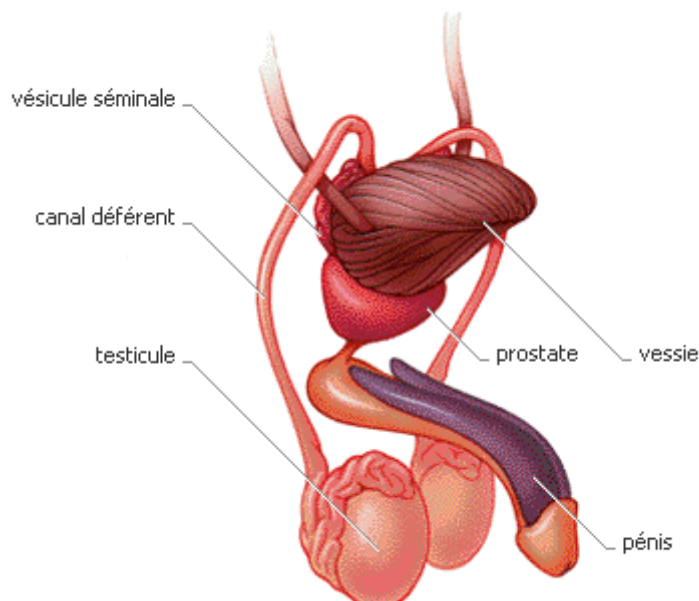


premier thème

1- La fonction reproductrice chez l'homme

- Organisation de l'appareil génital de l'homme.



© Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

Appareil génital masculin

L'appareil génital masculin comprend des organes externes (testicules et pénis) et des glandes internes (prostate et vésicules séminales notamment). Les testicules élaborent les spermatozoïdes, qui sont conduits par les canaux déférents jusqu'au canal éjaculateur. Celui-ci se jette dans l'urètre, qui débouche à l'extrémité du pénis et a, chez l'homme, une double fonction génitale (expulsion du sperme) et urinaire (miction). Les sécrétions de la prostate et des vésicules séminales forment le liquide séminal, qui fournit le milieu liquide adéquat à la survie des spermatozoïdes — liquide séminal et spermatozoïdes formant, ensemble, le sperme.



-Structure du testicule.

1.

PRÉSENTATION

testicule, organe de l'appareil génital de l'homme, et des mâles des espèces animales qui ont une reproduction sexuée, servant à former les spermatozoïdes (*voir* appareil reproducteur).

2.

STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT

Les deux testicules, comme les ovaires chez la femme, sont des glandes sexuelles ou gonades. Ils sont logés dans les bourses, dont le revêtement cutané est le scrotum. Chaque testicule est associé à un épидидyme, structure allongée qui commence par une tête au sommet du testicule, se continue par un corps longeant le bord postérieur du testicule, et se termine par une queue. L'épididyme se poursuit lui-même par le canal déférent, qui aboutit à l'urètre (*voir* urinaire, appareil).

Le testicule contient un grand nombre de tubes séminifères microscopiques. Dans la paroi de ces canaux, les cellules germinales primitives subissent la lente maturation qui les transforme en spermatozoïdes. Ceux-ci sont entraînés dans la lumière des tubes avec un peu de liquide sécrété par le testicule, puis gagnent l'épididyme et finiront par constituer le sperme.

Un tissu interstitiel est éparpillé entre les tubes, assurant leur soutien et leur nutrition. Il contient par ailleurs des amas de cellules endocrines, les cellules de Leydig, qui élaborent l'hormone masculine, la testostérone.

3.

PATHOLOGIE ET ANOMALIES DIVERSES

L'ectopie testiculaire, ou cryptorchidie, est une descente incomplète (interrompue entre l'abdomen et les bourses) d'un testicule, ou parfois des deux, lors du développement embryonnaire. Elle a un retentissement psychologique si le testicule est resté situé très haut et si la bourse est vide. Elle favorise la stérilité et le cancer. L'enfant atteint d'une cryptorchidie peut être traité par des injections hormonales, ou par une intervention chirurgicale.

Le testicule oscillant, en revanche, n'est pas pathologique. La glande est située assez haut, mais reste palpable à la racine de la bourse, près du pénis. De plus, lors de l'examen médical, le médecin arrive facilement à le faire descendre (mais il remonte ensuite).

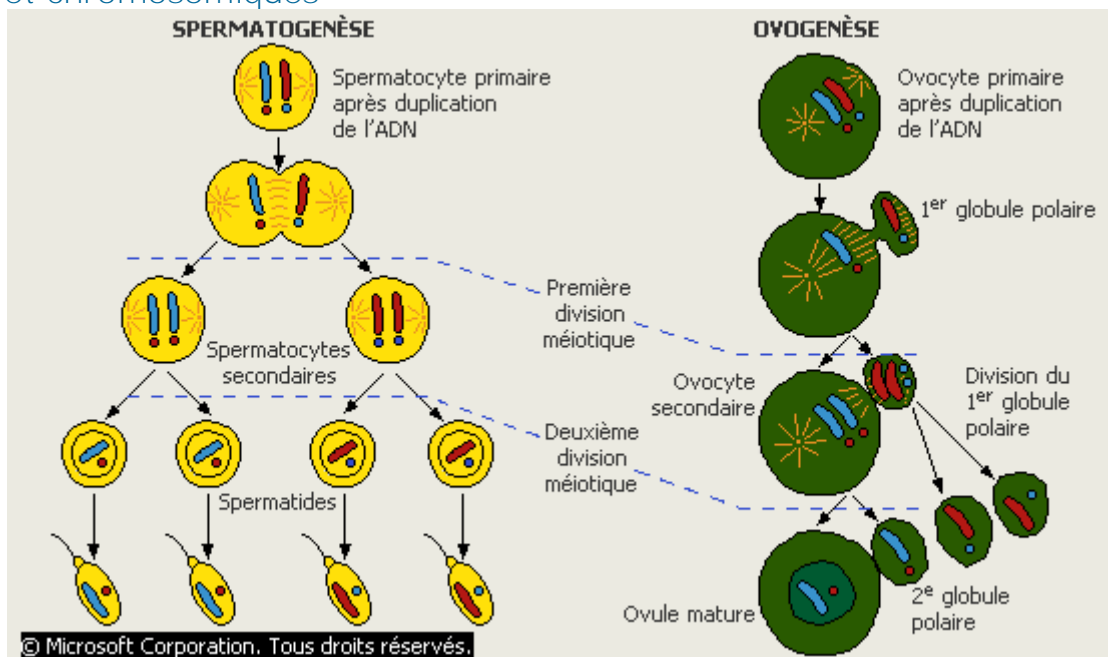
La torsion du testicule est une dénomination erronée, bien qu'usuelle, pour la torsion du cordon spermatique. Ce dernier contient le canal déférent et les vaisseaux sanguins du testicule et monte vers l'abdomen. Le testicule tourne sur lui-même, et son cordon s'enroule en spirale, en étranglant l'artère. Cela se produit généralement chez un adolescent ou un jeune adulte qui ressent soudain une violente douleur. Puis, la bourse devient rouge et augmente de

volume. L'évolution risque de se faire vers l'infarctus du testicule, puis vers sa nécrose, c'est-à-dire sa destruction par arrêt de la circulation. Le traitement chirurgical en urgence est facile à réaliser et très efficace, s'il est précoce.

L'orchite est une inflammation du testicule, et l'orchi-épididymite, une inflammation combinée du testicule et de l'épididyme. La cause en est habituellement une infection par un virus ou une bactérie. Le micro-organisme atteint l'organe par voie soit générale (au cours des oreillons, par exemple), soit locale (éventuellement dans le cadre des maladies sexuellement transmissibles). Les symptômes sont une douleur, un gonflement, des brûlures mictionnelles et de la fièvre. Le traitement est fondé sur les antibiotiques, si une bactérie est en cause, ainsi que sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le repos.

Les tumeurs du testicule, notamment les différentes variétés de cancer (choriocarcinome, séminome, etc.), touchent avec prédilection l'homme jeune. Elles se traduisent par une petite masse déformant la glande et facile à dépister précocement par la palpation, lors d'un bilan de santé systématique. Le traitement d'un cancer comporte une orchidectomie (ablation chirurgicale du testicule), éventuellement complétée d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie. La plupart des formes de cancer du testicule ont un bon pronostic après traitement, puisque l'on obtient près de 95 p. 100 de guérison (absence de récurrence au bout de cinq ans).

Spermatogénèse, structure du spermatozoïde, particularités cytologiques et chromosomiques



Spermatogénèse et ovogénèse

La formation des gamètes mâles et femelles (respectivement spermatogénèse et ovogénèse) se fait grâce à un mode de division cellulaire particulier appelé méiose. Les cellules germinales (spermatocyte primaire et ovocyte primaire), après duplication de leur ADN, contiennent deux lots de chromosomes assemblés par paires (paires de chromosomes homologues), chaque chromosome comportant deux chromatides. Lors de la première division méiotique, elles se divisent en deux cellules filles,



chacune contenant un chromosome à deux chromatides de chaque paire. Lors de la seconde division méiotique, chaque cellule issue de la première division se sépare à son tour en deux cellules filles (gamètes) qui reçoivent chacune une chromatide. À l'issue de ces divisions méiotiques, chacun des gamètes ne contient que la moitié des chromosomes des cellules germinales (on dit que les gamètes sont des cellules haploïdes). Dans le cas de la spermatogenèse, les quatre cellules issues de la seconde division méiotique (spermatides) donneront naissance à quatre spermatozoïdes, tandis que dans le cas de l'ovogenèse, la méiose d'un ovocyte primaire ne fournira qu'un seul ovule.

© Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Tous droits réservés.



Spermatozoïde

Le gamète masculin, ou spermatozoïde, est formé d'une tête, contenant le noyau de la cellule, et d'un long flagelle qui lui permet de se déplacer dans les voies génitales féminines.

2- La fonction reproductrice chez la femme.

1.

PRÉSENTATION

Appareil génital féminin

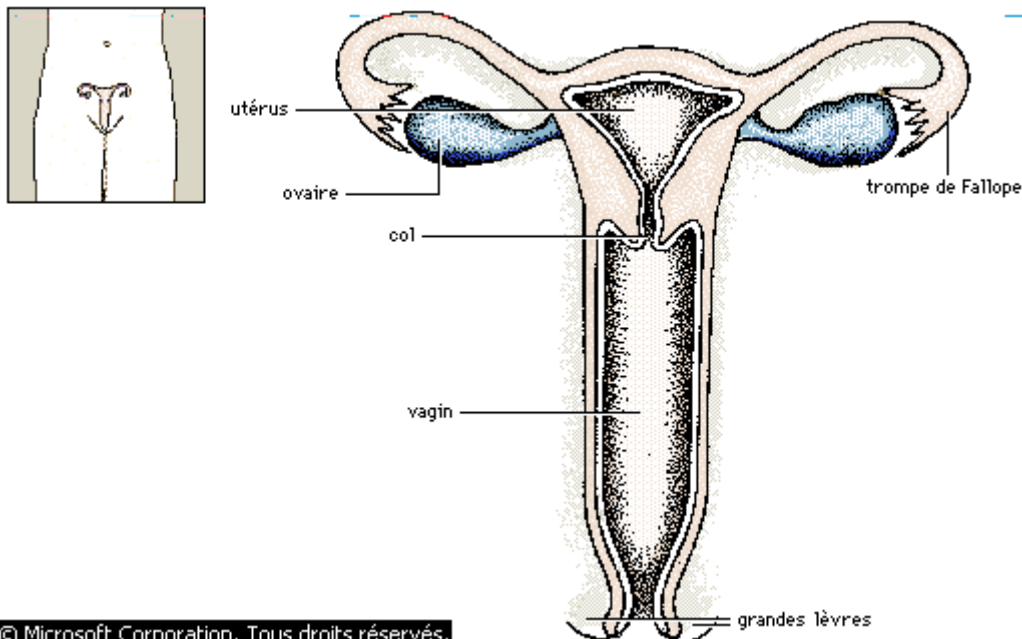
Appareil génital féminin

Les organes génitaux internes de la femme comprennent l'utérus, qui s'ouvre en bas sur le vagin et se continue sur les côtés par les deux trompes de Fallope. Les ovaires sont placés de chaque côté de l'utérus.

Encyclopédie Encarta

© Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

Agrandir



© Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

Appareil génital féminin

Les organes génitaux internes de la femme comprennent l'utérus, qui s'ouvre en bas sur le vagin et se continue sur les côtés par les deux trompes de Fallope. Les ovaires sont placés de chaque côté de l'utérus.

utérus, organe de l'appareil reproducteur de la femme, et des autres femelles de mammifères, dont la fonction est de recevoir l'ovule fécondé et de l'abriter durant toute la durée de la gestation.



2.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

L'utérus est un organe creux comprenant, sur le plan morphologique, deux zones principales, un corps à sa partie supérieure et un col à sa partie inférieure, séparées par un étranglement appelé isthme. Cette organisation générale présente cependant quelques variations selon les espèces. Chez les primates, y compris dans l'espèce humaine, l'utérus est dit *simplex* et répond à la description précédente. Chez certains rongeurs et lagomorphes, il est au contraire qualifié de *duplex*, car il possède deux cols le mettant en relation avec un vagin unique. À l'inverse, dans certaines espèces comme celle du porc, l'utérus présente un seul col, mais deux corps. Chez les marsupiaux, on observe deux utérus, possédant chacun un col les mettant en relation avec un vagin.

L'utérus est localisé entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin et au-dessous des anses intestinales. Chez la femme, il mesure environ 7 cm de long et sa largeur varie de 5 à 2 cm du corps au col. Son épaisseur est de 2,5 cm. Le col utérin fait saillie dans le fond du vagin, traversé par le canal endocervical reliant la cavité utérine au vagin. Sa paroi est constituée d'une couche musculaire, le myomètre, tapissée à l'intérieur d'une muqueuse, l'endomètre. L'endomètre est constitué d'un épithélium qui repose sur du tissu conjonctif. Il comprend de nombreuses cellules glandulaires sécrétrices de mucus.

De chaque côté de l'utérus se trouvent les ovaires, où se forment les ovules qui migrent vers l'utérus par l'intermédiaire des oviductes, appelés chez la femme trompes de Fallope.

3.

PHYSIOLOGIE

La muqueuse utérine subit des modifications cycliques sous l'influence des hormones ovariennes. Pendant la première partie du cycle, elle s'épaissit en prévision de l'implantation (nidation) de l'œuf issu de la fécondation d'un ovule. L'œuf s'implante dans la muqueuse utérine (nidification) où il se développe jusqu'à maturité. Pendant la grossesse, les parois élastiques de l'utérus s'étirent de manière à contenir l'embryon, puis le fœtus qui grandit, et le muscle utérin s'épaissit.

Si l'ovule n'est pas fécondé, en revanche, la partie superficielle épaissie de l'endomètre est éliminée pendant la menstruation.

4.

PATHOLOGIE

L'utérus peut être sujet à des inflammations dues à des infections : l'inflammation du col est appelée cervicite, et l'inflammation de l'endomètre, endométrite. Les tumeurs bénignes (polypes, fibromes) sont relativement fréquentes, de même que les cancers, qui peuvent toucher soit le col (*voir* cancer du col de l'utérus), soit l'endomètre, mais dont les chances de guérison sont excellentes si ceux-ci sont dépistés de façon suffisamment précoce. Autre affection fréquente, l'endométriose, qui correspond au développement de petites masses

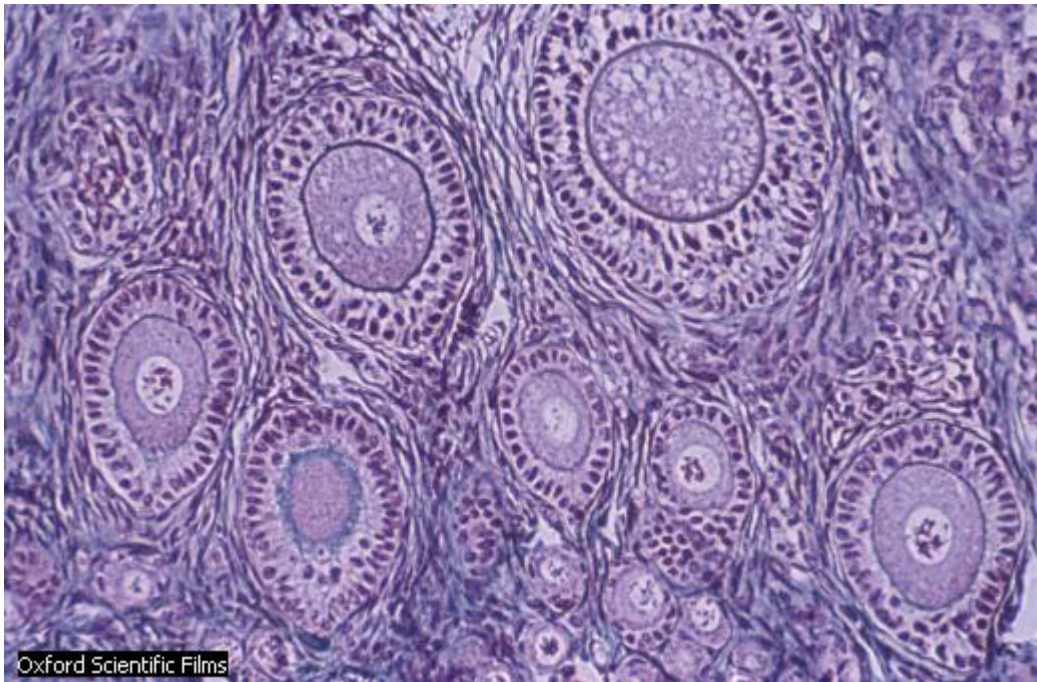
d'endomètre en-dehors du corps de l'utérus (par exemple sur le myomètre, sur les trompes de Fallope, ou encore sur les ovaires).

1.

PRÉSENTATION

ovule (zoologie), cellule sexuelle femelle (ou gamète femelle) fabriquée dans l'ovaire, et destinée à la fécondation.

2. CARACTÉRISTIQUES



Ovules et follicules ovariens

Chaque ovocyte, cellule ronde qui renferme en son centre un noyau plus clair, est entouré par une couche de cellules de disposition palissadique (et dont on voit les noyaux, disposés perpendiculairement à l'ovule, sous forme de petites taches plus foncées). L'ensemble forme un follicule ovarien, ou follicule de Graaf. À chaque cycle, un follicule mature se rompt pour expulser un ovule. Coupe transversale d'un ovaire montrant des follicules ovariens de tailles diverses.

Sphériques, immobiles et chargés de substances nutritives, les ovules sont produits très tôt au cours du développement embryonnaire. Leur taille varie en fonction de l'espèce animale, bien que sans rapport avec celle-ci. Ainsi, les ovules de la femme mesurent quelque 120 micromètres alors que ceux de certains insectes peuvent atteindre 5 mm de diamètre



3.

OVOGENÈSE

La fabrication des ovules, appelée ovogenèse, se déroule dans les ovaires de façon discontinue. Elle commence chez le fœtus, avec une multiplication active des ovogonies, cellules sexuelles primordiales dites diploïdes, car elles contiennent dans leur noyau 44 chromosomes assemblés par paires. Ces ovogonies régressent en grand nombre, tandis que d'autres deviennent des ovocytes I, bloqués en début de méiose et stockés dans les ovaires. Lorsque la maturité sexuelle est atteinte, le stock d'ovocytes I est définitif. Chez la femme, quelques centaines seulement de ces cellules arriveront à maturité. Au cours de chaque cycle menstruel, la méiose d'un ovocyte I reprend, et cette cellule devient un ovocyte II, qui est une cellule à 22 chromosomes. L'ovocyte II se trouve alors dans un sac ovarien gonflé de liquide où un pédicule la relie au fond de cette cavité.

4.

L'OVULATION

Vers le milieu du cycle menstruel, sous l'influence de substances hormonales et enzymatiques, la paroi du sac ovarien se déchire brusquement pour libérer le liquide sous tension. De ce fait, le liquide s'échappe et entraîne avec lui l'ovocyte : c'est le phénomène de l'ovulation, libération mensuelle d'un unique ovocyte. Chez les vertébrés, cette cellule est un ovocyte II, mais le stade auquel la méiose est bloquée varie selon les différents groupes animaux : chez les oursins, par exemple, la cellule expulsée est un ovotide ; chez les ascidies (groupe des tuniciers), il s'agit d'un ovocyte I. Après l'ovulation, si le gamète femelle rencontre un spermatozoïde (gamète mâle), il achève sa méiose (devenant un ovule *stricto sensu*), et les noyaux des deux gamètes fusionnent : c'est la fécondation.

La fécondation

La fécondation est **la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde**. À la suite de cette rencontre, l'ovule et le spermatozoïde fusionnent : ils forment une nouvelle cellule, appelée **cellule-oeuf**, ou **zygote**. Cette cellule-œuf va se développer et grossir pour former un nouvel individu, constitué de milliards de cellules. C'est le début de la **gestation**, appelée **grossesse** chez la femme.

Chez les mammifères, de la souris à l'éléphant en passant par l'espèce humaine, les grandes étapes de la fécondation sont très semblables.

QUAND A LIEU LA FÉCONDATION ?

Chez les femmes, au milieu du cycle menstruel, un des deux ovaires produit un ovule (une cellule sexuelle féminine) : c'est ce que l'on appelle l'**ovulation**. Cet ovule est projeté dans un tube qui relie les ovaires à l'utérus, la trompe de Fallope (appelée aussi oviducte). Là, il voyage lentement en direction de l'utérus. Si, pendant cette période, des spermatozoïdes sont présents dans la trompe de Fallope à la suite d'un rapport sexuel, la fécondation peut avoir lieu.

L'ovule « vit » pendant 1 jour ou 2 (24 à 48 h). S'il n'a pas rencontré de spermatozoïde pendant cette période, il « meurt ». Un spermatozoïde, lui, vit de 5 à 6 jours (presque une semaine). Une femme peut donc être enceinte à la suite d'un rapport sexuel qui a eu lieu plusieurs jours avant l'ovulation. Après le jour de l'ovulation, elle peut tomber enceinte pendant un jour ou deux. La **période de fécondité** (la période pendant laquelle un rapport sexuel sans contraception peut déclencher une grossesse) est donc de 8 jours (6 jours avant l'ovulation, 2 jours après). Cependant, il n'y a **aucun moyen** de connaître le jour exact de l'ovulation. Il arrive en moyenne au 14^e jour du cycle menstruel (le 14^e jour après le début des règles), mais il arrive parfois plus tôt, parfois plus tard. De plus, de nombreux événements peuvent modifier la date de l'ovulation, par exemple des émotions fortes (comme de tomber amoureuse). La période pendant laquelle la fécondation peut avoir lieu et pendant laquelle une femme peut tomber enceinte est donc **imprécise**.

QUE SE PASSE-T-IL LORS DE LA FÉCONDATION ?

Quand un ovule et un spermatozoïde se rencontrent, le spermatozoïde entre dans l'ovule. Dès ce moment, plus aucun autre spermatozoïde ne peut entrer. À l'intérieur de l'ovule, le noyau du spermatozoïde (qui renferme les chromosomes) **fusionne** avec celui de l'ovule. C'est ainsi que le noyau de la cellule-œuf se forme. Un nouvel individu vient d'être créé, même s'il n'est fait pour l'instant que d'une seule cellule. Son sexe est déjà déterminé (le zygote possède deux chromosomes X si c'est une fille ; un chromosome X et un chromosome Y si c'est un garçon)

1. PRÉSENTATION

placenta, annexe embryonnaire fixée à la paroi de l'utérus et servant à la nutrition du fœtus, auquel il est relié par un cordon ombilical. Le placenta est un organe qui ne se développe que chez les mammifères dits placentaires (c'est-à-dire la plupart des mammifères, excepté les plus primitifs, marsupiaux et échidnés). Il est formé d'une part d'éléments provenant de l'enveloppe périphérique de l'œuf fécondé (trophoblaste) et, d'autre part, d'éléments dérivant de l'endomètre, muqueuse qui tapisse l'utérus maternel.

2. STRUCTURE

Le placenta a la forme d'un disque mesurant, chez la femme, environ 20 cm de diamètre et 2,5 cm

La contraception

1- presentation

contraception, ensemble des méthodes permettant d'éviter d'une manière temporaire et réversible la survenue d'une grossesse. On peut distinguer en pratique deux grandes catégories de méthodes contraceptives modernes, les contraceptions locales (préservatifs, spermicides, stérilet, etc.) et la contraception orale (pilule contraceptive), auxquelles s'ajoutent des méthodes plus traditionnelles (essentiellement l'abstinence périodique).

2.

PRINCIPES

Chaque méthode agit, schématiquement, sur l'un des stades de la conception. La pilule contraceptive a pour action principale d'inhiber la formation de l'ovule par l'ovaire. Le préservatif, le diaphragme et l'abstinence périodique empêchent la fécondation, la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. La présence d'un stérilet empêche l'œuf qui a été fécondé de s'implanter dans la muqueuse de l'utérus ; c'est la seule méthode qui intervient après la fécondation, et qui est donc, en théorie, à la limite de la contraception.

Par ailleurs, on considère qu'une contraception agit selon un processus général chimique (spermicides), hormonal (pilule), physique (préservatif, abstinence), ou encore complexe, voire imparfaitement connu (stérilet).

L'efficacité d'une contraception est indiquée couramment par l'indice de Pearl, qui représente le risque d'échec, plus précisément le nombre de grossesses qui surviennent en moyenne chez 100 femmes utilisant la méthode concernée pendant un an. Si une méthode a un indice de 1 (on dit aussi de « 1 année-femme »), il y a statistiquement une grossesse par an pour 100 utilisatrices.

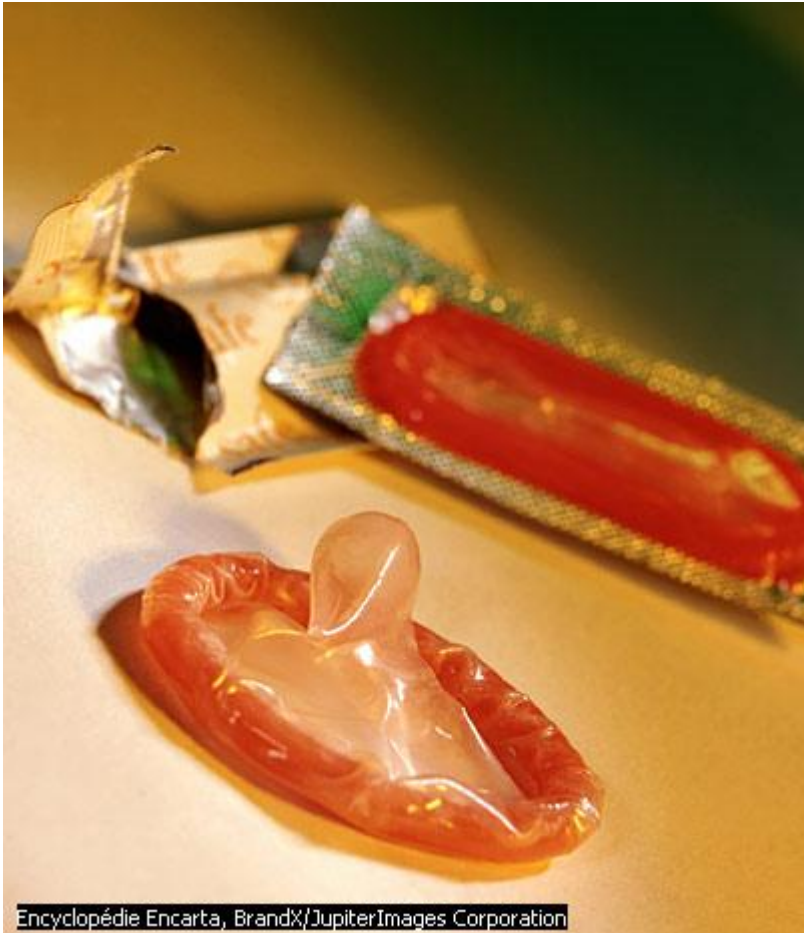
3.

CONTRACEPTIONS LOCALES

1.

Préservatifs

1. Préservatif masculin



Encyclopédie Encarta, BrandX/JupiterImages Corporation

Préservatifs masculins

Préservatifs masculins

Le préservatif masculin est un mode de contraception fonctionnant comme une barrière physique, empêchant les spermatozoïdes d'entrer dans les voies génitales féminines. Il est, avec le préservatif féminin, le seul moyen de contraception protégeant également contre les maladies sexuellement transmissibles.

Encyclopédie Encarta

BrandX/JupiterImages Corporation

[Agrandir](#)

Le préservatif masculin est un étui en latex, éventuellement enduit d'un spermicide (substance qui détruit les spermatozoïdes), qui est placé sur le pénis avant un rapport sexuel. Généralement bon marché, simple à utiliser, ne nécessitant aucun suivi médical particulier et ayant des effets indésirables rares (allergie cutanée, rupture au cours du rapport), il représente le moyen de contraception le plus courant dans le monde.

Son efficacité contraceptive est estimée d'une façon très variable selon les études ; l'indice de Pearl peut aller jusqu'à 5, voire beaucoup plus. En réalité, son efficacité dépend très largement de la manière dont il est utilisé. Par exemple, nombre d'échecs apparents sont dus au fait que le couple essaie de se servir du préservatif seulement à certains moments du cycle de la femme, les autres moments étant jugés sans risque, mais selon des calculs trop approximatifs.

2.

Préservatif féminin

Mis au point au début des années 1990, le préservatif féminin est un étui en polyuréthane muni à chaque extrémité d'un anneau — l'anneau interne étant fermé. Il se place à l'intérieur du vagin avant un rapport sexuel (contrairement au préservatif masculin, il peut être installé plusieurs heures à l'avance) ; l'anneau externe, d'un diamètre supérieur à l'anneau interne, recouvre les organes génitaux externes. Ne présentant pas de risque d'allergie en raison de sa composition, il est plus fin mais aussi plus solide que le préservatif masculin. Utilisé de façon systématique et correcte, il présente une efficacité très élevée (similaire à celle du préservatif masculin), aussi bien en termes de contraception qu'en termes de protection contre les IST.

2.

Diaphragme

Chez les femmes, la méthode locale mécanique la plus fréquemment utilisée reste la mise en place d'un diaphragme, un disque de latex placé au contact du col de l'utérus avant le rapport. L'action du diaphragme est généralement complétée par un spermicide, sous forme de gel ou de crème. Cette méthode, présentant de très rares effets secondaires (allergies), a un indice de Pearl d'environ 1,5 à 5.

3.

Spermicides

Les spermicides, sous forme de crème, d'ovules, ou d'éponges (tampons) sont appliqués ou mis en place dans le vagin avant chaque rapport. D'une efficacité relativement faible, ils doivent être employés en association avec une autre méthode (diaphragme). Même ainsi, les spermicides sont réservés aux couples qui se contentent d'une protection imparfaite, et aux femmes qui ont une contre-indication aux autres méthodes.



Encyclopédie Encarta, Robert Estall/Corbis

Différents types de stérilets

Différents types de stérilets

Un stérilet, ou dispositif intra-utérin (DIU), comprend une « tête » en plastique de forme variable et de petite taille (n'excédant pas celle d'une pièce de deux euros), munie de deux fils de retrait (qui, lorsque le dispositif est en place, dépassent légèrement du col de l'utérus). Son action contraceptive se fonde sur le fait que sa présence dans l'utérus empêche la nidation (implantation de l'ovule fécondé dans la paroi utérine) ; il contient, en outre, du cuivre ou une hormone (progestérone) qui renforcent son efficacité.

Encyclopédie Encarta

Robert Estall/Corbis

[Agrandir](#)

Le stérilet, ou dispositif intra-utérin, agit surtout sur la muqueuse de l'utérus autour de lui, en empêchant l'implantation de l'ovule fécondé. De forme diverse (serpentin, en T, etc.), il est en métal ou en plastique, et contient soit du cuivre, soit de la progestérone. Il est mis en place dans l'utérus par le médecin, pour une durée de dix-huit mois à six ans, selon le modèle.

L'indice d'échec est de l'ordre de 0,5 à 2. Des douleurs, des règles abondantes sont parfois les effets indésirables de ces dispositifs intra-utérins. Il y a en outre un risque accru d'infection pelvienne, pouvant dans certains cas conduire à une stérilité ; c'est pourquoi on les déconseille aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Il existe un autre effet secondaire, grave mais rare, qui est celui de perforation de la paroi utérine.

4.

CONTRACEPTIONS CHIMIQUES

Les contraceptifs oraux, ou hormonaux, sont communément appelés « pilule ». Les produits les plus usuels contiennent un œstrogène et un progestatif (*voir* Progestérone), d'où leur autre dénomination d'œstroprogestatifs. Il est possible aussi d'employer un progestatif seul.

Le mode d'action principal des œstroprogestatifs est le blocage de l'ovulation. Plus précisément, ils empêchent la sécrétion par l'hypophyse des hormones qui stimulent normalement l'ovaire (*voir* menstruation).

Leur efficacité est très élevée, l'indice de Pearl étant d'environ 0,1. Il existe de nombreuses enquêtes épidémiologiques qui montrent que les femmes âgées de plus de trente-cinq ans, et surtout celles qui fument beaucoup, ne devraient pas prendre la pilule en raison des risques accrus de troubles cardio-vasculaires (hypertension artérielle, phlébite, embolie, infarctus du myocarde, etc.), d'autant plus que la pilule favorise également le diabète et l'excès de cholestérol. Il existe néanmoins des produits très faiblement dosés, qui présentent des risques moindres, mais dont l'efficacité contraceptive est réduite s'ils ne sont pas pris à heure fixe. En revanche, aucune étude n'a démontré l'existence de corrélation entre la prise de la pilule et le développement d'un cancer ; les risques de cancers ovarien et utérin seraient même amoindris chez les femmes prenant la pilule en raison du suivi gynécologique dont elles bénéficient.

D'autres méthodes de contraception hormonale sont apparues au début des années 2000 : le patch contraceptif, mensuel, se présentant sous la forme d'un timbre à coller sur le bas du ventre, et l'implant contraceptif, petite baguette insérée — sous anesthésie locale — sous la peau, au niveau de la face interne d'un bras, d'une durée de vie de trois ans. Ces deux dispositifs, qui diffusent des hormones, présentent le même mode d'action que la pilule et un taux d'efficacité similaire.

Enfin, la « pilule du lendemain » est un contraceptif d'urgence, à prendre dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. Empêchant la nidation (implantation de l'œuf fécondé dans la paroi de l'utérus), elle est d'autant plus efficace qu'elle est prise rapidement après le rapport protégé ; elle n'a aucun effet si la nidation a déjà eu lieu. L'efficacité globale de la pilule du lendemain est assez élevée (elle présente un taux d'échec d'environ 25 p. 100).

5.

CONTRACEPTIONS TRADITIONNELLES

Qualifiées aussi de naturelles, les contraceptions traditionnelles se présentent sous deux formes. Le coït interrompu, la plus ancienne des contraceptions, est en fait difficile à appliquer et présente un taux d'échec élevé. L'abstinence périodique consiste à s'abstenir de tout rapport pendant la période fertile de la femme, laquelle est connue selon différentes méthodes, dont aucune n'est totalement fiable. L'ancienne « méthode Ogino » se servait d'un calcul basé sur la date des règles. Dans la « méthode des températures », on établit les prévisions en surveillant chez la femme l'augmentation de la température corporelle, qui annonce l'ovulation. On peut la combiner à une méthode voisine, basée sur les modifications

au cours du cycle, de la glaire cervicale (sécrétion venant du col de l'utérus). Toutes ces méthodes ont une efficacité mal connue, mais faible dans l'ensemble, et conviennent surtout aux couples qui ne recherchent pas une protection parfaite mais simplement un espacement des naissances dans la famille, par opposition à la contraception pure.