**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER**
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2019 2019 TOU3 1142

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
## SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

**Marine GASCOIN**

Le 7 Novembre 2019

# FREINS DES PATIENTES A L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX EN PREMIERE CONTRACEPTION, DE NOS JOURS.

Directeur de thèse : Dr Thierry BRILLAC

**JURY :**

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur Pierre MESTHE** | **Président** |
| **Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur Michel Bismuth** | **Assesseur** |
| **Madame le Docteur Sandra COSTES** | **Assesseur** |

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER**
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2019 2019 TOU3 1142

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
## SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

**Marine GASCOIN**

Le 7 Novembre 2019

# FREINS DES PATIENTES A L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS HORMONAUX EN PREMIERE CONTRACEPTION, DE NOS JOURS.

Directeur de thèse : Dr Thierry BRILLAC

**JURY :**

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur Pierre MESTHE** | **Président** |
| **Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur Michel Bismuth** | **Assesseur** |
| **Madame le Docteur Sandra COSTES** | **Assesseur** |

# TABLEAU du PERSONNEL HU

## des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

## au 1er septembre 2018

## Professeurs Honoraires

| | |
|---|---|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ALBAREDE Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe |
| Professeur Honoraire | M. CARATERO Claude |
| Professeur Honoraire | M. CARLES Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHABANON Gérard |
| Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHAP Hugues |
| Professeur Honoraire | M. CHAVOIN Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER Nicolas |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE Michel |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE Henri |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. |
| Professeur Honoraire | M. FABIÉ Michel |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. FOURTANIER Gilles |
| Professeur Honoraire | M. FRAYSSE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques |
| Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard |
| Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME Yves |
| Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. LARENG Louis |
| Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Yves |
| Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. OLIVES Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER Georges |
| Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. PUEL Pierre |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. REGIS Henri |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. SIMON Jacques |
| Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. THOUVENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. TREMOULET Michel |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. VAYSSE Philippe |
| Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |

# Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex** — **Doyen : D. CARRIE**

## P.U. - P.H.
### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|---|---|
| M. ADOUE Daniel (C.E) | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion |
| Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVIALLE Paul (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT David | Neurologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophtalmologie |
| M. GAME Xavier | Urologie |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition |
| M. LAUWERS Frédéric | Anatomie |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine Interne |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. MALAVAUD Bernard | Urologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU Bruno | Maladies Infectieuses |
| M. MAZIERES Julien | Pneumologie |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie |
| Mme MOYAL Elisabeth | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie |
| M. OSWALD Eric | Bactériologie-Virologie |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE Jérémie | Neurologie |
| M. PARINAUD Jean (C.E) | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PAUL Carle | Dermatologie |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique |
| M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. PERON Jean-Marie | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. PERRET Bertrand (C.E) | Biochimie |
| M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie |
| M. RECHER Christian | Hématologie |
| M. RISCHMANN Pascal | Urologie |
| M. RIVIERE Daniel (C.E) | Physiologie |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépato-Gastro-Entérologie |

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

## P.U. - P.H.
### 2ème classe

| | |
|---|---|
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. BONNEVIALLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. BUREAU Christophe | Hépato-Gastro-Entéro |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence |
| M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie |
| Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| Mme TREMOLLIERES Florence | Biologie du développement |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

## P.U. - P.H.
### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|---|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie |
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice | Thérapeutique |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR Nassim | Néphrologie |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophtalmologie |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. OTAL Philippe | Radiologie |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ Patrick | Nutrition |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive |
| Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie |
| Mme URO-COSTE Emmanuelle | Anatomie Pathologique |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie |

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. STILLMUNKES André

## P.U. - P.H.
### 2ème classe

| | |
|---|---|
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique |
| M. HUYGHE Eric | Urologie |
| Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. SOLER Vincent | Ophtalmologie |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. YSEBAERT Loic | Hématologie |

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre

**Professeur Associé en Pédiatrie**

Mme CLAUDET Isabelle

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

### M.C.U. - P.H.

| | |
|---|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophtalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVAIGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| Mme DE MAS Véronique | Hématologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDI Safouane | Biochimie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

Mme DUPOUY Julie

### M.C.U. - P.H

| | |
|---|---|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| Mme CAUSSE Elizabeth | Biochimie |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE Jill | Hématologie |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MIEUSSET Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel

Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

| | |
|---|---|
| Dr FREYENS Anne | Dr BIREBENT Jordan |
| Dr IRI-DELAHAYE Motoko | Dr BOURGEOIS Odile |
| Dr CHICOULAA Bruno | Dr LATROUS Leila |

FEVRIER 2019

# REMERCIEMENTS :


## Au Président du jury,

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce travail, et merci du soutien que vous m'avez apporté à chacun de nos échanges.

## A mon directeur de thèse,

**A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC,**

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner pendant cette année et demie de travail. Merci pour votre temps, vos conseils et votre gentillesse qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

## Aux membres du jury,

**A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,**

Je vous remercie de l'intérêt et du temps que vous avez consacré à mon travail en acceptant de faire partie de ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

**A Madame le Docteur Sandra COSTES,**

Je te remercie pour l'attention que tu as portée à mon travail en acceptant de participer à mon jury de thèse. Merci également pour ton accompagnement et ta bienveillance lors de mon stage à tes côtés.

## A mes maîtres de stage,

Merci pour votre accueil, votre enseignement et tous ces moments passés à vos côtés qui ont fait de moi le médecin que je serai demain et dont je suis fière.

Merci à l'équipe des urgences du CH de Montauban, aux docteurs Sandrine Sourdet, Lara Steinmeyer, Céline Carassus, Georgetta Virtopeanu, Marc Couradet, Christian Fabié, Jean-Marc Huyghe, Michel Dutech, Emmanuel Labarthe et Gérard Demouix.

**A Lara VOLLE-COUDERC,**

Ce médecin de demain je le serai à tes côtés et quel honneur. Merci pour tellement de choses. Merci de m'avoir si bien accueillie à tes côtés, merci de m'avoir enseigné tes plus grandes qualités : l'écoute et l'empathie. Merci d'avoir illuminé mes journées de stage même quand ma vie familiale en pleine construction venait s'en mêler. Merci de m'avoir fait entrer dans ta vie et d'occuper aujourd'hui une place si grande dans la mienne. Ce stage a changé ma vie ! A toutes ces années qui nous attendent, j'ai hâte.

**A Maïlis BRIOLE,**

Je te remercie d'avoir été cette tutrice qui a pris le temps, qui m'a écoutée et m'a tant aidée pour faire naître ce projet de thèse. Merci pour ces réflexions, ces remises en question, et l'aboutissement de cette question de recherche grâce à tes conseils.

**A Jean-Pierre ALLIAS,**

Je te remercie de me faire confiance en acceptant de me laisser reprendre les rênes de ta patientèle. Mais surtout merci d'avoir tout mis en œuvre et de continuer à le faire pour permettre la meilleure des passations. Je suis honorée et ravie de pouvoir te succéder et espère être à la hauteur de tes espérances.

**A Raphaëlle MULQUIN et Christelle BRUNET,**

Merci les filles pour votre gentillesse et votre investissement dans mon stage. Ces six mois à vos côtés ont été très agréables et instructifs.

## A mon entourage,

**A mes parents,**

L'histoire raconte que sans eux je serais devenue coiffeuse …
Merci de m'avoir tant accompagnée et soutenue de la première à la dernière minute de ces études, et de toutes les autres minutes de nos vies que nous partageons. Tous ces moments glorieux (52, 52, 52 !!!) ou moins (une histoire de clé cassée), tout ce soutien et cet amour que vous m'avez donnés. Tant d'autres choses à dire mais bon vous le savez déjà. Cette famille que vous avez construite (pas sans mal) pour m'accompagner a fait de moi cette femme qui se tient devant vous aujourd'hui et qui vous sera éternellement reconnaissante.
MERCI

**A mon papy,**
Lui qui aurait dû être au premier rang, les yeux remplis de larmes et de fierté. Lui que j'aurais aimé serrer dans mes bras avant le début de ma soutenance pour faire le plein de confiance et d'amour. A lui qui a toujours su que j'y arriverai, qui a toujours parlé de sa petite fille, son trésor comme personne d'autre. A toutes ces danses que l'on a partagées, toutes ces histoires racontées au petit-déjeuner dans le lit, à cette moustache légendaire. A toi mon papy qui est parti alors que je n'étais pas prête.

**A toute ma famille,** qui a toujours été là pour moi, Merci.

**A mon petit monstre,**
Toi qui es arrivé en plein milieu de l'aventure de l'internat de médecine. Toi qui as su te faire assez discret pour ne pas m'empêcher de continuer d'apprendre en stage jusqu'au dernier moment. Toi qui as égayé mes soirées et week-end quand les études pesaient trop. Toi qui as beaucoup beaucoup dormi cet été pour permettre à maman de rédiger son mémoire et sa thèse. Toi qui depuis que tu es là, as changé ma façon de voir les parents et les enfants en consultation. Merci Marius d'être le petit bout de garçon que tu es.

**A mon binôme de médecine,**
Ma plus grande déception aura été ces 3 années d'internat loin de toi. Depuis 8 ans que nous partageons tout : des téléthons de la corpo, aux heures de plante verte pendant les stages d'externe, aux colles ennuyeuses auxquelles tu étais beaucoup plus assidue que moi et à toutes ces heures de discussion à refaire le monde, nos couples et à rire. A toi la marraine de

mon fils, la future maman magnifique, la future pédiatre exceptionnelle et surtout à toutes les années que nous allons encore partager.
Merci de m'avoir toujours tirée vers le haut. Et thank you pour ton aide dans mon travail de thèse.

**A cette bande de fou,**

A Poliche ma fille adoptive ;

A Féfé et sa répartie légendaire ;

A Jordy mon épaule pour me plaindre, ma béquille pour les soirées, mes bras pour les téléthons, mon grand frère pendant ces 8 années ;

A Mathou la plus drôle des blondes ;

A Léa (OMG elle est citée deux fois … soyez pas deg) ;

A ces heures interminables à la BU qui nous ont menés à nos postes actuels. Sans vous les études auraient été bien fades et la vie aussi d'ailleurs. Merci pour ce nombre incalculable de fou-rires et de fausses routes et pour tout ce que vous m'avez apporté pendant ces 8 années passées à vos côtés.

**A lui,**

Merci ! Merci d'être entré dans ma vie et d'y être resté surtout. Merci de m'avoir soutenue quand en D1 je ne voulais plus travailler et ne faire que de l'associatif, quand en D2 et D3 je n'en pouvais plus de la condition d'externe ou quand je faisais mes premiers pas dans le monde médical, quand en D4 tu me piquais mon téléphone pour être sûr que je travaillais, quand tu m'as entretenue pendant 3 ans car effectivement c'était pas avec 200 € par mois que j'allais prendre mon indépendance, quand j'ai failli devenir schizophrène au moment de définir ma vie par un clic sur la bonne spécialité médicale, et surtout merci pour chaque fois où je t'ai poussé à être toujours plus présent dans ma vie et où tu m'as toujours suivie, presque les yeux fermés. Cette thèse est telle qu'elle est aussi grâce à toi et ton envie absolue de m'aider concrètement dans ce travail. Ne parlons pas du rendu exceptionnel de mon mémoire grâce à tes talents d'informaticien. Pour ces 7 années passées et les 100 à venir Merci !

# Table des matières

INTRODUCTION : 2

MATERIEL ET METHODES : 4

1. Type : 4
2. Population : 4
3. Recrutement : 4
4. Questionnaire : 4
5. Saisie et Analyse des données : 5

RESULTATS : 6

1. Questionnaires : 6
2. Caractéristiques de la population : 6
3. La contraception en général : 8
4. Les Freins : 10

DISCUSSION : 16

1. Forces et Limites de l'étude : 16
2. Les Freins à la contraception hormonale : 17
3. La contraception et les femmes : 28
4. Perspectives : 31

CONCLUSION : 32

BIBLIOGRAPHIE : 33

ANNEXES 37

Annexe 1 – Questionnaire : 37

Annexe 2 – Autorisation Parentale : 40

Annexe 3 – Tableaux Résultats : 41

Annexe 4 – Discussion : 45

# INTRODUCTION :

Alors que le schéma de l'utilisation des contraceptifs, au cours de la vie d'une femme, semblait figé depuis plusieurs décennies, on voit un changement s'installer progressivement ces dernières années. En France, on observait très nettement un modèle contraceptif se transmettre au fil des générations avec : l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, un passage à la pilule lors de la stabilisation de la vie conjugale et enfin un recours aux dispositifs intra-utérins (DIU) une fois que les femmes avaient eu leurs enfants. Mais depuis quelques années, le profil contraceptif des femmes semble évoluer.

Depuis la loi Neuwirth (1967) légalisant la contraception, le pourcentage de femmes utilisant la pilule était en progression permanente. L'enquête Fecond 2010 (1) montre que cette tendance s'inverse pour la première fois au début des années 2000, parallèlement à la mise sur le marché de l'anneau vaginal, de l'implant et du patch contraceptif. En 2012, le marché des pilules contraceptives est touché par le débat médiatique des pilules de 3ème et 4ème génération. Celui-ci aboutira au déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération. L'enquête Fecond 2013 (2) a montré qu'une femme sur cinq avait changé de moyen de contraception à la suite de ce débat médiatique. La décroissance de la proportion de femmes utilisant la pilule s'est donc poursuivie entre 2010 et 2013. En 2016 dans son Baromètre de santé sur la contraception (3), l'INPES confirme le recul du recours à la pilule contraceptive entre 2013 et 2016.

Cependant même si le profil contraceptif des femmes change, celles-ci ne se détournent pas pour autant de la contraception. En effet, la proportion de femmes entre 15 et 49 ans n'utilisant pas de contraception reste stable entre 2013 et 2016. Il y a donc un phénomène de report vers les autres moyens de contraception. L'INPES rapporte également que le profil contraceptif français évolue, mais qu'en 2016 la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes.

Depuis plusieurs années, la société française connaît l'effet de mode du « tout naturel », de l'utilisation de produits « sains, naturels et écologiques ». Les patients sont de plus en plus vigilants vis-à-vis des produits qu'ils consomment, y compris les produits pharmaceutiques. On constate un certain rejet de la médicalisation par peur des effets néfastes des médicaments. Il n'est donc pas rare d'entendre en consultation « *je ne veux*

*pas prendre d'hormones, ce n'est pas naturel* » ou encore « *je ne veux pas une contraception avec des hormones, mais une naturelle non dangereuse pour le corps* ».

Face à ces différentes constatations, je me suis interrogée sur les réelles craintes que pouvaient avoir les patientes face à l'utilisation de la pilule et plus généralement des contraceptifs hormonaux. Plus particulièrement chez les femmes de moins de 30 ans, qui sont peu influencées par leurs expériences contraceptives.

L'objectif de cette thèse est donc de mettre en évidence les freins des patientes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux en première contraception de nos jours. Secondairement, je m'intéresserai au possible lien entre l'âge ou la catégorie socio-professionnelle des patientes et les différents freins évoqués.

# MATERIEL ET METHODES :

## 1. Type :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, menée à l'aide de questionnaires distribués à des patientes de Haute-Garonne entre février 2019 et mai 2019.

## 2. Population :

Le questionnaire était destiné aux femmes de 15 à 28 ans inclus. Le seul critère d'inclusion de la population était l'âge. La limite de 15 ans a été fixée par l'âge de la majorité sexuelle. Celle de 28 ans correspond à l'âge moyen de la première grossesse en France.

## 3. Recrutement :

Les questionnaires ont été distribués par les médecins généralistes du cabinet Michelet à Auterive, du cabinet de Saint-Léon, de la MSP-U la Providence à Toulouse, du cabinet des Tilleuls à Roques sur Garonne, du centre médical des Vitarelles à Lespinasse, du cabinet de Donneville et par deux sages-femmes Me Dufaud Laetitia à Saint-Orens et Me Bombardier Annabelle à Auterive. Ils étaient proposés aux femmes par les professionnels de santé au cours des consultations, quel qu'en soit le motif.

## 4. Questionnaire :

Le questionnaire a été distribué en version papier, il contenait sur une feuille recto-verso et ne demandait pas plus de 5 à 7 minutes pour être rempli.

Celui-ci comportait trois parties.

La première correspondait aux caractéristiques générales des patientes (âge, profession), la contraception qu'elles utilisaient actuellement et celles prescrites auparavant, ainsi que leurs antécédents obstétricaux (nombre de grossesse menées à terme, nombre

d'interruption volontaire de grossesse ou de fausses couches). C'était la seule partie du questionnaire à contenir des questions à réponses ouvertes.

La deuxième partie concernait la contraception en générale : comment les patientes se renseignent sur la contraception, est ce qu'elles sont satisfaites par leur contraception, et est ce qu'elles pensent que les contraceptifs sont dangereux pour la santé. J'interrogeais aussi les patientes sur leurs connaissances des contraceptifs hormonaux, en leur demandant quels contraceptifs contiennent des hormones.

Enfin la troisième partie était centrée sur les réticences des femmes à l'utilisation d'une contraception hormonale lors des premières prescriptions. La question était posée sous forme de tableau avec un listing de 16 freins. Pour réaliser ce tableau j'ai repris les freins des patientes vis-à-vis de la contraception déjà évoqués dans la littérature.

Avant la distribution, le questionnaire a été testé par 7 femmes représentants chaque tranche d'âge de ma population cible (15-18, 18-25, 25-28), afin de m'assurer de la bonne compréhension des questions et de la durée du questionnaire.

*(Voir Annexe 1 – Questionnaire)*

Les questionnaires étaient anonymes. Dans le cas des mineurs, une autorisation parentale était demandée.

*(Voir Annexe 2 – Autorisation parentale)*

## 5. Saisie et Analyse des données :

Les données ont été saisies dans le logiciel Microsoft Excel en suivant la trame du questionnaire.

L'ensemble des réponses a été reporté et trié dans des tableaux. Les résultats des variables qualitatives ont été exprimés en effectifs et pourcentages, et les résultats des variables quantitatives en moyennes et écarts-types.

# RESULTATS :

## 1. Questionnaires :

Durant les 4 mois de recrutement, 199 questionnaires ont été récupérés dont 196 étaient exploitables. 2 questionnaires étaient trop peu remplis pour pouvoir les sélectionner et 1 provenait d'une mineure et n'était pas accompagné de l'autorisation parentale.

La population étudiée comportait donc 196 femmes.

## 2. Caractéristiques de la population :

La première partie du questionnaire, nous permettait de mieux connaître les patientes sur la plan administratif, socio-professionnel et gynécologique.

*Tableau 1 – Caractéristiques de la population*

| CARACTERISTIQUES | POPULATION ETUDIEE | |
|---|---|---|
| | EFFECTIF (n = 196) | POURCENTAGE |
| **Age :** | | |
| 15-18 ans | 29 | 14.8 % |
| 19-24 ans | 98 | 50.0 % |
| 25-18 ans | 69 | 35.2 % |
| Moyenne | 21.1 ans | |
| **Catégorie Socio-professionnelle :** | | |
| Agriculteurs | 0 | 0 % |
| Artisans, commerçants, chef d'entreprise | 9 | 4.6 % |
| Cadres, professions intellectuelles supérieures | 17 | 8.7 % |
| Professions intermédiaires | 13 | 6.6 % |
| Employés | 61 | 31.1 % |
| Ouvriers | 0 | 0 % |
| Étudiants | 79 | 40.3 % |
| Chômeur, sans profession | 17 | 8.7 % |
| **Contraception actuelle :** | | |
| Pilule | 115 | 58.7 % |
| Préservatif | 9 | 4.6 % |
| Dispositif intra-utérin | 15 | 7.7 % |
| Implant | 8 | 4.1 % |
| Patch | 2 | 1.0 % |
| Anneau | 1 | 0.5 % |
| Aucune | 46 | 23.5 % |
| Autre | 1 | 0.5 % |
| **Contraception antérieure :** | | |
| Pilule | 119 | 60.7 % |
| Préservatif | 48 | 24.5 % |
| Dispositif intra-utérin | 12 | 6.1 % |
| Implant | 13 | 6.6 % |
| Patch | 3 | 1.5 % |
| Anneau | 2 | 1.0 % |
| Aucune | 49 | 25.0 % |
| Autre | 0 | 0 % |
| **Gestité :** | 35 | 18.4 % |
| **Parité :** | 39 | 19.9 % |

On note donc que 77 % de la population étudiée utilise un moyen de contraception qu'il soit hormonal ou non.

## 3. La contraception en général :

### a. Contraceptifs hormonaux :

Lorsqu'on interroge les patientes sur leurs connaissances des contraceptifs contenant des hormones, 95,4 % (n=187) d'entre-elles citent la pilule. En deuxième position on trouve l'implant coché à 79,1 % (n=155), puis le patch à 65,8 % (n=129), le DIU à 57,1 % (n=112) et l'anneau à 29,6 % (n=58).

Les dispositifs non hormonaux proposés dans le questionnaire, sont mentionnés à des taux très bas comme contenant des hormones : stérilisation 4.1 % (n=8), préservatif féminin 1.5 % (n=3), préservatif masculin 0.5 % (n=1).

Sur les 196 questionnaires exploités, seulement 3 ont désigné la pilule, l'implant, le DIU, le patch et l'anneau comme moyen de contraception hormonal.

### b. Recueil des informations :

Pour recueillir des informations sur la contraception, les femmes se tournent préférentiellement vers leur gynécologue à 68,4 % (n=134) et leur médecin généraliste à 64,8 % (n=127).

Les femmes se renseignent aussi beaucoup via la famille pour 53 % (n=104) d'entre-elles et les amis dans 41,8 % (n=82) des cas. Enfin internet occupe bien sûr une place importante, 44,9 % (n=88) des femmes l'utilisent pour s'informer sur la contraception.

Les autres propositions sont citées dans moins de 15 % des cas : les infirmiers scolaires/universitaires 14,8 % (n=29), le centre départemental de planification et d'éducation familiales 13,8 % (n=27), les revues 10,7 % (n=21).

c. Satisfaction et Dangerosité :

Sur les 196 patientes questionnées 160 utilisent une contraception. Lorsqu'on les interroge sur leur satisfaction vis à vis de leur moyen de contraception, 82,5 % (n=132) des femmes disent être satisfaites.

Parallèlement, nous nous sommes intéressés à l'opinion des femmes sur le danger pour leur santé que représente la prise régulière d'un contraceptif.

*Tableau 2 – La contraception est-elle dangereuse pour la Santé ?*

| | Sentiment de Dangerosité | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | |
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Contraception en général | 59 | 30.4 % | 135 | 69.6 % |
| Contraception hormonale exclusivement | 57 | 29.5 % | 136 | 70.5 % |
| Pas de danger du tout (comprenant celles ayant répondu non aux deux questions) | 76 | 39.8 % | 115 | 60.2 % |

Notons que 2,6 % (n=5) d'entre-elles n'ont pas émis d'avis sur la dangerosité.

Si on croise ces résultats, on constate que 37,5 % (n=60) des femmes qui ont dit être satisfaites par leur contraception, considèrent qu'elle n'est pas dangereuse pour la santé. Cependant pour 43,8 % (n=70) des femmes disant être satisfaites, la contraception est ressentie comme dangereuse pour leur santé.

## 4. Les Freins :

### a. Dans la population étudiée :

Afin de repérer les freins des patientes à la prise d'une contraception hormonale en première contraception, le questionnaire proposait un tableau contenant 16 freins. Ceux-ci représentaient les freins les plus fréquemment retrouvés dans la littérature.

L'item le plus cité et arrivant largement en tête est le poids. 144 femmes, soit 73,5 % d'entre-elles, ont peur de prendre du poids en utilisant une contraception hormonale.

En deuxième c'est l'acné qui revient le plus souvent, item coché par une femme sur deux (50 %, n=98). Puis les troubles de l'humeur sont évoqués par 43,9 % (n=86) des femmes interrogées.

On retrouve ensuite avec des taux proches : les cancers hormono-dépendants 36,7 % (n=72), les troubles de la libido 34,7 % (n=68), les spottings 33,7 % (n=66), les thromboses veineuses profondes et troubles thrombo-emboliques 33,2 % (n=65) et la présence d'hormones 31,1 % (n=61).

Un peu plus d'une femme sur quatre (26,5 %, n=52) pense qu'il est nécessaire de consulter un gynécologue pour obtenir une contraception hormonale et évoque cette cause comme étant une réticence à l'utilisation de celle-ci.

Ensuite les patientes ont cité les craintes de l'infertilité après l'arrêt du contraceptif (26 %, n=51), et de l'inefficacité du dispositif (24 %, n=47). Le frein de la vie sexuelle non adaptée à la contraception hormonale est évoqué par 38 femmes, soit 19,4 % d'entre-elles.

A des pourcentages plus bas on retrouve l'âge non adapté à ce type de contraception pour 8.2 % des femmes (n=16), le coût des contraceptifs hormonaux 7.7 % (n=15), les difficultés d'accès 3.1 % (n=6) et l'avis défavorable du partenaire 3.1 % (n=6).

Enfin seulement 10 femmes soit 5,1 % n'avaient aucune réticence à l'utilisation d'une contraception contenant des hormones.

b. En fonction des tranches d'âges :

*Voir Annexe 3 - Tableau 3*

a.i 15 – 18 ans :

Chez les plus jeunes, 15-18 ans, le poids, l'acné et les troubles de l'humeur restent en tête des craintes avec un taux respectif de 65,5 %, 62,1 % et 48,3 %.

Une patiente sur deux (48,3 %) évoque des réticences vis à vis de l'utilisation des hormones de synthèse contre 31,1 % dans l'ensemble de la population étudiée.

On note également que dans cette tranche d'âge, la peur de l'inefficacité du contraceptif hormonal est deux fois plus importante que sur l'ensemble des femmes questionnées (44.8 % contre 24 %).

La nécessité de consulter un gynécologue pour obtenir une contraception hormonale est plus élevée chez les 15-18 ans avec un taux de réponse de 37,9 %, versus 22 % chez les 24-28 ans.

Enfin une patiente sur trois (31 %) rapporte que ce mode de contraception ne leur semble pas adapté à leur vie sexuelle, alors que ce frein est beaucoup moins fréquent dans les autres tranches d'âge (20 % et 12 %).

a.ii 19 – 24 ans :

Dans cette tranche d'âge, le poids apparaît aussi en frein principal avec un taux de 74 %, largement devant l'acné cité à 47 %. Les femmes évoquent ensuite la crainte des troubles de l'humeur à 43 %.

Les valeurs retrouvées pour les différents freins sont proches de ceux retrouvés dans l'ensemble de la population étudiée.

a.iii 25 – 28 ans :

La réticence la plus évoquée par les femmes reste le poids avec un taux de 75 %.

En revanche on retrouve ensuite au même niveau la crainte de l'acné et des troubles de la libido cités à 49 %. Les troubles de la libido sont donc considérés comme un frein très important chez les 25-28 ans alors qu'ils l'étaient beaucoup moins notamment chez les 15-18 ans (7 %).

Enfin 45 % des patientes de cette tranche d'âge ont peur de développer un cancer hormono-dépendant en prenant une contraception hormonale, versus 30 % chez les 19-24 ans.

### c. En fonction de la catégorie socio-professionnelle :

*Voir Annexe 3 - Tableau 4*

#### a.i Artisans, commerçants, chefs d'entreprise :

Neuf femmes de notre échantillon appartenaient à cette catégorie socio-professionnelle.

Sa particularité, en comparaison des résultats dans l'ensemble de la population étudiée, est que la crainte des cancers hormono-dépendants arrive en deuxième position avec un taux de réponse de 67%.

On observe également que la réticence vis-à-vis de la présence d'hormones est la plus importante dans ce sous-groupe avec un taux de 56 %, ex-æquo avec l'acné.

Enfin près d'une femme sur deux (44%) a évoqué la peur d'une stérilité post-utilisation de contraceptifs hormonaux.

#### a.ii Cadres et professions intellectuelles supérieures :

Cette classe professionnelle contient dix-sept questionnaires.

On retrouve en tête de liste le frein de la prise de poids mentionnée dans 59% des cas, puis les troubles de la libido à 47 %, l'acné et les troubles de l'humeur à 41 %.

On observe surtout que dans l'ensemble de la population étudiée les freins sont cités majoritairement à plus de 25 % alors que dans cette catégorie 10 freins sur 16 sont inférieurs à 25 %.

De plus, le pourcentage de patientes ne présentant aucun frein vis-à-vis de la contraception hormonale est deux fois plus élevé, 12% contre 5 % sur l'ensemble des femmes.

### a.iii Professions intermédiaires :

Treize questionnaires recueillis appartenaient à cette catégorie.

Comme pour les « artisans, commerciaux et chefs d'entreprises », la crainte de développer des cancers hormono-dépendants arrive en deuxième position, avec un taux qui atteint les 70 %.

Les troubles thrombo-emboliques veineux sont eux aussi beaucoup plus cités que dans l'ensemble de la population étudiée, 54 % versus 33 %.

### a.iv Employés :

Près d'un tiers des femmes de l'étude appartenait à cette catégorie professionnelle (n=61).

On observe donc une répartition sensiblement proche de celle de toutes les femmes interrogées. Le poids arrive en tête 75 %, puis vient le frein de l'acné 51 %, les troubles de l'humeur 49 %, les troubles de la libido 39 % et les spottings 48 %.

La réticence de devoir consulter un gynécologue pour se faire prescrire un contraceptif hormonal est présente dans 28 % des cas, ce qui est similaire à l'échantillon mais notons qu'il arrive en cinquième position et semble donc plus préoccupant que les autres freins.

### a.v Etudiants :

C'est la catégorie socio-professionnelle comportant le plus de questionnaires : 79.

Le poids et l'acné avec des valeurs respectives de 69 % et 48 % sont les craintes les plus représentées.

Contrairement à la population étudiée, les cancers hormono-dépendants arrivent en troisième position à 41 % et les troubles thrombo-emboliques veineux font suite avec 39 %.

C’est parmi les étudiantes que l’on observe le taux le plus élevé du frein vis-à-vis de la nécessité de consulter un gynécologue 30.4 %.

#### a.vi Sans emploi :

Dans ce sous-groupe qui contient 17 personnes, on constate que la prise de poids et l’acné sont toujours les deux principales craintes à 65 % et 59 %.

C’est ensuite la peur de la stérilité post-utilisation qui est évoquée le plus souvent, dans 41 % des questionnaires.

La peur de l’inefficacité des contraceptifs hormonaux obtient son plus gros pourcentage dans cette catégorie socio-professionnelle avec 35 %.

Enfin comme pour les « cadres et professions intellectuelles supérieures », le pourcentage de patientes ne présentant aucun frein vis-à-vis de la contraception hormonale est deux fois plus important que dans l’échantillon étudié (12%).

### d. <u>En fonction de la satisfaction du moyen de contraception :</u>

*Voir Annexe 3 - Tableau 5*

Nous avons ensuite comparé les freins des femmes en créant deux sous-groupes : celles rapportant être satisfaites par leur contraceptif et celles n’étant pas satisfaites. On observe que les mêmes craintes sont évoquées en tête : poids (75 % et 71.4 %), acné (47.7 % et 67.9 %) et troubles de l'humeur (36.6 % et 64.3 %).

Cependant on remarque que les pourcentages sont bien plus importants dans la catégorie des femmes non satisfaites par leur contraception.

Il en va de même pour les autres freins, 10 d'entre eux sont exprimés à un taux supérieur à 35 % dans le sous-groupe non satisfaites, alors que seulement 3 dans le sous-groupe satisfaite et 5 dans l'ensemble de la population étudiée.

Enfin on note que dans les femmes disant ne pas être satisfaites de leur contraception aucune n'a répondu « aucun frein ».

e. <u>En fonction de la gestité et de la parité :</u>

*Voir Annexe 3 - Tableau 6*

Les différences sont moins importantes en termes de pourcentage entre les catégories : patientes avec enfants, patientes ayant eu des grossesses non menées à terme ou patientes sans grossesse.

On note essentiellement que les femmes qui sont déjà tombées enceintes ont évoqué les mêmes freins en tête : poids, acné, troubles de l'humeur, spottings et troubles de la libido. Contrairement aux patientes sans antécédent de grossesse, qui semblent plus réticentes vis-à-vis des risques de cancer hormono-dépendants ou de troubles thrombo-emboliques veineux.

Enfin les craintes de l'inefficacité des contraceptifs et de l'infertilité post-utilisation, sont retrouvés à des taux plus élevés chez les femmes ayant eu des grossesses que dans l'ensemble de la population étudiée.

# DISCUSSION :

## 1. Forces et Limites de l'étude :

Sur les 196 questionnaires récoltés, seulement deux étaient incomplets, ce qui laisse penser que le questionnaire a été bien compris et facile à remplir.

Près d'un quart des questionnaires provenait de cabinets de sages-femmes, ce qui nous donne également des opinions de femmes n'étant pas suivies par le médecin généraliste pour la gynécologie.

La population recrutée était limitée sur le critère de l'âge entre 15 et 28 ans, âge de la majorité sexuelle et âge moyen de la première grossesse en France. Cela permettait de se focaliser sur les premières années de contraception d'une femme pour éviter le biais de l'expérience personnelle. En effet au fils des années, et notamment après les grossesses, les craintes des femmes vont être influencées par leurs expériences personnelles et par les recommandations médicales qu'elles auront entendues. Il semblait plus pertinent de s'intéresser aux freins des patientes à priori. C'est pour cela que les patientes étaient inclues qu'elles aient ou non un moyen de contraception. Cela permettait également d'éviter un certain nombre de biais de confusion.

La limite principale de cette thèse est le manque de représentativité de la population générale des femmes de 15 à 28 ans. En effet on constate dans les catégories socio-professionnelles qu'aucune ouvrière ou agricultrice n'a été recrutée. Cela vient en partie de la tranche d'âge sélectionnée, mais également du secteur restreint de Toulouse et sa banlieue proche, dans lequel les questionnaires ont été distribués. De même nous n'avons recruté que peu de mineurs sur les 196 questionnaires, alors que c'était la population qui était la plus intéressante car assurément dans les premières années de contraception. Deux explications justifient cette inégalité de recrutement. Tout d'abord le fait que les jeunes femmes de 15 à 18 ans consultent peu le médecin généraliste dans l'année. Peut-être qu'une distribution en septembre au moment des demandes de rédaction des certificats de non-contre-indication à la pratique sportive aurait été plus judicieuse. Ensuite, la nécessité de devoir faire remplir une autorisation parentale a été un frein également. Les patientes de cet âge viennent souvent seules en consultation, elles partent avec le questionnaire et la plupart du temps ne l'ont pas ramené. Et quand elles sont accompagnées, il m'a été rapporté par une adolescente qu'elle avait peur que si je dise à sa mère que je lui fais

remplir un questionnaire sur la contraception, elle comprenne qu'elle en utilise une alors que cette information était cachée. Cela les mettait mal à l'aise même si j'expliquais qu'il devait être rempli que la patiente prenne ou pas une contraception. Il a donc été plus difficile de recruter des mineures.

Enfin ces difficultés ont entraîné des sous-groupes inégaux, et l'analyse statistique en fonction des sous-groupes est donc difficilement interprétable.

## 2. Les Freins à la contraception hormonale :

L'objectif de cette étude était d'identifier les freins des patientes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux. Il en ressort que la prise de poids, l'acné et les troubles de l'humeur sont les trois craintes principales évoquées par les femmes. Les principaux freins des patientes concernent donc les effets indésirables bénins des contraceptifs hormonaux.

Deux problématiques apparaissent au vu de ces résultats. Tout d'abord, les craintes des patientes viennent s'opposer à celles des médecins qui concernent plutôt les effets indésirables graves : risques thrombo-emboliques, oncologiques. Les patientes citent le risque de cancers hormono-dépendants en 4ème position, mais malgré le débat médiatique des pilules de 3ème et 4ème génération, la crainte des troubles thrombo-emboliques n'arrivent qu'en 7ème position. Il existe donc une discordance entre les attentes des patientes et celles de leur médecin sur la définition d'un « bon » dispositif contraceptif. De plus le temps consacré, en consultation, aux effets secondaires bénins apparaît comme insuffisant pour les patientes. Pourtant l'adhésion à la méthode contraceptive des femmes semble étroitement liée à la présence ou non de ces symptômes. Les femmes rapportent avoir l'impression qu'ils sont sous-estimés et « sous-écoutés » par les professionnels de santé (5). Ceci peut conduire à la prescription d'une contraception qui semble adéquate pour le médecin, en fonction de ses représentations personnelles, sans forcément tenir compte de celles des femmes. Il en découlera un risque de mauvaise observance voire d'arrêt prématuré du contraceptif. Il y a donc un intérêt majeur à ce que le médecin s'adapte aux attentes et aux demandes de la patiente.

Dans un deuxième temps on constate que le marché de la contraception se développe et progresse, et pourtant les freins des patientes, vis-à-vis des contraceptifs hormonaux, restent inchangés. A chaque fois que les études s'intéressent aux réticences des patientes à utiliser une contraception hormonale, on retrouve en tête de liste les effets indésirables

bénins tels que la prise de poids, les spottings, la baisse de la libido, les troubles de l'humeur (4,5,6,7). Il semble donc que la communication vis-à-vis de ces freins ne soit pas claire ou pas suffisante pour les patientes.

Deux autres résultats m'ont interpellée dans ce travail. Au vu des discours tenus par les patientes en consultation, je m'attendais à un résultat plus élevé pour les réticences vis-à-vis des hormones. C'est même cette idée en particulier qui a fait naître mon projet de thèse, mais finalement elle n'arrive qu'en 8ème position. Enfin le deuxième résultat étonnant vient du taux du frein « consultation gynécologique ». Plus d'une femme sur 4 a évoqué la nécessité d'avoir recours à un gynécologue, comme une réticence à l'utilisation d'une contraception hormonale. Ce qui est encore plus surprenant c'est que le questionnaire a été distribué dans des cabinets où les médecins généralistes avaient une pratique de gynécologie assez développée.

Nous allons donc reprendre neufs des freins les plus cités, les uns après les autres afin de les comparer aux données actuelles de la science et d'obtenir des éléments de réponse à apporter aux patientes lorsqu'elles les évoquent en consultation.

### a. Le poids :

C'est le premier frein cité par les femmes à la prise d'une contraception hormonale peu importe la tranche d'âge ou la catégorie socio-professionnelle. Malgré l'évolution et la multiplicité des dispositifs contraceptifs, la prise de poids est toujours citée comme une réticence à la prise d'hormones (4,5,6,7). Plusieurs études se sont donc questionnées sur un lien de causalité entre la prise d'hormones et la prise de poids mais aucune preuve scientifique n'a pu être établie (8). Les contraceptifs oestro-progestatifs ou progestatifs seuls ont été étudiés séparément. L'analyse Cochrane *Combination contraceptives : effects on weight* (9) recense 49 essais qui comparent la prise de poids sous contraceptif oestro-progestatif versus placebo ou autre contraceptif. Aucune preuve d'un lien de causalité entre la prise d'une contraception oestro-progestative et une variation pondérale n'a pu être mise en évidence. Dans les analyses étudiant les contraceptifs progestatifs les données sont plus variées mais dans l'ensemble les études sont contradictoires (10). Dans l'analyse Cochrane *Progestin-only contraceptives : effects on weight* (11), les résultats sont peu concluants au vu de la qualité des preuves, cependant les prises de poids constatées à 6-12 mois sont le plus souvent inférieure à 2 kg. Et même si elles augmentent à 2 ou 4 ans elles restent non

significatives entre les différents groupes d'étude, ce qui ne permet donc pas de conclure à un lien de causalité. Il semblerait cependant que les injections d'acétate de médroxyprogestérone retard (DMPA) et l'utilisation de l'implant à l'Étonogestrel pourrait augmenter le risque de prise de poids mais pas de façon systématique (10,11). D'autres données semblent donc nécessaires pour statuer définitivement sur l'utilisation des contraceptions progestatives.

Malgré de nombreuses études ne démontrant aucune association entre l'utilisation des contraceptifs hormonaux et la prise de poids, cette crainte continue de se transmettre au fil des générations. Son omniprésence dans le discours des femmes prouve l'importance d'en discuter lors des consultations. En plus d'informer les patientes sur les réalités scientifiques de ce frein, les médecins peuvent également rappeler les règles hygiéno-diététiques permettant de lutter contre la prise de poids afin d'apporter un discours rassurant aux femmes.

b. L'acné :

L'acné est retrouvée comme étant un effet indésirable des contraceptifs hormonaux souvent évoqué par les femmes. Il est cité par une femme sur deux dans ma thèse. Pourtant les contraceptifs hormonaux sont également utilisés dans certaines indications pour lutter contre l'acné (12). L'effet des hormones contraceptives sur l'acné est donc variable en fonction des femmes ainsi que des hormones utilisées (13). Les progestatifs de 1ère et 2ème génération (Noréthistérone, Lévonorgestrel, Norgestrel) ont des propriétés androgéniques et sont donc plutôt pourvoyeurs d'acné. Les mêmes propriétés sont retrouvées dans les microprogestatifs, ainsi que pour les dispositifs intra-utérins ou implants progestatifs. Les progestatifs anti-androgéniques sont : l'acétate de Cyprotérone, l'acétate de Chlormadinone, la Drospirénone (4ème génération) et le Norgestimate (3ème génération). Les autres progestatifs de 3ème et 4ème génération ont une action androgénique intermédiaire. Les contraceptifs contenant des progestatifs de 3ème et 4ème génération n'étant pas recommandés en première intention et l'effet sur l'acné étant variable selon les femmes, les recommandations de prescription contraceptive de première intention restent les mêmes peu importe le profil acnéique de la patiente (14). Celles-ci pourront être secondairement réévaluées en cas de constatation clinique d'apparition ou d'aggravation d'une acné. On pourra alors changer en deuxième intention pour un autre type de progestatif moins androgénique en l'absence de contre-indication ou demander un avis

dermatologique. Afin d'éviter un arrêt prématuré du contraceptif, il semble important d'informer en amont les patientes du risque, non systématique, d'acné et de les encourager à consulter si tel était le cas pour leur proposer une alternative thérapeutique.

c. Les troubles de l'humeur :

L'irritabilité, les sauts d'humeur et les changements d'humeur en fonction du cycle sont des symptômes fréquemment entendus lors des consultations contraception et souvent associés à la prise d'un dispositif hormonal. Plusieurs articles publiés dans la revue Prescrire rapportent de nombreuses déclarations de Pharmacovigilance d'effets indésirables psychiques (troubles dépressifs, anxiété) (15,16). Ces troubles sont évoqués indépendamment du type d'hormones utilisées, seules ou en association. Mais dans la plupart des écrits sur l'association troubles de l'humeur et contraception, il semble difficile de conclure à un lien de causalité (17). Les données sont majoritairement contradictoires et rarement significativement différentes entre les différents groupes d'études. Dans un essai en double aveugle, contraception oestro-progestative versus placebo réalisé sur 202 femmes suédoises (18), il a été montré qu'il y avait une faible, mais statistiquement significative, augmentation de l'anxiété et de l'irritabilité pendant la phase inter-menstruelle dans le groupe des femmes prenant la contraception oestro-progestative. Cependant cette même étude retrouve une amélioration de l'humeur en phase prémenstruelle dans le groupe prenant une contraception. Celle-ci peut donc avoir des effets positifs comme négatifs sur l'état psychique. Ces variations d'humeur peuvent être comparées aux variations physiologiques lors des cycles même en l'absence de contraception. Un ensemble de symptômes émotionnels similaires sont décrits dans les syndromes prémenstruels, et ceux-ci semblent dus à un déséquilibre de la balance oestro-progestative. En cas de troubles de l'humeur depuis la prescription d'une contraception, le médecin devra donc mener un interrogatoire précis, à la recherche d'autres causes que le contraceptif. En cas de persistance et de lien évoqué avec la contraception, un changement de dispositif pourra être discuté : diminution de la dose d'œstrogène ou changement du type de progestatif.

d. Les cancers hormono-dépendants :

La peur de développer un cancer du sein en prenant une contraception hormonale est aussi très présente dans le discours des femmes. On observe également qu'il varie en fonction de l'âge, chez les 25-28 ans le taux atteint les 45%, contre 30 % chez les 19-24 ans. Les données des études et les recommandations sur ce sujet sont plus concordantes. Il a été démontré que le risque de développer un cancer du sein était augmenté de 20 % chez les patientes prenant une contraception hormonale (progestative ou oestro-progestative) (19). Ce risque semble dépendre du temps d'utilisation avec un sur-risque constaté après 10 ans d'utilisation par rapport aux patientes utilisant la contraception depuis 1 an. Certaines études constatent également une diminution progressive de ce risque 5 à 10 ans après l'arrêt du contraceptif (20,21). Avec l'utilisation des contraceptifs hormonaux oraux en utilisation prolongée, on constate également une augmentation du risque de développer un cancer du col de l'utérus. Cependant malgré ces constatations, il n'y pas d'augmentation de la mortalité par cancer, tout confondu, chez les utilisatrices de dispositifs hormonaux.

Parallèlement il a été démontré que la prise d'une contraception oestro-progestative ou progestative sous forme de dispositif intra-utérin, était protectrice du risque de développer un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre. Cette protection semble persister plus de 30 ans après l'arrêt du contraceptif et peut donc être mise en balance face au risque de cancer du sein et du col de l'utérus (20). De récentes études évoqueraient même une protection vis-à-vis des hémopathies malignes et cancers colorectaux chez les femmes utilisant une contraception hormonale (21).

Nous devons une information claire et loyale aux patientes, donc ces données doivent leur être transmises. Il semble primordial de les informer sur les risques et bénéfices entraînés par les contraceptifs hormonaux, afin qu'elles puissent elles-mêmes évaluer la balance. Du côté du médecin, après avoir éliminé les patientes à risque en fonction des antécédents familiaux et personnels, de l'âge, et des autres facteurs de risque de cancer, il pourra appliquer les recommandations de prescription habituelle, avec des bénéfices en termes de contraception qui resteront alors supérieurs aux risques cancérologiques.

### e. Les Troubles de la libido :

Dans l'ordre de fréquence, on retrouve ensuite les troubles de la libido exprimés par 35 % des femmes. Suite à de nombreuses déclarations de pharmacovigilance, des études ont été menées (22), dans le but d'examiner ces cas à la recherche d'un lien entre les troubles de la

libido et la prise d'une contraception hormonale. Il apparaît qu'à la suite de la prise d'un contraceptif hormonal la libido peut en effet être modifiée mais cette modification peut se réaliser dans les deux sens (amélioration ou diminution). On constate également qu'un certain nombre d'autres facteurs étaient présents et représentaient des biais de confusion comme la présence de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. On peut également s'interroger sur les effets directs des hormones en cas de mauvais dosage pouvant être responsables de diminution indirecte de la libido. On peut citer les dyspareunies pouvant être secondaires à une sécheresse vaginale entraînée par une hypo-oestrogénie vraie ou relative (10). Dans tous les cas les troubles de la libido sont toujours multifactoriels, et il est couramment admis qu'une part psychologique est toujours présente. La part de la contraception hormonale dans la libido reste mal expliquée mais les différentes études se rejoignent pour affirmer que les hormones agissent sur celle-ci en l'augmentant comme en la diminuant (23). Il convient donc de prévenir les patientes d'une possibilité de modification de la libido lors d'une prescription de contraceptif hormonal. En cas de troubles de la libido rapportés par une femme, le médecin devra donc mener un interrogatoire précis à la recherche notamment des aspects psychologiques de ces troubles. Enfin en cas de persistance et de lien évoqué avec la contraception, un changement de dispositif pourra être discuté.

### f. Les Spottings :

Ce paragraphe regroupe les troubles des saignements : spottings, métrorragies, ménorragies dus aux variations physiologiques des hormones. Ils ont été cités par une femme sur trois. Il faut dans ce cadre-là bien distinguer les contraceptifs oestro-progestatifs des contraceptifs progestatifs. En cas de contraception progestative, qu'elle soit orale, par implant ou par dispositif intra-utérin, il est important de prévenir les patientes que le profil de saignement est impossible à prédire (10). En effet peu importe le type de progestatif ou le cycle de base des femmes, la mise sous progestatif peut être responsable soit d'une poursuite des menstruations habituelles, soit d'une aménorrhée complète soit de spottings fréquents à n'importe quel moment du cycle. Il est important aussi de préciser aux patientes, qu'une mauvaise tolérance d'un des dispositifs à base de progestérone n'est pas prédictive de la réponse aux autres dispositifs. Un changement entre implant à l'Étonogestrel, pilule microprogestative et dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel peut donc être proposé. Il est conseillé d'avertir la patiente avant la prescription qu'il serait

souhaitable d'attendre au moins 3 mois avant de décider de changer de contraception, car une stabilisation est fréquente après 3 mois de prise (10). Une analyse Cochrane s'est intéressée aux traitements pouvant être administrés chez les patientes souffrant de saignements sous contraception progestative (24). Aucune thérapeutique essayée n'est pour l'instant recommandée.

Dans le cas des contraceptifs oestro-progestatifs, l'apparition de métro-ménorragies est le plus souvent dû à un mauvais équilibre hormonal. En cas de persistance sur plusieurs cycles, il est conseillé soit d'augmenter la dose d'œstrogène soit de changer le type de progestatif. Enfin, on rappelle que devant tout saignement persistant une cause organique ou infectieuse doit être éliminée.

### g. Les Troubles thrombo-emboliques :

Malgré le débat médiatique des pilules de 3ème et 4ème génération de 2012, l'évocation des troubles thrombo-emboliques comme frein à la prise de contraceptifs hormonaux n'arrivent qu'en 7ème position. On distingue deux types d'effets indésirables dans les troubles thrombo-emboliques : ceux qui touchent les artères (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) et ceux qui touchent les veines (thromboses veineuses profondes, embolie pulmonaire). Ces effets secondaires concernent essentiellement les contraceptifs oestro-progestatifs et aucun sur-risque n'a été mis en évidence avec les contraceptifs progestatifs (pilule microprogestative, implant, dispositif intra-utérin) (25,26).

Pour le risque thrombo-embolique artériel, il a été montré que celui-ci dépendait essentiellement de la dose en Ethinylestradiol et variait peu avec la génération de progestatif (27). Plus la dose d'Ethinylestradiol est élevée plus le risque de thrombose artérielle est important, avec une augmentation importante pour les contraceptifs contenant 50 microgrammes ou plus d'Ethinylestradiol. On note également une petite augmentation du risque avec l'utilisation des progestatifs de 1ère génération comparé aux autres générations. Le choix de la contraception doit donc être guidé par la présence ou non de facteurs de risque cardio-vasculaire : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, antécédents familiaux de premier degré d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral chez les hommes de moins de 55 ans et les femmes de moins de 65 ans. La consommation de tabac joue elle aussi un rôle dans l'augmentation du risque thrombo-

embolique artériel, avec un effet dose-dépendant mis en évidence (plus de 15 cigarettes par jour).

Le risque thrombo-embolique veineux est multiplié par 3 à 5, en fonction des études, chez les femmes prenant une contraception oestro-progestative par rapport aux femmes qui n'en utilisent pas. Il dépendrait essentiellement du type de progestatif utilisé. Il a été prouvé que les progestatifs de 3ème 4ème génération (Désogestrel, Gestodène, Norgestimate, Drospirénone) augmentent significativement le risque de thrombose veineuse par rapport aux progestatifs de 2ème génération (Lévonorgestrel, Norgestrel) (28). En revanche le dose d'œstrogène n'entraîne aucune modification. La contraception par dispositif transdermique ou par anneau vaginal comporterait plus de risque thrombo-embolique veineux que leur équivalent en contraception orale (28). Enfin un sur-risque a été mis en évidence pendant la première année d'utilisation des contraceptifs combinés, qui diminue une fois l'année passée et qui revient à chaque début d'une contraception oestro-progestative (29). Il est donc primordial de sensibiliser les patientes sur ce risque en début de contraception et notamment sur les signes cliniques évocateurs devant amener à consulter en urgence. Pour conseiller la patiente sur la contraception, le médecin devra donc repérer les facteurs de risque de maladie thrombo-emboliques veineux qui déconseilleront ou contre-indiqueront la prescription d'un contraceptif oestro-progestatif : âge > 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent personnel de maladie thrombo-embolique veineuse, antécédents familiaux au premier degré de maladie thrombo-embolique veineuse chez une personne de moins de 50 ans, thrombophilie biologique connue. Le tabac joue également un rôle dans l'augmentation du risque thrombo-embolique veineux.

Pour les patientes ayant peur de développer une thrombose veineuse profonde sous contraceptif hormonal, on peut leur rappeler qu'une femme enceinte ou en post-partum voit son risque multiplié par 5 à 15, en fonction des études (30).

h. <u>La présence d'hormones :</u>

Depuis plusieurs années, la société française connaît l'effet de mode du « tout naturel », de l'utilisation de produits « sains, naturels et écologiques ». Les patients sont de plus en plus vigilants vis-à-vis des produits qu'ils consomment, y compris les produits pharmaceutiques. On constate un certain rejet de la médicalisation par peur des effets néfastes des médicaments. Il n'est donc pas rare d'entendre en consultation « je ne veux

pas prendre d'hormones, ce n'est pas naturel » ou encore « je ne veux pas une contraception avec des hormones, mais une naturelle non dangereuse pour le corps ».

Le premier point à discuter avec les patientes, c'est d'exposer les différents moyens de contraception existants en décrivant lesquels contiennent ou pas des hormones. En effet comme dispositif reconnu comme efficace sans hormone il n'y a que le dispositif intra-utérin au cuivre ou les préservatifs masculins et féminins. Si elle semble intéressée par l'un des deux, on peut alors respecter cette crainte des hormones. Mais parallèlement il semble intéressant de leur parler des autres bénéfices des contraceptifs hormonaux en dehors de la contraception. On parle souvent des effets indésirables mais il ne faut pas oublier d'évoquer les effets positifs. Pour les contraceptifs oestro-progestatifs on peut rappeler la protection vis-à-vis des cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du côlon. De plus, les incidences des maladies bénignes du sein et de l'utérus sont également plus faibles sous oestro-progestatifs (maladie fibrokystique du sein sans atypie, fibroadénome mammaire, myome). Enfin, les dysménorrhées, mastodynies, ménorragies et syndromes prémenstruels peuvent être améliorés par la prescription d'un contraceptif oestro-progestatif. Pour les bénéfices de l'utilisation du dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel, on peut citer la prise en charge des ménorragies surtout dans le cadre de la prévention des anémies (31). Il diminue également les dysménorrhées. En ce qui concerne les autres contraceptifs progestatifs, peu de résultats fiables ont été publiés sur les bénéfices non contraceptifs. Cependant on peut rappeler aux patientes que ce sont les contraceptifs présentant le moins de risques vis-à-vis des troubles thrombo-emboliques veineux ou artériels.

i. <u>Consultation gynécologique :</u>

Mon questionnaire de thèse a principalement été distribué dans des cabinets de médecine générale réalisant des consultations gynécologiques, et pourtant plus d'une femme sur quatre a évoqué la nécessité de consulter un gynécologue comme étant un frein à la prise d'une contraception hormonale. Lorsqu'on s'intéresse aux craintes en fonction de l'âge on s'aperçoit que celle-ci a principalement été citée par les mineures, 38 %. On peut donc imaginer qu'en dehors de la difficulté d'accès aux consultations chez les gynécologues, les patientes évoquaient également la peur de la réalisation de l'examen clinique gynécologique. Alors que l'examen pelvien avec la réalisation d'un toucher vaginal et l'utilisation du spéculum était d'utilisation courante lors des consultations gynécologiques, celui-ci est de moins en moins réalisé de façon systématique. La tendance actuelle tend à

repousser au maximum le premier examen pelvien chez les jeunes patientes. La Haute autorité de Santé ne recommande d'ailleurs plus la réalisation de l'examen gynécologique lors de la première consultation de contraception (32). De même l'apport d'un examen pelvien routinier semble peu élevé en l'absence de symptômes ou d'antécédents (33). L'Organisation mondiale de la santé ne recommande d'ailleurs, que la prise de la tension artérielle comme indispensable lors d'une consultation de contraception. Devant l'évolution des pratiques professionnelles en termes de gynécologie, et afin de faciliter l'accès des patientes à la contraception, il semble important de leur rappeler que celle-ci peut être abordée et prescrite par le médecin généraliste. De plus, une information préalable sur le déroulé des consultations, et le fait que l'examen gynécologique ne soit pas systématique pourrait rassurer un certain nombre de patientes, notamment les plus jeunes.

j. <u>En fonction de l'âge :</u>

Chez les mineures, le frein de la présence d'hormone touche presqu'une femme sur deux contre une sur trois dans la population de l'étude. On peut se dire qu'elles sont plus sensibles aux effets de mode concernant le « naturel », tout d'abord par leur âge qui peut les rendre plus vulnérables vis-à-vis des informations véhiculées par les sites internet, les réseaux sociaux, les magazines et ne contenant pas forcément de sources fiables. Elles sont aussi généralement plus sensibles aux effets de mode. On peut également évoquer le fait qu'elles ont grandi avec ces discours sur la nocivité des hormones de synthèse de certains produits pharmaceutiques.

La peur de l'inefficacité est deux fois plus importante chez les mineures. Cela se justifie facilement par les conséquences de l'apparition d'une grossesse chez une mineure. Il est alors important d'expliquer et de montrer aux patientes, l'indice de Pearl, qui leur permettra d'identifier facilement les dispositifs les plus efficaces et de les comparer entre eux. Cependant il faut surtout leur parler de l'efficacité pratique qui est différente de l'indice de Pearl qui représente une efficacité théorique (voir annexe 4 – tableau 1). Cette différence d'efficacité est d'autant plus grande que l'utilisation du contraceptif est régulière ou complexe. Il a aussi été montré que l'efficacité pratique s'améliore au fur et à mesure des années d'utilisation et qu'elle est la plus médiocre pour la première année d'utilisation du contraceptif (34). Ceci peut donc expliquer la réticence plus importante chez les mineures, pour lesquelles on est le plus souvent dans la première année de contraception.

Enfin comme évoqué plus haut, la crainte de d'avoir recours à une consultation gynécologique est plus marquée, avec probablement un sous-entendu vis-à-vis de la réalisation de l'examen pelvien.

Les 19-24 ans, étant le groupe contenant le plus de femmes, les résultats sont proches de ceux de la population d'étude.

Chez les 25- 28 ans, on remarque qu'elles sont plus sensibles aux effets indésirables graves tels que les troubles thrombo-emboliques ou les risques de cancers. On peut envisager qu'elles ont reçu plus d'informations lors des consultations contraception car elles ont été plus nombreuses que chez les plus jeunes. Elles ont été plus questionnées sur leurs antécédents personnels ou familiaux de cancers ou de thromboses et donc plus sensibilisées. Lors du déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération les moins de 25 ans, avaient moins de 18 ans et en ont sûrement moins entendu parler, ou n'ont pas été confrontées au problème. On imagine facilement que les patientes ayant eu un changement de pilule, à la suite du déremboursement, ont été informées des raisons et sont donc plus sensibilisées aux risques thrombo-emboliques veineux. Enfin ces risques augmentant avec l'âge, l'interrogatoire est plus minutieux au fils des années.

### k. En fonction de la catégorie socio-professionnelle :

Il est difficile de tirer des conclusions au vu des résultats trouvés en fonction des classes socio-professionnelles. Effectivement chaque sous-groupe a ses spécificités mais on ne met pas en évidence de similitudes entre les professions à haut niveau intellectuel et social venant contraster avec les catégories moins diplômées. Le manque d'homogénéité entre les sous-groupes ainsi que le manque de représentativité en est sûrement l'explication principale.

L'enquête FECOND 2013 (2) avait démontré une différence notable dans le choix du changement de contraception, à la suite du déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération, en fonction de la classe sociale des femmes. Les femmes peu diplômées se tournaient plus facilement vers les méthodes dites « traditionnelles » tel que le retrait, la température, l'abstinence périodique ou vers le préservatif. Tandis que les femmes les plus diplômées choisissaient préférentiellement les DIU.

## 3. La contraception et les femmes :

### a. L'utilisation :

Dans la population de l'étude, 3 femmes sur 4 utilisent un moyen de contraception. Ce chiffre est plus faible que les taux retrouvés dans les différentes enquêtes des dix dernières années (1,2,3). Celles-ci rapportent une utilisation très fréquente de la contraception chez les 15-29 ans, avec des taux variants entre 90 % et 96 %. Une des explications de cette différence est que ces enquêtes excluaient notamment les patientes en désir de grossesse ou enceinte, alors que notre questionnaire a été distribué à toutes les patientes correspondant à cette tranche d'âge. Cependant on constate d'autres différences entre notre population d'étude et la population générale représentée par ces enquêtes. L'utilisation du préservatif est beaucoup plus faible avec 4.6 % dans cette étude contre 21.5 % dans le Baromètre de Santé (3). Enfin l'utilisation des dispositifs intra-utérins est elle aussi sous-estimée par nos résultats.

Ces différentes enquêtes nous montrent que les femmes se sentent très concernées par la contraception. Le nombre de femmes n'utilisant pas de contraceptif a presque été divisé par deux entre 2010 et 2016. Cette peur de la contraception ressentie depuis quelques années n'a donc pas d'impact sur l'avis des femmes sur l'importance de la contraception et de la maîtrise de leur fécondité. En revanche, on observe la modification du profil contraceptif type. Le premier changement concerne le taux d'utilisation de la pilule qui était en permanente progression depuis sa commercialisation et qui diminue progressivement depuis le début du XXI$^{ème}$ siècle. Parallèlement, les dispositifs intra-utérins se développent et notamment chez les plus jeunes. Le taux a plus que doublé entre 2010 et 2016 chez les 25-29 ans (3). L'autorisation de mise sur le marché des dispositifs intra-utérins chez les nullipares date de 2004 en France (35), pourtant le taux d'utilisation reste très faible jusqu'en 2010. De nombreuses craintes sont restées longtemps présentes malgré les recommandations, notamment chez les médecins (2). L'utilisation de l'implant progresse uniquement chez les 20-24 ans et reste peu utilisé par les femmes. Chez les moins de trente ans, on constate une forte augmentation de l'utilisation des préservatifs, dispositif ayant une efficacité théorique et pratique très inférieure aux contraceptifs hormonaux (voir annexe 4 – tableau 1). Ces dix dernières années, on observe donc des modifications dans les choix des patientes en termes de contraception, plus particulièrement marquées chez les 20-29 ans. Un détournement vis-à-vis de la pilule est

constaté avec un report vers les autres dispositifs hormonaux mais également vers des dispositifs moins efficaces mais ne contenant pas d'hormones comme les préservatifs.

b. Les connaissances :

Lorsque l'on s'intéresse aux connaissances des patientes en termes de contraception, on constate que celles-ci sont limitées avec seulement 3 femmes qui ont cité tous les dispositifs contenant des hormones. Le faible taux de réponse sur les dispositifs intra-utérins semble surprenant au premier abord, mais peut s'expliquer par le fait que dans le questionnaire, les dispositifs au cuivre et au lévonorgestrel n'étaient pas cités séparément. Au vu de ces résultats, la communication sur les moyens de contraception doit continuer d'être promue. Il semble important d'aborder, systématiquement, en consultation contraception, la liste des différents contraceptifs ainsi que leur composition. Cela permettrait de s'assurer, que lors de leur choix, les patientes connaissent bien tous les moyens disponibles ainsi que leur fonctionnement précis. Ces informations doivent évidemment être transmises oralement par les médecins généralistes, mais peuvent également l'être grâce à des supports d'aide à la décision. Cette aide peut passer par différents supports : vidéos, diaporamas, fiches, site internet. En France, on peut conseiller aux femmes de se rendre sur le site « Choisir sa contraception » où l'on retrouve des informations claires sur tous les moyens de contraception existants. Ce site créé par Santé Public France, apporte des informations détaillées et pratiques, en toute transparence, sur chaque moyen de contraception en utilisant plusieurs supports de communications : vidéos, schéma, dessins humoristiques, tableaux récapitulatifs. Une version papier a aussi été éditée afin de donner directement un document à la patiente lors de la consultation ou de le mettre en libre-service dans la salle d'attente (36). Peu importe le moyen utilisé, les médecins doivent s'entourer d'autres sources d'informations que leur discours, notamment d'outils disponibles à distance afin que les femmes puissent s'informer seules et approfondir leurs connaissances grâce à des sources fiables.

Lorsque les patientes nous rapportent leurs réticences vis-à-vis des contraceptifs hormonaux, elles citent le plus souvent les expériences ou les dires de leurs proches. A ces expériences, on peut rajouter toutes celles décrites sur internet dans les « forums médicaux ». Il semble donc difficile de lutter contre cette circulation libre de fausses croyances. Pourtant on constate que plus de 65 % des femmes interrogées disent se renseigner préférentiellement chez le médecin généraliste ou le gynécologue. Le médecin

traitant, grâce à sa relation de confiance avec ses patientes, peut donc être l'interlocuteur privilégié pour échanger sur le thème de la contraception. Chez les plus jeunes, il semble important de rappeler le droit au secret médical et la confidentialité de la consultation (même chez les mineurs), afin de leur permettre d'aborder en toute confiance les sujets intimes que sont la sexualité et la contraception (37).

Une étude réalisée par une sage-femme sur le vécu contraceptif des nullipares (38) a démontré que non seulement l'apport d'une information contraceptive améliore le vécu de la contraception, mais qu'en plus l'information reçue par les professionnelles a plus d'impact que les autres, notamment celle reçue pendant la scolarité.

Les médecins généralistes ont donc un rôle primordial dans l'information des femmes sur la contraception.

### c. La satisfaction :

Sur les 160 femmes prenant une contraception dans l'échantillon, 83 % affirment être satisfaites de leur contraceptif, pourtant seulement 10 femmes ont rapporté n'avoir aucun frein à leur utilisation. On retrouve des conclusions similaires dans la littérature. Une étude de 2014, sur la contraception des femmes de 15 à 45 ans (39), observe qu'en moyenne les femmes donnaient une note entre 8.5 et 9/10 lorsqu'on les interrogeait sur leur satisfaction de leur contraception hormonale. La prise de décision partagée (« shared decision making »), dans le domaine de la contraception, a prouvé qu'elle apportait une meilleure satisfaction des patientes vis-à-vis de leur contraceptif (40). Le principe de ce concept repose sur la nécessité que le choix du contraceptif revienne à la patiente, après avoir été guidé par les informations du professionnel de santé. Ce choix personnalisé permet secondairement d'augmenter le taux de poursuite du contraceptif dans le temps et donc l'observance.

Cependant, on constate que plus d'une femme sur deux étant satisfaite par son contraceptif, pense quand même que son utilisation est dangereuse pour la santé. De même dans l'étude de 2014 (39), malgré la bonne notation des contraceptifs, 36 % des femmes évoquaient que la contraception leur semblait dangereuse pour la santé. De plus parmi les patientes évoquant ce sentiment, 30 % relient la dangerosité à la présence d'hormone. Il existe donc un contraste entre la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraceptif et ce sentiment

de dangerosité. Ce sentiment de dangerosité n'ayant pas de répercussion sur la satisfaction des patientes, on peut penser qu'il provient essentiellement de leurs craintes.

Face à toutes ces constatations, il apparaît qu'apporter une information claire, loyale et appropriée (41) de façon systématique sur les freins des patientes à la contraception hormonale, semble la meilleure façon de diminuer ce sentiment de dangerosité, de les guider dans le choix de leur contraceptif et donc d'en améliorer la satisfaction.

## 4. Perspectives :

Pour chaque frein étudié ci-dessus il ressort principalement : qu'il existe une contraception adaptée à chaque femme, à chaque moment de leur vie reproductive. L'important semble de communiquer, en amont pour accompagner et rassurer les patientes sur leur choix. Cela permettrait d'éviter la mauvaise observance et les interruptions précoces d'utilisation du contraceptif. Pour donner suite à ce travail il pourrait être intéressant de réaliser une fiche pratique destinée aux patientes, qui aborderait chacun de ces freins à l'utilisation de la contraception hormonale, avec la synthèse des données actuelles de la science permettant de répondre à leurs interrogations. Celle-ci pourrait être distribuée par les médecins généralistes et permettrait aux patientes de repartir chez elle avec une information validée pour les guider dans leur choix contraceptif.

# CONCLUSION :

Cette thèse avait pour but de mettre en évidence les freins des femmes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux en début de contraception de nos jours. Il en ressort que ce sont principalement les effets secondaires bénins des contraceptifs qui effrayent le plus les femmes, tels que : la prise de poids, l'acné, les troubles de l'humeur et de la libido.

Ces résultats mettent en avant une discordance entre les préoccupations des médecins vis-à-vis des risques graves (risque cardio-vasculaire, troubles thrombo-emboliques veineux, cancers hormono-dépendants) et celles des patientes qui sont plus centrées sur les effets indésirables fréquents.

On observe également que ces craintes sont différentes en fonction de la tranche d'âge. Peu importe l'âge ou le niveau socio-économique, la prise de poids reste toujours la crainte principale des femmes. L'acné et les troubles de l'humeur sont en général aussi dans les premiers critères cités dans tous les sous-groupes.

Cependant nous avons remarqué que le profil des réticences des mineures est bien différent de celui des deux autres tranches d'âge, avec notamment la prépondérance de la peur de la présence d'hormone ainsi que de l'inefficacité des contraceptifs hormonaux. Cela démontre bien l'importance et la nécessité d'adapter les informations données en fonction de l'âge de la patiente afin d'être sûr de répondre à ses attentes. De même la crainte de développer un cancer hormono-dépendant ou un trouble thrombo-embolique veineux font partie des items souvent évoqués par les femmes, mais touchent plus particulièrement les 25-29 ans.

Il a été en revanche plus difficile d'établir un lien entre les freins évoqués par les femmes et leur catégorie socio-professionnelle. Certes les profils sont différents entre chaque classe professionnelle, mais un lien en fonction du niveau d'études ou du rang social semblent plus complexes à évoquer. Il serait nécessaire pour cela de réaliser des études sur un plus large échantillon qui serait plus représentatif de la population générale.

Nous avons également pu mettre en avant que les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans l'information des femmes sur la contraception.

Enfin ce travail nous a permis de constater que même si un certain nombre de craintes vis-à-vis des contraceptifs hormonaux étaient évoquées par les femmes, elles ne se détournent pas pour autant de son utilisation et restent majoritairement satisfaites de celle-ci.

Vu
Toulouse le 8/10/2019

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ

Toulouse, le 8/10/19
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIÉ


32

# BIBLIOGRAPHIE :


[1] Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés 2012; 4pages.

[2] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et sociétés 2014; (511) : 4pages

[3] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2017. 8p.

[4] Périchon S. Les craintes et les représentations des patientes concernant les hormones utilisées en contraception : enquête qualitative à partir de l'entretien de 12 patientes de la région lyonnaise [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.

[5] Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Politiques sociales et familiales. 2010;100(1):104-9.

[6] Laveissière MN, Pélissier C, Lê MG. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mars 2003;31(3):220-9.

[7] Béliard A. Première consultation de contraception chez les adolescentes. Rev Med Liège. :6.

[8]DuranteauL.Contraceptiondesadolescentes.EMC-Gynécologie2018;13(3):1-12[Article802-A-45].

[9] Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Fertility Regulation Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Jan 29.

[10] Madelenat P, Koskas M. Mise au point sur la contraception progestative. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 2008;37(7):637-60.

[11] Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.

[12] Faure M. Prise en charge de l'acné chez l'adolescent. Archives de Pédiatrie. sept 2007;14(9):1152-6.

[13] Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

[14] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

[15] Prescrire Rédaction « Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena°) : utilité des notifications des utilisatrices ». Rev Prescrire 2018.

[16] Prescrire Rédaction « Premier choix prescrire – Contraception – Actualisation juillet 2018 ». Rev Prescrire 2018.

[17] Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Oct;21(5):347–55.

[18] Lundin C, Danielsson KG, Bixo M, Moby L, Bengtsdotter H, Jawad I, et al. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle—A double-blind, placebo-controlled randomized trial. Psychoneuroendocrinology. 2017 Feb;76:135–43.

[19] Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. N Engl J Med. 2017 Dec 6;377(23):2228–39.

[20] Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. Hum Reprod Update. 2010 Nov 1;16(6):631–50.

[21] Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017 Jun;216(6):580.e1-580.e9.

[22] Watson S. Complete loss of libido reported for women on systemic hormonal contraceptive. WHO pharmaceuticals Newsletter 2017 ; 5 :15-17.

[23] Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. The Journal of Sexual Medicine. 2012 Sep 1;9(9):2213–23.

[24] Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield ML, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. p. CD003449.pub4.

[25] Mantha S, Karp R, Raghavan V, Terrin N, Bauer KA, Zwicker JI. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. BMJ. 2012 Aug 7;345:e4944.

[26] Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. New England Journal of Medicine. 2012 Jun 14;366(24):2257–66.

[27] Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Fertility Regulation Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 Aug 27.

[28] Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013 Feb;27(1):25–34.

[29] Bloemenkamp KWM, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP. Higher Risk of Venous Thrombosis During Early Use of Oral Contraceptives in Women With Inherited Clotting Defects. Arch Intern Med. 2000 Jan 10;160(1):49–52.

[30] Chalhoub V, Edelman P, Staiti G, Benhamou D. Contraception orale, traitement hormonal de la ménopause : risque thromboembolique et implications périopératoires. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 mai 2008;27(5):405-15.

[31] Louie M, Spencer J, Wheeler S, Ellis V, Toubia T, Schiff LD, et al. Comparison of the levonorgestrel-releasing intrauterine system, hysterectomy, and endometrial ablation for heavy menstrual bleeding in a decision analysis model [Internet]. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2017.

[32] Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Hilgenberg D, Schulz KF. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. Cochrane Fertility Regulation Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Apr 30.

[33] Scott A, Glasier AF. Are routine breast and pelvic examinations necessary for women starting combined oral contraception? Human Reproduction Update. 2004 Oct 1;10(5):449–52.

[34] OMS | Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. OMS. Troisième édition 2017. **ISBN**: 978-92-4-256540-9.

[35] Haute Autorité de Santé. Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

[36] Choisir Sa Contraception [Internet]. Disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr/

[37] Béliard A. Première consultation de contraception chez les adolescentes. Rev Med Liège. :6.

[38] Verhille C. Le vécu contraceptif des nullipares. In 2016.

[39] Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juin 2014;42(6):415-21.

[40] Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittdiel JA, Steinauer J. Shared Decision Making in Contraceptive Counseling. Contraception. 2017 May;95(5):452–5.

[41] Article 35 - Information du patient. Code de déontologie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Avril 2017.

# ANNEXES

## Annexe 1 – Questionnaire :

### Questionnaire :

I- Pour mieux vous connaître :

• Quel est votre âge ? :

• Quelle est votre profession ? :

• Quelle est votre contraception actuelle (type ou nom) ? :

• Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous déjà utilisé dans le passé ? (type ou nom) :

• Nombre de grossesses menées à terme :

• Nombre de grossesses interrompues (IVG, fausses couches …) :

II- La contraception en général :

• Selon vous, quel(s) moyen(s) de contraception contient (-nent) des hormones ? : (cochez la ou les réponses correspondantes)

□ Pilule □ Dispositif intra-utérin (=stérilet)

□ Implant □ Patch

□ Anneau vaginal □ Préservatif masculin

□ Préservatif féminin □ Stérilisation

• Comment vous informez-vous sur la contraception ? : (cochez la ou les réponses correspondantes)

□ Famille □ Revues

□ Amis □ Gynécologue

□ Médecin généraliste □ Internet

□ Planning familial □ Infirmier scolaire/universitaire

• Si vous prenez un moyen de contraception, êtes-vous satisfaite de celui-ci ? : (cochez la ou les réponses correspondantes)

□ Oui □ Non

• Pensez-vous que la contraception est dangereuse pour la santé ? :

□ Oui □ Non

• Pensez-vous que la contraception à base d'hormone est dangereuse pour la santé ? :

□ Oui □ Non

III- La contraception hormonale :

Quelles sont ou quelles étaient vos réticences à l'utilisation d'une contraception contenant des hormones, lors de votre première utilisation d'un moyen de contraception ? (cochez à chaque fois oui ou non)

| | **OUI** | **NON** |
|---|---|---|
| Inefficacité, manque de fiabilité des contraceptifs hormonaux | | |
| Stérilité, Infertilité après l'arrêt de la contraception | | |
| Prise de poids | | |
| Acné | | |
| Spottings<br>(saignements irréguliers) | | |
| Troubles de l'humeur | | |
| Troubles de la libido | | |
| Cancers hormono-dépendants : cancer du sein, des ovaires | | |
| Phlébites et troubles thromboemboliques<br>(formation de caillots de sang dans les veines) | | |
| Hormones synthétisées (« non naturelles »), rejet de la médicalisation (« c'est dangereux pour la santé ») | | |
| Contraceptif non adapté à ma vie sexuelle<br>(rapports irréguliers, vie sexuelle non stable) | | |
| Avis du partenaire<br>(mon partenaire n'était pas pour que je prenne un contraceptif à base d'hormone) | | |

| | | |
|---|---|---|
| Difficultés d'accès<br>(trop compliqué à se procurer) | | |
| Age<br>(mon âge n'était pas adapté à ce type de contraception) | | |
| Nécessité de consulter un gynécologue pour obtenir les contraceptifs hormonaux | | |
| Trop coûteux<br>(je n'avais pas les moyens de payer un contraceptif hormonal) | | |
| Aucune<br>(je n'avais aucune crainte vis-à-vis des contraceptifs hormonaux) | | |

# Annexe 2 – Autorisation Parentale :

## QUESTIONNAIRE POUR UNE THESE :

Bonjour, je suis Marine Gascoin interne en dernière année de médecine générale et je réalise actuellement ma thèse.

Dans ce cadre je vous propose de m'accorder entre 5 et 10 minutes pour remplir ce questionnaire afin de recueillir votre avis sur la contraception.

Ce questionnaire est anonyme et s'adresse aux femmes entre 15 et 28 ans (inclus) que vous utilisiez ou non un moyen de contraception.

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURES :

Je soussignée M-Mme : NOM ……. PRENOM ……

Résidant : Adresse ……

Numéro de téléphone : ……

En ma qualité de : PERE ☐ MERE ☐

Autorise ma fille à répondre au questionnaire de thèse intitulé : « les freins des patientes à la contraception hormonale en première contraception de nos jours » ; dont les données récoltées resteront strictement anonymes.

FAIT A : ……. LE : …….

SIGNATURE :

## Annexe 3 – Tableaux Résultats :

Tableau 3 – Freins en fonction de l'âge :

| Freins | Tranches d'Age | | |
|---|---|---|---|
| | 15 – 18 ans<br>N = 29<br>% (n) | 19 – 24 ans<br>N = 98<br>% (n) | 25 – 28 ans<br>N = 69<br>% (n) |
| **Inefficacité** | 44.8 (13) | 18.4 (18) | 21.7 (15) |
| **Stérilité** | 20.7 (6) | 23.5 (23) | 31.9 (22) |
| **Poids** | 65.5 (19) | 73.5 (72) | 75.4 (52) |
| **Acné** | 62.1 (18) | 46.9 (46) | 49.3 (34) |
| **Spottings** | 44.8 (13) | 26.5 (26) | 37.7 (26) |
| **Troubles de l'humeur** | 48.3 (14) | 42.9 (42) | 43.5 (30) |
| **Troubles de la libido** | 6.90 (2) | 32.7 (32) | 49.3 (34) |
| **Cancer hormono-dépendants** | 37.9 (11) | 29.6 (29) | 44.9 (31) |
| **Troubles thrombo-emboliques veineux** | 31.0 (9) | 30.6 (30) | 36.2 (25) |
| **Présence d'hormones** | 48.3 (14) | 32.7 (32) | 20.3 (14) |
| **Vie sexuelle non adaptée** | 31.0 (9) | 20.4 (20) | 11.6 (8) |
| **Avis du partenaire** | 3.40 (1) | 4.10 (4) | 1.40 (1) |
| **Difficultés d'accès** | 6.90 (2) | 3.10 (3) | 1.40 (1) |
| **Age non adapté** | 13.8 (4) | 9.20 (9) | 4.30 (3) |
| **Nécessité consultation gynécologue** | 37.9 (11) | 26.5 (26) | 21.7 (15) |
| **Coût** | 10.3 (3) | 10.2 (10) | 2.90 (2) |
| **Aucun** | 3.40 (1) | 6.10 (6) | 4.30 (3) |

Tableau 4 – Freins en fonction de la catégorie socio-professionnelle :

| Freins | Catégorie Socio-professionnelle | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2* | 3* | 4* | 5* | 7* | 8* |
| | N = 9 | N = 17 | N = 13 | N = 61 | N = 79 | N = 17 |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) |
| **Inefficacité** | 33.3 (3) | 23.5 (4) | 7.70 (1) | 21.3 (13) | 25.3 (20) | 35.3 (6) |
| **Stérilité** | 44.4 (4) | 17.7 (3) | 38.5 (5) | 26.2 (16) | 20.3 (16) | 41.2 (7) |
| **Poids** | 100 (9) | 58.8 (10) | 92.3 (12) | 75.4 (46) | 69.6 (55) | 64.7 (11) |
| **Acné** | 55.6 (5) | 41.2 (7) | 46.2 (6) | 50.8 (31) | 48.1 (38) | 58.8 (10) |
| **Spottings** | 33.3 (3) | 35.3 (6) | 15.4 (2) | 37.7 (23) | 32.9 (26) | 35.3 (6) |
| **Troubles de l'humeur** | 44.4 (4) | 41.2 (7) | 53.9 (7) | 49.2 (30) | 38.0 (30) | 41.2 (7) |
| **Troubles de la libido** | 44.4 (4) | 47.1 (8) | 46.2 (6) | 39.3 (24) | 25.3 (20) | 35.3 (6) |
| **Cancer hormono-dépendants** | 66.7 (6) | 17.7 (3) | 69.2 (9) | 26.2 (16) | 40.5 (32) | 35.3 (6) |
| **Troubles thrombo-emboliques veineux** | 33.3 (3) | 35.3 (6) | 53.85 (7) | 23.0 (14) | 39.2 (31) | 23.5 (4) |
| **Présence d'hormones** | 55.6 (5) | 11.8 (2) | 30.8 (4) | 24.6 (15) | 36.7 (29) | 35.3 (6) |
| **Vie sexuelle non adaptée** | 33.3 (3) | 11.8 (2) | 15.4 (2) | 13.1 (8) | 24.1 (19) | 23.5 (4) |
| **Avis du partenaire** | 0.00 (0) | 5.90 (1) | 7.70 (1) | 3.30 (2) | 2.50 (2) | 0.00 (0) |
| **Difficultés d'accès** | 0.00 (0) | 5.90 (1) | 0.00 (0) | 3.30 (2) | 3.80 (3) | 0.00 (0) |
| **Age non adapté** | 0.00 (0) | 5.90 (1) | 0.00 (0) | 11.5 (7) | 8.90 (7) | 5.90 (1) |
| **Nécessité consultation gynécologue** | 22.2 (2) | 11.8 (2) | 15.4 (2) | 27.9 (17) | 30.4 (24) | 29.4 (5) |
| **Coût** | 0.00 (0) | 5.90 (1) | 0.00 (0) | 8.20 (5) | 10.1 (8) | 5.90 (1) |
| **Aucun** | 0.00 (0) | 11.8 (2) | 0.00 (0) | 4.90 (3) | 3.80 (3) | 11.8 (2) |

*2-Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3-Cadres et professions intellectuelles supérieures
4-Professions intermédiaires
5-Employés
7-Etudiants
8-Sans emploi

Tableau 5 – Freins en fonction de la satisfaction :

| Freins | **Satisfaite par leur contraception** | |
|---|---|---|
| | Satisfaite<br>N = 132<br>% (n) | Non Satisfaite<br>N = 28<br>% (n) |
| **Inefficacité** | 21.2 (28) | 29.3 (11) |
| **Stérilité** | 19.7 (26) | 42.9 (12) |
| **Poids** | 75.0 (99) | 71.4 (20) |
| **Acné** | 47.7 (63) | 67.9 (19) |
| **Spottings** | 29.6 (39) | 46.4 (13) |
| **Troubles de l'humeur** | 38.6 (51) | 64.3 (18) |
| **Troubles de la libido** | 31.1 (41) | 53.6 (15) |
| **Cancer hormono-dépendants** | 32.6 (43) | 35.7 (10) |
| **Troubles thrombo-emboliques veineux** | 33.3 (44) | 28.6 (8) |
| **Présence d'hormones** | 25.8 (34) | 46.4 (13) |
| **Vie sexuelle non adaptée** | 14.4 (19) | 39.3 (11) |
| **Avis du partenaire** | 3.00 (4) | 7.10 (2) |
| **Difficultés d'accès** | 3.80 (5) | 0.00 (0) |
| **Age non adapté** | 6.10 (8) | 10.7 (3) |
| **Nécessité consultation gynécologue** | 25.0 (33) | 28.6 (8) |
| **Coût** | 6.82 (9) | 10.7 (3) |
| **Aucun** | 6.10 (8) | 0.00 (0) |

Tableau 6 – Freins en fonction de la gestité et de la parité :

| Freins | **Gestité et Parité** | | |
|---|---|---|---|
| | Grossesse menée à terme N = 35 % (n) | Grossesse non menée à terme N = 39 % (n) | Pas de grossesse N = 136 % (n) |
| **Inefficacité** | 34.3 (12) | 30.8 (12) | 22.1 (30) |
| **Stérilité** | 31.4 (11) | 38.5 (15) | 23.5 (32) |
| **Poids** | 80.0 (28) | 66.7 (26) | 73.5 (100) |
| **Acné** | 68.6 (24) | 59.0 (23) | 47.1 (64) |
| **Spottings** | 54.3 (19) | 43.6 (17) | 27.9 (38) |
| **Troubles de l'humeur** | 40.0 (14) | 46.2 (18) | 44.1 (60) |
| **Troubles de la libido** | 42.9 (15) | 46.2 (18) | 30.9 (42) |
| **Cancer hormono-dépendants** | 34.3 (12) | 25.6 (10) | 37.5 (51) |
| **Troubles thrombo-emboliques veineux** | 22.9 (8) | 23.1 (9) | 37.5 (51) |
| **Présence d'hormones** | 20.0 (7) | 28.2 (11) | 33.8 (46) |
| **Vie sexuelle non adaptée** | 14.3 (5) | 25.6 (10) | 19.1 (26) |
| **Avis du partenaire** | 0.00 (0) | 0.00 (0) | 4.40 (6) |
| **Difficultés d'accès** | 2.90 (1) | 2.60 (1) | 3.70 (5) |
| **Age non adapté** | 5.70 (2) | 5.10 (2) | 8.80 (12) |
| **Nécessité consultation gynécologue** | 28.6 (10) | 20.5 (8) | 28.7 (39) |
| **Coût** | 8.60 (3) | 12.8 (5) | 6.60 (9) |
| **Aucun** | 2.90 (1) | 5.10 (2) | 5.90 (8) |

# Annexe 4 – Discussion :

Tableau 1 – Indice de Pearl et Efficacité pratique des contraceptifs (34) :

| Méthode Contraceptive | Indice de Pearl | Efficacité Pratique |
|---|---|---|
| Implant | 0.05 | 0.05 |
| DIU Lévonorgestrel | 0.2 | 0.2 |
| Injection DMPA | 0.2 | 6 |
| Pilule oestro-progestative | 0.3 | 9 |
| Pilule microprogestative | 0.3 | 9 |
| Anneau vaginal | 0.3 | 9 |
| Patch transdermique | 0.3 | 9 |
| DIU cuivre | 0.6 | 0.8 |
| Préservatif masculin | 2 | 18 |
| Préservatif féminin | 5 | 21 |
| Compter jours cycle | 5 | 24 |
| Aucune méthode | 85 | 85 |

Marine GASCOIN Toulouse, le 7 Novembre 2019

**Freins des patientes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux en première contraception, de nos jours.**

**Contexte :** Pour la première fois depuis sa légalisation, le taux d'utilisation de la pilule diminue depuis le début des années 2000. Parallèlement se développe le recours aux dispositifs intra-utérins mais également le recours au préservatif notamment chez les moins de 30 ans. Malgré la modification du profil contraceptif, la proportion de femmes n'utilisant pas de contraception reste stable. Enfin on constate un effet de mode du « naturel », entraînant un rejet de la médicalisation. L'objectif de l'étude est d'identifier les freins des patientes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux.

**Matériel et Méthode :** Cette étude observationnelle, descriptive a été menée grâce à des questionnaires distribués aux femmes de 15 à 28 ans consultant dans des cabinets de médecine générale ou de sages-femmes de la Haute-Garonne.

**Résultats :** Les freins les plus évoqués sont : la prise de poids (74%), l'acné (50%), les troubles de l'humeur (44%) et de la libido (35%). On constate une différence entre les mineures plus sensibles à la présence d'hormones, la crainte de l'inefficacité ainsi qu'à la nécessité de consulter un gynécologue, et les 25-28 ans qui vont plus évoquer les réticences vis-à-vis du risque de cancer ou de troubles thrombo-emboliques. Dans cette population, 77 % des femmes avaient recours à une contraception, 83 % d'entre-elles étaient satisfaites de leur contraceptif mais seulement 40 % ne percevaient pas la contraception comme dangereuse pour la santé. Enfin 65 % des femmes rapportent s'informer auprès des médecins, 53 % via l'entourage et 45 % par internet.

**Conclusion :** Ce sont les effets indésirables bénins des contraceptifs qui effrayent le plus les femmes. Apporter une information claire, loyale et appropriée de façon systématique sur ces craintes, semble la meilleure façon de diminuer ce sentiment de dangerosité, de les guider dans le choix du contraceptif et donc d'améliorer la satisfaction. Les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans l'information des femmes sur la contraception. Enfin même si un certain nombre de craintes est évoqué par les femmes, elles ne se détournent pas pour autant de la contraception et restent majoritairement satisfaites de celle-ci.

---

**Barriers for the utilization of hormonal contraceptives as a first contraception nowadays.**

**Backgrounds:** For the first time since its legal validation, the use rate of contraceptive pill decreases since the beginning of 2000's. Meanwhile the utilization of intra-uterine device develops but also condoms use among patients under the age of 30. Despite a change of the contraceptive profile, the rate of women using no contraception at all stays stable. Finally, we see a « natural » trend leading to a rejection of medicalization. The objective of this study was to identify the barriers of patients to use hormonal contraception.

**Methods:** This observational study, descriptive, was conducted through questionnaires given to women from 15 to 28 consulting general practitioners or midwifes in Haute-Garonne.

**Results:** Barriers most evoked are weight gain (74%), acne (50%), mood disorders (44%), decrease in libido (35%). We notice a difference between minors that are more sensitive to hormones presence, ineffectiveness and the requirement to consult a gynecologist, and 25-28 that show more preoccupation towards the risk of cancer and thromboembolic disease. Amongst this population, 77% of women used a contraception, 83% of them were satisfied of their contraceptive but only 40% did not consider contraception as bad for the health. At last, 65% of women reported getting informed from doctors, 53% from entourage and 45% from internet.

**Conclusions:** Benign adverse effects of the contraceptives are the one frightening women. To provide a clear, loyal and appropriate information systematically about those concerns seems to be the best way to reduce this sense of danger, to guide their contraceptive choice and to improve satisfaction. General practitioners have a major role to play informing women about contraception. Finally, even though women raise some concerns, they do not turn away from the use of contraception and keeps mostly satisfied.

---

**Mots-clés :** contraception, hormones, freins, utilisation, première contraception.

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France