 2018 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.hemophilia.ca/fr/troubles-de-la-coagulation/la-maladie-de-von-willebrand/les-options-therapeutiques-de-la-maladie-de-von-willebrand/les-traitements-recommandes-chez-les-femmes-qui-presentent-des-complications-gynecologiques/>
77. Allo docteurs. Endométriose : est-ce héréditaire ? [Internet]. 2010 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/maladies/gynecologie/endometriose/endometriose-est-ce-hereditaire_2806.html
78. Babul-Hirji R., Brownlow M., Kirk A., Little L., Stewar P. Arrêtons l'hémorragie. Tout sur les porteuses. Guide à l'intention des porteuses de l'hémophilie A et B. Société canadienne de l'hémophilie [Internet]. 2007 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.hemophilia.ca/fr/troubles-de-la-coagulation/porteuses-de-l-hemophilie-a-et-b/>
79. Fernandez H, Gervaise A., De Tayrac R. Les troubles hémorragiques fonctionnels. *Epidémiologie-diagnostic objectif. Extraits et mise à jour en gynécologie médicale*. Paris 28ème Journ Natl CNGOF [Internet]. 2004; Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_005_fernandez.pdf
80. Gueddi S., Boehlen F., Ziegler D., Moerloose P. Ménorragies et anomalies de l'hémostase : diagnostic et traitements. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2005 [cité 10 févr 2018];Vol :1. 30110. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-4/30110>
81. Macchi M. Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG [Internet]. Paris XII (Créteil); 2010. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/macchi_these_contraception.pdf
82. Numbi Mulangi Bitoto S. Méthode contraceptive par Université de Lubumbashi (UNILU) République démocratique du Congo [Internet]. 2010 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/12/13/8292/Methode-contraceptive.html>
83. Hooper D. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. *Clin Drug Investig*. 2010;749-63.
84. Duchêne-Paton A-M, Lopès P. Sexualité et choix du mode contraceptif. /data/revues/11581360/v24i2/S1158136014001479/ [Internet]. 30 avr 2015 [cité 10 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/973259>
85. Vignal P. L'enfer au féminin [Internet]. 2012. (Editions de la Martinière). Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=TNeeMQEACAAJ&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y
86. Henderson BE, Ross RK, Judd HL and al. Do regular ovulatory cycles increase breast cancer risk? *Cancer*. 1 sept 1985;56(5):1206-8.
87. Wiegatz I, Kuhl H. Long-Cycle Treatment with Oral Contraceptives. *Drugs*. 1 nov 2004;64(21):2447-62.
88. pilule-contraceptive-CNGOF-2017.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur:

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CO/pilule-contraceptive-CNGOF-2017.pdf

89. Orellana C., Saevarsdottir S., Oral contraceptives, breastfeeding and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis.* nov 2017;76(11):1845-52.
90. Gensous N. Doassans-Comby L., Lazaro E. and al. N. Lupus érythémateux systémique et contraception : revue systématique de la littérature. *Rev Médecine Interne.* 1 juin 2017;38(6):358-67.
91. J. Leborgne H., Lopes P. Lupus érythémateux disséminé et contraception : la fin d'un dogme. 33ème JTA- Journ Tech Avancées En Gynécologie-Obstétrique Infertil Sage-Femme Néonatalogie Pédiatrie [Internet]. 2017 [cité 10 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1107
92. Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 oct. Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
93. Régnier-Loilier A., Solaz A. La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes. *Rev Polit Soc Fam.* 2010;100(1):61-77.
94. Yi Mi-Kyung. Cris et chuchotements du corps féminin à l'épreuve de l'avortement : une approche psychanalytique. *Tracés Rev Sci Hum.* 31 déc 2017;(17):253-60.
95. Julen O., Reuse C., Lourenco A., FondopJ.-J., de Ziegler D. Quoi de neuf en matière de contraception ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2006 [cité 10 févr 2018];2. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-53/31095>
96. Black A. Francoeur D. , Rowe T and al. Consensus Canadien sur la Contraception. *Dir Clin SOGC* [Internet]. mars 2004;(143). Disponible sur: [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)30261-4/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)30261-4/pdf)
97. Côté I., Jacobs P., Cumming D. Work Loss Associated With Increased Menstrual Loss in the United States. *Obstet Gynecol.* oct 2002;100:683-7.
98. den Tonkelaar I., Oddens B. J. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception.* juin 1999;59(6):357-62.
99. Raccach-Tebeka B. Prise en charge de la migraine cataméniale. *Lett Neurol* [Internet]. mai 2012;16(5). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18588.pdf>
100. Péliissier Langbort C. Les dysménorrhées et leur traitement médical. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. COLLÈGE Natl GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS Fr. 30 nov 2005;Vingt-neuvièmes journées nationales.
101. Bidet M. Dysménorrhée de l'adolescente. *Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol.* 1 oct 2013;15(4):328-33.
102. Taillé C., Raherison C., Sobaszek A., Thumerelle C., Prudhomme A. Particularités de l'asthme de la femme : quelle relation avec le statut hormonal ? *Rev Mal Respir.* 1 juin 2014;31(6):469-77.
103. Aissani S. Asthme et cycle menstruel. *Rev Fr Allergol.* 1 avr 2015;55(3):276.
104. Broglin D. Hormones ovariennes et épilepsies. *Act Méd Int - Neurol* [Internet]. mai 2003;(4). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7311.pdf>
105. André G. Maladies neuropsychiques et hormones. *JTA* [Internet]. 1999 [cité 11 févr 2018]; Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=101
106. Broglin D. Epilepsie cataméniale. *Mise au Point. Lett Neurol* [Internet]. déc 2006;10(10). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12734.pdf>
107. Maitrot-Mantelet L., Plu-Bureau G. Épilepsie et cycle menstruel : épilepsie cataméniale, épilepsie et ménopause. *Lett Neurol.* mai 2012;XVI(5):158-61.
108. Bricaire C. Sclérose en plaques et hormones sexuelles. Multiple sclerosis in relation to cyclical hormone changes. *Lett Gynécologie.* juin 2012;(372-373):53-5.
109. Georgette Sand. Archive | Taxe tampon [Internet]. Faut-il s'appeler Georges pour être prise au sérieux ? 2015. Disponible sur: <http://www.georgettesand.org/categorie-on-agit/taxe-tampon/>
110. Ouicher V. L'Ecosse distribue des protections hygiéniques aux femmes précaires. [Internet]. *Positiv.* 2017. Disponible sur: <https://positivr.fr/ecosse-distribue-protections-hygiéniques-femmes-precaires/>

111. Paris H., Leclercq A., Dormieu R. L'Écosse distribue des protections hygiéniques aux femmes précaires. 2018;
112. Laville E., Corre M-F., Pingusson P., Marcel J. Mes courses pour la planète. Graines Chang [Internet]. 2018; Disponible sur: http://www.mescoursespouurlaplanete.com/Produits/Santae_et_Beautae_83/Protections_Hygiaeniques_115.html
113. Bramwell R. Zeb R. Attitudes towards and experience of the menstrual cycle across different cultural and religious groups. *J Reprod Infant Psychol.* 23 janv 2007;24(4):314-22.
114. Moos R. The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosom Med.* 1968;30(6):853-67.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN.

Guide d'entretien

Contraception

- Quelle contraception avez-vous actuellement ? Est ce qu'elle vous convient ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà essayé d'autres méthodes ? Si oui pourquoi avoir changé ?
- Quelle raison a motivé le début de votre contraception ? A quel âge ?
- Quels étaient vos critères de choix à l'époque ? Et aujourd'hui ont-ils évolué ?
- En discutez-vous avec votre médecin généraliste ? Avec quelle autre personne en discutez-vous ?

Menstruations

- Quels souvenirs avez-vous de vos premières règles ? Quel âge aviez-vous ? Quels sentiments y sont rattachés ?
- Est-ce un sujet de discussion et avec qui ?
- D'après vous quelle est l'utilité des règles ?
- Comment se forment les règles ?
- Pour vous, le fait d'avoir ses règles avec et sans contraception est-ce similaire ?
- Est-ce que vous avez des craintes à ne plus avoir de règles dans votre contraception ?
- Si en aménorrhée induite : ressentez-vous le besoin de ressaigner ?
- Pour vous, est ce qu'une contraception sans règle présenterait un avantage supérieur ? La présence ou l'absence de règle est-elle un critère de choix ?
- Est-ce que vos représentations culturelles ou familiales ont un impact sur la façon dont vous vivez vos règles ?
- Avez-vous des enfants ? Si elle a une fille : que leur avez-vous ou leur direz-vous lorsqu'elle aura ses règles ?

Grossesse non désirée :

- Êtes-vous tombée enceinte par défaut de contraception ? Est-ce que cela a impliqué un changement de contraception ?
- Si contraception actuelle ne convient pas : si vous tombiez enceinte, garderiez-vous la grossesse ?

Caractéristiques des femmes

- Votre âge ?
- Quelles études faites-vous ou avez-vous faites ? Le nombre d'étude ou jusqu'à quel âge avez-vous été scolarisée ? Votre profession ?
- Possédez-vous une couverture sociale ? Laquelle ?

RESUME DES ENTRETIENS

Entretien 1 : 41 ans.

Elle a eu sa ménarche à presque 15 ans, ce qui est tard selon elle. Elle décrit les saignements comme très abondants et irréguliers, à l'origine d'anémies chroniques, de troubles du transit et de l'humeur. À 17 ans, elle a pris la pilule dans un premier temps pour réguler les métrorragies. Puis 3 ans plus tard, devant des problèmes d'accès à l'hygiène dans son établissement scolaire, elle prend la pilule en continu afin d'être en aménorrhée ce qu'elle continuera jusqu'à la date de notre entretien. Pour elle, les menstruations ne sont pas synonymes de féminité ou fertilité contrairement à ce qu'elle a entendu toute sa vie. Elle a acquis le principe que, sous contraception, les règles étaient artificielles et elle a fait le choix de ne plus en avoir. Cependant elle se pose la question de savoir si elle ne risque pas de développer des maladies à la ménopause, qui seraient une sanction pour avoir refusé ses menstruations quasiment toute sa vie.

Entretien 2 : 35 ans.

Elle a eu sa ménarche à plus de 14 ans, tard selon elle. Elle décrit ses menstruations comme peu contraignantes et peu douloureuses. À 17 ans, elle a consulté la gynécologue de sa mère en vue d'une contraception. Pour elle, les menstruations font partie intégrante de la vie d'une femme. Dans sa contraception, elles sont le marqueur d'une absence de grossesse. Elle fait le choix d'arrêter sa contraception tous les 21 jours car elle préfère "évacuer le sang tous les mois". Ne pas saigner est, pour elle, contre-nature.

Entretien 3 : 21 ans.

Elle a eu sa ménarche à 13 ans et se sentait encore une enfant. Elle a immédiatement souffert de dysménorrhée. À 18 ans, elle a consulté le gynécologue de sa mère qui lui prescrit la pilule devant ses importantes douleurs pelviennes. Elle considère les hémorragies de privation comme étant fictives, contraignantes dans ses activités quotidiennes et inutiles. Son idéal serait d'être en aménorrhée dans sa contraception.

Entretien 4 : 18 ans

Elle a eu sa ménarche à 9 ans. Elle se sentait alors "très très jeune" et pas préparée, ce qui l'a choquée et tétanisée. À 16 ans, elle a consulté son médecin généraliste pour obtenir une contraception. Elle considère les menstruations comme un marqueur d'efficacité, une absence de grossesse. Toutefois, elle les vit douloureusement, comme une contrainte dans ses activités sportives. Ne pas avoir d'hémorragie de privation serait pour elle un critère de choix.

Entretien 5 : 23 ans

Elle a eu sa ménarche vers 12 ans. Elle se rappelle avoir été surprise et embêtée de les avoir mais elle a été surtout contrariée de devoir en parler. À 16 ans, elle a consulté la gynécologue de sa mère pour débiter une contraception et devant ses problèmes d'acné on lui a prescrit Diane®. Elle ne fait pas de distinction entre menstruations et hémorragies de privation. Pour elle, les saignements sont normaux et physiologiques, les règles

signifient que le corps fonctionne bien, impliquant une ovulation et donc une fertilité normale. Dans sa contraception, elle les considère comme une absence de grossesse. Elle ne les vit pas comme une contrainte, de plus elle pense que l'aménorrhée peut entraîner des problèmes de santé et donc elle préfère avoir des hémorragies de privation.

Entretien 6 : 26 ans

Elle a eu sa ménarche à 13 ans. Elle a eu peur et honte car elle avait peur de se tâcher. C'est sa grande sœur qui lui a expliqué de quoi il s'agissait car sa mère a toujours considéré les menstruations comme un phénomène "dégoûtant" et n'a jamais voulu en parler avec elle. À 20 ans, elle a consulté la gynécologue de sa cousine pour obtenir une contraception. À 24 ans, la gynécologue lui prescrit la pilule en continu devant la persistance de sa dysménorrhée et ses difficultés à pratiquer la natation. Elle considère les menstruations comme un phénomène normal. Elle considère que les hémorragies de privation sont fictives et trop contraignantes. L'aménorrhée induite est un critère de choix très important qui lui permet de pratiquer sereinement ses activités sportives.

Entretien 7 : 52 ans

Elle a eu sa ménarche à 9 ans et demi. Elle se trouvait "très très jeune" et pas avertie. Elle a eu peur de ce sang. A l'école, elle se sentait différente et elle était sujette aux moqueries des autres enfants. À 14 ans, devant une dysménorrhée handicapante, la gynécologue de sa mère lui prescrit du Lutényl®. Ce n'est qu'à 20 ans, qu'elle débutera un traitement dans un but contraceptif. Elle a choisi de vivre ses hémorragies de privation. Ses représentations ont évolué avec son âge, plus jeune les menstruations signifiaient la fertilité ou la procréation, aujourd'hui elles les considèrent comme un marqueur de jeunesse. En plus d'être devenues une habitude rassurante, ses hémorragies de privation ont un rôle de purification, d'évacuation du surplus de sang dans le corps.

Entretien 8 : 22 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans. Elle a été très inquiète devant la couleur marron et non rouge de ses pertes, puis après que sa grand-mère lui ait confirmé que c'était ses premières règles elle a été soulagée, car elle était la dernière de ses amies à ne pas les avoir et elle craignait d'être stérile. À 15 ans, elle a consulté son médecin généraliste pour débiter une contraception. Avoir des hémorragies de privation est un critère de choix. Malgré les contraintes dues aux saignements, elle considère que ses menstruations nettoient son corps et qu'elle respecte ainsi le cycle naturel. Une aménorrhée induite serait dangereuse pour son corps, cela risquerait de l'endommager, il y aurait un risque d'accumulation de sang, d'obstruction et de stérilité.

Entretien 9 : 56 ans

Elle a eu sa ménarche à 16 ans. Elle considère que les menstruations sont un phénomène naturel et normal même si elles constituent une très grande contrainte. À 19 ans, son dermatologue lui a prescrit la pilule pour réguler son acné. Être en aménorrhée induite est un critère de choix absolu. Elle vit l'absence d'hémorragie de privation comme une "renaissance", une liberté dans toutes ses activités quotidiennes. Cependant, elle distingue clairement l'aménorrhée induite et la ménopause qui implique un changement dans son statut de femme.

Entretien 10 : 21ans

Elle a eu sa ménarche à 10 ans. Elle a pleuré car elle se sentait vieillir, et se transformer en petite femme malgré son jeune âge. Elle a eu peur également de se voir attribuer de nouvelles responsabilités. À 15 ans, devant des dysménorrhées qui la stressaient beaucoup, elle a consulté la gynécologue de sa mère et a débuté une contraception. Elle considère que les menstruations nettoient le corps des débris de l'ovulation. Des menstruations anormales (par leur durée, quantité ou texture) sont signes d'un possible blocage ayant pour conséquence des douleurs abdominales, une accumulation de sang et un risque de putréfaction. Pour elle, être en aménorrhée induite serait inenvisageable.

Entretien 11 : 27 ans

Elle a eu sa ménarche à 11 ans. Elle a accepté l'évidence, sans enthousiasme, après avoir vérifié plusieurs fois qu'il s'agissait bien de sang. Les menstruations ont été très douloureuses de 13 jusqu'à ses 18 ans, âge à partir duquel son médecin généraliste lui a proposé une contraception afin de diminuer ses dysménorrhées. Quelques mois plus tard, à cause d'un risque accru de phlébite, elle a dû changer pour une pilule progestative qui l'a mise en aménorrhée induite. Au début, elle n'a pas bien accepté l'aménorrhée induite, qu'elle considérait peu naturelle. Aujourd'hui, elle ne trouverait pas son intérêt dans une contraception hormonale avec des hémorragies de privation. L'aménorrhée induite est vécue comme une libération que ce soit dans ses activités quotidienne ou sexuellement.

Entretien 12 : 38 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans. Dans son souvenir, ce fut contraignant et fatigant. À 23 ans, elle a consulté le planning familial pour obtenir une contraception qui pouvait également améliorer son acné. Elle ne fait pas de distinction entre les hémorragies de privation et les menstruations qui font, toutes, partie de la féminité. Elle considère qu'avoir ses menstruations, c'est respecter le fonctionnement de son corps et être au plus près du naturel.

Entretien 13 : 28 ans

Elle a eu sa ménarche à 11 ans. Dégoutée, elle a vécu cet événement comme un changement de statut imposé, elle qui se considérait toujours comme une enfant, elle serait désormais perçue comme une femme. Ce décalage fut également ressenti avec ses amies car elle était la seule à être menstruée. À 17 ans, elle a consulté la gynécologue de sa mère pour débiter une contraception. Elle a décidé récemment d'avoir une contraception non hormonale, plus naturelle. D'après elle, les mécanismes des menstruations sont dus soit à une irritation de l'endomètre sous l'effet de la descente de l'ovule le long des parois de l'utérus soit à une régulation spontanée de l'épaisseur de l'endomètre. Elle considère les menstruations comme importantes, elles sont physiologiques et représentent un repère pour l'ovulation et dans le mois.

Entretien 14 : 44 ans

Elle a eu sa ménarche vers 12 ans. Elle a d'abord ressenti de la honte, la honte de se tâcher, la honte que la serviette hygiénique se voie. Elle vit ses menstruations et hémorragies de privation comme une contrainte obligatoire. Devant une dysménorrhée handicapante, son pédiatre lui a prescrit une contraception à 16 ans. Cette

contraception ne lui a servi de réel moyen de contraception que deux ans plus tard. Concernant les menstruations et la contraception, elle a l'impression de vivre à une époque charnière entre ses parents et ses enfants. Ne pas avoir d'hémorragie de privation aurait été un choix dans sa jeunesse, aujourd'hui elles sont une habitude, c'est pourquoi elle a choisi une méthode définitive de type essure.

Entretien 15 : 36 ans

Elle a eu sa ménarche à 17 ans. Elle a souffert de se sentir différente de ses sœurs et de ses amies. Elle a été élevée dans la religion islamique où la contraception est interdite sous peine de contrarier la volonté de Dieu et de ne plus pouvoir enfanter. Les menstruations étaient un tabou familial car elles étaient sales et impures. Lors de sa ménarche elle a demandé de l'aide à sa sœur. Elle a toujours souffert de dysménorrhée. Il y a deux ans, à 31 ans, on lui a annoncé qu'elle souffrait d'endométriose et qu'un des traitements était la contraception en continu. Elle a accepté mais elle le vit comme une obligation médicale plus qu'un choix. Elle se considère comme étant en ménopause artificielle.

Entretien 16 : 48 ans

Elle a eu sa ménarche à 16 ans, elle se sentait prête et elle a été surtout heureuse d'être de nouveau comme les autres filles de son âge. Elle a pris la contraception à 18 ans. Au cours de sa vie, ses hémorragies de privation ont été de plus en plus abondantes et ont été à l'origine d'une anémie importante avec une altération de son état de santé. Lorsqu'on lui a proposé l'aménorrhée induite comme traitement, étant déjà mère, elle a accepté. Aujourd'hui après 6 ans de traitement, elle vit l'aménorrhée induite comme une habitude mais surtout comme une libération que ce soit dans ses loisirs, son quotidien ou sa sexualité.

Entretien 17 : 26 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans. Elle a toujours considéré les menstruations comme naturelles, un signe de maturité et étant la dernière de ses amies à ne pas être menstruée elle savait que ce serait une suite logique. Cependant elle a été choquée par la quantité de sang perdu. Elle n'a pas voulu en parler immédiatement à sa mère, par peur de sa réaction, préférant se confier à ses amies. Elle souhaite actuellement changer de moyen de contraception suite à une interruption de grossesse due à des oublis de pilule. Elle considère que les menstruations sont bénéfiques pour le corps, un marqueur de bonne santé, elles le purifient, le régénèrent et le « détoxifient ». Les menstruations sont une période de transition où elle a instauré des rituels à base de soins corporels. C'est important pour elle de conserver ce côté naturel, dans une société où il n'y a plus que très peu de naturel. Dans sa conception, les hémorragies de privation sont des menstruations dénaturées dans leur rôle de protection du corps. C'est le corps qui doit décider du moment où il a besoin de se purifier, ce ne doit pas être programmé de manière fixe par une contraception. L'aménorrhée induite est un phénomène malsain.

Entretien 18 : 21 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans. Elle n'était pas inquiète car elle avait bénéficié des explications sur les menstruations à l'occasion de la ménarche de sa grande sœur quelques années auparavant. Elle a toujours considéré

que les menstruations faisaient partie de la femme. Elle a commencé une contraception à 17 ans. Et suite à un oubli de comprimés, elle est tombée enceinte. Lors de sa grossesse, une hépatite s'est déclarée. Elle a actuellement une contraception en rapport à la fois avec cette maladie et aussi permettant l'allaitement. Elle considère que les menstruations ou les hémorragies de privation soulagent le corps, elles le détachent. L'aménorrhée induite est mal vécue car elle interprète ses douleurs pelviennes par la présence de caillots de sang s'accumulant dans son ventre et le faisant gonfler. Elle souhaite vraiment reprendre dès que possible une contraception avec des hémorragies de privation.

Entretien 19 : 49 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans. Sa mère l'avait bien préparée, elle n'a pas eu de crainte mais elle a ressenti un profond dégoût. Ce dégoût et cette honte ont entraîné des absentéismes scolaires réguliers. Elle a envisagé la contraception, après sa première grossesse, à l'âge de 20 ans. Et elle n'a accepté le stérilet hormonal qu'après avoir eu ses enfants. Elle considère que la contraception et l'aménorrhée induite peuvent altérer la fécondité. Lors de l'entretien, elle a exprimé beaucoup de souffrance vis-à-vis de cette "souillure", des douleurs pelviennes, de l'abondance des saignements et des infections vaginales à répétition pendant ces hémorragies de privation. Aujourd'hui elle trouve un plus grand intérêt à ne plus avoir d'hémorragie de privation.

Entretien 20 : 48 ans

Elle a eu sa ménarche à 15 ans. Elle ne l'a dit à personne car sinon toute sa famille aurait été au courant et elle ne souhaitait pas changer de statut. Le passage à l'état de jeune fille imposait qu'on lui fasse la morale sur les garçons, et elle préférerait qu'on la laisse tranquille. Comme elle avait profité des explications données à sa grande sœur lors de sa ménarche, elle s'est débrouillée toute seule. Elle considère que les menstruations sont un sujet personnel et intime. Elle a immigré à 22 ans, à Haïti elle n'a reçu aucune éducation sexuelle et aucune éducation sur les menstruations qui étaient tabous. A son arrivée en France, elle tombe enceinte et prend une contraception par la suite. Elle a constaté que l'aménorrhée induite avait entraîné des maladies ou une stérilité chez certaines de ses proches. Elle considère que les menstruations ou hémorragies de privation, sans distinction, sont utiles à la procréation et les rapports sexuels permettent de rester jeune car ils repoussent l'âge de la ménopause. Aujourd'hui, à 48 ans et ayant des enfants, elle considère que ses hémorragies de privation ne lui sont plus utiles et elle souhaiterait en finir avec les soucis des saignements, d'autant plus qu'elle trouve cela sale.

Entretien 21 : 35 ans

Elle a eu sa ménarche à 13 ans, à l'école. Elle ignorait tous des menstruations jusqu'à leur existence, c'est pourquoi elle a été très angoissée. C'est sa maîtresse qui lui a expliqué ce qui lui arrivait. Sa première contraception par injections hormonales, lui a été prescrite après sa première grossesse à 16 ans au Cap Vert. Elle les a poursuivies au Portugal où elle a immigré à 17 ans. Et à 31 ans, lors de son arrivée en France, une pilule lui a été prescrite puis des timbres contraceptifs après une grossesse due à des oublis de pilule. Elle a été élevée par sa grand-mère avec l'idée que les règles sont utiles pour la santé et qu'en leur absence, il y a des risques de maladies. Lors de l'entretien, elle a expliqué que le sang s'accumulait dans le ventre tout au long du cycle, à l'origine du gonflement du ventre

trois jours avant l'écoulement, et qu'il s'évacuait doucement en descendant lorsque c'était le moment pour le corps. Et si l'idée lui est restée que l'aménorrhée induite peut être source de maladies, elle n'est pas contre l'idée d'essayer aménorrhée car elle considère les règles comme sales.

Entretien 22 : 24 ans

Elle a eu sa ménarche à 14 ans, elle se sentait une enfant et a vécu le statut de femme comme lui étant imposé, ce qui l'a beaucoup stressée. Ses parents ont immigré des pays de l'Est en France dans son enfance. Elle a consulté sa gynécologue à 17 ans devant des dysménorrhées handicapantes et a été mise sous contraception. Elle considère que sa contraception chimique est plus un traitement antalgique. Les menstruations ou les hémorragies de privation sont un processus important, c'est une période de transition, difficile à vivre mais qui est nécessaire pour le corps par son rôle de détoxifiant. Pour elle, le corps accumule du sang pendant les trois premières semaines du cycle menstruel et évacue le surplus la quatrième sous forme de saignements extériorisés. L'aménorrhée induite peut avoir des conséquences sur la santé et notamment sur le système immunitaire, c'est un risque supplémentaire ajouté à la prise d'une contraception.

Entretien 23 : 40 ans

Elle a eu sa ménarche à 15 ans en Angola et elle était totalement ignorante concernant les menstruations. Elle vivait parmi les hommes quand sa voisine a remarqué qu'elle était tâchée. Elle lui a alors expliqué ce qui lui arrivait. Se faisant, elle a changé brutalement de statut devenant une femme à qui on fait la morale sur les hommes. Elle a pris sa première contraception à 23 ans après sa première grossesse, à son arrivée en France. Puis elle a mis un stérilet au cuivre à 39 ans. Elle a beaucoup souffert de dysménorrhée mais elle croit que le corps a besoin de ces saignements pour se débarrasser des ovules morts. Elle explique le phénomène des menstruations par une accumulation abdominale de sang qui s'écoule lorsque le corps en a besoin. Les menstruations ou hémorragies de privation sont considérées comme le fonctionnement normal du corps, fonctionnement qui a été décidé par Dieu. L'aménorrhée induite risque d'obstruer l'écoulement et d'entraîner des maladies et/ou une transformation de la personne (prise de poids, œdèmes). Elle a pour effet, selon elle, de mettre la personne en ménopause précoce.

HIPPOCRATE "DES MALADIES DES FEMMES".

1. L'origine des menstruations : le corps de la femme est plus spongieux.

"De même les vaisseaux qui sont plus rares chez la femme attirent la rosée du corps et du ventre plus promptement que ceux de l'homme. Quand le corps de la femme se trouve avoir trop de sang, ses chairs plus délicates s'échauffent donc et lui causent des douleurs, à moins qu'elle ne s'en délivre".

Chez l'homme dont les chairs sont plus fortes, il ne se fait point de même des amas provenant des parties supérieures du ventre [...], le corps de l'homme étant plus vigoureux le ventre attire à lui tout ce dont il a besoin pour une abondante nourriture et empêche ainsi qu'il ne s'excite de la chaleur provenant d'une pléthore d'humeurs comme chez la femme. La grande raison en est la vie laborieuse de l'homme, car le travail et la fatigue dissipent une grande partie de la rosée dont se forme le sang."

2. La suppression des règles entraîne la maladie, les douleurs, la stérilité et la mort.

"Lors donc qu'une femme qui n'est pas grosse d'enfant, est privée de ses règles, le sang surabondant ne se procurant point d'issue, il en résulte un état maladif. Ce cas a lieu si l'orifice de l'utérus est bouché ou s'il est contourné ou s'il y a quelque déplacement dans les parties de la génération. Dans chacune de ces circonstances le sang menstruel ne pourra point sortir".

"Quand les règles sont supprimées, il y a douleur dans bas-ventre, la malade semble y avoir un poids, elle souffre cruellement dans les flancs."

"Lorsque après un espace de trois mois la matrice se décharge par les règles de la pléthore accumulée, les accidents en sont supportables [...] [Sinon] A ce point, le ventre se gonfle, les membres inférieurs enflent et la mort est imminente. En un tel cas la suppression des menstrues amène la mort au bout de six mois."

"Après l'évacuation, le meilleur serait qu'il n'y eût pas d'ulcération ; s'il en est resté, il faudra plus de traitement, afin que les ulcérations ne deviennent pas humides et de mauvaise odeur. Mais la femme demeurera stérile, même après guérison, si les ulcérations ont été considérables dans la matrice. "

3. Le changement de flux cause une accumulation du sang qui entraîne la stérilité.

"Les règles, venant il est vrai, sont pourtant moins abondantes qu'il ne faut ; l'orifice utérin est ou un peu dévié de la direction des parties génitales, ou un peu fermé, au point d'obstruer, sans empêcher tout écoulement, les voies de transmission ; le sang étant arrivé dans la matrice, presse constamment sur l'orifice et il s'écoule peu à peu. Les jours, que la purgation menstruelle à l'habitude de durer, passent, le sang qui est de reste demeure retenu dans la matrice ; une nouvelle époque ne chasse pas le sang retenu, et la pesanteur croît par des accessions continuelles ; pourtant la malade restera, les premiers mois, deux ou trois, sans se ressentir grandement de ce dérangement. Mais

quand il y aura plus de mois de passés les souffrances augmenteront ; elle ne deviendra pas enceinte tant que cet état durera.'

4. Les menstruations, source de vie pour l'embryon.

"Quand les cornes de la matrice sont farcies de pituite, la menstruation est moindre ; et si la femme devient grosse elle ne conservera point son fruit. L'embryon périra ; fut-il même vigoureux dans le commencement ; il ne peut pas achever de se former."

5. La couleur, la texture, la quantité et la régularité.

"Chez la femme, les menstrues qui sont décolorées et qui se font irrégulièrement indiquent qu'elle a besoin d'être purgé."

"Le sang des règles est plus épais et elles coulent davantage vers leur milieu qu'au commencement ou vers la fin. Le sang est moins rouge à ces deux termes. La quantité convenable chez une femme bien portante est d'environ vingt onces pour la totalité dans l'espace de deux ou trois jours. Une plus longue ou moindre durée annonce un état maladif ou la stérilité."

6. L'épistaxis permet de purifier autant que les menstruations.

"L'hémorragie du nez qui survient lors de la suppression de l'évacuation menstruelle est avantageuse à la femme."

ARISTOTE : "TRAITE DE LA GÉNÉRATION DES ANIMAUX".

1. L'origine des menstruations.

Livre I chapitre XVI : "Dans les femelles, la région des matrices est disposée de telle façon que les deux veines, la grande veine et l'aorte, se divisant, des veines nombreuses et fines viennent aboutir aux matrices. Ces veines étant surabondamment remplies par la nourriture, et leur nature, à cause de sa froideur même, n'étant pas capable de coction, la sécrétion se rend par des veines très fines dans les matrices ; et comme les matrices ne peuvent, étroites ainsi qu'elles le sont, recevoir cette surabondance excessive, il s'y produit comme un écoulement sanguin, ou une hémorroïde."

Livre I chapitre XIV : "De même donc que la diarrhée provient de la coction imparfaite dans les intestins, de même c'est une insuffisance pareille dans les veines qui produit les autres flux hémorroïdaux et cette hémorroïde particulière qu'on appelle les menstrues. Seulement, les hémorroïdes ordinaires sont une maladie, tandis que celle-là est très naturelle."

2. Le rôle de la lune.

Livre I chapitre XVI : "Il n'y a pas, pour les femmes, d'époque absolument régulière ; mais on conçoit bien que l'évacuation ait lieu ordinairement vers la fin des mois. En effet, les corps des animaux deviennent plus froids quand l'air ambiant se refroidit aussi. Or, les fins de mois sont froides, à cause de la disparition de la lune ; et c'est là ce qui fait que les fins de mois sont généralement plus agitées et plus refroidies que leurs milieux. C'est à cette période que l'excrétion qui s'est changée en sang, tend à produire les évacuations mensuelles."

3. La nature des menstrues.

Livre IV chapitre VIII : "Le résidu spermatique chez les mâles et les menstrues chez les femelles sont de la nature du sang."

Livre I chapitre XIII : "Il en résulte évidemment que les menstrues ne sont qu'une excrétion, et que les menstrues dans la femelle sont tout à fait analogues à ce que la liqueur séminale est dans le mâle.[...] Ainsi, c'est au même âge où le sperme vient à se produire et s'élabore dans les mâles, que les mois font éruption chez les femelles."

4. Les menstrues et la procréation.

Livre I chapitre XIII : "La femme ne conçoit pas quand elle n'a pas de mois. La force qui vient de l'homme et qui est dans le sperme ne trouve, ni la nourriture ni la matière nécessaire à la constitution de l'animal."

Livre I chapitre XIV : "Jusqu'ici, deux choses sont évidentes : l'une, c'est que, dans le fait de la génération, la femelle fournit la matière, et que cette matière consiste dans la composition des menstrues ; et l'autre, que les menstrues sont une excrétion."

"C'est le mâle qui apporte la forme et le principe du mouvement ; la femelle apporte le corps et la matière."

"Ainsi donc, dans l'acte de la génération, la femelle n'apporte pas de liqueur séminale ; mais cependant elle y apporte quelque chose, et c'est la composition des menstrues."

Livre I chapitre XVI : "Il faut que tout d'abord cette matière y soit assez abondante pour organiser primitivement le produit qui est conçu, et pour qu'ensuite vienne successivement la matière qui doit servir la croissance du produit."

5. Les menstrues et l'allaitement.

Livre IV chapitre VIII : "Pendant que les femmes allaitent les enfants, elles n'ont pas d'évacuations purifiantes, du moins selon l'ordre de la Nature."

Livre I chapitre XVI : "Chez les femmes, cette sécrétion est le flux menstruel ; chez les hommes, c'est le sperme."

Lors donc que l'embryon ne reçoit plus cette sécrétion, et qu'il l'empêche néanmoins de sortir au dehors, il y a nécessité que ce résidu tout entier s'accumule dans les lieux qui sont vides, et qui se trouvent placés sur les mêmes canaux. La région des mamelles est précisément dans ce cas [...] Que le lait soit de la même nature que l'excrétion d'où il vient, c'est ce qui est de toute évidence ; et nous l'avons déjà dit; car c'est d'une seule et même matière que l'embryon est nourri, et que la Nature produit la génération. Dans les animaux qui ont du sang, cette matière est le liquide sanguin. Le lait est donc du sang qui a reçu toute sa coction."

6. La quantité des menstrues et la maladie.

Livre I chapitre XVI : "Au contraire, si les évacuations n'ont pas lieu, ou si elles sont trop abondantes, le corps souffre, soit qu'elles déterminent des maladies, soit qu'elles épuisent simplement le corps en l'affaiblissant."

"La matrice attire le sperme à elle au dedans, quand elle est convenablement disposée, et qu'elle est échauffée par l'évacuation mensuelle."

7. Lors de la ménopause.

Livre I chapitre XIII : "Le plus souvent les femmes n'ont ni hémorroïdes, ni saignement de nez, ni aucune affection de ce genre, tant que leurs mois ne s'arrêtent pas; et quand il leur survient quelque affection de ce genre, leurs purgations mensuelles deviennent moins complètes, comme si la sécrétion ordinaire s'était changée en ces flux irréguliers."

PLINE L'ANCIEN : "HISTOIRE NATURELLE".

1. Le sang des menstruations a un caractère malsain et nuisible.

"Mais difficilement trouvera-t-on rien qui soit aussi malfaisant que le sang menstruel.

Une femme qui a ses règles fait aigrir le vin doux par son approche, en les touchant frappe de stérilité les céréales, de mort les greffes, brûle les plants des jardins ; les fruits de l'arbre contre lequel elle s'est assise tombent ; son regard ternit le poli des miroirs, attaque l'acier et l'éclat de l'ivoire ; les abeilles meurent dans leurs ruches; la rouille s'empare aussitôt de l'airain et du fer, et une odeur fétide s'en exhale;

Les chiens qui goûtent de ce sang deviennent enragés, et leur morsure inocule un poison que rien ne peut guérir.

Bien plus, le bitume, substance visqueuse et collante qui, à une certaine époque de l'année, surnage au-dessus des eaux d'un lac de Judée, nommé Asphaltite, ne se laisse diviser par rien, tant il adhère à tout ce qu'il touche, mais se laisse diviser par un fil infecté de ce virus.

Les fourmis même, animal si petit, en ressentent, dit-on, l'influence, rejetant les grains qu'elles portent, et ne les reprenant pas.

Ce flux d'une telle virulence revient chez la femme tous les trente jours, et il est plus abondant tous les trois mois."

2. Le sang des menstruations est la matière nécessaire à la procréation.

"Chez quelques-unes, il vient plus souvent que tous les mois ; chez quelques autres, jamais: celle-ci sont stériles, attendu que le sang menstruel est la matière de l'être à engendrer; la semence fournie par le mâle, agissant comme un levain, l'arrondit sur soi-même; puis cette masse, avec le temps, se vivifie et prend un corps."

GALIEN : "OEUVRES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET MEDICALES DE GALIEN".

1. L'aménorrhée cause des maladies, des douleurs et des saignements purgatifs.

"Ces symptômes suivent la suppression des règles et de plus il y a des douleurs aux lombes, au cou, au sinciput, à la base des yeux, il y a aussi des fièvres ardentes, des urines noirâtres avec une sanie rougeâtre comme si on avait mêlé de la suie à de la lavure de chairs saignantes. Quelques femmes ont de la dysurie ou de l'ischurie. Lors donc que vous verrez une femme en proie à de tels symptômes croyez que la matrice en est comme la racine. S'il survient sur quelque autre partie du corps ou une hémorragie ou une phlegmasie ou un érysipèle, on doit porter son attention du côté de l'évacuation menstruelle car rien de tout cela ne se manifeste quand la menstruation est irréprochable."

2. L'aménorrhée est une des causes de l'hystérie.

"Que les symptômes dits hystériques passent à juste titre dans l'antiquité pour avoir leur racine dans l'utérus cela est prouvé d'une manière non douteuse par ce fait que de tels symptômes se manifestent exclusivement chez les veuves et chez les femmes dont les règles sont supprimées."

D'après le "**TRAITE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'HYSTERIE**" du Docteur P.Briquet en 1859. "Il existe entre le flux menstruel et l'hystérie des rapports qui sont connus depuis longtemps, Hippocrate les admettait sans en tirer aucune induction mais Galien leur faisait jouer un rôle plus important. Selon cet auteur l'hystérie était produite par la rétention dans l'utérus de deux sortes d'humeurs, d'abord par l'humeur spermatique puis par le sang menstruel dont la puissance hystérique ne venait qu'en seconde ligne. Pour Galien il n'y avait pas de cas d'hystérie dont l'un ou l'autre de ces deux liquides ne fussent responsables, chacun à peu près pour moitié. La rétention du fluide séminal était censée donner naissance à l'hystérie aiguë et la rétention du fluide menstruel à l'hystérie lente qui ne se présente qu'avec des accidents modérés."

DE VINCI : "Quadernid'anatomia", Windsor Royal Library.



L'ECOLE DES PARENTS 1974.

"Il est donc essentiel d'informer l'enfant avant les premières transformations physiques, pour qu'elle ne s'affole pas devant le fait accompli [...] Il faut préparer l'enfant à comprendre ce qui va arriver, puis l'aider à le vivre. Dire pour tout commentaire à une fille qui vient d'avoir ses règles : "Eh bien, te voilà une grande fille maintenant", ou bien: "Alors te voilà demoiselle", est un peu succinct. De plus c'est trop tard. Une information préalable s'impose pour que la fillette ne soit pas prise au dépourvu et ne s'inquiète pas inutilement. Mais cette information ne doit pas être marquée des craintes ou des dégoûts des adultes. Beaucoup de femmes éprouvent en face des règles des sentiments de honte, de souillure, les considérant comme la marque de la malédiction féminine. Devant ces femmes blessées et insatisfaites, comment la fillette pourrait-elle concevoir une féminité heureuse ?".

LE CYCLE MENSTRUEL.

Le cycle menstruel est l'ensemble des phénomènes physiologiques de la femme préparant son organisme à une éventuelle fécondation. Il commence à la puberté et se termine à la ménopause. Par convention, la durée du cycle menstruel est établie à 28 jours, le premier jour du cycle correspondant au premier jour des règles.

1. La phase pré-ovulatoire ou folliculaire, du 1er au 14ème jour

Au niveau utérin, du 1er au 4ème jour, c'est la phase de desquamation. Les contractions spasmodiques des artérols spirallées provoquent la rupture des vaisseaux entraînant une ischémie puis une nécrose de la muqueuse utérine. La menstruation est l'élimination de la muqueuse utérine associée à du sang rendu incoagulable par un facteur fibrinolytique local. Il ne reste alors que la zone résiduelle de l'endomètre, non hormono-sensible, épaisse de 0,5mm.

Au niveau hypothalamo-hypophysio-ovarien, l'hypothalamus en libérant la GnRH stimule une sécrétion hypophysaire de FSH (hormone folliculo-stimulante) et de LH (hormone lutéinisante). Sous l'action de la FSH plusieurs follicules contenus dans le stroma cortical ovarien se différencient et, sous l'action de la LH, ils produisent des œstrogènes.

Au niveau utérin, ces œstrogènes stimulent, au 5ème jour, la croissance de l'endomètre, c'est la phase de régénération.

Au niveau ovarien, l'inhibine, hormone folliculaire, freine, par un rétrocontrôle négatif, la sécrétion de FSH. Seul le follicule dominant, ayant de nombreux récepteurs à la FSH, continue sa maturation et sa sécrétion d'œstradiol entraîne, par un rétrocontrôle positif, un pic de LH ou pic ovulatoire. Trente-six heures après, au 14ème jour, le follicule éclate, libérant l'ovule.

Au niveau utérin, du 9ème au 14ème jour, la croissance de l'endomètre se poursuit pour atteindre 3 mm au moment de l'ovulation, c'est la phase proliférative.

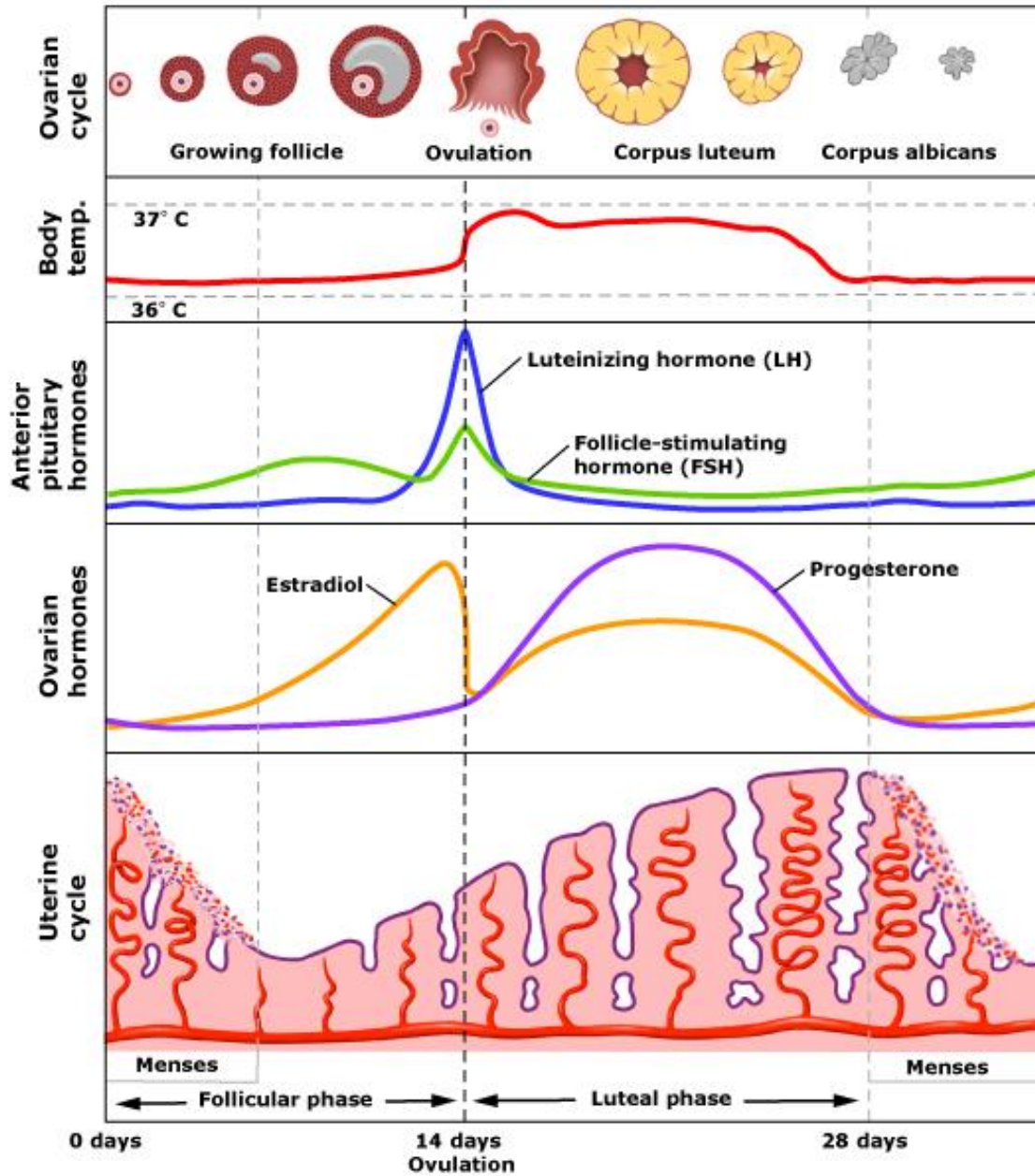
2. La phase lutéale, du 14ème jour au 28ème jour

Au niveau ovarien, le follicule vidé de son contenu, s'affaisse et se plisse, il devient le follicule déhiscent puis le corps jaune. En cas d'implantation de l'embryon dans l'utérus, le corps jaune maintient sa production d'hormones et bloque le cycle utérin. En l'absence d'implantation, au 26ème jour, le corps jaune dégénère entraînant une chute des taux plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone, ainsi que la levée de l'inhibition de la sécrétion de FSH.

Au niveau utérin, du 15ème au 21ème jour, c'est la phase de transformation glandulaire. L'endomètre se différencie, les glandes deviennent longues et sinueuses et les vaisseaux se transforment en artérols spirallées. La "fenêtre d'implantation" est atteinte du 20ème au 23ème jour. Du 22ème au 28ème jour, lors de la phase de sécrétion glandulaire, sous l'action de la progestérone, les glandes sécrètent du glycogène rendant la glaire cervicale plus

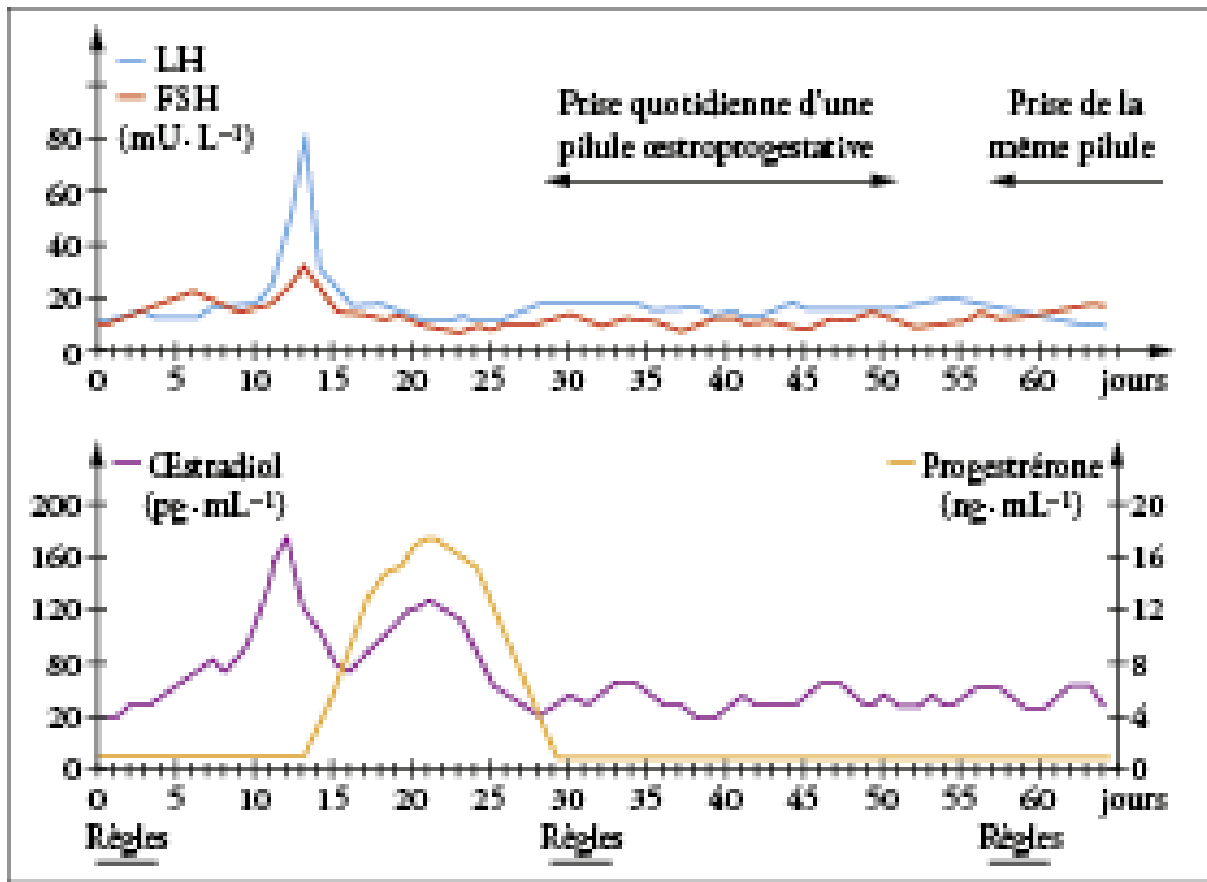
visqueuse⁷⁵. Le cycle se termine au 28ème jour, à la disparition du corps jaune.

3. Schéma du comportement hormonal.



⁷⁵ Le mucus cervical est une sécrétion des parois du col de l'utérus. Les fibres dont il est composé tissent un réseau plus ou moins dense, pouvant freiner le déplacement de spermatozoïdes. Ce réseau fibreux se réduit au moment de l'ovulation, facilitant ainsi le passage des spermatozoïdes dans l'utérus, alors qu'il reste très dense en dehors de l'ovulation.




4. Schéma du comportement hormonal sous contraception oestroprogestative.



Remarque : Le 3^{ème} terme « Règles » = hémorragie de privation.

LE SCORE DE HIGHAM.

- Un score > à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml du sang (*Définition de la ménorragie*).
- Un score > à 150 points nécessite la prise en charge chirurgicale des méno-métrorragies.

Date :		Jours de règles								Points	
		1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	8 ^{ème}		
	Serviette ou tampon										
	1 point / linge										
	Serviette ou tampon										
	5 points / linge										
	Serviette ou tampon										
	20 points / linge										
Caillots											
Débordement											
										Total points	

Abréviations

ACS:	Aide à la Complémentaire Santé.
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
AVC :	Accident vasculaire cérébral.
CMU:	Couverture Médicale Universelle.
CNGOF:	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
DIU :	Dispositif intra-utérin.
E:	Entretien.
IMC :	Indice de masse corporelle.
INED:	Institut National d'Etudes Démographiques.
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
INSERM:	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.
IVG:	Interruption Volontaire de Grossesse.
MAQ :	Questionnaire sur les attitudes menstruelles.
MDQ :	Questionnaire sur la détresse menstruelle.
SNC :	Système nerveux central.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.