

TOUT CE QUE VOUS
AVEZ TOUJOURS
VOULU SAVOIR
SUR LES RÈGLES
SANS JAMAIS AVOIR
OSÉ LE DEMANDER

Remerciements de l'auteur...

Merci à Bénédicte Bortoli et Laure Cotelle (aux éditions Fleurus) et à Erwan Leseul, Linda Nantel et Pascale Mongeon (aux éditions de l'Homme) pour avoir accueilli avec enthousiasme l'idée de ce livre et m'avoir soutenu pendant sa rédaction.

Merci à Frédérique Saas de m'avoir communiqué les résultats de l'enquête TNS Healthcare.

Merci aux internautes qui, depuis la création de mon site internet, *www.martinwinckler.com*, m'ont posé des questions sur les règles. Elles ont suscité la rédaction d'un article intitulé *Les règles, en avoir ou pas ?*, lui-même à l'origine de ce livre. Merci à celles qui ont, au début de l'année 2008, répondu à l'appel passé sur mon site, et m'ont envoyé d'autres questions encore. J'espère que ce livre répondra aux questions et aux attentes des unes et des autres.

Direction éditoriale : Christophe Savouré
Responsable éditoriale : Bénédicte Bortoli et Laure Cotelle
Conception graphique : Les Inventeurs du Réel
Direction artistique : Catherine Enault et Laurent Quellet
Illustrations : Olivier Fertel
Composition : FACOMPO – Lisieux
Fabrication : Thierry Dubus et Anne Floutier
Achévé d'imprimer en Italie en octobre 2008, par Legoprint
© Fleurus, Paris, 2008
ISBN : 978-2-215-09481-4
Dépôt légal : octobre 2008
N° d'édition : 94028

LA SANTÉ EN QUESTIONS

**TOUT CE QUE VOUS
AVEZ TOUJOURS
VOULU SAVOIR
SUR LES RÈGLES
SANS JAMAIS AVOIR
OSÉ LE DEMANDER**

MARTIN WINCKLER

FLEURUS
editionsfleurus.com



SOMMAIRE

POURQUOI CE LIVRE ? Liberté, fertilité, féminité	11
QU'EST-CE QUE C'EST... ? À QUOI ÇA SERT ?	15
1 / Les organes sexuels féminins	17
2 / Le cycle menstruel	21
Pourquoi les femmes ont-elles un cycle menstruel ?	21
Que se passe-t-il pendant le cycle menstruel ?	22
Que se passe-t-il après l'ovulation ?	24
Le cycle, les hormones sexuelles et le corps féminin	24
3 / Les règles	27
Perception et réalité	27
Comment les femmes françaises voient-elles les règles ?	29
Qu'est-ce qui s'écoule, au moment des règles ?	29
Qu'est-ce qui déclenche les règles ?	30
À quoi « servent » les règles ?	30
Les femmes n'ont pas toujours eu des règles tous les mois !	31
Un mécanisme resté longtemps mystérieux	33
Les règles ont (mal) inspiré les médecins	34
Les règles, symbole de féminité, de fécondité et de souffrance	35
Deux mythes concernant le cycle menstruel	38
4 / Je peux vous poser une question ?	41
La durée du cycle est-elle toujours identique ?	41
Pourquoi toutes les femmes n'ont-elles pas le même cycle ?	42
Est-il nécessaire d'ovuler tous les mois pour être enceinte ?	43
Quand on a ses règles, est-ce que ça veut dire qu'on a ovulé quinze jours avant ?	43
Si j'ai des règles tous les mois, puis-je être enceinte ?	44
5 / Le cerveau, le cycle, l'ovulation et les règles	45
Le cerveau commande le cycle menstruel	47
Mais le cerveau est un organe sensible...	48

... et l'ovulation est capricieuse et imprévisible...	48
Une femme en bonne santé peut se passer de règles	49
Les mots des règles	50
COMMENT ÇA MARCHE ?	51
1 / Les règles à l'adolescence	53
À quel âge les règles apparaissent-elles ?	53
Régulières ou pas ?	54
Que dire à ma fille ?	55
À qui ma fille peut-elle s'adresser ?	58
2 / Les règles à l'âge adulte	59
Quelle est la durée « normale » des règles ?	59
Qu'est-ce qui peut prolonger la durée des règles ?	60
Abondantes ou pas ?	60
Quelles sont les causes possibles de règles abondantes ?	60
Douloureuses ou non ?	61
Pourquoi les règles n'ont-elles pas toujours la même couleur ?	61
Faut-il avoir un cycle de 28 jours pour avoir des enfants ?	62
Est-il vrai que les règles sont rythmées par la lune ?	62
Pourquoi dans certaines familles les femmes ont-elles leurs règles en même temps ?	63
Quand on a des règles à date fixe, ou presque, qu'est-ce qui les retarde, les décale ou les rend irrégulières ?	63
3 / Les règles et la contraception	67
Contraception d'urgence	68
Contraception permanente par DIU/Stérilet au cuivre	68
Contraception permanente par méthodes hormonales	69
Contraceptifs hormonaux	70
Les méthodes hormonales ont toujours des effets sur les règles	71
La contraception hormonale a des effets bénéfiques pour la femme	71
Les saignements de la pilule, des timbres et de l'anneau ne sont pas de vraies règles	72
Si les saignements de la pilule ne sont pas des règles, à quoi servent-ils ?	73
Peut-on être enceinte en ayant des rapports sexuels au moment des « fausses règles » ?	74
Le « spotting ». Qu'est-ce que c'est ? Que faire ?	76
Que faire quand on a un spotting	

avec une contraception progestative ?	77
Que faire quand on a un spotting avec une pilule combinée, un patch ou un anneau ?	77
4 / Les règles, la sexualité, le désir... et l'hygiène	79
Dois-je me laver avec un savon particulier ou me faire des « douches vaginales » quand j'ai mes règles ?	79
J'ai le sentiment que mon désir sexuel augmente juste avant mes règles. Suis-je « anormale » ?	81
J'ai moins de désir depuis que je prends la pilule...	
Est-ce psychologique ?	81
Est-il dangereux pour moi ou mon partenaire d'avoir des relations sexuelles pendant les règles ?	82
Mon ami ne veut pas avoir de rapports sexuels pendant mes règles. Moi si. Que faire ?	82
Mes règles ont une odeur désagréable. Est-ce dû à une infection ?	
Que dois-je faire ?	82
5 / Les règles et la grossesse	85
Si j'ai des rapports avant, pendant ou après mes règles, suis-je sûre de ne pas être enceinte ?	85
Combien de temps après mes règles dois-je avoir des rapports pour être sûre d'être enceinte ?	86
Mon cycle est irrégulier. Existe-t-il un traitement ?	86
Je viens d'arrêter ma contraception et je n'ai pas de règles.	
Existe-t-il un traitement pour « faire redémarrer » mon cycle ?	86
J'ai arrêté ma contraception mais je ne suis toujours pas enceinte.	
Que se passe-t-il ?	88
J'étais enceinte, mais je viens de faire une fausse couche.	
Dans combien de temps pourrai-je tenter une nouvelle grossesse ?	88
Est-ce qu'on peut être enceinte en ayant toujours ses règles ?	89
Quand on a des saignements qui ressemblent aux règles et qui n'en sont pas, comment savoir si l'on est enceinte ?	90
Est-il grave d'avoir des saignements pendant sa grossesse ?	90
Je viens d'accoucher. Dans combien de temps aurai-je de nouveau mes règles si j'allaite mon enfant ?	
Et si je ne l'allait pas ?	92

6 / Les règles et l'IVG	95
J'ai un retard de règles, comment être sûre que je suis (ou non) enceinte ?	95
J'ai un retard de règles et j'ai peur d'être enceinte. Existe-t-il des médicaments pour « faire revenir les règles » ?	96
Après une IVG, au bout de combien de temps le cycle reprend-il ?	97
7 / Les règles à l'approche de la ménopause	99
Qu'est-ce que la ménopause ? Pourquoi n'a-t-on plus de règles à la ménopause ?	99
À partir de quel âge est-on ménopausée ?	100
Pourquoi les règles sont-elles parfois plus longues ou plus abondantes, juste avant la ménopause ?	100
J'ai plus de 45 ans, je ne prends pas de contraception. Lorsque mes règles s'arrêteront, comment saurai-je que je suis ménopausée ?	101
J'ai plus de 45 ans, je prends la pilule. Comment saurai-je, que je suis ménopausée ?	102
J'ai plus de 45 ans, j'utilise une contraception et je n'ai pas de règles. Comment saurai-je, que je suis ménopausée ?	103
Quand les règles cessent à la ménopause, où va le sang ?	103
Pourquoi prend-on du poids à la ménopause ?	104
Le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause fait-il revenir les règles ?	104
Les accessoires des règles : tampons, serviettes et coupes menstruelles	105
QUE FAIRE... ?	107
1 / Quel est votre profil hormonal ?	109
Comment une femme peut-elle avoir un profil « androgénique » (avec trop d'hormones masculines) ?	110
2 / Les maux des règles	111
Les règles douloureuses ou « dysménorrhée »	112
Soulager la douleur	112
Utiliser une contraception	113
Pourquoi a-t-on mal au dos (ou ailleurs) au moment des règles ?	114
Pourquoi les rapports sexuels sont-ils parfois douloureux juste avant les règles ?	114
Les règles qui n'en finissent pas	115

Les règles très abondantes ou « ménorragies »	115
Quand j'ai mes règles, elles forment parfois des caillots.	
Est-ce grave ?	116
Les règles irrégulières	116
Les règles qui ne viennent pas ou « aménorrhée »	117
Les saignements qui ne sont pas des règles	118
J'ai des saignements alors que je suis enceinte	118
Je saigne alors que je prends la pilule, que j'utilise un DIU ou un implant	118
Je saigne après chaque rapport sexuel	118
Les problèmes de peau : acné, hirsutisme, herpès...	118
L'hypersensibilité des seins	119
La rétention d'eau	120
Les mycoses	120
L'anémie	121
Le syndrome prémenstruel	122
Quels sont les symptômes les plus fréquents du syndrome prémenstruel ?	122
Comment soigner le syndrome prémenstruel ?	123
Les migraines	124
L'endométriose	125
Qu'est-ce que l'endométriose ?	125
Quels sont les symptômes de l'endométriose ?	126
Quelles sont les complications de l'endométriose ?	126
Quel est le traitement de l'endométriose ?	127
« Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) »	128
Les kystes de l'ovaire	129
Quel est le traitement du SOPK ?	130
Les règles et les maladies graves	130
Les troubles du fonctionnement de l'hypophyse	130
L'anorexie mentale	131
Les règles, le cancer et la chimiothérapie	131
Le sida	132
Est-ce que l'absence de règles provoque le cancer de l'endomètre ?	132
CONCLUSION	133
ANNEXES	135
I / Glossaire	137
II / Bibliographie/Webographie	140
III / Index	141



Pourquoi ce livre ?

Liberté, fertilité, féminité

Pour l'immense majorité des femmes adultes, avoir des règles est une contrainte, une corvée, une source d'inquiétude ou de soulagement (!) et presque, à certains égards, une obligation.

À moins d'être enceinte, une femme qui n'a pas de règles n'est « pas encore » une femme (comprendre : c'est une adolescente prépubère), ou « plus tout à fait » une femme (entendre : elle est ménopausée) ou, pire, « ne sera peut-être jamais mère » (si l'absence de règles traduit un dysfonctionnement grave de ses ovaires...). Au fond, les règles sont toujours source de préoccupations, selon qu'on désire être enceinte « si j'ai des règles tous les 28 jours est-ce que je peux être enceinte facilement ; sinon, dois-je m'inquiéter » ou qu'au contraire, on ne le désire pas « si mes règles arrivent demain, je pourrai dormir tranquille. Sinon, je vais commencer à stresser ».

Or, ce n'est pas si simple, car les règles font l'objet d'un grand nombre d'idées fausses. Ainsi, beaucoup de femmes ignorent que :

- le cycle de 28 jours est un mythe qui ne correspond pas à la réalité ;
- chez les adolescentes, la possibilité d'être enceinte existe dès les premières règles, bien avant que le cycle soit parfaitement installé ;
- une femme adulte peut avoir une fertilité parfaitement normale même si elle n'a pas de règles chaque mois ;
- et enfin, si extraordinaire que cela puisse paraître, une femme peut parfaitement choisir de ne pas avoir de règles, à tout moment de sa vie, sans compromettre sa fertilité future.

Pourtant, alors que la sexualité, la grossesse et la maternité sont traitées en long, en large et en travers dans tous les médias, les règles font rarement, voire jamais l'objet de livres, d'émissions de télévision ou d'articles dans les magazines féminins.

Elles constituent pourtant un sujet de conversation presque quotidien pour toutes les femmes entre quinze et cinquante ans (et souvent avant et après) comme en témoignent les échanges postés sur de nombreux forums féminins. Chaque femme a des idées et des avis souvent très arrêtés sur le rythme, la durée, l'abondance, voire même la couleur « normale » des règles. Mais parfois, certaines questions ne trouvent pas de réponse claire, ni dans les forums, ni dans les livres, ni dans le cabinet d'un médecin.

Ce livre a pour but de répondre aux questions que toutes les femmes, à un moment ou à un autre de leur vie, se posent sur leurs règles, leur cycle menstruel et, plus généralement, sur leur fertilité.

Il explique en détail (voir pages 21 à 42) ce qu'est le cycle menstruel et quelle est la fonction des règles, depuis l'adolescence jusqu'à la ménopause. Il décrit précisément les symptômes et troubles liés au cycle, aux règles et aux hormones sexuelles féminines :

- irrégularités ;
- retards de règles, règles abondantes ou au contraire absentes ;
- syndrome prémenstruel ;
- migraines ;
- acné, etc.

Les règles étant intimement liées aux périodes de fertilité de la vie, vous trouverez (voir pages 55 à 110) des informations concernant

les relations entre le cycle, les règles, la grossesse et la contraception, et vous apprendrez, par exemple, que :

- un exercice physique intense peut mettre les ovaires au repos et faire disparaître les règles pendant de nombreux mois ;
- on peut avoir un retard de règles très long sans être enceinte ;
- avoir des règles chaque mois n'est pas indispensable à une bonne santé ;
- il n'y a pas de « cycle » sous pilule, car le propos de celle-ci est précisément de mettre le cycle en sommeil, et l'ovulation avec lui, afin de prévenir une grossesse non désirée ;
- les « règles de la pilule » ne sont pas des règles, mais des saignements artificiels provoqués par l'arrêt des comprimés ;
- on peut être enceinte et avoir des règles ;
- les troubles qui accompagnent les règles peuvent parfaitement être soignés... en mettant le cycle au repos.

Vous découvrirez également que toute femme qui le désire peut choisir librement, entre deux grossesses, de se passer de menstruations sans danger pour sa santé ou sa fécondité ultérieure.

Enfin, des chapitres spécifiques (voir pages 110 à 132) décrivent les maladies gynécologiques liées aux règles ou à un trouble du cycle hormonal de la femme tels que :

- l'endométriose, source de douleurs intenses et d'infertilité ;
- le syndrome des ovaires polykystiques ;
- les ménopauses précoces...

Rédigé par un homme qui depuis vingt-cinq ans reçoit, écoute et lit beaucoup de femmes, ce livre a été conçu et pensé pour les femmes à partir d'une triple source d'informations :

- les données scientifiques les plus récentes en gynécologie et en endocrinologie, comme en attestent les livres et sites internet cités dans la bibliographie ;
- ma propre expérience clinique de médecin généraliste spécialisé dans la contraception¹, et de praticien en centre de planification public depuis 1984 ;

1. Voir *Choisir sa contraception*, coll. La Santé en Questions, Fleurus, 2007 et *Contraceptions mode d'emploi*, 3^e édition, J'ai Lu, 2007.

- et enfin, toutes les interrogations sans réponse et les expériences de ses patientes, des internautes (www.martinwinckler.com) et de ses lectrices.

Le but de cet ouvrage – et mon vœu le plus cher – est qu'après l'avoir lu, chaque femme se sente plus libre dans son corps. En toute féminité.

Avertissement

Aucun auteur, si bien informé soit-il, ne détient la « vérité absolue » sur un sujet, quel qu'il soit. Il n'est pas question de laisser entendre que ce livre contient l'intégralité des connaissances disponibles sur le cycle et les règles, et encore moins une vérité définitive sur le traitement des symptômes qui les accompagnent ou sur l'attitude à adopter à leur égard. Ce livre n'a nullement pour but de suggérer que les règles sont un phénomène « mauvais », qui doit être supprimé à tout prix, ou au contraire un phénomène « naturel » qui doit être préservé coûte que coûte. Et il est probable que nul ne pourra jamais affirmer l'un ou l'autre, car la vie humaine est longue, et ce qui peut être vrai à un moment peut être faux à un autre. Cet ouvrage a donc seulement pour objectif de donner aux lectrices des informations aussi complètes que possible pour leur permettre à leur gré, en connaissance de cause, de vivre avec (ou sans) leurs règles, occasionnellement ou durablement, dans le plus grand confort physique, symbolique et moral possible.

Les informations scientifiques reproduites ici sont référencées dans la bibliographie, mais les opinions personnelles qui les accompagnent n'engagent que l'auteur. Ce livre n'est ni une « bible », ni un « petit livre rouge » (!) des règles, mais un outil susceptible d'être perfectionné. Merci de m'adresser vos critiques, réflexions, questions, rectifications, références d'articles et de livres, études ou documents à martinwinckler@gmail.com.

Soyez remerciés(es) par avance pour votre lecture et vos contributions.

QU'EST-CE QUE C'EST... ?
À QUOI ÇA SERT ?

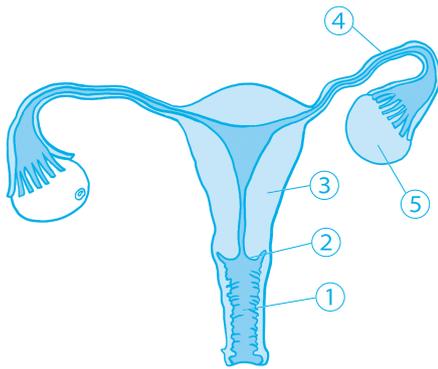
1 / LES ORGANES SEXUELS FÉMININS

Pour bien comprendre ce que sont le cycle menstruel et les règles, il est indispensable de connaître l'anatomie des organes sexuels féminins et leur physiologie.

Les organes sexuels féminins se trouvent à l'intérieur du bassin, entre la vessie (en avant) et l'extrémité de l'intestin, qu'on appelle le rectum (en arrière) (fig. 1).

Les ovaires (5), qui sont les glandes sexuelles féminines, ont environ la taille d'une noix, ils sont accolés aux trompes de Fallope (4), organes en forme de tube. Chaque mois, à la surface d'un ovaire, un ovocyte arrivé à maturité est expulsé et (en principe) se glisse dans une trompe de Fallope. Si, à ce moment-là, la femme concernée a eu des rapports hétérosexuels non protégés, l'ovocyte est rejoint par des spermatozoïdes et, parfois, l'un d'eux le féconde. L'ovocyte fécondé devient un ovule.

L'utérus (3) ou « matrice » est un organe creux, constitué d'une paroi extérieure musculaire, qu'on appelle le « myomètre » et d'une



1. Vagin - 2. Col - 3. Utérus
- 4. Trompe de Fallope - 5. Ovaire

Figure 1 : Organes sexuels féminins (face)

dilater pendant une grossesse. Elle est aussi capable de se contracter, afin d'aspirer le sperme juste après un rapport sexuel, d'évacuer l'endomètre et le sang qui s'écoulent au moment des règles et bien sûr d'expulser un fœtus lors de l'accouchement.



Les sécrétions sont également porteuses de globules blancs qui permettent de défendre le vagin contre les bactéries et microbes venus de l'extérieur.

Le vagin (1), organe creux lui aussi, reçoit le sexe masculin au moment du rapport sexuel. Ses parois sont très sensibles (surtout la zone proche du clitoris et le fond du vagin). Il est tapissé d'une muqueuse, dont les cellules produisent des sécrétions ou « pertes » plus ou moins abondantes en fonction du moment du cycle ; elles servent à lubrifier le vagin pendant les rapports sexuels et à accueillir les spermatozoïdes. Les sécrétions sont également porteuses de globules blancs qui permettent de défendre le vagin contre les bactéries et microbes venus de l'extérieur.

Au fond du vagin se trouve le « **col** » (2), la partie inférieure de l'utérus. C'est à travers le col que les règles passent de l'utérus au vagin. C'est aussi par le col que les spermatozoïdes entrent dans l'utérus avant de monter jusqu'aux trompes. C'est toujours par le col, dilaté par les

contractions de l'accouchement, que le nouveau-né sort de l'utérus. Au moment de l'ovulation, le col de l'utérus produit une sécrétion, la « **glaire cervicale** », qui sert de « milieu nutritionnel » aux spermatozoïdes. Pendant le rapport sexuel, les spermatozoïdes déposés sur le col sont « aspirés » par les contractions de l'utérus (qui peuvent être très intenses).

Le **col de l'utérus** est lui aussi une zone très sensible, qui peut faire mal lorsque l'utérus se contracte – c'est-à-dire : au moment d'un rapport sexuel (car le sperme contient des substances qui provoquent des contractions, surtout à la période de l'ovulation), au moment des règles et, bien sûr, au moment de l'accouchement.

L'ouverture du vagin est protégée par deux replis de peau qu'on appelle les grandes lèvres et elle est surmontée par le **clitoris**, petit organe très sensible, situé juste sous le pubis, et qui joue un rôle important dans la sexualité féminine. Les **grandes lèvres**, les **petites lèvres** (les plis de muqueuse qui entourent l'entrée du vagin) et le clitoris constituent la **vulve**.

L'**hymen** est une membrane qui se trouve à 1 cm environ à l'intérieur du vagin et qui le ferme en partie, chez la petite fille qui n'a pas atteint la puberté. **Chez les jeunes femmes, l'hymen n'est jamais complètement fermé**, même en l'absence de relations sexuelles : il se déchire parfois pendant la croissance, ou lorsqu'une jeune femme utilise pour la première fois des tampons lors de ses règles. De plus, certaines femmes n'ont jamais eu d'hymen, même dans l'enfance. **L'absence d'hymen ne veut pas dire qu'il y a déjà eu des rapports sexuels avec**

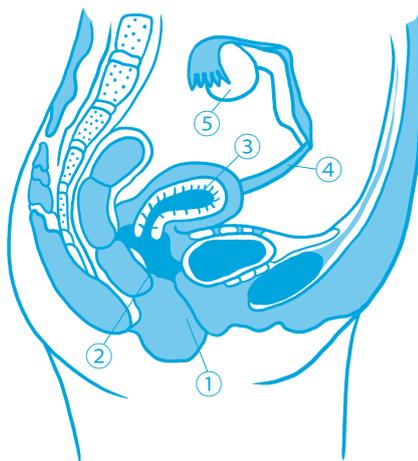


Figure 2 : Organes génitaux féminins (profil)

L'absence d'hymen ne veut pas dire qu'il y a déjà eu des rapports sexuels avec pénétration.



pénétration. En revanche, un hymen intact ne signifie pas qu'on ne « peut pas être enceinte ». Car l'hymen n'est pas « imperméable » : puisqu'il laisse passer les règles, il laisse aussi passer le sperme – même s'il n'y a pas pénétration.

Les organes sexuels féminins – ovaires, trompes, utérus, vagin, seins – se développent et se modifient tout au long de la vie sous l'influence de diverses **hormones**. Ce sont des substances naturelles fabriquées par un organe, qui, transportées dans le sang, vont agir sur un ou plusieurs autres organes, situé(s) ailleurs dans le corps.

Les hormones qui agissent sur les organes sexuels sont fabriquées par les ovaires, mais aussi par des glandes spécifiques du cerveau (l'**hypothalamus**, l'**hypophyse**) qui rythment le cycle menstruel. Bien que le cerveau ne soit pas à proprement parler un organe sexuel (il ne participe pas directement à la reproduction), c'est l'un des organes les plus importants (pour ne pas dire le plus important) de la sexualité (voir page 47).

2 / LE CYCLE MENSTRUEL

POURQUOI LES FEMMES ONT-ELLES UN CYCLE MENSTRUEL ?

Le cycle menstruel est l'ensemble des phénomènes biologiques qui, à partir de la puberté et jusqu'à la ménopause, se déroulent chez une femme à peu près chaque mois, entre le premier jour des règles et le premier jour des règles suivantes. Le cycle menstruel est le processus qui prépare la femme à une grossesse – à condition, évidemment, d'avoir des rapports sexuels avec un homme.

Contrairement à de nombreuses espèces animales, dont la femelle est « en chaleur » au moment de l'ovulation et envoie aux mâles des signaux leur indiquant qu'elle est prête à être fécondée, la courte période de fertilité que représentent les jours qui précèdent et suivent immédiatement l'ovulation dans l'espèce humaine ne se traduit par aucun signe visible de l'extérieur. Comme il n'existe pas de « signaux » pour indiquer le meilleur moment de la fécondation, les humains doivent s'accoupler aussi souvent que possible pour qu'une grossesse se produise.

En dehors de l'espèce humaine, quelques femelles de mammifères seulement ont des règles : les primates (mais pas tous), les chauve-souris et les petits rongeurs.

LE COMPORTEMENT SEXUEL EST EN GRANDE PARTIE PROGRAMMÉ

Comme celui des femmes, le **comportement sexuel** (qui, pour assurer la survie de l'espèce humaine, vise avant tout à la reproduction) est intégré dans le « programme génétique » des hommes. Comme les **femmes sont fécondables seulement un jour par mois** (durée de vie de l'ovocyte dans les trompes), et ne produisent aucun signe de cette ovulation, les hommes sont « programmés » pour avoir des rapports sexuels chaque jour de l'année. La « libido permanente » des hommes n'est pas éducative ou culturelle, elle fait partie du « programme génétique » de leur fonctionnement sexuel, tout comme l'ovulation fait partie du « programme » des femmes. C'est l'évolution de l'espèce humaine qui est responsable de ces deux « programmations », et non l'éducation. Les différentes cultures humaines portent des regards variables sur les comportements sexuels masculin et féminin, mais ça ne les modifie pas pour autant. La pulsion sexuelle est plus forte que l'éducation ou les valeurs culturelles.



Le **cycle menstruel** est en effet le produit de l'évolution des espèces, et le résultat de mutations qui ont modifié le fonctionnement du cerveau, de certaines glandes cérébrales (hypophyse), des seins, des ovaires, de l'utérus. Ainsi, chez certains mammifères, l'ovulation n'a lieu qu'au printemps. Chez d'autres, elle est déclenchée par un rapport sexuel avec un mâle. Dans l'espèce humaine, en revanche, l'ovulation a lieu à peu près chaque mois, de manière spontanée, ce qui permet aux humains de se reproduire tout au long de l'année. Cette fertilité quasi permanente et ininterrompue est ce qu'on appelle un « avantage évolutif » qui a permis à l'espèce humaine de survivre. En effet, le nouveau-né humain, contrairement à l'immense majorité des autres espèces de mammifères, vient au monde « inachevé » et nécessite des soins (allaitement, apprentissage de la marche et de la parole) pendant encore de nombreux mois avant de trouver une certaine autonomie. De plus, les femmes ne portent, le plus souvent, qu'un seul fœtus. La capacité d'ovuler chaque mois et de se reproduire à n'importe quel moment de l'année a permis que l'espèce humaine puisse survivre à une époque où la mortalité maternelle et infantile était extrêmement élevée.

QUE SE PASSE-T-IL PENDANT LE CYCLE MENSTRUEL ? (fig. 3)

On parle de « cycle » menstruel parce que les phénomènes de préparation à la fécondation et à la conception sont cycliques : ils ont un début (la période qui suit les règles), un milieu (l'ovulation) et une fin (les règles suivantes).

Le cycle menstruel est constitué de deux grandes successions d'événements. Pendant la **première phase** (qui commence le premier jour des règles),



LA PROGESTÉRONNE FAIT MONTER LA TEMPÉRATURE !

un petit nombre d'ovocytes contenus dans les ovaires de la femme mûrissent à l'intérieur d'une poche microscopique, qu'on appelle un **follicule**. Au quatorzième jour, l'un des ovocytes est expulsé de son follicule et passe dans la trompe où il va attendre d'être rejoint par des spermatozoïdes et, éventuellement, fécondé pour devenir un ovule – la première cellule d'un nouvel individu.

Pendant la **deuxième phase** (qui commence *avant* l'ovulation) les ovaires stimulés par une glande du cerveau (l'hypophyse) produisent des hormones – œstrogènes et progestérone – qui préparent l'endomètre (revêtement intérieur de l'utérus) à recevoir une éventuelle grossesse.

Les **œstrogènes** sont produits en quantité croissante dès les premiers jours du cycle ; ils accélèrent la multiplication des cellules de l'endomètre, et le font épaissir. Ils peuvent provoquer aussi le gonflement des seins, ils augmentent les sécrétions (« glaire ») du vagin et de l'utérus, favorables au déplacement des spermatozoïdes. Quand la production d'œstrogènes atteint son maximum, l'**ovulation** est déclenchée par l'hypophyse.

La **progestérone** est produite par le « corps jaune » (ce qui reste du follicule après que l'ovocyte en a été expulsé). Elle contribue elle aussi à la préparation de l'endomètre favorable à l'implantation d'un ovule.

La progestérone a de nombreuses fonctions, indispensables au bon déroulement d'une grossesse :

- **elle prépare l'endomètre** en multipliant le nombre de vaisseaux sanguins qui apporteront des nutriments à l'embryon ;
- **elle supprime les contractions de l'utérus** qui, sinon, expulseraient le fœtus ;
- **enfin, elle met le cycle au repos** en bloquant toutes les ovulations.

La production de progestérone s'accompagne d'une élévation de la **température** d'un demi-degré environ. Une femme dont la température est de 36,8 °C le matin en phase « folliculaire » (avant l'ovulation) verra sa température passer à environ 37,3 °C le matin à partir de l'ovulation. D'où les « courbes de température » utilisées pour identifier le jour de l'ovulation (voir schéma plus bas). En principe, la température s'élève le lendemain de l'ovulation. Mais cette notion naguère considérée comme absolue a été battue en brèche récemment. En pratique, la température prise le matin au réveil peut varier beaucoup chez une même femme. Et l'ovulation peut avoir lieu n'importe quand...

Le cycle menstruel est composé de deux phases hormonales :

- **au cours de la première, les œstrogènes préparent et déclenchent l'ovulation ;**
- **au cours de la seconde phase, la progestérone prépare l'utérus à une éventuelle grossesse.**

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'OVULATION ?

Lorsqu'il y a **fécondation** (c'est-à-dire union de l'ovocyte à un spermatozoïde), l'ovule se multiplie pour former un embryon microscopique puis se déplace à l'intérieur de la trompe sur un « tapis » de cils microscopiques qui le poussent vers l'utérus. Arrivé là, il s'implante dans l'endomètre six jours environ après la fécondation. Au bout de quelques jours encore, l'embryon fabrique des substances qui stimulent la production de progestérone par les ovaires, et prennent le relais du « corps jaune ». Si les ovaires cessent de fabriquer de la progestérone – soit parce qu'il n'y a pas eu de fécondation (donc, pas de grossesse), soit parce que la grossesse n'est pas viable (voir page 91) – les contractions de l'utérus reprennent, l'endomètre se détache, et les règles apparaissent.

À retenir : En l'absence d'implantation d'un ovule, les ovaires cessent de produire de la progestérone ; l'utérus reprend ses contractions, et provoque l'élimination de l'endomètre sous la forme des règles.

LE CYCLE, LES HORMONES SEXUELLES ET LE CORPS FÉMININ

Pendant le cycle, les hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone) ont des effets sur tout le corps féminin. Fabriqués par l'ovaire en trop grande quantité, les **œstrogènes** peuvent provoquer un gonflement pénible des seins, de l'utérus (et donc, du bas-ventre), des œdèmes aux mains et aux pieds. De même, la **progestérone** et les **androgènes** (hormones masculines que l'ovaire féminin sécrète également) peuvent, s'ils sont fabriqués en excès, entraîner un **hirsutisme** (excès de pilosité), de la **séborrhée** (peau grasse), une **acné**.

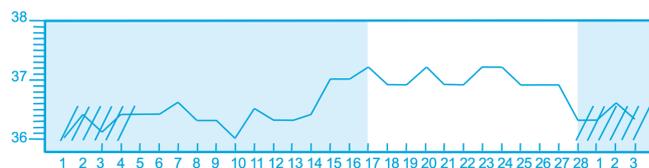


Figure 3 : Courbe de température

Le « pic » d'œstrogènes qui précède et déclenche l'ovulation semble aussi avoir un effet souvent méconnu, mais qui n'est pas sans importance : il peut provoquer une augmentation brusque du désir sexuel. Il s'agit, encore une fois, probablement d'un mécanisme favorisé par l'évolution : l'ovulation n'ayant lieu qu'une fois par mois, et l'ovocyte ne vivant qu'un seul jour, l'accentuation du désir à l'approche de l'ovulation permet d'« optimiser » la fécondation. L'augmentation du désir au moment de l'ovulation revêt une importance particulière chez les adolescentes qui viennent d'atteindre la puberté : le désir qu'elles éprouvent pour un garçon peut s'accroître au moment où elles sont le plus susceptibles d'être enceintes. Ce phénomène explique très bien les grossesses qui surviennent chez l'adolescente après UN SEUL (le premier) rapport sexuel. Il ne suffit donc pas d'invoquer « l'insistance » du garçon pour expliquer qu'un beau jour, la jeune fille ait « cédé » : la pulsion sexuelle n'est pas seulement liée aux sentiments, elle est également induite par l'action des hormones sur le cerveau au moment de l'ovulation. À l'inverse, il n'est pas impossible de penser que les émotions nées de l'attente d'un rapport sexuel puissent, chez certaines personnes, favoriser l'ovulation. Les exemples de grossesse qui débutent après un rapport sexuel isolé, non programmé, sont suffisamment nombreux pour inciter à le penser.

En l'absence de fécondation de l'ovocyte, l'arrêt brutal de la sécrétion d'œstrogènes et de progestérone à la fin du cycle ne

Le « pic » d'œstrogènes qui précède et déclenche l'ovulation semble aussi avoir un effet souvent méconnu, mais qui n'est pas sans importance : il peut provoquer une augmentation brusque du désir sexuel.





Chez l'adolescente, une grossesse peut survenir après UN SEUL (le premier) rapport sexuel.

provoque pas seulement les règles, il peut aussi s'accompagner, avant même l'apparition des saignements, de nombreux autres symptômes : fatigue, irritabilité, phase dépressive, migraines violentes, contractions intenses et douloureuses de l'utérus. Ces symptômes constituent ce qu'on appelle le « **syndrome prémenstruel** » dont nous parlerons plus loin (voir page 122).

Chez les femmes souffrant d'épilepsie, les variations brusques de la quantité d'œstrogènes et de progestérone circulant dans le sang peuvent provoquer des crises ; chez les femmes diabétiques, elles peuvent provoquer des variations du sucre dans le sang. Bref, les variations hormonales qui accompagnent la fin du cycle et provoquent les règles ne sont pas sans effet. Tous ces symptômes diminuent ou disparaissent complètement lorsque les femmes qui en souffrent mettent leur cycle au repos et ce, principalement dans trois circonstances :

- pendant une grossesse (voir page 47) ;
- lors de l'utilisation d'une contraception permanente : pilule prise en continu, implant contraceptif, DIU ¹/stérilet contraceptif (voir page 71) et, bien entendu ;
- à la ménopause (voir page 99).

Important :

- **Le cycle menstruel ne dure pas toujours 28 jours et l'ovulation n'a pas toujours lieu au 14^e jour (voir page 38).**
- **Tous les cycles ne s'accompagnent pas d'une ovulation (voir page 62).**
- **Une ovulation n'est pas toujours suivie par des règles (voir page 91).**
- **Un embryon ne s'implante pas toujours (voir page 88).**
- **Une grossesse qui débute ne se poursuit pas toujours jusqu'au bout (voir page 91).**
- **On peut avoir des règles et être enceinte... (voir page 89).**

1. DIU = Dispositif Intra-Utérin. C'est le terme utilisé dans le monde entier. Le mot « stérilet », utilisé en France, est inquiétant à tort : un DIU ne rend pas stérile, il est seulement contraceptif.

3 / LES RÈGLES

Le mot « **règles** » (ou **menstruations**) désigne l'écoulement de sang vaginal qu'une femme « en âge de procréer » (c'est-à-dire entre la puberté et la ménopause) a périodiquement (le mot anglais pour « règles » est *periods*), chaque mois, 14 jours après l'ovulation, à la fin du cycle menstruel, quand elle n'est pas enceinte.

La plupart des femmes perçoivent les règles de manière simple :

- leur régularité suggère qu'on ovule et qu'on peut avoir des enfants ;
- leur absence suggère qu'on est enceinte ;
- leur apparition suggère qu'on ne l'est pas.

Mais la perception est une chose, et la réalité en est une autre (fig. 4).

PERCEPTION ET RÉALITÉ

Perception : « **c'est un écoulement de sang** ».

Réalité : les règles ne sont pas « du sang », mais constituées par le revêtement intérieur de l'utérus, ou « **endomètre** », fine dentelle

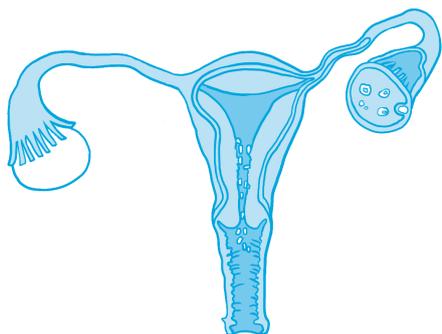


Figure 4 : Règles

Les règles, c'est donc du sang ET des cellules endométriales.

de cellules gorgée de sang, qui se détache quand aucun embryon ne s'y est implanté. Les règles, c'est donc du sang ET des cellules endométriales. Cette composition explique que les règles puissent avoir un aspect différent (plus ou moins fluides, plus ou moins épaisses, avec des caillots, par exemple) selon les femmes ou selon les mois – c'est-à-dire, selon que l'endomètre s'était beaucoup épaissi ou non au cours du cycle précédent (voir page 23).

Perception : « entre la puberté et la ménopause ».

Réalité : l'âge de la puberté et celui de la ménopause sont très variables d'une femme à une autre, d'une ethnie à une autre, et... ont beaucoup changé, au fil des siècles (voir page 31).

Perception : « chaque mois, 14 jours après l'ovulation ».

Réalité : le cycle de 28 jours est une légende et la plupart des femmes ont un cycle très variable, de 23 à 35-40 jours, parfaitement compatible avec le fait d'avoir des enfants (voir page 42).

Perception : « à la fin de leur cycle menstruel ».

Réalité : des saignements peuvent survenir au milieu d'un cycle normal, après un cycle sans ovulation (page 63) et en l'absence de cycle (page 73) !

Perception : « quand on n'est pas enceinte ».

Réalité : des saignements (qui ne sont pas des règles mais qui y ressemblent) peuvent apparaître à la date attendue alors même qu'une grossesse vient de débiter ; ils peuvent survenir après un retard de règles bien qu'une grossesse soit en cours ; ils peuvent aussi (c'est rare, mais c'est possible) apparaître plusieurs mois d'affilée pendant une grossesse normale (voir page 89).

COMMENT LES FEMMES FRANÇAISES VOIENT-ELLES LES RÈGLES ?

(enquête TNS Healthcare, 2007)

Souvent, avec des idées reçues...

- 2 femmes sur 3 qui utilisent une contraception pensent qu'elles ont un cycle naturel ;
- 3 femmes sur 4 pensent qu'avoir leurs règles leur assure qu'elles ne sont pas enceintes ;
- 7 sur 10 pensent qu'avoir ses règles est un « signe de féminité ».

Sans pour autant perdre le sens des réalités...

- 8 femmes sur 10 sont gênées par leurs règles au moins dans un domaine de leur vie : sexualité, voyage, sport, humeur, travail, etc.
- 20 % des femmes interrogées « apprécient » d'avoir des règles ;
- 7 femmes sur 10 aimeraient espacer leurs règles (ex. : 1 fois par trimestre) et 40 % d'entre elles préféreraient ne pas en avoir.

Cette enquête menée en 2007 par l'agence TNS Healthcare est, sur certains points, sujette à caution dans la mesure où elle a été commanditée par un fabricant de contraceptifs hormonaux. Mais elle met en évidence le fait que beaucoup de femmes connaissent la possibilité de ne pas avoir de règles (grâce à leur contraception) mais n'y ont pas recours, de peur que ce soit mauvais pour leur santé ou leur fertilité ultérieure.

QU'EST-CE QUI S'ÉCOULE, AU MOMENT DES RÈGLES ?

Tout au long du cycle, c'est-à-dire entre la survenue d'une période de règles et celle des règles suivantes, la paroi intérieure de l'utérus se revêt d'un tissu cellulaire, l'**endomètre** (de « endo » – « à l'intérieur » – et « mètre/matrice », nom ancien de l'utérus) destiné à former un milieu favorable au développement d'une grossesse. L'endomètre est une sorte de dentelle de cellules, très riche en vaisseaux sanguins qui vont apporter à l'embryon de l'oxygène et des nutriments venus du corps de



L'endomètre est une sorte de dentelle de cellules, très riche en vaisseaux sanguins.

la mère. C'est un tissu vivant, en renouvellement permanent, qui peut saigner facilement, sous l'effet d'un traumatisme (de même que les gencives, à l'intérieur de la bouche, saignent quand on se brosse les dents trop fort) ou d'une inflammation (de même que le revêtement intérieur du nez peut saigner quand on a un rhume). À la fin du cycle, **en l'absence d'un embryon** pour s'y implanter, l'endomètre se détache, pour faire la place à un endomètre « neuf ». Les règles correspondent donc, en quelque sorte, à une « mue » du revêtement intérieur de l'utérus.

QU'EST-CE QUI DÉCLENCHE LES RÈGLES ?

En fin de cycle, les ovaires et les follicules cessent de produire les œstrogènes et la progestérone qui ont préparé l'utérus. Si un embryon s'est implanté entretemps dans l'endomètre, c'est lui qui stimule la production d'hormones par les ovaires et assure en quelque sorte son « hébergement » par l'utérus. Mais si aucun embryon n'est implanté, l'utérus, qui n'est plus « stimulé » par les hormones de l'ovaire, reprend ses contractions et élimine l'endomètre sous la forme des règles.

À QUOI « SERVENT » LES RÈGLES ?

Si l'endomètre se développait de manière continue, il finirait par emplir complètement l'utérus et par le distendre. C'est d'ailleurs ce qui arrive parfois, chez certaines femmes, qui souffrent d'une « **hyperplasie** », c'est-à-dire d'un développement incontrôlé de l'endomètre (voir page 101). Cette hyperplasie s'accompagne de douleurs dues aux contractions de l'utérus distendu et de saignements dus à l'endomètre qui saigne en raison de cette distension. Les règles permettent d'éviter ce phénomène désagréable.

La « mue » intérieure de l'utérus est également nécessaire pour une autre raison : l'endomètre est formé de cellules spéciales, les **cellules déciduales**, qui peuvent accueillir un être vivant différent de la mère et le protègent contre les anticorps que celle-ci fabrique contre tous les corps « étrangers ». En l'absence de grossesse, ces cellules « spéciales », qui vieillissent et s'altèrent vite, sont éliminées par les règles pour d'être remplacées par des cellules « fraîches ».

À retenir : Les règles ne sont pas du sang pur mais constituées par le revêtement intérieur de l'utérus (ou « endomètre ») qui s'élimine à la fin d'un cycle sans grossesse. Elles permettent à l'utérus de se préparer à une nouvelle ovulation et à une nouvelle possibilité de grossesse.

LES FEMMES N'ONT PAS TOUJOURS EU DES RÈGLES TOUS LES MOIS !

De fait, cela fait relativement peu de temps, dans l'histoire de l'humanité, que les femmes ont des règles tous les mois ! La plupart des anthropologues s'accordent aujourd'hui pour dire que les **femmes du Paléolithique** passaient la plus grande partie de leur vie *sans* règles. Ces femmes préhistoriques, toujours en contact avec les hommes, étaient enceintes et allaitaient très tôt (dès l'adolescence) et presque en permanence. Car elles étaient souvent enceintes avant même d'avoir sevré leur bébé. Elles étaient mères jeunes et mouraient souvent en couches ou des conséquences d'un accouchement compliqué ou hémorragique. Leur vie nomade, qui était physiquement dure, s'accompagnait également de longues périodes sans règles ou « aménorrhée », car l'exercice physique et l'absence de graisses sous-cutanées (comme on l'observe aujourd'hui chez les jeunes femmes sportives) s'accompagnent souvent d'une mise au repos du cycle avec absence d'ovulation et absence de règles (voir page 64). Les femmes préhistoriques – comme leurs compagnons – étaient atteintes par de nombreuses maladies aiguës (pneumonies, infections diverses) ou chroniques (tuberculose, syphilis) et souffraient de malnutrition. Tous ces phénomènes pouvaient, en dehors des périodes de grossesse, influencer

sur la régularité du cycle et espacer les règles, voire les faire disparaître pendant plusieurs mois ou plusieurs années. En raison de la mortalité liée à la grossesse, on estime aujourd'hui que l'espérance de vie des femmes préhistoriques était de 28 ans – contre 33 ans pour les hommes.

Jusqu'au xx^e siècle, les femmes des pays développés :

- avaient leurs règles tard ;
- se mariaient et avaient des enfants tôt ;
- avaient plus d'enfants qu'aujourd'hui ;
- allaitaient plus longtemps ;
- étaient moins bien nourries et en moins bonne santé ;
- étaient ménopausées tôt.

Les femmes étaient donc loin d'avoir des règles tous les mois, et les études historiques laissent entendre que rien n'était prévu pour faire face à ce qui était probablement considéré comme un incident occasionnel, et non comme un événement de la vie courante. Ainsi, au ^{xix} siècle, en Amérique rurale, les femmes (qui ne l'oublions pas étaient des émigrantes d'origine européenne) n'utilisaient pas de **serviettes de protection** pour éponger le sang des règles – pas plus que ne le font certaines femmes encore aujourd'hui, en Inde en particulier. Et la commercialisation des premières serviettes réutilisables (tricotées et lavables) en Norvège et en Italie date de la fin du ^{xix} siècle.

Aujourd'hui encore, dans les pays en développement – en particulier en Afrique – beaucoup de femmes sont enceintes peu après leur puberté et leur vie est une succession de grossesses et d'allaitements. Les règles sont donc, pour beaucoup d'entre elles, une éventualité rare et pour une femme mariée, avoir ses règles plusieurs mois de suite est souvent synonyme d'infertilité et non de bonne santé.

Dans les pays développés, l'amélioration des conditions de vie et l'accès à des méthodes de contrôle des naissances (à commencer par le préservatif) ont fait que la plupart des femmes ont pu choisir de ne pas être enceintes en permanence, et d'espacer les naissances. De ce fait, les femmes des pays industrialisés ont moins d'enfants... et des règles plus fréquentes.

Ainsi, de nos jours, on estime qu'une femme aborigène d'Australie est enceinte six fois dans sa vie et allaite chacun de ses enfants trois ans ; elle n'a donc des règles que 180 fois au cours de toute sa période de fertilité. En comparaison, une femme américaine a... 450 fois ses règles au cours de sa vie ! De plus, de nombreuses études ont montré que l'âge de la puberté est de plus en plus précoce dans les pays développés, en raison de l'amélioration des conditions de santé des femmes. Au **xxi^e siècle**, il n'est pas rare que des femmes aient leurs premières règles autour de 10 ans. De même, l'âge de la ménopause est, toujours dans les pays développés, de plus en plus tardif en raison de la meilleure santé des femmes. Mais au Paléolithique, entre 30 000 ans et 12 000 ans avant notre ère, il semble qu'une femme avait ses **premières règles** ou « **ménarches** », à l'âge de 18 ans. **L'idée selon laquelle « avoir des règles tous les mois pendant de nombreuses années » serait une « norme » est donc fausse.** Si c'était indispensable à la fertilité et à la santé, l'espèce humaine n'aurait pas pu se perpétuer.

Les femmes des pays industrialisés ont moins d'enfants... et des règles plus fréquentes.



UN MÉCANISME RESTÉ LONGTEMPS MYSTÉRIeux

Pendant des millénaires, l'anatomie du corps humain – et tout particulièrement celle de la femme – est restée mystérieuse, car les dissections et autopsies furent interdites jusqu'au début du **xiv^e siècle**. Léonard de Vinci (1452-1519) fit des dessins très précis des ovaires et des trompes mais il faisait communiquer l'utérus avec les seins, car il pensait que le sang des règles se transformait en lait pendant la grossesse. C'est à Vésale (1514-1564), savant belge vivant en Italie, que l'on doit la première description de l'anatomie humaine, et en particulier de l'utérus. Il fallut ensuite attendre le **xvii^e siècle** pour que les savants braquent des microscopes sur les tissus utérins et endométriaux. Au **xviii^e siècle**, on put prouver que, contrairement à ce que l'on croyait auparavant, les embryons n'étaient pas « préformés »



Pendant des millénaires, l'anatomie du corps humain – et tout particulièrement celle de la femme – est restée mystérieuse.

à l'intérieur de l'ovaire et « terminés » dans l'utérus. La part des hormones dans le cycle, l'ovulation et les règles ne fut élucidée qu'au

xx^e siècle, et très précisément au cours des trente dernières années. Cela fait donc très peu de temps que l'on connaît la responsabilité de ces hormones dans les symptômes souvent pénibles ressentis par les femmes au moment des règles.

LES RÈGLES ONT (MAL) INSPIRÉ LES MÉDECINS

Dans l'Antiquité, comme aux ères préhistoriques, les femmes étaient enceintes et allaitaient presque en permanence. Les règles étaient donc un phénomène rare, et bien sûr incompris : à l'époque, on ne connaissait pas l'existence des ovaires, des hormones et du cycle. **Vers 500 avant J.C.**, le grec Hippocrate, que l'on considère comme le père de la médecine occidentale, observait que chez certaines femmes, de nombreux symptômes (irritabilité, gonflement du ventre, migraines) semblaient soulagés par les règles. Il en conclut que les règles étaient bénéfiques à la santé des femmes et que, de ce fait, perdre du sang était bon pour la santé. Cette conclusion fautive donna naissance au traitement médical le plus répandu et le plus mortel inventé par la médecine occidentale : **la saignée**. Loin de guérir les maladies, la saignée affaiblissait les malades et pouvait, bien entendu, les faire mourir si l'hémorragie était trop répétée ou trop importante. Les femmes n'ayant pas de règles pendant leurs grossesses, les médecins, à certaines époques, en concluaient que certains symptômes des femmes enceintes devaient également être traités par la saignée... Ce qui bien entendu provoquait de nombreuses catastrophes.

La saignée resta un traitement important jusqu'au début du **xx^e siècle**, quand on comprit que le sang, qui transporte de l'oxygène et des nutriments, est indispensable à l'équilibre du corps humain. **Aujourd'hui**, les saignées ne sont pratiquées que dans une seule circonstance : en cas d'hémochromatose, une maladie héréditaire qui entraîne une accumulation de fer dans les organes. Les globules rouges du sang contiennent du fer dans leur hémoglobine, le pigment

qui fixe et transporte l'oxygène. Une saignée (ou un don de sang) est donc une manière simple d'éviter une accumulation de fer dans l'organisme. L'ironie de cette situation c'est que le plus souvent, seuls les hommes atteints d'hémochromatose souffrent d'une accumulation de fer. Les femmes, elles, perdent du fer tous les mois, avec leurs règles. C'est la seule circonstance où le fait d'avoir des règles tous les mois représente un bénéfice indiscutable pour la santé.

*Les femmes, elles,
perdent du fer
tous les mois,
avec leurs règles.*

On ne peut évidemment pas savoir combien de morts prématurées la saignée a provoquées depuis l'époque d'Hippocrate ; mais il est certain que l'importance qui lui était accordée par les médecins a entretenu, dans l'inconscient collectif, l'idée que les règles constituent une « purification »... ou une malédiction.

Les conclusions d'Hippocrate étaient fausses mais pour beaucoup de femmes les règles sont précédées ou s'accompagnent de symptômes gênants, inquiétants ou pénibles (migraines, douleurs du ventre ou des seins, irritabilité, œdèmes des jambes). Aujourd'hui on sait que les règles ne « soulagent » pas ces symptômes, mais qu'elles sont produites par le processus biologique qui en est responsable : le cycle menstruel (voir page 21).

Les règles et d'autres symptômes accompagnant le cycle peuvent être très gênants, et beaucoup de femmes demandent à leur médecin des traitements pour les soulager.

LES RÈGLES, SYMBOLE DE FÉMINITÉ, DE FÉCONDITÉ ET DE SOUFFRANCE

Mais la dimension « médicale » des règles n'est évidemment pas la seule à prendre en compte. **La dimension symbolique des règles** est aussi évidemment très grande : au cours des différentes époques de la vie, elles incarnent par leur apparition ou leur absence l'accès à l'âge adulte et la féminité, la grossesse et la fin de la période de fertilité.

Dans l'Antiquité, une femme qui avait ses règles tous les mois était soit une femme célibataire (vestale consacrée aux dieux ; femme dont aucun homme ne voulait) soit une femme infertile : les femmes fertiles n'avaient pas de règles, puisqu'elles étaient enceintes ou allaitaient en permanence, ou presque.



Le sang, en effet, semble ne pas toujours avoir le même sens selon la manière dont il s'écoule du sexe féminin.

Le saignement menstruel a également, à travers les âges, pour des raisons religieuses ou rituelles, pris des significations différentes et parfois contradictoires. Le sang, en effet, semble ne pas toujours avoir le même sens selon la manière dont il s'écoule du sexe féminin. Pour nombre de religions, la femme qui a ses règles est considérée comme « impure » et doit éviter d'avoir des rapports sexuels avec son mari, mais aussi d'aller se baigner avec les autres femmes. L'Ancien Testament interdit aux hommes de dormir avec une femme qui a ses règles. À l'opposé, dans certaines cultures, on étend à la fenêtre, le lendemain de la nuit de noces, le drap de la jeune mariée pour y montrer le sang qu'y a laissé la déchirure de l'hymen au moment de la défloration.

De tout temps, **les fluctuations de l'humeur féminine associées aux règles** ont entretenu l'idée que le cerveau des femmes ne « fonctionnait pas » comme celui des hommes. Il est vrai que les variations hormonales au cours du cycle – et de la vie – agissent non seulement sur les organes sexuels mais aussi sur le système nerveux. L'augmentation du désir à la veille de l'ovulation ou au début des règles, la dépression du post-partum, le syndrome prémenstruel, les migraines sont des phénomènes neurologiques tous déclenchés par de brusques variations hormonales. Ces phénomènes ainsi que les douleurs vives dans le bas-ventre que certaines femmes éprouvent au moment de leurs règles ont à certaines époques été interprétés comme... le résultat d'une malédiction ou d'une possession par un être maléfique. Combien de femmes ont-elles été brûlées comme sorcières – ou plus tard qualifiées d'« hystériques » – parce qu'elles souffraient, périodiquement, d'un syndrome prémenstruel ? Il n'est pas possible de le dire. Mais notons que jusqu'à une époque récente (le milieu du

xx^e siècle), en Angleterre, la justice considérait qu'une femme qui avait commis un crime au moment de ses règles bénéficiait de circonstances atténuantes...

Dans de nombreux pays, aujourd'hui encore, des tabous religieux ou culturels interdisent de parler ouvertement de tout ce qui concerne la sexualité.

Le féminisme s'est insurgé, à juste titre, contre les us et coutumes qui consistent à considérer les femmes comme inférieures aux hommes. Aujourd'hui les femmes sont en droit d'exiger le respect de leur différence et de leurs particularités. Mais cette revendication légitime semble avoir fait oublier à certaines (y compris à certain(e)s gynécologues...) que les règles et les symptômes qui les accompagnent, même s'ils sont « naturels », ne doivent pas être pour autant négligés ou traités par le mépris. Ainsi, l'endométriose, maladie chronique liée aux règles (voir page 125) provoque chez les femmes qui en souffrent des douleurs très intenses, périodiques, trop souvent qualifiées de « psychologiques » par certains médecins. L'un des « sex-symbols » les plus marquants du xx^e siècle, Marilyn Monroe, subit pendant toute son existence cette maladie et ses conséquences (voir page 126). Et aujourd'hui encore, trop de femmes qui en souffrent au moment de leurs règles s'entendent dire, abusivement, que leurs douleurs sont « dans leur tête » et qu'il n'y a pas de traitement. Comme si, dans l'esprit de certains médecins, les règles n'avaient pas plus de valeur qu'à l'époque d'Hippocrate !

L'endométriose, maladie chronique liée aux règles provoque chez les femmes qui en souffrent des douleurs très intenses.



Pour toutes ces raisons historiques, culturelles (l'importance croissante de la place des femmes) et médicales (le contrôle des naissances et sa contrepartie – le désir de procréer à une date choisie), les règles ont pris dans les sociétés industrialisées une valeur symbolique croissante et, en dehors des grossesses désirées et de l'allaitement, bon nombre de femmes ne voient pas d'un bon œil qu'elles soient irrégulières ou absentes.

Alors même qu'elles sont étroitement associées à la féminité, à la sexualité et à la fertilité, les règles et leur place dans la vie quotidienne de chaque femme sont souvent considérées comme sans intérêt par les médecins. Un nombre croissant de femmes recourent pourtant à des traitements qui leur évitent d'être enceintes (la contraception) ou qui les aident à l'être (les traitements de l'infertilité). Autrement dit, elles aimeraient avoir des règles à date fixe (ou presque) pour se rassurer sur leur santé et leur aptitude à avoir des enfants ET elles veulent être enceintes quand elles le désirent. Médecins et magazines féminins les entretiennent dans cette vision des choses. La réalité, cependant, est tout autre.

DEUX MYTHES CONCERNANT LE CYCLE MENSTRUEL

Cycle menstruel, ovulations et règles – et tout ce qui concerne la fertilité en général – font le plus souvent l'objet d'idées reçues et de mythes d'autant plus angoissants qu'ils sont propagés ou entretenus par le défaut d'information ou, pire, les diktats de certains médecins. Ce qui suit est destiné à vous rassurer.

- **Premier mythe : « Le cycle menstruel normal compte 28 jours »**

Réalité : le cycle de 28 jours est une invention des médecins du xx^e siècle !

Dans l'inconscient collectif le « cycle idéal » d'une femme est de 28 jours, l'ovulation a lieu au 14^e jour et, en l'absence de grossesse, les règles surviennent 14 jours après l'ovulation. Ce « dogme » est malheureusement... une invention des médecins des débuts du xx^e siècle. Et depuis 20 ans, de nombreuses études (en particulier grâce à des échographies ovariennes et des dosages hormonaux très précis) ont montré que ce « dogme » n'a rien de scientifique. La réalité est plus nuancée, et plus rassurante.

Primo : Tous les êtres humains sont différents. Peu de femmes ont un cycle de 28 jours. Pour la plupart d'entre elles, le cycle a une durée de 23 à 35 jours, voire plus. Mais surtout : la majorité de ces femmes sont parfaitement capables d'avoir des enfants, car contrairement à ce que l'on pense généralement, la fertilité n'est pas seulement

(ni même principalement) liée à la durée du cycle, et une femme dont le cycle est de 35 jours n'est pas « moins fertile » qu'une femme dont le cycle est de 28 jours.

Secundo : Un être humain n'est pas une machine, et les organes sexuels ne sont pas des horloges. *Pour une même femme, tout au long de sa vie, le cycle menstruel, l'ovulation, et a fortiori les règles sont susceptibles de changer, d'un mois ou d'une année à l'autre.*

- **Second mythe : « le nombre d'ovocytes est limité. Après 35 ans, il n'en reste presque plus... »**

Réalité : Chaque femme dispose de beaucoup plus d'ovocytes qu'il ne lui en faut !

En dehors de situations rares (voir page 48), chaque individu de sexe féminin est doté, dès sa gestation, d'un stock de cellules de la reproduction, qu'on appelle les ovocytes, en sommeil dans ses ovaires. Ces ovocytes sont au nombre de 400 000 à la naissance. À la puberté, ils ne sont plus que 30 000. Si l'on estime que 12 ovulations auront lieu chaque année (ce n'est jamais vrai, nous l'expliquerons plus loin), cela équivaut à... 2 500 années d'ovulation... C'est-à-dire beaucoup plus qu'une femme en aura jamais besoin entre la puberté et la ménopause. Il est donc facile de comprendre que le nombre d'ovocytes disponibles de chaque femme est, théoriquement, très supérieur à ses besoins reproductifs.

Certes, les ovaires et les ovocytes vieillissent en même temps que tous les autres tissus du corps et la fécondité baisse progressivement avec le temps. À 40 ou 45 ans, les ovocytes fécondables sont moins nombreux qu'à 25 ans. Mais il en reste tout de même beaucoup ! De plus, la ménopause, qui marque la fin des ovulations survient à un âge de plus en plus tardif. Aujourd'hui, dans les pays développés, elle se produit souvent à 50 ans. À 40 ans, et même à 45, quand on est en bonne santé, une grossesse est non seulement possible mais se déroule, de plus, tout à fait normalement.



4 / JE PEUX VOUS POSER UNE QUESTION ?

LA DURÉE DU CYCLE EST-ELLE TOUJOURS IDENTIQUE ET FIXE CHEZ UNE MÊME FEMME ?

Plus ou moins. La durée du cycle est « programmée » dans le code génétique mais peut varier d'une personne à une autre ; à l'adolescence, les cycles peuvent être irréguliers pendant plusieurs années mais, une fois atteint l'âge adulte, le plus souvent, la « forme » du cycle – régulier ou non – ne change plus et aucun traitement actuellement existant ne peut rien y faire. Il existe certes des médicaments qui stimulent l'ovulation (voir page 86), mais il n'existe pas de traitement pour « régulariser » un cycle irrégulier par exemple ¹ et les traitements donnés par certains médecins pour « faire revenir les règles » n'ont aucun fondement scientifique (voir page 87).

1. Non, même pas la pilule, qui ne fait que provoquer des règles artificielles tous les mois (voir page 67).

POURQUOI TOUTES LES FEMMES N'ONT-ELLES PAS LE MÊME CYCLE ?

Pour deux raisons :

La première, parce que toutes les femmes ne sont pas identiques. La peau, les cheveux, les yeux, la taille du cœur ou de n'importe quel organe est différente d'un individu à un autre. Il en va de même pour les organes sexuels et leur fonctionnement. Le cycle menstruel dépend entre autres de la manière dont les ovaires produisent des hormones et dont les organes concernés réagissent à ces hormones. Ainsi, quand une femme « fabrique » un peu plus d'œstrogènes que de progestérone, elle peut avoir un « **profil hormonal** » comprenant des règles abondantes et douloureuses, mais aussi des symptômes liés à ce déséquilibre : douleurs des seins en fin de cycle, rétention d'eau dans les jambes, migraines, etc. Quand, au contraire, les ovaires d'une femme « fabriquent » moins d'œstrogènes que de progestérone, cela peut s'accompagner de règles plus courtes, d'un cycle irrégulier et aussi favoriser l'acné et l'hirsutisme...

La seconde raison vous surprendra sûrement : s'il n'existe pas de « cycle menstruel idéal », c'est parce que... ce n'est pas nécessaire !!!

En effet, **contrairement à ce qu'on pourrait imaginer**, un cycle de 28 jours avec une ovulation au 14^e jour n'est pas du tout indispensable au fait de procréer. **Ce qui est indispensable à la survenue d'une grossesse c'est :**

- **une femme** ayant des ovulations de temps en temps (ces ovulations n'ont besoin d'être ni nombreuses, ni régulières) et des organes sexuels susceptibles d'accueillir une grossesse ;
- **un homme** (ou plusieurs) produisant des spermatozoïdes actifs en quantité suffisante ;
- **des rapports sexuels** suffisamment fréquents (au moins tous les 4 ou 5 jours) pour favoriser la conception.

Quand ces trois conditions sont réunies, une grossesse finit *toujours* (ou presque) par se produire.

EST-IL NÉCESSAIRE D'OVULER TOUS LES MOIS POUR ÊTRE ENCEINTE ?

Non. La gestation d'un être humain étant de 9 mois, il suffit théoriquement d'ovuler une seule fois par an pour être enceinte... Si vous avez un cycle de 26 à 30 jours, vous ovulez 12 ou 13 fois par an. Ce n'est pas beaucoup, quand on y pense. D'autant plus qu'un ovocyte, une fois expulsé dans une trompe, n'y vit que... 48 heures au maximum. Autrement dit, vous n'êtes « fécondable », théoriquement, que 26 jours par an ! Dans ces conditions, on peut se demander par quel miracle une femme peut se retrouver enceinte, surtout si elle n'ovule pas tous les mois. Eh bien, c'est là que les femmes peuvent remercier les hommes...

Ils produisent des spermatozoïdes en permanence, tout au long de leur vie. Ils sont « programmés » par l'évolution pour avoir des rapports sexuels le plus souvent possible. Et enfin, leurs spermatozoïdes survivent plusieurs jours (4 ou 5 !) dans les trompes féminines. Alors, même si vous ne savez pas quand vous ovulez, il suffit d'avoir des rapports sexuels deux fois par semaine pour que les spermatozoïdes de votre compagnon attendent, patiemment, que votre ovulation se déclenche...

Les spermatozoïdes survivent plusieurs jours (4 ou 5 !) dans les trompes féminines.



Si vous voulez être enceinte, inutile de « compter les jours » ou de chercher absolument à déterminer le jour de l'ovulation, il suffit de d'avoir des rapports (hétéro)sexuels non protégés deux fois par semaine !

QUAND ON A SES RÉGLES, EST-CE QUE ÇA VEUT DIRE QU'ON A OVULÉ QUINZE JOURS AVANT ?

Non. En effet, les règles sont un signe inconstant et peu fiable de « fin de cycle » : elles peuvent apparaître plus tôt qu'attendu ou au contraire plus tard, après un cycle sans ovulation (voir page 63). Enfin, tous les saignements vaginaux ne sont pas des règles : on peut se mettre à saigner à cause d'une pilule mal adaptée (voir page 76), en raison

d'une inflammation du col (voir page 118), d'un fibrome ou d'un polype utérin (voir page 100), etc.

SI J'AI DES RÈGLES TOUS LES MOIS, PUIS-JE ÊTRE ENCEINTE ?

En principe, oui. Mais la survenue d'une grossesse ne dépend pas seulement de la régularité du cycle. Elle dépend aussi de la vitalité des spermatozoïdes de votre partenaire, de l'association entre l'ovocyte et le spermatozoïde, de la viabilité de l'embryon, de votre état de santé, etc. Et, encore une fois, avoir des règles chaque mois n'est pas nécessaire au fait d'avoir des enfants : beaucoup de femmes qui ont des règles irrégulières n'ont aucune difficulté à être enceinte.

5 / LE CERVEAU, LE CYCLE, L'OVULATION ET LES RÈGLES

Comme nous l'avons expliqué plus haut (voir page 22), pour survivre, l'espèce humaine – dont les petits nécessitent des soins longs après la naissance – a bénéficié d'un avantage évolutif important par rapport aux autres mammifères : celui de pouvoir se reproduire à tout moment (et donc, d'enchaîner les grossesses, si nécessaire), et non une fois par an seulement : un cycle menstruel associé à des ovulations répétées, tout au long de l'année.

Chez la plupart des primates, les rapports sexuels n'ont lieu que lorsque la femelle est fécondable, le plus souvent à certaines périodes de l'année. En dehors de ces périodes particulières, la sexualité n'intéresse pas nos cousins les grands singes¹. En revanche, si la sexualité est si importante pour l'être humain c'est parce qu'originellement, pour pouvoir survivre en tant qu'espèce, les êtres humains

1. Les Bonobos, cousins des chimpanzés, constituent une exception. Tous leurs contacts, toutes leurs interactions sont sexualisés...

devaient s'accoupler en permanence pour avoir une petite chance de se reproduire ! La survie de l'espèce est assurée (nous sommes même probablement déjà trop nombreux sur la planète), mais les pulsions de reproduction sont encore bien présentes chez les êtres humains des deux sexes...

Les femmes du Paléolithique n'ovulaient probablement pas tous les mois mais cela ne les empêchait pas d'être enceintes : les femmes préhistoriques étaient enceintes et allaitaient presque de manière continue. C'est seulement à partir de l'Antiquité, que la lente compréhension du fonctionnement de la reproduction a permis d'espacer les naissances... et de remarquer que les femmes qui n'étaient pas enceintes avaient des règles chaque mois. **À partir du XIX^e siècle**, la natalité a commencé à baisser en particulier en Angleterre, en Allemagne, dans les pays scandinaves. Même lorsqu'elles n'avaient pas de règles tous les mois, les femmes ont toujours su cependant qu'elles pouvaient être enceintes à tout moment, après un rapport sexuel unique, ou au contraire attendre de nombreux mois avant d'être enceintes.

Dans la seconde partie du XX^e siècle, la contraception a rendu possible de limiter les grossesses et de programmer leur survenue. De ce fait, elle a modifié non seulement la manière dont les femmes perçoivent la grossesse (comme un choix et non comme une fatalité, un accident ou un hasard) et le signe de fécondité ou de grossesse le plus apparent : le retard ou l'absence de règles.

Aujourd'hui, beaucoup de femmes en sont venues à penser que parce qu'elles peuvent faire en sorte de ne pas être enceintes, elles peuvent aussi faire en sorte de l'être à volonté, au moment où elles le désirent. Mais ce désir est souvent contrarié.



Le cycle est un mécanisme capricieux.

Car le cycle est un mécanisme capricieux ; l'ovulation est presque toujours imprévisible ; et les règles (qu'elles arrivent à l'heure ou non) ne sont pas du tout un signe sur lequel on peut se reposer. En effet le cycle, l'ovulation et les règles ne sont pas des phénomènes entièrement « automatiques ». Comme la respiration ou la digestion, **ils sont commandés par le cerveau**, organe essentiel à la sexualité et à la reproduction.

LE CERVEAU COMMANDE LE CYCLE MENSTRUEL

En produisant une ovulation à intervalles réguliers, le cycle menstruel permet aux êtres humains de se reproduire à n'importe quel moment. Mais tandis que la production de spermatozoïdes est permanente chez l'homme, le processus cyclique et sophistiqué qui préside à l'ovulation est très sensible à un grand nombre d'événements intérieurs et extérieurs.

Comme nous l'avons expliqué (voir page 22) la maturation des ovocytes dans les ovaires est déclenchée par des substances hormonales venues d'une glande du cerveau : l'**hypophyse**. Celle-ci fabrique successivement deux hormones : la FSH et la LH. La **FSH** (Follicle Stimulating Hormone – hormone stimulant les follicules) fait mûrir les follicules et amène des ovocytes à maturité. La **LH** (Luteinizing hormone – hormone lutéinique) déclenche l'ovulation et stimule la production de progestérone qui prépare l'utérus à une éventuelle grossesse.

Ces deux hormones ne sont pas produites par l'hypophyse en permanence, mais sous le contrôle d'une autre glande du cerveau, l'**hypothalamus**. Celui-ci envoie, périodiquement, à l'hypophyse, les signaux qui déclenchent la production de FSH (et donc la maturation des follicules) puis la production de LH (et donc, l'ovulation).

L'hypothalamus est sensible aux hormones sexuelles. Quand une femme est enceinte, la progestérone diffuse dans tout le corps, y compris dans l'hypothalamus. Lorsqu'il perçoit la présence d'une grande quantité de progestérone dans le sang, l'hypothalamus « sait » que la femme est enceinte ; il ne stimule plus l'hypophyse et l'ovulation est mise au repos. **Quand une femme est enceinte, il n'y a pas de cycle menstruel.** Cette « mise au repos » de l'ovulation permet d'éviter qu'une femme enceinte (qui continue à avoir des relations sexuelles) porte plusieurs fœtus d'âges différents en même temps... De plus, elle évite que les contractions de l'utérus reprennent et menacent la grossesse en cours.

Quand une femme est enceinte, il n'y a pas de cycle menstruel.



C'est le cerveau qui déclenche l'ovulation. Lorsque le cerveau perçoit la présence d'une grossesse, il n'y a plus d'ovulation et donc, plus de règles ! Ce phénomène naturel de mise en sommeil de l'ovulation permet de protéger la grossesse et la femme enceinte.

MAIS LE CERVEAU EST UN ORGANE SENSIBLE...

L'hypothalamus est très sensible à un grand nombre d'agents extérieurs. Tout ce qui peut perturber son fonctionnement est donc susceptible de perturber le cycle, en le raccourcissant, en le prolongeant, ou en le mettant en sommeil : des médicaments, le stress, la fatigue, un amaigrissement, l'effort physique, des infections, une maladie, des émotions...

Tout ce qui est susceptible de perturber le fonctionnement du cerveau est susceptible de « bloquer » le cycle menstruel, l'ovulation et les règles ! Au cours de sa vie, une même femme peut à de nombreuses reprises, et à tout moment, présenter un blocage temporaire de l'ovulation et donc, un arrêt des cycles (et donc, une absence de règles) sans que cela traduise un problème de fertilité.

Tout ce qui perturbe le cerveau peut perturber le cycle ; et tout ce qui perturbe le cycle peut perturber la survenue des règles.

... ET L'OVULATION EST CAPRICIEUSE ET IMPRÉVISIBLE.

La sensibilité de l'hypothalamus peut évidemment se traduire par un arrêt du cycle, ou un blocage de l'ovulation, le plus souvent temporaire. La maturation des follicules stimulés par les hormones est progressive et variable. Un follicule qui n'est pas prêt à ovuler au milieu d'un cycle peut être prêt quelques jours plus tard (donc, à la « fin théorique » de ce cycle) voire au tout début du cycle suivant. Par conséquent, même si elle a théoriquement le plus souvent lieu en milieu de cycle une ovulation est possible à tout moment ! Si des spermatozoïdes sont déjà présents dans les trompes ils s'uniront à l'ovocyte. **Une ovulation – et donc, une grossesse – sont donc possibles à tout moment du cycle.** Quand on ne veut pas être enceinte, il n'y a donc pas de moment « sûr » pour avoir des rapports sexuels non protégés sans risque de grossesse. Quand on veut être enceinte, il n'est pas non plus possible de prévoir le moment de l'ovulation. Il est seulement possible (grâce à des tests urinaires) de dire qu'on a déjà ovulé. Mais prédire l'ovulation n'est pas nécessaire à la grossesse (voir page 43).

L'ovulation peut se produire n'importe quand ! Il n'est pas possible de la prévoir pour être enceinte ou éviter de l'être.

UNE FEMME EN BONNE SANTÉ PEUT SE PASSER DE RÈGLES

Le cycle est « en sommeil » de manière temporaire ou définitive dans plusieurs situations naturelles : pendant l'enfance jusqu'à la puberté, au cours des grossesses et en période d'allaitement, et enfin à la ménopause. À l'heure où leur espérance de vie dans les pays développés atteint près de 80 ans, la plupart des femmes vivent sans règles pendant plus de la moitié de leur vie : douze à quinze ans avant la puberté ; plusieurs années pendant leurs grossesses et leurs périodes d'allaitement ; et encore 20 à 30 ans après la ménopause.

Une femme en bonne santé peut également mettre son cycle au repos grâce à un exercice physique ou sportif intense (voir page 65) ou plus simplement en prenant une contraception hormonale – qui imite l'état hormonal de la grossesse (voir page 67). Toutes ces situations sont parfaitement compatibles avec une bonne santé. Nous verrons que toutes les femmes qui le désirent peuvent parfaitement se passer de règles, même entre deux grossesses désirées, sans pour autant mettre en péril leur fertilité.

Le cycle menstruel n'est pas indispensable à la santé (ni à une sexualité satisfaisante). Il est seulement indispensable... à la reproduction et seulement pendant les moments où l'on essaie d'être enceinte. Scientifiquement parlant, hors des moments où l'on désire être enceinte, avoir des règles tous les mois n'est pas indispensable non plus. Or, la période de fécondité d'une femme s'étend sur environ trente-cinq ans, et une petite partie de cette période seulement est consacrée aux grossesses. En dehors des périodes de désir de grossesses, si vos règles représentent une gêne importante – douleurs, flux abondant, syndrome prémenstruel, migraines (voir page 111) – vous êtes en droit d'accroître votre confort de vie en vous passant d'elles.

Le cycle menstruel n'est pas indispensable à la santé.



Le cycle menstruel n'est pas indispensable à la santé. Il est seulement indispensable à la reproduction. En dehors des périodes où l'on désire être enceinte, si les règles s'accompagnent d'une gêne importante, il est possible de s'en passer sans crainte pour sa fertilité ou sa santé.

LES MOTS DES RÈGLES

Le mot « **règles** » est le terme le plus fréquent, mais il existe de nombreux synonymes (à commencer par celui de « **menstruation** », qu'utilisent les médecins) et de nombreuses expressions pour les désigner.

Le saviez-vous ?

- Pour désigner les règles, au XVI^e siècle, on parlait de « **catimini** », qui aujourd'hui désigne ce qu'on fait en cachette. Ce mot venait du grec *kata-ménia* : menstruations. On disait aussi « **être mal à soi** », « **avoir les males semaines** », « **avoir les ordinaires, ses affaires, ses histoires** »...

- L'expression « **les Anglais débarquent** » fait référence à la couleur rouge des costumes que portaient les soldats anglais à l'époque de la Révolution et de l'Empire. Il en va de même de « **L'Armée rouge est en ville** », « **J'ai reçu les courriers de Rome** », « **J'ai les cardinales** » ou (à Paris) « **J'ai mes parents de Montrouge.** »

- Les règles évoquant le sexe féminin, elles sont taboues. Dans les milieux les plus huppés, il était donc de bon ton, au moment où on les avait, d'utiliser des périphrases : « **Je suis patraque, je suis indisposée, je suis incommodée.** »

- En langage plus familier, aujourd'hui on dit aussi « **avoir ses deuches** » ou « **avoir ses ragnagnas** », « **ses bidules** », « **ses machins** ».

- Autrefois, on disait aussi « **j'ai mes affaires** » ou « **j'ai mes maladies** » expressions qui persistent au Québec, par exemple. On disait aussi parfois « **avoir ses périodes** » et le mot « *period* », en anglais, désigne les règles dans le langage courant.

Les quelques exemples donnés dans ces pages proviennent en particulier d'un site en ligne, épatant « **Le sang des femmes** », dont le « **lexique menstruel** » répertorie les termes désignant les règles. Je vous en recommande la lecture. <http://lesangdesfemmes.over-blog.com/>

Pour les lecteurs anglophones, je recommande aussi le « **Musée des Règles** », qui abonde en informations aussi diverses qu'étonnantes.
Museum of menstruation : <http://www.mum.org/>

COMMENT ÇA MARCHE ?

1 / LES RÈGLES À L'ADOLESCENCE

Contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'aspect et le rythme des **premières règles** ne permettent pas de « prédire » l'avenir. De même que la couleur des yeux d'un nouveau-né peut changer, les premières règles ne sont que la première manifestation d'un processus qui peut prendre un certain temps avant de s'installer. Le profil des règles à 25 ans (ou après une grossesse) peut être radicalement différent de ce qu'il était à 14 ans car des éléments comme le poids, l'activité physique et bien entendu l'utilisation d'une contraception peuvent le modifier considérablement.

À QUEL ÂGE LES RÈGLES APPARAISSENT-ELLES ?

Comme nous l'avons vu, **l'âge moyen des premières règles** (que les médecins nomment « **ménarches** ») a beaucoup varié au cours des siècles, et il reste très variable d'une personne à une autre, d'une ethnie à une autre, d'une localisation géographique à une autre. Dans la petite enfance, l'acquisition de la parole et celle de la marche, qui sont toutes deux liées au développement du système nerveux, varient beaucoup

d'un enfant à un autre. Certains marchent tôt et parlent tard ; pour d'autres c'est l'inverse, et à l'âge adulte on ne voit pas la différence. Il en va de même pour le développement pubertaire. Les règles apparaissent à la puberté, mais les premières règles ne marquent pas nécessairement la *fin* de la puberté. Celle-ci est en effet un processus de longue durée et, pour une jeune fille en bonne santé, les premières règles peuvent aussi bien apparaître avant, pendant ou jusqu'à deux ans après le développement des seins et de la pilosité pubienne. Actuellement, on considère que l'âge *moyen* des premières règles se situe le plus souvent autour de 12-13 ans, mais elles peuvent commencer plus tôt (8 ans) ou nettement plus tard (17 ans) sans que ce soit le signe d'une anomalie. Avant 8 ans, il est préférable de consulter pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'un fonctionnement anormalement précoce de l'hypothalamus, la glande du cerveau qui déclenche la puberté et les ovulations (voir page 47). Et lorsqu'à 17 ans, une adolescente n'a toujours pas eu de règles, une consultation médicale est également souhaitable.



L'âge de la puberté est « inscrit » dans le patrimoine génétique.

La première chose à faire en cas de précocité ou de retard des règles consiste à se demander si ça n'est pas déjà arrivé à une ou plusieurs autres femmes de la famille : mère, sœur, tantes, grand-mères. Car l'âge de la puberté est « inscrit » dans le patrimoine génétique transmis par les parents. En revanche, les maladies (hormonales ou génétiques, le plus souvent) qui provoquent l'apparition des règles avant 8 ans ou après 17 ans sont rares et souvent accompagnées d'autres symptômes que ceux qui concernent les règles.

Quand une jeune fille va bien à tous points de vue, des règles qui surviennent tôt ou qui se font attendre n'ont le plus souvent aucune signification inquiétante.

RÉGULIÈRES OU PAS ?

Le plus souvent, les règles mettent plusieurs mois à s'installer. Il n'est donc pas rare qu'une adolescente ait pour la première fois des règles

deux mois de suite (voire deux fois dans le mois) mais que les suivantes se fassent attendre 6 mois ou un an. La mise en place du cycle se fait progressivement, à mesure que le corps de l'adolescente continue à se développer. **Des règles irrégulières pendant les deux ou trois premières années n'ont donc rien d'inquiétant.** Ce n'est pas un mécanisme d'horlogerie ! La longueur du cycle chez une femme peut varier de trois à quatre jours (28 ou 29 jours six mois de suite, 31 les deux mois qui suivent, 27 les trois mois d'après). Elle est toujours approximative. Enfin, il arrive fréquemment qu'une femme ayant eu des cycles très irréguliers pendant l'adolescence ait des cycles plus réguliers à l'âge adulte. Parfois après une première, voire plusieurs grossesses.

L'idée reçue la plus fréquente au sujet des **premières règles**, régulières ou non, est que le cycle « n'est pas encore en place ».

C'est faux. Les premières règles sont toujours le signe du début des ovulations – et du début de la fertilité. Elles sont le signe que le corps de l'adolescente est prêt à la reproduction et qu'une grossesse devient possible.

Si le rythme des règles est irrégulier chez l'adolescente, c'est parce que les jeunes femmes pubères ont souvent, tout à fait normalement, des **cycles anovulatoires** (voir page 63) qui alternent avec les cycles ovulatoires ; cette alternance traduit le processus progressif de maturation de l'ovulation et du cycle. Mais une fois encore, toutes les femmes sont différentes. Certaines ont dès l'adolescence des ovulations régulières ; d'autres ont pendant plusieurs mois ou années des cycles anovulatoires nombreux.

QUE DIRE À MA FILLE ?

Dans de nombreuses sociétés, la venue des règles est considérée comme **un rite de passage important**, et elle est fêtée. Dans les sociétés méditerranéennes, la sexualité étant souvent considérée comme « impure », les règles sont parfois passées sous silence et les jeunes filles ne sont ni averties, ni accompagnées quand elles les ont pour la première fois. C'est dommage. **Accueillir les premières règles d'une jeune fille comme un événement positif (par un petit cadeau, une sortie exceptionnelle**

avec sa mère et sa/ses sœurs aînées, par exemple...) est non seulement délicat et rassurant, mais aussi gratifiant pour elle.

Ce sont surtout le manque d'information, la pression sociale et les attitudes des personnes alentour – le silence, surtout – qui posent problème aux jeunes filles lorsqu'elles ont leurs premières règles.

En France, aujourd'hui, la première source d'information des jeunes filles sur la sexualité, est constituée par... leurs copines, l'école (quand l'information sexuelle y est faite) et la télévision. Quand vous vous décidez à parler à votre fille de ses règles, il y a souvent belle lurette qu'elle sait ce que c'est, et que ça fait partie de la vie de toutes les femmes. **Le plus important, pour un parent, est d'anticiper** les problèmes que l'apparition ou le déroulement des règles représenteront pour une adolescente, *de la rassurer* et de lui donner les moyens de s'adapter à cette situation nouvelle.

Il faut rassurer les adolescentes sur la date d'arrivée des règles et des autres signes de la puberté. Une adolescente qui se sent « en avance » ou « en retard » est souvent plus inquiète que celle qui a ses règles la même année que sa meilleure copine. **Lui dire qu'il n'y a pas de « date idéale »**, mais que la puberté peut survenir à des dates très différentes selon la personne est déjà une information rassurante. De même, expliquer que les règles peuvent être irrégulières et parfois un peu douloureuses (mais pas obligatoirement, même si les vôtres le sont...), et que ces douleurs peuvent être atténuées est également une information rassurante.

Enfin, et ce n'est pas l'information la moins importante, il est utile d'expliquer (ou de rappeler) le plus simplement possible et sans être menaçant que la puberté est un processus qui prépare le corps de la jeune fille à la reproduction. C'est le moment où le corps devient adulte, sexué, attirant pour et sensible au charme de personnes de l'autre (et parfois du même) sexe – parce qu'il est prêt à accueillir une grossesse. Dès qu'une jeune fille a ses premières règles, elle est susceptible, si elle a des rapports hétérosexuels, d'être enceinte. L'aptitude à la grossesse est indépendante de l'âge apparent, physique ou psychologique, et indépendante de la durée ou de la régularité du cycle. Elle dépend seulement de la mise en route de l'ovulation. **Et dès qu'une adolescente a des règles, cela signifie qu'elle a déjà des ovulations.**

L'idée selon laquelle parler de sexualité et de grossesse à des adolescent(e)s prépubères les inciterait à avoir des relations sexuelles tôt est fautive. Dans les pays scandinaves, où l'information sur la sexualité se fait dès l'école primaire, l'âge moyen du premier rapport sexuel est un peu plus élevé que dans les autres pays.

À faire :

- si votre fille mentionne qu'une de ses camarades vient d'avoir ses règles, saisissez l'occasion de lui demander ce qu'elle sait et de proposer de répondre à ses questions ; mais ne lui faites pas de cours : ça pourrait être prématuré ; dites-lui simplement que ses règles peuvent survenir n'importe quand ; que c'est un phénomène normal, dont la date varie d'une adolescente à une autre ;
- si vous constatez que sa puberté commence (en particulier si sa poitrine commence à se développer) proposez-lui d'aller acheter avec elle des serviettes et/ou des tampons adaptés ; expliquez-lui comment les utiliser (et conseillez-lui d'en avoir dans ses affaires) ; l'apparition des règles survient souvent dans les deux années qui suivent celle des seins ;
- si ses premières règles sont douloureuses, il est possible et sans danger de lui donner de l'ibuprofène (voir page 113) ;
- lorsque votre fille aura ses premières règles, fêtez-les discrètement, avec elle, comme un événement important de sa vie. Elle en sera gratifiée.

À ne pas faire :

Ne traînez pas sans son accord une adolescente qui vient d'avoir ses premières règles chez un médecin (gynécologue ou non). Il est ni utile, ni conseillé de « médicaliser » les règles à l'adolescence, pour les raisons suivantes :

- à la puberté, les adolescent(e)s ont besoin qu'on respecte leur intimité ; évitez les questions ou les propositions qui pourraient leur sembler intrusives ;
- les règles et la mise en route du cycle sont des phénomènes normaux qui, s'ils ne provoquent aucun symptôme pénible, ne nécessitent pas de consultation chez le médecin (pas plus que la pousse des poils pubiens et l'allongement du pénis chez le garçon ne nécessitent de consultation médicale) ; il est inutile de donner

le sentiment à l'adolescente que son développement est anormal ou inquiétant. Si vous vous posez des questions, interrogez votre médecin avant de courir lui amener votre fille ;

- l'examen gynécologique est désagréable pour une adulte ; il peut l'être encore plus – voire même traumatisant – pour une adolescente qui n'a rien demandé. De plus, en l'absence de symptômes vraiment inquiétants (signes d'infection, par exemple), cet examen est inutile et n'apporte au médecin aucune information que celui-ci ne pourrait obtenir en posant quelques questions simples. Même en cas de demande de contraception, l'examen gynécologique et l'examen des seins sont inutiles et déconseillés chez une adolescente qui va bien et ne se plaint de rien (voir page 77) ! Malheureusement, beaucoup de médecins se sentent « obligés », pour rassurer les mères, d'imposer à leurs filles cet examen inutile.

À retenir :

Si elle ne semble ni souffrir ni être inquiète, n'imposez pas à une adolescente qui vient d'avoir ses premières règles d'aller consulter un médecin. Si elle souffre de ses règles et désire aller consulter, proposez-lui de choisir le médecin (elle n'a peut-être pas envie de voir le même que vous et peut obtenir une adresse d'une copine) et ne l'accompagnez que si elle le désire.

À QUI MA FILLE PEUT-ELLE S'ADRESSER ?

Le médecin de famille n'est pas toujours le mieux placé pour répondre aux questions d'une adolescente qu'il a vue grandir. Le gynécologue de la mère ne l'est pas non plus. Les centres de planification publics (dans les hôpitaux) et les antennes du Mouvement Français pour le Planning Familial ne sont pas seulement voués à prescrire une contraception. Les médecins qui y exercent sont également formés à répondre aux questions que posent les jeunes femmes sur le fonctionnement de leur corps, leurs règles, leur cycle, etc. Vous trouverez les adresses de ces centres, département par département, dans les références internet indiquées en annexe (voir page 135).

2 / LES RÈGLES À L'ÂGE ADULTE

QUELLE EST LA DURÉE « NORMALE » DES RÈGLES ?

Les médecins considèrent que la **durée « normale » des règles** est en général inférieure à une semaine. Pour la majorité des femmes, cette durée est **de 3 à 5 jours**, mais un cycle normal peut se terminer par des règles de moins de 2 jours. En effet, ce qui conditionne la durée des règles, c'est le développement du revêtement intérieur de l'utérus, l'endomètre (voir page 18), pendant le cycle. Plus l'endomètre est développé et épais, plus il y a de tissus et de sang à évacuer à la fin du cycle, et plus les règles seront longues et abondantes. Or, l'épaississement de l'endomètre est lié à l'équilibre entre les œstrogènes et la progestérone produits par l'ovaire pendant un cycle. Il peut varier, d'un cycle à l'autre, encore une fois parce que le corps humain n'est pas une horloge. Si l'ovulation a lieu un peu plus tôt ou un peu plus tard que d'habitude, les règles s'en trouveront plus courtes (moins d'œstrogènes) ou plus longues (moins de progestérone) que d'habitude.

Enfin, entre deux plaquettes d'une pilule contraceptive, les « règles » sont souvent courtes (voir page 71).

QU'EST-CE QUI PEUT PROLONGER LA DURÉE DES RÈGLES ?

Une production d'œstrogènes supérieure à la production de progestérone (voir page 110) ; un cycle plus long que d'habitude (voir page 100) ; une méthode contraceptive inadaptée (voir page 76) ; une anomalie de l'utérus – **fibrome** ou **polype** (voir page 100).

ABONDANTES OU PAS ?

Là encore, il n'y a pas de norme absolue, cela varie d'une personne à une autre. Contrairement à ce qu'on croit habituellement, la quantité de sang et de tissu endométrial éliminé au cours des règles est peu abondante : le plus souvent 20 à 30 mL (mais il peut être normal de perdre aussi peu que 10 mL et jusqu'à 80 mL en une même période de règles). Comme je l'ai dit plus haut, l'abondance des règles (comme leur durée) est directement liée à l'épaisseur de l'endomètre.

Des règles très abondantes, chaque mois, depuis la puberté, sont en général le signe d'un endomètre très développé, chez une femme dont les ovaires produisent plus d'œstrogènes que de progestérone. Ce n'est pas une anomalie en soi, mais les règles abondantes peuvent entraîner une anémie (manque de globules rouges) par perte de fer dans le sang des règles. **Les femmes ayant des règles abondantes chaque mois ont donc intérêt à prendre du fer régulièrement (un mois par an) pour éviter cette anémie.**

QUELLES SONT LES CAUSES POSSIBLES DE RÈGLES ABONDANTES ?

Un cycle plus long que d'habitude (voir page 100) ; une méthode contraceptive inadaptée (voir page 76) ; une **fausse couche** spontanée précoce (voir page 88) ; un polype ou un fibrome de l'utérus (voir page 100).

DOULOUREUSES OU NON ?

Beaucoup de femmes ont des règles douloureuses, voire très douloureuses. Les **douleurs des règles** sont dues tout simplement aux contractions de l'utérus après que l'ovaire, en l'absence de grossesse évolutive, a cessé brusquement de produire œstrogènes et progestérone (voir page 30). La perception de ces contractions est très variable. Certaines femmes ont des crampes légères dans le bas-ventre ou dans le bas du dos. D'autres ont très mal, au point que la douleur les oblige à s'aliter. En général, plus les règles sont abondantes, surtout les premiers jours, plus les douleurs sont importantes, car l'utérus doit se contracter intensément pour évacuer un endomètre très développé.

Ces douleurs ne sont ni une fatalité, ni une obligation. Le plus souvent, elles peuvent être très bien soulagées par des médicaments d'utilisation simple, en vente libre en pharmacie (voir page 112). Parfois, même chez la très jeune fille elles justifient l'utilisation d'une contraception – pilule, implant, DIU (« stérilet ») hormonal, (voir page 71) – qui va non seulement atténuer ou même faire disparaître les douleurs, mais aussi diminuer la quantité et la durée des règles... et éviter une grossesse non désirée !

Ces douleurs ne sont ni une fatalité, ni une obligation.



POURQUOI LES RÈGLES N'ONT-ELLES PAS TOUJOURS LA MÊME COULEUR ?

Les règles sont constituées en grande partie de sang et de cellules endométriales. Le **sang** est rouge quand il vient de sortir d'une artériole (ou petite artère). Quand les règles se déclenchent, elles sont le plus souvent rouge vif. Mais **le sang s'oxyde au contact de l'air et il brunit** : une tache de sang sur un mouchoir est rouge quand on vient juste de saigner du nez, brune au bout de quelques heures. À la fin des règles, ou si le **flux des règles** est peu important, la teinte peut être plus sombre. Il peut aussi arriver aux utilisatrices de contraception de saigner un peu juste avant la période des règles, ou à une période non prévue. C'est ce qu'on appelle un « **spotting** » (voir page 76). Il s'agit d'un saignement sans gravité lié au fait que les contractions de l'utérus

provoquent l'évacuation de sang et de fragments d'endomètre. Si le sang a séjourné quelques heures dans l'utérus avant de s'écouler à l'extérieur, les « pertes » seront alors brunâtres, et non rouges, toujours en raison de l'oxydation du sang au contact de l'air. **Tout ceci pour dire que la couleur des règles n'a pas d'autre signification que le délai qui sépare le saignement du moment où il devient visible. Plus ce délai est long, plus les règles auront une couleur sombre.**

FAUT-IL AVOIR UN CYCLE DE 28 JOURS POUR AVOIR DES ENFANTS ?



La difficulté vient de ce qu'aujourd'hui, beaucoup de femmes veulent avoir des enfants à une date déterminée.

Non. C'est la principale inquiétude des femmes, et elle n'est pas fondée. Ce n'est pas la régularité du cycle qui importe. C'est l'ovulation, qu'elle soit régulière ou pas. Et une femme ayant des cycles longs ou même irréguliers peut tout à fait avoir des enfants. La difficulté vient de ce qu'aujourd'hui, beaucoup de femmes veulent avoir des enfants à une date (ou pendant une période) déterminée. Ce qui n'est pas toujours possible. Pour une femme très fertile (et on doit plutôt dire un « couple », car **30 % des infertilités sont liées à l'homme**) c'est en principe rapide. Pour une femme moins fertile (que ce soit en raison d'un cycle long ou non), c'est plus long, plus aléatoire. Ça ne veut pas dire que c'est impossible. Autrefois, certains couples avaient, sans contraception, deux enfants en quinze ans. D'autres, douze. Aujourd'hui, les méthodes de contraception permettent d'éviter d'être enceinte à tout bout de champ, ce qui est déjà très bien. **Il n'existe pas, en revanche, de méthode pour être enceinte à volonté, sur commande, et à date fixe.**

EST-IL VRAI QUE LES RÈGLES SONT RYTHMÉES PAR LA LUNE ?

Le mot « **menstruations** », dérive, via le latin *mens* (« mois »), du mot grec *mene* (« lune »). **Selon certaines traditions**, les femmes

ovuleraient à la nouvelle lune et auraient leurs règles à la pleine lune. C'est peut-être vrai, mais c'est difficile à prouver, car... nous ne sommes plus éclairés seulement par la lune. Cependant, on sait que **la lumière du jour a un effet sur le cerveau humain** – en particulier sur la durée de sommeil, sur la fréquence des dépressions en hiver, etc... – et il n'est donc pas interdit de penser qu'elle en a aussi sur le cycle, lui aussi commandé par le cerveau.

Mais le cycle menstruel n'est pas « mensuel » chez tous les animaux qui en ont un ; il est donc parfaitement possible que la durée « lunaire » du cycle menstruel (qui, rappelons-le, est loin d'être de 28 jours chez toutes les femmes !) soit en réalité une coïncidence et l'association avec la lune une vue de l'esprit... D'autant plus que le cycle lunaire n'est pas de 28 jours, *mais de 29 jours et quelques heures...*

POURQUOI DANS CERTAINES FAMILLES, LES FEMMES ONT-ELLES LEURS RÈGLES EN MÊME TEMPS ?

On ne le sait pas exactement, mais on pense que cette « synchronisation » est rendue possible par des signaux hormonaux véhiculés par des substances qu'on nomme les **phéromones**, et qui sont émises par la peau et perçues (inconsciemment) par le cerveau, via les nerfs olfactifs.

QUAND ON A DES RÈGLES À DATE FIXE, OU PRESQUE, QU'EST-CE QUI LES RETARDE, LES DÉCALE OU LES REND IRRÉGULIÈRES ?

- **Quand on a des rapports sexuels non protégés**, la première explication, bien sûr, est la grossesse. D'ailleurs, les médecins français ont pour adage : « Tout retard de règles est une grossesse jusqu'à preuve du contraire » ; rappelons aussi qu'une grossesse débutante peut s'interrompre spontanément au bout de quelques jours seulement, parce que l'embryon n'est pas viable et ne se développe pas bien ; les règles qui s'ensuivront auront l'air presque normales, et la grossesse passera inaperçue.
- **Un cycle anovulatoire**, c'est-à-dire sans ovulation : aucun follicule

ne parvient à maturité en milieu de cycle ; il n'y a pas d'ovulation, pas de « corps jaune » (voir page 23), pas de production de progestérone.

Un cycle anovulatoire peut être long : faute de production de progestérone, le cerveau ne reçoit pas les informations dont il a besoin pour savoir s'il y a grossesse ou non, et le cycle n'en finit pas. La production d'œstrogènes se poursuit, elle ; l'endomètre épaisit et l'utérus gonfle. Les règles surviennent lorsque l'utérus, distendu par un endomètre qui n'a cessé de proliférer, se contracte pour l'éliminer. De manière compréhensible, elles sont souvent très abondantes. Ces retards de règles sont d'autant plus angoissants qu'ils s'accompagnent des symptômes liés à l'accumulation des effets des œstrogènes : douleurs des seins, gonflement de l'abdomen, et parfois... nausées. Autrement dit, des symptômes évocateurs d'une grossesse. C'est ce que nos grands-mères appelaient autrefois une « **grossesse nerveuse** ».

Ils peuvent aussi être courts, ou de durée apparemment normale. En effet, un **follicule** peut parvenir à maturité et se mettre à produire de la progestérone, sans qu'une ovulation ait lieu. Au bout de 10 ou 14 jours, le follicule cesse de produire des hormones, et les règles ont lieu sans que vous sachiez que vous

n'avez pas ovulé. Il est probable que lorsque vous avez « deux fois vos règles le même mois », c'est parce que la deuxième période de règles suit un cycle anovulatoire court.

Les cycles anovulatoires peuvent survenir à tout moment dans la vie d'une femme. Ils sont le plus souvent fréquents à la **puberté** (voir page 55) et à l'approche de la **ménopause** (voir page 99), ce qui évidemment produit un cycle irrégulier. Mais

attention, même si les phases sans ovulation existent, ça ne signifie pas qu'il n'y a pas d'ovulation du tout et qu'une grossesse n'est pas possible !

Ils sont également fréquents chez les femmes atteintes de syndrome des ovaires polykystiques (voir page 128).

- **Le stress et les chocs émotionnels** et, comme nous l'avons vu plus haut (voir page 48), tout ce qui peut agir sur la commande de l'ovulation par le cerveau, en particulier les troubles de l'humeur



Les cycles anovulatoires peuvent survenir à tout moment dans la vie d'une femme.

comme la dépression... Les retards de règles dus à des causes émotionnelles sont souvent des cycles anovulatoires ou dont l'ovulation a été retardée.

- **Une perte de poids rapide**, par régime ou augmentation de l'activité physique ; l'effort physique important, en faisant diminuer la masse grasseuse, peut entraîner une aménorrhée (absence durable des règles) ; les sportives de haut niveau, en particulier, sont souvent sujettes à l'aménorrhée.
- **Des maladies aiguës bénignes** (grippe, infection urinaire).
- **Des maladies chroniques**, surtout lorsqu'elles font perdre du poids rapidement : maladies psychiatriques (dépression grave, anorexie), maladies inflammatoires ou rhumatismales ; tuberculose ; cancer(s)... (voir page 130).
- **Des médicaments** : les méthodes contraceptives (contraception « du lendemain » ; pilules ; anneau vaginal ; « timbre/patch contraceptif » ; DIU/stérilet hormonal ; implant ; traitements des maladies psychiatriques ; chimiothérapie des cancers ; etc.
- **La ménopause**, dont l'âge de survenue est également très variable selon les personnes (voir plus loin). À l'heure actuelle, en France, elle survient plutôt autour de 50 ans. Avant 40 ans, on parle de ménopause précoce (voir page 99).

Mais parfois, il n'y a pas d'explication claire à un retard ou à une absence temporaire des règles. Une fois qu'on a éliminé toutes les causes évidentes (ci-dessus), on peut parfois être contrainte à attendre patiemment leur retour...



3 / LES RÈGLES ET LA CONTRACEPTION¹

Beaucoup de méthodes de contraception efficaces agissent sur les règles. Soit en atténuant les symptômes gênants associés aux règles (abondance du flux, douleurs), soit au contraire, en donnant des saignements mensuels qui ressemblent à des règles à des femmes qui n'en avaient pas, leur cycle n'étant pas spontanément régulier. On peut même dire que, dans une certaine mesure, dans un pays comme la France où elle est beaucoup prescrite, l'utilisation de la pilule par un nombre croissant de femmes a contribué à instaurer les saignements mensuels comme une « norme ».

1. Nous invitons les lectrices désirant avoir plus d'information sur le sujet à consulter *Choisir sa contraception* (Fleurus, 2007), publié par Martin Winckler dans cette même collection.

CONTRACEPTION D'URGENCE

- **La contraception d'urgence hormonale** (1 comprimé de **lévonorgestrel**) est vendue sans ordonnance en pharmacie et remise gratuitement aux mineures dans les pharmacies, les infirmeries scolaires et les centres de planification ; elle permet d'éviter une grossesse non désirée si elle est prise au plus tôt après un rapport sexuel non protégé, de préférence dans les 48 heures (mais elle est encore efficace si elle est prise jusqu'à cinq jours après le rapport à risque). Son mode d'action est, le plus souvent, de décaler l'ovulation et de la repousser à plus tard. De ce fait, elle peut évidemment décaler les règles. Parfois, la prise du lévonorgestrel est suivie de règles quelques jours après. L'un ou l'autre peuvent se produire. Dans tous les cas, il est prudent de recourir à une contraception régulière (préservatifs, pilule) dans les semaines qui suivent la prise de lévonorgestrel et de pratiquer un test de grossesse un mois après le rapport à risque.
- **La contraception d'urgence par DIU/stérilet au cuivre** est efficace si celui-ci est inséré dans l'utérus au plus tard cinq jours après un rapport sexuel non protégé (ou au plus tard au 19^e jour depuis le début des règles). Il ne décale pas la date des règles suivantes ; en général, elles surviennent à la date prévue.

CONTRACEPTION PERMANENTE PAR DIU/STÉRILET AU CUIVRE



Un DIU peut parfaitement être choisi comme première contraception.

Un **DIU/stérilet au cuivre porté en permanence** est plus efficace qu'une pilule contraceptive ; il peut être porté sans être changé pendant 5 et 10 ans. C'est le fil de cuivre qui entoure l'armature en plastique du DIU qui est contraceptif : il inactive les spermatozoïdes lorsque ceux-ci entrent dans l'utérus.

Un DIU peut parfaitement être choisi comme première contraception, même par les femmes qui n'ont pas eu d'enfant : certaines marques comportent des modèles « short » pour les femmes qui n'ont jamais mené une grossesse à terme.

Le DIU n'a pas d'effet sur le cycle ou sur l'ovulation. Il respecte le cycle naturel, qui reste ce qu'il est en l'absence de contraception. Mais la présence du DIU dans l'utérus peut prolonger la durée des règles et augmenter un peu leur flux au cours des premiers mois d'utilisation. Ces inconvénients peuvent être atténués par la prise d'ibuprofène (en vente libre en pharmacie), un comprimé à 200 mg quatre fois par jour dès le début des règles. Ce traitement est également efficace sur les douleurs des règles (voir page 112).

Les différentes marques de DIU/stérilets au cuivre disponibles en France en 2008

TT 380 [®]	peut être porté 10 ans.
NT 380 [®] , UT 380 [®] , MLCU 375 [®] , Mona Lisa [®]	peuvent être portés pendant 5 ans.
NT 380 « short » [®] , UT 380 « short » [®]	peuvent être portés par des femmes n'ayant pas eu d'enfant, pendant 5 ans.

CONTRACEPTION PERMANENTE PAR MÉTHODES HORMONALES

Toutes les méthodes contraceptives hormonales contiennent au moins une hormone progestative, qui ressemble à la progestérone.

Ce progestatif est utilisé :

- **soit avec un œstrogène** dans les **pilules « combinées »**², dans **l'anneau vaginal** (qui se glisse au fond du vagin), dans **le timbre/patch contraceptif** (qui se colle sur la peau), qui sont en général utilisés 3 semaines par mois puis suivis d'une semaine d'arrêt ;
- **soit seul** sous la forme de **pilules**, d'un **implant**, d'un **DIU/stérilet hormonal**, ou d'**injections**.

2. Si la boîte de votre pilule indique que celle-ci contient de l'éthinyl-œstradiol, il s'agit d'une pilule combinée. L'anneau vaginal et le patch qui contiennent aussi de l'éthinyl-œstradiol, sont des contraceptions « combinées »

CONTRACEPTIFS HORMONAUX

Contraceptifs « combinés » (« œstroprogestatifs »)

Anneau vaginal	Mercilon [®]
Nuvaring [®]	Minesse [®] (pilule à 28 comprimés : 24 comprimés actifs + 4 placebos)
« Patch » (timbre) contraceptif	Minidril [®]
Evra [®]	Miniphase [®]
Pilules dites « combinées »	Minulet [®]
Adepal [®]	Mirlette 20 [®]
Belara [®]	Mirlette 30 [®]
Cilest [®]	Mirtinu [®] (générique de Varnoline Continu [®])
Cycléane 20 [®]	Moneva [®]
Cycléane 30 [®]	Ortho-Novum 1/35 [®]
Daily Gé [®] (générique de Trinordiol [®])	Phaeva [®]
Effiprev [®]	Stédiril [®]
Ethinyl-œstradiol drospirénone Sche- ring [®] (générique de Jasmine [®])	Triafémi [®]
Harmonet [®]	Tricilest [®]
Jasmine [®]	Triella [®]
Jasminelle [®]	Triminulet [®]
Ludéal Gé [®] (générique de Minidril [®])	Trinordiol [®]
Méliane [®]	Varnoline [®]
Mélodia [®] (pilule à 28 comprimés : 24 comprimés actifs + 4 placebos)	Varnoline continu [®] (Varnoline + 7 comprimés placebo)

ATTENTION : Diane 35[®] et ses génériques (Holgyème[®], Lumalia[®], Minerva 35[®], Evepar[®]) ne figurent pas dans cette liste, car, bien qu'elles soient dotées d'un effet contraceptif, ces marques *n'ont pas reçu l'autorisation d'être commercialisées en France comme contraception*. Leur seule indication est le « traitement de l'acné » (voir p. 119) !

Les contraceptifs contenant un progestatif seul

DIU/stérilet	Exluton [®]
Mirena [®]	Microval [®]
Implant	Milligynon [®]
Implanon [®]	Ogylone [®]
Injectables	Autres progestatifs ayant un effet contraceptif
Dépo-Provera [®]	Lutényl [®]
Pilules	Lutéran [®]
Cérazette [®]	Surgestone [®]

ATTENTION : Les autres progestatifs, utilisés pour traiter certains symptômes (Duphaston[®], Utrogestan[®]) n'ont pas d'effet contraceptif.

LES MÉTHODES HORMONALES ONT TOUJOURS DES EFFETS SUR LES RÈGLES

Présent dans toutes les méthodes hormonales, le progestatif a les effets suivants :

- il épaisit les sécrétions du col (glaires cervicales), ce qui gêne l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus ;
- il met l'ovulation et le cycle en sommeil (mais pas toujours) ;
- il amincit l'endomètre et abolit les contractions de l'utérus.

Ces effets ont des conséquences perceptibles pour les utilisatrices :

- **l'épaississement de la glaire cervicale** peut provoquer des *perles* inhabituelles ou, au contraire, une sensation de sécheresse vaginale permanente, alors que les femmes sans contraception ont souvent des écoulements plus marqués en milieu de cycle (au moment de l'ovulation) ;
- **l'amincissement de l'endomètre** et la mise en sommeil de l'ovulation peuvent avoir pour effet de diminuer et *parfois de faire disparaître les règles* ;
- **si l'endomètre s'amincit beaucoup**, il peut se mettre à saigner périodiquement (en dehors des périodes de règles attendues) : c'est ce qu'on appelle le « **spotting** » (voir page 76).

Autrement dit : si vous utilisez une méthode contraceptive hormonale, attendez-vous à ne pas avoir vos règles comme d'habitude !

LA CONTRACEPTION HORMONALE A DES EFFETS BÉNÉFIQUES POUR LA FEMME

- Elle diminue ou supprime les douleurs des règles en diminuant ou en supprimant les contractions de l'utérus au moment des règles ;
- elle diminue la durée des règles ;
- quand le cycle est mis en sommeil elle supprime les symptômes pénibles qui accompagnent les règles : migraines, syndrome prémenstruel, rétention d'eau, etc.

Examinons ces effets des contraceptifs hormonaux sur les règles, méthode par méthode :

- **Les pilules « combinées », l’anneau vaginal, le timbre/patch** (voir tableau I) contiennent un progestatif (lévonorgestrel, noréthistérone, désogestrel, gestodène, chlormadinone ou progestimate), toujours associé au même œstrogène (éthynil-œstradiol). C’est le progestatif qui est contraceptif. L’éthynil-œstradiol, lui, est essentiellement destiné à éviter les saignements irréguliers ou « spotting » que peut provoquer l’amincissement de l’endomètre.

- La plupart des pilules combinées, le timbre/patch et l’anneau vaginal ont en commun d’être prescrits par les médecins **trois semaines par mois** (1 comprimé chaque jour pendant 21 jours ; un timbre chaque semaine pendant 3 semaines ; un anneau pendant 3 semaines) **suivis d’une interruption la quatrième semaine**. Pendant cette semaine de pause, trois ou quatre jours après l’arrêt, des **saignements** vaginaux surviennent.

Deux marques de pilules, Minesse® et Mélodia®, se prennent sans interruption : chaque plaquette contient 28 comprimés et non 21. Les quatre derniers comprimés (blancs) de chaque plaquette de Minesse® et Mélodia® sont inactifs (comprimés « placebo ») ; ils sont l’équivalent de la semaine d’arrêt des autres pilules. Pour les utilisatrices de Minesse® ou Mélodia®, les saignements surviennent donc après la prise des comprimés blancs, c’est-à-dire au début de la plaquette suivante, et non entre deux plaquettes, comme pour les utilisatrices de pilules à 21 comprimés. Mais le principe est exactement le même.

LES SAIGNEMENTS DE LA PILULE, DES TIMBRES ET DE L’ANNEAU NE SONT PAS DE VRAIES RÈGLES

Prise en continu, une contraception œstro-progestative fait croire au cerveau de l’utilisatrice qu’elle est déjà enceinte. C’est la raison pour laquelle certaines utilisatrices de contraception, si la méthode n’est pas adaptée à leur profil hormonal personnel, peuvent avoir des effets secondaires qui ressemblent aux signes de grossesse : gonflement

douloureux des seins, nausées, diminution du désir sexuel, prise de poids.

C'est en mimant l'état hormonal de la grossesse que la contraception œstro-progestative met l'ovulation en sommeil. S'il n'y a pas d'ovulation et pas de cycle, il ne peut pas y avoir de règles. Il est donc facile de concevoir que les saignements qui surviennent à l'arrêt des comprimés ne sont pas de « vraies règles », puisque pendant les trois semaines qui ont précédé, la femme n'a eu ni cycle, ni ovulation ! **Ce sont des saignements provoqués artificiellement...** par l'arrêt temporaire des comprimés ! Les médecins ne désignent d'ailleurs pas ces saignements par le terme de « règles » mais par celui d'« **hémorragie de privation** ».

Une contraception œstro-progestative fait croire au cerveau de l'utilisatrice qu'elle est déjà enceinte.



SI LES SAIGNEMENTS DE LA PILULE NE SONT PAS DES RÈGLES, À QUOI SERVENT-ILS ?

Médicalement parlant, à rien. Aux tout débuts de leur commercialisation dans les années 60, les premières pilules combinées étaient prescrites chaque jour, 365 jours par an, ce qui évidemment supprimait les règles. Les doses d'hormones contenues dans les pilules de l'époque étaient plus fortes et provoquaient des effets secondaires qui ressemblaient à ceux d'une grossesse (voir plus haut), ce que beaucoup de femmes ne supportaient pas bien. Les concepteurs de pilules combinées ont donc proposé le schéma 21 jours de prise/7 jours d'arrêt pour créer un « cycle artificiel » qui soit rassurant pour les utilisatrices. Mais cette interruption d'une semaine « pour avoir des règles » n'est pas indispensable. On peut se passer de saignements sans danger en enchaînant les plaquettes de pilules, les anneaux ou les timbres/patches.

Depuis longtemps, certaines utilisatrices ne voient pas d'inconvénient à se passer de règles et à prendre leur pilule en continu. D'autres préfèrent être « rythmées » par les « règles artificielles ». Il est possible de faire l'un ou l'autre, sans danger. Aux États-Unis, deux fabricants ont récemment commercialisé, avec l'accord des autorités

sanitaires, deux pilules œstro-progestatives à prendre en continu en boîtes contenant 90 comprimés. **De plus, l'utilisation d'une méthode œstro-progestative en continu diminue le risque d'échec de contraception !**

PEUT-ON ÊTRE ENCEINTE EN AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AU MOMENT DES « FAUSSES RÈGLES » ?

En principe non, car l'ovulation est endormie et, à l'arrêt des comprimés, il faut rester *plus de huit jours* sans contraception pour qu'une ovulation se produise de nouveau. Si l'utilisatrice n'arrête sa pilule qu'une semaine, et pas plus, le risque d'ovulation est donc très faible. *Mais si elle tarde à recommencer sa pilule ou si elle oublie un ou deux comprimés pendant la première semaine de la nouvelle plaquette, une ovulation peut se produire et une grossesse est alors possible.*

À retenir :

L'arrêt de 7 jours entre deux plaquettes (ou entre deux séries de timbres/patch ; ou entre deux anneaux vaginaux) n'est pas indispensable. Les « règles » qui apparaissent sont artificielles. Il est parfaitement possible de s'en passer en prenant sa pilule en continu.

Si vous raccourcissez le délai entre deux plaquettes (c'est le principe des pilules Minesse® et Mélodia®, où « l'arrêt » des hormones est de 4 jours seulement) ou si vous prenez votre pilule en enchainant les plaquettes sans interruption, vous augmentez l'efficacité de votre contraception. Car quand on prend une pilule combinée en continu, le risque d'ovulation (et donc de grossesse) en cas d'oubli d'un seul comprimé est quasi nul !

Important :

- **Les pilules progestatives faiblement dosées** (Microval®, Millygynon®, Cérazette®...) doivent être prises chaque jour, 365 jours par an. Contrairement aux pilules combinées, ces pilules sans œstrogènes n'endorment pas toujours l'ovulation, c'est pourquoi elles doivent être prises sans interruption, et autant que possible à heure fixe (à quatre heures de battement près). Mais toutes épaississent les

sécrétions du col de l'utérus et les rendent impénétrables aux spermatozoïdes. Beaucoup d'utilisatrices ont des règles chaque mois, parfois moins abondantes qu'en l'absence de contraception, et elles doivent continuer à prendre leurs comprimés même pendant la période des règles. Dans leur cas, il s'agit bien de règles authentiques car le cycle et l'ovulation ne sont pas endormis. Ces règles sont différentes (parfois plus courtes, parfois plus longues) des règles sans contraception.

Un certain nombre (environ 30 %) d'utilisatrices de ces pilules n'ont pas de règles car, chez elles, l'ovulation est endormie et le cycle avec elle. Il n'est pas possible de le prévoir à l'avance car cet effet dépend de l'utilisatrice (et de la manière dont l'hypothalamus, la glande du cerveau chargée de l'ovulation, perçoit l'hormone de la pilule) et non de la pilule progestative elle-même.

- **Le DIU/stérilet hormonal** (Mirena®), efficace pendant 5 ans, a pour effet de diminuer les contractions de l'utérus et le flux des règles ; quand on souffre de règles spontanément abondantes et douloureuses, c'est donc une méthode de contraception très confortable. Parfois, même, il fait disparaître les règles pendant plusieurs mois. Mais certaines utilisatrices de ce DIU hormonal ont de légers saignements (ou « **spotting** ») pendant les premières semaines d'utilisation.

- **L'implant progestatif** (Implanon®) est efficace pendant 3 ans. Il s'agit d'un réservoir d'hormones de la forme d'une allumette, glissé sous la peau du bras avec une seringue spéciale, après anesthésie locale. Il a le même type d'effet que le DIU hormonal : un certain nombre d'utilisatrices n'ont pas de règles, d'autres ont des règles chaque mois – voire plus – d'autres encore ont un « spotting » ou des saignements permanents qui obligent à retirer le dispositif.

- **L'injection de progestatifs** (Dépo-Provera®) se fait tous les deux mois. Elle peut elle aussi s'accompagner soit d'une absence de règles, soit de saignements répétés.

- **D'autres progestatifs** (Lutényl®, Lutéran®, Surgestone® etc.) bloquent l'ovulation eux aussi quand ils sont pris 21 jours par mois. Les saignements qui apparaissent pendant la semaine d'arrêt sont, comme

pour les pilules combinées (voir plus haut), des « hémorragies de privation » et non des règles authentiques. Ici encore, la semaine d'arrêt est superflue et l'utilisatrice qui ne veut pas saigner peut parfaitement prendre ce type de médicament en continu. D'ailleurs, ces progestatifs sont souvent utilisés pour lutter contre les règles longues ou les saignements provoqués par les polypes ou les fibromes (voir page 100) de l'utérus, et aussi en cas d'endométriose (voir page 125).

Les méthodes contraceptives qui contiennent un progestatif seul n'endorment pas toujours l'ovulation. Certaines utilisatrices ont des règles chaque mois. D'autres n'en ont pas du tout. D'autres encore ont des saignements irréguliers, ou « spotting ».

LE « SPOTTING ». QU'EST-CE QUE C'EST ? QUE FAIRE ?

Ce terme anglais, qui vient du mot « spot » (tache), désigne des saignements le plus souvent légers, indolores, apparaissant sans prévenir, entre les périodes de règles, chez des utilisatrices de contraceptions hormonales.

Le spotting est sans danger ; il ne signifie pas que la méthode contraceptive n'est pas efficace. Le « spotting » est fréquent en cas de contraception progestative (pilules, implant, DIU, injectables).

Il peut aussi se produire chez les utilisatrices de pilule « combinée », parfois au début de son utilisation, parfois au bout de plusieurs années, parfois quand l'utilisatrice prend sa pilule combinée en continu.

Le spotting survient lorsque le progestatif de la méthode contraceptive amincit l'endomètre au point que celui-ci saignote dès que l'utérus se contracte. Comme cet effet est variable chez chaque femme, le spotting peut survenir au bout de quelques jours d'utilisation, ou au bout de plusieurs mois. Il peut se produire une fois et ne plus jamais se reproduire. Il peut aussi se produire juste après un rapport sexuel car le sperme déclenche des contractions de l'utérus.

QUE FAIRE QUAND ON A UN SPOTTING AVEC UNE CONTRACEPTION PROGESTATIVE ?

Quand il est fréquent et durable, le spotting peut être très inconfortable et inciter à changer de méthode. C'est la principale cause de retrait de l'implant et du DIU hormonal (pour passer à un DIU au cuivre, par exemple). Si vous avez un spotting dû à l'un de ces deux dispositifs, une méthode simple pour essayer de le faire disparaître consiste à prendre de l'ibuprofène® (anti-inflammatoire en vente libre en pharmacie) à raison de 200 mg (1 comprimé) 3 à 4 fois par jour pendant cinq à six jours, soit lorsque le spotting survient, soit au moment des règles si celles-ci ont tendance à s'éterniser. L'ibuprofène® diminue les contractions de l'utérus, ce qui l'empêche aussi de saigner.

QUE FAIRE QUAND ON A UN SPOTTING AVEC UNE PILULE COMBINÉE, UN PATCH OU UN ANNEAU ?

Si le spotting apparaît pendant une semaine où vous prenez la pilule (ou portez l'anneau ou un patch) et recommence après la semaine d'arrêt, il peut être nécessaire de changer de pilule et de demander au médecin d'en prescrire une qui contient un peu plus d'éthinyl-œstradiol (par exemple, passer d'une pilule à 20 µg d'éthinyl-œstradiol à une pilule qui en contient 30).

Si le spotting apparaît après plusieurs plaquettes de pilule combinée prises d'affilée, il y a deux solutions possibles :

- vous pouvez continuer à prendre votre pilule



L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ET LE FROTTIS DE DÉPISTAGE NE SONT PAS OBLIGATOIRES

En France, lors des consultations pour prescription de pilule, de nombreux médecins (gynécologues comme généralistes) imposent aux femmes un examen gynécologique (toucher vaginal), un frottis de dépistage du cancer du col et un examen des seins. **Or, pour l'ensemble de la communauté scientifique internationale, ces examens sont inutiles lors d'une première consultation chez les femmes en bonne santé ne souffrant de rien, et consultant uniquement pour la prescription (ou le renouvellement) d'une contraception orale (ou d'un implant contraceptif, qui équivaut à une contraception orale par progestatifs seuls). Ces examens sont donc également inutiles si la femme veut simplement faire soigner les symptômes gênants qui accompagnent ses règles. De plus, aucun examen médical n'est obligatoire. Aucun(e) patient(e) n'est tenu(e) de se laisser examiner s'il/elle ne le désire pas. Et aucun médecin n'a le droit de refuser de vous soigner, même si vous ne désirez pas vous faire examiner...**

Pour en savoir plus :

Viviana, S. ; Winckler, M.,
Les Droits du patient,
Fleurus, 2007.

sans interruption ; le plus souvent, le spotting cesse spontanément au bout de quelques jours ;

- vous pouvez arrêter votre pilule quelques jours (au moins 4, mais pas plus de 7). L'arrêt des comprimés va provoquer l'élimination de l'endomètre trop aminci. Le plus souvent, à la reprise de la pilule, l'endomètre ne saignote plus.

Pour en savoir plus :

- Winckler, M., *Choisir sa Contraception*, « La Santé en Questions », Fleurus, 2007 ;
- Winckler, M., *Contraceptions mode d'emploi*, J'ai Lu, 2007.

4 / LES RÈGLES, LA SEXUALITÉ, LE DÉSIR... ET L'HYGIÈNE

Il est courant de considérer la période des règles comme une période « interdite » pour les rapports sexuels. Beaucoup de femmes se sentent « sales » pendant leurs règles ou, tout simplement, ont des règles douloureuses, ce qui les dissuade d'avoir des relations sexuelles à ce moment-là. De plus, les règles sont un domaine que le commerce a investi, comme bien d'autres, pour y écouler (!) des produits souvent coûteux mais loin d'être nécessaires...

DOIS-JE ME LAVER AVEC UN SAVON PARTICULIER OU ME FAIRE DES « DOUCHES VAGINALES » QUAND J'AI MES RÈGLES ?

La pratique de la « **douche vaginale** » (au moyen d'une poire remplie d'eau savonneuse, par exemple) est très ancienne. On pratiquait des injections vaginales en guise de contraception (juste après un rapport

sexuel) souvent avec de l'eau, mais parfois aussi avec du vinaigre ou du jus de citron... Il a fallu attendre le XIX^e siècle pour que cette pratique acquière le statut de « mesure d'hygiène » : avant les théories de Pasteur, on ignorait l'existence des microbes, leur rôle dans les infections et dans les odeurs produites par les diverses sécrétions corporelles. Auparavant, l'hygiène consistait à couvrir ses mauvaises odeurs par l'usage intensif de parfums.

Les règles ne sont pas, en soi, « sales » ou source d'infection.

Tous les organes du corps qui communiquent avec l'extérieur (la peau, les muqueuses) sont normalement colonisés par des bactéries qui participent à leur écologie naturelle. L'endomètre et le sang des règles contiennent les mêmes bactéries « normales » que le vagin. **En l'absence d'infection spécifique** (IST – infection sexuellement transmissible – ou autre) l'écoulement de sang ne présente pas de risque infectieux particulier, ni pour



Les sécrétions vaginales contiennent des globules blancs qui détruisent les cellules mortes.

vous ni pour votre ou vos partenaire(s) sexuel(s). De plus, les sécrétions vaginales contiennent des globules blancs qui détruisent les cellules mortes (spermatozoïdes, cellules de la paroi) et contribuent à l'équilibre écologique du vagin. Autrement dit : le vagin est... « auto-nettoyant ».

Médicalement parlant, il n'y a donc aucune raison d'utiliser un savon particulier pour « nettoyer » les organes sexuels au moment de ses

règles. De fait, **il est dangereux d'injecter dans le vagin quelque chose qui n'est pas fait pour y entrer !!!**

L'injection de produits fait remonter dans le vagin (et dans l'utérus) des microbes qui n'ont rien à y faire : ceux qui sont contenus dans la poire ou dans le savon ! De plus, les savons peuvent être irritants pour les parois vaginales, accentuer la production de sécrétions et modifier l'acidité du vagin, ce qui détruit les micro-organismes normaux et favorise la multiplication de bactéries ou champignons et donc vaginites et mycoses.

La seule chose utile et nécessaire quand on a ses règles est donc, raisonnablement, de se laver la peau et les grandes lèvres (donc, l'extérieur des organes sexuels) à l'eau et au savon de Marseille, et de bien se sécher. En effet, c'est aussi l'humidité de la vulve qui favorise les irritations et le développement bactérien.

Mais n'injectez rien dans votre vagin : il s'auto-nettoie très bien, il est équipé pour ça.

Quant aux accessoires pour les règles – **serviettes, tampons, Mooncup®** (coupe menstruelle) – il en est question page 105.

J'AI LE SENTIMENT QUE MON DÉSIR SEXUEL AUGMENTE JUSTE AVANT MES RÈGLES. SUIS-JE « ANORMALE » ?

Pas du tout. Certaines personnes sentent une montée du désir juste avant leur ovulation et ce phénomène est dû à l'augmentation brusque de la sécrétion d'œstrogènes. De même il n'est pas anormal de ressentir une augmentation du désir juste avant ou au début des règles car la baisse brusque de la sécrétion d'hormones a le même effet. De plus, juste avant les règles, les organes sexuels stimulés par les œstrogènes sont très sensibles, comme au moment de l'ovulation.

J'AI MOINS DE DÉSIR DEPUIS QUE JE PRENDS LA PILULE... EST-CE PSYCHOLOGIQUE ?

Le désir est fluctuant et peut être atténué par beaucoup de choses (la fatigue, l'inquiétude, le travail, etc.) Mais si cette baisse du désir est apparue dans les premiers jours ou semaines qui ont suivi les débuts de prise de la pilule et s'est maintenue depuis, ce n'est probablement pas « psychologique », car souvent, l'absence de crainte d'être enceinte a plutôt tendance à *libérer* le désir. Mais la contraception par pilule (ainsi que par implant ou DIU/stérilet progestatif) met le cycle au repos et fait disparaître ses variations hormonales, ce qui peut donc, chez certaines utilisatrices mettre le désir en berne.

Les utilisatrices qui constatent une baisse du désir avec une contraception hormonale (surtout si elles ont le sentiment que leur libido remonte pendant la semaine d'arrêt de leur pilule !) ont intérêt à changer de méthode contraceptive et à essayer un DIU/stérilet au cuivre (voir page 68).

EST-IL DANGEREUX POUR MOI OU MON PARTENAIRE D'AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES PENDANT LES RÈGLES ?

Non, sauf si vous vous savez porteuse d'une infection sexuellement transmissible (IST) : par *Chlamydiae*, par exemple. Le sang peut alors favoriser sa transmission à votre partenaire. Sinon, les rapports sexuels pendant les règles ne présentent pas de danger. Certaines femmes, dont l'utérus est particulièrement sensible au moment des règles, peuvent ressentir des crampes dans le bas-ventre après un rapport sexuel, car le sperme contient des substances (prostaglandines) qui provoquent des contractions de l'utérus. Un rapport sans préservatif peut donc... augmenter le flux des règles dans les heures qui suivent. **Le sida est un cas particulier (voir page 132).**

MON AMI NE VEUT PAS AVOIR DE RAPPORTS SEXUELS PENDANT MES RÈGLES. MOI SI. QUE FAIRE ?

D'abord, **demandez-lui pourquoi**. Même pour un homme qui, le reste du temps, ne recule devant aucune occasion de faire des galipettes, le fait de refuser d'avoir des relations pendant les règles n'est pas nécessairement un manque d'amour ou de désir... Si le sang le met mal à l'aise, vous pouvez à la rigueur lui proposer d'utiliser un préservatif. S'il refuse par peur de vous faire mal (parce que le rapport déclenche un saignement, voir plus haut), rassurez-le sur le fait que ça n'est pas dangereux pour vous. Enfin, les sensations peuvent être différentes (et parfois désagréables) pour l'homme au moment des règles, en raison des modifications du vagin à ce moment-là. Si votre compagnon ne veut vraiment pas, respectez son refus. Vous n'aimeriez pas qu'il insiste quand vous n'en avez pas envie, n'est-ce pas ?

MES RÈGLES ONT UNE ODEUR DÉSAGRÉABLE. EST-CE DÙ À UNE INFECTION ? QUE DOIS-JE FAIRE ?

Ce n'est pas le sang, mais **les bactéries vaginales** qui peuvent donner une odeur aux sécrétions (ou pertes). Si vos règles vous semblent avoir une odeur particulière, c'est peut-être parce que vous avez une

infection, mais les règles n'y sont pour rien. **La bactériose vaginale** (une infection bénigne) et la **trichomonase** (une **IST** gênante mais sans gravité qui donne des pertes ressemblant à du « lait caillé ») peuvent donner une odeur aux sécrétions vaginales. Consultez un médecin. Mais surtout n'injectez pas de savon dans votre vagin, ça risquerait d'aggraver les choses.



5 / LES RÈGLES ET LA GROSSESSE

Règles et grossesse sont intimement liées : on est déçue de les avoir quand on veut être enceinte ; on est inquiète de les attendre quand on n'en a pas envie. Et comme l'ovulation est un phénomène invisible, on essaie de la repérer à partir des règles. Si seulement les choses étaient aussi simples ! Avant de poursuivre, lisez, si vous ne l'avez pas fait, la description du cycle et de l'ovulation page 21.

SI J'AI DES RAPPORTS SEXUELS AVANT, PENDANT OU APRÈS MES RÈGLES, SUIS-JE SÛRE DE NE PAS ÊTRE ENCEINTE ?

Non. Car rappelons-le, *une ovulation peut se produire n'importe quand.* En l'absence de contraception, aucun moment n'est « sûr » pour ne pas être enceinte. Ni « juste avant » ni « juste après » les règles. « **Juste avant** », vous ne pouvez pas être tout à fait sûre que vos règles vont se produire. Votre ovulation a pu être décalée, votre cycle peut être plus long que d'habitude. Vous ne le savez pas encore, puisque vos règles n'ont pas eu lieu ! « **Juste après** », vous ne pouvez pas être rassurée non plus : les spermatozoïdes vivent 5 jours et une ovulation peut avoir

lieu plus tôt que prévu. Quant à « pendant », le nombre de grossesses survenues chez des femmes ayant eu des rapports pendant leurs règles est suffisamment grand pour donner à penser que ce n'est pas une méthode de contraception efficace...

COMBIEN DE TEMPS APRÈS MES RÈGLES DOIS-JE AVOIR DES RAPPORTS POUR ÊTRE SÛRE D'ÊTRE ENCEINTE ?

Il n'y a pas de délai « idéal » ou « nécessaire ». Encore une fois, l'ovulation peut avoir lieu n'importe quand. Plutôt que de vous astreindre à prendre votre température ou à compter les jours, rappelez-vous que si vous avez des rapports sexuels tous les 4 à 5 jours il y aura TOUJOURS des spermatozoïdes dans vos trompes au moment où vous ovulerez...

MON CYCLE EST IRRÉGULIER. EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT ?

Non. Le rythme du cycle menstruel d'une femme adulte est le plus souvent fixé une fois pour toutes, car il est programmé dans le code génétique de l'individu. Lorsqu'un cycle est irrégulier en l'absence d'ovulation, certains médicaments (clomifène en particulier) peuvent déclencher les ovulations. Mais ces traitements sont prescrits uniquement pour favoriser la grossesse. Ils ne sont pas utilisés pour « régulariser le cycle ». **Aucun traitement ne « régularise le cycle ».** La pilule, souvent prescrite sous ce prétexte, produit des saignements réguliers, mais ce ne sont pas des règles, puisque sous pilule, le cycle est endormi...

JE VIENS D'ARRÊTER MA CONTRACEPTION ET JE N'AI PAS DE RÈGLES. EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT POUR « FAIRE REDÉMARRER » MON CYCLE ?

Non. Pour la même raison que ci-dessus. Le retard d'apparition des règles après arrêt d'un traitement contraceptif est une situation fréquente, mais le plus souvent sans gravité. Elle nécessite une seule chose : de la patience. Notez que les traitements parfois prescrits par des gynécologues pour répondre à cette demande fréquente *n'ont*

aucune validité scientifique. Le plus souvent, il s'agit de progestatifs, ce qui bien évidemment ne peut ni provoquer une ovulation, ni faire « redémarrer » un cycle. Les « règles » qui apparaissent (parfois, mais pas toujours) à l'arrêt de ce traitement sont, comme sous pilule, des « hémorragies de privation » et non des règles authentiques. Utiliser des progestatifs pour faire « redémarrer le cycle » est tout à fait illogique puisque, comme nous l'avons dit, c'est le *cerveau* qui commande le cycle et non la survenue des règles (voir page 45). De plus, beaucoup de progestatifs *mettent le cycle au repos et bloquent l'ovulation* (surtout aux doses où les gynécologues les prescrivent). En fait, cette « méthode » est surtout destinée à « prescrire quelque chose » aux femmes pour les contenter... ce qui évite d'avoir à leur expliquer que ce qu'elles demandent n'est pas possible...

L'absence de règles après une contraception hormonale (pilule, DIU hormonal, implant) peut aussi être due tout simplement au fait que vous avez un cycle irrégulier et long, et que vous ne le savez pas, ou que vous l'avez oublié. Si vous avez commencé à prendre la pilule très tôt à l'adolescence, soit pour diminuer des symptômes gênants (douleurs des règles, en général), soit en tant que contraception, il est très possible que votre cycle n'ait pas encore, à ce moment-là, été installé. Vous avez pu oublier, depuis, quel était son rythme. En tout état de cause, deux à six mois après arrêt d'une contraception, en l'absence de maladie, le cycle redevient ce qu'il était auparavant, et la fécondité également. Soupçonner la pilule d'entraîner une infertilité, c'est comme accuser la grossesse de rendre stérile puisque, souvenez-vous en, la pilule (et les autres méthodes hormonales) reproduisent l'état hormonal de la grossesse. À l'heure actuelle, on peut même affirmer que les méthodes de contraception ont des effets *bénefiques* sur la fécondité¹. En particulier pour celle des femmes souffrant d'endométriose (voir page 125).

En fait, cette « méthode » est surtout destinée à « prescrire quelque chose » aux femmes pour les contenter...



1. Nous invitons les lectrices désirant avoir plus d'information sur le sujet à consulter *Choisir sa contraception* (Fleurus, 2007), publié par Martin Winckler dans cette même collection.

J'AI ARRÊTÉ MA CONTRACEPTION MAIS JE NE SUIS TOUJOURS PAS ENCEINTE. QUE SE PASSE-T-IL ?



*Rappelez-vous
que 30 % des
infertilités sont
liées à l'homme...*

Probablement rien de particulier. On considère qu'il existe un problème d'infertilité quand un couple a des relations sexuelles non protégées régulières (au moins deux fois par semaine... voir page 43) **pendant deux ans (24 mois) sans qu'aucune grossesse n'ait démarré.** (NB : La survenue d'une, voire deux fausses couches spontanées pendant ces 24 mois n'est pas un signe d'infertilité). Six mois, ça n'est pas beaucoup. Patientez. Par ailleurs, rappelez-vous que 30 % des infertilités sont liées à l'homme... Et enfin, souvenez-vous de l'adage : « Il y a beaucoup plus de couples impatients que de couples stériles. »

J'ÉTAIS ENCEINTE, MAIS JE VIENS DE FAIRE UNE FAUSSE COUCHE. DANS COMBIEN DE TEMPS POURRAI-JE TENTER UNE NOUVELLE GROSSESSE ?

On parle d'une **fausse couche spontanée (FCS)** ou « précoce », quand une grossesse s'interrompt sans raison apparente avant la 12^e semaine d'évolution. Les FCS sont le plus souvent dues au fait que l'embryon n'est pas viable, et ne parvient pas à stimuler les ovaires et à leur faire produire assez de progestérone pour assurer sa propre gestation. Sans progestérone en quantité suffisante, l'utérus se contracte et élimine l'embryon. **Les fausses couches précoces sont un système d'autorégulation qui permet d'éviter la naissance d'enfants trop malformés.** Elles dépendent du « tirage au sort » qui unit certains chromosomes de la mère (contenus dans l'ovocyte) à certains chromosomes du père (contenus dans un des spermatozoïdes). Quand la combinaison n'est pas compatible avec le développement d'un embryon en bonne santé, celui-ci s'élimine. Il s'agit d'un incident souvent angoissant pour les femmes qui le vivent, mais sans aucune gravité dans l'immense majorité des cas. Quand les femmes n'avaient pas de contraception et pouvaient être enceintes à tout moment, elles savaient que « toutes les

grossesses ne tiennent pas » et espéraient parfois que l'une ou l'autre de leurs grossesses s'interrompraient spontanément. Il est probable que beaucoup de grossesses s'interrompent spontanément mais que les femmes n'en sont pas toujours conscientes : soit parce que l'embryon microscopique est éliminé avec les règles avant même d'avoir pu s'implanter, soit parce qu'il provoque un retard de règles peu important (moins de 8 jours) avant d'être éliminé. Une FCS avant 12 semaines n'est donc pas du tout un événement grave ou inquiétant, même s'il survient deux fois de suite. Mais si elle survient après plusieurs semaines d'évolution, la reprise du cycle peut, comme après un accouchement ou une IVG, demander 4 à 6 semaines. Mais si vous désirez être enceinte une nouvelle fois, il n'y a pas de « délai » à respecter. Essayez de nouveau... et patientez.

EST-CE QU'ON PEUT ÊTRE ENCEINTE EN AYANT TOUJOURS SES RÈGLES ?

Oui, et dans plusieurs circonstances. La plus fréquente est la **grossesse sous contraception**. Car en réalité, les « règles » de la pilule ne sont pas des règles, mais des saignements provoqués par l'arrêt des comprimés, et l'arrêt d'une semaine entre deux plaquettes est, en lui-même... source de grossesses (voir page 74). **Voici ce qui se passe : après un oubli de pilule pendant la première semaine de pilule, une grossesse débute.** Quinze jours plus tard, quand l'utilisatrice cesse de prendre sa pilule, la grossesse vient juste de s'implanter dans la paroi de l'utérus. L'arrêt des comprimés entraîne des contractions qui éliminent l'endomètre... sauf la zone dans laquelle s'est implanté l'embryon encore microscopique. Et la grossesse continue. Au cours des semaines suivantes, les effets de la grossesse (gonflement des seins, nausées, etc.) alertent la femme, qui se découvre enceinte de 6 ou 8 semaines... Il est même possible qu'une femme prenant une contraception ne se découvre enceinte qu'au bout de 2 ou 3 mois. L'arrêt des comprimés peut, en effet, entraîner des contractions de l'utérus, qui peuvent elles-mêmes provoquer de faibles saignements. Or, les règles ne sont jamais très abondantes sous pilule... Tout cela signifie que les « règles » de la pilule sont une fausse sécurité pour les utilisatrices et que, si paradoxal que cela puisse paraître, la manière la

plus efficace d'employer une pilule contraceptive est de la prendre en continu... et de ne pas avoir de règles. (voir page 72)

Une autre éventualité, plus rare, est celle des « **règles anniversaires** » – ou prétendues telles – qui surviendraient chaque mois, dit-on, à la date attendue, alors même qu'une grossesse est en cours. En réalité, des saignements peu importants (liés aux contractions de l'utérus) sont fréquents chez les femmes enceintes. D'autre part, des variations brusques dans la production d'hormones par les ovaires peuvent également survenir, et entraîner une élimination des zones d'endomètre auxquelles le placenta de l'embryon n'est pas encore implanté. Mais, dans un cas comme dans l'autre, ces saignements ne sont pas des règles, puisqu'une grossesse est en cours. Ils sont *pris* pour des règles et peuvent induire en erreur.

QUAND ON A DES SAIGNEMENTS QUI RESSEMBLENT AUX RÈGLES ET QUI N'EN SONT PAS, COMMENT SAVOIR SI L'ON EST ENCEINTE ?

Si vous pensez que vous pouvez être enceinte en ayant des règles (ou quelque chose qui leur ressemble), et si vous voulez en avoir le cœur net, faites un test de grossesse, sanguin ou urinaire (voir page 95). Il n'y a pas d'autre moyen. En effet, les symptômes de grossesse n'ont rien de caractéristique en soi : le **gonflement des seins** peut survenir si votre pilule est mal adaptée ; le retard de règles en cas de cycle anovulatoire (voir page 63) ; les **nausées**, elles, peuvent se voir dans de nombreuses situations, à commencer par une pilule mal tolérée, les **intoxications alimentaires** et **gastro-entérites**, les **migraines**, etc. Et beaucoup de grossesses débutantes ne provoquent aucun symptôme.

EST-IL GRAVE D'AVOIR DES SAIGNEMENTS PENDANT SA GROSSESSE ?

S'il s'agit d'une grossesse sous pilule, la prise prolongée d'hormones n'entraîne pas de malformation du fœtus et les saignements occasionnés par la semaine d'arrêt sont peu importants et ne mettent pas la grossesse en danger. Il en va de même pour les « règles anniversaires ».



QU'EST-CE QUI FAVORISE LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES (GEU) ?

En revanche, la survenue d'un saignement important, accompagné de crampes et de contractions utérines intenses est un signe que la grossesse se passe mal. Ce ne sont pas les saignements en eux-mêmes qui menacent la grossesse : c'est le déroulement anormal de la grossesse qui provoque les contractions et les saignements. La cause la plus fréquente de saignement important au premier trimestre d'une grossesse est la **fausse couche spontanée (voir page 88)**. Les FCS peuvent survenir à n'importe quel moment, chez des femmes de tous les âges, au cours de leur première ou de leur dixième grossesse. C'est sans relation avec l'utilisation antérieure d'une contraception, et n'est pas plus fréquent chez les femmes ayant subi une IVG par le passé.

• **Les FCS** ne sont pas, en effet, liées à la femme mais à l'embryon : si la vitalité de celui-ci n'est pas suffisante, il cesse de produire la progesterone nécessaire à son maintien dans l'utérus. Les contractions de l'utérus reprennent et évacuent cet embryon porteur de malformations ou d'anomalies incompatibles avec un développement normal. Il est très important de retenir que les FCS survenant au premier trimestre de la grossesse sont très fréquentes et sont *presque toujours bénignes*, sauf lorsqu'elles se répètent plus de trois ou quatre fois de suite, ce qui peut être dû à une anomalie de l'utérus, par exemple. Mais cette éventualité est peu fréquente.

• **L'autre cause de saignements** pris pour des règles en début de grossesse (et parfois sans, ou avant, que celle-ci ne soit connue) est la **grossesse extra-utérine (GEU)**. Il s'agit d'une grossesse qui, au lieu de se développer dans l'utérus, est restée dans la trompe. Comme celle-ci n'est pas extensible, l'augmentation de volume de l'œuf entraîne un saignement (souvent peu abondant) et parfois des douleurs importantes du bas-ventre qui font parfois penser à une crise d'appendicite. La GEU est une situation beaucoup moins fréquente que la FCS,

- **les infections des trompes (salpingites)** et **les IST** non ou mal soignées, en particulier dues aux *chlamydiae* ;
- **les anomalies congénitales des trompes** (rares) ;
- **le tabac**, qui altère le « tapis roulant » formé par les cils microscopiques des trompes.

En revanche, contrairement à ce qui est souvent cru (et affirmé par certains gynécologues), l'utilisation d'un DIU (« stérilet ») n'augmente nullement la fréquence des GEU. Elle la diminue, même... (Voir Martin Winckler, *Choisir sa contraception*, coll. « La santé en questions », Fleurus 2007.)

mais beaucoup plus dangereuse : la présence de l'œuf dans la trompe peut en effet provoquer la rupture d'une artère et une hémorragie interne, potentiellement très grave. *Par précaution, des maux de ventres inhabituels accompagnés de saignements inhabituels doivent vous inciter à faire un test de grossesse, même si vous n'avez pas de retard de règles, ou après un retard même très court (un jour ou deux).*

JE VIENS D'ACCOUCHER. DANS COMBIEN DE TEMPS AURAI-JE DE NOUVEAU MES RÈGLES SI J'ALLAITE MON ENFANT ? ET SI JE NE L'ALLAITE PAS ?

Si vous n'allaitiez pas et avez l'intention d'utiliser une contraception, sachez que votre cycle peut reprendre son rythme assez vite, mais qu'une ovulation avant le 21^e jour qui suit l'accouchement est rarissime. C'est la raison pour laquelle les accouchées commencent en général leur contraception le 21^e jour. De ce fait, elles auront leurs premières « règles » (artificielles, ne l'oubliez pas, puisque induites par l'arrêt de leur pilule) environ 45 jours (21 jours qui suivent l'accouchement, 21 jours de pilule, 3 ou 4 jours entre le dernier comprimé de la pilule et l'apparition des hémorragies de privation) après l'accouchement.

Si vous n'allaitiez pas et ne voulez pas utiliser de contraception, les premières règles qui suivent l'accouchement, et que l'on nomme le « **retour de couches** », se produisent en général dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. Ce qui veut dire que vous pouvez ovuler à partir de la 4^e semaine. Si vous ne désirez pas être enceinte, utilisez des préservatifs, à chaque rapport sexuel, sans exception, car vous ne pouvez pas être sûre de la date de votre première ovulation.

Si vous choisissez d'allaiter, vous avez plusieurs possibilités :

- **l'allaitement exclusif** en donnant le sein à votre bébé à sa demande, au moins 6 fois par jour, sans autre apport alimentaire – en effet, la succion du mamelon stimule l'hypophyse (eh oui...) qui à son tour entretient la production de lait et, en même temps, met le cycle et l'ovulation en sommeil. Quant l'allaitement est

exclusif, **c'est une contraception efficace à 98 % pendant 6 mois, à condition que les règles ne réapparaissent pas entre-temps**. La réapparition des règles est bien sûr le signe de la reprise des ovulations, et doit alors vous inciter à utiliser une autre contraception ; chez certaines femmes, l'allaitement exclusif et même partiel (une fois par jour) entraîne une *aménorrhée* (absence de règles) pendant plusieurs mois. Les règles ne reprennent alors que dans les 4 à 8 semaines qui suivent l'arrêt complet de l'allaitement ;

- **l'allaitement mixte** (sein + biberon) ET l'utilisation d'un contraceptif hormonal (pilule progestative ou implant, sans danger pour vous et votre bébé) à partir du 21^e jour ou un DIU/stérilet (hormonal ou au cuivre), à partir de 4 semaines. Les règles réapparaissent alors à des dates variables. Les utilisatrices de méthodes hormonales peuvent avoir des règles irrégulières ou pas du tout. Les utilisatrices de DIU au cuivre retrouvent leur cycle naturel une fois l'allaitement terminé.

Quel que soit votre choix, gardez à l'esprit que le délai optimal entre deux enfants, pour leur permettre non seulement de se développer au mieux mais aussi à la mère de « recharger ses batteries » est de deux ans.



6 / LES RÈGLES ET L'IVG

Toutes les grossesses ne sont pas attendues ou désirées. L'éventualité d'être enceinte peut être, à tout moment de la vie d'une femme, une source d'inquiétude et d'angoisse. Le retard de règles est alors une épreuve difficile, surtout si l'on ne sait pas comment l'interpréter...

J'AI UN RETARD DE RÈGLES, COMMENT ÊTRE SÛRE QUE JE SUIS (OU NON) ENCEINTE ?

Il y a plusieurs moyens de vérifier qu'on est (ou non) enceinte. Dans l'ordre, du plus simple au plus lourd :

- **Le test de grossesse**, pratiqué à partir des urines du matin ou de la salive ; le premier est en vente libre partout (pharmacies et rayon parapharmacie des grandes surfaces), le second seulement par correspondance (sites internet) car il n'est pas autorisé sur le marché français ; ils ne sont pas fiables à 100 % mais tout de même très fiables (99 % pour le test urinaire, 98 % pour le test salivaire). À noter qu'un test fait trop tôt (moins d'une semaine de retard) ou trop tard (plus de trois mois de retard...) peut être faussement négatif alors même qu'une

grossesse est présente. En effet, ces tests mesurent, dans les urines de la femme, la présence de **BHCG** (hormone chorionique gonadotrophique), une hormone fabriquée par l'embryon en début de grossesse (mais pas après la 12^e ou 13^e semaine de grossesse).

- **La prise de sang** prescrite par un médecin : elle recherche aussi la BHCG, et elle est plus précise ; elle est positive très tôt (après quelques jours de retard seulement) et permet de suivre l'évolution de la grossesse (pendant les trois premiers mois, la concentration sanguine de BHCG augmente avec le temps) ; elle est remboursée par la sécurité sociale.

- **L'échographie** : c'est évidemment un examen pratiqué par un médecin (radiologue ou échographiste, gynécologue, généraliste équipé d'un appareil d'échographie) ; elle montre un « sac ovulaire » au cours de la 5^e semaine de grossesse (21 jours de retard). Donc, après que la prise de sang ou le test urinaire l'ont détectée. Ce n'est donc pas un examen à faire d'emblée mais seulement quand on se sait enceinte mais qu'il y a un doute sur le terme (l'âge) de la grossesse.

J'AI UN RETARD DE RÈGLES ET J'AI PEUR D'ÊTRE ENCEINTE. EXISTE-T-IL DES MÉDICAMENTS POUR « FAIRE REVENIR LES RÈGLES » ?



Le seul médicament susceptible de le faire est la mifépristone.

Avant que l'**IVG** ne soit légalisée, des « médicaments pour faire revenir les règles » étaient prescrits par certains médecins aux patientes qui se pensaient enceintes et ne voulaient pas l'être. Ces médicaments étaient toujours une escroquerie, car à l'époque aucun médicament ne pouvait interrompre une grossesse de manière fiable et sans danger pour les femmes. Aujourd'hui, le seul médicament susceptible de le faire est la mifépristone, qui n'est prescrite en France que dans le strict cadre des protocoles d'IVG médicamenteuse, soit à l'hôpital, soit par certains médecins (généralistes ou spécialistes) agréés. Tout autre traitement prescrit « pour faire revenir les règles » (sous-entendu, pour interrompre une grossesse en cours) est au mieux inefficace, au pire dangereux. Si vous pensez être enceinte, la première chose à faire est... de vérifier que vous l'êtes

puis, si vous ne désirez pas poursuivre cette grossesse, de vous adresser à un médecin qui vous indiquera la marche à suivre pour demander une IVG.

APRÈS UNE IVG, AU BOUT DE COMBIEN DE TEMPS LE CYCLE REPREND-IL ?

Après une grossesse, menée à terme ou non, l'ovulation reprend rarement avant le 21^e jour, parfois beaucoup plus tard. Après une IVG, une pilule est prescrite à partir du jour de l'intervention. Pendant la prise de pilule, il n'y a pas d'ovulation, bien sûr, et les saignements qui apparaissent à la fin de la plaquette sont des règles artificielles. Si la femme ne prend pas la pilule, l'ovulation peut reprendre au cours du mois qui suit l'IVG.



7 / LES RÈGLES À L'APPROCHE DE LA MÉNOPAUSE

De même qu'avec l'amélioration des conditions de vie et de santé des femmes, la puberté survient de plus en plus tôt, il semble que la ménopause survienne de plus en plus tard chez les femmes des pays développés.

QU'EST-CE QUE LA MÉNOPAUSE ? POURQUOI N'A-T-ON PLUS DE RÈGLES À LA MÉNOPAUSE ?

Littéralement, le mot signifie « arrêt définitif des règles ». Biologiquement parlant, il s'agit plutôt de l'arrêt des cycles menstruels. À un âge le plus souvent programmé dans le code génétique (comme l'est l'âge de la puberté), **les ovaires cessent de produire des œstrogènes**, les follicules cessent de produire des ovules sous l'effet des hormones venues de l'hypophyse. Et quand il n'y a plus ni œstrogènes, ni ovulation, il n'y a plus de cycles, et plus de règles non plus.

À PARTIR DE QUEL ÂGE EST-ON MÉNOPAUSÉE ?

La ménopause peut commencer n'importe quand entre 40 et 50 ans mais l'âge moyen de sa survenue semble s'être élevé avec l'amélioration de la santé des femmes. Aujourd'hui, il semble que beaucoup de femmes en France aient toujours des cycles à l'âge de 50 ans et au-delà. (À noter que les fumeuses sont ménopausées 3 à 5 ans *avant* les femmes non fumeuses du même âge.)

À la ménopause, pour certaines femmes, l'arrêt des règles et des cycles survient brutalement du jour au lendemain et s'accompagne de bouffées de chaleur intenses. Mais pour beaucoup d'autres, comme à la puberté, les ovulations – et donc, les règles – deviennent irrégulières ou s'espacent progressivement, souvent en plusieurs mois ou années. On parle alors de « **préménopause** »... en sachant que même irrégulières, les règles indiquent la persistance des ovulations... donc la possibilité d'être enceinte. Des signes de « préménopause » et en particulier une irrégularité, voire même un arrêt des règles de quelques semaines ou mois ne doivent donc pas du tout inciter à cesser sa contraception, car une femme « préménopausée » peut parfaitement se retrouver enceinte !

La ménopause peut aussi survenir très tôt dans la vie d'une femme. Quand la ménopause survient avant 40 ans, on parle de **ménopause précoce**. Les maladies susceptibles de perturber le fonctionnement des ovaires avant 40 ans sont multiples, et il faut les envisager avant de parler de ménopause, qui est le diagnostic retenu quand il n'y a pas d'autre explication. Beaucoup de maladies (voir page 130) peuvent entraîner un arrêt du fonctionnement des ovaires. Les femmes jeunes atteintes d'un cancer peuvent souffrir d'une ménopause provoquée par le traitement anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie).

POURQUOI LES RÈGLES SONT-ELLES PARFOIS PLUS LONGUES OU PLUS ABONDANTES, JUSTE AVANT LA MÉNOPAUSE ?

L'allongement apparent des cycles et l'espacement des règles s'accompagnent parfois de saignements plus importants à la ménopause. Les anomalies bénignes de l'utérus – **fibrome ou polype** – peuvent

fragiliser l'endomètre et favoriser des règles longues et parfois hémorragiques. Un **fibrome** se développe à l'intérieur du muscle utérin ; un **polype** est une excroissance qui se développe à partir de la paroi endométriale ;

Les hémorragies liées à ces anomalies sont traitées par différentes méthodes :

- l'utilisation d'un **DIU/stérilet hormonal**, dont les effets se limitent à l'utérus ;
- la prise de médicaments progestatifs par voie orale (Lutéran,[®] Lutényl[®], Surgestone[®]) ;
- une **hystérocopie** (examen de l'intérieur de l'utérus par un appareil à fibres optiques) qui retire le polype ou le fibrome s'il n'est pas trop volumineux.

L'épaississement excessif de l'endomètre ou « **hyperplasie de l'endomètre** » peut favoriser des règles abondantes et longues. Le plus souvent, cette hyperplasie est liée à un excès d'œstrogènes et une insuffisance en progestérone. Ce déséquilibre peut se voir à tout moment de la vie mais il est fréquent à l'approche de la ménopause car à mesure que les follicules produisent moins d'ovocytes, ils produisent aussi moins de progestérone. Autrefois, les règles hémorragiques qui ne cédaient pas au traitement par les médicaments incitaient parfois les médecins à imposer une hystérectomie, intervention chirurgicale destinée à retirer l'utérus. Aujourd'hui l'hyperplasie de l'endomètre est le plus souvent traitée par « endométréctomie », intervention plus limitée et non mutilante pour l'utérus.

J'AI PLUS DE 45 ANS, JE NE PRENDS PAS DE CONTRACEPTION. LORSQUE MES RÈGLES S'ARRÊTERONT, COMMENT SAURAI-JE QUE JE SUIS MÉNOPUSÉE ?

La réponse n'est pas toujours facile car il n'existe pas à proprement parler de « test » de la ménopause. La première chose à retenir est qu'il peut arriver à des femmes de tous âges (y compris à 45 ans) d'être privées de règles pendant plusieurs mois, voire plus d'une année dans diverses situations sans pour autant être ménopausées. La sensibilité du cerveau aux agressions (stress ou maladies) peut entraîner une mise en

sommeil de l'ovulation et l'arrêt des cycles/des règles. Avant de parler de ménopause, il est donc utile de définir si l'arrêt des règles est accompagné d'autres symptômes, évocateurs d'une autre cause.



En l'absence de signes « évocateurs » la procédure la plus simple consiste à pratiquer un dosage de LH-RH et de FSH.

Si les autres causes ont été éliminées, et en l'absence de signes « évocateurs » de la ménopause, comme les bouffées de chaleur (beaucoup de femmes n'en ont pas au cours de leur ménopause), la procédure la plus simple consiste à pratiquer un dosage de LH-RH et de FSH. Ces deux hormones sont celles que l'hypophyse fabrique pour stimuler l'ovaire. Lorsque l'ovaire est en activité, FSH et LH sont retrouvées dans le sang en quantité modérée variable selon le moment du cycle. Lorsque l'ovaire cesse de fabriquer des follicules, FSH et LH sont très élevées, comme si le cerveau cherchait à « réveiller » l'ovaire. Un seul dosage ne suffit pas à affirmer la ménopause. Il faut le répéter au bout de 6 à 8 mois, si les règles ne sont toujours pas revenues. En effet, après 45 ans, même si vous voulez prendre un traitement hormonal substitutif (voir plus loin), le diagnostic de ménopause n'est pas urgent à six mois près... Ce qui est important, en revanche, c'est de ne pas courir le risque d'être enceinte alors que vous n'êtes pas encore ménopausée. Si vous utilisez une contraception, ne l'arrêtez pas. L'utilisation d'une contraception ne modifie pas les dosages biologiques.

J'AI PLUS DE 45 ANS, ET JE PRENDS LA PILULE. COMMENT SAURAI-JE QUE JE SUIS MÉNOPAUSÉE ?

La prise d'une pilule combinée (contenant un œstrogène) s'accompagne, quand on respecte une semaine d'arrêt après 3 semaines de prise, d'une « hémorragie de privation » (voir page 73) qui provoque des règles artificielles. De plus, les hormones de la pilule peuvent masquer les symptômes de ménopause (bouffées de chaleur). Les utilisatrices de pilule combinée (contenant des œstrogènes) peuvent prendre celle-ci sans risque jusqu'à 50 ans si elles n'ont pas de facteur de risque vasculaire (tabac, antécédents de phlébites, obésité ou immobilité relative, etc.). À 50 ans, elles peuvent passer à une autre méthode



contraceptive et voir si leur cycle reprend ou s'il s'est définitivement interrompu, sans même qu'elles s'en soient rendu compte. **Si la pilule combinée est contre-indiquée** ou déconseillée (en raison du tabac, par exemple, mais si vous fumez, on aurait dû vous le dire depuis l'âge de 35 ans...) vous pouvez opter pour une contraception progestative (voir plus bas) ou pour un DIU/stérilet au cuivre. Avec un DIU au cuivre, vous retrouverez un cycle naturel, qui se modifiera naturellement à mesure que vous vous rapprocherez de votre ménopause. Un DIU au cuivre posé après 40 ans peut en effet être porté sans danger (et sans être changé) jusqu'à la ménopause. Certains ont en effet une durée de vie de 10 ans et plus.

Les modifications des règles qui doivent vous inciter à consulter un médecin à l'approche de la ménopause ;

- saignements plus abondants ;
- règles plus longues qu'à l'accoutumée ;
- règles plus fréquentes (deux fois par mois ou plus) ;
- saignements après un rapport sexuel ;
- pertes de sang entre les règles.

J'AI PLUS DE 45 ANS, J'UTILISE UNE CONTRACEPTION ET JE N'AI PAS DE RÈGLES. COMMENT SAURAI-JE QUE JE SUIS MÉNOPAUSÉE ?

La contraception par progestatifs (implant, DIU/stérilet hormonal, pilule ou traitement progestatif) s'accompagne souvent, surtout après 35 ans, d'une diminution, voire d'une absence quasi totale de règles. En effet, les progestatifs utilisés en contraception peuvent d'une part mettre le cycle en sommeil, d'autre part amincir l'endomètre au point qu'il n'y a plus rien à éliminer au moment des règles. Il n'y a pas de danger à utiliser ces contraceptions en continu jusqu'à l'âge de 50 ans, quitte ensuite à vérifier (avant de les interrompre) que vous êtes bien ménopausée.

QUAND LES RÈGLES CESSENT À LA MÉNopause, OÙ VA LE SANG ?

Nulle part : L'arrêt du cycle hormonal s'accompagne d'un arrêt du développement de l'endomètre. Du coup, il n'y a plus d'endomètre à « évacuer », et donc, plus de règles. De fait, en provoquant l'arrêt

des cycles et des règles, la ménopause fait disparaître également tous les phénomènes désagréables qui les accompagnent : migraines, syndrome prémenstruel, rétention d'eau, etc.

POURQUOI PREND-ON DU POIDS À LA MÉNOPAUSE ?

Un vieux dicton affirme que « lorsque les femmes n'ont plus de règles, le sang tourne en graisse ». En fait, **il n'y a pas de lien direct entre les troubles hormonaux de la ménopause et la prise de poids**. Beaucoup de femmes ménopausées ne prennent pas un gramme. D'autres prennent plusieurs kilos parce qu'elles mangent plus (beaucoup de femmes ménopausées se disent boulimiques) ou font moins d'exercice. D'autres maigrissent. En tout état de cause, si vous prenez du poids une fois que vos règles se sont arrêtées, il faut rechercher une cause autre que la ménopause pour l'expliquer. En dehors d'une modification du régime, certaines maladies (insuffisance thyroïdienne, en particulier) peuvent entraîner une prise de poids et se produisent souvent au même âge que la ménopause.

LE TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF (THS) DE LA MÉNOPAUSE FAIT-IL REVENIR LES RÈGLES ?

C'est le même principe que ce qui se passe quand on prend une pilule combinée (voir page 69) : il consiste à prendre des œstrogènes et de la progestérone pour pallier l'arrêt de fonctionnement des ovaires. Les hormones artificielles entraînent de nouveau l'épaississement de l'endomètre. Si vous prenez ce traitement de manière discontinue (trois semaines par mois), vous aurez une « hémorragie de privation » pendant la quatrième semaine, car l'endomètre va se détacher quand vous allez l'interrompre. Mais vous pouvez très bien prendre le traitement de manière continue. Et vous n'aurez pas ces (fausses) « règles ».

LES ACCESSOIRES DES RÈGLES : TAMPONS, SERVIETTES ET COUPES MENSTRUELLES

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce livre, les règles n'ont pas toujours été considérées comme faisant partie de la vie quotidienne. Leur statut symbolique et la manière de les traiter ont bien évolué au fil des siècles avec les connaissances médicales. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que la contraception par pilule, en provoquant chez ses utilisatrices des saignements mensuels ait contribué à installer l'idée selon laquelle toute femme « en bonne santé » doit avoir des règles chaque mois. Ce qui est d'autant plus paradoxal que les saignements de la semaine d'arrêt de la pilule *ne sont ni des règles* (voir page 72), ni naturels.

Pour faire face à ce saignement menstruel et à l'inconfort qu'il procure, les femmes se sont vu proposer, depuis un peu plus de 100 ans, des accessoires divers et variés.

Serviettes et tampons

L'insertion d'un linge dans le vagin pour éviter une grossesse est décrite dans des papyrus égyptiens datant de 1550 avant J.-C., mais les tampons hygiéniques modernes datent de la fin des années 20. Au début des années 30, la toute jeune société Tampax®, dirigée par une femme, Gertrude Tenderich, commercialise les premiers tampons avec applicateur, inventés par un médecin de Denver (Colorado), Earle Haas. Ils sont faits de coton comprimé et cousu à la machine !

Les serviettes réutilisables (tricotées et lavables) apparaissent en Norvège et en Italie à la fin du XIX^e siècle et, à la même époque, une société allemande, Hartmann et une société américaine, Johnson & Johnson, mettent sur le marché les premières serviettes commerciales. Celles-ci sont en tissu, et comme il n'existe pas d'adhésif qui leur permette de tenir en place au fond d'une culotte* elles sont vendues avec des suspenseurs ou des harnais spéciaux !

Depuis ces premières inventions, la composition et l'efficacité des serviettes et des tampons a beaucoup évolué. Les unes et les autres sont beaucoup plus absorbants qu'il y a vingt ans, ce qui augmente le confort, mais peut aussi avoir des inconvénients.

Tampons hyper absorbants et « syndrome du choc toxique »

À la fin des années 70, une marque de tampons, Rely, a été retirée du marché parce qu'elle semblait favoriser une maladie désignée par le terme de « **Syndrome du choc toxique** » ou **SCT** (en anglais TSS = Toxic Shock Syndrome). Ce « choc » était dû à la toxine de staphylocoques qui se développaient, semble-t-il, dans les tampons hyper absorbants, composés de certaines substances dont le polyester et la carboxyméthylcellulose.

Ces composants ont, depuis, été retirés de la fabrication des tampons.

* Le slip féminin, rappelons-le, date de la fin du XX^e siècle...

Le SCT se manifeste par une fièvre élevée (plus de 40 °C, des vomissements, des courbatures intenses) mais *c'est une maladie très rare* : 4 cas en France en 2002-2003. Inutile donc de vivre dans la crainte. La probabilité d'un SCT en cas d'utilisation de tampons est très faible.

Quelques conseils pour l'utilisation des tampons :

- n'utilisez pas de tampon *avant* le début de vos règles : ils sont très absorbants et risquent d'entraîner une sécheresse vaginale ;
- utilisez seulement les tampons les jours de flux abondant, les autres jours (en fin de règles, en particulier), utilisez des serviettes ;
- n'utilisez pas les tampons les plus absorbants,
- ne gardez pas un tampon plus de 4 heures d'affilée ;
- ne portez pas de tampon la nuit ;
- il est parfaitement possible (et sans danger) de porter un tampon quand on prend un bain ou quand on va à la piscine, mais il faut le changer en se rhabillant, car il se gorge d'eau pendant la baignade.

La coupe menstruelle, alternative méconnue aux tampons et aux serviettes

C'est une coupe en silicone (donc, non allergisante) en forme de cloche inversée, que l'on insère aisément au fond du vagin, comme un diaphragme, un anneau vaginal... ou un tampon. Elle « fait ventouse » sur les parois du vagin, ce qui lui permet de recueillir les règles.

La contenance d'une coupe menstruelle est largement suffisante pour recueillir 12 mL de liquide, soit un tiers du flux qui s'écoule en moyenne pendant une période de règles.

Elle peut être portée 12 heures d'affilée (sauf en cas de règles très abondantes). Il suffit de la vider régulièrement dans les toilettes et de la rincer puis de l'essuyer avant de la remettre en place. Le confort qu'elle apporte est très grand : pas d'assèchement du vagin comme avec les tampons, pas d'humidité sur la peau ou les grandes lèvres comme avec les serviettes.

Les coupes sont plus écologiques et plus économiques que tampons et serviettes (elles peuvent être utilisées pendant plusieurs années !) et elles existent en deux tailles selon que l'utilisatrice a déjà eu un enfant ou non.

Quelles sont les coupes menstruelles disponibles ?

Il y en a plusieurs :

Divacup[®] (<http://www.divacup.com/fr/>) ; **Lunacup**[®] (<http://www.lunacup.fr/index.html>) ; **Mooncup**[®] (<http://www.mooncup.co.uk/>).

Toutes trois sont de forme similaire et composées de silicone.

Softcup[®] (<http://www.softcup.nl/index1.htm>) est une coupe menstruelle jetable, de même forme qu'un diaphragme, qui peut être portée pendant les rapports sexuels (**mais ce n'est pas un contraceptif**).

Keeper[®] (<http://www.keeper.com/index.html>) est en caoutchouc et contient donc du latex. Elle doit être évitée en cas d'allergies.

Toutes ces coupes menstruelles sont en vente par correspondance, sur les sites internet des fabricants.

QUE FAIRE ?

1 / QUEL EST VOTRE PROFIL HORMONAL ?

L'approche et le déclenchement des règles s'accompagnent d'un certain nombre de désagréments. Toutes les femmes ne sont pas égales à cet égard. Comme vous avez pu le lire dans la première partie, beaucoup de symptômes qui accompagnent les règles sont la conséquence de l'action plus ou moins équilibrée des œstrogènes (qui font épaisir l'endomètre et stimulent les tissus des organes sexuels) et de la progestérone (qui tempère les effets des œstrogènes).

Naturellement (sans contraception par pilule, par exemple), chaque femme a un « profil » hormonal particulier, soit plutôt « œstrogénique », soit plutôt « androgénique », soit équilibré. Ce « profil » dépend de l'équilibre des hormones naturellement sécrétées par les ovaires au cours du cycle : œstrogènes seuls au début, puis progestérone et œstrogènes après l'ovulation, et androgènes tout au long du cycle (les androgènes, hormones masculines, sont fabriqués par les ovaires pour être ensuite transformés en progestérone). Ces hormones sont complémentaires et leurs effets s'équilibrent. Mais parfois l'une l'emporte sur les autres, et le cycle et les règles en sont marqués.

- **Vous avez un profil hormonal équilibré**, si vous avez un cycle à peu près régulier (tous les 26 à 35 jours), pas ou peu de symptômes gênants à la fin du cycle, des règles qui durent 4 à 7 jours, peu douloureuses et pas très abondantes.

- **Vous avez un profil hormonal « œstrogénique »**, si vous avez les seins douloureux en fin de cycle, parfois une rétention d'eau (vous prenez couramment un ou plusieurs kilos à l'approche des règles) ou le ventre gonflé et des règles longues (7 jours ou plus) abondantes et douloureuses.

- **Vous avez un profil hormonal « androgénique »**, si vous avez de l'acné, la peau grasse, tendance à l'hirsutisme, un cycle plutôt long (35-45 jours) et irrégulier et des règles courtes (moins de 3 jours) et peu abondantes.

COMMENT UNE FEMME PEUT-ELLE AVOIR UN PROFIL « ANDROGÉNIQUE » (AVEC TROP D'HORMONES MASCULINES) ?

Les ovaires ne fabriquent pas seulement des œstrogènes et de la progestérone, ils fabriquent aussi des hormones masculines (androgènes), qui sont transformées en progestérone pendant la deuxième partie du cycle. Si la sécrétion d'**androgènes** est excessive par rapport aux autres hormones, les effets des androgènes prévalent.

Cependant, si vous avez un profil androgénique, il est inutile de faire un bilan hormonal, les examens biologiques prescrits par certains médecins n'ont strictement aucun intérêt. Un profil androgénique n'est pas une maladie. C'est une caractéristique personnelle. Inconfortable, certes, mais pas dangereuse.

2 / LES MAUX DES RÈGLES

Tous les symptômes qui accompagnent les règles sont la conséquence de votre « profil » personnel. Quand certains de ces symptômes sont très gênants, ils justifient un traitement spécifique.

Dans les pages qui suivent, nous abordons successivement :

- **les troubles des règles proprement dites** : règles douloureuses, règles longues ou abondantes, règles irrégulières, retard de règles, et les saignements qui ne sont pas des règles ;
- **les symptômes ou troubles qui accompagnent les règles** : problème de peau, douleurs des seins, rétention d'eau, mycoses, anémie, migraine, syndrome prémenstruel, et une maladie plus sérieuse : l'endométriose ;
- **les maladies chroniques et leurs conséquences sur les règles** : syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), kyste de l'ovaire, troubles du fonctionnement de l'hypophyse, anorexie mentale, les cancers, le sida.

LES RÈGLES DOULOUREUSES OU « DYSMÉNORRHÉE »

Trois adolescentes sur quatre ont des règles douloureuses, le plus souvent dès les premiers mois qui suivent leur apparition. La proportion est plus faible chez les femmes adultes, car la contraception et les grossesses améliorent les choses. Quand **les règles sont douloureuses** (le terme médical est « **dysménorrhée** ») vous pouvez calmer ces douleurs grâce à des médicaments, ou même éviter leur survenue grâce à une méthode contraceptive. La douleur des règles, qui est liée aux contractions musculaires de l'utérus, commence en général avant l'écoulement lui-même, et c'est bien normal : elle signifie que l'utérus se contracte pour évacuer l'endomètre. En principe les douleurs cessent avant que l'écoulement s'achève, ce qui signifie que l'endomètre s'est entièrement détaché. Si les douleurs commencent après le début des règles et persistent plusieurs jours après la fin de l'écoulement menstruel, cela peut être le signe d'une endométriose (voir page 123).

- **Une dysménorrhée « primaire »** (apparue dès les premières règles) peut n'avoir aucune cause et être liée, comme décrit ci-dessus, aux contractions vives de l'utérus ; mais elle peut (rarement) être le signe d'une anomalie de l'utérus (utérus cloisonné) ou du vagin. Si votre fille souffre de ses règles alors qu'elle a un flux très peu abondant, il est justifié de lui proposer d'aller voir un gynécologue ou un pédiatre connaissant bien la gynécologie de la puberté.

- **Une dysménorrhée « secondaire »** (apparue alors que les règles étaient habituellement indolores) peut être due à une **endométriose** (voir page 125), à une infection de l'utérus ou des trompes ou à une anomalie de l'utérus consécutive à une infection ancienne. Cette dysménorrhée secondaire ne nécessite une consultation que si elle se reproduit plusieurs mois de suite.

Soulager la douleur

Il existe beaucoup de « petits moyens » pour soulager les **douleurs des règles** : une bouillotte chaude sur le ventre, un bain chaud, aller nager (en piscine chauffée), peuvent les atténuer.

En France, beaucoup de médecins prescrivent des antispasmodiques (Spasfon[®], Viscéralgine[®]) pour traiter les douleurs des règles. Cependant, le traitement le plus efficace est constitué par les antalgiques (anti-douleurs) et les AINS (« anti-inflammatoires non stéroïdiens »). Il en existe beaucoup, mais les trois plus connus sont en vente libre en pharmacie :

- **Le paracétamol** est l'anti-douleur le plus sûr et le mieux toléré (Paracétamol[®], Dafalgan[®], Doliprane[®], Efferalgan[®], etc.). Il peut tout à fait être efficace sur les douleurs des règles, à raison de 500 mg ou 1 g toutes les 4 à 6 heures pendant les premiers jours des règles. Il peut être pris en association avec la codéine (Co-Dafalgan[®], Codoliprane[®], Efferalgan Codéine[®], etc.)

- **L'acide acétylsalicylique** (ou **aspirine**) est anti-douleur et anti-inflammatoire. Il a aussi une action anti-coagulante mais les règles ne sont pas une « hémorragie » ou un « saignement » et si vous êtes en bonne santé, l'aspirine (sauf si vous en prenez de très fortes doses, plus de 3 grammes par jour) n'augmentera pas le flux de vos règles. Si vous souffrez beaucoup et si vous n'avez que de l'aspirine sous la main, en prendre n'est pas dangereux. La dose habituelle est de 500 mg (1/2 g) toutes les 6 heures, 3 à 4 fois par jour. Bien sûr, les personnes allergiques à l'aspirine ou qui souffrent de l'estomac doivent éviter d'en prendre.

- **L'ibuprofène** est anti-inflammatoire et anti-douleur. Il est le plus souvent bien toléré et existe sous plusieurs noms (ibuprofène, Advil[®], Nurofen[®], Nureflex[®], etc.). Il est efficace à raison d'1 ou 2 comprimés à 200 mg toutes les 6 heures.

D'autres anti-inflammatoires sont efficaces sur les douleurs des règles mais ne peuvent être obtenus en pharmacie que sur prescription d'un médecin.

Tous ces médicaments ne sont pas efficaces pour toutes les femmes. À vous de déterminer lequel est le plus approprié pour vous.

Utiliser une contraception

Toutes les méthodes de contraception hormonale ont pour vertu de diminuer les douleurs des règles. En effet, les progestatifs contenus dans ces contraceptions réduisent l'épaississement de l'endomètre et « détendent » le muscle utérin. De ce fait, les contractions au moment

des règles sont moins intenses, la douleur, la durée et le flux des règles sont aussi moins importants. Pour diminuer les règles (et parfois, s'en passer, voir page 49), les pilules combinées, les pilules progestatives, l'implant (Implanon®) et le DIU/stérilet hormonal (Mirena®) sont des méthodes tout à fait efficaces (voir page 69). Demandez à votre médecin de vous décrire leurs avantages et inconvénients respectifs et choisissez la méthode qui vous convient¹.

Pourquoi a-t-on mal au dos (ou ailleurs) au moment des règles ?

Les douleurs éprouvées au moment des règles sont dues aux contractions vives de l'utérus lorsque l'ovaire cesse de fabriquer de la progestérone. La douleur des règles peut être localisée dans le bas-ventre, dans les reins, parfois en haut des cuisses. Cela est dû au fait que le cerveau ne localise pas exactement l'organe qui est douloureux (l'utérus) mais la région dans laquelle il se trouve. L'emplacement où vous ressentez la douleur de vos règles n'a donc pas de signification particulière, surtout si vos sensations sont toujours localisées de la même manière depuis que vous avez des règles.

Pourquoi les rapports sexuels sont-ils parfois douloureux juste avant les règles ?

La partie la plus sensible de l'utérus est le col – l'orifice situé au fond du vagin. **Le col de l'utérus**, surtout chez une femme qui n'a jamais accouché, se contracte très vivement et parfois douloureusement au moment des règles. Le sperme contient des prostaglandines, substances qui provoquent des contractions du col et de l'utérus – c'est cela, en plus du contact, qui rend les rapports sexuels douloureux. Il n'est pas rare, également, que des femmes qui n'utilisent pas de contraception hormonale ressentent de vives contractions (qui ressemblent à celles des règles) en milieu de cycle, spontanément ou après un rapport sexuel. En effet, l'utérus est programmé pour « aspirer » le sperme au moyen de ses contractions, surtout au moment de l'ovulation. Des crampes dans le bas-ventre quelques minutes après un rapport sexuel par ailleurs indolore (et agréable !) ne sont donc pas inquiétantes.

1. Vous pouvez aussi trouver ces informations dans *Choisir sa contraception*, par Martin Winckler, dans cette même collection.

LES RÈGLES QUI N'EN FINISSENT PAS

Si vos règles ont toujours été interminables, si vous avez d'autres symptômes évoquant un profil œstrogénique et si vous ne désirez pas être enceinte actuellement, la solution la plus simple est de prendre **une pilule à « climat » progestatif** (voir encadré). Vos règles seront moins longues et moins abondantes. Si vous ne désirez pas utiliser de méthode contraceptive, l'ibuprofène (anti-inflammatoire en vente libre en pharmacie) à raison de 200 mg (1 comprimé) toutes les 4 à 6 heures pendant les 4 ou 5 premiers jours des règles peut diminuer leur flux et leur durée.

Si vous avez plus de 40 ans et si vos règles sont plus longues depuis quelques mois ou années, cela peut être dû à une anomalie bénigne (fibrome, polype) de l'utérus, ou à une autre cause (voir page 100). Consultez un médecin.

Si vous saignez aussi en dehors de vos règles, il peut s'agir d'un « spotting » provoqué par exemple par votre contraception (voir page 76). Il faudra probablement changer de pilule ou de méthode.

LES PILULES À « CLIMAT » PROGESTATIF :

- Adépal® ;
- Minidril® et ses génériques ;
- Miniphase® ;
- Ortho-Novum 1/35® ;
- Triella® ;
- Trinordiol® et ses génériques.

LES RÈGLES TRÈS ABONDANTES OU « MÉNORRAGIES »

Les règles peuvent être très abondantes (terme médical : « **ménorragie** ») parce que vous avez un « **profil hormonal œstrogénique** ». Si elles sont abondantes depuis l'adolescence, la gêne occasionnée (et la possibilité d'une anémie par perte de fer, voir page 121) justifie de recourir à une contraception par pilule, implant ou DIU/stérilet hormonal, qui peuvent tous diminuer le flux des règles (voir page 75). En revanche, l'utilisation d'un DIU/stérilet au cuivre peut, pendant les premiers mois d'utilisation, s'accompagner de règles plus abondantes que d'habitude ; l'ibuprofène (voir page 113) permet de réduire le flux des règles.

Les règles peuvent être plus abondantes que d'habitude, de manière occasionnelle, après un cycle anovulatoire ou un retard de

règles (voir page 117). Si vous avez plus de 40 ans, la cause peut être une anomalie bénigne (fibrome, polype) de l'utérus (voir page 100). Si vos règles sont plus abondantes que d'habitude plusieurs mois de suite, consultez un médecin.

Quand j'ai mes règles, elles forment parfois des caillots. Est-ce grave ?

Les règles contiennent des cellules de l'endomètre et du sang. Le sang, tout naturellement, coagule quand il est à l'air. Si l'endomètre était très épais au moment où les règles se sont déclenchées, la coagulation du sang peut favoriser la formation de **caillots** qui sont constitués par des « paquets » de cellules à l'intérieur du sang coagulé. Cela n'a rien de grave ni d'inquiétant en soi.

LES RÈGLES IRRÉGULIÈRES

Les règles sont habituellement irrégulières à l'adolescence et à la ménopause. En dehors de ces situations, un cycle de durée imprévisible n'est pas une anomalie en soi, mais l'expression du fonctionnement de vos ovaires, qui rappelons-le, ne sont pas des machines à horlogerie. Et un **cycle irrégulier** n'est pas du tout incompatible avec le fait d'avoir des enfants (voir page 43).

Certaines utilisatrices d'implant progestatif (Implanon®) ou d'un DIU/stérilet hormonal (Mirena®) ont parfois un « spotting » (voir page 76) ou des règles irrégulières, très rapprochées ou très espacées. Ce phénomène est l'effet secondaire le plus gênant de ces méthodes. Il n'est pas prévisible (on ne peut pas prédire à l'avance quelles utilisatrices le subiront), mais il ne signifie pas que la contraception n'est pas efficace ou qu'elle est dangereuse. Si les règles sont trop rapprochées et très inconfortables, il peut être justifié de changer de méthode. Si elles sont très espacées, voire inexistantes, il n'y a pas du tout lieu de s'inquiéter.

En l'absence de toute contraception, des règles très fréquentes (tous les 21-23 jours, par exemple) peuvent provoquer une anémie par perte de fer (voir page 121). Si c'est votre cas, vous tirerez bénéfice d'une contraception orale par pilule combinée, qui espacera vos règles (si vous l'arrêtez une semaine chaque mois) ou qui vous permettra de ne pas avoir de règles du tout (si vous la prenez en continu).

LES RÈGLES QUI NE VIENNENT PAS OU « AMÉNORRHÉE »

L'aménorrhée secondaire (retard ou absence de règles chez une femme qui en avait auparavant) est très fréquente et elle a de nombreuses causes ; les voici, de la plus fréquente à la plus rare :

- la puberté (si vos règles sont apparues il y a moins de 2 ans) (voir page 54) ;
- la (pré)ménopause (si vous avez plus de 43-45 ans) (voir page 99) ;
- la grossesse (si vous avez des rapports hétérosexuels...) ;
- l'allaitement ! (voir page 92) ;
- un cycle anovulatoire (voir page 63) ;
- votre méthode de contraception... ou l'arrêt d'une contraception ;
- le stress lié au travail, à la famille, au couple... ;
- un amaigrissement ou un régime ;
- une activité physique intense ;
- de nombreux médicaments – parfois d'utilisation courante, comme certains anti-vomissements (voir page 131) ;
- un dysfonctionnement des ovaires (SOPK, en particulier), voir page 128 ;
- une maladie hormonale (troubles de l'hypophyse, de la thyroïde, de la surrénale), générale (cancer) ou psychologique (anorexie) (voir page 130).

Mais d'abord, vérifiez que vous n'êtes pas enceinte !

L'aménorrhée primaire (absence de règles chez une femme de plus de 18 ans qui n'a jamais eu de règles auparavant) est peu fréquente et peut avoir des causes diverses :

- un **retard de croissance** lié à une maladie chronique (maladie rénale, par exemple) ;
- une **anomalie génétique** : certaines maladies congénitales s'accompagnent d'une absence de règles en raison d'une anomalie des chromosomes. Il peut s'agir d'un trouble du développement, d'une ambiguïté sexuelle, d'une malformation des organes sexuels... Ces situations sont rares et sortent du cadre de notre livre.

QUAND J'AI MES RÈGLES...

« Mes règles me pourrissent la vie »

L'approche des règles, ou la période des règles peuvent s'accompagner de symptômes gênants mais sans gravité :

- les problèmes de peau ;
- la sensibilité des seins ;
- la rétention d'eau ;
- les mycoses ;
- les complications plus préoccupantes (de la plus bénigne à la plus sérieuse) :
 - l'anémie ;
 - les migraines ;
 - le syndrome prémenstruel.

Nous abordons toutes ces situations dans les pages qui suivent, ainsi qu'une maladie sérieuse, l'endométriose.



LES SAIGNEMENTS QUI NE SONT PAS DES RÈGLES

J'ai des saignements alors que je suis enceinte (voir page 89).

Je saigne alors que je prends la pilule, que j'utilise un DIU ou un implant (voir page 76).

Je saigne après chaque rapport sexuel :

Il peut s'agir d'un « spotting » lié à votre contraception ; en effet, un rapport sexuel peut déclencher un saignement en provoquant des contractions de l'utérus. L'endomètre aminci par la contraception peut alors saigner légèrement, juste après le rapport sexuel. En revanche, si vous n'utilisez pas de contraception (ni pilule, ni implant, ni DIU/stérilet) il est préférable de consulter un médecin pour qu'il s'assure qu'il n'existe pas une cause de saignement, inflammation du col de l'utérus, polype ou fibrome utérin.

LES PROBLÈMES DE PEAU : ACNÉ, HIRSUTISME, HERPÈS...

L'acné n'a le plus souvent pas de relation directe avec les règles, ni avec le cycle, mais il en a avec les hormones ovariennes et avec la contraception. Les ovaires, en effet, fabriquent non seulement des œstrogènes et de la progestérone, mais aussi des androgènes, qui sont les hormones masculines. Et celles-ci peuvent, chez certaines femmes dont la peau y est prédisposée, provoquer de l'acné à la puberté. Si c'est votre cas, il est important de savoir que beaucoup de méthodes hormonales (certaines pilules, implant, DIU/stérilet progestatif) sont susceptibles de provoquer une aggravation de l'acné ou sa réapparition. En effet, certains progestatifs utilisés dans les pilules et les méthodes contraceptives ont des effets similaires aux hormones masculines.

L'hirsutisme (le fait d'avoir une pilosité plus importante que vous ne le désirez) est également lié aux androgènes. Dans cette



situation, si l'on désire une contraception, il est préférable d'utiliser une pilule à « climat œstrogénique » (voir encadré) ou, si on ne veut pas recourir aux hormones, un DIU/stérilet au cuivre, qui ne modifiera pas votre « profil » hormonal. Quelle que soit la méthode choisie, il est toujours possible de traiter l'acné avec les méthodes préconisées par les dermatologues.

Une éruption de boutons acnéiques, un **herpès buccal** (« bouton de fièvre ») ou une poussée **d'herpès génital** se produisent souvent au moment des règles. Ces éruptions sont dues, comme beaucoup d'autres symptômes qui surviennent au même moment, à la « rupture de rythme » que représente la diminution brutale des hormones féminines à la fin du cycle. L'herpès génital étant une infection sexuellement transmissible très contagieuse, il peut être plus confortable et plus prudent, pour les femmes qui font des poussées au moment des règles, de mettre leur cycle au repos en prenant par exemple leur pilule en continu. Il existe par ailleurs des antiviraux spécifiques de l'herpès (Aciclovir®, en particulier), qui peuvent être pris dès les premiers symptômes, juste avant les règles.

L'HYPERSENSIBILITÉ DES SEINS

Les œstrogènes ont un effet marqué sur les seins : ils stimulent leur développement à la puberté et peuvent les faire gonfler en fin de cycle. On peut donc comprendre qu'à l'approche des règles, beaucoup de femmes éprouvent une sensation de tension ou d'hypersensibilité des seins, parfois au point de ne pouvoir supporter le moindre contact. Quand l'hypersensibilité des seins est un phénomène très gênant, il est possible de l'atténuer en

Les pilules à « climat œstrogénique », qu'il est préférable d'utiliser en cas d'acné

Cilest®
Cycléane 20®
Cycléane 30®
Effiprev®
Harmonet®
Méliane®
Mélodia®
Mercilon®
Minesse®
Minulet®
Mirlette 20®
Mirlette 30®
Mirtinu®
Moneva®
Phaeva®
Triafém®
Tricilest®
Triminulet®
Varnoline®
Varnoline continu®

ATTENTION : Diane 35® et ses génériques sont souvent prescrites pour traiter l'acné, mais les médecins n'ont en principe pas le droit de les prescrire comme « pilules », car leur efficacité contraceptive n'est pas connue.

Jasmine®, Jasminelle® et leurs génériques ont un « climat œstrogénique » et peuvent atténuer l'acné, mais ne doivent être utilisées que par les femmes souffrant de rétention d'eau au cours de leur cycle naturel ou de l'utilisation d'une autre pilule (voir page 120).

prenant, quelques jours avant les règles, des anti-inflammatoires (ibuprofène en comprimés) ou en appliquant sur les seins un gel à la progestérone (Progestogel®) ; il est également possible de prendre des progestatifs en comprimés, dix ou quinze jours par mois, en deuxième partie de cycle, ou encore vingt et un jours par mois si l'on veut que ce traitement soit également contraceptif. Une contraception permanente (pilule en continu, implant progestatif, DIU/stérilet progestatif) peut également, en mettant le cycle au repos, beaucoup diminuer l'hypersensibilité des seins.

LA RÉTENTION D'EAU

C'est un phénomène relativement peu fréquent, mais qui peut être très pénible : à la fin de leur cycle naturel (ou de trois semaines de pilule si celle-ci est trop « œstrogénique ») certaines femmes ressentent une sensation de gonflement généralisé (des seins, du ventre, des mains et des pieds). Cette sensation s'accompagne d'une prise de poids réelle (1 ou 2 kilos) qui disparaît comme par miracle juste après les règles. Ce « gonflement généralisé » est dû aux œstrogènes, qui entraînent une **réétention d'eau**. Comme 1 litre d'eau = 1 kilo, on comprend que ce phénomène s'accompagne d'une prise de poids temporaire. Un fabricant a commercialisé deux contraceptifs oraux, Jasmine® et Jasminelle® dont l'un des composants a un effet diurétique et favorise l'élimination de l'eau en excès. Le marketing de ces pilules contraceptives a laissé entendre, de manière abusive, qu'elles « font perdre du poids ». C'est faux. Elles ne font que corriger la rétention d'eau chez les femmes qui en souffrent, et sont fortement déconseillées chez les utilisatrices qui ne connaissent pas ce genre de problème, car l'hormone diurétique qu'elles contiennent peut entraîner une déshydratation grave.

Si vous avez tendance à « gonfler » en fin de cycle, il vaut mieux éviter de manger salé, car le sel favorise la rétention d'eau. Souvent, cette seule mesure suffit et aucun autre traitement n'est nécessaire.

LES MYCOSES

Les **mycoses** sont dues au développement excessif d'une levure (champignon microscopique) normalement présente sur la peau. Il ne s'agit pas d'une infection sexuellement transmissible, mais d'une irritation de la

peau favorisée par une trop grande humidité locale. Les mycoses sont fréquentes dans les plis de la peau chez les personnes qui transpirent beaucoup : le « pied d'athlète », qui s'accompagne d'irritations et de fissures de la peau entre les orteils, est une mycose. La vulve étant une zone constamment humide, en raison des sécrétions naturelles du vagin, les mycoses y sont fréquentes. Le port de sous-vêtements en tissu synthétique, de pantalons très serrés ou d'un string peut également favoriser leur apparition. Des règles trop longues ou trop abondantes et l'utilisation de serviettes pendant plus d'une semaine favorisent cette humidité locale et le développement des mycoses. Une mycose *n'est pas contagieuse* ; si votre médecin vous prescrit un traitement, il est donc inutile d'obliger votre partenaire sexuel à se traiter. Il n'est pas non plus interdit d'avoir des relations sexuelles pendant une mycose. En revanche, il faut savoir que les ovules anti-mycosiques prescrits par les médecins peuvent altérer le latex des préservatifs... et les fragiliser.

L'ANÉMIE

L'**anémie** se définit par un manque de globules rouges dans le sang. Les globules rouges ont une fonction importante : ils transportent dans tout le corps l'oxygène capté par les poumons. La cause d'anémie la plus fréquente est le **manque de fer** ; en effet, chaque globule rouge contient une molécule particulière, l'hémoglobine, qui permet de transporter l'oxygène. Et l'**hémoglobine**, pour être fabriquée, nécessite du fer. Lorsqu'une personne n'absorbe pas assez de fer dans son alimentation, elle peut souffrir d'anémie car le corps humain a peu de fer en réserve. Toute perte de sang entraîne une perte de fer. Les règles sont une perte de sang régulière, mensuelle. Le plus souvent, les femmes compensent cette perte de fer par le fer contenu naturellement dans les aliments (végétaux, viande rouge). Mais si les règles sont très abondantes et très fréquentes, l'alimentation peut ne pas suffire. Une anémie par manque de fer provoque en général de la fatigue, un essoufflement, des palpitations. C'est l'hémoglobine qui donne aux globules rouges leur couleur ; l'anémie, quand elle est importante, se manifeste donc par une pâleur.

Si vous vous sentez fatiguée, essoufflée, si l'on vous dit que vous êtes pâle et si vous avez des règles très fréquentes ou très abondantes,

demandez à votre médecin de rechercher (par prise de sang) si vous ne souffrez pas d'anémie. Si c'est le cas, un comprimé de fer par jour pendant un mois suffit à la traiter. En général, la fatigue et l'essoufflement commencent à disparaître au bout d'une quinzaine de jours de traitement.

Des suppléments de fer en comprimés sont également prescrits aux femmes enceintes qui avaient des règles abondantes avant leur grossesse (même si elles ne souffraient pas d'anémie) afin d'apporter le fer nécessaire au fœtus pour fabriquer ses propres globules rouges.

LE SYNDROME PRÉMENSTRUEL

On parle de « **syndrome prémenstruel** » (SPM) quand la deuxième partie du cycle menstruel s'accompagne d'un ensemble de symptômes pénibles... qui disparaissent au moment des règles. Contrairement à ce que pensait Hippocrate (voir page 34), on sait aujourd'hui que les règles ne « guérissent » pas le syndrome prémenstruel, mais que le SPM et les règles sont dus au même phénomène : la baisse brusque des œstrogènes et de la progestérone qui circulent dans le sang. Les règles surviennent quand l'endomètre, « sevré » des hormones qui lui ont permis de se développer est expulsé de l'utérus. Pour simplifier, on pourrait dire que les symptômes du SPM correspondant à la perception, par le cerveau, de ce même sevrage hormonal. Le cerveau ressent celui-ci très tôt, avant que sa principale conséquence (les règles) ne soit visible ; ce qui explique que les règles apparaissent au moment où le SPM s'atténue.

Quels sont les symptômes les plus fréquents du syndrome prémenstruel ?

Les femmes qui souffrent de SPM chaque mois éprouvent les symptômes suivants (par ordre de fréquence décroissante) :

- un sentiment de « déprime » ou de fatigue ;
- l'irritabilité et le sentiment de s'énerver à la moindre contrariété,
- une sensation de ventre ballonné ;
- des changements d'humeur brusques ;
- des crises de boulimie.

Tous ces signes sont subjectifs : la personne les ressent alors que rien n'est visible.

Un certain nombre de femmes disent également éprouver :

- des maux de tête ou des migraines (maux de tête violents, périodiques, s'accompagnant de nausées, de troubles visuels, d'une intolérance au bruit, etc.),
- des douleurs articulaires et/ou un mal de dos ;
- de l'insomnie ;
- des problèmes de concentration ;
- des seins gonflés et douloureux ou hypersensibles,
- une rétention d'eau qui peut se traduire par doigts et pieds gonflés, et s'accompagner dans certains cas d'une prise de poids (1 à 2 kilos).

Ces deux derniers symptômes ne sont pas dus au « sevrage » œstrogénique en soi, mais aux effets des œstrogènes sur le cerveau, les seins, les reins, etc. en fin de cycle.

Comment soigner le syndrome prémenstruel ?

Il n'existe pas de traitement spécifique du SPM. En tout cas, aucun traitement « miracle » qui convienne à *toutes* les femmes qui en souffrent.

Certains symptômes peuvent être traités individuellement : les migraines par des anti-migraineux (voir page 124) ; les douleurs des seins par des AINS en comprimés ou un gel à la progestérone ; la rétention d'eau par un certain type de pilule contraceptive (voir page 120) destinée seulement aux femmes souffrant de ce symptôme.

La difficulté réside dans le fait qu'on ne connaît pas exactement les causes du SPM. De fait, les symptômes du SPM ressemblent à la succession d'un « surdosage » en œstrogène suivi par un « état de manque » hormonal brutal. Le SPM étant lié au déroulement hormonal du cycle, il apparaît à la puberté et disparaît une fois la ménopause établie ; il disparaît aussi, bien évidemment, pendant la grossesse. Ces trois situations naturelles dans lesquelles le SPM disparaît ont pour point commun... *l'absence de cycle menstruel*. Il est donc logique, si on veut faire disparaître ou atténuer le SPM, *de mettre le cycle au repos* en utilisant une contraception par pilule.

Beaucoup de femmes qui prennent la pilule ont un SPM juste avant les « pseudorègles » que provoque la pilule – parfois,

alors même qu'elles n'avaient pas de SPM auparavant ! Pourquoi ? Parce que la semaine d'arrêt de la pilule provoque un « état de manque » hormonal et donc, un SPM ! Or, nous l'avons expliqué au début de ce livre, rien n'oblige à avoir des règles quand on prend la pilule. En toute bonne logique, le meilleur moyen de faire disparaître un SPM consiste à prendre une pilule en continu !

LES MIGRAINES

Contrairement à ce que le langage courant laisse souvent entendre, une **migraine** n'est pas un mal de tête banal, mais très spécifique, qui ne touche que certaines personnes, parfois pendant une grande partie de leur vie. La douleur est pulsatile (elle est rythmée, comme les battements du cœur), elle est située surtout d'un côté de la tête, et elle peut s'accompagner de symptômes divers : nausées et vomissements, gêne à la lumière et au bruit, troubles visuels et parfois même paralysie d'un membre ou de la moitié du visage.

Les migraines sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes et sont très souvent rythmées par le cycle. Les femmes migraineuses disent que leurs crises surviennent plus souvent en situation de « rupture de rythme » : le samedi ou le dimanche matin en fin de grasse matinée ; le premier jour des vacances ; un jour de repos après une longue période de travail intense... et juste au moment des règles.

D'ailleurs, la phrase célèbre « Pas ce soir, chéri, j'ai la migraine » entendue dans les films des années 50 faisait en réalité référence aux règles – dont on ne parlait pas, à l'époque.

Il est encore trop fréquent que les personnes souffrant de migraines ne soient pas correctement soignées, et c'est bien dommage. Les médicaments de la migraine sont en effet très efficaces... à condition d'être prescrits par les médecins. Les antimigraineux de la famille des « triptans » (Naramig[®], Relpax[®], Zomig[®] et Zomigoro[®]) font partie des plus efficaces. Mais l'aspirine, le paracétamol, l'ibuprofène (tous en vente libre) peuvent être très actifs chez certaines personnes, s'ils sont pris dès les premiers symptômes (quand on « sent » la migraine arriver).

Lorsque les migraines surviennent précisément à l'approche des



LES MIGRAINES, L'ÉPILEPSIE ET LES RÈGLES

règles, à la fin d'un cycle naturel, ou pendant la semaine d'arrêt d'une pilule, il est encore plus facile de prédire les crises et de prendre les médicaments tôt. Mais la méthode la plus simple consiste (si l'on ne désire pas être enceinte) à se passer de cycle, de règles et de migraines ! (Voir encadré.)

En toute bonne logique, une contraception *continue* par progestatif seul est susceptible de diminuer la fréquence des crises d'épilepsie pendant les règles, et à d'autres moments². Dans le cas des migraines, la prise *continue* d'une pilule combinée (œstro-progestative, voir page 69) évitera les crises qui apparaissent pendant la semaine d'arrêt, avant les « pseudo-règles », mais n'aura pas d'effet sur celles qui apparaissent dans d'autres circonstances (le dimanche matin, au début des vacances...).

L'épilepsie et les migraines sont deux maladies chroniques très fréquentes, quoique de gravité différente, mais ayant de nombreux points communs. Toutes deux ont une origine neurologique. Et des **crises d'épilepsie** et des crises de migraine peuvent être déclenchées par les règles. Le déclenchement n'est pas le même pour l'une et pour l'autre. L'épilepsie est plutôt déclenchée par le sevrage en progestérone. La migraine par le sevrage en œstrogènes.

(Source : *Lancet neurology* 3 2006 ; 5(2) : 148-157.)

L'ENDOMÉTRIOSE

C'est probablement la seule maladie véritablement *provoquée* par les règles. Elle touche une proportion notable de la population féminine : on estime que 10 à 15 % des femmes de 25 à 44 ans qui ont des règles en sont atteintes.

C'est une cause très fréquente de douleurs pendant et après les règles, et l'une des principales causes d'infertilité.

Qu'est-ce que l'endométriose ?

Au moment où les règles se déclenchent, les cellules de l'endomètre et le sang sont en principe expulsés par les contractions de l'utérus vers le vagin et s'écoulent à l'extérieur. Chez certaines femmes, les cellules et le sang sont également propulsés *en arrière*, à l'intérieur des trompes. Parfois, les cellules ainsi expulsées se « greffent » sur les trompes, sur les ovaires, ou hors de l'utérus, sur le revêtement intérieur

2. Seule réserve : certains médicaments antiépileptiques inactivent la contraception progestative. Voir *Choisir sa contraception*, par Martin Winckler, « La santé en questions », Fleurus 2007.

MARILYN MONROE, VICTIME DE L'ENDOMÉTRIOSE

« Sex-symbol » le plus célèbre du xx^e siècle, Marilyn Monroe, avait la réputation d'avoir un caractère changeant et imprévisible et de mettre les tournages en péril par ses absences répétées. Il fallut attendre les biographies rédigées par Anthony Summers (1985) et par Donald Spoto (1993) pour apprendre qu'elle était atteinte d'endométriose. Au fil du temps, des crises douloureuses de plus en plus longues compromirent non seulement ses mariages (elle ne pouvait avoir d'enfant) mais aussi sa carrière d'actrice. À l'époque, il n'existait pas de traitement médicamenteux, et seule la chirurgie était employée pour traiter les zones d'endométriose. Entre 1952 et 1962, Marilyn Monroe subit sept interventions destinées à la soulager. Elle succomba en 1962 à une overdose d'antalgiques et de tranquillisants prescrits pour lui permettre de lutter contre la douleur. Comble de l'ironie : elle souffrait depuis l'adolescence, ce qui l'avait conduite à confier à ses amies que tout rapport sexuel était le plus souvent, pour elle, extrêmement pénible.



de l'abdomen, qu'on appelle le **péritoine**. Ces cellules « greffées » se développent, pendant les cycles suivants, sous l'effet des œstrogènes. À la fin du cycle, ces cellules se détachent comme le revêtement intérieur de l'utérus, mais ne peuvent être évacuées. Elles provoquent une inflammation douloureuse des organes sur lesquelles elles se sont greffées et forment des poches (ou « kystes endométriosiques ») dans lesquels le saignement se répète tous les mois. Les zones d'endométriose peuvent se situer partout dans l'abdomen : sur la vessie, sur les ligaments qui soutiennent l'utérus, sur l'intestin... Le fait de « saigner » ainsi dans le péritoine peut être la cause de douleurs intenses, au moment des règles, mais aussi pendant plusieurs jours après, car l'irritation et l'inflammation du péritoine sont longues à cicatriser.

Quels sont les symptômes de l'endométriose ?

- Des douleurs qui apparaissent au 2^e ou 3^e jour des règles et qui se poursuivent après l'arrêt des saignements ;
- des douleurs abdominales chroniques, qui s'accroissent après les règles ;
- des douleurs profondes au cours des rapports sexuels ;
- des douleurs en urinant ;
- des difficultés à être enceinte.

Les femmes atteintes d'endométriose ont souvent une mère ou une sœur qui en souffre aussi, ont eu leur puberté tôt et ont des cycles plutôt courts.

Quelles sont les complications de l'endométriose ?

Une endométriose non soignée peut, à la longue, entraîner une inflammation chronique des trompes et des ovaires. Or, cette inflammation et ses cicatrices sont susceptibles de compromettre le passage des ovocytes



LES MÉDICAMENTS DE L'ENDOMÉTRIOSE

et des spermatozoïdes, et d'empêcher toute fécondation. De plus, les trompes cicatricielles sont un facteur favorisant les grossesses extra-utérines.

On estime que parmi les femmes infertiles, 25 à 50 % le sont en raison d'une endométriose.

Il est donc très important de penser à l'endométriose si vous (ou si votre fille adolescente) avez des règles très douloureuses, et si vous continuez à souffrir longtemps après la fin de vos règles ce qui est encore plus évocateur.

Quand les douleurs sont très intenses, il est justifié de pratiquer des examens (échographie, qui peut être normale ; IRM ; coelioscopie) afin d'identifier l'endométriose et de visualiser toutes les zones atteintes.

Quel est le traitement de l'endométriose ?

Les règles douloureuses de l'endométriose justifient l'emploi d'**AINS** (voir page 115). Quand cela ne suffit pas, beaucoup de jeunes femmes tirent un grand bénéfice d'une contraception par pilule œstro-progestative (voir page 69). Certaines pilules (voir encadré) ont effectivement la propriété, très souvent, d'améliorer les symptômes car le progestatif qu'elles contiennent « assèche » les plaques d'endométriose, ce qui évite les saignements intérieurs et les douleurs.

Les progestatifs seuls sont également prescrits.

Parfois, quand l'endométriose évolue depuis longtemps et s'accompagne de douleurs intenses ou d'une infertilité, il peut être nécessaire de pratiquer des interventions chirurgicales pour retirer des kystes endométriosiques ou libérer une trompe, par exemple.

Les pilules « à climat progestatif » sont susceptibles d'améliorer une endométriose débutante, quand elles sont commencées dès la puberté (voir encadré page 115).

Si des douleurs persistent à la suite des « pseudo-règles » de la pilule, il est recommandé de prendre cette pilule en continu (sans semaine d'arrêt entre deux plaquettes).

Les progestatifs recommandés* pour traiter l'endométriose sont :

- l'acétate de chormadinone (Lutéran® et génériques) ;
- l'acétate de nomégestrol (Lutényl®) ;
- la médrogestone (Colprone®) ;
- la promégestone (Surgestone®).

Ces médicaments sont également contraceptifs. Les autres progestatifs ne sont pas recommandés en raison de leurs effets androgéniques (hirsutisme, acné) importants ou d'une efficacité non démontrée sur l'endométriose. Enfin, les médicaments « agonistes de la GnRH » (nafaréline – Synarel®, leuproreline – Enantone®, triptoréline – Décapeptyl®) ont pour propriété de bloquer l'ovulation au niveau du cerveau et de mettre ainsi totalement l'ovaire au repos. Ils sont recommandés après échec des progestatifs ci-dessus.

* Source : Les traitements de l'endométriose génitale. Recommandations de l'AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire, 2005.

« LE SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES (SOPK) »

« J'ai une maladie chronique et je n'ai plus mes règles. »

De nombreuses maladies peuvent perturber le cycle menstruel qui est, comme nous l'avons dit, sensible à toutes les formes de stress. Les maladies de la thyroïde (hypothyroïdie, en particulier), les cancers, la dépression, les maladies inflammatoires...

Dans ces cas-là, l'arrêt des règles est un symptôme de la maladie, et c'est le traitement de la maladie qui permettra au cycle de se remettre en marche. La reprise des règles est, en elle-même, un signe d'amélioration ou de guérison d'une maladie chronique, mais l'absence de règles ne veut pas dire qu'on ne va pas mieux ou qu'on n'a pas guéri. Elle veut peut-être seulement dire... qu'on est encore stressé par la maladie dont on a souffert.

Cependant, le cycle et les règles sont parfois affectés par des maladies plus spécifiques.

Ce chapitre aborde :

- le syndrome des ovaires polykystiques (**SOPK**) ;
- les troubles du fonctionnement de l'hypophyse ;
- l'anorexie mentale ;
- règles, cancer et chimiothérapie.

Le syndrome des ovaires polykystiques ou syndrome de Stein & Leventhal)

C'est une affection relativement sévère, qui est définie depuis le symposium de Rotterdam (2003) par les symptômes suivants :

- des troubles de l'ovulation avec cycles irréguliers et longs, ovulations rares ou absentes ;
- des signes biologiques ou cliniques d'« hyperandrogénie » (excès d'hormones masculines) : hirsutisme, acné, surpoids ;
- des kystes ovariens multiples à l'échographie.

Ce dernier critère, adopté en 2003, est controversé. En effet, les kystes dits « fonctionnels » de l'ovaire sont fréquents, bénins et sans gravité (voir encadré) et le SOPK n'est pas, contrairement à ce que son nom indique, une maladie « kystique » des ovaires, mais une maladie hormonale. D'ailleurs, à l'échographie ou à la coelioscopie, les ovaires sont souvent lisses...

LES KYSTES DE L'OVAIRE

Un kyste, c'est une poche contenant en général du liquide interstitiel (le liquide présent dans tous les tissus humains), ou des graisses (les kystes sébacés ou graisseux de la peau), ou plus rarement du sang ou autre chose.

Il existe deux formes fréquentes de kystes ovariens.

Le kyste fonctionnel, le plus courant : c'est tout simplement un follicule qui ne se rompt pas au moment de l'ovulation et ne libère pas son ovocyte. La poche ainsi fermée peut gonfler puis se rompre, provoquant une vive douleur, ou au contraire se flétrir et laisser une cicatrice sur l'ovaire. L'absence d'ovulation est souvent suivie d'un retard de règles car le cycle est alors « anovulatoire » (voir page 63). Si un médecin pratique une échographie à ce moment-là, il va parfois trouver un kyste, ce qui n'aura aucune signification grave.

La plupart des kystes ovariens fonctionnels sont découverts lors d'échographie de routine et souvent, cette découverte inquiète les femmes alors qu'elle n'a rien d'inquiétant. Les kystes fonctionnels disparaissent spontanément en quelques semaines ou mois.

Parfois, certains résultats d'échographie mentionnent des « **microkystes** ». En réalité, il s'agit de follicules. On parle de « kyste » si un follicule mesure plus de 3 cm de diamètre. Avoir beaucoup de « microkystes », c'est peut-être tout simplement avoir beaucoup de follicules prêts à ovuler. Ce n'est donc pas du tout inquiétant, surtout si on a des cycles relativement réguliers.

Avant la ménopause, un kyste a toutes les chances d'être « fonctionnel » et ne nécessite aucun traitement.

Après la ménopause, un kyste mérite d'être surveillé par échographie, mais l'immense majorité sont bénins.

Le kyste dermoïde de l'ovaire est plus rare ; il contient des tissus d'origine embryonnaire qui se sont développés pour former... des dents, des cheveux ! Ce n'est pas un kyste cancéreux et quand on le découvre, il est retiré chirurgicalement ou par cœlioscopie. L'intervention est limitée, elle ne met pas du tout en cause la capacité d'avoir des enfants.

Le SOPK est une maladie sévère, responsable de stérilité, souvent associée à un diabète – mais peu fréquente (environ 6 % des femmes en âge de procréer). Ce n'est donc pas une étiquette à coller sur toutes les femmes ayant des règles irrégulières (phénomène fréquent et à lui seul bénin) et un ou deux kystes ovariens fonctionnels (bénins eux aussi).

Quel est le traitement du SOPK ?

Les troubles du cycle sont soignés par des médicaments inducteurs de l'ovulation (clomifène, par ex.) ; l'hyperandrogénie par des médicaments anti-androgènes (cyprotérone, par ex.) ; l'obésité et la mauvaise tolérance aux sucres, qui peuvent favoriser l'apparition d'un diabète, peuvent nécessiter un régime alimentaire.

LES RÈGLES ET LES MALADIES GRAVES

Les troubles du fonctionnement de l'hypophyse

Nous avons vu au début de ce livre que le fonctionnement de l'ovaire est commandé par le cerveau, via deux glandes : l'hypothalamus (qui sert d'horloge, en quelque sorte) et l'hypophyse, qui envoie à l'ovaire, via ses hormones LH et FSH, les « signaux » qui provoquent la maturation du follicule puis l'ovulation. L'hypothalamus est très sensible à toutes sortes d'agressions – à commencer par le stress et une perte de poids importante (voir plus loin). Mais certaines maladies de l'hypophyse peuvent également perturber le cycle. Les adénomes à prolactine, tumeurs bénignes de l'hypophyse, sont des tumeurs qui secrètent en permanence de la prolactine, substance qui stimule la lactation. Or, la prolactine a également pour effet de mettre l'ovulation (et donc, le cycle et les règles) en sommeil. Ce « **syndrome aménorrhée-galactorrhée** » (absence de règles + écoulement de lait) apparaît chez une femme qui n'est pas enceinte et ne l'a pas été récemment. Il peut aussi se produire en cas d'hypothyroïdie (fonctionnement insuffisant de la glande thyroïde) et en cas d'utilisation de certains médicaments (voir encadré).

Un écoulement permanent des seins n'est pas nécessairement lié à un trouble du cycle. Il peut être induit par le stress, ou persister après une grossesse normale, avec ou sans allaitement. Il peut apparaître à la suite de la prise d'une contraception hormonale. Il peut aussi (surtout si cet écoulement n'a lieu que d'un seul côté) être lié à

→
une anomalie du sein lui-même. Si vous avez un écoulement du sein, consultez votre médecin.

L'anorexie mentale

Chez les femmes des pays en développement, la malnutrition a pour effet de stopper le cycle et les règles. Il en va de même quand les restrictions alimentaires et l'amaigrissement sont volontaires, pour les jeunes femmes souffrant d'**anorexie mentale**. Il s'agit d'une maladie psychologique au cours de laquelle une jeune femme restreint son alimentation par peur obsessionnelle et irraisonnée de prendre du poids. L'arrêt de l'ovulation et des règles est un des premiers symptômes de cette maladie, et l'un des plus durables. Il survient souvent avant même que le poids ait baissé. Bien entendu, le retour à un cycle normal ne dépend pas seulement de la prise de poids. Il nécessite une prise en charge psychothérapeutique, le plus souvent très longue.

L'anorexie mentale touche 1 % des femmes, ce qui est peu, mais un arrêt des règles lié à une perte de poids peut se voir dans de nombreuses autres situations, en particulier chez les danseuses, les gymnastes ou les sportives de haut niveau qui contrôlent strictement leur poids.

Les règles, les cancers et les chimiothérapies

Toutes les maladies graves peuvent perturber le cycle ou l'interrompre, et les cancers font partie de ces maladies. Certaines **chimiothérapies** ont aussi, malheureusement, pour effet d'être toxiques pour le tissu ovarien, et d'entraîner des troubles du cycle, parfois une ménopause précoce. Dans certaines situations (cancers du sein hormonodépendants, c'est-à-dire stimulés par les œstrogènes) il peut être nécessaire de supprimer l'activité ovarienne. Pendant longtemps, les médecins provoquaient une ménopause précoce soit en ôtant chirurgicalement les ovaires, soit par radiothérapie (irradiation des ovaires), soit par traitement médicamenteux. Il existe aujourd'hui des médicaments, dits « agonistes

MÉDICAMENTS POUVANT PROVOQUER UN SYNDROME « AMÉNORRHÉE- GALACTORRHÉE »

- **Antipsychotiques** : Halopéridol, chlorpromazine, thioridazine, risperidone, amisulpride.
- **Antidépresseurs** : amitriptyline, désipramine, clomipramine, sertraline, fluoxétine, paroxétine
- **Tranquillisants** : buspirone, alprazolam
- **Médicaments du tube digestif** : métoclopramide, dompéridone, cimétidine, ranitidine
- **Antihypertenseurs** : alpha-méthylidopa, réserpine, vérapamil.

(La liste n'est pas exhaustive...)

de la GnRH », qui bloquent l'activité ovarienne au niveau de l'hypothalamus, mais de manière temporaire. Les patientes sont « ménopausées » artificiellement pendant le temps du traitement et les années qui suivent, afin d'éviter que les œstrogènes ovariens ne favorisent les récives du cancer du sein. Au bout de 5 ans, si le cancer a guéri, les agonistes de la GnRH sont arrêtés et le cycle reprend...

Le sida

Les personnes séropositives traitées n'ont pas plus de troubles du cycle que les femmes non séropositives. Mais bien sûr, le sang qui s'écoule pendant les règles contient du virus et il est indispensable, si vous êtes séropositive, de demander à votre partenaire de se protéger quand vous avez vos règles, car le risque de se contaminer existe.

Il peut être, si vous êtes séropositive, utile de recourir à une contraception permanente par pilule en continu, implant progestatif ou DIU/stérilet hormonal, qui dans un certain nombre de cas, espacent les règles ou les font quasiment disparaître, ce qui augmentera non seulement votre confort, mais la sécurité de vos rapports sexuels.

Est-ce que l'absence de règles provoque le cancer de l'endomètre ?

Non, c'est même le contraire. On sait depuis longtemps que le cancer de l'endomètre, qui se développe après la ménopause, est moins fréquent chez les femmes qui ont eu de nombreux enfants. En effet, ce sont les multiplications répétées des cellules de l'endomètre, au fil des cycles, qui favorisent l'apparition de cellules cancéreuses. Or, pendant la grossesse et l'allaitement, l'endomètre ne se développe pas. De même, l'utilisation d'une contraception par pilule ou autre méthode hormonale, en mettant le cycle au repos, a les mêmes effets protecteurs que la grossesse et l'allaitement. Les utilisatrices de contraception hormonale (qui ont des fausses règles ou pas de règles du tout) sont moins frappées par le cancer de l'endomètre ET par le cancer de l'ovaire que les femmes qui n'en utilisent jamais et ont eu peu ou pas d'enfants.

À l'issue de ce catalogue de situations difficiles, je tiens tout de même à rappeler que les maladies graves décrites ci-dessus sont peu fréquentes et concernent un petit nombre de femmes. Si vous avez des soucis avec vos règles, envisagez d'abord les raisons les plus fréquentes... c'est-à-dire les plus bénignes. Car heureusement, le pire n'est pas toujours à craindre.

CONCLUSION

« Des règles, si je veux, quand je veux. »

Ce livre a été écrit avec deux objectifs précis :

- **Le premier** est d'expliquer aux premières intéressées tout ce qu'elles ont besoin de savoir sur le cycle et qui peut leur être utile pour vivre sans angoisse inutile. Et, en particulier, de les rassurer sur leur « normalité ». L'immense majorité des femmes n'ont pas, quoi qu'en disent certains médecins, de « problème de règles » ou de « problèmes de fécondité ». Il n'y a pas de « norme » en biologie, il n'y a que des variantes, et le cycle menstruel varie d'une personne à une autre, comme la taille, le poids, la couleur des yeux et des cheveux.

- **Le second** est d'assurer à toutes les femmes, qu'aujourd'hui, chacune peut, à tout moment entre sa puberté et sa ménopause, vivre avec ses règles le plus confortablement possible. La fréquence des règles, leur abondance, leur durée et leurs désagréments peuvent être grandement atténués par des méthodes ou des médicaments sans danger.

Pour remplir ces objectifs, j'ai fait de mon mieux pour passer en revue un certain nombre d'idées reçues : « Ne pas avoir de règles tous les mois, ça n'est pas naturel », « ... c'est dangereux », « ... c'est contraire à la féminité », « ... ça veut dire qu'on est malade », « ... ça veut dire qu'on n'aura plus d'enfant », « ... ça fait prendre du poids... », ... et pour montrer qu'elles ne sont pas du tout fondées, bien au contraire.

Avoir des règles n'est considéré comme « normal » que depuis la fin du XIX^e siècle et un cycle de 28 jours n'est pas du tout indispensable

pour avoir des enfants. Aujourd'hui, nombreuses sont les femmes qui recourent à un moyen de contraception qui, en plus de mettre l'ovulation en sommeil, diminue le flux des règles et ses désagréments.

Pendant les périodes où l'on désire être enceinte, les règles sont un repère utile et rassurant (mais pas toujours fiable) du fonctionnement de l'ovaire et des ovulations. Mais en dehors de ces périodes qui sont somme toute limitées (trois ou quatre années en moyenne sur les trente-cinq ans de fécondité de la vie d'une femme), avoir des règles n'est pas indispensable. De ce fait, la prise d'une pilule combinée ou progestative en continu, l'utilisation d'un implant ou d'un DIU/stérilet hormonal permettent souvent, pour les femmes qui les utilisent, d'éviter une grossesse non désirée ET de se passer de règles.

Cependant, même si elles ne sont pas indispensables à la santé et à la fertilité, les règles ont indéniablement une valeur symbolique importante, une valeur qu'il n'est pas question de nier ou de mésestimer. Cette valeur, c'est à chaque femme de la déterminer pour elle-même, à chaque moment de sa vie ; et chaque femme est en droit de demander que sa perception personnelle des règles soit respectée, et non jugée – surtout par les médecins.

Dans les années 70, au moment des luttes féministes pour la contraception et l'avortement, les femmes défilaient en clamant « Un enfant, si je veux, quand je veux ».

Aujourd'hui, en France, les femmes disposent d'une grande liberté : *choisir*, à volonté, son propre « profil » des règles :

- à 15 ans, « Ne pas avoir mal pendant mes règles, c'est le pied ! » ;
- à 25 ans, « Je préfère avoir des règles tous les mois, ça me rassure » ;
- à 35 ans, « J'en ai marre de la pilule ; avoir un cycle naturel avec un DIU au cuivre, ça me convient mieux » ou
- à 45 ans, « Ne plus se faire suer avec des règles, c'est vraiment un soulagement... ».

Au fond – et j'espère qu'on me pardonnera ce jeu de mot – je crois sincèrement que, pour vivre pleinement sa vie, une femme n'a pas besoin de *se plier à des règles*. Même si ce sont les siennes.

ANNEXES

/ GLOSSAIRE

Androgènes : hormones masculines. Les ovaires de la femme en fabriquent aussi. Certains effets de la progestérone, l'une des deux hormones féminines, sont similaires à ceux des androgènes du fait des points communs de leur structure chimique.

Aménorrhée : absence de règles. En principe, l'aménorrhée est synonyme de grossesse, jusqu'à preuve du contraire.

Canal cervical : c'est l'orifice du col de l'utérus, le « tunnel » qui fait communiquer l'utérus et le vagin.

Chlamydiae : bactéries transmises par contact sexuel ; elles sont la cause d'infections graves de l'appareil génital féminin. Les infections à Chlamydiae se développent parfois sans provoquer le

moindre symptôme et favorisent une stérilité tubaire, c'est-à-dire par obstruction des trompes.

Cœlioscopie : examen qui permet, au moyen d'un tube à fibre optique souple introduit par une petite incision au niveau du nombril, d'examiner l'appareil génital féminin ; elle est pratiquée pour rechercher une obstruction des trompes, ou pour faire le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Col de l'utérus ou « col utérin » : partie inférieure de l'utérus s'ouvrant dans le vagin et permettant le passage des spermatozoïdes (vers le haut) et celui du nouveau-né (vers le bas). Vu par le médecin, le col a une forme arrondie au milieu de laquelle s'ouvre un orifice : le canal cervical.

Contraception d'urgence : méthodes de contraception que l'on peut utiliser dans les heures ou les jours qui suivent un rapport sexuel non protégé : « pilules du lendemain » (Norlevo et Tétragynon), mifépristone (non commercialisée en France pour cette utilisation), ou pose d'un DIU (stérilet).

Cycle menstruel : cycle hormonal (ou ovulatoire) de la femme. Il commence au premier jour des règles et se finit au premier jour des règles suivantes. En principe...

Cycle régulier : ça n'est pas forcément un cycle de 28 jours, mais un cycle dont la durée est (à deux ou trois jours près) constante chez une même femme. Il peut être parfaitement normal d'avoir un cycle court (de 23 jours) ou long (de 35 jours).

DIU : dispositif intra-utérin. Il faut employer ce terme de préférence à celui de « stérilet » (un DIU, ça ne rend pas stérile...).

Endomètre : paroi riche en cellules et en vaisseaux sanguins qui tapisse l'intérieur de l'utérus. Au cours de la première partie du cycle, l'endomètre épaissit sous l'effet des œstrogènes pour se préparer à accueillir un éventuel ovule fécondé. S'il n'y a pas de grossesse, elle se détache sous la forme des « règles » ou « menstruations »

Endométriose : maladie liée à la présence d'endomètre ailleurs que dans l'utérus.

Œstrogènes : une des deux principales familles d'hormones féminines fabriquées par l'ovaire. L'autre famille est celle des progestatifs.

Fibrome : développement non cancéreux de la paroi musculaire de l'utérus (on parle aussi de « myome »). Très fréquent après quarante ans. Il peut favoriser des règles abondantes.

Glaire cervicale : sécrétions produites par le col de l'utérus. Juste avant l'ovulation, la glaire cervicale est plus abondante et contient des substances qui facilitent l'ascension et le déplacement des spermatozoïdes vers l'utérus et les trompes. Quand la glaire est abondante, elle s'écoule hors du vagin et forme les « pertes blanches ».

Grossesse extra-utérine (GEU) : une fois fécondé dans la trompe, l'ovule rejoint l'utérus et s'implante dans l'endomètre afin que la grossesse puisse s'y développer. Lorsque la trompe a été abîmée par une infection, l'ovule peut y rester coincé et se développer sur place. On dit alors que la grossesse est extra-utérine.

Kyste fonctionnel de l'ovaire : lorsqu'un follicule ne s'ouvre pas

et conserve l'ovule à l'intérieur de sa membrane, il se remplit de liquide et devient un kyste.

Menstruation : syn. de « règles ».

IST : infections sexuellement transmissibles. Ce sont les maladies qui ne se transmettent que par contact sexuel. Certaines (hépatite B, sida) sont très graves et potentiellement mortelles. D'autres sont bénignes (trichomonase) ; d'autres encore peuvent entraîner des infections sérieuses des trompes et des troubles de la fertilité (infections à gonocoque, infections à *Chlamydiae*), des troubles sexuels (herpès génital) ou des désagréments très gênants (condylomes acuminés ou « végétations vénériennes »). En revanche, les mycoses vaginales (infections à « champignons ») et les vulvo-vaginites à germes banals ne sont pas des IST. Elles peuvent en effet se produire chez des femmes qui n'ont pas de rapports sexuels.

Muqueuse utérine : syn. d'« endomètre ». C'est la paroi intérieure de l'utérus.

Pilule combinée : pilule contenant deux hormones – un œstrogène et un progestatif. On dit aussi « pilule œstro-progestative ».

Pilule progestative : pilule contenant seulement un progestatif.

Progestatifs : deuxième grande famille d'hormones féminines.

Progestérone : une des principales hormones fabriquées par l'ovaire.

Salpingite : infection grave des trompes, souvent consécutive à une IST (à *Chlamydiae*, ou à gonocoque).

Spotting : saignement peu important mais parfois quotidien qui survient en dehors des règles proprement dites, chez les femmes utilisant une pilule combinée minidosée, une pilule progestative ou un implant progestatif. Ce saignement n'est pas dangereux, seulement très gênant.

Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) : anomalie de fonctionnement des ovaires qui se manifeste par une absence d'ovulation, des règles irrégulières et un hyperandrogénisme (excès d'hormones mâles) accompagné d'un hirsutisme. Les femmes porteuses d'un SOPK souffrent souvent d'obésité.

Syndrome de Stein-Leventhal : voir Syndrome des ovaires polykystiques.

Syndrome prémenstruel : ensemble de symptômes qui précèdent les règles : sensation de gonflement de l'abdomen, douleurs dans le bas-ventre, tension des seins, irritabilité, prise de un ou deux kilos qui disparaissent après les règles.

II / BIBLIOGRAPHIE COMMENTÉE

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

En français

BRIZENDINE L., *Les secrets du cerveau féminin*, Grasset, 2008.

DEMERS S., *Hormones au féminin, repensez votre santé*, Éditions de l'Homme 2008.

FERROUL Y., *Consulter un sexologue*, « La Santé en questions », Fleurus, 2007.

WINCKLER M., *Contraceptions mode d'emploi*, 3^e édition, J'ai Lu, 2007.

WINCKLER M., *Choisir sa contraception*, « La santé en questions », Fleurus, 2007.

En anglais

COUTINHO E.M., **SEGAL S.J.**, *Is menstruation Obsolete ?* Oxford University Press, 1999.

WEBOGRAPHIE SÉLECTIVE

Sur la sexualité et la contraception : www.masexualite.ca

Sur la contraception et les règles : la revue en ligne *Population reports*

<http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fulltext.shtml>

Directive canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée, 2007 : http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui195CPG0707f_000.pdf

Traitements médicamenteux de l'endométriose génitale (document ANAES) :

http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/endomet_reco.pdf

Et aussi :

www.martinwinckler.com

III / INDEX

AINS	113, 123, 127	Cycle :	
Allaitement :		anovulatoire ..	55, 63, 64, 65, 90, 115, 117, 129
exclusif	92	irrégulier	42, 55, 64, 86, 87, 116
mixte	93	menstruel ...	20, 21, 24, 38, 42, 47, 49, 86, 138
Aménorrhée	31, 65, 93, 117, 137	Désir sexuel	25, 36, 73, 81,
Androgènes	24, 109, 110, 118, 137	DIU/stérilet :	
Anémie	60, 115, 116, 121	au cuivre	68, 77, 81, 93, 119
Anneau vaginal	69, 70, 72, 77	hormonal	69, 70
Anorexie mentale	65, 117, 131	Douche vaginale	79
Caillots	116	Dysménorrhée	112
Chimiothérapie	65, 100, 131	Échographie	96, 129
Clitoris	19	Embryon	30, 63, 88, 89, 91, 96
Col	18, 19, 114, 137, 138	Endomètre :	
Contraception :		hyperplasie	101
d'urgence hormonale	68, 138	Endométriose ...	37, 87, 112, 126, 138
permanente	68, 69	Épilepsie	26, 125
Coupes menstruelles	106	Examen gynécologique	58, 77

Fausse couche	60, 88, 91	Injections	69, 75
FCS	88, 91	IST	80, 82, 83, 91, 139
Fécondation	24, 25, 127	IVG	91, 95
Fibrome .. 44, 60, 76, 100, 115, 116, 118, 138		Kyste	126, 128, 129, 138, 139
Fœtus	122	Lévonorgestrel®	68, 72
Follicule ... 23, 24, 30, 47, 48, 63, 64, 99, 129		LH	47, 102, 130
Frottis	77	Libido	22, 81
FSH	47, 102, 130	Ménarches	33, 53
GEU	91, 127, 138	Ménopause .. 39, 64, 65, 99 à 104, 116, 117, 129	
Glaire cervicale	19, 23, 71, 138	Ménorragies	115
Grandes lèvres	19	Menstruation	18, 27, 50, 62, 139
Grossesse :		Migraine	26, 36, 42, 123 à 125
extra-utérine	91, 127, 138	Mycoses	80, 120, 139
nerveuse	64		
test	92, 95		
		Cedème	24, 35
Hémoglobine	35, 121	Œstrogène ... 23, 25, 26, 30, 42, 59, 60, 64, 81, 99, 101, 104, 109, 110, 119, 120, 122, 123, 125, 131, 138	
Herpès	119, 139	Organes sexuels	17 à 20, 81, 109
Hirsutisme .. 25, 42, 110, 118, 127, 128, 139		Ovaire	17, 18, 24, 30, 39, 47, 99, 109, 110, 118, 128, 129, 137, 138, 139
Hormones sexuelles .. 23, 24, 47, 99, 102, 109, 118, 119, 130, 137, 138, 139		Ovocyte .. 17, 18, 23, 25, 39, 43, 47, 129	
Hymen	19, 36	Ovulation .. 19, 21 à 28, 38, 41, 43, 45 à 48, 55, 56, 59, 63, 64, 68, 69, 85, 86, 87, 92, 97, 99, 114, 129, 130, 131, 134	
Hyperplasie	30, 101	Péritoine	126
Hypophyse	20, 23, 25, 47, 92, 102, 117, 130	Petites lèvres	19
Hypothalamus	20, 47, 48, 54, 75, 130, 132	Pheromones	63
Hystérocopie	101	Pilules :	
		à « climat œstrogénique »	119
Implant	69, 70, 75, 76, 77, 114, 115, 116, 118, 120, 132		

- à « climat progestatif » 74, 75, 103, 115, 127, 139
- combinées . 69, 70, 72, 73, 74, 77, 102 à 104, 116, 125, 134, 139
- Polype 44, 60, 76, 100, 115, 116, 118
- Préservatif 32, 68, 82, 92, 121
- Progestérone 23, 26, 30, 42, 47, 59, 60, 64, 69, 101, 104, 109, 110, 114, 118, 122, 123, 125, 137, 139
- Règles :
- abondantes 60, 100, 115, 121, 138
 - couleur 61
 - douleurs . 49, 61, 67, 69, 71, 112 à 114
 - durée 59, 60, 69, 71, 114, 115
 - flux 49, 61, 67, 69, 75, 82, 113, 114, 115
 - irrégulières . 44, 55, 93, 100, 116, 139
- Rétention d'eau 42, 71, 104, 110, 119, 120, 123
- Retour de couches 92
- Salpingites 91, 139
- Sang :
- prise de 96, 122
- Séborrhée 25
- Sein :
- gonflement ... 23, 24, 89, 90, 120, 123
 - hypersensibilité 119, 123
- Serviettes de protection 32, 105, 121
- SOPK 117, 128, 130, 139
- Spermatozoïdes ... 17 à 19, 23, 24, 43, 44, 47, 68, 71, 75, 85, 86, 88, 127, 137, 138
- Spotting .. 61, 71, 72, 75 à 78, 115, 116, 118, 139
- Syndrome :
- aménorrhée-galactorrhée 130, 131
 - préménstruel (SPM) 26, 36, 71, 104, 122 à 124, 139
- Tampon 19, 57, 105
- Température 23
- Timbre/patch contraceptif .. 65, 69, 70, 72, 74
- Traitement hormonal substitutif (THS) 104
- Trichomonase 83, 139
- Trompe de Fallope 17, 18, 91, 92, 112, 125, 126, 137, 138, 139
- Utérus 17, 18, 28 à 31, 47, 59, 68, 69, 75, 80, 89, 100, 101, 112, 114, 115, 118, 125, 137, 138, 139
- Vagin 18, 19, 69, 80, 83, 105,
- Vulve 19, 121

