Faut-il une contraception à la ménopause ? Non.

Faut-il une contraception en préménopause ? Oui.

La **ménopause** naturelle est l’arrêt spontané des périodes menstruelles, en l’absence de grossesse ou de pathologie. C’est un phénomène bien connu mais en fait étudié depuis peu : pour l’anecdote, aucun mot précis ne la définit en japonais traditionnel !

Elle survient *en moyenne* à 51,4 ans, modulée par des facteurs génétiques et, notamment, le tabagisme. La prise de contraceptifs n’a pas d’influence mais peut rendre le diagnostic difficile.

**Une contraception est inutile dès que la ménopause est installée**, après un an sans règle. Elle est le reflet de la disparition des follicules ovariens ou de leur arrêt. Il n’y a donc aucun risque de grossesse, même si un traitement hormonal substitutif est prescrit et provoque de nouvelles règles.

La **préménopause** est une période de durée variable, 4 ans*en moyenne*, qui précède la ménopause et se caractérise souvent par des cycles menstruels irréguliers.

La possibilité de grossesse est de 6 % par mois à 40 ans, de 1 % vers 48 ans.

Cependant, une grossesse au-delà de 45 ans comporte un risque accru de malformation chromosomique, fausse couche, diabète, hypertension artérielle, naissance prématurée.

**Une contraception reste donc indispensable en préménopause**.

Les *méthodes d’observation* du cycle sont peu sûres: cycle irrégulier, ovulation décalée, marge de sécurité.

Les*méthodes de barrière* (préservatif, diaphragme, spermicide) restent incertaines (2 à 25 % d’échec) de même que le *rapport interrompu* (5 à 19 % d’échec).

La meilleure contraception reste la *pilule* sous ses différentes formes.

Mais, avec l’âge, l’augmentation des risques cardio-vasculaires peut faire conseiller le *stérilet* (au cuivre : risque de 0,8 % par an; hormonal : 0,2 %) ou la vasectomie (de préférence à la stérilisation féminine).

Tout cela doit être discuté et choisi personnellement en consultation. Parlez-en !