

réalités

n° 213

en GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE



**Dépistage du cancer du col utérin chez les femmes
en périménopause et ménopausées**

La contraception chez l'adolescente

La sexualité avant et après l'accouchement

Résultats de l'étude FISCP



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J. Belaisch-Allart, Pr P. Bernard,
Pr Y. Dumez, Pr R. Frydman, Pr B. Hedon,
Pr J.-N. Hugues, Pr B. Jacquetin,
Pr P. Madelenat, Pr L. Mandelbrot,
Pr G. Mellier, Pr J. Milliez, Pr X. Monrozies,
Pr J.-F. Oury, Pr I. Nisand, Pr L. Piana,
Pr D. Querleu, Dr P. Von Thébald

COMITÉ DE LECTURE

Dr N. Bricout, Dr Ph. Descamps, Pr B. Deval,
Dr O. Feraud, Dr J.-N. Guglielmina, Dr J. Jacob,
Dr D. Luton, Dr O. Jourdain, Dr O. Multon,
Dr M.-H. Poissonnier, Pr C. Quereux,
Dr F. Reyat, Dr J. Salvat

RÉDACTEUR EN CHEF

Pr O. Sibony

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRETARIAT DE RÉDACTION

M. Meissel, M. Anglade

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTISTE

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy
C. Poussin (assistante)

RÉALITÉS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax: 01 47 00 69 99
E-mail: info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Impression : espaceGrafic
Mutilva Baja – Espagne
Commission Paritaire : 0327 T 81367
ISSN : 1264-8809
Dépôt légal : 2^e trimestre 2022

Sommaire

Juin 2022

n° 213



CONTRACEPTION

- 3** La contraception
chez l'adolescente
M. Durivault

MÉNOPAUSE

- 10** Dépistage du cancer du col utérin
chez les femmes en préménopause
et ménopausées
B. Cochand-Priollet, C. Davitian,
C. Delcour

SEXUALITÉ

- 17** La sexualité avant
et après l'accouchement
S. Granelli

OBSTÉTRIQUE

- 23** Résultats de l'étude FISCP
Financial Incentive for Smoking
Cessation in Pregnancy
E. Peyret

Un bulletin d'abonnement est en page 31.

Image de couverture :
© Tarasova Mariya@shutterstock.com

Contraception

La contraception chez l'adolescente

RÉSUMÉ: La prescription d'une contraception à l'adolescence doit être adaptée aux enjeux spécifiques à cet âge: une fertilité élevée, une exposition fréquente aux IST, un accès parfois limité à la consultation de gynécologie et aux traitements.

Toutes les méthodes de contraception sont envisageables. La stratégie de prescription doit tenir compte des antécédents de la patiente, de son mode de vie mais aussi des conséquences de l'initiation précoce d'un traitement hormonal sur sa santé à plus long terme.

L'objectif est de guider au mieux l'adolescente tout en respectant son autonomie et son intimité: la création d'une relation de confiance pourra s'avérer déterminante dans la suite de son suivi gynécologique.



M. DURIVALT

Service de Gynécologie médicale,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

La contraception est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

Lors de la prescription d'une contraception, l'enjeu est d'identifier la méthode qui convient le mieux à chaque femme. Elle doit lui permettre de prévenir efficacement les grossesses non désirées tout en étant utilisable sans danger avec ses antécédents médicaux et doit être associée au minimum d'effets secondaires. Il faut également veiller à ce qu'elle soit accessible avec ses ressources et que son mode de prise soit acceptable afin de garantir la meilleure observance possible.

L'adolescence correspond souvent à la période d'entrée dans la sexualité: l'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17,6 ans chez les femmes et on sait que 6,9 % des femmes ont leur premier rapport avant l'âge de 15 ans [1].

Lors d'une demande de contraception chez une adolescente, plusieurs éléments sont à prendre en compte: il s'agit d'un âge où la fertilité est élevée, où l'accès à la contraception peut être limité (financièrement ou par l'entou-

rage familial) et où le rythme de vie et la sexualité irrégulière peuvent perturber l'observance. De plus, la première consultation pour demande de contraception est aussi souvent la première rencontre de la jeune femme avec un gynécologue: c'est un moment clé pour établir un climat de confiance qui peut s'avérer déterminant pour le suivi ultérieur et un temps propice pour dispenser des informations de prévention et d'éducation à la sexualité.

Objectifs de la prescription d'une contraception chez l'adolescente

1. Prévention des grossesses non désirées

Le nombre d'IVG en France est globalement stable depuis 20 ans (aux alentours de 220 000 par an) et ces interruptions sont le plus souvent pratiquées entre les âges de 20 et 29 ans [2]. Cependant, chez les femmes plus jeunes entre 15 et 19 ans, le taux de recours à l'IVG (nombre d'IVG pour 1000 femmes sur une durée de 1 an) est en diminution depuis plus de 10 ans: 10,5 en 2010 contre 5,5 en 2020 [2]. Cette diminution fait suite aux politiques de facilitation d'accès à la contraception pour les mineures: absence de nécessité

Contraception

d'accord parental depuis 2001, délivrance gratuite pour les femmes de 15 à 18 ans depuis 2013.

2. Protection contre les infections sexuellement transmissibles

Les adolescents représentent une population à risque : en 2013-2014, 40 % des diagnostics d'infections sexuellement transmissibles (IST) concernaient des jeunes entre 15 et 24 ans [3].

La consultation de contraception chez l'adolescente est l'occasion de proposer un dépistage complet, mais également d'informer sur les IST, leurs modes de transmission et les moyens pour s'en protéger. L'aide au choix de contraception devra tenir compte des prises de risque de la patiente.

Le dépistage et les informations de prévention dispensées doivent être adaptés à l'âge jeune. Depuis 2018, la HAS recommande un dépistage opportuniste systématique des infections à *C. Trachomatis* chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans : les infections à *C. Trachomatis* sont asymptomatiques dans 60 à 70 % des cas et leur prévalence est estimée à 3,6 % entre 18 et 25 ans [4]. Le dépistage peut être fait par autoprélèvement vaginal, qui présente une bonne performance diagnostique tout en évitant un examen pelvien invasif [5].

La consultation de contraception est aussi l'occasion de proposer un rattrapage vaccinal contre le papillomavirus pour les patientes de moins de 20 ans. L'infection à *Human Papilloma Virus* (HPV) est l'IST la plus fréquente dans le monde. Bien que la vaccination soit recommandée depuis 2007, la couverture vaccinale est toujours faible en France puisqu'elle était inférieure à 30 % en 2018 [6].

3. Bénéfices non contraceptifs chez l'adolescente

La prescription d'une contraception à l'adolescence peut être associée à des

bénéfices secondaires sur des problématiques fréquemment rencontrées à cet âge : il est donc important de les rechercher à l'interrogatoire et d'informer la patiente de ces bénéfices potentiels.

>>> **Les irrégularités menstruelles** sont fréquentes dans les premières années qui suivent la ménarche : elles sont liées aux cycles souvent anovulatoires après les premières règles [7]. En 2018, l'ESHRE a défini les normes de durée des cycles chez les adolescentes en fonction de l'âge menstruel afin d'identifier les patientes pour lesquelles ces irrégularités justifient la réalisation d'examens complémentaires [8].

Après avoir réalisé les explorations si elles sont indiquées, on pourra proposer une contraception adaptée, notamment si ces troubles du cycle s'intègrent dans le cadre d'un syndrome des ovaires polykystiques.

>>> **L'acné** est une problématique fréquente rencontrée par 85 % des adolescents [9]. Sa prise en charge repose en 1^{re} intention sur des traitements topiques locaux. Cependant, elle pourra être améliorée par les contraceptifs œstroprogestatifs et ce bénéfice pourra être mis en avant auprès des patientes afin de faciliter leur adhésion au traitement.

>>> Selon les études, 43 à 91 % des adolescentes se plaignent de **dysménorrhées** [10]. Elles peuvent être à l'origine d'une irritabilité, d'un absentéisme scolaire et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Elles constituent donc un élément clé à rechercher qui pourra orienter la prescription afin de limiter leur impact sur le quotidien de l'adolescente.

Quelle contraception chez l'adolescente ?

Les méthodes contraceptives envisageables sont identiques à celles disponibles chez l'adulte. La stratégie de

prescription a fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique éditées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en 2018 [11]. L'efficacité des différentes méthodes en population générale est rappelée dans le **tableau I**.

1. Contraceptions barrières

Le préservatif masculin est une contraception accessible et largement utilisée à l'entrée dans la sexualité : en 2016, il était utilisé dans plus de 85 % des cas au cours du premier rapport [1]. Cependant, il s'agit d'une méthode dont l'acceptabilité est médiocre puisque le taux de continuation à 1 an est estimé à 47 % [12].

Le préservatif féminin, moins connu et moins utilisé, présente un taux d'échec plus élevé que le préservatif masculin (**tableau I**).

Les préservatifs ne sont donc pas une méthode de choix pour une contraception sur une durée prolongée mais ils constituent la seule méthode de protection contre les IST.

L'utilisation de spermicide, cape et diaphragme n'est pas recommandée à l'adolescence en raison de leur faible efficacité théorique et pratique et de la fertilité élevée à cet âge. De plus, ils ne constituent pas une barrière efficace vis-à-vis des infections.

2. Contraception orale

La contraception orale est la contraception de premier choix chez l'adolescente. En 2016, elle était utilisée par 60 % des jeunes filles entre 15 et 19 ans, dont 44 % seule et 16 % en association avec le préservatif (**fig. 1**) [1].

Elle présente l'avantage de pouvoir être débutée immédiatement le jour de la consultation par la méthode du "quick start", en s'assurant d'avoir un test de grossesse négatif et en informant la

Type de contraceptif	IP théorique	IP vie courante
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
COP orale	0,3	8
Contraception progestative orale	0,3	8
Implant à l'étonogestrel	0,05	0,05
DIU au cuivre	0,6	0,6
DIU au LNG	0,2	0,2
Anneau vaginal	0,3	8
Patch contraceptif	0,3	8
DMPA	0,3	3
Spermicide	18	29
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32

Tableau 1: Indice de Pearl des principales méthodes de contraception disponibles selon l'OMS en 2011. COP: contraception œstroprogestative; DIU: dispositif intra-utérin; LNG: lévonorgestrel; DMPA: acétate de médroxyprogestérone.

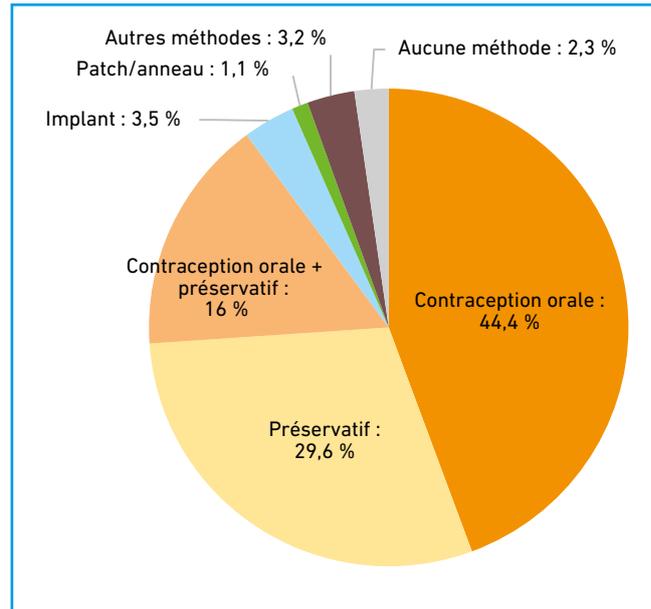


Fig. 1: Prévalence des méthodes de contraception en France métropolitaine chez les femmes de 15 à 19 ans, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant – Baromètre santé 2016.

patiente de la nécessité d'utiliser une méthode de contraception barrière en complément durant les 7 premiers jours.

L'observation de la contraception orale est parfois difficile chez les jeunes patientes : lors de la prescription, une information claire orale et si possible écrite doit être délivrée sur les modalités de prise, les situations à risque de malabsorption et la conduite à tenir en cas d'oubli.

● Contraception œstroprogestative orale

La contraception œstroprogestative (COP) est la contraception recommandée en 1^{re} intention chez les adolescentes [11]. Ses contre-indications sont les mêmes que chez l'adulte, exception faite du tabagisme qui n'est pas une contre-indication absolue avant l'âge de 35 ans s'il est isolé.

Les bénéfices secondaires multiples de la contraception œstroprogestative peuvent être mis en avant auprès des

jeunes patientes : diminution de l'acné, régularisation des cycles ou encore réduction des dysménorrhées.

Comme chez l'adulte, les associations de 2^e génération qui contiennent du lévonorgestrel doivent être privilégiées en raison de leur moindre risque thromboembolique [11].

Concernant la tolérance, les études qui ont comparé les COP contenant 20 µg à celles contenant 30 µg d'éthinylestradiol (EE) ont montré des taux de *spottings* [13] et un taux de discontinuation à 1 an plus élevés pour les COP plus faiblement dosées à 20 µg d'EE [12].

● Contraception progestative orale

La contraception microprogestative sera prescrite en 2^{de} intention chez l'adolescente en raison du risque plus important d'échec en cas de prise différée et de la moins bonne tolérance sur le profil de saignements. Le désogestrel est à privilégier pour sa tolérance de 12 heures à l'oubli.

La drospirénone seule pourra être proposée en cas de mauvais contrôle du cycle sous désogestrel, ou en alternative à la COP dans les situations d'hyperandrogénie en raison de son effet anti-androgénique et anti-minéralocorticoïde. Les jeunes patientes devront être averties de l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Le diénogest est indiqué dans le traitement des dysménorrhées et de l'endométriose en raison de son fort index utéro-trophique. Cependant, il ne possède pas d'AMM pour la contraception.

L'utilisation des macroprogestatifs oraux est exceptionnelle chez l'adolescente et sera réservée aux rares situations où les autres méthodes contraceptives sont contre-indiquées. Ils ne possèdent pas non plus d'AMM pour la contraception. Comme chez l'adulte, une information claire sur le risque de méningiome devra être délivrée, même s'il reste exceptionnel à cet âge, et un suivi adapté mis en place selon les recommandations de l'Agence

I Contraception

nationale de sécurité du médicament (ANSM).

3. Contraceptions réversibles de longue durée ou LARCs

Les LARCs (*Long-acting reversible contraceptives*) sont les méthodes proposant les meilleures efficacités contraceptives pratiques (**tableau I**) du fait de l'absence de risque d'oubli ou de mésusage. Cependant, ils restent peu prescrits chez les jeunes patientes puisqu'ils représentaient 6,7 % des méthodes de contraception utilisées chez les 15-19 ans en 2016 [1].

Les freins à l'utilisation identifiés sont le manque d'information sur ces méthodes chez les adolescentes, mais également un frein à la proposition dans cette catégorie d'âge de la part des prescripteurs [14].

Les recommandations du CNGOF préconisent l'utilisation des LARCs plutôt en 2^{de} intention, pour les jeunes patientes qui ont eu plusieurs expériences et celles qui oublient leur pilule [11]. La HAS, elle, indique que l'âge en lui-même ne doit pas limiter le choix. De la même manière, l'American College of Gynecologists (ACOG) et l'American Academy of Pediatrics (AAP) classent les LARCs parmi les contraceptions de 1^{re} intention chez l'adolescente, en rappelant que le risque d'échec est 20 fois moindre en comparaison aux contraceptions estroprogestatives (anneau, patch, COP) [15].

● **Implant contraceptif**

L'implant contraceptif à l'étonogestrel est la méthode contraceptive avec l'indice de Pearl le plus bas disponible sur le marché (**tableau I**). Son acceptabilité est bonne: le taux de continuation est supérieur à 80 % après 2 ans d'utilisation [16]. Le profil de saignement chez l'adolescente est similaire à celui observé chez l'adulte [17]: il est important d'en informer la patiente avant la pose puisqu'on sait qu'il s'agit de

la cause la plus fréquente d'interruption de l'utilisation [18].

En ce qui concerne les bénéfiques non contraceptifs de l'implant, les données dans la littérature montrent une amélioration des dysménorrhées [19].

En revanche, les données sur l'acné sont discordantes et ne permettent pas de conclure sur un effet bénéfique ou aggravant [19].

● **Dispositif intra-utérin (DIU)**

L'utilisation des dispositifs intra-utérins au cuivre ou au lévonorgestrel est possible chez l'adolescente, sous réserve de quelques précautions.

Comme chez l'adulte, pour les patientes nullipares, les dispositifs *short* et mini seront privilégiés en cas de pose d'un DIU au cuivre et on choisira également préférentiellement les dispositifs de petite taille en cas de pose d'un DIU au lévonorgestrel.

Compte tenu du risque élevé d'IST à cet âge, la réalisation systématique d'un prélèvement vaginal préalablement à la pose est conseillée et une éducation à la prévention des infections génitales est indispensable. Il semble exister un léger surrisque d'expulsion chez les adolescentes, tous types de DIU confondus [20].

Les données sur la tolérance des DIU chez les adolescentes sont rassurantes: une méta-analyse parue en 2017 montre un taux de continuation à 74 % après 12 mois d'utilisation [15].

4. Autres méthodes de contraception

>>> **Le patch contraceptif et l'anneau vaginal** sont des associations estroprogestatives qui présentent l'avantage de diminuer les problématiques d'observance grâce à des modes de prise qui ne sont pas quotidiens. Cependant, elles contiennent un progestatif de 3^e génération et ne sont donc pas recommandées en 1^{re} intention.

>>> **La contraception injectable par acétate de médroxyprogestérone (DMPA)**: outre sa tolérance médiocre avec des effets secondaires multiples et fréquents (troubles du cycle, prise de poids, acné, anomalies du bilan glucido-lipidique), ce progestatif est associé à un surrisque thromboembolique [21]. Pour toutes ces raisons, il sera réservé aux situations de non-observance en l'absence d'alternative contraceptive envisageable.

>>> **La contraception définitive** n'est pas autorisée par la loi chez les mineures.

5. Contraception d'urgence

En cas de choix d'une contraception pour laquelle un risque d'échec d'observance existe, une information doit être délivrée sur les méthodes de contraception d'urgence et une prescription doit être remise en prévention à la patiente.

Comme chez l'adulte, il existe 3 types de contraception d'urgence envisageables: l'ulipristal acétate, le lévonorgestrel ou le DIU au cuivre.

L'adolescente devra être informée de la possibilité de se procurer la contraception d'urgence hormonale sans ordonnance en pharmacie, au sein des CPEF mais également auprès de l'infirmière scolaire de son collège ou de son lycée, ou encore dans un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Le lévonorgestrel et l'ulipristal acétate possèdent une efficacité comparable en cas de prise dans les 72 h après le rapport à risque. Entre 72 h et 120 h, il est recommandé d'utiliser préférentiellement l'ulipristal acétate si la patiente souhaite une contraception d'urgence *per os* [22].

La pose d'un DIU au cuivre reste la méthode la plus efficace qui peut être utilisée avec un taux de grossesse < 1 %, mais elle est plus difficile à mettre en œuvre et moins acceptable pour les jeunes patientes.

Problématiques soulevées par la prescription d'une contraception hormonale chez l'adolescente

La prise d'un traitement hormonal au long cours à un âge jeune et en fin de croissance pose la question des retentissements à plus long terme sur la santé de la patiente.

1. La prise de poids

Il s'agit d'une inquiétude fréquente pour les jeunes patientes pour qui l'image corporelle est souvent source de préoccupations. Les données disponibles ne portent pas sur des études menées spécifiquement chez des adolescentes mais sont rassurantes.

Concernant la contraception œstroprogestative, la méta-analyse de Gallo *et al.* portant sur 85 études et 52 contraceptifs ne montrait pas d'impact négatif évident de la COP sur le poids et n'identifiait pas de combinaison œstroprogestative associée à une prise de poids plus importante [13].

Au sujet de la contraception progestative (microprogestatifs, DMPA, DIU, implant), la méta-analyse de Lopez *et al.* portant sur 22 études a montré de faibles variations du poids ou de la composition corporelle, avec une prise de poids inférieure à 2 kg après 6 à 12 mois [23].

Il est donc indispensable de rassurer les jeunes patientes et de délivrer des conseils sur l'activité physique et l'alimentation afin de limiter les arrêts intempestifs associés à une crainte liée au poids.

2. Impact de la contraception hormonale sur la minéralisation osseuse

La formation osseuse débute pendant la vie *in utero*, s'accélère à la puberté jusqu'à atteindre le pic de masse osseuse vers l'âge de 20 ans, qui est un déterminant essentiel de la qualité osseuse future. On

estime que 40 % de la masse osseuse sont acquis pendant l'adolescence.

Chez la femme, les œstrogènes jouent un rôle déterminant pour la constitution et le maintien du capital osseux en inhibant la résorption par les ostéoclastes [24]. Une partie des contraceptions hormonales agit par un mécanisme anti-gonadotrope et supprime la sécrétion endogène d'œstrogènes : on peut donc s'interroger sur les conséquences sur l'os lors de la prise à un âge jeune.

Concernant la contraception orale, les données sont discordantes mais montrent que les COP contenant des doses d'EE < 20 µg pourraient avoir un impact négatif sur le développement osseux. À l'inverse, des COP qui contiennent au moins 30 µg d'EE n'entraînent pas de diminution de la densité minérale osseuse (DMO) : elles sont donc à privilégier chez l'adolescente [25]. Les études qui se sont intéressées à l'impact de la COP sur la croissance en cas de prise avant l'âge de 18 ans n'ont pas montré de conséquence négative sur la taille finale [26].

En ce qui concerne l'implant, on dispose de très peu de données mais elles sont rassurantes et suggèrent une absence d'effet ou une très légère diminution de la DMO [25].

POINTS FORTS

- Toutes les méthodes de contraception sont envisageables chez l'adolescente : l'âge en lui-même ne doit pas limiter le choix.
- La contraception de 1^{er} choix est la contraception œstroprogestative orale. Les associations de 2^e génération contenant 30 µg d'éthinylestradiol sont à privilégier.
- L'examen pelvien clinique n'est pas recommandé lors de la 1^{re} prescription d'une contraception : il doit dans la mesure du possible être différé.
- La prescription d'une contraception chez une mineure et des soins qui s'y rattachent peut être faite sans autorisation parentale, de manière anonyme et gratuite.

Pour le DMPA, une diminution de la DMO et une augmentation du risque de fracture ont été montrées en cas de prise prolongée : son utilisation est donc à éviter en période d'acquisition du pic de masse osseuse [25].

3. Contraception hormonale et cancer du sein

Les données de la littérature montrent une réduction de la mortalité par cancer toutes causes confondues en cas de prise de contraception hormonale [27]. Cependant, les études s'accordent sur un léger surrisque de cancer du sein, avec un risque relatif estimé à 1,20 (IC95 % : 1,14-1,26) dans l'étude de cohorte prospective danoise parue en 2018 portant sur 1,8 million de femmes [28].

Dans cette même publication, les facteurs identifiés comme associés à ce surrisque sont la prise prolongée > 10 ans et le début de la contraception à un âge jeune. Ces données ne doivent en aucun cas remettre en question une prescription de contraception chez l'adolescente lorsqu'elle est indiquée. Cependant, elles doivent inciter à éviter les prescriptions de contraceptifs hormonaux dans un but exclusivement non contraceptif, comme le traitement de l'acné juvénile isolée ou la régulation des cycles sans but contraceptif associé.

Contraception

Modalités de prescription

1. Établir un climat de confiance

La première consultation de gynécologie chez l'adolescente est un moment particulier au cours duquel sont abordées des questions intimes. Si la patiente s'est présentée accompagnée d'un parent, la HAS encourage à proposer un temps d'entretien privé.

C'est l'occasion d'évoquer pour la première fois certains sujets avec un professionnel de santé : la consultation doit être conduite avec bienveillance et respect, sans jugement.

Chez les jeunes patientes, une attention particulière doit être portée au respect de l'intimité et de la pudeur. L'importance du premier examen pelvien ne doit pas être négligée : une étude de cohorte suédoise portant sur 788 patientes a montré qu'une mauvaise expérience du premier examen pelvien était fortement corrélée au mauvais vécu des examens ultérieurs [29].

En l'absence de plainte, l'examen clinique n'est pas conseillé lors de la première prescription d'une contraception (en dehors de la mesure de la tension artérielle, de la taille et du poids). La charte de la consultation en gynécologie et en obstétrique publiée en octobre 2021 et signée entre autres par le CNGOF et la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) l'a tout récemment rappelé.

2. Gratuité

Les coûts de la contraception et les actes qui y sont liés sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie chez les mineures entre 15 et 18 ans depuis 2003 et chez les mineures de moins de 15 ans depuis janvier 2020. Le ministre de la Santé a récemment annoncé l'extension de ces mesures aux jeunes femmes jusqu'à l'âge de 25 ans à compter de janvier 2022.

Ce dispositif concerne les contraceptions hormonales de 2^e génération, la contraception microprogestative orale, l'implant contraceptif, les DIU, la contraception d'urgence et les préservatifs masculins (deux marques remboursées : EDEN et Sortez Couverts!).

Au sein des CPEF, les contraceptions prises en charge chez les mineures mais également d'autres moyens de contraception comme l'anneau, le patch ou l'implant peuvent être délivrés gratuitement.

Afin de faciliter l'accès à la contraception et de limiter les interruptions de traitement entre deux consultations, les infirmiers et les pharmaciens sont autorisés à renouveler une prescription de pilule contraceptive datant de moins d'un an, pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum.

3. Secret médical

Aucune autorisation parentale n'est nécessaire à la prescription ou au suivi de la contraception chez une mineure. Elle pourra être délivrée de manière anonyme dans les CPEF pour les jeunes filles souhaitant garder le secret. Concernant les examens de dépistage et de suivi biologique en cas de contraception œstroprogestative, la mention "patiente mineure – confidentiel" devra figurer sur l'ordonnance afin de garantir l'anonymat auprès de l'Assurance Maladie et de permettre le remboursement.

4. Suivi rapproché

Les données de l'enquête COCON sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France ont montré que la moitié des patientes ayant recours à l'IVG avaient changé de méthode de contraception dans les 6 mois précédents et souvent opté pour une méthode moins efficace, voire avaient arrêté toute méthode [30]. Par ailleurs, l'âge jeune est identifié comme un facteur de risque d'échec de la contraception, quelle que soit la méthode choisie [31].

Il est donc important de réévaluer précocement la prescription chez les adolescentes après 3 mois d'utilisation, ce qui permet de s'assurer de la bonne tolérance mais également de dépister les patientes qui rencontrent des difficultés d'observance et d'éviter les interruptions inopinées.

Conclusion

La prescription d'une contraception chez l'adolescente est une consultation importante à l'entrée dans la sexualité. L'âge est à prendre en compte pour conseiller la patiente mais ne doit pas constituer en lui-même une limite dans le choix. À cette période de la vie où les consultations médicales sont peu fréquentes, il s'agit d'un moment clé pour délivrer des informations de prévention et dépister des problématiques de santé plus globales. L'approche centrée sur l'adolescente et bienveillante est essentielle pour établir un climat de confiance qui permettra de la guider au mieux dans son choix et d'initier un suivi gynécologique régulier.

BIBLIOGRAPHIE

1. RAHIB D, LE GUEN M, LYDIÉ N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France, 2017.
2. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. Accessible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1207.pdf>
3. YENI P, ARTIÈRES P, COUTERON JP *et al.* Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. CNS. 2017. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prise-en-charge-globale/avis-jeunes-2017/>
4. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. HAS 2018.
5. SCHOEMAN SA, STEWART CMW, BOOTH RA *et al.* Assessment of best single sample for finding chlamydia in women with and without symptoms: a diagnostic test study. *BMJ*, 2012;345:e8013.

6. FONTENEAU L, BARRET AS, LEVY BRUHL D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. *Bull Epidemiol Hebd*, 2019;22-23:424-430.
7. GUNN HM, TSAI MC, McRAE A *et al*. Menstrual Patterns in the First Gynecological Year: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2018;31:557-565.e6.
8. ESHRE. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018.
9. HABESHIAN KA, COHEN BA. Current Issues in the Treatment of Acne Vulgaris. *Pediatrics*, 2020;145:S225-S230.
10. SULTAN C, GASPARI L, PARIS F. Adolescent Dysmenorrhea. *Endocr Dev*, 2012;22:171-180.
11. PIENKOWSKI C, CARTAULT A. Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2018;46:858-864.
12. MOREAU C, BOUYER J, BAJOS N, RODRIGUEZ G, TRUSSELL J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod*, 2009;24:1387-1392.
13. GALLO MF, NANDA K, GRIMES DA *et al*. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008;(4):CD003989.
14. PRITT NM, NORRIS AH, BERLAN ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2017;30:18-22.
15. DIEDRICH JT, KLEIN DA, PEIPERT JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2017;216:364.e1-364.e12.
16. POWER J, FRENCH R, COWAN FM. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods for preventing pregnancy. Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur, 2007;2007:CD001326.
17. LEWIS LN, DOHERTY DA, HICKEY M *et al*. Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*, 2010;81:421-426.
18. MANSOUR D, KORVER T, MARINTCHEVA-PETROVA M *et al*. The effects of Implanon® on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008;13 Suppl 1:13-28.
19. PALOMBA S, FALBO A, DI CELLO A *et al*. Nexplanon: the new implant for long-term contraception. A comprehensive descriptive review. *Gynecol Endocrinol*, 2012;28:710-721.
20. MADDEN T, McNICHOLAS C, ZHAO Q *et al*. Association of Age and Parity With Intrauterine Device Expulsion. *Obstet Gynecol*, 2014;124:718-726.
21. PLU-BUREAU G, MAITROT-MANTELET L, HUGON-RODIN J *et al*. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013;27:25-34.
22. HAMDAROU N, CARDINALE C, AGOSTINI A. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2018;46:799-805.
23. LOPEZ LM, RAMESH S, CHEN M *et al*. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;(8):CD008815.
24. CROMER BA. Menstrual Cycle and Bone Health in Adolescents. *Ann N Y Acad Sci*, 2008;1135:196-203.
25. LOPEZ LM, GRIMES DA, SCHULZ KF *et al*. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;(6):CD006033.
26. WARHOLM L, PETERSEN KR, RAVN P. Combined oral contraceptives' influence on weight, body composition, height, and bone mineral density in girls younger than 18 years: A systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2012;17:245-253.
27. HANNAFORD PC, IVERSEN L, MACFARLANE TV *et al*. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 2010;340:c927.
28. MØRCH LS, SKOV LUND CW, HANNAFORD PC *et al*. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*, 2017;377:2228-2239.
29. WIJMA B, GULLBERG M, KJESSLER B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women: Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998;77:422-428.
30. BAJOS N, LAMARCHE-VADEL A, GILBERT F *et al*. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*, 2006;21:2862-2867.
31. BRADLEY SEK, POLIS CB, BANKOLE A *et al*. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk? *Stud Fam Plann*, 2019;50:3-24.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

I Ménopause

Dépistage du cancer du col utérin chez les femmes en périménopause et ménopausées

RÉSUMÉ : Le cancer du col de l'utérus est le 12^e cancer le plus fréquent en France et l'un des rares cancers pour lesquels le pronostic reste sévère. La mise en place d'une campagne de dépistage organisée (DO-CCU) à l'échelon national reste donc à ce jour un enjeu important de santé publique. Depuis l'arrêté du 30 juillet 2020, le DO-CCU repose sur la réalisation d'un test HPV-haut risque (HPV-HR), complété d'une cytologie réflexe en cas de positivité.

Chez la femme en périménopause et la femme ménopausée, l'interprétation du frottis cervico-utérin (FCU) ainsi que la colposcopie sont rendues difficiles à cause de la carence estrogénique.

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'un traitement estrogénique préalable au FCU et à la colposcopie pour améliorer l'efficacité de ces deux examens. Ainsi, il pourrait être intéressant de rediscuter les modalités du dépistage chez les femmes présentant une carence estrogénique, en y incluant une préparation estrogénique préalable, en l'absence de contre-indication.



B. COCHAND-PRIOU¹, C. DAVITIAN², C. DELCOUR³

¹ Service de Pathologie, Hôpital Cochin, AP-HP Centre Université Paris Cité, PARIS.

² Gynécologue-colposcopiste, Hôpital Beaujon, CLICHY.

³ Gynécologue médicale, Hôpital Robert Debré, PARIS.

Le cancer du col de l'utérus est le 12^e cancer le plus fréquent chez la femme en France. Malgré l'existence, jusqu'à récemment, d'un dépistage individuel volontaire assez efficace, il reste responsable d'environ 1 100 décès par an. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans en diminution. On considère pourtant qu'un dépistage régulier de toute la population cible permettrait d'en réduire l'incidence de 90 % [2].

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait l'objet d'une campagne de dépistage organisée en France depuis 2018 [1].

L'infection à papillomavirus humain et l'histoire naturelle du cancer du col utérin

1. Différents HPV

Les papillomavirus humains (HPV) sont des virus à ADN double brin très résis-

tants qui infectent les épithéliums cutanés et les muqueuses. Près de 200 types d'HPV existent et environ 40 d'entre eux infectent les muqueuses génitales. La fréquence de chaque type d'HPV est variable dans la population et chacun d'entre eux possède un potentiel oncogénique différent : on peut ainsi les classer en HPV à faible risque oncogène (comme par exemple les HPV 6 et 11) et HPV à haut risque oncogène (dont HPV 16 et 18 qui sont les plus fréquents, causant 70 % des cancers invasifs du col utérin) [3].

L'infection par des HPV à faible risque oncogène (HPV-BR) peut provoquer des anomalies bénignes des cellules cervicales, des verrues génitales (condylomes) et des papillomes laryngés.

Les types d'HPV à haut risque oncogène (HPV-HR) ont quant à eux un rôle carcinogène dans le développement du cancer du col de l'utérus, des cancers ano-génitaux et des cancers de l'oropharynx. Ce sont eux qui nous intéressent.

2. Histoire naturelle de l'infection HPV-HR jusqu'au cancer du col utérin

L'infection à HPV-HR est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde [4].

Le pic de prévalence de l'infection à HPV est fortement associé à l'initiation des rapports sexuels et survient vers l'âge de 18 ans. La majorité des infections à HPV devient ensuite indétectable 12 à 24 mois après l'infection.

Pendant, dans certains cas, l'infection persiste et peut être responsable de lésions précancéreuses. Actuellement, on considère que le cancer du col utérin survient en général à la suite d'une série d'étapes : infection par un HPV-HR, persistance de l'infection au-delà de 2 ans, apparition de lésions précancéreuses, puis apparition d'un cancer invasif. Le pic d'incidence des lésions précancéreuses est plus tardif, décalé dans le temps d'environ 10 ans, et le pic d'incidence des cancers invasifs du col utérin survient 10 à 30 ans après l'infection (**fig. 1**) [5].

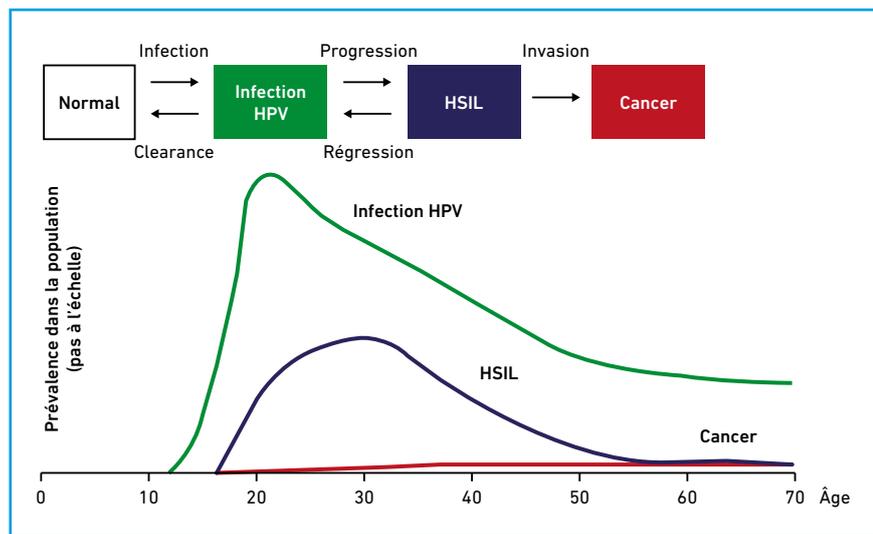


Fig. 1 : D'après [5].

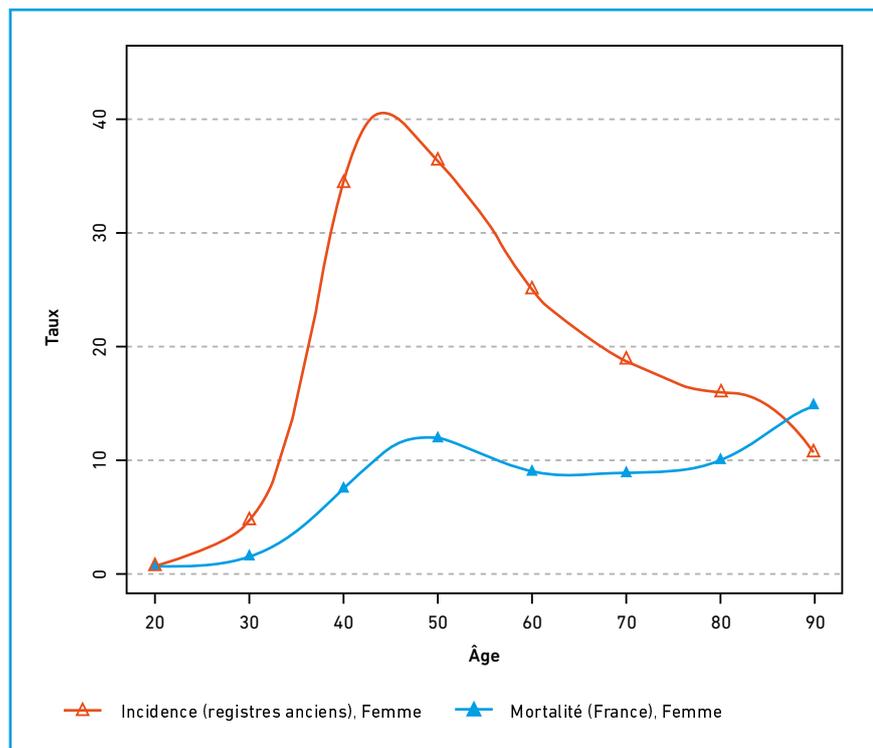


Fig. 2 : Données Santé Publique France, 2019 : estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018.

Les lésions précancéreuses sont diagnostiquées par l'analyse histologique de biopsies cervicales réalisées pendant un examen de colposcopie. Elles sont classées en deux catégories selon la profondeur de l'épithélium qui est atteint : LSIL (lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade – anciens CIN1) et HSIL (lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade – anciens CIN2 et 3).

L'histoire naturelle de ces lésions est variable en fonction de leur grade. Les LSIL régressent spontanément dans 70 à 80 % des cas tandis que les HSIL (anciens CIN2) régressent spontanément dans 55 % des cas après 4-6 ans et évoluent en HSIL-anciens CIN3 dans 2 % des cas. Les lésions HSIL-anciens CIN3 quant à elles sont à considérer comme de véritables lésions précancéreuses, avec un risque de cancer du col utérin de 30 % en 30 ans en l'absence de traitement (*versus* 1 % en présence d'un traitement) (**fig. 1**) [3].

■ Données épidémiologiques

En France, le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus survient entre 45 et 49 ans et est estimé à 18 pour 100 000 femmes. L'âge médian au diagnostic du cancer du col utérin se situe quant à lui vers 53 ans (**fig. 2**) [6]. Les femmes en péri-ménopause et les femmes ménopausées constituent ainsi une

Ménopause

population particulièrement à risque de cancer du col de l'utérus.

Les données européennes de prévalence de tests HPV positifs en population générale trouvent une prévalence de tests HPV positifs d'environ 4,2 % pour les 45-49 ans et 3,9 % pour les 50-54 ans [7]. Une autre étude trouve une prévalence de tests HPV positifs de 5,7 % pour les 45-54 ans en Italie, 3,6 % aux Pays-Bas et 0,6 % en Espagne [8]. En France, deux études montrent des prévalences concordantes plus élevées à 9,5 % et 9,9 % respectivement [9, 10]. Parmi les femmes européennes avec un frottis normal, on retrouve un HPV-HR positif chez 3,5 % des 45-49 ans et 2,9 % des 50-54 ans [7].

Ainsi, bien que la prévalence de l'infection HPV-HR diminue avec l'âge, celle-ci n'est pas nulle, y compris chez des femmes avec des cytologies cervicales normales.

Recommandations actuelles pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

1. Modalités du dépistage organisé

Le programme national du DO-CCU s'applique aux femmes âgées de 25 à 65 ans. En juillet 2020, la Haute Autorité de santé a publié les recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Désormais, les tests de dépistage primaire et les rythmes de dépistage sont différents selon l'âge des femmes concernées [11].

De 25 à 29 ans, le dépistage consiste en la réalisation de deux examens cytologiques à 1 an d'intervalle suivis d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers est normal.

De 30 à 65 ans, le dépistage consiste en la réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.

En cas de test HPV positif, il est recommandé de pratiquer une cytologie dite réflexe (*fig. 3*).

2. Limites et difficultés du dépistage organisé

Le choix d'utiliser les tests HPV-HR comme outils de dépistage repose sur la meilleure sensibilité de celui-ci pour la détection du cancer du col utérin en comparaison au FCU en phase liquide ou conventionnel. En effet, sa sensibilité est estimée à 89,9 % *versus* 62,5 % pour le frottis sur lame et 72,9 % pour le frottis en phase liquide en phase liquide [12].

En revanche, le test HPV possède une spécificité moins bonne estimée à 89,9 % *versus* 96,6 % pour le frottis sur lame et 90,3 % pour le frottis en phase liquide. Ces résultats sont indépendants de l'âge de la patiente [12].

Ainsi, l'utilisation du test HPV-HR dans le dépistage organisé pourrait entraîner une augmentation non négligeable du nombre d'examen additionnels et, dans le même temps, inquiéter inutilement plus de patientes.

Difficultés de la cytologie cervicale chez les femmes en péri-ménopause et ménopausées

Les FCU des femmes ménopausées sont en principe des frottis atrophiques et la morphologie des cellules malpighiennes, dans ce contexte, est bien connue puisqu'il s'agit des cellules basales et parabasales en provenance de l'épithélium malpighien, cellules dont on connaît la taille, l'aspect des noyaux et le rapport nucléocytoplasmique (N/C) habituel ainsi que

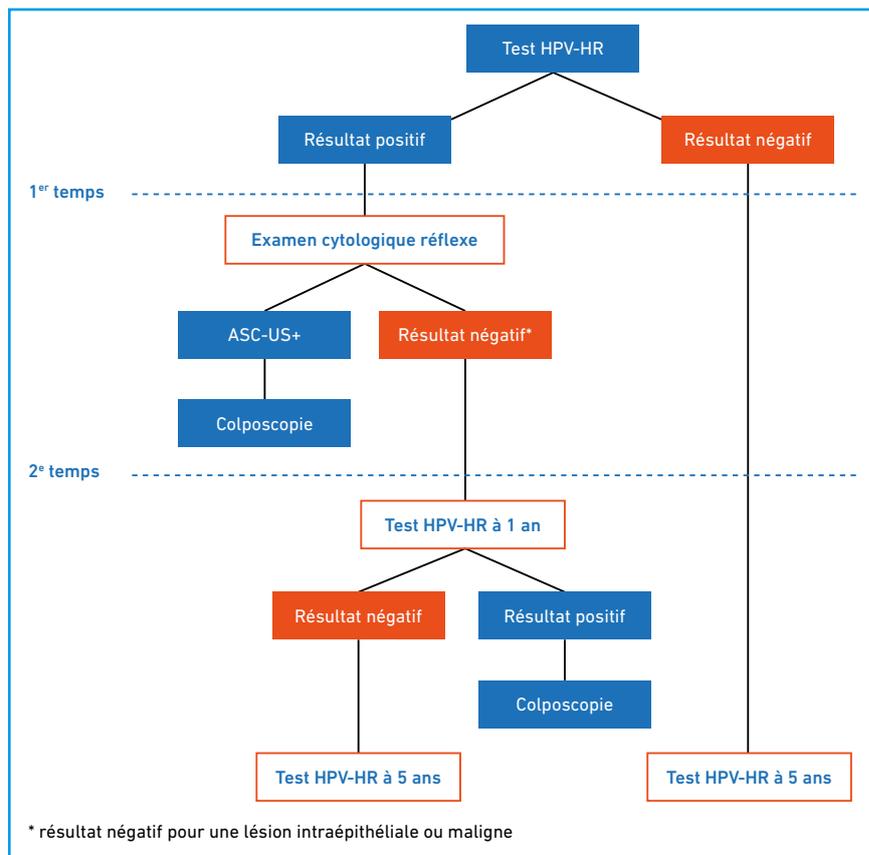


Fig. 3.

POINTS FORTS

- Le cancer du col utérin est responsable de 1 100 décès par an en France. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade.
- Le pic de prévalence de l'infection à HPV survient vers l'âge de 18 ans. La persistance de l'infection par HPV peut être responsable de lésions précancéreuses. Le pic d'incidence des lésions précancéreuses est décalé dans le temps d'environ 10 ans et le pic d'incidence des cancers invasifs du col utérin survient 10 à 30 ans après l'infection.
- En France, le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus survient entre 45 et 49 ans et l'âge médian pour le diagnostic du cancer du col utérin se situe vers 53 ans. Chez les femmes en péri-ménopause et ménopausées, la prévalence d'une infection HPV en l'absence de lésion cervicale est de l'ordre de 10 %.
- Une campagne de dépistage organisé existe en France depuis 2018. Elle consiste en la réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans avec cytologie réflexe en cas de positivité de celui-ci.
- Le test HPV-HR a une meilleure sensibilité que la cytologie mais une moins bonne spécificité. L'utilisation du test HPV dans le DO-CCU pourrait ainsi entraîner une augmentation du nombre d'examen supplémentaires parfois inutiles.
- La carence estrogénique provoque une ascension de la zone de transition dans l'endocol, ce qui rend la colposcopie peu contributive et peut amener à la réalisation d'examen complémentaires plus ou moins performants.
- Plusieurs études ont montré que le traitement estrogénique permet d'améliorer la sensibilité de la colposcopie chez la femme ménopausée, quelle que soit la voie d'administration.

les affinités tinctoriales à la coloration de Papanicolaou (*fig. 4*).

Ces cellules sont parfaitement identifiables en tant que telles. Les cellules endocervicales sont plus rarement présentes en raison d'une zone de jonction souvent ascensionnée voire partielle-ment sténosée. Les problèmes rencontrés sur les FCU des femmes ménopausées sont néanmoins réels et liés à plusieurs facteurs :

>>> La plupart des FCU atrophiques sont très inflammatoires, s'accompagnant d'un fond riche en polynucléaires

neutrophiles, et ce en l'absence de tout agent pathogène. Ces polynucléaires peuvent recouvrir en partie les cellules malpighiennes, rendant leur analyse plus aléatoire. Ce problème est moins fréquent sur FCU en milieux liquides que sur les FCU conventionnels puisque les milieux liquides éliminent en totalité ou en partie les éléments inflammatoires, rendant ainsi l'analyse morphologique plus aisée (*fig. 5*).

>>> L'atrophie ne s'installe chez les femmes ni exactement au même âge ni exactement avec la même intensité/rapidité. On a décrit des ménopauses

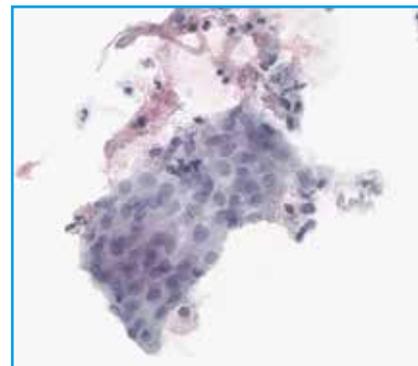


Fig. 4 : Coloration de Papanicolaou G × 40. Placard de cellules profondes de petite taille, noyaux réguliers à chromatine fine. Ménopause atrophique.

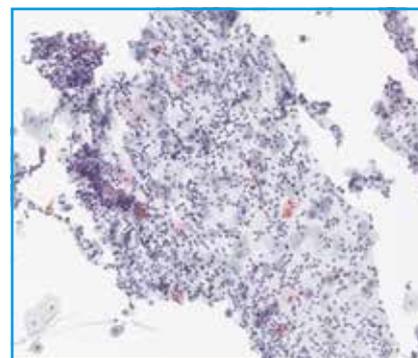


Fig. 5 : Coloration de Papanicolaou G × 10. Cellules de taille variée paraba-sales et intermédiaires recouvertes de nombreux polynucléaires neutrophiles.

intermédiaires constituées alors de cellules provenant de la partie moyenne du corps muqueux de Malpighi ou épithélium malpighien, des ménopauses de type mixte avec un mélange de cellules basales, paraba-sales et intermédiaires et des ménopauses subatrophiques avec des cellules surtout paraba-sales. Ces différents aspects sont en lien avec une ménopause d'installation irrégulière, avec des phases d'estrogénie variables. Ces aspects se voient davantage en phase de ménopause précoce et l'aspect bigarré de ces prélèvements peut poser des problèmes de diagnostic car il existe alors des inégalités de taille des cellules (anisocytose) et des noyaux (anisocaryose) (*fig. 6*).

>>> En phase de péri-ménopause les modifications sont parfois très marquées, l'installation de la déprivation

Ménopause

hormonale s’accompagnant de modifications cellulaires bénignes dites dystrophiques mais se traduisant par des modifications morphologiques plus ou moins nettes.

Toutes ces modifications et ces “pièges” diagnostiques sont bien connus des cytopathologistes qui évitent au maximum les diagnostics d’ASC-US

(*Atypical squamous cells of undetermined significance*) voire d’ASC-H (*Atypical squamous cells cannot exclude HSIL*). Ces diagnostics, bien sûr, peuvent et doivent être proposés en cas de doute mais ils reposent sur un examen bien documenté (fig. 7).

C’est dans ce contexte qu’un contrôle cytologique après un court traitement

hormonal peut permettre soit d’infirmier, soit de confirmer le caractère lésionnel des cellules observées (fig. 8).

Néanmoins, la sensibilité du FCU chez ces patientes est plus faible que la sensibilité du test HPV-HR qui détecte plus de lésions de haut grade et présente par ailleurs une forte valeur prédictive négative [13]. Pour les femmes ménopausées

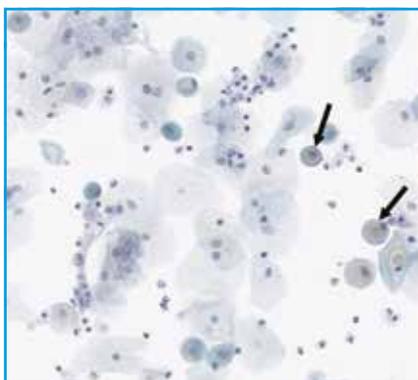


Fig. 6 : Coloration de Papanicolaou G x 25. Cellules de taille variée parabasales et intermédiaires avec cellules dystrophiques (flèches).

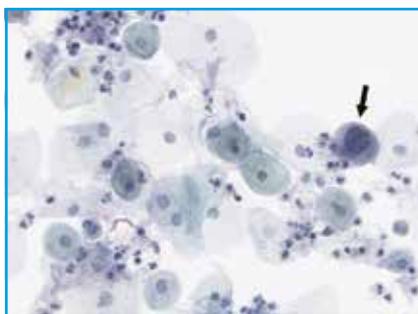


Fig. 7 : Coloration de Papanicolaou G x 40. Cellules de taille variée parabasales et intermédiaires avec cellules dystrophiques et une cellule de type parabasale à noyau augmenté de taille et plus chromatique (flèche); une seule cellule de ce type sur le FCU. Diagnostic: ASC-H.

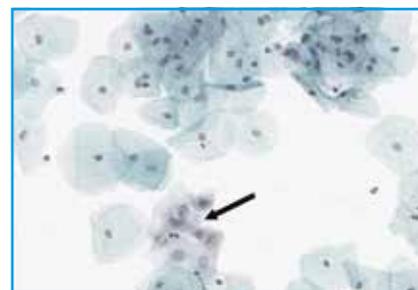


Fig. 8 : Coloration de Papanicolaou G x 40. Ménopause traitée après diagnostic d’ASC-US; nombreuses cellules intermédiaires régulières sur un fond non inflammatoire. On note un groupe de cellules modifiées (flèche) de plus petite taille avec des noyaux plus volumineux, irréguliers, peu chromatiques autorisant un diagnostic de LSIL.

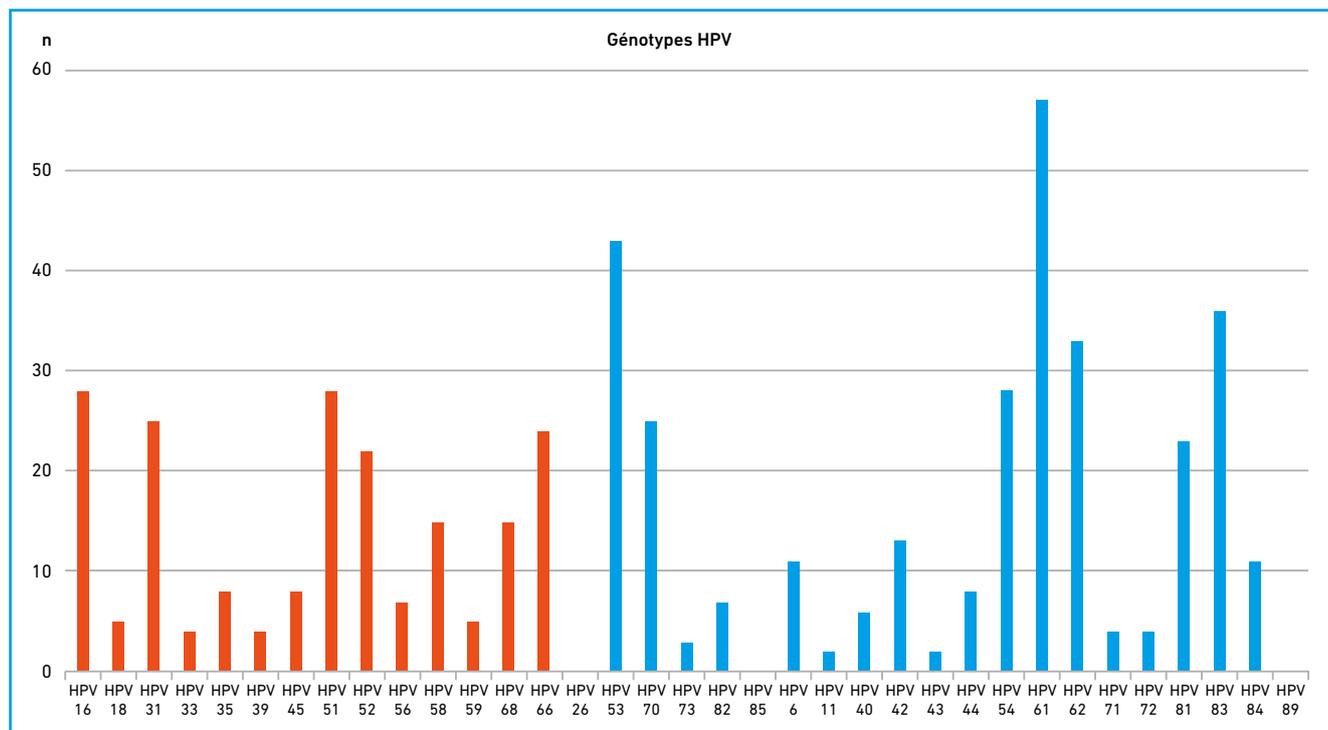


Fig. 9 : Distribution de tous les génotypes détectés, HPV-BR et HPV-HR, à la fois dans le groupe consentement et dans le groupe non-consentement. En bleu figurent les génotypes inclus parmi les 14 génotypes les plus utilisés en clinique.

avec des lésions de type ASC-H, le risque de lésions de haut grade est plus faible que chez les femmes jeunes mais reste de l'ordre de 27,8 % *versus* 41,7 % [14]. De fait, le dépistage organisé avec test HPV-HR primaire devrait donc permettre une meilleure détection des lésions de haut grade. Enfin, des études ont montré la variabilité des génotypes chez les femmes ménopausées, ce qui n'amène pas à retenir le triage HPV 16/18 comme souhaitable (**fig. 9**) [15].

Difficultés de la colposcopie chez les femmes en périménopause et ménopausées

1. Difficultés diagnostiques chez la femme en périménopause et ménopausée

Comme chez les femmes en post-partum immédiat, les femmes ménopausées présentent un état d'hypoestrogénie responsable de modifications cellulaires à type d'atrophie ou d'inflammation. On

se retrouve donc plus souvent à devoir gérer des résultats cytologiques pathologiques, notamment ASC-US et/ou ASC-H, menant à la réalisation d'une colposcopie.

La zone de transformation (ZT), ou zone de jonction, est essentielle à visualiser car c'est à ce niveau que siège le point de départ des lésions HPV induites. On la classe en types 1, 2 ou 3 selon qu'elle est visualisée dans toute sa circonférence spontanément (ZT1), avec aide (ZT2), ou pas visible totalement, voire pas du tout (ZT3).

L'hypoestrogénie est responsable de modifications anatomiques cervicales : en effet, cette zone de transformation se retrouve alors ascensionnée dans l'endocol et donc peu ou pas visible : dans ce cas, la colposcopie est non contributive et ne permet pas de conclure ou de réaliser des biopsies correctes.

Ce type de conclusion mène souvent à la réalisation d'un curetage de l'endocol qui n'a de valeur que s'il est positif,

auquel cas une résection diagnostique est proposée.

On constate donc que l'échec de la colposcopie couplé à l'impossibilité de réaliser des prélèvements contributifs ou interprétables peut mener à une sanction chirurgicale peut-être inutile et non sans conséquences.

Cela amène à discuter, en cas d'ASC-US ou d'ASC-H chez une patiente au frottis très atrophique, la prescription d'un court traitement estrogénique, en l'absence de contre-indication, qui permettrait le plus souvent un diagnostic fiable sur le FCU de contrôle après traitement en recréant une maturation et une différenciation des cellules malpighiennes. C'est une recommandation de la Société italienne de colposcopie et pathologie vulvo-vaginale [16].

2. Le traitement estrogénique pour améliorer la sensibilité de la colposcopie

Plusieurs méthodes ont été étudiées pour faciliter l'accès à la ZT chez les femmes ménopausées, notamment l'administration d'estrogènes. Diverses voies d'administration et doses ont été évaluées sur différentes études : traitement local par estrogènes en crème vaginale 2 fois/semaine pendant 6 semaines [13, 17] ou 20 jours par mois pendant 3 mois [18], estrogènes par voie orale (30 mg d'éthinylestradiol pendant 10 jours) [19].

Dans toutes ces études, l'utilisation de thérapies estrogéniques permet d'obtenir des colposcopies satisfaisantes et ainsi de diminuer le recours aux conisations diagnostiques et aux surtraitements (**fig. 10**).

Aggarwal *et al.* ont montré sur une étude regroupant 40 patientes que la prise de 2 comprimés de misoprostol en intravaginal permettait de rendre visible la ZT cervicale [20], ce que dément l'étude de Thanappapasr *et al.* [21]. Bien entendu, ces faibles échantillons de patientes ne

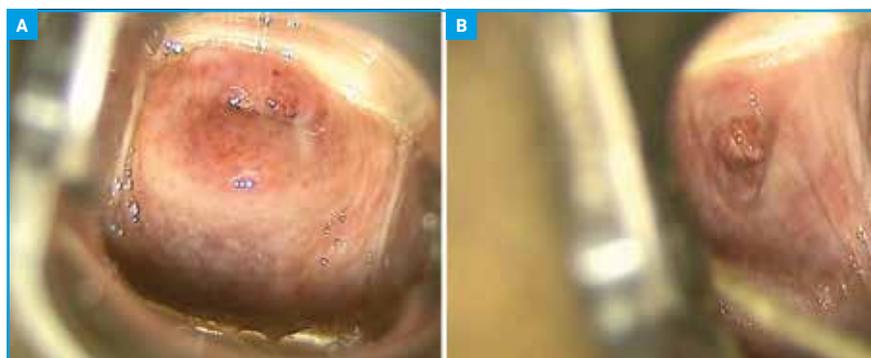


Fig. 10 : Colposcopie. Col avant E2 : jonction non vue ZT3 (A) ; col après E2 : jonction vue ZT1 (B).

Voie d'administration	Posologie	Durée	Références
Vaginale	Estriol 0,5 mg 2 fois/sem	6 semaines	Richards <i>et al.</i> , 2015, Bruno <i>et al.</i> 2019 [13, 17]
Vaginale	Promestriène 1 fois/j, 20 j/mois	3 mois	Piccoli <i>et al.</i> , 2008 [18]
Orale	Éthinylestradiol 30 mg/j	10 jours	Saunders <i>et al.</i> , 1990 [19]

Tableau 1 : Voie d'administration et durée des traitements estrogéniques.

I Ménopause

permettent pas d'avoir une puissance suffisante pour montrer un réel bénéfice.

Différentes voies d'administration et durées des traitements estrogéniques ont été étudiées (**tableau I**).

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036877136/>.
2. INCa. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique - collection Outils pour la pratique. 2020.
3. CHANCK, AIMAGAMBETOVA G, UKYBASOVA T *et al.* Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination—Review of Current Perspectives. *J Oncol*, 2019; 2019:3257939.
4. Organisation mondiale de la santé. Infections sexuellement transmissibles. [https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Published 2016. Accessed November 6, 2021.
5. SCHIFFMAN M, WENTZENSEN N. Human Papillomavirus Infection and the Multistage Carcinogenesis of Cervical Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2013;22:553-560.
6. DEFOSSEZ G, LE GUYADER-PEYROU S, UHRY Z *et al.* Santé Publique France. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1990 et 2018. Santé Publique France, 2019.
7. PETO J, GILHAM C, DEACON J *et al.* Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. *Br J Cancer*, 2004;91:942-953.
8. FRANCESCHI S, HERRERO R, CLIFFORD GM *et al.*; the IARC HPV Prevalence Surveys Study Group. Variations in the age-specific curves of human papillomavirus prevalence in women worldwide. *Int J Cancer*, 2006;119:2677-2684.
9. LUQUAIN A, BELGLAIAA E, GUENAT D *et al.* High prevalence of abnormal cervical smears in a hospital cohort of French women beyond the upper age limit screening program. *Prev Med*, 2015;81:157-162.
10. TIFAOUI N, MAUDELONDE T, COMBECAL J *et al.* High-risk HPV detection and associated cervical lesions in a population of French menopausal women. *J Clin Virol*, 2018;108:12-18.
11. Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67. HAS, 2019.
12. KOLIOPOULOS G, NYAGA VN, SANTESSO N *et al.* Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, ed. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017;2017:CD008587.
13. BRUNO MT, COCO A, DI PASQUA S *et al.* Management of ASC-US/HPV positive post-menopausal woman. *Viol J*, 2019;16:39.
14. RATREE S, KLEEBKAOW P, AUE-AUNGKUL A *et al.* Histopathology of Women with "Atypical Squamous Cells Cannot Exclude High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion" (ASC-H) Smears. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2019; 20:683-686.
15. BERGENGREN L, LILLSUNDE-LARSSON G, HELENIUS G *et al.* HPV-based screening for cervical cancer among women 55-59 years of age. *PLoS One*, 2019;14: e0217108.
16. Società italiana di Colposcopia e Patologia Cervico-vaginale. Gestione della paziente con pap test anormale. Edizione. In: La Colposcopia in Italia. Ed. Modena Dic 2006; XXI (1). In: Cap VI: 11-12; 2006.
17. RICHARDS A, DALRYMPLE C. Abnormal cervicovaginal cytology, unsatisfactory colposcopy and the use of vaginal estrogen cream: An observational study of clinical outcomes for women in low estrogen states: Hypoestrogenic state cytological atypia. *J Obstet Gynaecol Res*, 2015;41:440-444.
18. PICCOLI R, MANDATO VD, LAVITOLA G *et al.* Atypical squamous cells and low squamous intraepithelial lesions in postmenopausal women: Implications for management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2008;140:269-274.
19. SAUNDERS N, ANDERSON D, GILBERT L *et al.* Unsatisfactory colposcopy and the response to orally administered oestrogen: a randomized double blind placebo controlled trial. *BJOG*, 1990;97:731-733.
20. AGGARWAL R, SUNEJA A, AGARWAL N *et al.* Role of Misoprostol in Overcoming an Unsatisfactory Colposcopy: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial. *Gynecol Obstet Invest*, 2006;62:115-120.
21. THANAPPAPASR D, WILAILAK S, AYUDHYA NIN *et al.* Can Vaginal Misoprostol Effectively Increase Rate of a Satisfactory Colposcopy? A Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial. *Jpn J Clin Oncol*, 2010;40:203-207.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Sexualité

La sexualité avant et après l'accouchement

RÉSUMÉ : Le sujet de la sexualité est de plus en plus abordé dans notre société actuelle mais il reste peu évoqué sur le temps de la maternité. Pourtant, de la grossesse à l'arrivée du nouveau-né, les femmes vivent des changements corporels et psychologiques qui vont influencer sur leur désir sexuel, faire évoluer les liens affectifs et sexuels du couple, entraînant une modification de leur sexualité. Les professionnels de santé doivent prendre conscience de l'importance de leur écoute, de l'intérêt d'informer et de conseiller dans un but de prévention. Cet accompagnement global permettra de maintenir l'équilibre sentimental et sexuel du couple. Aider les couples à être parents tout en restant un couple sexué dans l'intimité, c'est les accompagner vers un "bien-être".



S. GRANELLI
Sage-femme/sexologue,
Centre médical Jules Ferry,
LEUVILLE-SUR-ORGE.

La sexualité est un moment d'intimité et de plaisir partagé au sein d'un couple, tant sur le plan physique qu'émotionnel. Elle comble le besoin d'être aimé et cette entente sexuelle permet aux couples de donner la vie. Mais la grossesse, l'accouchement et l'arrivée d'un enfant sont des épisodes marquants dans la vie d'un couple qui bouleversent ou en tout cas modifient sa sexualité.

De plus en plus de revues publient des articles sur le thème de la sexualité mais les professionnels de santé abordent encore peu le sujet pendant la période périnatale.

Sexualité et grossesse

1. Les différentes étapes de la sexualité pendant la grossesse

Il est avéré que la sexualité des couples subit des changements en lien avec le projet de grossesse. Ainsi, on retrouve une fréquence plus élevée des rapports sexuels aux périodes propices : on parlera dans ce cas de désir sexuel répondant à un besoin de grossesse et/ou

d'enfant. Mais la grossesse est aussi le meilleur alibi pour arrêter toute sexualité pour de multiples raisons.

En recueillant les témoignages des couples qu'il côtoyait, le Dr Marc Ganem, gynécologue-sexologue, a défini un fil conducteur en 4 phases concernant la sexualité pendant la grossesse, en tenant compte du fait que chaque couple a sa propre spécificité [1] :

- **De la conception à 3 mois**, la femme vit souvent un inconfort au quotidien avec l'apparition des premiers signes de grossesse tels que les nausées, les vomissements, l'hypersomnie. Elle traverse aussi une période d'inquiétude avec la peur de faire une fausse couche. Cela se traduit par une phase d'altération du désir sexuel avec une réduction d'environ ¼ des rapports sexuels.

- **De 3 mois à 7 mois**, la grossesse se confirme. Il y a une acceptation des métamorphoses du corps. La femme est fière de ce ventre encore peu volumineux qui symbolise l'arrivée d'un heureux événement. Plus le temps passe, plus la peur de la fausse couche s'éloigne ; le spectre

I Sexualité

de l'accouchement prématuré n'est pas encore présent. C'est une période de bien-être émotionnel et d'épanouissement de la femme.

Sur le plan émotionnel, il se produit un recentrage sur la notion de couple et une projection dans la parentalité à venir. Cela contribue à installer un sentiment de sécurité affective qui est la clé de voûte du désir féminin.

Sur le plan physiologique, la vasocongestion vaginale améliore la réponse sexuelle dans sa phase excitatoire, permettant un meilleur épanouissement sexuel et une renaissance du désir. Les zones érogènes sont plus sensibles et donc plus favorables à la survenue de l'orgasme.

- **Au 8^e mois**, la complicité s'articule autour de la tendresse, de la parole. Durant cette période, les couples vont opérer des réajustements sexuels avec la découverte d'une autre sexualité. Cependant, tous les couples n'ont pas la capacité de modifier leurs scripts sexuels (nouvelles positions, sexualité orale ou masturbatoire), ce qui se traduit chez nombre d'entre eux par une baisse de leur activité sexuelle.

- **Le 9^e mois** est le mois de l'attente. Même si le mythe "du déclenchement à l'italienne" peut motiver quelques couples à pratiquer une sexualité pénétrative afin d'accélérer l'arrivée des contractions, la sexualité tend le plus souvent vers une relation intime sans pénétration, plus axée sur les caresses et la sensorialité. La femme est en attente d'être mère et son désir sexuel en est atténué. Par ailleurs, tous les changements physiques qu'elle rencontre (volume utérin, œdèmes, douleurs lombaires) ne motivent pas à conserver une activité "physique" sexuelle.

2. La sexualité des conjoints pendant la grossesse

Les études actuelles s'intéressent de plus en plus à la place de l'homme pen-

dant la grossesse mais aussi à son vécu de la sexualité pendant cette période particulière.

Les transformations physiques de la femme qui se prépare à être mère modifient les relations du couple et le lien intime entre les partenaires : le conjoint peut éprouver des difficultés à érotiser ce corps féminin qui s'arrondit au fil des mois. La sexualité du couple est alors perturbée par ces transformations corporelles et ces changements modifient les codes d'attraction sexuelle (ce sont des codes à connotation génitale ou affective ayant pour effet de déclencher le réflexe d'excitation génitale). Si les codes changent suite aux modifications physiques de la grossesse, le conjoint perd ses repères et il peut être difficile pour lui de s'investir dans sa sexualité.

Selon les études, ¼ des hommes seraient concernés par une baisse ou une absence de désir sexuel. Leur satisfaction sexuelle serait peu altérée car il se produit dans le même temps un renforcement des liens sentimentaux et de la complicité du couple. En effet, pour 60 % des hommes, la qualité d'une relation sexuelle se définit par un moment d'intimité partagée [2].

Globalement, on observe une baisse progressive de l'activité sexuelle pendant la grossesse qui s'explique par plusieurs facteurs comme l'inconfort des positions ou la difficulté à les revisiter, la présence du fœtus et l'impression de ne pas être que deux dans cette relation intime, et enfin la peur de nuire à l'enfant ou à la mère. De plus, le conjoint porte un regard plus affectif et moins sexué sur sa compagne qui passe, à ses yeux, du statut de femme à celui de mère.

3. Les facteurs influant sur la sexualité pendant la grossesse

À chaque femme sa grossesse : la maternité est un temps d'aménagements psychiques, d'acceptation des change-

ments corporels, de modifications dans la vie du couple.

Selon l'histoire personnelle de chaque femme, ses traumatismes, ses expériences de vie, ses peurs et ses fausses croyances, sa religion, son éducation et ses connaissances, la sexualité sera vécue différemment.

La grossesse peut réveiller le souvenir de violences passées ou présentes. Ainsi, le temps de la maternité peut raviver les traumatismes d'une agression sexuelle passée, d'un inceste et entraîner un mal-être chez la femme enceinte. Chez certaines femmes ayant vécu l'inceste, on peut retrouver un contexte de violence au sein du couple. Elles redeviennent victimes et revivent le schéma de la femme-objet violentée par l'autre qui prétend l'aimer [3]. Sans parler d'antécédents d'agression sexuelle, l'événement de la grossesse peut être source de modifications relationnelles au sein du couple avec des difficultés de communication laissant dévoiler petit à petit des tensions intraconjugales pouvant aller jusqu'à des violences physiques et morales.

L'influence de la grossesse sur la sexualité sera variable selon les couples, selon la difficulté à obtenir la grossesse, selon le déroulé de celle-ci, selon le vécu de celle-ci aussi, et bien sûr selon l'entente au sein du couple [4]. Cependant, plus le couple vivait une sexualité active avant le projet de grossesse, moins sa sexualité sera perturbée par les modifications physiques et émotionnelles vécues par la femme enceinte. Le bien-être sexuel du couple va permettre aux deux partenaires de vivre au mieux la grossesse et ainsi de conserver une activité sexuelle. Sans parler de sexualité, une bonne entente au sein du couple va favoriser le sentiment de sécurité affective de la femme enceinte et le lien intime sera maintenu.

Les études montrent que les femmes enceintes abordent peu ou pas la question de la sexualité avec les professionnels

de santé et réciproquement. Seulement 29 % des femmes interrogées ont eu une discussion sur ce sujet avec leur gynécologue d'après l'étude de Bartellas *et al.* En effet, la priorité lors des consultations est d'aborder la santé obstétricale de la patiente, et le temps manque aux gynécologues et sages-femmes pour aborder des sujets plus secondaires comme la sexualité. Pourtant, 76 % des femmes interrogées n'ayant pas abordé le sujet auraient aimé en parler [4].

Les conseils sur la sexualité étant peu présents dans la littérature, les patientes se tournent facilement vers internet, notamment les forums de discussion et les réseaux sociaux. Même si ces moyens de communication apportent des réponses et permettent d'aborder le sujet, beaucoup d'idées fausses circulent et les couples risquent alors de se mettre des interdits qui n'ont pas lieu d'exister.

Par exemple, il n'y a pas de contre-indication médicale aux rapports sexuels pendant une grossesse physiologique. Les contre-indications connues comme la menace sévère d'accouchement prématuré, le placenta prævia recouvrant ou hémorragique et la rupture prématurée des membranes sont signalées aux patientes dans un contexte de grossesse pathologique.

Les femmes enceintes redoutent de ressentir des contractions après un rapport sexuel alors qu'il est physiologique d'avoir des contractions utérines induites par un orgasme.

Le manque d'informations ainsi que la méconnaissance des femmes concernant leur sexualité ont un retentissement négatif sur la sexualité du couple.

4. Accompagnement des femmes enceintes dans leur sexualité

Le temps de la maternité reste un moment privilégié d'écoute, de communication, d'information et de prévention.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est fondamental pour dépister les antécédents de violences, les conflits dans le couple, le mal-être d'une femme et permettre d'entendre une éventuelle souffrance sexuelle passée ou présente.

Pendant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, parler sexualité permet de faire prendre conscience aux femmes enceintes (et aux futurs pères) de l'intérêt d'un bien-être sexuel pendant leur grossesse. Ces moments d'échanges permettent aussi de leur apporter des connaissances sur la sexualité féminine et masculine afin de lever les interdits, idées fausses et représentations négatives sur la sexualité [5].

Concernant les positions sexuelles, l'important est de privilégier les positions confortables pour la femme en fonction de son terme de grossesse. La position du missionnaire laisse place à la position en cuillère, plus confortable en fin de grossesse [6], et il importe d'encourager les couples à développer de nouvelles habiletés érotiques (sexe oral, masturbation). Il est important de leur faire comprendre que le maintien d'une sexualité va permettre de garder un équilibre sexuel au sein du couple (*fig. 1*).

■ Sexualité dans le post-partum

L'arrivée d'un nouveau-né chamboule la vie "tranquille" du couple et bouscule aussi sa sexualité ou, tout au moins, la reprise de la sexualité. Les jeunes mamans sont souvent perdues, elles doivent apprendre à être mères et à se retrouver en tant que femmes sexuées. Les conjoints, eux aussi, perdent leurs repères au sein du couple devenu parents.

En moyenne, la reprise des rapports sexuels s'effectue dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement. À 12 semaines du post-partum, 80 % des couples ont repris les rapports sexuels mais il existe une grande variabilité en fonction des couples.

1. Les difficultés rencontrées par les femmes dans le post-partum

La femme accouchée est confrontée à une perte de ses repères corporels (ventre mou, vergetures, kilos restants, seins transformés). Il lui est alors impossible d'érotiser son corps, de se sentir désirable afin de se projeter dans une relation intime.

Dans les suites de l'accouchement, les femmes accouchées ont des lochies

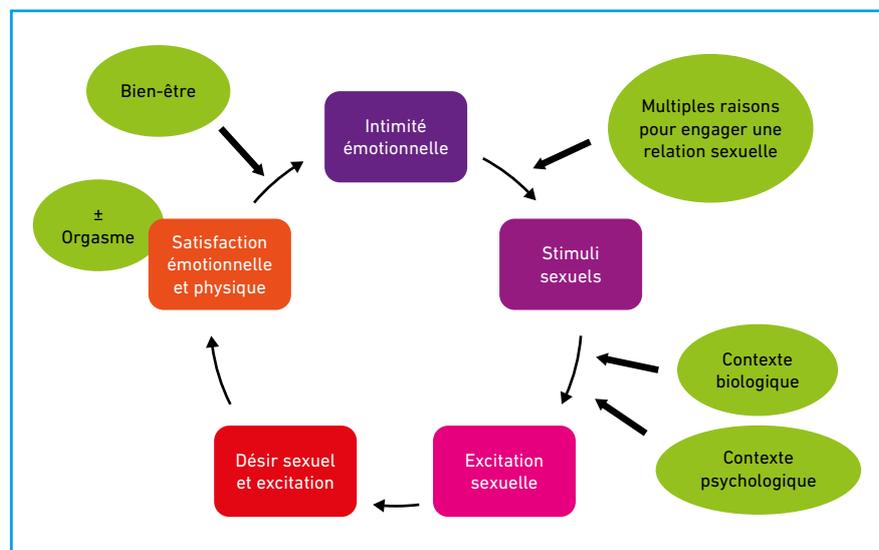


Fig. 1 : Modèle simplifié de la réponse sexuelle féminine selon R. Basson [7].

I Sexualité

pendant environ 15 jours à 3 semaines et, très souvent, elles peuvent avoir des *spottings* sur plusieurs semaines, ce qui ne les motive pas à envisager une relation sexuelle avec pénétration. Par ailleurs, du fait d'une hypoestrogénie, les femmes accouchées souffrent de sécheresse vaginale, ce qui ne facilite pas non plus la reprise des rapports.

Pour les mères allaitantes, l'image du sein est modifiée. Les seins, signes de féminité, d'érotisme deviennent signes de maternité, seins nourriciers. Une éjection de lait maternel est possible lors de l'orgasme, ce qui peut être déstabilisant pour la mère allaitante.

Des lésions périnéales de type déchirure ou épisiotomie peuvent provoquer un rejet de cette partie du corps. Les femmes se sentent différentes, mutilées, et ressentent un mal-être corporel et une gêne à l'idée de dévoiler cette partie de leur intimité si différente d'avant. Par ailleurs, des douleurs ou gênes au quotidien dans cette partie intime du corps accentuent l'appréhension d'une reprise des rapports et rendent souvent douloureuses les premières pénétrations [8].

La perte du tonus périnéal rend difficile la (ré) appropriation vaginale et l'hypotonie de ce muscle du plaisir n'aide pas la femme accouchée à se projeter dans un corps sexué.

Se rajoutent à toutes ces modifications physiques des changements émotionnels : fatigue, angoisse d'être une mauvaise mère, de mauvais parents, difficultés à supporter les pleurs du bébé, angoisse de mort subite du nourrisson, etc.

Trop d'émotions négatives traversent l'esprit de la femme accouchée, ne laissant pas de place à des retrouvailles intimes ni à un lâcher prise émotionnel et sexuel. Traversant une période de désenchantement du post-partum, la femme sombre dans un délaissement d'elle-même au profit d'un surinvestis-

sement de son enfant et au détriment de sa féminité et de sa sexualité.

On estime que 30 à 80 % des femmes accouchées vont connaître un *baby blues*, "syndrome dysphorique transitoire, aigu et bénin" survenant entre le 3^e et le 5^e jour après la naissance. La maman pleure, elle est irritable, dépassée par les événements. Connu de toutes, le *baby blues* est accepté et vécu comme une "normalité" du post-partum, mais il est important d'être vigilant quand ces symptômes persistent dans les semaines et mois qui suivent l'accouchement : en effet, 15 % à 20 % des femmes tombent dans une dépression post-natale [9].

Le mal-être de la dépression va nécessairement avoir un impact négatif sur la sexualité.

Tous ces facteurs entraînent un hypodésir féminin et une baisse de toutes les réactions sexuelles qui s'ensuivent : l'excitation, le plaisir et l'orgasme.

2. Les difficultés rencontrées par les conjoints dans le post-partum

La présence du conjoint dans le couple, son investissement lors de la grossesse, sa présence à l'accouchement, son aide lors du retour au domicile avec le bébé... tous ces temps vont favoriser le lien au sein du couple et entretenir la relation intime. Mais lorsque la grossesse se complique entraînant un stress paternel, lorsque le vécu de l'accouchement engendre un traumatisme psychologique, lorsque le conjoint se sent impuissant au retour de la maternité, alors il ne parvient pas à s'impliquer dans la sexualité et s'efface lui aussi en tant qu'homme sexué. Suite aux changements physiques et psychologiques de sa compagne, il perd ses repères par rapport à sa sexualité d'avant. Coïncé entre l'envie de retrouver sa femme dans l'intimité et la peur de lui faire mal, il s'efface et met son couple au second plan.

Plus les relations intimes étaient espacées pendant la grossesse, plus le

conjoint aura des difficultés à initier une reprise de sexualité.

Face au manque de disponibilité physique et psychique de sa compagne, le conjoint connaît un sentiment d'exclusion de la dyade "mère-bébé". Cette mise à l'écart est parfois mal comprise et mal interprétée par l'homme, qui éprouve une souffrance psychique. Face à ces difficultés, les réactions des hommes peuvent être très différentes de celles de la dépression féminine. Elles seront plutôt de l'ordre de l'hyperactivité par une fuite dans le travail ou vers des activités sportives, une tendance à l'agressivité ou à des conduites addictives. Jusqu'à 8 % des pères traversent une dépression : pour eux aussi, c'est une période de changement que tous n'arrivent pas à gérer.

On comprend bien que l'arrivée d'un enfant entraîne des changements physiques pour la femme, des bouleversements psychologiques pour le conjoint et des remaniements psychosociaux pour le couple. Plus le couple est stable, mieux il affrontera l'épreuve de la parentalité. Un couple fragile ou déstabilisé par cette épreuve de la parentalité peut rencontrer des difficultés et des tensions intraconjugales, voire des violences conjugales.

3. Les facteurs influant la sexualité du post-partum

Comme pendant la grossesse, différents facteurs influencent la reprise de la sexualité dans le post-partum.

Le vécu de l'accouchement a un rôle essentiel dans la reprise de la sexualité d'un couple. Certaines femmes l'associent à un traumatisme et le vivent comme une forme de violence obstétricale. De plus, le vécu psychologique d'avoir subi "une mutilation obstétricale" par le geste d'une épisiotomie ou d'une déchirure spontanée joue sur l'appréhension de la douleur lors d'une reprise de sexualité.

Selon différentes études, cette douleur peut engendrer des dyspareunies dans 30 % des cas 7 semaines après l'accouchement et ce chiffre diminue à 17 % à 12 semaines [10]. Ces cas de dyspareunies peuvent conduire à des vulvodynies, voire à des vaginismes secondaires amenant la femme à une conduite d'évitement des rapports sexuels et de tout rapprochement intime. Cependant, dans une étude plus récente, interrogées à 6, 12 et 24 semaines du post-partum, moins de 5 % des femmes souffrant de dyspareunies ont décrit une douleur majeure empêchant les rapports sexuels [11].

L'activité sexuelle pendant la grossesse joue un rôle sur la sexualité du post-partum : plus la fréquence des relations sexuelles est élevée, surtout dans les périodes les plus délicates (1^{er} et 3^e trimestres), plus les couples reprendront rapidement leur sexualité et retrouveront facilement leur harmonie sexuelle.

Encore une fois, peu d'informations et de conseils sont donnés pour favoriser la reprise de la sexualité. En maternité, très souvent, le sujet de la reprise de la sexualité se résume à la prescription de la contraception sans apporter d'informations pour aider la femme à se retrouver dans l'intimité de son couple. Lors de la visite post-natale, l'examen est centré sur la bonne involution utérine, la bonne santé de la femme et la fonctionnalité périnéale suivie de la prescription de séances de rééducation.

Les patientes se documentent alors *via* les forums de discussion ou le cercle amical où les informations sont plus souvent personnelles et peu rassurantes, ne motivant pas à la reprise de la sexualité.

4. Accompagnement des femmes accouchées dans leur sexualité

Dans le post-partum, aider le couple à se construire en tant que parents va l'amener à retrouver son intimité sexuelle. Aux professionnels de la maternité

d'apporter des conseils sur la reprise de la sexualité et des informations sur les changements physiques et psychologiques rencontrés dans le post-partum. Des conseils peuvent être donnés concernant les positions adaptées après une césarienne ou après un accouchement par voie basse avec une lésion périnéale ainsi que sur l'apprentissage et l'exploration de nouvelles habiletés sexuelles.

Le temps de la rééducation périnéale est un temps essentiel à la réappropriation du corps féminin. Le périnée n'est autre que le muscle du plaisir et la rééducation périnéale, au-delà de son devoir de rééduquer ce muscle, va aider la mère à se retrouver dans son corps de femme et à renouer avec sa féminité. Cette féminité retrouvée va réveiller son désir sexuel [12].

Après l'arrivée d'un enfant, la priorité est d'instaurer un sentiment de sécurité affective et émotionnelle au sein du couple. Le conjoint, au travers de son regard aimant, va aider la femme à reconstruire une image positive de son corps et à renouer avec le plaisir physique.

POINTS FORTS

- Durant le temps de la maternité, la sexualité des femmes enceintes et accouchées varie selon :
 - les modifications corporelles et psychologiques et leur acceptation ;
 - la relation sentimentale et sexuelle au sein du couple (sentiment amoureux, communication, séduction, habiletés érotiques) ;
 - l'histoire personnelle de la patiente (inceste, violences sexuelles), ses antécédents (pathologies, parcours PMA), son éducation sexuelle, son vécu de la grossesse et de l'accouchement ;
 - les cognitions : connaissances et méconnaissances, croyances, idéologie, interdits ;
 - les fluctuations de son désir sexuel.
- Tous ces éléments sont fondamentaux à prendre en compte pour mieux accompagner les patientes et les orienter si besoin grâce à un réseau pluridisciplinaire autour de la périnatalité.

Un recadrage cognitif peut être nécessaire pour certains couples. La sexualité sera leur pilier afin de surmonter l'épreuve de l'arrivée d'un enfant. C'est dans cet environnement de solidarité conjugale que les compétences parentales de chacun s'exerceront le mieux.

Dans les mois qui suivent la naissance, les professionnels de la maternité doivent savoir orienter les patientes vers un(e) sexologue en cas de difficultés à retrouver une sexualité épanouie, de perte du désir sexuel, d'apparition de vaginisme secondaire, de vulvodynies, de dyspareunies, etc.

Une grossesse, un accouchement traumatisant, une naissance compliquée peuvent entraîner la femme dans une dépression. L'orienter vers un(e) psychologue l'aidera à surmonter cette période si compliquée. Le bien-être maternel est fondamental pour aider le couple à se construire en tant que parents et à se retrouver dans l'intimité.

L'hypnose peut lever des tensions internes et externes lors de la grossesse et dans le post-partum. Par la mobilisation des ressources conscientes et

Sexualité

inconscientes de la femme, cette technique permet d'améliorer le bien-être et d'augmenter la confiance et l'estime de soi. Reprenant confiance en elle, la femme va réveiller son désir sexuel et aura une meilleure qualité de vie sexuelle [13].

L'ostéopathie et l'acupuncture vont aussi lever des tensions internes et externes, des douleurs périnéales qui entravent la réappropriation du corps féminin et inhibent tout désir sexuel.

Chaque spécialité peut se révéler un atout dans la reconstruction de la femme devenue mère.

Conclusion

Le temps de la maternité est symbolisé par des changements physiologiques, corporels et psychologiques de la femme et des remaniements socio-psychologiques pour le couple influant sur la sexualité.

En prenant conscience de l'importance du bien-être sexuel de la femme et du couple tout au long de la maternité,

les professionnels de santé se doivent de proposer une prise en charge obstétricale pluridisciplinaire en associant un travail de prévention, d'accompagnement mais aussi en orientant les patientes si nécessaire.

Ces temps d'écoute, d'information, de conseil lors des consultations obstétricales, de l'entretien prénatal précoce, des séances de préparation à la naissance, en suites de couches, lors des visites à domicile, à la consultation post-natale et pendant les séances de rééducation périnéale sont fondamentaux pour amener la femme vers un "bien-être" global.

BIBLIOGRAPHIE

1. GANEM M. *Dictionnaire de la sexualité humaine*. L'esprit du temps, 2004, p. 294-298.
2. BRENOT P. *Les hommes, le sexe et l'amour*. Les Arènes, 2007.
3. RAMSEYER F. La grossesse n'est pas un conte de fées. *Revue Sexualités Humaines*, n° 10, Metawalk, janvier/février/mars 2011.
4. SÉRAZIN-ORSINI L. Période périnatale et positions sexuelles, que sait-on ? *Revue Sexualités Humaines*, n° 48, Metawalk, janvier/février/mars 2021.
5. COSTIQUO A. Neuf mois en attendant l'enfant. Extrait de mémoire. *Revue Périmère & Maternité*, Elpéa, 2013, p. 256-262
6. PELLETIER-LAMBERT A, DE LA HAYE J. *Le couple enceint*. Du Lau, 2011.
7. GERMAIN B, LANGIS P. "La réponse sexuelle", La sexualité humaine. *ERPI*, 2009.
8. LEGAY B. De la mère à la femme. *Revue Périmère & Maternité*, Elpéa, 2013, p. 272-283.
9. RAYNAUD A. Du baby-blues à la psychose puerpérale: les états psychiques de la maternité, *Revue Profession Sage-femme* n° 259, Avanti, octobre 2019.
10. MOREAU E, ROMBY A. Sexualité et périnatalité. *Revue Sage-Femme Pratique*, 25 octobre 2021.
11. CONNOLLY AM, THORP J, PAHEL L. Effects of pregnancy and childbirth on post-partum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2005;16:263-267.
12. MOURICHON L. *Sexualités Maternité Paroles de femmes*. Robert Jauze, 2012.
13. COLIN C. Sexualité du post-partum et hypnose. *Revue Sexualités Humaines* n° 49, Metawalk, avril/mai/juin 2021

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Obstétrique

Résultats de l'étude FISCP Financial Incentive for Smoking Cessation in Pregnancy

RÉSUMÉ: Cet essai avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des incitations financières pour récompenser une abstinence tabagique durant le suivi de femmes fumeuses enceintes. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en simple aveugle mis en place dans 18 maternités en France. Le principal critère de jugement était l'abstinence tabagique continue depuis la première visite après la date d'arrêt du tabac jusqu'à la 6^e visite, avant l'accouchement.

Les incitations financières visant à récompenser l'abstinence tabagique ont été associées à une augmentation du taux d'abstinence chez les fumeuses enceintes. Ces incitations pourraient donc être mises en œuvre en tant qu'intervention sûre et efficace pour aider les fumeuses enceintes à arrêter de fumer.



E. PEYRET

Psychiatre addictologue, Hôpital Robert Debré, PARIS.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque évitable pouvant avoir un impact négatif sur la grossesse et la naissance et des effets néfastes sur la santé des enfants exposés *in utero* au tabac [1-2]. Le sevrage tabagique est donc essentiel pour prévenir ces risques. L'US Preventive Services Task Force montrait, dans ses recommandations de 2015, un bénéfice net des interventions comportementales pour le sevrage tabagique des femmes enceintes, mais concluait que les preuves des interventions pharmacothérapeutiques pour le sevrage tabagique de cette population étaient insuffisantes, car trop peu d'études étaient disponibles et l'équilibre entre les avantages et les inconvénients ne pouvait être déterminé [3].

Dans une récente revue Cochrane, il a été constaté que les traitements de substitution nicotiques (TSN) augmentaient les taux d'arrêt du tabac en fin de grossesse, mais cette preuve est de faible certitude car les essais contrôlés randomisés sans

placebo ont été exclus de l'analyse. Les preuves que les TSN ont un impact sur les résultats à la naissance, en particulier sur le poids de la naissance, manquent [4]. De nouvelles options de traitement doivent être recherchées pour aider les fumeuses enceintes à cesser de fumer.

Un nouveau domaine de recherche consiste à utiliser des incitations financières pour traiter les dépendances, en se basant sur la probabilité que l'offre d'incitations ou de renforçateurs augmente les chances d'un comportement d'évitement de la drogue. Des essais antérieurs ont suggéré que les incitations financières pourraient être une intervention prometteuse pour aider les fumeuses enceintes à arrêter de fumer [5-10]. Cependant, cette approche thérapeutique n'a pas été mise en œuvre dans la pratique clinique, probablement en raison de la grande variabilité des contextes, des types d'intervention et du manque d'études pilotes concluantes.

I Obstétrique

L'efficacité d'incitations financières progressivement plus élevées en fonction de l'arrêt du tabac sur l'abstinence tabagique continue de fumeuses enceintes est évaluée dans cette étude. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité des incitations financières sur la prévalence ponctuelle de l'abstinence tabagique, l'envie de fumer de la mère, les symptômes de sevrage tabagique, le poids, la pression artérielle et les résultats de la naissance.

■ Méthode

L'essai *Financial Incentive for Smoking Cessation in Pregnancy* (FISCP) est un essai randomisé, à deux groupes parallèles, mené dans 18 maternités en France.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les fumeuses enceintes étaient incluses si elles avaient 18 ans ou plus, fumaient au moins 5 cigarettes/jour ou au moins 3 cigarettes roulées/jour, étaient enceintes de moins de 18 semaines, étaient motivées pour arrêter de fumer (score > 5 sur une échelle visuelle analogique allant de 0 pour "pas du tout" à 10 pour "extrêmement motivée"), étaient affiliées à la Sécurité sociale, et avaient signé le consentement éclairé écrit et accepté le recueil des caractéristiques de naissance de leur enfant.

Les critères d'exclusion étaient un traitement actuel pour un trouble psychiatrique chronique avec prescription de médicaments psychotropes, la consommation de produits du tabac autres que les cigarettes, l'utilisation du bupropion ou de la varénicline – traitements du sevrage tabagique qui sont contre-indiqués pendant la grossesse – et la participation à un autre projet de recherche biomédicale. Ont été exclues les utilisatrices de cigarettes électroniques.

2. Randomisation et critères de suivi

Un statisticien indépendant de l'étude a préparé une liste de randomisation

générée par ordinateur par blocs de 4. La liste de randomisation individuelle par centre a été incorporée dans le formulaire électronique de rapport de cas. Après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion et obtention du consentement éclairé écrit, un numéro de randomisation a été attribué à la participante lors de la première visite. Les participantes et les investigateurs étaient aveugles quant au groupe d'affectation lors de la randomisation mais pas lors des visites ultérieures.

La **figure 1** présente l'arbre des gains (en euros), montrant ce que les participantes pouvaient gagner en fonction de leur groupe d'affectation et de leur abstinence dans l'hypothèse où elles effectuaient les 6 visites.

Les participantes randomisées dans le groupe contrôle ont reçu un bon d'achat de 20 € à la fin de chaque visite comme frais de présentation, mais l'abstinence n'était pas récompensée. Le gain total dépendait du nombre total de visites effectuées. Le montant maximum qu'une participante pouvait gagner était de 120 € après 6 visites.

Les participantes pouvaient gagner des bons supplémentaires en fonction de leur abstinence. Les gains étaient basés sur deux principes : une récompense pour l'abstinence actuelle et une récompense pour l'abstinence continue. Ainsi, la récompense augmentait avec le nombre de visites au cours desquelles l'abstinence était confirmée biochimiquement et avec la durée de l'abstinence continue. Par exemple, si les participantes étaient abstinentes pendant 6 visites consécutives, elles pouvaient gagner jusqu'à 520 € en bons d'achat (voire du matériel de puériculture supplémentaire).

Une date d'arrêt du tabac a été fixée lors de la randomisation (visite 1), déterminée en collaboration avec les participantes, qui pouvaient choisir une date d'arrêt entre la randomisation et le 15^e jour après la randomisation, tant

dans le groupe des incitations financières que dans le groupe témoin. La date de début de l'abstinence était la date d'arrêt du tabac. Des visites mensuelles en face à face (visites 2 à 6) ont été planifiées jusqu'à la date d'accouchement prévue. Si les participantes ne se présentaient pas aux visites, elles étaient contactées par téléphone au moins deux fois et, si elles ne répondaient pas, elles recevaient une lettre pour les encourager à se rendre à la prochaine visite. Les participantes ont reçu des appels téléphoniques de suivi 6 mois après l'accouchement.

À chaque visite, toutes les participantes ont bénéficié d'une intervention d'au moins 10 minutes pour l'arrêt du tabac, conformément aux directives nationales. Celle-ci comprenait des éléments de conseil motivationnel, de soutien, de prévention des rechutes et des conseils comportementaux [11, 12].

3. Critères de jugement

Le principal critère d'évaluation était l'abstinence tabagique continue depuis la date d'arrêt prédéfinie jusqu'à la 6^e visite. L'abstinence a été définie comme une déclaration volontaire d'absence de tabagisme au cours des 7 derniers jours et un taux de monoxyde de carbone (eCO) dans l'air expiré ≤ 8 ppm, mesuré par un testeur de monoxyde de carbone modèle piCO Smokerlyzer Bedfont. Bien que le taux d'abstinence ponctuelle puisse être utile pour montrer l'efficacité d'une intervention, l'abstinence tabagique continue pourrait être associée à une plus grande efficacité dans la prévention de la diminution de la croissance fœtale et des résultats à la naissance.

À chaque visite étaient enregistrés les résultats secondaires maternels suivants : les moments d'abstinence ponctuelle, définie par l'autodéclaration d'une absence de tabagisme au cours des 7 derniers jours et d'un taux d'eCO ≤ 8 ppm, le temps (jours) jusqu'à la première cigarette après

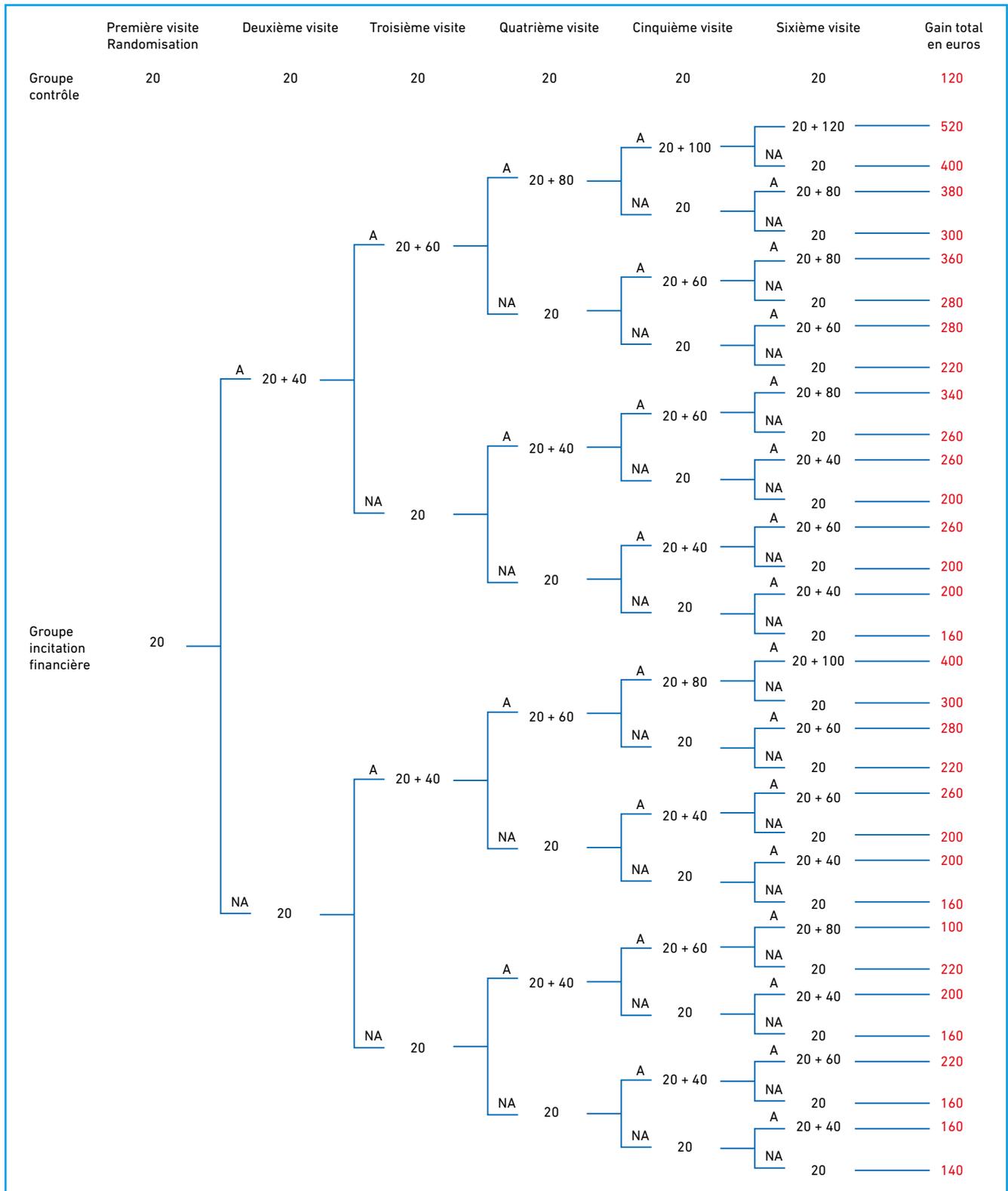


Fig. 1 : Arbre des gains en euros. A : abstinent; NA : non abstinent.

Obstétrique

la date d'arrêt, la rechute partielle (quelques bouffées) ou complète (fumer une cigarette), le nombre total de cigarettes fumées par jour, l'envie de fumer (questionnaire en 12 points sur l'envie de fumer, FTCQ-12) [13], les symptômes de sevrage tabagique (échelle de sevrage nicotinique du Minnesota) [14], le poids, la pression artérielle systolique et diastolique en position assise et la consommation de cannabis et d'alcool au cours des 30 derniers jours.

Les résultats secondaires chez les nouveau-nés ont été enregistrés à partir des dossiers médicaux : l'âge gestationnel à la naissance (en semaines), le poids à la naissance, le périmètre crânien, la longueur, le score d'Apgar à 5 minutes et les mauvais résultats néonataux (éléments cliniques du transfert en unité néonatale, malformation congénitale, convulsions ou décès périnatal). Les événements indésirables graves ont été recueillis par le système de pharmacovigilance du promoteur.

Le résultat primaire a été analysé en intention de traiter, c'est-à-dire en considérant toutes les fumeuses enceintes randomisées. La taille de l'échantillon ciblé était de 420 ; la randomisation de 460 à 480 participantes était prévue, en supposant un taux d'abandon de 9 à 12 % (40 à 60 participantes). Il a été considéré que les participantes qui ne se sont pas présentées à un rendez-vous étaient non abstinentes. La fin du suivi a été définie comme la fin de la grossesse : accouchement ou autre fin de grossesse (par exemple fausse couche). On a considéré que les participantes étaient continuellement abstinentes si elles se présentaient à chaque visite après la date d'arrêt, si elles déclaraient être abstinentes et si le résultat du test eCO était négatif. En raison du poids de naissance variable des jumeaux par rapport aux grossesses simples ainsi que de la proportion déséquilibrée de jumeaux entre les groupes, ont été exclus les jumeaux de l'analyse des données sur les nouveau-nés. Dans le cadre d'une analyse *post hoc*, le faible

poids de naissance a été défini comme étant < 2500 g.

L'auteure qui a effectué la plupart des analyses de données était en aveugle lorsqu'elle a effectué les premières analyses principales. La levée de l'aveugle a eu lieu le 22 juillet 2020, date des premiers résultats.

Aucune patiente n'a été impliquée dans la définition de la question de recherche ou des mesures des résultats, ni dans l'élaboration des plans de recrutement, de conception ou de mise en œuvre de l'étude. Aucune patiente n'a été invitée à donner son avis sur l'interprétation ou la rédaction des résultats. En 2014, lorsque le protocole de recherche a été rédigé et approuvé par les autorités sanitaires, la participation des patientes et du public n'était ni une exigence, ni une suggestion.

Résultats

466 fumeuses enceintes ont été évaluées pour leur éligibilité et 460 ont été randomisées : 231 dans le groupe des incitations financières et 229 dans le groupe témoin (**fig. 2**). Les caractéristiques de base et le nombre de visites (médiane = 4 ; $p = 0,499$) étaient similaires entre les deux groupes.

1. Sur le critère primaire

Le taux d'abstinence continue était significativement plus élevé dans le groupe des incitations financières (16 % ; 38/231) que dans le groupe témoin (7 % ; 17/229), avec un *odds ratio* de 2,45 (IC95 % : 1,34 à 4,49 ; $p = 0,004$). Des analyses de sensibilité ont confirmé la robustesse de ce résultat.

2. Sur les critères secondaires

Les moments d'abstinence ponctuelle étaient systématiquement plus élevés dans le groupe des incitations financières que dans le groupe témoin (modèle logis-

tique à effets mixtes, OR : 4,61 ; IC95 % : 1,41 à 15,01 ; $p = 0,011$; **fig. 3**).

Le délai avant la rechute vers la première cigarette était significativement plus long dans le groupe des incitations financières que dans le groupe témoin (**fig. 4**). La rechute médiane s'est produite à la visite 5 (intervalle interquartile 3-6) dans le groupe des incitations financières et à la visite 4 (3-6) dans le groupe témoin (test du *log rank*, $p < 0,001$).

L'envie de fumer était plus faible dans le groupe des incitations financières que dans le groupe témoin tout au long de la grossesse ($\beta = -1,81$; IC95 % : $-3,55$ à $-0,08$; $p = 0,04$; **fig. 5**). Les participantes du groupe des incitations financières ont fumé moins de cigarettes que celles du groupe témoin (différence moyenne -163 ; IC95 % : -302 à -23 ; $p = 0,022$). Aucune différence n'a été constatée en ce qui concerne le score total de l'échelle de sevrage à la nicotine du Minnesota, la pression artérielle systolique et diastolique, la variation de poids ou la consommation de cannabis ou d'alcool au cours des 30 derniers jours.

3. Utilisation concomitante d'un traitement de substitution de la nicotine

Le modèle logistique à effets mixtes a montré une utilisation similaire d'un TSN au cours des 30 derniers jours (OR : 0,88 ; IC95 % : 0,62 à 1,24 ; $p = 0,462$). Les comparaisons par groupe suggèrent que l'utilisation d'un TSN était moins probable dans le groupe des incitations financières que dans le groupe témoin lors des visites 4 et 5. Aucune interaction avec l'utilisation de TSN n'a été observée.

4. Nouveau-nés

Les 460 mères randomisées ont eu 472 fœtus, 240 (51 %, 9 paires de jumeaux) dans le groupe des incitations financières et 232 (49 %, 3 paires de jumeaux) dans le groupe témoin. 9 décès fœtaux (4 %) sont survenus dans le groupe des incitations financières et

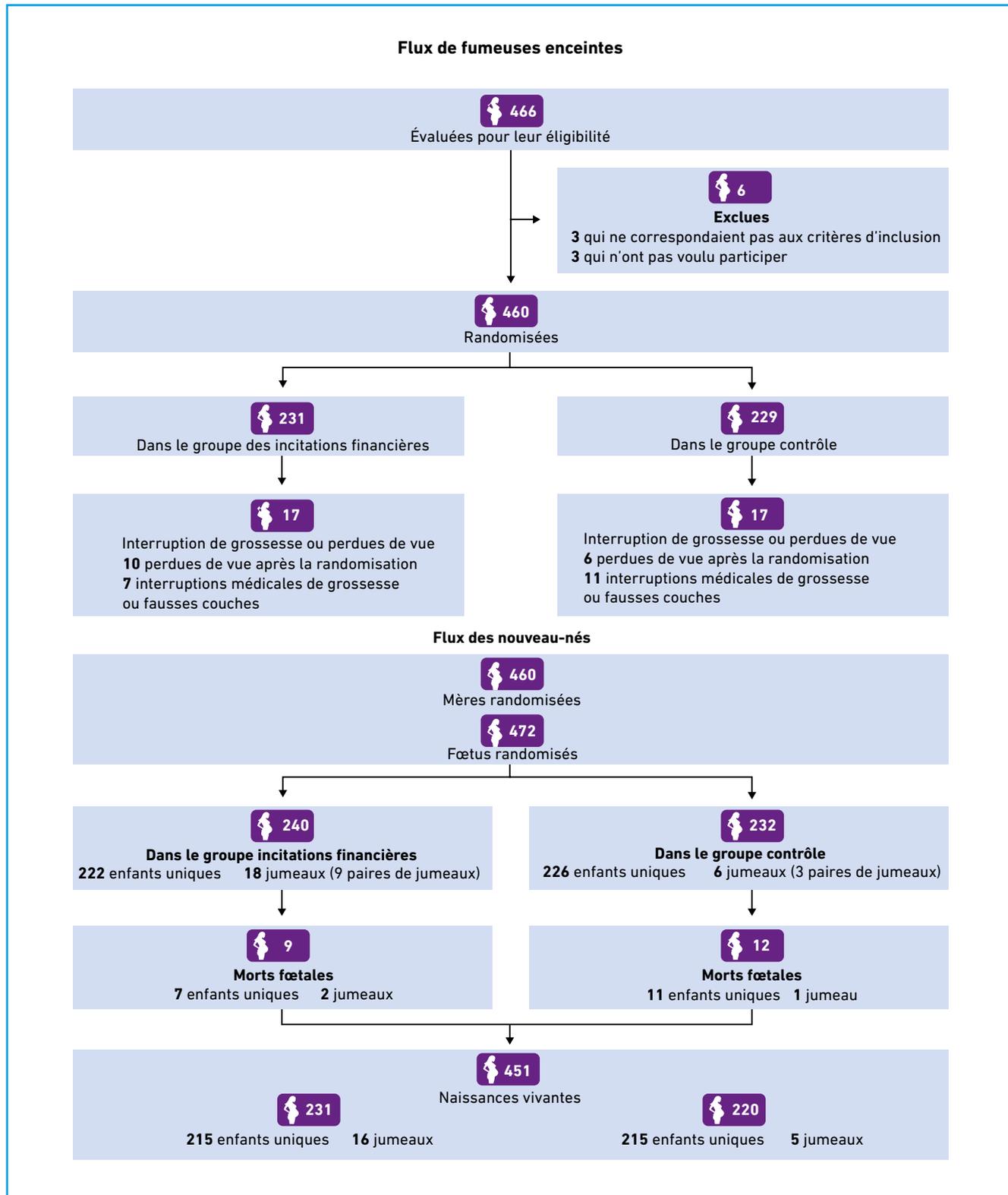


Fig. 2: Flux de fumeuses enceintes et de leur progéniture dans le cadre de l'étude.

Obstétrique

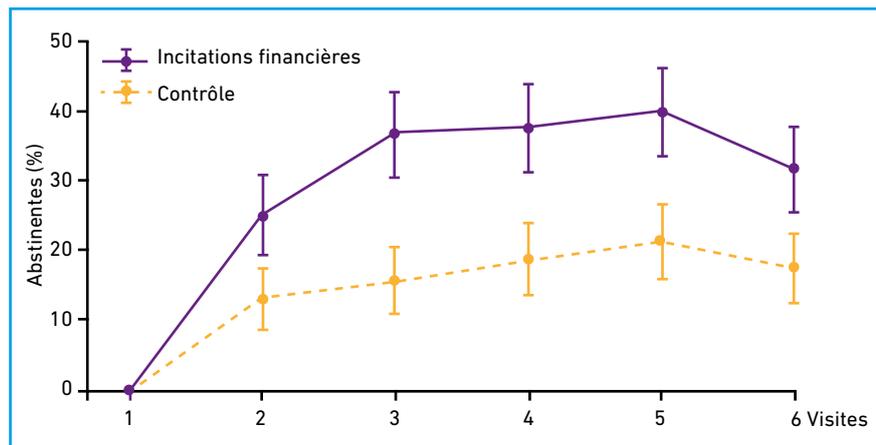


Fig. 3 : Taux d'abstinence tabagique à prévalence ponctuelle par visite. Modèle logistique à effets mixtes, OR: 4,61 (IC95 %: 1,41 à 15,01), $p = 0,011$. Les moustaches représentent les intervalles de confiance à 95 %.

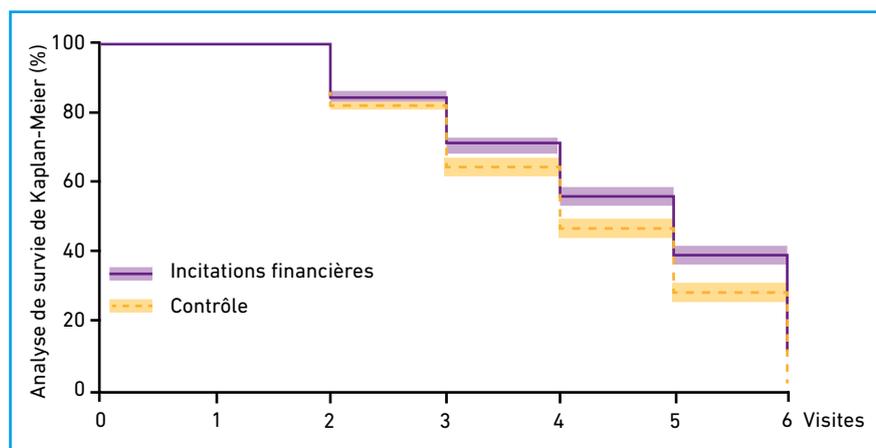


Fig. 4 : Délai avant la rechute ou la première cigarette (test du *log rank*, $p < 0,001$) en fonction du pourcentage d'abstinence. Groupe incitations financières: médiane 5 (intervalle interquartile 3-6); groupe témoin: médiane 4 (3-6). Les zones ombrées représentent les intervalles de confiance à 95 %.

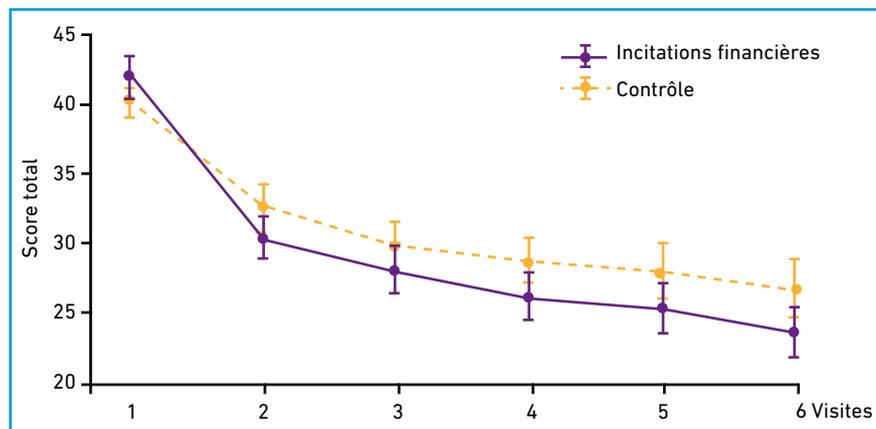


Fig. 5 : Questionnaire français sur l'envie de fumer en 12 points. Modèle linéaire à effets mixtes, $\beta = -1,81$ (IC95 %: -3,55 à -0,08), $p = 0,040$. Les moustaches représentent les intervalles de confiance à 95 %.

12 (5 %) dans le groupe témoin (**fig. 2**). Les données sur le poids à la naissance étaient disponibles pour 202 (84 %) et 205 (88 %) nouveau-nés uniques vivants. La différence moyenne de poids à la naissance de 47 g n'était pas statistiquement significative. Un nombre significativement moins élevé de nouveau-nés dans le groupe des incitations financières ($n = 4$) que dans le groupe de contrôle ($n = 18$) ont eu des résultats néonataux défavorables (recueil des éléments cliniques d'un transfert vers une unité néonatale, malformation congénitale, convulsions ou décès périnatal), cette différence représente une réduction de 7 points.

L'analyse du poids de naissance dichotomisé ≥ 2500 g versus < 2500 g n'était pas prévue dans le protocole de recherche, elle a été ajoutée lors de l'analyse *post hoc* en tant qu'approche recommandée pour le poids de naissance. Par conséquent, les résultats suivants ne sont que des hypothèses et doivent être interprétés avec prudence.

L'effet des incitations financières sur l'accouchement d'un bébé de poids de naissance ≥ 2500 g par rapport à < 2500 g sans ajustement s'est approché de près de la signification statistique mais ne l'a pas atteinte (OR: 1,95; IC95 %: 0,99 à 3,85; $p = 0,055$). Dans l'ensemble, les filles représentaient 53 % des naissances dans le groupe des incitations financières et 38 % dans le groupe témoin. Comme le poids à la naissance est associé au sexe des bébés, lorsque le poids à la naissance a été ajusté en fonction du sexe dans l'analyse *post hoc*, un effet significatif a été démontré d'une probabilité accrue d'avoir un poids à la naissance ≥ 2500 g dans le groupe des incitations financières par rapport au groupe témoin (OR: 2,05; IC95 %: 1,03 à 4,10; $p = 0,041$). Après un ajustement supplémentaire pour la prématurité, la signification statistique de l'association a montré une certaine réduction (OR: 2,06; IC95 %: 0,90 à 4,71; $p = 0,086$). Les taux d'événements indésirables graves ont donné des résultats similaires.

5. Coûts

Le total des bons d'achat s'est élevé à 49 040 € dans le groupe des incitations financières et 19 520 € dans le groupe témoin (différence de 29 520 € ; voire matériel de puériculture supplémentaire).

■ Discussion

Dans cet essai contrôlé randomisé multicentrique, les incitations financières récompensant l'abstinence tabagique, comparées à l'absence d'incitations financières, ont été associées à une augmentation significative des taux d'abstinence continue et à la prévalence de rechute ponctuelle, à une prolongation du délai avant la rechute et à une réduction de l'envie de fumer. Les incitations financières ont également été associées à une diminution de la probabilité d'avoir un bébé de faible poids à la naissance.

1. Points forts de l'étude

Les points forts de cette étude résident dans la conception rigoureuse et la puissance statistique suffisante pour déterminer la validité des résultats observés. L'utilisation de l'abstinence continue comme mesure principale des résultats plutôt que l'abstinence intermittente pourrait avoir contribué à l'avantage observé sur le poids de naissance.

L'analyse *post hoc* du poids de naissance a suggéré que le nombre de bébés ayant un poids de naissance $\geq 2\,500$ g était plus élevé dans le groupe des incitations financières que dans le groupe contrôle après ajustement pour le sexe des bébés. Lorsque les groupes ont été comparés pour le poids de naissance en tant que variable continue, aucune différence n'a été constatée, mais une différence a été trouvée lorsque le nombre de bébés ayant un poids de naissance $\geq 2\,500$ g a été comparé. Cette divergence suggère que l'effet des incitations financières sur le poids de

naissance pourrait ne pas être linéaire. Lorsqu'il est ajusté à la prématurité, la signification statistique de l'effet de l'incitation financière sur les poids de naissance $\geq 2\,500$ g est atténuée, suggérant que l'effet pourrait différer selon la prématurité. D'autres études devraient inclure comme résultat primaire l'analyse du poids de naissance dichotomisé selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé [15] et rechercher si l'effet varie en fonction de la prématurité.

Le fait que les deux groupes ont reçu des frais d'entrée similaires permet de comparer l'effet net d'incitations financières progressivement plus élevées sur l'abstinence tabagique.

Comme dans l'étude de Tappin *et al.* [10], le recours à un TSN était autorisé. Comme c'est le facteur de confusion principal, le fait de le contrôler suggère

POINTS FORTS

- Ce que l'on sait déjà sur ce sujet :
 - le sevrage tabagique est crucial pour prévenir les risques liés au tabagisme pendant la grossesse et les résultats néfastes à la naissance ;
 - le rapport bénéfice/risque des traitements médicamenteux pour le sevrage pendant la grossesse est incertain ;
 - des études antérieures avec divers programmes d'incitations financières ont montré des résultats prometteurs pour les taux d'abstinence à prévalence ponctuelle, mais aucun effet sur le poids à la naissance.
- Ce que cette étude apporte :
 - cet essai a mis en place des incitations financières progressives sous forme de bons d'achat et a montré que celles-ci étaient associées à une augmentation du taux d'abstinence continue tout au long de la grossesse (16 contre 7 %) ;
 - les bons d'achat ont également été associés à un taux d'abstinence à prévalence ponctuelle plus que doublé par rapport à l'absence de bons ;
 - les incitations financières ont été associées à une réduction de 7 % du risque de complications néonatales (transfert vers une unité néonatale, malformation congénitale, convulsions ou décès périnatal).

que l'effet des incitations financières était indépendant de son utilisation.

L'étude a duré 3 ans et 3 mois, depuis la première randomisation des participantes jusqu'à la dernière évaluation. Comme les participantes ont été incluses au cours du premier trimestre et que la dernière évaluation a eu lieu lors du suivi à 6 mois, les participantes sont restées dans l'étude pendant 12 mois. Le recrutement a eu lieu entre avril 2016 et juillet 2018, soit pendant 2 ans et 3 mois. Cela semble être une période de recrutement acceptable compte tenu du fait que l'approche économique était inhabituelle, que seules les fumeuses enceintes à la recherche d'une prise en charge étaient candidates à la participation et que les investigateurs ont mené l'étude volontairement et sans paiement.

Cet essai a été mené dans 18 maternités réparties sur l'ensemble du territoire

I Obstétrique

français, qui utilisaient des processus organisationnels et des professionnels de santé différents, ce qui confère une représentativité aux données. Cette représentativité nationale pourrait permettre à l'essai d'être considéré comme une étude d'efficacité. En outre, de par la nature de l'intervention, les incitations financières – comparées aux médicaments – ne sont pas ostensiblement associées à des événements indésirables.

2. Limites de cette étude

L'absence de suivi systématique des mères et de leur enfant après l'accouchement est une limite. L'impossibilité de généraliser les résultats à d'autres pays et cultures une autre : des répliques sont nécessaires. Les utilisatrices de cigarettes électroniques ont été exclues mais les évaluateurs ne peuvent cependant pas être sûrs que ces dernières n'étaient pas utilisées car les informations n'ont été obtenues que par l'autodéclaration des participantes à chaque visite.

Une limite pragmatique est le manque d'informations sur l'acceptabilité des incitations financières par les participantes et les professionnels de santé, et l'évaluation de la rentabilité dans le monde réel. Il s'agit d'une question sensible qui peut varier en fonction des influences nationales, culturelles et socio-économiques. De plus, le rapport coût/efficacité réel des incitations financières visant à encourager l'arrêt du tabac pendant la grossesse n'a pas encore été établi.

Pour contrôler spécifiquement la consommation de tabac, la recherche de l'anabasine et l'anatabine urinaires a été incluse dans l'étude – deux mesures biochimiques de la consommation de tabac. La sensibilité et la spécificité de ces mesures étant inférieures à 55 %, elles ne peuvent pas être utilisées comme contrôle objectif de la consommation de tabac. En outre, des études suffisamment puissantes devraient évaluer l'utilité de ces alcaloïdes non nicotiques comme marqueurs de l'exposition au tabac.

3. Comparaison avec d'autres études

Une revue Cochrane sur les incitations au sevrage tabagique a partiellement abordé les incitations financières prénatales et postnatales pour les fumeuses enceintes [16]. 9 essais randomisés qui comprenaient diverses populations, différents contextes et diverses interventions (argent, bons, carte cadeau, soutien social) ont été inclus. Sans distinction entre les interventions prénatales et postnatales, les incitations financières ont montré un avantage significatif par rapport au contrôle sans incitation (RR : 2,38 ; IC 95 % : 1,54 à 3,69 ; n = 2 273).

4 études précédentes, dont le plan était identique à l'étude FISCIP, ont également montré une association entre les incitations financières et l'augmentation de l'abstinence [5-8]. Ici le plan diffère par la taille de l'échantillon, l'ampleur des incitations et l'absence de remise à zéro de la valeur des bons à la valeur initiale (20 €) si la participante n'était pas abstinente ou ne se présentait pas.

4. Implications politiques, questions sans réponse et recherches futures

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes à faible revenu. 40 % des ménages des participantes de l'étude ont déclaré un revenu annuel inférieur à 18 000 € : des analyses supplémentaires seront faites pour étudier l'efficacité des incitations financières dans ce sous-groupe. D'autres recherches devraient permettre de déterminer qui, parmi les fumeuses enceintes, pourrait bénéficier encore plus efficacement d'une récompense pour son abstinence tabagique. La conception, la planification, le recrutement et le design des futurs essais devraient impliquer les fumeuses enceintes, les professionnels de santé et les décideurs politiques dans l'évaluation de la rentabilité et l'acceptabilité de cette approche thérapeutique. Enfin, les études futures devraient comparer l'efficacité des incitations financières ou de la gestion des imprévus à

celle des traitements de substitution de la nicotine.

Le taux de tabagisme des partenaires atteignait 72 % dans le groupe des incitations financières et 73 % dans le groupe témoin. L'exposition à la fumée secondaire de tabac pendant la grossesse, que la mère fume ou non, est associée à un risque accru de résultats délétères liés au tabagisme. Les études futures devraient évaluer l'efficacité des incitations financières pour aider les partenaires des fumeuses enceintes à arrêter de fumer.

Conclusion

Parmi les fumeuses enceintes motivées pour arrêter de fumer, les incitations financières récompensant l'abstinence de manière progressive étaient associées à une augmentation des taux d'abstinence continue et ponctuelle et, dans les analyses *post hoc*, semblaient augmenter le nombre de nouveau-nés ayant un poids de naissance $\geq 2 500$ g. Celles-ci pourraient être mises en œuvre dans les soins de santé de routine des fumeuses enceintes et considérées comme une prise en charge sûre. Des études futures pourraient évaluer l'efficacité à long terme des incitations financières sur l'abstinence tabagique après l'accouchement.

L'essai contrôlé randomisé multicentrique d'incitations financières à l'arrêt du tabac pendant la grossesse est paru dans le *BMJ* en décembre 2021. Cette étude originale et novatrice en France a été dirigée par le Pr Ivan Berlin, agrégé de pharmacologie clinique à l'hôpital Pitié-Salpêtrière-Sorbonne Université, avec la participation de Noémi Berlin, chercheuse en économie comportementale (CNRS, Université Paris Nanterre), Marie Malecot, médecin vasculaire (unité d'addictologie, Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc à Lyon), Martine Breton, sage-femme (Centre Hospitalier Universitaire Morvan à Brest), Florence Jusot, professeure d'économie (Université Paris-Dauphine) et Léontine Goldzahl, professeure agrégée d'économie (EDHEC Business School de Roubaix). *BMJ*, 2021;375:e065217.

BIBLIOGRAPHIE

1. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, 2014.
2. GRANGÉ G, BERLIN I, BRETTELLÉ F *et al.* Tabagisme et arrêt du tabac pendant la grossesse. Synthèse d'une revue systématique. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2020;49:101847.
3. US Preventive Services Task Force. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 2021;19:265-279.
4. CLAIRE R, CHAMBERLAIN C, DAVEY MA *et al.* Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020;3:CD010078.
5. HIGGINS ST, HEIL SH, SOLOMON LJ *et al.* A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum. *Nicotine Tob Res*, 2004;6:1015-1020.
6. HEIL SH, HIGGINS ST, BERNSTEIN IM *et al.* Effects of voucher-based incentives on abstinence from cigarette smoking and fetal growth among pregnant women. *Addiction*, 2008;103:1009-1018.
7. HIGGINS ST, BERNSTEIN IM, WASHIO Y *et al.* Effects of smoking cessation with voucher-based contingency management on birth outcomes. *Addiction*, 2010;105:2023-2030.
8. HIGGINS ST, WASHIO Y, HEIL SH *et al.* Financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. *Prev Med*, 2012;55: S33-S40.
9. HIGGINS ST, WASHIO Y, LOPEZ AA *et al.* Examining two different schedules of financial incentives for smoking cessation among pregnant women. *Prev Med*, 2014;68:51-57.
10. TAPPIN D, BAULD L, PURVES D *et al.* Cessation in Pregnancy Incentives Trial Team. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ*, 2015;350:h134.
11. Grossesse et arrêt du tabac : Accompagner par l'écoute et le dialogue — Les essentiels de l'Inpes. <http://www.pro-jetfees.fr/wp-content/uploads/2019/06/Fiche-tabac-INPES.pdf>
12. Conférence de consensus. "grossesse et tabac": texte des recommandations. *Prof Sage-Femme*, 2005:19-34.
13. BERLIN I, SINGLETON EG, HEISHMAN SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res*, 2010;12:500-507.
14. HUGHES JR, HATSUKAMI D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry*, 1986;43:289-294.
15. WEISE A. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. WHO Publ. Published online 2012:1-7. www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_stunting_policybrief.pdf
16. NOTLEY C, GENTRY S, LIVINGSTONE-BANKS J *et al.* Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019;7: CD004307.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités

en GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

oui, je m'abonne à *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*

Médecin : 1 an : 35 € 2 ans : 60 €

Étudiant/Interne : 1 an : 25 € 2 ans : 45 €
(joindre un justificatif)

Étranger : 1 an : 45 € 2 ans : 80 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville/Code postal :

E-mail :

■ Règlement

Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Par carte bancaire n°
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : Cryptogramme :

Signature :



COLPOTROPHINE[®] CRÈME 1 POUR CENT

Crème, tube de 30 g Promestriène

Un allié intime

Traitement symptomatique de l'atrophie vulvo-vaginale liée à une déficience en estrogènes chez la femme post-ménopausée.



Liste II - Remboursement Séc. Soc. 30%. Non agréé aux collectivités.
Pour une information complète, se reporter au RCP de Colpotrophine[®] Crème disponible en flashant ce QR code ou sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

