

Année 2020

2020 TOU3 1075
2020 TOU3 1076

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

Lucia MALET et Pauline THOMAS

Le 10 Septembre 2020

Vécu de la sexualité sous contraception progestative

-

Etude qualitative par entretiens individuels

Directrice de thèse : Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
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. 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. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
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. FORTANIER 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 associé	M. NICODEME Robert
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. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
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 Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
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. 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. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
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	Ophthalmologie
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. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD 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 (C.E)	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	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
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)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
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. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-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 Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

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. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
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. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	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. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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

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.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
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
Mme PERROT Aurore	Hématologie
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 TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

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
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. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
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. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Professeur des Universités - Maître de stage Universitaire - Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions également de votre implication et enthousiasme concernant notre sujet. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Professeur associé de Médecine générale – Directrice du DUMG - Maître de stage Universitaire - Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Nous avons fait votre connaissance lors de nos stages en Aveyron, vous avez pu être notre tutrice sur un semestre. En tant que maître de stage en santé de la femme et de l'enfant, nous avons pensé à vous afin de juger ce travail. Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse et nous vous en remercions.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur associé Médecine générale - Maître de stage Universitaire - Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury, ainsi que pour l'intérêt que vous portez à notre travail. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Maître de stage Universitaire - Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Tu nous as enseigné la méthodologie de recherche qualitative et tu as su nous accompagner et nous aiguiller à toutes les étapes de ce long travail. Merci de tes conseils, de ton dévouement et de l'intérêt que tu as porté à notre étude. Nous te sommes sincèrement reconnaissantes de ton implication et ton aide.

A celles et ceux qui ont participé au recrutement,

Merci d'avoir cru en l'intérêt de notre travail et de nous avoir mis en contact avec certaines des femmes de notre étude. Merci également pour la mise à disposition de vos locaux afin de réaliser les entretiens individuels.

Aux femmes qui ont accepté de participer à notre étude,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de nous parler et de participer à notre travail de thèse. Vos témoignages ont été précieux pour réaliser notre étude.

Remerciements aux proches de Lucia,

C'est une émotion toute particulière d'écrire ses remerciements... Et une chance de pouvoir le faire, que je saisis !

A ma famille ;

A mes parents, enfin la fin de ces longues études ! Je sais bien que vous avez toujours été là pour moi et soutenant. Merci pour votre accompagnement au long de ces années. On ne se le dit peut-être pas assez, mais je vous aime.

A ma fratrie d'amour, Antoine, mon grand petit frère dont je suis si fière ! Je t'aime fort, j'espère bien qu'on pourra reprogrammer notre voyage en Nouvelle Zélande. **Elise**, ma sœur chérie, la petiotte, tellement complices malgré nos 10 ans d'écart, je t'aime si fort ! Tu vas me manquer à Reims mais ça sera l'occasion de visiter d'autres contrées.

Aux parents Teulier, papi et mamie, je vous aime tant. Ça y est, je suis docteur !

A mamie Hélène, je sais bien que tu es avec moi par la pensée, maintenant et même tout le temps ! Et que tu aurais souhaité voir la soutenance en vrai... Merci pour ta relecture si précieuse. Je t'aime fort mamie.

A mes oncles et tantes adorés, et mes cousins et cousines qui déchirent tout ! Je dirai bien qu'on est « trop frais » pour les plus jeunes, ou encore des « jeun's dans le coup » pour les moins jeunes... Dans tous les cas on est au top et je vous aime fort ! Merci à vous ! Et on peut enfin le boire ce champagne !

A mes amis,

Aux Aveyronnais (de souche, qui n'en sont plus vraiment ou qui le sont devenus !) ;

Julie, depuis la grande section de maternelle, des lits superposés de Vias, à Robin des bois dans la cour de récré, ou encore à la prise d'assaut de Paris... que de souvenirs petites, et sur nos voyages plus grandes, Londres et le fabuleux Tour d'Europe, 25 ans d'amitié, ce n'est pas rien quand même ! Je tiens fort à toi.

Marion Régis, Marionnette d'amour. Rencontre au lycée, un coup de cœur qui nous a suivis depuis. Je t'aime si fort. Content de ta vie professionnelle et personnelle si épanouie avec Victor. Hâte d'être au mariage !

Clémentine, ma SCP. Pour nos week-ends en amoureuses, pour ton écoute et ton soutien si précieux. Merci, vraiment. Je t'aime tout fort !

Marion Bécouze, de la musique au lycée et bien après, je suis très heureuse de faire partie de tes amies. Vivement le prochain week-end ensemble !

Marine Rohmer, pour nos loooongs messages vocaux Whatsapp, pour notre engagement féministe, pour le plaisir de se revoir à chaque fois !

Sarah, vivement le prochain café sur Rodez !

Marine Cransac, pour les soirées à parler... médecine mais pas que ! Mes voisins de quartier, ne partez pas trop loin.

Lise, Sarah, Alexandre, Gael et Nicolas, c'est un tel plaisir de vous retrouver pour toujours de bons repas, ou des soirées jeux de société ! Et <3 pour le petit **Aaron** qui agrandit la bande !

Marion Souilleaux, toi qui est en train de devenir plus Aveyronnaise que moi... Tellement ravie d'avoir fait ta connaissance. N'oublie pas que je VEUX une poule à mon nom dans ta belle demeure !

Robin, merci pour le fabuleux cours Excel ! Et plus généralement pour "mon éducation" comme tu dis, et les soirées qu'on ne saurait compter !

Lauren, pour le fait de se retrouver comme si on s'était quitté la veille ! Hâte d'être à la prochaine fois que je te verrai, et de rencontrer votre jolie Suzanne.

Elise, je n'ai pas non plus rencontré Nélia, hâte de vous revoir !

Aux Toulousains ;

Depuis la P1 :

Dodo, ma choupinette d'amour, tellement de moments vécus ensemble... et je crois que c'est pendant nos voyages que l'on se correspond le mieux, alors vivement le prochain !

Marjo, ma jolie Morue ! Alalaaa s'il n'avait pas plu pendant ce stage de pré rentrée... L'amitié ça commence par un rien... et ça ne finit pas !

Margaux, tout a commencé au foyer de bonnes sœurs ! Merci pour nos conversations, fous rires, qui permettaient de s'échapper un peu... merci de ton soutien.

Micka, le meilleur voisin ! Et vive les polaires !

Aurélie, tellement contente qu'on ait repris contact ! Hâte d'être à ton mariage !

Depuis la P2 et après :

Elsa et Laura, le noyau, le noyau ! Tellement heureuse de vous avoir dans ma vie. Beaucoup, beaucoup de souvenirs en commun (de l'intégration à notre beau voyage en Asie du Sud-Est, aux tables du Saint Jérôme, au meilleur Kebab, aux WE de l'ascension et vacances, ...), et j'espère bien que ce n'est pas près de s'arrêter ! Je vous aime tant.

Alizée, femme accomplie, mère de famille multi casquettes ! Pour ton sens de l'accueil, tu nous régales à chaque fois. Pour les moments passés ensemble qui ne sont pas près de s'arrêter !

Sophie, tu nous manque à Paris... Hâte que vous reveniez dans le sud !

Laurianne, de l'externat jusqu'à l'internat de Villefranche de Rouergue, que de moments partagés !

Bélou, une si belle rencontre amicale par Morue interposée ! Je suis tellement heureuse pour toi de ta vie à... Villelongue dels monts ! Et de ce qui va suivre ;-)

Simon, pour ta relecture du résumé en anglais, merci ! Et vivement qu'on puisse fêter tes 30 ans à Londres.

Pendant l'internat :

Les Villefranchois du premier semestre : c'était moins stressant de commencer l'internat avec vous ! **Sophie, Sophia, Virginie, Pauline, Luigi, et Clara**...forcément tu me manques beaucoup.

Les Villefranchoises du second semestre : **Elsa, Audrey, Laurianne, Marie-Charlotte, Marie, Maëlys, Sophie, Julie**. De bon moments à la maison de Villef ! A essayer d'allumer le barbecue, ou dans la piscine !

Rodez on fire, alalaaa quel semestre ! Le plus festif, vive les jeudis soirs ! **Aénora, Alice, Anaïs, Balkis, Blandou, Céline, Clémence, Delphine, Estelle, Hugo, Julien, Lola, Maëva, Manon, Marion L, Marion S, Martin, Mathilde, Nicolas L, Nicolas S, Pauline, les Pedro, Sarah B, Sarah L, Seb, Thibault, Valérie** ! Que de souvenirs peinturlurés, de cris sur Babys'on fire, de mouvements qui n'existent probablement pas, de « tiens mais on a une cage » ou encore de « ce soir je vous couche tous » Alalaaa ! Quel semestre. Merci les coupains.

Decazeville, pour notre colocation, **Anne, François, Ingrid et Clara**, les soirées Mölkky bières. Et **Clémentine**, pour ton enthousiasme !

Le PUM, **Loïc, Salomé et Joris**. Pour notre soutien les uns pour les autres, il en fallait pour ce stage !

Quand les amies des amies deviennent aussi des amies... **Camélia** et ton beau petit Milo.
Coco, une amitié récente... Et si prometteuse ! (« pas de ça entre nous » !)

Audrey pour tous les midis au resto sur les jours de rempla, pour les repas chez toi et la piscine après, pour tous les moments partagés, pour notre belle amitié.

Anne, ma coloc de salle de bain. Pour nos discussions téléphoniques ou de vive voix !

Alice, pour les vacances au Costa Rica, les vacances au Pays Basque, nos discussions, ton amitié !

A **Pauline**, pour ce beau travail réalisé ensemble ! Pour tous ces moments passés au téléphone, pour nos réunions et livraisons UberEats, pour ce soutien pendant le confinement, pour tout le râlage dont on a fait preuve devant l'incertitude de la date finale et pour avoir su se remotiver, continuer, et finir ce travail ! Pour ton amitié, et à notre bon resto à venir !

Aux **professeurs** et **médecins**, aux **internes**, **externes**, **équipes médicales** et **patients**, croisés pendant mes études et qui m'ont beaucoup apporté, enseigné et appris. Merci d'avoir contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Remerciements aux proches de Pauline,

A Clément, l'amour de ma vie, mon pilier depuis tant d'années. L'arrivée de Rose nous a rendus plus forts que tout. Tu m'offres la vie dont j'ai toujours rêvé et j'ai hâte de découvrir la suite de notre histoire. Notre famille sera toujours ma priorité.

A ma fille Rose, ma guerrière. Quelle leçon de vie tu m'as donnée. Te voir grandir et t'épanouir chaque jour est une chance. Je serai toujours là pour toi mon petit cœur de beurre.

A mes parents, pour votre amour et votre soutien sans faille durant toutes ces années. Je vous dois tellement.

A mes grands frères : Guilhem, Vincent et Rémi, d'être toujours présents pour moi et de m'avoir offert une si belle enfance.

A mes belles-sœurs : Marine, Hélène et Jessica. Chaque moment passé à vos côtés est précieux.

A mes neveux et nièces : Jules, Mathilde, Timothé et Charlotte. Tatïe Paup's sera toujours là pour vous. Je vous aime.

A mes beaux-parents, pour votre gentillesse et votre générosité. Merci de nous soutenir depuis toutes ces années.

A mes cousins, cousines, oncles et tantes, chaque retrouvaille est si appréciable.

A ma belle-famille : Jonathan et Clara, Laurie et Mathieu, Célia,... et tous les autres, de m'avoir accueillie comme une des vôtres. Vous êtes une famille formidable.

A Josette, ma « zéza », d'avoir rendu mon enfance encore plus belle. Je te dois beaucoup.

A mes grands-mères, si aimantes. J'aurais aimé que vous soyez auprès de moi aujourd'hui. Je pense fort à vous.

A Marie, ma choue, ma sœur de cœur. A tous nos souvenirs d'enfance. Ton amitié m'est si précieuse.

A Marion, mon amie d'enfance. Ta présence à mes côtés m'est essentielle. Je serai toujours là pour toi.

A Nathalie et à notre amitié qui traverse les années malgré la distance. Je te souhaite le meilleur.

A Charlotte et Marthe, chaque retrouvaille millavoise est si plaisante.

A mes amies clermontoises : Ambre, Clarisse, Margot, BouchBouch, Bousquette, Camille, Emmanuelle. Chaque retrouvaille est unique. Vous êtes formidables.

A Justine et Martin, de Clermont à Toulouse, merci de répondre toujours présents. Vous allez finir par nous suivre à Millau...

A Clémence et Côme, mon coup de cœur amical de l'internat. Je vous souhaite plein de bonheur.

A Lucia, d'avoir accepté de faire ta thèse avec moi. Merci de m'avoir motivée et encouragée. Tu es une fille géniale.

A Blandine, Rose aime sa fée carabosse autant que moi je t'adore.

Aux ophtalmos toulousains, Pierre-Antoine et Gabrielle, Julien Claire et Cléa, Jérémy et Philippine, Pierre et Fanny, Lauriane et Hubert, toujours un plaisir d'être parmi vous (la cataracte n'a plus de secret pour moi).

A la team RODEZ ON FIRE. Ces 6 mois à vos côtés sont dans mon cœur à jamais. Aénora, Alice, Blandine, Delphine, Hugo, Julien, Lola, Lucia, Manon, Marion, Mathilde, Marion, Martin, Nicolas, les Pierres, Sébastien, ...

A mes amis de l'externat, Louis et Laure-Anne, Matthieu, Manon, William, Léo, Antoine, Valentin... ces 6 ans à vos côtés sont inoubliables.

Aux médecins et patients, que j'ai pu croiser lors de mes études et qui ont contribué à ma formation. Un merci particulier à Stéphane et Bénédicte pour leur bienveillance et leurs conseils durant mon dernier stage.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

DEFINITIONS

INTRODUCTION

I/ Contraception

II/ Les femmes et la sexualité

III/ Sexualité et médecin généraliste

IV/ Problématique

V/ Objectif

MATERIEL ET METHODE

I/ Type d'étude

II/ Population d'étude, recrutement et échantillonnage

III/ Ethique et consentement

IV/ Élaboration du guide d'entretien

V/ Réalisation des entretiens

VII/ Analyses des données

RÉSULTATS

I/ Suivi gynécologique et contraception progestative

II/ Vécu touchant aux sphères autres que la sexualité sous contraception progestative

III/ Vécu de la sexualité sous contraception progestative

IV/ Relation avec le partenaire

V/ Sexualité seule

VI / Relation professionnel de santé-patiente

VII/ Importance du contexte non verbal et ressenti vis à vis des entretiens

VIII / Carte mentale

DISCUSSION

I/ Principaux résultats

II/ Forces et limites de l'étude

a) Forces

b) Limites

III / Nos résultats au regard de la littérature

a) Pilule progestative

b) DIU progestatif

c) Implant progestatif

d) Progestatif injectable

e) Contraception progestative d'urgence

f) Autres facteurs influençant la sexualité

IV / Interprétation de nos résultats selon notre échantillon

a) Accueil de notre étude par les participantes et leurs positions

b) Résultats en fonction des caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon

V/ Nécessité d'une écoute attentive et de la prise en considération des propos par les professionnels de santé

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BISF-W : Brief Index of Sexual Functioning for Women

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COP : Contraception Oestro-Progestative

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMPA : Depot MedroxyProgesterone Acetate

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FSFI : Female Sexual Function Index

FSRH : Faculty of sexual and reproductive healthcare

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi HSPT : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

NICE : Nationale Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POP : Pilule Oestro-Progestative

SIU : Système de diffusion intra-utérin

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

DEFINITIONS

Désir : Élan physique conscient qui pousse quelqu'un à l'acte ou au plaisir sexuel (1).

Libido : Recherche instinctive du plaisir et, spécialement, du plaisir sexuel (2).

Orgasme : Point culminant et terme de l'excitation sexuelle, caractérisé par des sensations physiques intenses (3).

INTRODUCTION

I / Contraception

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée (4).

L'accès à la contraception est considéré comme un progrès majeur du XXème siècle. Elle a été autorisée en France suite à la promulgation de la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 (5), ses décrets d'application sont publiés en 1971 (6). Le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer au cours des années avec notamment l'arrivée de nouvelles méthodes contraceptives ainsi que l'apparition de la contraception dite définitive.

En 1974, une femme sur six âgée de 15 à 49 ans prenait une contraception orale. En 2010, elles étaient plus d'une femme sur deux. En 2016, plus de sept femmes sur dix ont recours à une méthode contraceptive médicale. La pilule reste la méthode la plus utilisée (7). Elle est suivie par le dispositif intra-utérin (DIU) (8). A noter des différences selon l'âge, à partir de 35 ans, les DIU prennent la place de la pilule et constituent le contraceptif le plus utilisé avec plus d'une femme sur trois y ayant recours (9) (10).

Il existe de nombreux contraceptifs disponibles. La contraception par progestatif seul, en comparaison aux contraceptions par oestro-progestatifs, est indiquée chez les femmes allaitantes et peut s'envisager quand il existe une contre-indication aux estrogènes (absolue ou relative) (11). Il s'agit d'une contraception de deuxième intention, en raison des effets indésirables inhérents au mauvais contrôle du cycle menstruel, bien décrits dans la littérature (12). Une contraception par progestatif seul serait contre-indiquée s'il existe un cancer hormonodépendant ou si une maladie thrombo-embolique veineuse est en cours, ou encore lors de la prise concomitante d'inducteur enzymatique du fait d'une diminution de son efficacité.

Il existe différentes formes de contraception par progestatifs seuls (13) :

Les microprogestatifs qui contiennent un progestatif de 2^e, 3^e voire 4^e génération, faiblement dosé et administré per os en continu, pour la majorité (14). Ils agissent principalement au niveau périphérique, sur l'utérus (glaires cervicales et endomètre). Cependant,

certain microprogestatifs, notamment ceux de 3^e génération, ont également une activité anti gonadotrope, plus ou moins complète, qui peut participer à l'action contraceptive, c'est le cas du désogestrel 75µg : Cerazette®, Optimizette® et de leurs génériques (15). Le progestatif de 2^e génération le plus communément utilisé est Microval® contenant du lévonorgestrel (16). Récemment, un nouveau progestatif seul a été mis sur le marché, à base de drospirénone 4mg, progestatif de 4^e génération : Slinda® contenant 24 comprimés actifs et 4 comprimés placebo (17).

Les macroprogestatifs sont habituellement utilisés dans le traitement de l'insuffisance lutéale ou des pathologies endométriales ou mammaires bénignes (18). Certains d'entre eux ont un fort pouvoir anti gonadotrope et sont donc utilisables en contraception. Bien qu'ils n'aient pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication, ils sont couramment utilisés chez les femmes à risque métabolique ou vasculaire. On retrouve parmi eux le Lutényl® contenant du nomégestrol ou encore la Surgestone® à base de promégestone ou le Lutéran® à base de chlormadinone (18).

Les injections de progestatif retard ou la mise en place d'implants permettent une administration continue de progestatif. Il s'agit d'une autre solution contraceptive particulièrement adaptée en cas d'oublis répétés (13). Les implants (Nexplanon® (19), ex-Implanon®(12)) contiennent de l'étonogestrel, métabolite biologiquement actif du désogestrel, progestatif de troisième génération, aussi utilisé en système de diffusion vaginal autrement appelé anneau vaginal (20). Les progestatifs injectables permettent également d'assurer une contraception efficace avec des injections intramusculaires de progestatifs à action prolongée : du médroxyprogestérone acétate retard ou DMPA (Dépo-provera®). Ces injections sont renouvelées tous les trois mois. Elles sont rarement utilisées en France aujourd'hui (21).

Enfin, il existe également des Systèmes de diffusion intra-utérin (SIU) qui délivrent un progestatif de 2^e génération (22), le Lévonorgestrel (23), contraceptif sur 5 ans (Mirena® à 52mg (24) ou Kyleena® à 19.5mg (25)) ou 3 ans (Jaydess® à 13.5mg (26)).

On peut également mentionner les contraceptions hormonales d'urgence. Il s'agit d'une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière. L'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'il est pris rapidement après le rapport sexuel à risque de grossesse. Il en existe deux types : Norlevo® (et ses génériques) : composée de 1.5 mg de lévonorgestrel et qui peut être prise jusqu'à 72 h après le rapport non protégé (27) , EllaOne® : composée de 30 mg d'ulipristal acétate, qui peut être prise au plus tard 120 heures après le rapport non protégé (28).

II/ Les femmes et la sexualité

Historiquement, dans la seconde moitié du XXe siècle, les revendications des femmes portent sur tous les domaines de la vie sociale, économique et politique. Elles militent pour une réelle égalité homme-femme (6). Plusieurs mouvements et associations féministes ou organisations politiques de femmes voient le jour, par exemple concernant la liberté d'accès à la contraception, au contrôle des naissances et à l'avortement (6). On entend également parler de libération ou révolution sexuelle en fin des années 1960. La révolution sexuelle est vue comme l'émergence du désir des femmes, son affirmation. La maîtrise féminine de la procréation, grâce à l'apparition et la diffusion de la contraception médicale, semble représenter un phénomène majeur de la modernisation des sociétés occidentales (29). En libérant en grande partie les femmes de l'angoisse de la grossesse non souhaitée et en permettant une dissociation totale entre l'acte sexuel et la procréation, la contraception médicale permet théoriquement aux femmes d'avoir une sexualité plus libérée. Aujourd'hui encore il existe un lien fort entre sexualité et contraception.

Cependant, la sexualité est une notion multifactorielle et complexe.

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) donne la définition suivante concernant la santé sexuelle : « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité ». Il est également précisé que « La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie [...]. La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations [...]. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (30) ».

III/ Sexualité et médecin généraliste

La sexualité est un sujet qui peut être délicat à aborder en médecine générale, comme le précise le baromètre de santé des médecins généralistes de 2009 (31). Il en résulte que ce sujet est sous-abordé dans la pratique courante de médecine générale. Néanmoins, la grande majorité des patients accueillent de manière favorable les questions concernant leur sexualité (32). Il existe souvent un décalage entre les croyances des médecins qui évitent d'aborder la sexualité avec leur patient par crainte d'être intrusif, et les attentes des patients qui, pour nombre d'entre eux, sont favorables au fait que l'histoire sexuelle fasse partie intégrante de la consultation de médecine générale (32).

Si la sexualité n'est pas encore un sujet systématiquement abordé avec le médecin généraliste, la contraception, quant à elle, est abordée et fait partie des prescriptions courantes en médecine générale. En effet, ce fait est connu depuis de nombreuses années déjà puisque selon l'Etude permanente de la prescription médicale (EPPM) de 1999 cette prescription est réalisée à 61,4% par des gynécologues et à 37,9% par des généralistes (33) (à notre connaissance il s'agit de l'étude publiée la plus récente sur cette répartition selon le type de professionnel de santé). D'après le site du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3.6 par femme et par an. Ce chiffre croît avec l'âge de la patiente (34). Ainsi, plus du tiers de ces actes est lié à la prise en charge de la contraception, plus de 20% à celle de la ménopause et plus de 18% au suivi de la grossesse.

L'offre de soin en matière de suivi gynécologique évolue en France puisque les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie, depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 (35). Les infirmiers et pharmaciens peuvent assurer le renouvellement de certaines prescriptions. Ils sont autorisés à renouveler une prescription de pilule contraceptive datant de moins d'un an, pour une durée supplémentaire de 6 mois maximum (36).

IV/ Problématique

Le lien entre la prise d'une contraception hormonale progestative et son impact sur le vécu de la sexualité féminine n'a, pour le moment, pas été clairement évalué. Cependant, des enquêtes de Pharmacovigilance (22) recueillent, de manière régulière, les déclarations d'effets indésirables dont la diminution de la libido. Ces signalements se font majoritairement via le portail dédié du ministère de la santé (37).

Les résultats des études sur contraception et sexualité restent très discordants avec des données qui peuvent être contradictoires pour une même contraception. De plus, on note que la plupart des études ont été menées par rapport à des pilules oestro-progestatives (38) (39) (40). Peu d'études ont été réalisées sur la contraception progestative seule. On remarque également que les études effectuées l'ont été en s'attachant à mesurer l'impact de ces différents types de contraception sur la sexualité des femmes à travers des échelles de qualité de vie notamment (38) (41). Cette problématique n'a pas été évaluée selon le vécu de la sexualité après introduction d'une contraception progestative seule.

V/ Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu de la sexualité des femmes ayant utilisé ou utilisant une contraception progestative seule.

MATERIEL ET METHODE

I/ Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, la méthode qualitative était la plus appropriée (42) (43).

La méthode des entretiens individuels semi-dirigés nous semblait être la plus adaptée étant donné le caractère intimiste des questions et donc des réponses et faits relatés.

« L'entretien individuel semi-structuré vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation [...]. L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients [...]. Le caractère individuel convient [...] quand le sujet d'étude est sensible ou intime, par exemple. (43) ».

L'utilisation d'un guide d'entretien nous a permis d'assurer une bonne reproductibilité de la trame des entretiens, mais les questions ouvertes laissaient libre champ aux participantes pour s'exprimer.

Ce travail a été réalisé entièrement en binôme par deux chercheuses.

II/ Population d'étude, recrutement et échantillonnage

La population cible de notre étude était des femmes majeures, en âge de procréer, utilisatrices d'une contraception progestative ou ayant utilisé auparavant ce type de contraception (DIU, implant ou pilule progestative) durant 3 mois minimum.

Pour effectuer le recrutement, nous avons écrit une « Lettre explicative à destination des professionnels de santé » (annexe I) diffusée sur nos lieux d'exercice en stage de médecine générale, de remplacements, ainsi que par le biais d'ami(e)s ou de connaissances de la filière médicale et paramédicale. De plus, nous identifions spontanément des patientes au cours de nos consultations si nous avons notion de l'utilisation passée ou actuelle d'une contraception progestative.

Le recueil a débuté en octobre 2018 et s'est terminé en février 2020.

Une liste de femmes correspondantes aux critères d'inclusion a été réalisée au fur et à mesure du recrutement. Nous avons initialement repéré ces femmes selon leur âge et le type de contraception utilisé.

Nous les avons contactées par téléphone pour leur proposer de participer à notre étude. Lors de ce premier contact téléphonique nous leur expliquions que notre travail portait sur la contraception, qu'il s'agissait d'un travail de thèse de médecine générale, le déroulement prévisible de l'entretien et l'anonymisation des données. Nous recueillions alors un premier consentement oral. Nous organisons ensuite les modalités de rencontre.

Au fur et à mesure du recrutement et de la réalisation des entretiens, nous avons essayé de faire varier au maximum l'échantillon selon d'autres critères tels que l'orientation sexuelle et le lieu de vie.

III/ Ethique et consentement

Après la mise en place de la loi Jardé, une restructuration du parcours éthique des thèses a eu lieu au sein du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et aucune autorisation n'a été nécessaire au moment du début de réalisation de notre travail (juillet 2018). Nous avons respecté les règles de bonnes pratiques de recherche en expliquant l'étude aux femmes participantes, en recueillant leur consentement oral initial puis écrit (annexe II) et en anonymisant les données.

IV/ Élaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien a été effectuée en collaboration avec notre directrice de thèse, après des recherches bibliographiques sur la méthode qualitative et sur le sujet de notre étude. Nous avons également consulté des échelles de qualité de vie concernant la sexualité féminine telle que la version française du questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index) (44) ou du BISF-W (Brief Index of Sexual Functioning for Women) (45). Nous avons utilisé un premier guide d'entretien pour les deux premiers entretiens individuels (un entretien par chercheuse). Après ces deux entretiens, nous avons réalisé une autocritique, avec notre

directrice de thèse, ce qui nous a conduit à faire évoluer notre guide. Le guide a ainsi pu être modifié, les trois versions différentes sont présentées en annexe (annexes III, IV et V).

Les dernières versions s'organisaient suivant cinq axes principaux : des questions générales ayant pour but d'établir un talon sociologique, puis des questions ouvertes portant sur le contexte gynécologique, l'historique de la contraception, la contraception progestative et enfin le vécu de la sexualité lors de la prise de contraception progestative. Nous avons employé des reformulations de phrases si des questions étaient mal comprises, ainsi que des relances. Nous avons également respecté les moments de réflexion ou d'émotion, afin de faciliter la libre expression.

V/ Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu au choix des participantes. Seule une des deux chercheuses et la participante étaient présentes durant l'entretien. En début d'entretien, une fiche d'information à l'intention de la participante lui était lue et remise. Cette fiche était alors datée et signée par la chercheuse venant de délivrer l'information. Puis un formulaire de consentement était signé par la participante (annexe II). Les entretiens individuels semi-dirigés étaient enregistrés par le biais de l'application Dictaphone de nos téléphones, mis en mode avion. Nous nous sommes présentées comme étudiantes en fin de cursus de médecine générale. En parallèle du recueil de données par enregistrement sonore, nous avons pris quelques notes d'éléments importants ou de comportement non verbal afin de laisser transparaître le contexte d'énonciation : choix du lieu d'entretien, comportement de la femme, contexte de l'entretien, fluidité de la parole, moments de pause, ressenti de la chercheuse. Ces notes ont ensuite été retranscrites dans le journal de bord de la chercheuse ayant mené l'entretien.

VII/ Analyses des données

Les entretiens ont été anonymisés et retranscrits intégralement, mot pour mot sur Microsoft Word®, par la chercheuse ayant réalisé l'entretien. La retranscription par écrit était précise et intégrait toutes les expressions verbales et non verbales de la participante, les hésitations, les pauses et silences, les expressions (rires, gêne, exaspération, soupirs, etc.) afin de retranscrire

au mieux l'ensemble de l'entretien dans son contexte authentique. Les ressentis notés dans le journal de bord pouvaient être rajoutés en italique ou en couleur en fin de page de l'entretien retranscrit.

Ces données recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse de type thématique, en prenant appui sur la méthodologie décrite dans l'ouvrage de Christophe Lejeune (42).

Chaque entretien a été découpé en unités de sens correspondant aux verbatims. Ces unités de sens ont été traduites en codes reprenant l'intégralité du verbatim et son contexte. Afin d'assurer la triangulation des données, ce codage a été effectué par chaque chercheuse de façon indépendante puis les codes ont été ensuite mis en commun dans un tableau Excel® (annexe VI). Les codes ont ensuite été regroupés en catégories pour former des thèmes. Au fur et à mesure de l'avancée du codage des différents entretiens, des similarités, des connexions et des différences ont été mises en évidence donnant lieu à l'émergence de ces thèmes. Quand tous les entretiens ont été analysés par un processus interprétatif, un tableau final des thèmes principaux a alors été élaboré dans le but de prioriser les données, les réduire et se focaliser sur les grands axes. L'avis de la directrice de thèse a été sollicité en cas de difficulté à trouver un code adéquat. Toutes les étapes d'analyse se sont faites manuellement (sans logiciel d'aide au codage) et avec une comparaison constante des données interprétées et des transcrits.

Les chercheuses ont eu un sentiment subjectif d'être à saturation théorique des données lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle catégorie, tout en ayant effectué une variabilité de l'échantillon.

RÉSULTATS

Les entretiens se sont déroulés entre février 2019 et février 2020. Onze entretiens individuels ont été réalisés au total, dont deux permettant de vérifier la saturation théorique des données.

Six des patientes contactées ne nous ont jamais rappelées en retour. Une patiente venant de déménager avait donné son accord mais nous ne l'avons pas incluse. Une patiente ayant donné un consentement oral initial a finalement refusé de participer à l'étude.

La majorité des entretiens a été réalisée au sein de cabinets médicaux, les autres au domicile de la femme ou de la chercheuse, et un dans un lieu public. Deux ont été réalisés par téléphone.

Les entretiens ont été numérotés de 1 à 6 pour une chercheuse et de I à V pour la deuxième chercheuse.

Au moment de la réalisation des entretiens, sur les onze participantes, dix étaient en couple et une était célibataire. L'âge moyen était de 31 ans, la participante la plus jeune avait 18 ans et la plus âgée 48 ans. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes. L'entretien le plus court a duré 7'56 min et le plus long 40'10 min.

Leurs situations socio-économiques étaient très variées : niveau d'études ou activités professionnelles diverses.

Nous avons ainsi obtenu un échantillon diversifié de participantes, dont les caractéristiques socio-démographiques principales figurent sous forme de tableau (annexe VII), ce qui nous a permis de répondre au mieux à notre problématique de recherche.

I/ Suivi gynécologique et contraception progestative

La majorité des participantes, au moment de l'entretien, étaient suivies soit par des gynécologues (obstétriciens ou médicaux) soit par des médecins généralistes. Une minorité avait un suivi assuré par des sages-femmes.

La plupart des femmes avaient un suivi gynécologique régulier et un frottis cervico-utérin à jour. Une participante n'avait pas commencé ce dépistage car n'y était pas éligible selon les

recommandations de pratiques nationales en vigueur. L'information n'a pas été obtenue chez une minorité des patientes.

Concernant la contraception en cours au moment des entretiens, un peu moins de la moitié des participantes était encore sous contraception progestative : une était sous implant, une sous dispositif intra-utérin et trois sous pilule. Une minorité était soit sous dispositif intra-utérin au cuivre soit sous pilule oestro-progestative. Une participante utilisait des préservatifs (vasectomie récente de son partenaire). Une participante était sous anneau oestro-progestatif.

Concernant l'historique de leur contraception progestative, quelques participantes étaient ou avaient été sous dispositif intra-utérin progestatif. Une minorité était ou avait été sous implant. Plus de la moitié des participantes était ou avait été sous pilule micro-progestative. Seulement une des femmes avait été sous pilule macro-progestative (Cf annexe VII).

II/ Vécu touchant aux sphères autres que la sexualité sous contraception progestative

Parmi nos participantes, peu d'entre elles ont présenté les effets indésirables suivants : troubles cutanés, asthénie, douleurs pelviennes, variation de poids et du volume mammaire.

« La peau rien. » EIII

« Pas de coup de fatigue. » E4

« (En parlant des douleurs pelviennes) Ah ben non justement, rien. Vraiment rien. » E4

« Le poids non par contre. » EV

Mais bien que largement minoritaire, lorsqu'un effet secondaire se retrouvait chez une patiente il pouvait être difficile à vivre.

« J'avais pris du poids, j'ai pris un peu moins de 10 kilos ouais. » E1

« Beh le seul truc c'est que j'ai perdu de la poitrine et ça m'embête. » E1

D'autres effets ont été retrouvés plus fréquemment, tel que la sécheresse vaginale. Les femmes ayant présenté ces effets, ont pu être fortement gênées, dans leur quotidien.

« Et pour la deuxième fois où j'en ai pris [...] là j'ai fait le lien tout de suite, c'est vraiment qu'en terme de sécheresse vaginale c'était vraiment très prononcé quoi, [...] pour en avoir parlé récemment avec la gynécologue c'est sûr que ça vient de là. Et ça c'est vraiment très, très désagréable au quotidien. » E6

Un trouble de la trophicité vulvo-vaginale a également été rapporté par une participante.

« Une modification au niveau de la vulve [...] elle me disait que j'avais des modifications je sais pas en vieillissant... » E3

Une femme nous a rapporté une augmentation du nombre de mycoses, concomitante de la prise de sa contraception progestative.

« Bizarrement quand j'ai repris Optimizette j'étais re sensible aux mycoses parce que j'avais pas mes règles je sais pas. » E4

Les troubles de l'humeur sous contraception progestative ont également été mentionnés. Ceux-ci ont eu un fort retentissement sur le fonctionnement de la participante, ainsi que dans ses interactions sociales et familiales.

« Petit à petit, je me suis rendue compte que je déprimais [...] je me suis retrouvée renfermée sur moi-même, je broyais du noir. » E1

« Et puis même à la maison, avec mes filles, c'est pas que je les supportais pas mais j'avais moins de patience, je passais moins de temps avec elles et je passais plus de temps enfermée, renfermée sur moi-même, ça allait pas du tout. » E1

Une patiente a également rapporté une humeur lissée sous contraception.

« En l'arrêtant j'ai trouvé que mon humeur a complètement changée [...]. Ça m'a fait bizarre en fait de me dire que finalement j'avais une humeur qui avait été réglée un peu par une pilule [...]. Huit ans d'avoir une humeur aussi stable, maintenant j'ai une humeur très tangente. Enfin je me redécouvre quelque part donc c'est assez original. » EIII

Ces femmes ont pu ne pas comprendre le lien avec leur contraception, ou ne mettre celui-ci en évidence qu'après l'arrêt de la contraception.

L'effet indésirable le plus commun aux femmes de notre étude concernait les troubles du cycle menstruel. En effet la majorité des femmes avait constaté des troubles tels que des spotting, des métrorragies en continu ou encore une aménorrhée non recherchée, et mal vécue, avec essentiellement la peur d'une grossesse non désirée.

« Moi quand j'ai pas mes règles tous les mois je suis partie faire ma prise de sang savoir si j'étais enceinte ou pas et puis c'était vraiment pas bon... Si on doit perdre du sang pour une femme c'est qu'on doit le perdre. [...] C'est vrai que c'est un peu stressant de pas avoir ses règles tous les mois. Voilà, c'est un repère. » E4

« J'ai eu mes règles presque continues pendant 6 mois, y avait des arrêts d'une petite semaine et après pendant 3 semaines je les avais donc c'était carrément plus un cycle à l'envers. » E2

« Au bout de 2 mois j'ai commencé à avoir mes règles en permanence donc c'était pas vivable quoi. » EIV

De ces spotting ont découlé d'autres gênes, tels que la nécessité de porter des protections périodiques, ainsi que des irritations quotidiennes.

« Ce qui était effectivement désagréable c'était les irritations causées par les protections hygiéniques que je dois sans arrêt porter. [...] Et ça c'est vraiment un gros, gros effet qui n'est pas lié directement au médicament mais qui en est une des conséquences et ça c'est au quotidien le plus désagréable en fait. » E6

La majorité des femmes de notre étude présentait plusieurs effets indésirables concomitants.

Une femme uniquement a évoqué n'avoir eu que des troubles du cycle, sans autre effet secondaire associé.

Seulement deux femmes n'ont rapporté aucun effet indésirable, à aucun moment de la prise de leurs contraceptions progestatives. Chez elles, l'aménorrhée secondaire était recherchée et avait été bien vécue.

« Ma gynécologue aussi m'avait dit qu'on pouvait ne pas avoir de règles avec ce stérilet, ce qui est le cas et ce qui me convient » E5

En revanche une participante a ressenti de multiples effets secondaires.

« Et là j'ai eu je crois tous les effets secondaires possibles excepté la prise de poids mais sinon j'ai vraiment tout eu quoi [...] j'ai dit c'est plus possible, je peux pas. » EV

Nous avons pu noter une incompréhension de la part des participantes face à ces différents troubles.

« J'ai senti que ça allait vraiment pas du tout donc je me suis renseignée, j'ai regardé un peu sur internet parce que je comprenais pas, la seule chose qui avait changé chez moi c'était le stérilet. » E1

Ces effets secondaires pouvaient être lourds de conséquences avec par exemple une peur anticipée, quant aux modalités de contraceptions futures.

« J'ai eu l'appréhension de reprendre la pilule mais j'ai essayé de la refouler parce que c'est aussi le cercle de "si on a peur de se sentir mal on se sent mal". » EV

Une femme nous a également rapporté qu'elle pensait que la contraception pouvait la rendre stérile.

« Je sais que la pilule peut faire devenir stérile aussi donc c'est pas anodin et surtout sur du long terme. » E4

III/ Vécu de la sexualité sous contraception progestative

Les différentes composantes de la sexualité ont été explorées en détail.

Certaines n'ont pas ou peu été impactées par la contraception progestative.

Par exemple, une des participantes n'a ressenti aucun trouble de la sexualité.

« Non plus, non. Enfin pour moi c'est comme si j'avais rien du tout. » E2

De même, chez plus de la moitié des femmes, le désir et l'excitation étaient conservés.

« (Concernant les troubles de l'excitation) *Mais je n'ai pas le souvenir, enfin ça ne m'a pas marquée.* » EV

Globalement, les rapports sexuels ne semblaient pas être appréhendés ou vécus de manière anxieuse ou gênante.

« *J'étais pas mal à l'aise.* » EV

La plupart de nos participantes n'ont pas constaté de sécheresse vaginale, de troubles de la lubrification ou de saignements après la pénétration vaginale.

« *Ben tout cas avec le Jaydess® j'ai pas, je me souviens pas d'avoir eu cette sensation de sécheresse.* » E6

« *Saignements non.* » EIII

Une seule femme de notre échantillon a eu une très bonne tolérance globale (sexualité et autres sphères) de ses contraceptions progestatives (pilule et dispositif intra-utérin).

« *Ben ça me va très bien [...] vraiment comme si j'avais rien quoi.* » E5

« *Ça s'est toujours bien passé cette contraception.* » E5

En revanche, une participante décrivait une bonne tolérance initiale sous dispositif intra-utérin, sans changement constaté, mais avec des effets secondaires qui sont apparus par la suite (2-3 mois plus tard).

« *Les 2-3 premiers mois ça m'allait super bien.* » E1

A contrario, certaines composantes de la sexualité et de son vécu ont été davantage touchées.

La diminution de la libido et du désir a été constatée chez la majorité des femmes.

« Et au niveau de la sexualité c'était mais point mort, zéro [...] J'avais plus envie [...] mais vraiment, plus rien. » E1

« Moi je me sentais pas bien sous cette contraception quoi. Je trouvais que j'avais plus la même libido, que... je me sentais pas... je me sentais différente dans mon corps avec le Lutéran®. » E6

A noter que si certaines participantes n'ont pas ressenti de trouble de libido ou du désir, aucune participante n'a vu sa libido accrue sous progestatif.

Une perte d'initiative dans les rapports sexuels a été décrite chez presque la moitié des participantes et il a été retrouvé, de façon plus importante encore, une absence de réponse aux avances du partenaire.

« Mon conjoint des fois me demandait et il prenait un "non", "non j'ai pas envie". » E4

S'en suivait donc une diminution de la fréquence des rapports sexuels.

« Quand j'ai commencé à prendre Optimizette® au début ça allait et puis petit à petit y avait plus rien quoi. » E4

Cette diminution pouvait être en lien avec la perte de désir et de libido, mais également en lien avec des troubles du cycle.

« Je n'ai pas eu vraiment beaucoup de rapports les 4 derniers mois puisque j'avais mes règles en permanence donc forcément ça complique les choses. » EIV

Des dyspareunies ont pu être mises en avant, ainsi qu'une perte de plaisir lors de l'activité sexuelle voire la difficulté à avoir un orgasme.

« Peur d'avoir mal, peur que ça ne se passe pas bien, peur de ne pas donner ce que la personne veut [...]. Et puis même quand ça nous fait mal, ça nous fait mal quoi... » E4

« J'avais plus aucun plaisir [...] chaque fois qu'on avait des rapports je me disais "mais c'est pas possible" enfin. Je ressentais rien. » E3

« (En parlant des orgasmes) Ben je n'en avais pas. Tout simplement. » EV

Ces femmes décrivaient alors des rapports non satisfaisants.

« C'était pas une partie de plaisir [...] c'était agréable pour personne. » E3

Une incompréhension de ces troubles a pu se dégager dans certains entretiens. Malgré ces troubles, certaines femmes essayaient tout de même d'avoir des rapports sexuels pour maintenir leur relation de couple.

« Je lui avais dit je comprends pas, vraiment je ressentais rien [...] mais bon j'essayais... j'essayais parce que je ne comprenais pas. [...] On a même pas diminué la fréquence. » E3

Les femmes ayant ressenti un impact sur leur sexualité sous contraception progestative l'ont arrêté dans la grande majorité des cas.

« Alors je l'ai arrêté parce que ... euh... elle était on va dire quasiment contre-productive [...] je trouvais qu'elle avait des effets indésirables sur ma sexualité, sur ma libido de manière... euh... 'fin, je pense, certaine. » E6

De plus, ces troubles de la sexualité ont impacté une de nos participantes au moment des faits mais également après l'arrêt.

« C'est le après, de reprendre confiance et de reprendre confiance au prochain partenaire. » EV

Certaines femmes rejettent même cette contraception, voire les contraceptions hormonales en général.

« Du coup ça m'a sevré des hormones en général. Je veux plus de pilule je veux plus en entendre parler. D'avoir à ce point-là... j'étais contrôlée. » EIII

« Bin après du coup j'ai été un peu traumatisée des contraceptifs et des hormones. » EV

Une femme a également mis en avant le fait que s'il existait un autre moyen que les contraceptions actuelles pour prévenir le risque de grossesse non désirée, cela lui conviendrait davantage.

« Après en soi j'avoue que si on avait pas besoin de se protéger comme ça de tout et de rien j'avoue que je n'aurais pas de moyen de contraception. » E4

A contrario, ne voyant pas d'alternative possible, une des femmes a préféré continuer sa contraception malgré les troubles constatés. Elle a également décrit un contexte de post-partum pouvant interférer avec sa sexualité et une aménorrhée secondaire appréciée.

« C'est vrai que mon mari je lui dis souvent que c'est à cause de la pilule que j'ai moins envie... mais comme je ne veux pas ni stérilet ni implant, je ne veux pas de corps étranger ... après à part ça je ne vois pas ce qu'il peut y avoir d'autre. » EII

De même, une de nos participantes ne s'est rendue compte de ces troubles qu'à l'arrêt de la contraception pour désir de grossesse. Du fait d'une introduction précoce de cette contraception progestative, cette femme pensait avoir, de nature, une faible libido.

« Parce qu'à l'arrêt j'ai vu un gros changement [...].J'ai un stérilet sans hormone donc je commence à avoir un recul donc pendant 8 ans je me suis dit "c'est moi" puis en fait j'ai pas changé de compagnon donc j'ai pris ça comme acquis que j'avais pas une libido très intense et finalement à l'arrêt je me suis rendue compte que c'est plus intense que ça et je continue à le penser aussi. J'ai cette impression-là. » EIII

La réponse inter individuelle face au progestatif était donc très variée. De même que la réponse d'une même femme à deux contraceptions progestatives différentes.

Ainsi, une participante a ressenti des troubles de la sexualité sous Optimizette® (Désogestrel 0.075mg) alors qu'elle n'en avait aucun sous Microval® (Lévonorgestrel 0,03 mg). Une seconde participante a rapporté des troubles de la sexualité sous implant Nexplanon® mais pas sous pilule progestative Optimizette®. Enfin une dernière les a constatés sous Lutéran® et non sous Jaydess®.

IV/ Relation avec le partenaire

Plusieurs femmes nous ont décrit leur partenaire comme compréhensif face à leurs troubles de la sexualité.

« J'ai eu la chance d'avoir un mari compréhensif. » EIII

Une d'elles a décrit son partenaire comme prêt à attendre de voir si les troubles se stabilisaient.

« Oui oui il savait, donc du coup on attendait de voir si ça se stabilisait. Mais oui, il était au courant. » EV

A noter que cette femme s'était séparée de son partenaire durant cette période mais n'établissait pas de lien avec ses troubles de la sexualité.

Elle a également insisté sur le fait qu'il a été difficile de reprendre confiance en elle et en un nouveau partenaire suite à de ces troubles de la sexualité.

« C'est surtout sur l'après-implant. Du coup vu qu'on est dans l'appréhension avec l'implant. C'est le après, de reprendre confiance et de reprendre confiance au prochain partenaire. Même si on sait que ce n'est pas sa faute. » EV

Malgré un partenaire compréhensif, une d'elle note tout de même que sa relation de couple a été impactée et que cela aurait pu avoir des conséquences.

« Je me dis que si je n'avais pas eu un mari un peu plus...enfin compréhensif ben je sais pas peut être que ça aurait pu avoir des conséquences. » E3

De même, une femme a mis en avant que ces troubles de la sexualité ont failli créer une séparation d'avec son partenaire. Elle insistait sur le fait que la sexualité est essentielle dans un couple.

« Ouais, on a failli se séparer d'ailleurs. A cause de ça quoi. [...] Ben une relation sans sexe ça n'existe pas donc euh... c'est sûr que lui bon il était prêt à attendre bien sur etc... mais euh... il m'a dit voilà quoi "je veux bien attendre un mois, deux mois mais six mois-Ian c'est pas possible". » E4

Cette même participante nous expliquait que son conjoint estimait qu'elle devait apporter une solution à ces troubles de la sexualité sous contraception.

« Il m'a dit "soit tu y remédies", donc soit je changeais de moyen de contraception soit c'était mon couple qui prenait quoi. » E4

Ces troubles de la sexualité impactaient le fonctionnement intime habituel des couples.

Ainsi, une participante a décrit, de la part de son partenaire, un questionnement sur sa fidélité ainsi qu'une incompréhension de sa baisse de libido. Elle nous a rapporté ce fait à plusieurs reprises au cours de l'entretien. Elle décrivait cette période comme difficile.

« Parce qu'il comprenait pas pourquoi j'étais comme ça, euh, et... c'était compliqué parce qu'il me posait plein de questions et bon j'avais beau lui dire que non je vois personne, enfin, j'ai pas de raison à aller ailleurs puisque je ne pensais même pas au sexe et puis j'en avais même pas envie. Donc ça a été une période compliquée oui. » E1

Une des participantes décrivait avoir arrêté sa contraception par Lutéran® plusieurs fois, car celle-ci avait trop d'impact sur sa vie de couple.

« Je réessaye le Lutéran® je ré-abandonne parce que justement ça a trop d'impact dans ma vie de couple. » E6

Elle rapportait des difficultés dans son couple ainsi qu'un sentiment de culpabilité, à propos ces troubles.

« Le fait de pas pouvoir avoir une activité sexuelle normale ça crée des tensions, c'est culpabilisant aussi de sentir qu'on a plus envie alors que voilà d'habitude y a pas de problème quoi. » E6

Son partenaire a décidé de façon parallèle de pratiquer une vasectomie.

« En sachant que mon conjoint s'est fait vasectomiser » E6

Par ailleurs, une des femmes nous a expliqué que sa sexualité de couple était plus épanouie depuis l'arrêt de sa contraception progestative.

« Il est très content que j'ai arrêté je pense [...]. Ça m'a pas traumatisée non plus, ça n'a pas brisé ma vie de couple, ça m'a pas empêché d'avoir une sexualité mais je préfère vraiment maintenant. » EIII

Une des participantes ayant eu des troubles du cycle importants sous implant avec un impact sur sa sexualité ne trouvait pas que cela avait impacté sa relation de couple.

V/ Sexualité seule

Quelques-unes de nos participantes n'avaient pas de sexualité seule.

Parmi les autres, certaines participantes ont décrit des modifications de leur sexualité seule avec une baisse de l'envie.

« C'est pareil je n'avais plus envie. » EV

Une d'entre elles a décrit avoir eu des troubles de la sexualité seule sous implant mais pas sous pilule progestative.

Chez l'une des femmes ayant une sexualité seule nous n'avons pas pu savoir si elle avait été modifiée ou non (question non comprise par la participante malgré une aide à la compréhension).

VI / Relation professionnel de santé-patiente

Toutes les participantes de notre étude ont rapporté une relation de confiance avec au moins un des professionnels de santé leur ayant prescrit une des contraceptions progestatives. Elles décrivaient une image positive de ce professionnel de santé. Cela concernait dans la majorité des cas des gynécologues ou des médecins généralistes et une seule sage-femme.

« (En parlant de sa gynécologue-obstétricienne, effectuant son suivi gynécologique actuel) *Elle a toujours été à l'écoute.* » E2

Plus de la moitié des femmes exprimaient avoir reçu des informations claires de la part du professionnel de santé sur la contraception et ses potentiels effets secondaires.

« *Elle m'avait prévenue déjà hum des effets indésirables. Après de toute manière ce que j'ai apprécié chez elle c'est que dès le départ elle a été claire elle m'a dit " On essaye le Mirena® si ça ne vous convient pas, si vous sentez que y a des changements, que ça va pas du tout, vous me le dites et on le change".* » E1

« *Avant de me la prescrire on avait parlé de ça. On avait parlé des effets secondaires, je lui avais demandé les effets indésirables et tout ça.* » E1

Une des participantes expliquait cependant avoir reçu des informations sur les potentiels effets secondaires de sa contraception mais de façon très succincte. Le professionnel de santé avait justifié la prescription du fait des antécédents familiaux de la participante.

« *Très rapidement, c'est pour ça que c'est... j'ai eu la prescription elle m'a dit "c'est pour mon bien" parce que ma sœur a eu ce problème de circulation on prend pas de risque, sous prétexte de l'antécédent familial on m'a dit de mettre autant des chaussettes de contention donc je me suis un peu pliée à la règle bêtement.* » EIII

Une femme a dit ne pas avoir reçu d'information claire concernant son dispositif intra-utérin.

« Donc la dernière fois que je l'ai vu c'est le jour où elle m'a posé le Jaydess® et quand j'ai changé de gynécologue, la nouvelle elle m'a demandé pourquoi j'avais Jaydess® et pas Mirena® ou je ne sais pas apparemment des stérilets plus classiques, donc je ne sais pas pourquoi l'autre avait choisi ça. »

Concernant les troubles de la sexualité, plus de la moitié des femmes en a discuté avec son professionnel de santé.

« Ben je sais pas combien de temps ça a duré, pendant un bon mois peut être et après j'ai appelé le Dr N et je lui ai expliqué "voilà j'ai une baisse de la libido et j'ai vu sur les effets secondaires [...]". » E3

Quelques-unes d'entre-elles exprimaient que leur professionnel de santé avait pris en compte leur trouble et pris en considération le lien entre contraception et troubles de la sexualité.

« Elle m'a dit que c'était rare mais bon elle me l'a changé. » E3

En revanche, une femme exprimait que son gynécologue avait minimisé ces troubles de la sexualité.

« Je l'ai abordé avec ma gynéco après avoir eu mes enfants... enfin après avoir eu le premier. Et elle m'a dit "Oui mais bon c'est la fatigue c'est normal après avoir accouché" voilà on en est resté là. Mais après c'est vrai que je ne lui en ai pas reparlé. » EII

Une participante n'a quant à elle pas mis en évidence le potentiel lien entre contraception et troubles de la sexualité. Elle n'en a donc pas parlé.

« Non j'avais pas identifié que ça puisse être lié à ça puisque je l'ai démarré très tôt. Au final, je ne me suis pas rendue compte que c'était ça, je croyais que c'était vraiment moi. Que c'était moi qui étais comme ça. Finalement je m'en rends compte que maintenant après l'arrêt. » EIII

Une autre participante nous a confié ne pas avoir parlé des troubles de la sexualité au prescripteur de la contraception, sans savoir justifier pourquoi.

Une participante n'a pas eu d'effet secondaire et n'a donc pas eu besoin d'en parler.

Quelques femmes exprimaient ne pas avoir de relation de confiance avec le professionnel de santé ayant prescrit une de leur contraception progestative antérieure.

« Euh la gynécologue euh ben j'ai arrêté d'y aller parce que d'une je sentais qu'elle allait partir la retraite et je cherchais une autre solution mais je la trouvais pas très à l'écoute en fait [...]. Je m'étais dit "si jamais avec la ménopause ou autre j'ai des choses qui se complexifient un peu je me disais que ce ne sera pas une personne sur laquelle je vais pouvoir trop... sur laquelle je vais pouvoir m'appuyer quoi". » E5

Parmi ces participantes, une nous a rapporté ne pas avoir été prise au sérieux par sa gynécologue. Cette dernière ne voyait que peu de lien possible entre troubles de la sexualité et contraception.

« Alors oui au moment où j'ai voulu me le faire retirer (en parlant de l'implant) et du coup je pense que c'est une gynécologue de l'ancien temps qui n'était pas très convaincue sur les effets secondaires [...]. Ben elle m'a juste dit "Faut pas exagérer je ne pense pas que ce soit que lié à l'implant". Après j'ai pas trop essayé de débattre. J'ai dit oui d'accord, enlevez-le-moi et voilà. » EV

A noter qu'une des participantes, suivie actuellement par une sage-femme, mettait en avant une image négative des gynécologues. Elle est revenue, elle aussi, sur l'éventualité de ne pas être prise au sérieux par un gynécologue.

« Je sais que y a, notamment des gynécologues qui vous disent "ben non on met le stérilet puis c'est comme ça et puis voilà quoi, on met celui-ci" et puis si on va le voir quelques temps après que ça va pas quoi "ben non c'est pas le stérilet, c'est vous" voilà. » E1

Quelques femmes mettaient en avant l'importance de la relation de confiance entretenue avec le professionnel de santé, ainsi que le fait que la relation de confiance était déterminante dans les informations qu'elles délivraient au praticien, particulièrement sur les troubles de la sexualité, sujet délicat à aborder.

« Et ben justement je pense que si je n'avais pas été en confiance je ne l'aurais certainement pas appelé, j'aurais été gênée d'aborder ce genre de chose... » E3

Une de nos participantes a mis en avant le besoin d'être la seule décisionnaire de sa contraception contrairement à ce que sa gynécologue lui laissait entendre.

« Et moi ce qui m'avait le plus choquée quand même dans tout ça c'est que le jour où j'ai décidé d'arrêter toute contraception orale ma gynéco, qui est quand même jeune, tu sais ce qu'elle m'a dit ? Elle m'a dit "mais vous en avez parlé à votre mari, il est d'accord ?" » E6

Cette même participante a exprimé le désir de se faire suivre dorénavant par une sage-femme ou dans l'idéal par son médecin généraliste (femme).

« - P6 : J'aurais voulu me faire suivre par une sage-femme et pour l'instant j'ai trouvé personne.

- Chercheuse : Et euh l'envie d'être suivie par une sage-femme c'était justement pour la relation, pour l'empathie que vous pensez supérieure ?

P6 : oui et parce que ma généraliste m'avait dit non. Si ma généraliste était OK, ben moi je n'aurais pas cherché à voir quelqu'un d'autre parce que pour le coup euh j'ai vraiment une vraie relation de confiance et de proximité avec elle alors que ma gynéco comme je la vois 1 fois par an c'est pas du tout la même chose, même si je l'aime bien elle me connaît moins quoi. Donc c'est vrai que j'aurai préféré dans l'idéal ça serait ma généraliste mais bon. » E6

Quelques patientes ont exprimé préférer se faire suivre par une femme que par un homme.

« Hum un examen gynécologique c'est très intime. Bon déjà j'ai toujours fait le choix d'aller voir une femme et puis bon voilà c'est vraiment intime donc c'est vrai que je préfère être avec quelqu'un avec qui je me sens en confiance quoi. » E5

A contrario, une des femmes décrivait les praticiens hommes comme plus doux et patients.

« Un homme en soit c'est plus doux, c'est plus doux et c'est...c'est patient. Une femme elle sait la douleur qu'elle va infliger, elle le sait donc automatiquement elle va savoir comment s'y prendre pour aller vite peut être ou je sais pas ... moi je suis pas médecin donc euh mais j'avoue que Dr M et C (les médecins généralistes femmes assurant son suivi en santé générale et gynécologique actuellement) sont quand même très douces. » E4

Quelques participantes ont décrit que la relation de confiance avait pu jouer sur la tolérance de la contraception, en l'influençant positivement comme négativement.

« Ben elle a répondu à pas mal de questions, d'interrogations comme c'est la première contraception on a toujours plein de doutes et on a peur de tomber enceinte justement et non elle a toujours été à l'écoute. » E2

Cette participante était très satisfaite de sa contraception par implant. Après une période de dysménorrhées initiale assez compliquée, elle a renouvelé plusieurs fois son choix pour l'implant. Elle s'était sentie bien informée des effets secondaires potentiels et bien écoutée.

« C'était elle (en parlant de la gynécologue de sa mère qui est ensuite devenue la sienne) qui m'avait pris sous son aile. » E2

A l'inverse, à cette même question « Pensez-vous que la confiance que vous avez pour votre médecin a pu jouer sur la tolérance de la contraception ? » une patiente qui a mal supporté le Jaydess®, du fait de spotting importants, nous a répondu qu'elle n'avait pas été écoutée lors de la consultation pour la pose d'un SIU progestatif.

« Ça c'est possible oui parce que c'est vrai que la gynéco qui m'avait posé le Jaydess® euh je suis plus jamais allée la voir après parce que comme j'ai dit tout à l'heure c'était un moment où j'étais vraiment déprimée et vraiment pas bien et elle ne m'a pas écoutée. » E6

D'autres ne voyaient pas de lien de causalité entre relation de confiance et tolérance de la contraception.

« *Sur le fait de supporter la contraception je pense que ça n'a pas de lien.* » E5

A noter que la plupart des patientes actuellement suivies par des gynécologues étaient très satisfaites de leur suivi avec une bonne relation de confiance. Mais il apparaissait que certaines des femmes ayant actuellement un suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme avaient une expérience passée négative avec un gynécologue. Les sages-femmes étaient exclusivement des femmes. Les médecins généralistes effectuant le suivi gynécologique aussi. Les gynécologues étaient en majorité des femmes mais une patiente préférait être suivie par des hommes.

VII/ Importance du contexte et ressenti vis à vis des entretiens

Au cours de nos entretiens, il nous a parfois semblé que certaines participantes pouvaient avoir des propos ambivalents voire contradictoires.

Cela a été retrouvé particulièrement concernant les impacts qu'ont pu avoir les troubles de la sexualité sur elles et au sein de leur couple.

Une participante nous expliquait (E4) : « *Après bon, c'est pas grave.* » Avant de rajouter « *Ben une relation sans sexe ça n'existe pas donc euh... [...] Il m'a dit soit tu y remédies, donc soit je changeais de moyen de contraception soit c'était mon couple qui prenait quoi.* »

Il nous semblait que les impacts étaient minimisés par le « *c'est pas grave.* » quand il était par la suite expliqué que cette situation aurait pu entraîner une séparation.

De même une autre participante employait des termes assez forts pour décrire son expérience (EIII) : « *Tout le long ça m'a pas **traumatisée** non plus, ça n'a pas **brisé** ma vie de couple, ça m'a pas empêchée d'avoir une sexualité.* », avant de dire « *Mais je préfère vraiment maintenant.*

» et de préciser que son mari appréciait également l'arrêt de la contraception ayant eu un impact positif sur leur sexualité. « *Mais il est très content que j'ai arrêté je pense* » puis d'ajouter « *ça m'a sevrée des hormones en général. Je veux plus de pilule je veux plus en entendre parler. D'avoir à ce point-là... j'étais **contrôlée**.* ». Ses opinions sur les contraceptions hormonales semblaient très tranchées et affirmées depuis cette expérience : « *Je suis contre la pilule en général maintenant.* » « *Non ! Stop les hormones.* »

Une des femmes de notre étude était ambivalente dans ses propos quant à son suivi gynécologique. En effet elle présentait une projection péjorative d'un futur suivi avec sa gynécologue car celle-ci n'était pas à l'écoute (E5) : « *mais je la trouvais pas très à l'écoute en fait. [...] c'était plus pendant ma grossesse où j'avais eu une petite dépression, pendant le premier trimestre et bon je ne l'avais pas senti à l'écoute du tout et [...] je m'étais dit "si [...] j'ai des choses qui se complexifient un peu je me disais que ce ne sera pas une personne sur laquelle je vais pouvoir trop... sur laquelle je vais pouvoir m'appuyer quoi".* » et pourtant cette femme rapportait un suivi gynécologique facile, « *c'est vrai que j'ai toujours eu, pour le moment, un suivi gynéco facile.* »

Les termes employés lors des entretiens ont été révélateurs de la relation avec le professionnel de santé, comme cette participante qui lorsqu'elle parlait de son ancienne gynécologue, avec qui elle n'entretenait pas de relation de confiance, employait l'expression « l'autre » (E6) : « *Donc la dernière fois que je l'ai vu c'est le jour où elle m'a posé le Jaydess® et quand j'ai changé de gynécologue, la nouvelle elle m'a demandé pourquoi j'avais Jaydess® et pas Mirena® ou je ne sais pas apparemment des stérilets plus classiques, donc je ne sais pas pourquoi **l'autre** avait choisi ça.*»

Une autre participante qui exprimait ne pas avoir été prise au sérieux par sa gynécologue la qualifiait « de l'ancien temps » (EV). « *Je pense que c'est une des gynécologues de l'ancien temps qui n'était pas très convaincue sur les effets secondaires.* »

Quelques femmes mettaient en avant une certaine attente dans la prise en charge en fonction de l'âge de leur professionnel de santé ; ou avait constaté une différence dans celle-ci suivant l'âge.

Une ouverture d'esprit supérieure et une écoute empathique semblaient aller avec un âge du praticien plus jeune.

« Je pense que c'est une des gynécologues de l'ancien temps qui n'était pas très convaincue sur les effets secondaires. » EV

Si le praticien était ouvert, à l'écoute et âgé, cela signifiait que *« C'était une personne qui devait être en avance sur son temps, je sais pas dans sa façon d'être, elle est ...elle est géniale. » E3*

De la parole des patientes, on retenait que si la praticienne était jeune elle se devait de proposer un discours ouvert et moderne.

« Moi ce qui m'avait plus choquée quand même dans tout ça c'est que le jour où j'ai décidé d'arrêter toute contraception orale ma gynéco, qui est quand même jeune, tu sais ce qu'elle m'a dit ? Elle m'a dit "mais vous en avez parlé à votre mari, il est d'accord ?" [...]. Je trouve ça tellement, je sais pas, antique de dire "est ce que lui il est d'accord", c'est-à-dire il faut son accord pour arrêter une contraception !? Non mais !» E6

De notre étude était également ressorti l'importance pour les femmes d'être au centre du choix relatif à leur contraception. Ce choix devait être le leur au cours de la consultation médicale mais également dans leur relation avec leur partenaire.

« C'est chacun son choix. » E4

« J'avoue que si j'avais pu choisir quelque chose plus tôt si j'avais su, à choisir... » EIII

Une femme a également soulevé que toutes les réponses ne devraient pas être seulement médicamenteuses : *« Et toutes ses réponses médicamenteuses qui n'en sont pas en fait... » E6*

VIII/ Carte mentale

Une carte mentale appelée également carte heuristique nous a permis de reprendre l'ensemble des résultats de notre étude, de manière plus visuelle.



Nous avons représenté des encadrés de tailles différentes en fonction de la fréquence des troubles retrouvés. Ainsi la diminution de la libido est le trouble le plus retrouvé et ayant donc le cadre le plus gros. Nous avons également regroupé les résultats qui nous semblaient appartenir à une unité thématique semblable sous une même couleur.

DISCUSSION

I/ Principaux résultats

Les onze entretiens individuels réalisés ont permis de mettre en avant une diminution de la libido chez une majorité des participantes. Il s'agit de l'effet indésirable le plus retrouvé.

D'autres effets secondaires sur la sexualité ont été rapportés, tels que la diminution de la fréquence des rapports sexuels et de l'absence de réponse aux avances du partenaire, pour plus de la moitié des participantes ainsi que de la perte d'initiative dans les rapports sexuels et des rapports non satisfaisants, chez un peu moins de la moitié des participantes.

Les autres modifications de la sexualité, rapportées de façon moins importante, par quelques femmes, concernent : des troubles de l'excitation, de la lubrification ainsi qu'une sécheresse, des dyspareunies, des troubles du cycle et saignements gênants la sexualité. Un sentiment d'anxiété ou le fait de s'être sentie mal à l'aise pendant une activité sexuelle a également été porté à notre connaissance par quelques femmes, de même qu'une perte de plaisir lors de l'activité sexuelle et de la difficulté à avoir un orgasme.

Bien que certaines participantes n'aient pas ressenti de trouble de libido, aucune participante n'a vu sa libido accrue sous progestatif.

Seulement quelques participantes ont déclaré n'avoir eu aucun trouble de la sexualité sous contraception progestative.

Une seule femme de notre échantillon a eu une très bonne tolérance globale (sexualité et autres sphères) de l'ensemble des contraceptions progestatives qu'elle a utilisé.

Aucune participante n'a précisé avoir une sexualité plus libérée ou plus épanouie sous contraception progestative.

II/ Forces et limites de l'étude

a) Forces

Notre sujet d'étude présente un caractère novateur. La revue de la littérature réalisée pour ce travail a montré qu'il n'existait pas d'étude qualitative semblable sur le vécu de la sexualité sous contraception progestative.

Nous avons réalisé notre étude avec une méthodologie rigoureuse. Les participantes ont été recrutées en cabinet de médecine générale ou par le biais de confrères sur le seul motif d'avoir ou d'avoir eu une contraception progestative. Cela devait éviter un recrutement préférentiel des femmes ayant eu un vécu négatif de leur sexualité sous contraception progestative. Le thème de notre étude était présenté de manière générale (étude sur la contraception) de façon à ne pas influencer les réponses énoncées spontanément lors des entretiens. De même pour le guide d'entretien, réalisé en ce sens, avec un maximum de questions ouvertes.

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot. Le codage descriptif a été réalisé de façon individuelle puis a été mis en commun. De plus, la validation interne, par la triangulation des données, permet d'améliorer la qualité des résultats obtenus en réduisant la subjectivité.

Notre échantillon était diversifié de par l'âge et le plan socio-professionnel des participantes.

Il existait dans notre étude une grande représentation des galéniques et des types de contraceptions progestatives.

De même, la spécialité des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique des participantes était variée (gynécologues obstétriciens ou médicaux, sages-femmes et médecins généralistes).

b) Limites

Parmi nos participantes, aucune femme n'était issue de minorité sexuelle (une femme homosexuelle nous avait donné son accord oral de participation puis a finalement changé d'avis). Peu de femmes étaient célibataires au moment de la prise de la contraception progestative.

Tous les types de progestatifs n'ont pas pu être représentés dans notre thèse. Ainsi aucune des femmes de notre étude n'était sous Kyleena® ou encore progestatif injectable (peu utilisé en France), ni même sous Slinda® (date de mise sur le marché récente).

Le sujet de notre étude étant délicat, certaines femmes ont pu masquer des informations entraînant un biais de déclaration.

Certaines prises de contraception et leurs effets secondaires potentiels pouvaient remonter à plusieurs années, ce qui a pu entraîner des biais de mémorisation et de restitution.

De plus, la participation à l'étude se faisait sur la base du volontariat et ces femmes avaient un suivi gynécologique régulier. Ces profils peuvent être différents de la population féminine générale.

Enfin, nous avons choisi de ne pas aborder la question des antécédents de violences ou des violences en cours, cela pour plusieurs raisons : cette question ne faisait pas partie de nos objectifs de recherche, et il nous semblait bien difficile de passer à autre chose après cet aveu. De nombreuses expériences peuvent entrer en compte dans le vécu de la sexualité, mais notre objectif était d'étudier le lien entre la contraception progestative et la sexualité et non le lien avec une situation de violence. Néanmoins nous avons constitué un guide d'entretien avec des questions ouvertes, pour laisser la place à la participante d'aborder spontanément ce sujet si elle le désirait, mais ce fait n'a pas été retrouvé.

III / Nos résultats au regard de la littérature

Il ne faut pas perdre de vue que la sexualité est complexe et multifactorielle. Elle est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (46).

Cet aspect multifactoriel peut parfois rendre difficile l'identification de la place de la contraception progestative dans la sexualité féminine, et ce pour les femmes comme pour les professionnels de santé effectuant leur suivi gynécologique.

Les troubles de la sexualité, et notamment l'impact sur la libido, induits par la prise d'une contraception hormonale, ont été peu étudiés. Parmi les nombreuses études existantes sur la contraception, ce sont l'efficacité des contraceptifs, la prise de poids, les irrégularités des cycles, les nausées et les effets sur l'humeur qui ont été principalement étudiés.

Bien qu'il semble que la majorité des femmes n'est pas impactée, certaines présentent tout de même une diminution ou une augmentation de leur libido (38). Les modifications de la sexualité sont une justification fréquemment décrite de l'arrêt des contraceptifs hormonaux (47). Une étude de Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT (38) met en évidence que les craintes concernant une grossesse non désirée ont un impact négatif sur la sexualité ; la contraception pourrait donc libérer la sexualité de cette préoccupation.

a) Pilule progestative

Parmi nos participantes, huit étaient ou avaient été sous pilule progestative. Pour sept d'entre elles il s'agissait d'une contraception par microprogestatif et pour une d'entre elle par macroprogestatif. Quelques femmes avaient eu plusieurs pilules microprogestatives différentes ou encore la même molécule sous des noms commerciaux différents.

La participante ayant eu la contraception macroprogestative l'avait arrêtée en raison d'un impact significatif sur sa sexualité et sa vie de couple. A cela s'ajoutait une sécheresse intime très difficile à vivre au quotidien.

Deux patientes sous pilule microprogestative n'ont présenté aucun trouble de la sexualité. Les autres ont pu décrire : une diminution de la libido, une perte de plaisir lors des activités

sexuelles, une diminution du désir, des troubles de l'excitation, une perte d'initiative dans les rapports sexuels, une absence de réponse aux avances du partenaire, une anxiété avant un rapport sexuel ou le fait de s'être sentie mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle, des rapports non satisfaisants, des difficultés à avoir un orgasme, une diminution dans la fréquence des rapports sexuels, des dyspareunies, des troubles de la lubrification, une sécheresse vaginale, des irritations. Soit la totalité des items proposés dans notre guide d'entretien afin d'explorer plus en détail le vécu des troubles de la sexualité.

Dans la littérature, peu d'études concernent la pilule progestative et la sexualité.

La revue de la littérature intitulée « Données validées concernant les effets secondaires de la contraception hormonale touchant à la vie psychique et/ou sexuelle : revue de la littérature » (48), réalisée par Elodie GAUTHIER en 2020 dans le cadre de sa thèse de médecine, met en avant que les pilules microprogestatives sont peu étudiées. Cette revue a retrouvé seulement quatre études qui ont analysé spécifiquement ces contraceptifs oraux, deux venant de Belgique et les deux autres de pays anglo-saxons. Ces quatre travaux sont des études de faible niveau de preuve. Il n'y a pas de données validées. Parmi ces quatre articles, un seul concernait la vie sexuelle ; il s'agit d'une étude belge de Elaut et al. (49) réalisée sur cinquante-cinq couples. Ces couples étaient répartis au hasard sur trois groupes dans lesquels les femmes ont utilisé consécutivement pendant trois mois, trois produits contraceptifs hormonaux (dont une pilule progestative contenant 75µg de désogestrel). L'étude retrouve que le désir sexuel était plus élevé lorsque les participantes utilisaient une contraception oestro-progestative (COP) par anneau intra vaginal par rapport à celles qui utilisaient une COP orale ou une pilule progestative.

La Haute Autorité de Santé (HAS) reprecise dans son rapport d'elaboration mis à jour en juillet 2019 « Contraception chez l'homme et chez la femme » (12) les effets indésirables potentiels sous pilule progestative seule. Il y est écrit que « des aménorrhées, irrégularités menstruelles, saignements inter menstruels, spotting, peuvent survenir sous traitement ». Mais les troubles de la sexualité ne sont pas mentionnés. Il est simplement expliqué aux professionnels de santé de « Conseiller à la femme de revenir à tout moment si elle veut discuter des effets secondaires ou d'autres problèmes ou si elle souhaite changer de méthode ».

Le parallèle vis-à-vis de notre échantillon est difficile à réaliser de par le peu de données disponibles sur la pilule progestative et son impact sur la sexualité féminine dans la littérature.

b) DIU progestatif

Parmi nos participantes, trois étaient ou avaient été sous dispositif intra-utérin progestatif : DIU Mirena® ou Jaydess®. Une des femmes a décrit un vécu très positif sous Mirena® sans aucun impact sur sa sexualité. Une des participantes a décrit quant à elle d'importants effets secondaires : troubles de l'humeur, prise de poids et troubles de la sexualité. Ces troubles l'ont conduite à faire retirer son DIU. Les troubles de la sexualité étaient une baisse très importante de la libido avec perte d'initiative dans les rapports sexuels et une absence de réponse aux avances de son partenaire. La participante a également décrit des troubles de la lubrification avec sécheresse. Ces troubles ont entraîné une diminution de la fréquence des rapports sexuels et ont engendré une période compliquée dans son couple avec un questionnement de son conjoint sur une infidélité. Elle a décrit une importante baisse de la libido, ce autant dans sa sexualité de couple que concernant sa sexualité seule : elle n'en avait plus. La dernière participante a décrit des troubles de la sexualité principalement liés à une augmentation des troubles du cycle à type de spotting sous Jaydess®. Cette majoration des spottings ayant entraîné le retrait du DIU.

Au regard de la littérature, une étude de Skrzypulec V et Drosdzol A (38) (50) a évalué l'effet du DIU libérant du lévonorgestrel sur la qualité de vie et le fonctionnement sexuel des femmes. Un effet positif sur la sexualité (désir sexuel et excitation) a été relevé dans cette étude. L'échelle FSFI utilisée (désir sexuel, excitation sexuelle, lubrification, orgasme, satisfaction sexuelle et dyspareunie) a montré que les femmes utilisant le Mirena® ont un fonctionnement sexuel supérieur par rapport aux groupes témoins. Il a été démontré dans cette étude que le Mirena® ne diminuait pas la libido. Ceci est justifié d'une part par le fait que le niveau d'œstradiol ne diminue pas et n'aggrave donc pas un trouble de la lubrification. De même, l'efficacité élevée de cette contraception et les effets positifs sur le cycle menstruel peuvent avoir un impact positif sur la vie sexuelle des femmes. Cette étude décrit tout de même un faible pourcentage d'effets secondaires à type d'irrégularité des cycles, d'aménorrhée, de prise de

poids, de nausées, de maux de tête et de tension mammaire qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie.

Une étude italienne de Bastianelli C et al. (51) a étudié l'efficacité, l'observance et l'effet sur les troubles du cycle du DIU Mirena®. Cette étude a montré que le flux sanguin avait diminué chez toutes les femmes. Les données des questionnaires utilisés ont montré une amélioration de la qualité de vie, une diminution des douleurs lors des rapports sexuels et une amélioration du désir sexuel.

Une étude de Arlier S et al. (52) a étudié l'impact de l'utilisation du DIU progestatif sur les fonctions urinaires et sexuelles des femmes souffrant de ménorragies. En diminuant les ménorragies, le DIU a eu des effets positifs chez ces femmes sur les fonctions urinaires et sexuelles.

Plusieurs autres études ont également montré une amélioration des fonctions sexuelles sous DIU au lévonorgestrel (53) (54).

Les recommandations du Nationale Institute for Health and Care Excellence (NICE) (12) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action avancent quant à elles qu'il n'y a pas de preuve d'impact des DIU au cuivre ou au lévonorgestrel sur le poids (grade C). De faibles changements de l'humeur et de la libido sont néanmoins possibles (grade C).

La littérature retrouve des résultats discordants sur la sexualité sous DIU hormonal. Une majorité d'études s'accorde à dire qu'une amélioration de la vie sexuelle sous DIU au lévonorgestrel survient, quand d'autres, de faible niveau de preuve, expriment la possibilité de changement de la libido. Dans notre échantillon si une femme n'a pas vu de modification de sa sexualité, personne n'a noté d'amélioration de sa vie sexuelle, et d'autres ont noté une détérioration de celle-ci ou de leur confort, les conduisant au retrait du DIU.

c) Implant progestatif

Parmi les femmes interrogées dans notre étude, trois étaient ou avaient été sous Nexplanon®. Une des participantes n'a pas décrit de troubles de la sexualité sous implant, il s'agit toujours de sa contraception actuelle. Une autre a présenté d'importants troubles du cycle, ayant des conséquences négatives sur sa sexualité (dyspareunies, difficulté à avoir un orgasme et diminution de la fréquence des rapports sexuels), et a donc décidé de faire retirer son implant. La dernière a également fait retirer son implant contraceptif suite à l'apparition de nombreux effets secondaires : troubles du cycle, de l'humeur et de la sexualité. Concernant les troubles de la sexualité elle décrit une absence de libido, des troubles de l'excitation, une absence d'orgasme, des dyspareunies et des troubles de la lubrification avec une sécheresse vaginale ayant entraîné des rapports sexuels non satisfaisants, ainsi qu'une anxiété à avoir un rapport sexuel. Cela a eu un lourd retentissement sur sa vie personnelle. Cette participante a décrit comme difficile la période après avoir retiré son implant, le temps de reprendre confiance en elle et dans une contraception future.

Au regard de la littérature, une étude de Gezginc K et al. (55) étudiant l'efficacité et les effets secondaires de l'implant a retrouvé une baisse de la libido chez 2.5% des femmes justifiant son retrait. Cependant la principale cause de retrait de l'implant reste, d'après plusieurs études, les troubles du cycle avec des saignements fréquents ou prolongés (38) (56).

D'après les recommandations de la Faculty of sexual and reproductive healthcare (FSRH) sur les progestatifs injectables (recommandations de 2008, actualisées en janvier 2009) (12) : il semble établi que des modifications des règles sont possibles lors de l'utilisation d'un implant progestatif (grade C), cependant il y est également précisé qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'utilisation d'un implant progestatif et un changement de poids ou d'humeur, une perte de libido ou des céphalées (grade C).

Les recommandations du NICE sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action (recommandations 2005 revalidées en 2011) (12) décrivent également des règles modifiées par l'utilisation de l'implant, souvent irrégulières (grade C), mais qu'il n'existe pas de preuve d'impact sur le poids, l'humeur, la libido ou les maux de tête (grade C).

Là aussi la littérature n'est pas unanime. Si un effet secondaire sur la libido peut être décrit, celui-ci semble extrêmement faible, l'effet indésirable le plus commun et entraînant principalement le retrait de l'implant étant les troubles du cycle menstruel. Concernant notre échantillon deux des trois femmes ayant eu l'implant l'ont fait retirer pour mauvaise tolérance sur leur cycle menstruel avec un impact significatif sur leur sexualité.

d) Progestatif injectable

Aucune de nos participantes était ou avait été sous progestatif injectable.

Dans la littérature, une étude de Nelson AL (57) a mis en évidence une diminution voire une perte de la libido chez 5.8% des femmes utilisant un progestatif injectable.

Une étude de Ott et al. (47) a étudié l'influence de la contraception hormonale (dont les progestatifs injectables) chez des adolescentes sur leur humeur et leur désir sexuel. Aucune association entre contraception hormonale et désir sexuel n'a été mise en évidence. Les auteurs ont souligné que le désir sexuel était sûrement plus influencé par des facteurs comportementaux comme la qualité de la relation de couple.

De plus, malgré une baisse plus importante des taux de testostérone chez les utilisatrices de contraception oestro-progestatif par rapport aux utilisatrices de progestatifs injectables, une étude de Schaffir JA et al. (58) ne met pas en évidence de différence sur les fonctions sexuelles de ces femmes.

Dans une étude de 2011 sur les progestatifs injectables chez les adolescentes, aucune différence sur le plan sexuel n'a été mise en évidence entre les utilisatrices de progestatifs injectables et les femmes n'utilisant aucune contraception hormonale (59).

Il apparaît que les données étudiées vis-à-vis de la contraception par progestatif injectable font partie de la littérature étrangère et semblent peu adaptables aux caractéristiques de la contraception en France, et en particulier à notre échantillon, puisque cette méthode contraceptive n'est que très peu prescrite et utilisée en France (21). D'ailleurs, la HAS (12) précise que « la contraception progestative injectable n'est à considérer qu'en cas de difficultés d'observance ou dans des contextes socioculturels particuliers. La recherche d'une contraception progestative de longue durée d'action fera plutôt envisager l'utilisation d'un implant sous-cutané ou d'un DIU au lévonorgestrel ».

e) Contraception progestative d'urgence

Les recommandations de la FSRH sur la contraception d'urgence (recommandations 2011, actualisées en janvier 2012) (12) précisent qu'une utilisation répétée au cours d'un même cycle menstruel du lévonorgestrel ne provoquait aucun effet indésirable sévère. Les troubles présentés étaient le plus souvent des nausées, une tension mammaire, des vertiges, des douleurs abdominales, une fatigue, des céphalées, une prise de poids, une irritabilité, une faiblesse ainsi qu'une perte de libido.

Nous n'avons pas d'élément de comparaison dans notre échantillon puisque la contraception d'urgence n'a pas été étudiée, constituant seulement une méthode de rattrapage et non une méthode dite contraceptive.

f) Autres facteurs influençant la sexualité

Il est difficile d'attribuer les troubles de la sexualité décrits par les femmes seulement à la contraception. En effet, plusieurs autres facteurs peuvent jouer un rôle dans les troubles de la sexualité.

Plusieurs études l'ont montré dont l'étude de Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR et McBride KR (60) qui a mis en évidence plusieurs facteurs influençant l'excitation des femmes. L'humeur, le rapport à son corps ou bien encore les sentiments envers le ou la partenaire peuvent jouer sur leur excitation.

L'étude de Burrows LJ et al. (38) précise que l'apparence sexuelle et l'estime de soi sont des facteurs qui peuvent également affecter la sexualité.

Une étude d'Elaut E et al. (49) met en évidence que l'humeur de la femme a un impact sur son désir sexuel : les femmes présentant moins de symptômes dépressifs ont fait état d'un désir sexuel plus fort envers leur partenaire ($p < 0,001$). De plus, un désir sexuel plus fort chez le partenaire masculin a été associé à un désir plus fort chez la partenaire féminine ($p < .0001$). Cependant des effets distinctifs de l'humeur ont été observés pour le désir sexuel solitaire et vis à vis du partenaire. Ainsi, la pratique d'une sexualité seule ne serait nullement influencée par l'humeur, alors que le désir vis-à-vis du partenaire est positivement influencé par une meilleure humeur.

Une étude française de Caremel R et al. (61), sur la sexualité féminine a permis d'obtenir cent réponses à l'auto-questionnaire BISF-W, de femmes âgées de 25 à 70 ans. L'analyse de ses résultats a montré que les douleurs du dos et ou des hanches, l'âge, la ménopause, avaient une influence sur certains domaines de la sexualité. En revanche il n'a pas été mis en avant sur cette étude l'influence du tabac, de l'HTA, ou de la parité sur la sexualité féminine.

Une autre étude française, de Colson MH sur la Sexualité féminine et les étapes de la parentalité (62) retrouve que la période de transition à la parentalité et celle qui la suit immédiatement semblent présenter de nombreuses difficultés sexuelles chez les jeunes mamans et correspondre tout au moins à un ralentissement de la vie sexuelle dans le couple. Les difficultés sexuelles sont fréquentes dans les trois premiers mois du post-partum. Cependant l'état de santé de la femme venant d'accoucher, le sentiment de satisfaction ou l'insatisfaction vis-à-vis du couple, l'entente dans ce dernier, l'investissement personnel du partenaire jouent également un rôle important. Si des difficultés sexuelles persistent au-delà de six mois, elles sont le plus souvent à rattacher à ces motifs.

Les mutilations génitales peuvent également être responsables de troubles de la sexualité. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit que « les mutilations sexuelles féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales (63) ». Les mutilations sexuelles féminines peuvent alors être responsables de complications hémorragiques, uro-gynécologiques, obstétricales, infectieuses, psychologiques et sexuelles (64).

Comme déjà énoncé précédemment, la sexualité est multi factorielle. On peut y voir l'importance de l'interaction de facteurs anatomiques, biochimiques, neurophysiologiques, cognitifs, culturels et socio-contextuels.

Après ces données de littérature, il nous apparaît que l'impact des contraceptions, et de la contraception progestative en particulier, sur le vécu de la sexualité féminine, reste encore insuffisamment étudié. Des études supplémentaires seraient nécessaires afin de mieux appréhender le vécu de ces femmes sous contraception progestative.

IV / Interprétation de nos résultats selon notre échantillon

a) Accueil de notre étude par les participantes et leurs positions

A la dernière question de notre guide d'entretien : « Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter à cet entretien ? », deux femmes nous ont dit que le sujet de notre thèse leur semblait important, qu'elles y avaient une sensibilité particulière.

« Vous avez soulevé les bons points de l'information je crois, c'est surtout ça. [...] j'ai l'impression que votre étude elle va être très bien. C'est une bonne idée. » EIII

« Donc [...] pourquoi j'avais bien envie de participer [...] à votre thèse parce que je trouve que c'est vraiment faire avancer la cause des femmes que de travailler sur... non mais vraiment

vraiment. Je trouve que ça se joue à tous les niveaux et que nous-mêmes en tant que femmes on sous-estime tout ça alors qu'en fait c'est un poids dans notre vie. » E6

Ainsi, le choix de la méthode qualitative pour la réalisation de notre étude nous a semblé important et pertinent puisqu'il a offert à ces femmes la possibilité de s'exprimer sur leur vécu sous contraception, sur leur sexualité. La vie sexuelle reste un sujet encore tabou dans notre société, et surement trop encore vis-à-vis du personnel soignant. Les participantes ont apprécié cet espace de parole et il est important d'inciter les professionnels de santé à aborder régulièrement ce sujet avec leurs patientes.

b) Résultats en fonction des caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon

Malgré une certaine diversité de notre échantillon, nous n'avons pas remarqué de différences importantes sur le vécu de la sexualité en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Nous n'avons pas remarqué de meilleure ou moins bonne tolérance de la contraception en fonction de l'âge, du niveau d'étude, du statut marital ou encore du suivi par le professionnel de santé.

Malgré l'absence de tendance générale selon une caractéristique socio-démographique précise, nous avons pu dégager des particularités individuelles.

Par exemple, la participante à notre étude pensant avoir une libido faible de nature, avant d'y voir un lien avec sa contraception, était la seule de notre échantillon de religion catholique. Nous pouvons alors nous demander si les représentations sur la sexualité peuvent être influencées par une religion.

De plus, sans y voir forcément un lien de cause à effet, nous avons également remarqué que la participante ayant des méconnaissances en matière de contraception et de ses effets sur l'organisme (« *Je sais que la pilule peut faire devenir stérile* » et « (En parlant des règles) *Y a toujours le fait que je garde du sang à l'intérieur de moi.* ») avait un plus faible niveau d'étude avec un baccalauréat professionnel.

Les femmes qui nous paraissaient avoir une philosophie de vie dite “naturelle” de par leur profession (réflexologue), leur position envers les hormones (opposition et rejet des contraceptions hormonales) ou encore par le désir exprimé que les réponses avancées par le corps médical ne soient pas uniquement médicamenteuses, sont suivies ou souhaitent être suivies par une sage-femme. Pour celles dont le suivi par la sage-femme est initié, celui-ci est vécu de façon épanouissante, avec une relation de confiance avec leur interlocutrice.

V/ Nécessité d’une écoute attentive et de la prise en considération des propos par les professionnels de santé.

Les participantes se sont parfois senties non écoutées, non considérées, ou nous avons pu constater une minimisation ou banalisation des troubles de la part des professionnels de santé.

L’aspect multifactoriel de ces troubles semble être un obstacle à leur repérage et surtout à la mise en évidence d’un potentiel lien avec la contraception en cours.

Il nous semble important de remettre au centre de la consultation la parole des femmes, des patient(e)s en général : se renseigner sur les effets indésirables éventuels, sur le potentiel lien de causalité, tenir compte de l’iatrogénie, écouter ces troubles et explorer ensemble des solutions.

Le choix d’une contraception reste une lourde responsabilité au sein d’un couple, pour la femme en particulier. Des patientes nous ont fait ressentir la pression particulière qu’elles étaient seules à porter. Notamment si cette contraception est mal supportée et entraîne un retentissement sur la qualité de vie et le fonctionnement sexuel.

Le CNGOF a réalisé une revue de la littérature en 2018 afin de discuter de l’imputabilité de la contraception hormonale sur la survenue de certains effets secondaires et de proposer une stratégie de prise en charge. Il est recommandé que « Tout trouble de la libido sous contraceptif hormonal [soit] exploré par un interrogatoire évaluant notamment les autres aspects psychologiques de cette plainte. Un changement de contraceptif peut être discuté en parallèle. » (65)

Dans la présentation de son mémoire intitulé « Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes » (66) Maëlle CORRE LABAT, sage-femme, explique que beaucoup de femmes ont pu prendre conscience des limites de leurs connaissances. Cependant, elles désiraient en savoir plus. Ainsi, à la question du “pourquoi” ne se sont-elles pas davantage informées, et particulièrement auprès des professionnels de santé, certains freins ont été retrouvés à cet échange. La pudeur en premier lieu, mais également l’importance d’un climat de confiance, et un manque de disponibilité lors des consultations. Les professionnels de santé eux-mêmes les rejoignent sur ce dernier point, et ont exprimé rencontrer de nombreuses difficultés à l’instauration de contexte favorable. Cela pouvait être en lien avec un stress, un retard, en fonction du degré d’urgence de l’information, un manque de moyens et d’outils d’information ou encore une durée de consultation trop courte. Ces obstacles à l’information semblaient participer à maintenir le tabou autour du corps des femmes et de leur sexualité. Il faut les contourner pour qu’un échange plus libre puisse être mis en place.

L’Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) met en avant dans le rapport d’élaboration sur la contraception de la HAS (12) que si la femme ou le couple évoquent des idées reçues fausses sur la contraception ou la sexualité, il faut alors savoir les démentir et les expliquer.

En tant qu’acteur de premier recours potentiellement impliqué dans la santé des femmes, il semble important que le médecin généraliste mette en place un espace de parole ouvert et libre, où la femme peut exprimer ses difficultés et poser ses questions dans un climat de confiance.

Son interrogatoire et examen clinique pourront reposer sur des bases d’empathie et le médecin se doit de respecter la sexualité et l’orientation sexuelle de ses patientes. Il peut également donner des informations, des conseils, poser la question d’antécédents de violence physiques, conjugales ou sexuelles. Le médecin doit conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des sujets abordés et des informations recueillies. Le consentement mutuel, principe de base de toute sexualité épanouie, peut également être rappelé lors de l’évocation des pratiques sexuelles.

Ainsi, une discussion entre le professionnel de santé et sa patiente est indispensable pour choisir la contraception (balance bénéfices-risques, mode d'action et efficacité attendue, durée

d'utilisation, incertitudes discutées, effets indésirables potentiels, etc). Il est important d'accompagner la patiente ou le couple dans leur réflexion et le choix de la contraception.

Il semble également intéressant de programmer une consultation de suivi afin de discuter des problèmes rencontrés (le cas échéant). La sexualité sous contraception pourra être abordée avec la patiente voire même avec le couple. Une solution pourra être mise en place face au problème rencontré.

Il est important de noter que des facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques peuvent être à l'origine d'un échec de la méthode de contraception. Il est important de réaborder la bonne utilisation de la méthode contraceptive (16).

CONCLUSION

Bien que moins utilisée que la contraception oestro-progestative, bon nombre de femmes ont recours à une contraception par progestatif seul. Se pose ainsi la question de l'impact de celle-ci sur leur sexualité. Notre travail de recherche qualitative a exploré le vécu de la sexualité féminine sous contraception progestative.

La majorité de nos participantes a décrit une diminution de la libido, l'attribuant à la contraception. D'autres troubles de la sexualité ont également été soulevés par ces femmes tels que la diminution de la fréquence et la perte d'initiative dans les rapports sexuels, le fait d'avoir des rapports non satisfaisants et la perte de plaisir au cours de ces derniers. Contrairement aux données de certaines études, aucune des femmes n'a vu sa libido accrue.

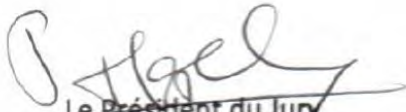
Un grand nombre de facteurs peuvent cependant influencer la sexualité des femmes. Il peut donc être difficile, à fois pour les femmes mais aussi pour les professionnels de santé, d'attribuer les troubles de la sexualité à la contraception progestative.

Ces troubles de la sexualité ont pu chez nos participantes modifier leur qualité de vie, le vécu de leur sexualité, seule et en couple, leur relation avec leur partenaire voire provoquer l'arrêt de leur contraception. Peu de données de la littérature vont en ce sens et ce sujet mérite d'être exploré davantage.

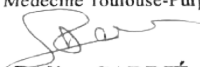
Il apparaît indispensable de sensibiliser les professionnels de santé à ce sujet. Les effets secondaires, dont les troubles de la sexualité, doivent être recherchés et pris en charge par ces derniers. Il est nécessaire d'aborder en consultation, pour nous médecins généralistes, la sexualité. Elle pourra être réévaluée régulièrement, en laissant un espace de parole dépourvu de jugement pour s'exprimer sur ce sujet. Il semble également intéressant de connaître les représentations (culturelles, spirituelles, religieuses, familiales, ...) que peuvent avoir les femmes concernant leur contraception et leur sexualité, afin de les confirmer ou au contraire de les déconstruire.

Vu

Toulouse le 10/07/2020


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 17 juillet 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan

Didier CARRIÉ

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larousse É. Définitions : désir - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9sir/24525>
2. Le Robert Dico en ligne. libido - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/libido>
3. Larousse É. Définitions : orgasme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/orgasme/56448>
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 27 : Contraception [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf
5. LOI n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. 67-1176 décembre, 1967.
6. La rédaction de Vie-publique.fr. L'évolution des droits des femmes : chronologie [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19590-chronologie-des-droits-des-femmes>
7. Mireille Le Guen, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, Leslie Fonquerne, Cécile Thomé et Cécile Ventola pour le laboratoire junior Contraception&Genre. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation [Internet]. 2017 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/549population.societes.novembre2017.contraception.fr.fr.pdf
8. Santé publique France. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: </liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
9. Santé publique France. Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptifs [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: </determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs>
10. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. 2017 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/152114_1806.pdf
11. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo contraception chez la femme à risque cardiovasculaire - annexe [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/contraception_chez_la_femme_a_risque_cardiovasculaire_-_annexe.pdf

12. HAS - Service des bonnes pratiques professionnelles. Rapport d'Elaboration Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
13. SFE. Item 27 - Contraception [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/381/item-27-ndash-contraception>
14. Ministère des solidarités et de la santé. Classification des contraceptifs oraux selon la génération du progestatif [Internet]. 2013 janv [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pilules_3eme_generation.pdf
15. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - CERAZETTE 0,075 mg, comprimé pelliculé [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61452187&typedoc=R>
16. Vidal EurekaSanté. MICROVAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-omicro01-MICROVAL.html>
17. VIDAL. SLINDA 4 mg cp pellic - Synthèse [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/slinda_4_mg_cp_pellic-208969.htm
18. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Régulation des naissances [Internet]. 2011 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/4_4.html
19. VIDAL. NEXPLANON 68 mg implant pour usage sous-cutané - Pharmacodynamie [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/nexplanon-156058-pharmacodynamie.htm>
20. Base de données publique, des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - ETONOGESTREL/ETHINYLESTRADIOL MYLAN 120 microgrammes/15 microgrammes/24 heures, système de diffusion vaginal [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64231450&typedoc=R>
21. VIDAL EurekaSanté. Les injections et les implants sous-cutanés contraceptifs [Internet]. EurekaSanté. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine.html>
22. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Mirena et Jaydess : information sur la réévaluation des données de sécurité de ces dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel (DIU-LNG) - Point d'information [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Mirena-et-Jaydess-information-sur-la-reevaluation-des-donnees-de-securite-de-ces-dispositifs-intra-uterins-au-levonorgestrel-DIU-LNG-Point-d-information>
23. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 24 juill 2018].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

24. Base de données publique des médicaments. Notice patient - MIRENA 52 mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66349230&typedoc=N>
25. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - KYLEENA 19,5 milligrammes, système de diffusion intra-utérin [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63463104&typedoc=R>
26. Base de données publique des médicaments. Fiche info - JAYDESS 13,5 mg, système de diffusion intra-utérin [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63905960>
27. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - NORLEVO 1,5 mg, comprimé [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=60812935>
28. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - ELLAONE 30 mg, comprimé [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=62681541>
29. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé*. 2004;22(3):117-42.
30. Santé publique France. Santé sexuelle [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: </determinants-de-sante/sante-sexuelle>
31. SPF. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: </notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
32. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France [Internet]. [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136017300166>
33. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence - rapport [Internet]. 2009 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
34. CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique - La prise en charge des femmes françaises [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: [70](http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-</div><div data-bbox=)

sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/

36. Ined - Institut national d'études démographiques. Contraception - Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
37. Ministère chargé de la santé. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil
38. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 sept 2012;9(9):2213-23.
39. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:297-320.
40. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. févr 2013;18(1):27-43.
41. Boozalis A, Tutlam NT, Robbins CC, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol*. mars 2016;127(3):563-72.
42. Christophe Lejeune. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 2e édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p.
43. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
44. Fichier PDF. FSFI questionnaire français court .pdf [Internet]. Fichier PDF. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.fichier-pdf.fr/2017/11/14/fsfi-questionnaire-francais-court/>
45. Baudelot-Berrogain N, Roquejoffre S, Game X, Mallet R, Mouzin M, Bertrand N, Plante P, Sarramon J.P, Richmann P, Malavaud D. Validation linguistique du « Brief Index of Sexual Functioning for Women ». Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises [Internet]. 2018 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/validation-linguistique-du-brief-index-sexual-functioning-women-application>
46. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
47. Ott MA, Shew ML, Ofner S, Tu W, Fortenberry JD. The Influence of Hormonal Contraception on Mood and Sexual Interest among Adolescents. *Arch Sex Behav*. août 2008;37(4):605-13.

48. Gauthier E. Données validées concernant les effets secondaires de la contraception hormonale touchant à la vie psychique et/ou sexuelle: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2020.
49. Elaut E, Buysse A, Sutter PD, Cuypere GD, Gerris J, Deschepper E, et al. Relation of androgen receptor sensitivity and mood to sexual desire in hormonal contraception users. *Contraception*. 1 mai 2012;85(5):470-9.
50. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system--Mirena. *Coll Antropol*. déc 2008;32(4):1059-68.
51. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system, quality of life and sexuality. Experience in an Italian family planning center. *Contraception*. oct 2011;84(4):402-8.
52. Arlier S*, Uysal G, Seyfettinoğlu S, Nazik H, Kaya FO, Adıgüzel C, Yılmaz ES and Yücel O. Effect of Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System on Sexual and Urinary Functions [Internet]. 2017 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.annexpublishers.co/articles/JGR/3202-Effect-of-Levonorgestrel-Releasing-Intrauterine-System-on-Sexual-and-Urinary-Functions.pdf>
53. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivelä A, et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *The Lancet*. 27 janv 2001;357(9252):273-7.
54. Altınbaş SK, Tekin YB, Dilbaz B, Dilbaz S. Evaluation of quality of life in fertile Turkish women with severe endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2 janv 2015;35(1):49-52.
55. Gezginc K, Balci O, Karatayli R, Colakoglu MC. Contraceptive efficacy and side effects of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. déc 2007;12(4):362-5.
56. Yildizbas B, Sahin HG, Kolusari A, Zeteroglu S, Kamaci M. Side effects and acceptability of Implanon: a pilot study conducted in eastern Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. sept 2007;12(3):248-52.
57. Nelson AL. Counseling issues and management of side effects for women using depot medroxyprogesterone acetate contraception. *J Reprod Med*. mai 1996;41(5 Suppl):391-400.
58. Schaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *Am J Obstet Gynecol*. déc 2010;203(6):545.e1-5.
59. Fortenberry JD, Hensel DJ. The association of sexual interest and sexual behaviors among adolescent women: A daily diary perspective. *Horm Behav*. mai 2011;59(5):739-44.
60. Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav*. déc 2004;33(6):527-38.

61. Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, Collard P, Grise P. Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine témoin française. *Progrès en Urologie*. 1 sept 2008;18(8):527-35.
62. Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. //www.em-premium.com/data/revues/12979589/v42i10/S1297958914002690/ [Internet]. 10 oct 2014 [cité 30 juin 2020]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/929763/resultatrecherche/1>
63. OMS. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/
64. Abdulcadir J, Bianchi-Demicheli F, Petignat P. Fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine. *Revue médicale suisse*. 2017;13(554):597-601.
65. Robin G, Plouvier P, Delesalle A-S, Rolland A-L. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. *RPC Contraception CNGOF*. //www.em-premium.com/data/revues/24687189/unassign/S2468718918302587/ [Internet]. 9 nov 2018 [cité 16 juin 2020]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/1254845/resultatrecherche/1>
66. Corre Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Internet]. 2012 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20072689/2012474/fichier/474F.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Lettre explicative à destination des professionnels de santé

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes deux chercheuses (interne en fin de cursus de médecine générale et médecin remplaçant), et nous réalisons notre projet de thèse sur la contraception progestative.

Le but de notre étude est d'analyser le vécu des modifications sur la sexualité des femmes chez qui a été introduite une contraception progestative seule.

Le lien entre la prise d'une contraception hormonale progestative seule chez une femme et son impact sur le vécu de leur sexualité n'a pour le moment pas été clairement évalué. Les résultats restent très discordants et on note que la plupart des études ont été menées par rapport à des pilules oestro-progestatives.

L'absence de recherche qualitative sur un tel sujet pourrait justifier cette étude en ce sens qu'il est intéressant de compléter la littérature déjà publiée en essayant d'y apporter le ressenti de la sexualité chez ces femmes.

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi dirigés : entretiens en face à face (avec enquêtrice unique), qui seront enregistrés, anonymisés. Les entretiens durent une petite heure approximativement.

Les personnes interrogées seront les femmes en âge de procréer utilisatrices d'une contraception progestative seule ou ayant utilisée auparavant ce type de contraception (DIU Mirena/Jaydess/Kyleena ou implant progestatif ou pilule progestative) mineures incluses avec autorisation parentale.

Si vous avez dans votre patientèle des femmes correspondant à ces critères d'inclusion, seriez-vous d'accord pour :

- Leur demander leur accord pour être contactée afin de participer à notre travail de recherche

- Leur préciser qu'il s'agit d'une étude sur la contraception progestative mais ne pas leur parler de l'aspect sexualité afin qu'elles n'arrivent pas avec des réponses prédéfinies ou trop réfléchies.

- Nous transmettre leur numéro de portable ou de fixe (contacter Lucia au 06XXXXXXXX)

En vous remerciant de l'intérêt porté à notre étude et de votre aide,

Pauline THOMAS et Lucia MALET

Annexe II : Formulaire d'information et de consentement à destination des participantes

Formulaire d'information :

Nous sommes deux internes en fin de cursus de médecine générale et nous réalisons notre projet de thèse sur la contraception progestative.

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche.

Ce recueil d'informations est anonyme : nous n'utiliserons pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient permettre de vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Si vous acceptez de participer, vous pouvez toutefois décider d'arrêter la discussion à tout moment.

Déroulement : nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse, vous n'avez pas besoin de connaissances médicales particulières, seul votre vécu et votre ressenti est important dans cette étude.

Cette séance de discussion durera environ une heure suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien une question, n'hésitez pas à nous le dire, nous pourrions la reformuler, vous donner des explications sur les termes, etc.

Les personnes présentes seront : soit Lucia MALET, soit Pauline THOMAS (chercheuses de cette étude).

Cette participation n'est pas rémunérée.

La séance sera enregistrée, nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront par la suite analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée, cela sans que votre identité soit dévoilée.

Les objectifs de l'enquête :

- cette étude se réalise autour de questions que l'on vous pose sur vos ressentis afin de mieux comprendre vos attentes en matière de contraception.
- nous pourrions après cette enquête, publier ces résultats et ainsi faire avancer les connaissances en matière de contraception.

Nous vous rappelons que :

- Nous ne dirons à personne les confidences que vous nous ferez.
- L'enregistrement ne sera divulgué à aucune personne extérieure à l'enquête.
- Votre participation est volontaire et vous avez le droit de quitter la discussion à tout moment sans vous justifier.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom de la chercheuse :

Signature :

Formulaire de consentement :

J'accepte de participer à l'étude sur le vécu de la prise d'une contraception progestative.

Date :

Signature :

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les chercheuses Lucia MALET et Pauline THOMAS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Annexe III : Guide d'entretien, première version

Je vais d'abord vous poser des questions générales puis de plus en plus ciblées sur la contraception.

I Talon sociologique :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Où est-ce que vous habitez ? (Milieu rural ou urbain ?)
- Avez-vous des problèmes de santé majeurs ?
- Etes-vous en couple ou célibataire ? Si en couple, depuis combien de temps et quelle est la profession de votre conjoint ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien et quels âges ont-ils ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ? (Détaillez si besoin : homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle ou autre ?)
- Avez-vous une orientation religieuse ou spirituelle ?

II Question brise-glace :

- **Racontez-moi votre dernière consultation qui a concerné votre contraception ?** (Questions de relance : Dites-m'en plus ?
Et sinon : comment ça s'est passé ? Quel professionnel de santé a effectué la consultation ? Ce qui a été dit et prescrit ?)

III Historique :

- **Parlez-moi de votre contraception passée et actuelle ? De la première à la dernière prescrite** (historique, combien de temps avec telle ou telle contraception, effets et raisons des changements, qui était le prescripteur à chaque fois)

IV Contraception progestative :

Nous allons revenir sur la contraception progestative (citez le nom de la contraception)

- **Pourquoi avez-vous pris/prenez-vous cette contraception ?**
- **Pourquoi l'avez-vous arrêtée si c'est le cas ?** (Relance si besoin : Qui vous l'avait prescrite ? Qui vous a demandé de l'arrêter ? Pour quelles raisons ? Combien de temps avez-vous pris cette contraception ? : normalement déjà abordé à la question précédente)
- **J'aimerais savoir comment vous vous êtes sentie avec cette contraception ?**
- (Si question non comprise : avez-vous rencontré des **problèmes particuliers ? Ou au contraire étiez-vous bien sous cette contraception ?**)

(Attentes : douleurs, troubles du cycle, spotting, aménorrhée, troubles de la lubrification et sécheresse, troubles de la sexualité, prise de poids, acné, irritabilité, troubles de l'humeur, fatigue, ... Exemple : vous m'avez beaucoup parlé de douleurs, il y a-t-il autre chose, d'autres signes que vous avez remarqués ?)

- **En quoi cette contraception a pu modifier votre sexualité ?**

Si question non comprise ou réponse pas assez détaillée :

- Est-ce-que cette contraception a **modifié** votre **désir**, votre **libido** ? Si elle a augmenté votre désir pouvez-vous m'en dire plus ? Si elle l'a diminué expliquez-moi ?
-
- Si ça a gêné votre sexualité ou que vous ne l'avez pas constaté, je vais vous **citer les principaux troubles possibles, dites-moi si vous vous y retrouvez** :
 - o Nous avons parlé des troubles du désir ou troubles de l'excitation ?
 - o Troubles de la lubrification, sécheresse vaginale ?
 - o Anxiété ? Ou vous êtes-vous sentie mal à l'aise au court d'une activité sexuelle ?
 - o Avez-vous constaté une perte de plaisir au cours des activités sexuelles ?
 - o Ou une perte d'initiative dans les rapports sexuels ? Une absence de réponse aux avances de votre partenaire ?
 - o Un changement la fréquence des rapports sexuels ? (Diminution / Augmentation)
 - o Des saignements ou irritations après la pénétration vaginale ?
 - o La pénétration ou les rapports étaient-ils douloureux ?
 - o Difficulté à avoir un orgasme ?
 - o Cela a-t-il pu jouer un rôle dans la satisfaction du rapport sexuel (orgasme, ...) ?
- Vous venez de me parler de votre sexualité en couple, cette contraception a-t-elle pu modifier votre sexualité seule ?
- **Si modification de la sexualité, comment avez-vous abordé cela avec votre médecin (ou sage-femme/gynéco : professionnel de santé ayant introduit la contraception) ? Si vous ne l'avez pas abordé, pourquoi ?**
- **Comment ces modifications de sexualité ont-elles impacté votre vie ? Votre relation avec votre partenaire (vos partenaires) ?**
- **Dans un monde idéal qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour que cette contraception vous convienne parfaitement ? (Laisser la place à la relation soignant-patient)**
 - o Si relation soignant-patient abordé : vous m'avez parlé des difficultés avec votre soignant, qu'est ce qui aurait pu être amélioré sur l'aspect relationnel ? En quoi une meilleure relation soignant-patient aurait-elle pu améliorer les choses ?
 - o Ou si bonne relation patient-soigné : en quoi le climat de confiance que vous aviez avec le professionnel de santé a-t-il pu jouer sur le fait que cette contraception vous ai convenu / ait été adapté ?
 - o Si relation soignant-patient non abordée à cette question et éventuellement évoquée comme difficile dans l'entretien, demander « en quoi une meilleure relation soignant-patient aurait-elle pu améliorer les choses ? »

V Fin entretien :

- **Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter à cet entretien ?**

Annexe IV : Guide d'entretien, deuxième version

I / Talon sociologique :

Je vais d'abord vous poser des questions générales sur vous, puis je m'intéresserai de façon plus précise à votre contraception.

- Quel âge avez-vous ?
- De quelle origine êtes-vous ?
- Quel est votre niveau d'études ?
- Quelle est votre profession ?
- Où est-ce que vous habitez ? (Milieu rural ou urbain ?)
- Etes-vous en couple ou célibataire ?
 - o Si en couple, depuis combien de temps et quelle est la profession de votre conjoint ?
- Avez-vous des enfants ?
 - o Si oui, combien et quels âges ont-ils ?
- Combien de grossesses avez-vous eu ? (FC, IVG, IMG).
- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ? (Détailler si besoin : homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle ou autre ?)
- Avez-vous une orientation religieuse ou spirituelle ?
- Etes-vous fumeuse ?
- Avez-vous des problèmes de santé particuliers ?

II / Contexte gynécologique :

- **Qui réalise votre suivi gynécologique ?**
- **Comment celui-ci s'organise-t-il ?**
 - o Questions de relance : à quelle fréquence ce suivi est-il réalisé ? De quand date votre dernier FCV ?

III / Historique de la contraception :

- **Parlez-moi de votre première contraception ?** (Relances : Qui vous l'a prescrite ? A quel âge ?)
- **Parlez-moi des autres moyens de contraception depuis la première ?** (*Attentes : combien de temps avec telle ou telle contraception, effets et raisons des changements, qui était le prescripteur à chaque fois*)

IV / Contraception progestative :

Nous allons revenir sur votre contraception progestative (citez le nom de la contraception). (Si plusieurs contraceptions progestatives, interroger dessus les unes après les autres)

- **Pourquoi avez-vous pris/prenez-vous cette contraception ?**
- **Pourquoi l'avez-vous arrêtée si c'est le cas ?** (Relance si besoin : Qui vous l'avait prescrite ? Qui vous a demandé de l'arrêter ? Pour quelles raisons ? Combien de temps avez-vous pris cette contraception ? (Normalement déjà abordé à la question précédente))

- **J'aimerais savoir comment vous vous êtes sentie avec cette contraception ?**
 - (Si question non comprise : avez-vous rencontré des **problèmes particuliers ? Ou au contraire étiez-vous bien sous cette contraception ?**)
(Attentes : douleurs, troubles du cycle, spotting, aménorrhée, troubles de la lubrification et sécheresse, troubles de la sexualité, prise de poids, acné, irritabilité, troubles de l'humeur, fatigue, ... Exemple : vous m'avez beaucoup parlé de douleurs, il y a-t-il autre chose, d'autres signes que vous avez remarqués ?)

V / Vécu de la sexualité :

- **En quoi cette contraception a pu modifier votre sexualité ?**
 - Si bien développé : on relance : **Voyez-vous d'autres modifications ?**
 - Si pas développé ou question non comprise : Questions de relance et détails :
 - Est-ce-que cette contraception a **modifié** votre **désir** ou votre **libido** ? Si elle a augmenté votre désir pouvez-vous m'en dire plus ? Si elle l'a diminué expliquez-moi ?
 - Je vais vous **citer les principaux troubles possibles, dites-moi si vous les avez vécus** (si réponse positive à une de ces questions : **pouvez-vous m'en dire plus ?**)
 - Avez-vous eu des troubles de l'excitation ?
 - Avez-vous ressenti des troubles de la lubrification, une sécheresse vaginale ?
 - Vous êtes-vous senti anxieuse avant un rapport ? Ou vous êtes-vous sentie mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle ?
 - Avez-vous constaté une perte de plaisir au cours des activités sexuelles ?
 - Ou une perte d'initiative dans les rapports sexuels ? Une absence de réponse aux avances de votre partenaire ?
 - Un changement la fréquence des rapports sexuels ? (Diminution / Augmentation)
 - Des saignements ou irritations après la pénétration vaginale ?
 - Des douleurs lors des rapports sexuels ?
 - Avez-vous eu des difficultés à avoir un orgasme ?
 - Cela a-t-il pu jouer un rôle dans la satisfaction du rapport sexuel ?
- **Vous venez de me parler de votre sexualité en couple, cette contraception a-t-elle pu modifier votre sexualité seule ?** (Si sexualité seule déjà évoquée avant ne pas la poser)
- Si modifications de la sexualité :
 - **Comment ces modifications de sexualité ont-elles impacté votre vie ? Votre relation avec votre partenaire / vos partenaires ?**
 - **Comment avez-vous abordé cela avec votre médecin (ou sage-femme/gynéco : professionnel de santé ayant introduit la contraception) ? Si vous ne l'avez pas abordé, pourquoi ?**

- **Entretenez-vous une relation de confiance avec le professionnel de santé qui vous a prescrit cette contraception ?**
 - Si pas de relation de confiance : **Vous m’avez parlé des difficultés avec votre soignant, qu’est ce qui aurait pu être amélioré sur l’aspect relationnel ? En quoi une meilleure relation soignant-patient aurait-elle pu améliorer les choses ?**
 - Ou si bonne relation patient-soigné : **En quoi le climat de confiance que vous aviez avec le professionnel de santé a-t-il pu jouer sur le fait que cette contraception vous ait convenu / ait été adapté pour vous ?**

VI Fin entretien :

- **Est-ce que vous avez d’autres choses à ajouter à cet entretien ?**

Annexe V : Guide d'entretien, troisième version

I / Talon sociologique :

Je vais d'abord vous poser des questions générales sur vous, puis je m'intéresserai de façon plus précise à votre contraception.

- Quel âge avez-vous ?
- De quelle origine êtes-vous ?
- Quel est votre niveau d'études ?
- Quelle est votre profession ?
- Où est-ce que vous habitez ? (Milieu rural ou urbain ?)
- Etes-vous en couple ou célibataire ?
 - o Si en couple, depuis combien de temps et quelle est la profession de votre conjoint ?
- Avez-vous des enfants ?
 - o Si oui, combien et quels âges ont-ils ?
- Combien de grossesses avez-vous eu ? (FC, IVG, IMG).
- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ? (Détaillez si besoin : homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle ou autre ?)
- Avez-vous une orientation religieuse ou spirituelle ?
- Etes-vous fumeuse ?
- Avez-vous des problèmes de santé particuliers ?

II / Contexte gynécologique :

- **Qui réalise votre suivi gynécologique ?**
- **Comment celui-ci s'organise-t-il ?**
 - o Questions de relance : à quelle fréquence ce suivi est-il réalisé ? De quand date votre dernier FCV ?

III / Historique de la contraception :

- **Parlez-moi de votre première contraception ?** (Relances : Qui vous l'a prescrite ? A quel âge ?)
- **Parlez-moi des autres moyens de contraception depuis la première ?** (*Attentes : combien de temps avec telle ou telle contraception, effets et raisons des changements, qui était le prescripteur à chaque fois*)

IV / Contraception progestative :

Nous allons revenir sur votre contraception progestative (citez le nom de la contraception).
(Si plusieurs contraceptions progestatives, interroger dessus les unes après les autres)

- **Pourquoi avez-vous pris/prenez-vous cette contraception ?**
- **Pourquoi l'avez-vous arrêtée si c'est le cas ?** (Relance si besoin : Qui vous l'avait prescrite ? Qui vous a demandé de l'arrêter ? Pour quelles raisons ? Combien de temps avez-vous pris cette contraception ? (normalement déjà abordé à la question précédente))

- **J'aimerais savoir comment vous vous êtes sentie avec cette contraception ?**
 - (Si question non comprise : avez-vous rencontré des **problèmes particuliers ? Ou au contraire étiez-vous bien sous cette contraception ?**)
(Attentes : douleurs, troubles du cycle, spotting, aménorrhée, troubles de la lubrification et sécheresse, troubles de la sexualité, prise de poids, acné, irritabilité, troubles de l'humeur, fatigue, ... Exemple : vous m'avez beaucoup parlé de douleurs, il y a-t-il autre chose, d'autres signes que vous avez remarqués ?)

V / Vécu de la sexualité :

- **En quoi cette contraception a pu modifier votre sexualité ?**
 - Si bien développé : on relance : **Voyez-vous d'autres modifications ?**
 - Si pas développé ou question non comprise : Questions de relance et détails :
 - Est-ce-que cette contraception a **modifié** votre **désir** ou votre **libido** ? Si elle a augmenté votre désir pouvez-vous m'en dire plus ? Si elle l'a diminué expliquez-moi ?
 - Je vais vous **citer les principaux troubles possibles, dites-moi si vous les avez vécus** (si réponse positive à une de ces questions : **pouvez-vous m'en dire plus ?**)
 - Avez-vous eu des troubles de l'excitation ?
 - Avez-vous ressenti des troubles de la lubrification, une sécheresse vaginale ?
 - Vous êtes-vous senti anxieuse avant un rapport ? Ou vous êtes-vous sentie mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle ?
 - Avez-vous constaté une perte de plaisir au cours des activités sexuelles ?
 - Ou une perte d'initiative dans les rapports sexuels ? Une absence de réponse aux avances de votre partenaire ?
 - Un changement la fréquence des rapports sexuels ? (Diminution / Augmentation)
 - Des saignements ou irritations après la pénétration vaginale ?
 - Des douleurs lors des rapports sexuels ?
 - Avez-vous eu des difficultés à avoir un orgasme ?
 - Cela a-t-il pu jouer un rôle dans la satisfaction du rapport sexuel ?
- **Vous venez de me parler de votre sexualité en couple, cette contraception a-t-elle pu modifier votre sexualité seule ?** (Si sexualité seule déjà évoquée avant ne pas la poser)
- Si modifications de la sexualité :
 - **Comment ces modifications de sexualité ont-elles impacté votre vie ? Votre relation avec votre partenaire / vos partenaires ?**
 - **Comment avez-vous abordé cela avec votre médecin** (ou sage-femme/gynéco : professionnel de santé ayant introduit la contraception) ? **Si vous ne l'avez pas abordé, pourquoi ?**

- **Pensez-vous avoir une relation de confiance avec le professionnel de santé qui vous a prescrit cette contraception ?**
 - Si pas de relation de confiance : **Vous m'avez parlé des difficultés avec votre soignant, qu'est ce qui aurait pu être amélioré sur l'aspect relationnel ? En quoi une meilleure relation soignant-patient aurait-elle pu améliorer les choses ?**
 - Ou si bonne relation patient-soigné : **Pensez-vous que la confiance que vous avez pour votre médecin a pu jouer sur la tolérance de la contraception ?**

VI Fin entretien :

- **Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter à cet entretien ?**

Annexe VI : Extrait du talon Excel® des résultats

ENTRETIEN 6	Mais qui à mon avis était aussi liée au manque d'envie, de désir	Perte de plaisir en lien avec le manque d'envie et de désir	PERTE DE PLAISIR AU COURS DES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Ah oui.	Perte d'initiative et absence de réponse aux avances du partenaire	PERTE D'INITIATIVE DANS LES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Ah oui.	Perte d'initiative et absence de réponse aux avances du partenaire	ABSENCE DE REPONSE AUX AVANCES DU PARTENAIRE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Oui	Diminution de la fréquence des rapports sexuels	DIMINUTION FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Oui. Les 2.	Saignements et irritations après la pénétration vaginale	SAIGNEMENTS ET IRRITATIONS APRES LA PENETRATION VAGINALE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Oui	Douleurs lors des rapports sexuels en lien avec le lubrification	DOLUEURS LORS DES RAPPORTS SEXUELS EN LIEN AVEC LE LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	c'était irritant quoi	Pénétration vaginale comme irritante	PENETRATION VAGINALE COMME IRRITANTE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Oui	Plus de difficultés que d'habitude à avoir un orgasme sous Lutéram®	PLUS DE DIFFICULTES A AVOIR UN ORGASME	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Ah, ben oui, forcément !	Rapport non satisfaisant	RAPPORTS NON SATISFAISANTS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	ben c'y a trop d'effets indésirables	Lutém® trop pourvoyeur d'effets indésirables	VECU PERSONNEL	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	donc c'est pas possible	Balance bénéfices risques en défaveur.	BALANCE BENEFICES RISQUES EN DEFAVEUR.	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	Ah non mais là ça a été radical	Troubles de la sexualité apparus très rapidement sous Lutém® /	RAPIDE D'APPARITION DES EI	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	contre je ne me suis pas embêtée à attendre	Ne s'est pas embêtée à continuer le Lutém®.	ARRET CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 6	troupe d'effets indésirables pour aucun effets positifs, c'est pas possible quoi.	Arêt du Lutém® pour trop d'effets indésirables	ARRET CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Euh... on va dire que j'ai en moins de sécheresse qu'avec NUVARING mais plus qu'	Sécheresse vaginale encore sous OPTIMIZE (comparé à quand elle n'avait aucun contact)	SECHESSE VAGINALE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Forcément moins.	Diminution de la fréquence des rapports sexuels dus à l'éloignement physique	DIMINUTION FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Alors moi j'ai l'impression que j'ai une perte de la libido	Impression de perte de libido	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui	Pas d'autres modifications à part la baisse de libido constatée sous contraception progestative	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui	Modification du désir ou de la libido	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	J'ai moins envie d'avoir de relation avec mon partenaire	Diminution du désir ou de la libido	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Euh... ou du coup	Troubles de l'excitation	TROUBLES DE L'EXCITATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui (Rires)	Absence de réponse aux avances de son partenaire	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui... on a des enfants après ça prend du temps donc ...	Lien de causalité basse de libido et libido mise en évidence par la patiente	LIEN CAUSALITE PILEULE ET TROUBLES DE LA SEXUALITE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	C'est vrai que mon mari je lui dis souvent que c'est à cause de la pilule que j'ai moi	Justification moins de PS car les enfants prennent du temps	JUSTIFICATION TROUBLES DE LA SEXUALITE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui... on a des enfants après ça prend du temps donc ...	Effets secondaires sous pilule progestative : diminution de la libido, modification importante	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Mais je m'en suis rendu compte qu'après.	Constat ultérieur	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Je trouve. Sur mon vécu j'ai vu une différence.	Lien de causalité entre pilule progestative et perte de libido mis en évidence par la patiente	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Parce qu'à l'arrêt j'ai vu un gros changement	Modification de la libido à l'arrêt de la pilule progestative	DIMINUTION DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	donc je commence à avoir un recul donc pendant 8 ans je me suis dit « c'est moi »	Fausse croyance acquise d'une faible libido pendant les 8 ans sous pilule progestative	IMAGE DE SA LIBIDO SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	et finalement à l'arrêt je me suis rendu compte que c'est plus intense que ça et je cr	Prise de conscience ultérieure des troubles de la libido sous pilule progestative	IMAGE DE SA LIBIDO SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	J'ai cette impression-là.	Ressenti différence de libido	ARRET CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Puis là l'arrêt je l'ai depuis	Maintien de l'arrêt	ARRET CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	pendant 8 ans je me suis dit « c'est moi »	Fausse croyance acquise d'une faible libido pendant les 8 ans sous pilule progestative	IMAGE DE SA LIBIDO SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	finalement à l'arrêt je me suis rendu compte que c'est plus intense	Prise de conscience ultérieure des troubles de la libido sous pilule progestative	IMAGE DE SA LIBIDO SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	J'ai cette impression-là	Ressenti différence de libido	IMAGE DE SA LIBIDO SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui	Effets secondaires sous pilule progestative : sécheresses vaginales ou troubles de la lubrification	TROUBLES DE LA LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Très fréquemment	Fréquence de ses troubles : très fréquemment	TROUBLES DE LA LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Non	Non attribuable aux variations du cycle	TROUBLES DE LA LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	C'est ça	Perte d'initiative dans les rapports sexuels	PERTE D'INITIATIVE DANS LES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	C'est ça	Absence de réponse aux avances du partenaire	ABSENCE DE REPONSE AUX AVANCES DU PARTENAIRE	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Durant les 8 ans	Durée et persévérance du trouble durant les 8 ans	DUREE DES TROUBLES DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Non, je ne l'ai pas noté	Stabilité de l'intensité des troubles	DUREE DES TROUBLES DE LA LIBIDO	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Je pense oui	Changement ressenti de la fréquence des rapports	DIMINUTION FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Je pense oui	Sécheresse vaginale	TROUBLES DE LA LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Irritations je le mets sur le compte de la sécheresse plus	Effets secondaires de la sécheresse vaginale : irritations	TROUBLES DE LA LUBRIFICATION	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE
ENTRETIEN 1	Oui quand même	Modification de la satisfaction du rapport sexuel	RAPPORTS NON SATISFAISANTS	TROUBLES DE LA SEXUALITE SOUS CONTRACEPTION PROGESTATIVE

Annexe VII : Talon sociologique

Entretien	Age	Profession	Niveau d'études	Lieu de vie : département	Statut marital	Profession du conjoint	Orientation religieuse	Orientation sexuelle	Age du premier rapport sexuel	Professionnel effectuant le suivi gynécologique actuel	Gestité Parité	Historique de la contraception	Antécédents médicaux	Lien entretien	Durée entretien
1	32	Réflexologue	Information non obtenue	82	En couple	Commercial	Athée	Hétérosexuelle	Non connu	Sage-femme	GP2 2 enfants (2 ans) 1 enfant (12 ans) 1 enfant (15 ans) 11VG	Pilule (4,5 ans), non inconnu Grossesse Grippe Pilule oestroprogestative Mirena (6 mois) DIU cuivre (en cours)	Episode dépressif caractérisé	Cabinet médical	2720
2	24	Auxiliaire de puériculture	Baccalauréat	31	En couple	Auto-entrepreneur	Athée	Hétérosexuelle	18	Gynécologue-obstétricien	GP0	Nesplanon 16-24 ans (9 ans, en cours) Tinoridol : 16-23 ans (12ans) Grossesse : accouchement 28 ans Microval : 28-48 ans (21 ans) Optimibate 48 ans (7mois) Optimibate 48 ans (6 mois) Optimibate 48 ans (6 mois) Diane 35 : 15 ans (6mois) Lutelan 35 : 16-18 ans (3ans) Lutelan G4 : 23-22 ans (8ans) Lutelan G4 : 23 ans (7 mois, en cours) Lutelan G4 : 23 ans (7 mois, en cours) Pilule nom inconnu : 18-33 ans (15 ans) Pilule nom inconnu : 18-33 ans (15 ans) Grossesse : accouchement 33ans Cérazette : 33-35 ans (2ans1/2) Doute reprise Cérazette quelques mois Mirena : 35-45 ans (9 ans, en cours)	Non lumbago Hypothyroïdisme substituée	Café	930
3	48	Secrétaire	Baccalauréat	31	En couple	Non connu	Athée	Hétérosexuelle	18	Gynécologue médicale	GP1 1 enfant (2ans)	Grossesse : accouchement 28 ans Microval : 28-48 ans (21 ans) Optimibate 48 ans (7mois) Optimibate 48 ans (6 mois) Optimibate 48 ans (6 mois) Diane 35 : 15 ans (6mois) Lutelan 35 : 16-18 ans (3ans) Lutelan G4 : 23-22 ans (8ans) Lutelan G4 : 23 ans (7 mois, en cours) Lutelan G4 : 23 ans (7 mois, en cours) Pilule nom inconnu : 18-33 ans (15 ans) Pilule nom inconnu : 18-33 ans (15 ans) Grossesse : accouchement 33ans Cérazette : 33-35 ans (2ans1/2) Doute reprise Cérazette quelques mois Mirena : 35-45 ans (9 ans, en cours)	Tabagisme sevré : 14-38 ans (24 ans)	Cabinet médical	2740
4	23	Animatrice	Baccalauréat professionnel	31	En couple	Domaine du bâtiment	Athée	Hétérosexuelle	15	Médecin généraliste	GP0 11VG 2016	Tabagisme actif : 14-24 ans (10 ans, BP4)	Cabinet médical	36'	
5	45	Technicienne de laboratoire	Bac + 2	31	En couple	Commercial	Athée	Hétérosexuelle	18	Médecin généraliste	GP2 2 enfants (12 et 9ans)	Tabagisme sevré : 18-31ans (18ans, BP4)	Cabinet médical	1618	
6	37	Enseignante	Bac + 5, thèse en cours	974	En couple	Directeur d'entreprise	Athée	Hétérosexuelle	18	Gynécologue-obstétricien	GP2 2 enfants (sans et sans)	Tinoridol : 18-23ans (10ans) DIU cuivre : 23-32 ans (3ans) Jagelles : 33-35 ans (2ans) Lutelan 35 : 16-18 ans (3ans) Lutelan : 38 ans (6 mois) Préservatifs : 38-37 ans Lutelan : 37 ans (2 mois) Préservatifs / Vasectomie du conjoint (en cours) 2 pilules orales nom inconnu Nouvagel (2 ans) Optimibate (en cours) Callin : 18-23 ans	Non lumbago Episodes dépressifs Caractérisé traité (2017-2020, en cours)	Entretien téléphonique avec vidéo	4010
I	28	Masseur-kinésithérapeute	Bac + 4	31	En couple	Masseur-kinésithérapeute	Athée	Hétérosexuelle	Non connu	Gynécologue médicale	GP0	0	Domicile de la participante	716	
II	31	Gestionnaire immobilière	Bac-2, licence en cours	31	En couple	Agriculteur	Athée	Hétérosexuelle	18	Médecin généraliste	GP2 2 enfants (4 ans 1/2 et 17 mois)	Optimibate/Cérazette : 23-28 ans Optimibate/Cérazette : 27-29 ans Grossesse : 23 ans Pilule oestro-progestative : 30-31 ans (en cours) Pilule oestro-progestative (1-4 ans), non inconnu Cérazette (6 ans) DIU cuivre (en cours)	Syndrôme de Raynaud	Domicile de la participante	927
III	34	Chirurgien-dentiste	Bac + 6	31	En couple	Chirurgien-dentiste	Catholique	Hétérosexuelle	18	Sage-femme	GP1 1 enfant (11mois)	Préservatifs : 16-17 ans Optilova : 17 ans (1 an) Nesplanon : 18 ans (6 mois) Anneau oestro-progestatif (en cours) Pilule oestro-progestative nom inconnu : 14 ans (2mois) Préservatifs Optimibate (6 mois) Préservatifs (4 ans) Préservatifs (2 ans) Dajli G4 (en cours)	Tabagisme sevré depuis 2 ans, 11P, sans tabac	Cabinet médical	1414
IV	18	Etudiante CAP coiffure	CAP	31	En couple	Facteur	Athée	Hétérosexuelle	15	Médecin généraliste	GP0	Tabagisme actif	Cabinet médical	936	
V	22	Etudiante Master Immobilier	Bac + 4, master 2 en cours	9	Célibataire	Frais de conjoint	Athée	Hétérosexuelle	14	Gynécologue-obstétricien	GP0	Tabagisme actif : 5 à 10 cigarettes/j	Entretien téléphonique	2247	

Véçu de la sexualité sous contraception progestative - Etude qualitative par entretiens individuels

Toulouse, le 10 septembre 2020

Introduction : En 2016, sept femmes sur dix ont recours à une méthode contraceptive médicale. Les troubles de la sexualité font partie des effets secondaires connus des contraceptions hormonales. Les données de la littérature concernent essentiellement les contraceptions oestro-progestatives mais peu de données sont disponibles pour les contraceptions progestatives.

Objectif : Explorer le vécu de la sexualité des femmes ayant utilisé ou utilisant une contraception progestative seule.

Matériel et méthodes : Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes majeures, en âge de procréer, utilisatrices actuellement ou antérieurement d'une contraception progestative durant 3 mois minimum. Les entretiens ont été réalisés par deux chercheuses de février 2019 à février 2020.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés. Le trouble de la sexualité principal sous contraception progestative, retrouvé chez la majorité des femmes, est une diminution de la libido. D'autres effets secondaires sur la sexualité ont été rapportés tels que la diminution de la fréquence et la perte d'initiative dans les rapports sexuels, le fait d'avoir des rapports non satisfaisants et la perte de plaisir au cours de ces derniers. Quelques participantes ont déclaré n'avoir eu aucun trouble de la sexualité sous contraception progestative. Une seule femme de notre échantillon a eu une très bonne tolérance globale. Aucune participante n'a vu sa libido accrue, ni n'a déclaré avoir une sexualité plus libérée ou plus épanouie sous contraception progestative. Certaines participantes ont signalé que ces troubles avaient eu un impact négatif sur leur couple ou bien sur leur sexualité seule.

Conclusion : Bon nombre de femmes ont recours à une contraception par progestatif seul. Celle-ci peut modifier, de façon importante, leur sexualité. Ces troubles de la sexualité ont pu chez nos participantes modifier leur qualité de vie, le vécu de leur sexualité, seule et en couple, leur relation avec leur partenaire voire provoquer l'arrêt de leur contraception. Les effets secondaires, dont les troubles de la sexualité, doivent être recherchés et pris en charge par les professionnels de santé. Il est nécessaire d'aborder et de réaborder régulièrement, en consultation de médecine générale, la sexualité des patientes ainsi que de leur laisser une porte ouverte pour s'exprimer sur ce sujet.

Experience of sexuality under progestin-only contraception - Qualitative study by individual interviews

Introduction : By 2016, seven out of ten women are using a medical contraceptive method. Sexual dysfunction is one of the known side effects of hormonal contraception. Data in the literature mainly concern estro-progestogen contraception, but few data are available for progestin-only contraception.

Objective : To explore the sexual experiences of women who have used or are using progestin-only contraception.

Materials and methods : Qualitative study conducted by semi-structured individual interviews with adult women of childbearing age who are current or previous users of progestin-only contraception for at least 3 months. The interviews were conducted by two researchers from February 2019 to February 2020.

Results : Eleven interviews were conducted. The main sexual dysfunction under progestin-only contraception, found in the majority of women, is a decrease in libido. Other side effects on sexuality were reported such as decreased frequency and loss of initiative in sexual intercourse, having unsatisfactory intercourse and loss of pleasure during intercourse. A few participants reported no sexual dysfunction with progestin-only contraception. Only one woman in our sample had very good overall tolerance. None of the participants experienced an increase in libido or reported more liberated or fulfilled sexuality on progestin-only contraception. Some participants reported that these problems had a negative impact on their relationships or on their sexuality alone.

Conclusion : Many women use progestin-only contraception. Progestin-only contraception can significantly change their sexuality. For our participants, these sexual problems may have affected their quality of life, their sexuality, alone and in couple, their relationship with their partner, or even caused them to stop using contraception. Side effects, including sexual dysfunction, must be investigated and managed by health professionals. It is necessary to regularly discuss and reapproach patients' sexuality in general medical consultations and to leave an open door for them to express themselves on this subject.

Mots clés : contraception progestative, sexualité féminine, vie sexuelle, méthode qualitative, relation avec partenaire, relation professionnel de santé-patiente.

Key words : progestogen contraception, female sexuality, sex life, qualitative method, partner relationship, health professional-patient relationship.

Discipline administrative : SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE CEDEX 4 - FRANCE