



HAL
open science

Attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents de la contraception hormonale

Anne-Sophie Dubois

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Dubois. Attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents de la contraception hormonale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02095557

HAL Id: dumas-02095557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02095557>

Submitted on 10 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents
de la contraception hormonale**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Novembre 2018

Par Madame Anne Sophie DUBOIS

Née le 10 octobre 1988 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Assesseur

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Madame le Docteur LOIZON Nathalie

Assesseur

**Attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents
de la contraception hormonale**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Novembre 2018

Par Madame Anne Sophie DUBOIS

Née le 10 octobre 1988 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Madame le Docteur LOIZON Nathalie

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
<i>ALESSANDRINI Pierre Surnombre</i>	<i>CHAUVEL Patrick Surnombre</i>	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
<i>AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre</i>	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
<i>BOTTA Alain Surnombre</i>	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie- Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUSSE Delphine
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LAGIER Aude	VALLI Marc
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELLY Lionel
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie- Claude	VELY Frédéric
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	VION-DURY Jean
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
<i>DEVEZE Arnaud Disponibilité</i>	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) *Sumombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) *Sumombre*
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Sumombre**SASTRE Bernard (PU-PH) Sumombre*

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Sumombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Sumombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Sumombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Sumombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité
 EBBO Mikael (MCU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Sumombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) <i>POUGET Jean (PU-PH) Surnombre</i>
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre</i>	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) <i>CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre</i> JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Sumombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Sumombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Pr Léon BOUBLI

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance ainsi que celle de mon profond respect.

Pr Florence BRETELLE et Pr Aubert AGOSTINI

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères ainsi que celle de mon profond respect.

Dr Nathalie LOIZON

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Merci de m'avoir accordé un soutien, une disponibilité et des conseils précieux à sa réalisation. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Merci à famille pour avoir toujours été là, dans la vie et après, malgré la distance, je pense très fort à vous tous et me réjouis de nos prochaines retrouvailles.

Merci à toi Serge, tu as illuminé le ciel de ma vie, je te suivrai jusqu'au bout du monde, tu es l'homme de ma vie.

Merci à ma belle-famille pour m'avoir accueillie avec tant de gentillesse, générosité et bienveillance.

Merci à mes amis du tout début jusqu'à aujourd'hui pour avoir partagé avec moi les joies et les difficultés.

Merci aux médecins, infirmières, aide-soignantes qui m'ont formé ou bien accompagné lors de ma pratique la médecine générale.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités qui m'ont aidée, conseillée ou même soutenue.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1- La pilule contraceptive.....	5
2- Le Dispositif Intra Uterin.....	5
3- Le préservatif.....	6
4- Les méthodes naturelles.....	7
5- Les méthodes locales féminines.....	8
6- L'implant contraceptif.....	9
7- L'anneau vaginal.....	10
8- Le patch contraceptif.....	10
9- La contraception définitive.....	11
10- La contraception injectable.....	11
11- La contraception hormonale d'urgence.....	12
12- Les autres méthodes contraceptives.....	13
MATERIEL ET METHODES.....	14
1- protocole de recherche.....	14
2- questionnaire.....	15
RESULTATS.....	18
1- Caractéristiques de l'échantillon.....	18
2- Survenue d'effets secondaires.....	24
3- Signalement d'effets secondaires.....	25
4- Changement de contraception.....	31

DISCUSSION.....	35
1- Représentativité de l'échantillon.....	35
2- Taux de survenue des effets secondaires pratique et théorique.....	35
3- Signalement des effets secondaires.....	37
4- Changement de contraception.....	38
5- Lien entre le signalement des effets secondaires et la résignation.....	41
6- Limites de cette étude.....	41
7- Alternatives thérapeutiques pour les patientes.....	42
CONCLUSION.....	52
LEXIQUE.....	54
ABREVIATIONS.....	56
ANNEXES.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	61
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	63

INTRODUCTION

La vie est apparue sur Terre il y a 3,5 milliards d'années et s'est diversifiée depuis en de nombreuses espèces.

Notre espèce, Homo Sapiens Sapiens, apparaît il y a environ 100000 ans et a connu depuis une extraordinaire croissance puisque notre population a été multipliée depuis par 14000 passant du demi-million à 7 milliards d'individus. Cette croissance se poursuit avec des projections aussi multiples qu'incertaines et cependant une crainte constante : la surpopulation.

En effet notre planète nous offre des ressources à la fois épuisables et mal réparties : selon des études récentes on dénombre 815 millions d'adultes et enfants qui souffrent de dénutrition¹ contre 1,9 milliard d'adultes en surpoids dont un tiers sont obèses². Par ailleurs une mauvaise gestion de nos déchets a conduit à une pollution massive qui menace notre survie ainsi que celle des autres espèces pour celles qui ne se sont pas déjà éteintes.

Le contrôle des naissances peut faire partie des solutions. Il est choisi et appliqué de façon plus ou moins libre par les humains.

On peut citer la politique de l'enfant unique qui a été appliquée en Chine de 1979 à 2013 et qui a conduit à des avortements forcés surtout pour les filles parfois mêmes quelques jours avant l'accouchement, des stérilisations forcées, un déséquilibre homme-femme...

On peut aussi citer à l'inverse le discours pro nataliste français du XIXe siècle où Paris considérait dans son expansion impérialiste les colonies comme ressources inépuisables de population à la disposition de la métropole, comme main d'œuvre ou chair à canon lors de la première guerre mondiale. Cette vision s'était traduite dans l'arsenal législatif colonial en 1920 par l'interdiction de toute forme de contraception dans ses colonies, une loi qui a perduré jusque dans les années 80.

La religion a elle aussi son point de vue que l'on peut lire dans les livres sacrés tels que la Bible, le Coran ou encore la Torah. Ces textes anciens connaissent plusieurs interprétations parfois contradictoires, il serait périlleux de vouloir les résumer. On peut tout de même constater que les religions représentent parfois un frein à l'usage des contraceptions car elles

les considèrent comme des techniques abortives quand elles interviennent après la fécondation de l'ovocyte par le spermatozoïde ce qui s'oppose à la préservation de la vie.

La contraception est au niveau individuel l'outil du projet parental et elle représente pour les femmes un moyen d'émancipation et de liberté sexuelle.

D'un point de vue économique le contrôle des naissances n'est pas la seule solution. Les économistes rejettent l'idée d'une baisse de natalité comme seule condition de développement ou pérennité économique et sociale : ils se réfèrent pour cela aux résultats contradictoires observés entre l'Asie du sud-est où la baisse du taux de natalité s'est accompagnée du développement, et l'Amérique latine où cette corrélation ne s'est pas vérifiée.

En France les femmes et les hommes accèdent en principe librement à l'ensemble des méthodes contraceptives modernes.

La période durant laquelle les françaises utilisent une contraception couvre près de 40% de leur vie^{3,4}. C'est vers la contraception hormonale qu'elles s'orientent en majorité⁵ et dans ce cas elles seront exposées au risque fréquent de présenter un effet secondaire.

Les effets secondaires les plus fréquents sont en général bénins mais ils nuisent à la qualité de vie de celles qui en souffrent. Ils se heurtent au principe premier de la médecine, "primum non nocere" ce qui est d'autant plus grave que ces patientes ne sont pas malades. De plus ils peuvent diminuer la compliance thérapeutique alors qu'on dénombre près de 200000 IVG chaque année en France⁶, une technique coûteuse associée elle aussi à des effets secondaires, physiques et psychiques.

Nous ferons tout d'abord un rappel sur l'histoire des différentes méthodes contraceptives disponibles en France ainsi que leurs principaux avantages et inconvénients.

Le propos de cette thèse sera d'étudier l'attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents de la contraception hormonale. Les patientes font-elles part à leur médecin de cette iatrogénie ? Ces effets ont-ils une place importante dans le changement de contraception des patientes ? Ou alors existe-t-il chez ces patientes une certaine résignation à subir des effets secondaires ? Y a-t-il des facteurs intrinsèques qui influenceraient ces comportements ?

Nous présenterons ensuite les alternatives (autre contraception hormonale ou contraception non hormonale) qui pourraient s'offrir aux patientes.

1- La pilule contraceptive :

La première pilule contraceptive, baptisée ENOVID, fut inventée par le Dr PINCUS en 1956 aux Etats-Unis. Elle sera commercialisée pour la première fois en Allemagne fédérale la même année, il faudra attendre 1967 pour sa commercialisation en France. Elle connaîtra ensuite de multiples avancées aboutissant au large choix que nous connaissons aujourd'hui : pilule combinée ou progestative, pilule de 2^e, 3^e puis 4^e génération, multiples dosages et choix du progestatif, œstrogène naturel et cycle prolongé.

A ce jour c'est le moyen de contraception le plus utilisé par les françaises, près de 40% des françaises optent pour elle⁵. Dans le monde elle occupe le 3^e rang, 14% des couples y ont recours⁷.

La pilule est une contraception efficace et facilement réversible (arrêt de la prise des comprimés). Son coût peut-être relativement modeste (moins de 2€ par mois pour la pilule la plus prescrite). Elle nécessite d'être prise à heure fixe mais une certaine marge de retard est possible sans que son efficacité soit diminuée. Par ailleurs elle peut présenter certains bénéfices extra-contraceptifs comme le traitement d'une acné ou bien encore le traitement de troubles du cycle.

Cependant elle présente certains inconvénients. Son efficacité peut être diminuée en cas de vomissements ou diarrhée ou bien en cas d'administration concomitante avec d'autres médicaments ce qui nécessite une vigilance particulière. La pilule peut diminuer la production de lait durant l'allaitement. Elle peut entraîner fréquemment des effets secondaires, ils sont en général bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie des patientes qui en souffrent. Plus rarement elle peut être responsable d'effets secondaires graves voir fatals comme les accidents cardio-vasculaires, plus particulièrement chez les pilules de 3^e et 4^e génération qui ne sont plus remboursées et arrive au 4^e rang des contraceptions les plus chères du marché. Pour prévenir ce risque la pilule doit être interrompue ou bien associée à un traitement anti-coagulant dans les situations à risque comme l'alitement après une chirurgie orthopédique majeure.

2- Le Dispositif Intra Utérin :

Le premier DIU fut inventé en 1928 par le Dr GRAFENBERG en Allemagne : de 1,5cm de diamètre il était composé d'un fil d'argent entouré en spirale. Ensuite le DIU au polyéthylène fit son apparition en 1960 avec deux variantes : la boucle de Lippes et la spirale de Margulies. Et enfin en 1962 l'adjonction du cuivre a permis d'augmenter l'efficacité des DIU tout en

diminuant leur taille d'où une pause plus facile et une tolérance améliorée. Le premier DIU libérant un gestagène commercialisé, PROGESTASERT®, a été introduit dans les années 80.

En France et dans le monde il représente le deuxième choix des patientes^{5,7}.

Le DIU est une contraception très efficace et peu contraignante : après sa mise en place cette contraception est efficace entre 3 et 10 ans selon le modèle. Il s'adresse à toutes les patientes et peut même être utilisé comme contraception d'urgence. Son coût est relativement faible, une trentaine d'euros pour les modèles au cuivre et une centaine d'euros pour les DIU hormonaux auquel s'ajoute 38,4€ pour la pose (acte JKLD001), l'ablation simple par voie vaginale étant gratuite (acte JKGD004). Le DIU progestatif possède plusieurs bénéfices extra-contraceptifs : traitement symptomatique de l'endométriose, traitement de la dysménorrhée essentielle chez les adolescentes et femmes nullipares, traitement de la ménorragie en période péri-ménopausique, réduction significative de la taille des fibromes, alternative à l'hystérectomie dans la prise en charge des ménorragies fonctionnelles et dysménorrhée ou ménorragies liées à une adénomyose.

Le DIU au cuivre a un seul effet secondaire très fréquent qui est la dysménorrhée : elle concerne 10 à 15% des patientes et constitue sa principale cause d'abandon. Le DIU progestatif peut entraîner fréquemment des effets secondaires, ils sont en général bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie des patientes qui en souffrent. Plus rarement le DIU peut avoir des effets secondaires graves comme la perforation utérine. Par ailleurs sa mise en place et son ablation doivent être réalisées par une personne formée (gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste). L'efficacité du DIU progestatif peut être diminuée en cas d'administration concomitante avec d'autres médicaments ce qui nécessite une vigilance particulière.

3- Le préservatif :

En 1844 Charles GOODYEAR et Thomas HANCOOK commencent la production de masse de préservatifs masculins en caoutchouc. Le premier préservatif en latex sera quant à lui fabriqué vers 1880 et son usage ne se commencera à se démocratiser qu'en 1930. En France le préservatif occupe à ce jour la 3e place dans les méthodes contraceptives utilisées par les femmes. Dans le monde il arrive en 4e position.

C'est le seul moyen de contraception qui protège des infections sexuellement transmissibles. C'est une méthode réversible immédiatement qui ne nécessite pas de consultation médicale préalable car il ne présente aucune contre-indication suite à la commercialisation de préservatifs en polyuréthane ou polyisoprène sans latex. Il est en vente libre et facile à trouver (distributeurs externes automatiques en façade des pharmacies) et peut même être distribué gratuitement dans les CPEF.

Le préservatif possède une efficacité modérée. Les modèles féminins sont moins utilisés et déplorent un prix le plus élevé du marché et une moindre efficacité. Pour être efficace le préservatif doit être appliqué selon le mode d'emploi, avoir une taille adaptée, ne pas être périmé (voir date de péremption sur l'emballage) et respecter des normes européennes (mention CE sur l'emballage). Le préservatif peut entraîner une gêne dans le rapport (diminution de la sensibilité) ou bien altérer la perception érotique du rapport.

4- Les méthodes naturelles :

L'abstinence périodique ou méthode Ogino

En 1924 le Dr Kyusaku OGINO gynécologue à l'université de Tokyo découvre la loi physiologique qui porte son nom (loi d'Ogino) selon laquelle chez la femme l'ovulation se produit d'habitude une seule fois au cours du cycle menstruel entre le douzième et le seizième jour après le début des menstruations. Cela couplé à la survie des spermatozoïdes jusqu'à 4 jours suite à l'éjaculation, et à la survie de l'ovocyte pendant 1 jour suite à l'ovulation, détermine une période féconde entre 8 (12-4) jours et 17 (16+1) jours après le début des règles. Pendant cette période l'abstinence devrait du théoriquement permettre d'éviter la survenue d'une grossesse.

La méthode des températures

Cette méthode consiste à repérer la période d'ovulation en fonction de la température du corps. En effet, la température habituelle de la femme s'élève légèrement au moment de l'ovulation de 0,2 à 0,4 °C. Comme l'ovocyte vit 24 heures, les rapports sexuels non protégés qui ont lieu plus de trois jours après l'élévation de température ne peuvent, en principe, pas entraîner de grossesse.

Pour mettre en œuvre cette méthode et déterminer la date de l'ovulation, il faut prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever.

L'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings

Cette méthode a été proposée dans les années 1970 par un couple de médecins australiens John et Evelyn BILLINGS. Elle consiste à déterminer la période de l'ovulation en fonction de l'aspect de la glaire cervicale. A l'approche de l'ovulation, la glaire se modifie : elle devient plus abondante, plus fluide et provoque un écoulement vaginal (ou "pertes blanches") caractéristique.

Le coït interrompu

L'homme se retire du vagin de sa partenaire avant d'avoir éjaculé. Si l'éjaculation n'a pas lieu dans le vagin (ni juste à l'entrée du vagin), cela réduit les risques de grossesse.

La méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

Cette méthode ne peut avoir lieu qu'après l'accouchement et pour une durée maximale de 6 mois. Pour être efficace, elle nécessite que l'allaitement soit exclusif, à la demande, jour et nuit et qu'il n'y ait pas de règles (ou retour de couches). Dans ce contexte la succion du sein par le nourrisson provoque sécrétion de prolactine chez la mère ce qui bloque l'ovulation.

En France l'utilisation des méthodes naturelles ou bien des méthodes locales féminines arrivent aujourd'hui en 4e position. Dans le monde ces méthodes sont plus marginales.

Cette contraception est gratuite, réversible à tout instant, dénuée d'effets secondaires, compatible avec l'allaitement et utilisable à tout instant, notamment en post-partum immédiat sauf pour la méthode Ogino.

Cependant ce sont les méthodes les moins efficaces du marché à l'exception de la méthode MAMA. En effet prévoir l'ovulation selon la méthode Ogino requiert d'avoir un cycle parfaitement régulier ce qui est rarement le cas. L'utilisation de cette méthode s'est soldée par un nombre important de grossesses non désirées puis à la venue des "bébés Ogino". Pour la méthode des températures un simple rhume peut entraîner une variation et donc fausser le calcul. Pour la méthode Billings l'aspect de la glaire peut être modifié par d'autres facteurs que l'ovulation : le désir sexuel, les infections vaginales...

5- Les méthodes locales féminines :

En France l'utilisation des méthodes naturelles ou bien des méthodes locales féminines arrivent aujourd'hui en 4e position. Dans le monde ces méthodes sont plus marginales.

Il existe deux dispositifs féminins pour empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'utérus : la cape cervicale et le diaphragme. Le diaphragme, en forme de coupelle a été inventé en 1885 alors que la cape cervicale, en forme de chapeau, n'a été commercialisée qu'en 1998. L'efficacité de la cape cervicale et du diaphragme peut être augmentée par l'utilisation de spermicides qui vont détruire ou rendre inactifs les spermatozoïdes. L'utilisation de spermicides seuls est déconseillée en raison de leurs faibles efficacités.

Ces dispositifs sont disponibles sans ordonnances. Ils ne présentent aucune contre-indication ni aucun effet secondaire et sont réutilisables. Le diaphragme coûte 33 euros en latex 42 euros en silicone, et est remboursé sur la base de 3,14 euros. La cape cervicale n'est pas remboursée, et est vendue autour de 60 euros. Les spermicides coûtent moins de 1€ par utilisation. Ces méthodes sont réversibles immédiatement.

Ce sont des méthodes contraceptives peu efficaces. Il y a un risque d'irritations des muqueuses au contact du spermicide. L'utilisation de lubrifiants vaginaux augmente le risque de rupture de la cape vaginale. Le diaphragme et la cape vaginale ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles. La cape cervicale est déconseillée chez les femmes ayant déjà eu des enfants, car le dispositif ne recouvre pas suffisamment l'utérus

6- L'implant contraceptif :

Le premier implant contraceptif a été commercialisé en 1983 par la firme finlandaise Leiras (Norplant®). En France l'utilisation de l'implant contraceptif ou de l'anneau vaginal ou du patch contraceptif arrive aujourd'hui en 5e position. Dans le monde l'utilisation de ces trois méthodes est plus marginale.

C'est la méthode contraceptive la plus efficace sur le marché. C'est aussi une méthode peu contraignante : après sa pose il est efficace pendant 3 ans. Son coût, d'une centaine d'euros, est équivalent à celui du DIU progestatif, auquel s'ajoute 17,99€ pour la pose (acte QZLA004) et 41,80€ pour son ablation (acte QZGA002).

Son efficacité est ramenée à 2 ans et 6 mois en cas de surpoids (indice de masse corporelle supérieur à 25). Son efficacité peut être diminuée en cas d'administration concomitante avec d'autres médicaments ce qui nécessite une vigilance particulière. Sa mise en place et son

ablation doivent être réalisées par une personne formée (gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste).

7- L'anneau vaginal :

L'anneau vaginal est commercialisé en France depuis 2004. En France l'utilisation de l'anneau vaginal ou du patch contraceptif ou de l'implant arrive aujourd'hui en 5e position. Dans le monde ces trois méthodes sont plus marginales.

C'est une méthode efficace et peu contraignante : elle nécessite seulement deux manipulations dans le mois (l'anneau est posé le premier jour du cycle et enlevé 21 jours plus tard). C'est une méthode réversible facilement (enlever l'anneau).

Certaines femmes peuvent ressentir l'anneau et éprouver une gêne physique. L'anneau peut sortir du vagin sans que l'on s'en rende compte. Son efficacité peut être diminuée en cas d'administration concomitante avec d'autres médicaments ce qui nécessite une vigilance particulière. L'anneau peut entraîner des effets secondaires fréquents qui sont bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie des patientes qui en souffrent. Plus rarement il peut être responsable d'effets secondaires graves voir fatals comme les accidents cardio-vasculaires. L'anneau ne se conserve que 4 mois : il faut bien vérifier la date de péremption avant de le mettre en place. L'anneau entraîne des effets secondaires fréquents qui sont en général bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie des patientes qui en souffrent. C'est la deuxième contraception la plus chère du marché.

8- Le patch contraceptif :

Le patch contraceptif est commercialisé en France depuis 2004. En France l'utilisation du patch contraceptif ou de l'anneau vaginal ou de l'implant arrive aujourd'hui en 5e position. Dans le monde ces trois méthodes sont plus marginales.

Cette méthode est efficace et simple d'utilisation : collé sur la peau on peut vérifier simplement qu'il est bien mis en place. C'est une contraception facilement réversible (enlever le patch). Si le patch se décolle pendant moins de 24 heures il peut être remplacé immédiatement sans risquer de diminuer son efficacité.

Son efficacité peut être diminuée en cas d'administration concomitante avec d'autres médicaments ce qui nécessite une vigilance particulière. Le patch peut entraîner des effets secondaires fréquents qui sont bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie des patientes qui en souffrent. Plus rarement il peut être responsable d'effets secondaires graves voir fatals comme les accidents cardio-vasculaires. C'est la troisième contraception la plus chère du marché. Après utilisation le dispositif transdermique contient encore des quantités importantes de substances actives hormonales qui peuvent avoir des effets néfastes sur le milieu aquatique. En conséquence, le dispositif transdermique usagé doit être éliminé avec précautions. L'étiquette de destruction doit être décollée du sachet. La partie collante du dispositif transdermique usagé doit être placée sur la partie grisée du sachet. L'étiquette de destruction doit alors être rabattue, scellant le dispositif transdermique usagé à l'intérieur.

9- La contraception définitive :

Depuis la loi du 4 juillet 2001 elle est autorisée chez l'adulte après un délai de réflexion de 4 mois matérialisé par deux consultations dédiées pour confirmer cette décision. En France elle arrive en 6e position. Dans le monde la stérilisation féminine est le moyen de contraception le plus fréquemment utilisé, près de 30% des couples y ont recours.

Cette méthode contraceptive est très efficace et dénuée d'effets secondaires. C'est une opération courante qui peut être réalisée en ambulatoire.

Cependant c'est une méthode définitive qui peut être regrettée. Certaines complications post-opératoires peuvent survenir : hématome, infection, inflammation, retard de cicatrisation, plaie d'organes adjacents, échec et risque anesthésique. La méthode masculine nécessite d'utiliser une autre méthode contraceptive pendant 12 semaines minimum après l'intervention sous couvert d'un spermogramme montrant l'absence de spermatozoïdes.

10- La contraception injectable :

En France la contraception injectable DEPO PROVERA® a reçu l'autorisation de mise sur le marché le 30 juillet 1980. Cette méthode est encore peu utilisée en France et dans le monde.

C'est une méthode efficace et peu contraignante, elle ne nécessite que 4 injections par an. C'est une des contraceptions les moins chères du marché avec un coût annuel de 10,32€ (coût de la dose trimestrielle 2,58€).

Le retour à la fertilité peut être différé de 3 à 12 mois après l'arrêt. La contraception injectable peut entraîner des effets secondaires fréquents qui sont en général bénins mais peuvent nuire à la qualité de vie de celles qui en souffrent. Son efficacité peut être diminuée par l'utilisation concomitante de certains médicaments.

11- La contraception d'urgence hormonale :

Dans les années 1960 de fortes doses d'œstrogènes avaient été utilisées, jusqu'à la popularisation de la méthode de Yuzpe qui consiste à administrer 2 doses à 12 heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, de 100 µg d'éthinyl œstradiol associés à 500 µg de lévonorgestrel. Cette première contraception d'urgence a été retirée du marché du fait de ses risques et de sa moindre efficacité au regard du lévonorgestrel. Dans les années 1980 le lévonorgestrel fait son entrée dans cette indication, il arrivera en France en 1999 avec la mise sur le marché de NORLEVO® : le comprimé doit être pris dès que possible dès le rapport à risque dans un délai maximum de 72 heures. En 2009, a été lancé ELLAONE® (composé d'ulipristal d'acétate) dans cette indication de contraception d'urgence : le comprimé doit être pris dès que possible dès le rapport à risque dans un délai maximum de 96 heures.

Cette contraception ne présente aucune contre-indication et elle est disponible sans ordonnance. Elle permet de diminuer le nombre de grossesses non désirées et donc le nombre d'IVG.

C'est une contraception coûteuse, entre 5 à 20€ pour chaque utilisation, cependant son prix physique et moral reste bien inférieur à celui d'une IVG. Son efficacité est modérée et peut être diminuée en cas d'utilisation concomitante d'autres médicaments. Par ailleurs son utilisation est associée à une incidence élevée d'effets indésirables, notamment de perturbations menstruelles.

12- Les autres méthodes contraceptives :

Le test d'ovulation

Cette méthode consiste à utiliser un appareil qui permet de repérer la période d'ovulation au moyen d'une bandelette plongée dans les urines du matin. Le lecteur indique si la journée est "sûre" (lumière verte) ou "à risque" (lumière rouge), c'est-à-dire proche d'une ovulation. Certains de ces systèmes sont en vente en pharmacie, sur internet ou bien en grande surface.

La contraception thermique

Le "slip chauffant" a été inventé entre autres par le docteur Mieusset, andrologue au CHU de Toulouse il y a une trentaine d'année. En plaquant les testicules de l'homme contre son corps pendant 15 heures par jour, il y fait monter la température de 2°C et freine ainsi la production de spermatozoïdes. Moins mobiles et réduits à moins d'un million par millilitre de sperme (contre 15 à 60 millions en moyenne), ils sont alors trop peu nombreux pour féconder un ovule. Dès l'arrêt du port du "slip chauffant" la spermatogénèse reprend son cours. Les rares couples qui ont testé cette méthode, jusqu'à 4 ans, ont pu procréer dans les mois qui ont suivi. La contrainte pourrait être assimilée au port du soutien-gorge chez la femme.

MATERIEL ET METHODES

1- Protocole de recherche :

Population d'étude :

Critères d'inclusion : femmes majeures utilisant actuellement une contraception hormonale, sachant lire et écrire, et n'étant pas soumises à une mesure de protection de type tutelle.

Recrutement :

Localisation multicentrique :

- cabinet médical du moulin situé 200 avenue du moulin, 84300 Taillades
- cabinet médical de Robion situé au 23 routes des alpes, 84440 Robion
- entourage personnel

Période : 1er avril 2017 au 31 août 2017.

Echantillonnage aléatoire simple.

Critère de jugement principal :

Calcul du taux de résignation : proportion de patientes qui ne sont pas satisfaites par leur moyen de contraception et ne souhaitent tout de même pas en changer.

Critères de jugements secondaires :

Calcul du taux de survenue des effets secondaires : proportion de patientes souffrant d'au moins un effet secondaire.

Calcul du taux de signalement des effets secondaires : proportion d'effets secondaires signalés par les patientes à leur médecin.

Recherche de pistes pour une recherche future :

Recherche de facteurs de risque ou facteurs protecteurs pouvant significativement influencer sur ces taux : différence observée supérieure à 5%, risque relatif inférieur à 0,95 ou supérieur à 1,05.

Recueil des données :

Investigatrice principale : Mme Anne-Sophie DUBOIS.

Questionnaire : les réponses des patientes sont collectées sur le questionnaire ci-après.

Méthode d'analyse :

Analyse quantitative descriptive.

Calcul de taux : taux de survenue des effets secondaires, taux de résignation, taux de signalement de la présence d'effets secondaires.

Conditions éthiques et réglementaires :

Déclaration normale à la CNIL, pseudonymisation et sécurisation de données, recueil écrit du consentement libre et éclairé avec remise d'une fiche d'information, absence de conflit d'intérêt.

2- questionnaire :

Question 1 : Quel est votre âge ?

- 18-24ans 25-29ans 30-34ans 35-45ans plus de 45 ans

Question 2 : Quelle contraception utilisez-vous?

- pilule patch anneau implant stérilet/DIU

Question 3 : Qui renouvelle votre contraception ?

- généraliste gynécologue autre

Symptôme et définition	Question 4 : Depuis que vous utilisez une contraception hormonale :	
	1- ce symptôme est-il apparu? ou devenu plus fréquent? ou plus intense?	2- si oui, avez vous déjà évoqué ce symptôme lors d'une consultation?
1- Vaginite : irritation ou démangeaison de la vulve ou du vagin, pertes blanches inhabituelles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2- céphalée : douleur à la tête	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3- vertige, étourdissement : sensation de rotation comme dans un manège ou bien un ascenseur ou alors sensation d'être sur un bateau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4- trouble de l'humeur : humeur triste, anxiété, diminution de la libido	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5- nausée, vomissement : envie de vomir voir vomissements	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6- douleur abdominale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7- acné	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8- prise de poids	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9- tension mammaire : seins tendus parfois douloureux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10- aménorrhée, spotting : disparition des règles ou saignements peu abondants plusieurs fois dans le cycle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Question 5 :

Si aucune réponse oui à la question 4 colonne 1 : passez directement à la question 6.

Si une ou plusieurs réponses oui à la question 4 colonne 2 : (symptômes ayant fait l'objet d'une consultation)

- c'était le motif principal de consultation
- il y a eu un délai court entre le symptôme et la consultation
- vous avez été satisfaite des réponses apportées
- autre :

Si une ou plusieurs réponses non à la question 4 colonne 2 : (symptômes n'ayant pas fait l'objet d'une consultation)

- c'est par manque de temps
- c'est parce que ces symptômes ne sont pas dangereux
- c'est parce que ces symptômes sont peu gênants
- c'est parce que vous traitez ces symptômes en automédication
- autre :

Question 6 :

Vous avez déjà changé de moyen de contraception et/ou vous aimeriez changer votre contraception actuelle ?

Si oui est-ce en raison :

- d'un manque d'efficacité (survenue d'une grossesse)
- de la survenue d'effets secondaires
- du caractère contraignant de votre contraception
- d'oublis fréquents
- du coût de votre contraception
- autre :

Si non est-ce parce que :

- votre contraception vous convient
- vous craignez de moins bien tolérer une nouvelle contraception
- vous pensez qu'il n'y a pas de meilleure contraception pour vous
- autre :

Question 7 :

Combien avez-vous d'enfants ?

- 0 1 2 3 ou plus

Question 8 :

Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain ?

- oui non

Question 9 :

Avez-vous déjà eu recours à l'IVG ou avortement ?

- oui non

Question 10 :

Pensez-vous être bien informée sur les différentes méthodes contraceptives ?

- oui non

RESULTATS

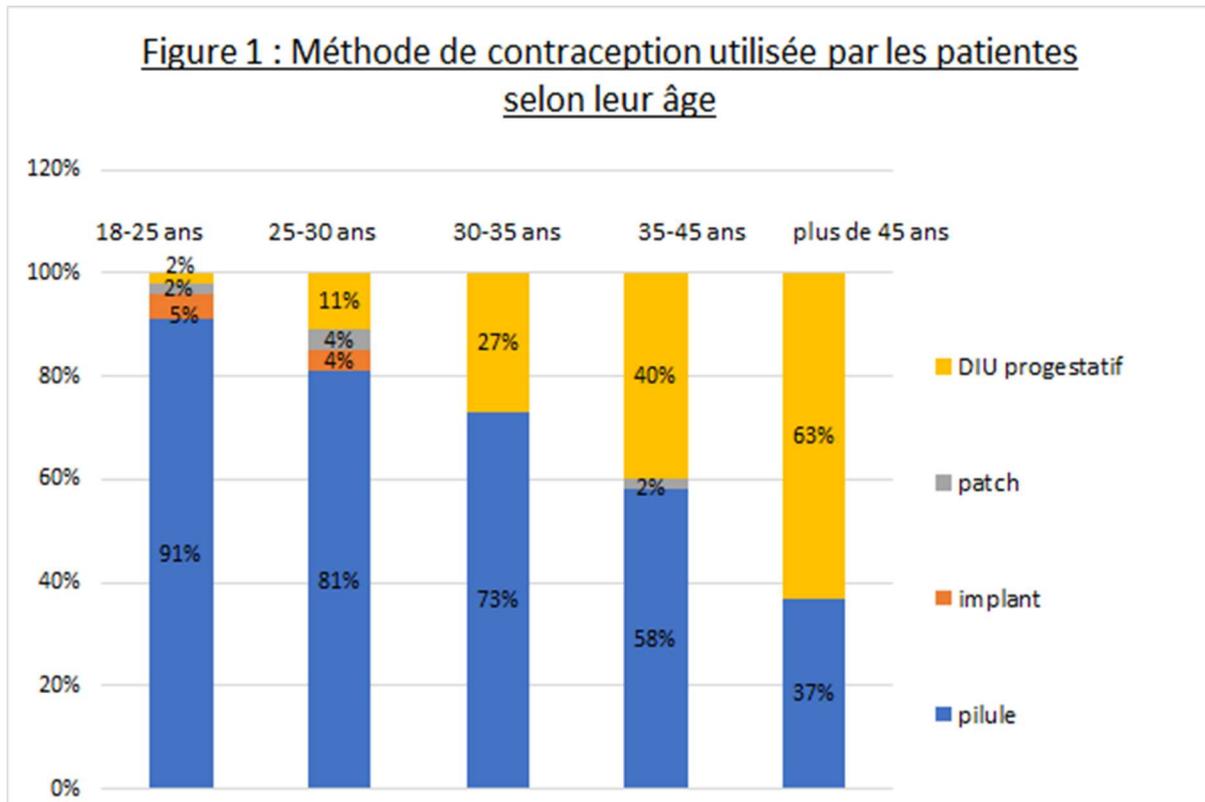
1- Caractéristiques de l'échantillon :

- Taille de l'échantillon : 155 patientes ont été incluses. Les patientes qui ont refusé de participer à cette étude n'ont pas été comptabilisées. Il n'y a eu aucune sortie d'étude suite à un questionnaire incomplet ou à un retrait du consentement.

- Moyen de contraception : la pilule est la contraception la plus utilisée (110 patientes soit 70,97% de l'échantillon) suivie par le DIU progestatif (39 patientes soit 25,16% de l'échantillon). Très peu de patientes utilisaient l'anneau vaginal (3 patientes soit 1,94% de l'échantillon) ou l'implant contraceptif (3 patientes soit 1,94% de l'échantillon). Aucune patiente utilisant un patch contraceptif n'a été recrutée.

- Age des patientes : la densité par tranche d'âge des patientes incluses diminue régulièrement avec l'accroissement de l'âge.

Comme on peut le voir en *figure 1* la prépondérance de la pilule diminue régulièrement avec l'accroissement de l'âge. Pour le DIU progestatif c'est le contraire, sa prépondérance augmente régulièrement avec l'accroissement de l'âge.



- Mode de renouvellement de la contraception : les patientes incluses dans cette étude ont une contraception prescrite par :

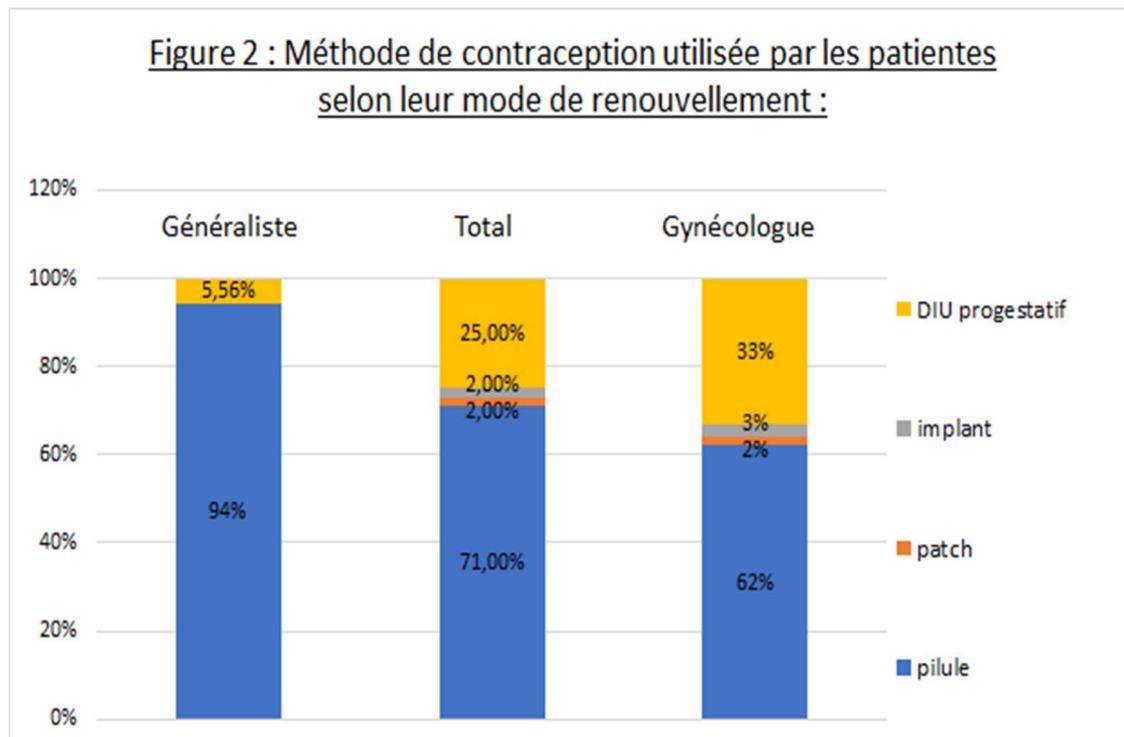
le généraliste : 18 patientes (soit 11,91% de l'échantillon)

le gynécologue : 115 patientes (soit 74,19% de l'échantillon)

le généraliste et le gynécologue : 20 patientes (soit 12,99% de l'échantillon)

autre : 2 patientes (soit 1,29% de l'échantillon)

Comme on peut le voir en *figure 2* le DIU est prescrit très majoritairement par les gynécologues.



- Nombre d'enfants des patientes :

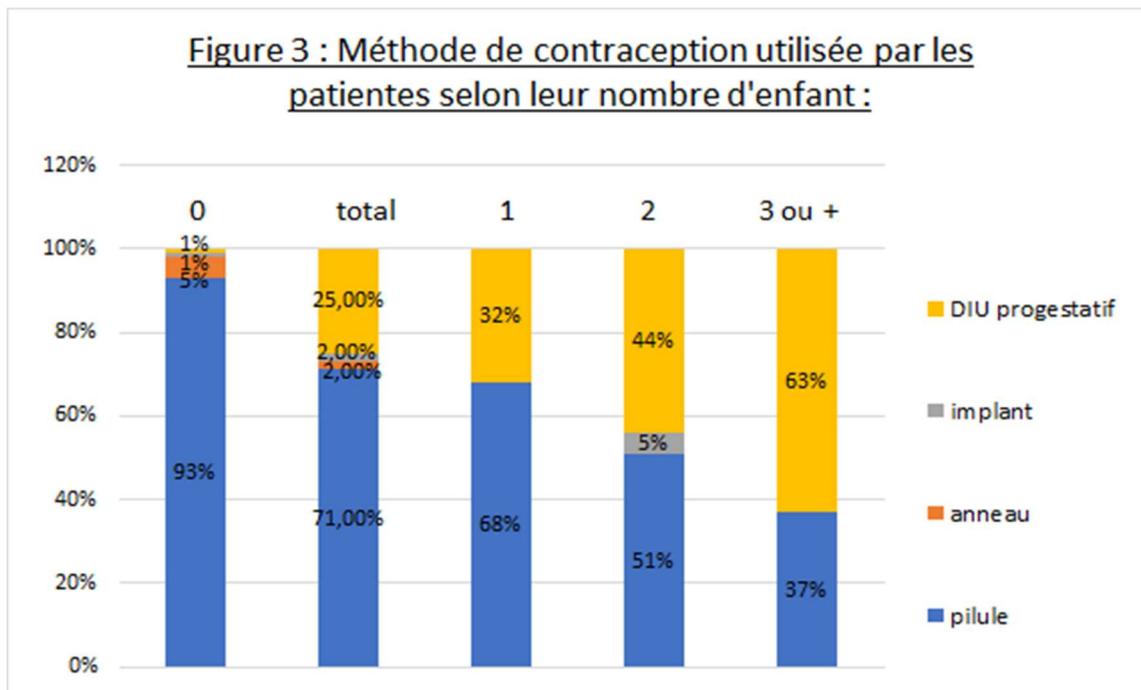
71 patientes n'ont pas d'enfant

22 patientes ont 1 enfant

43 patientes ont 2 enfants

19 patientes ont 3 enfants ou plus.

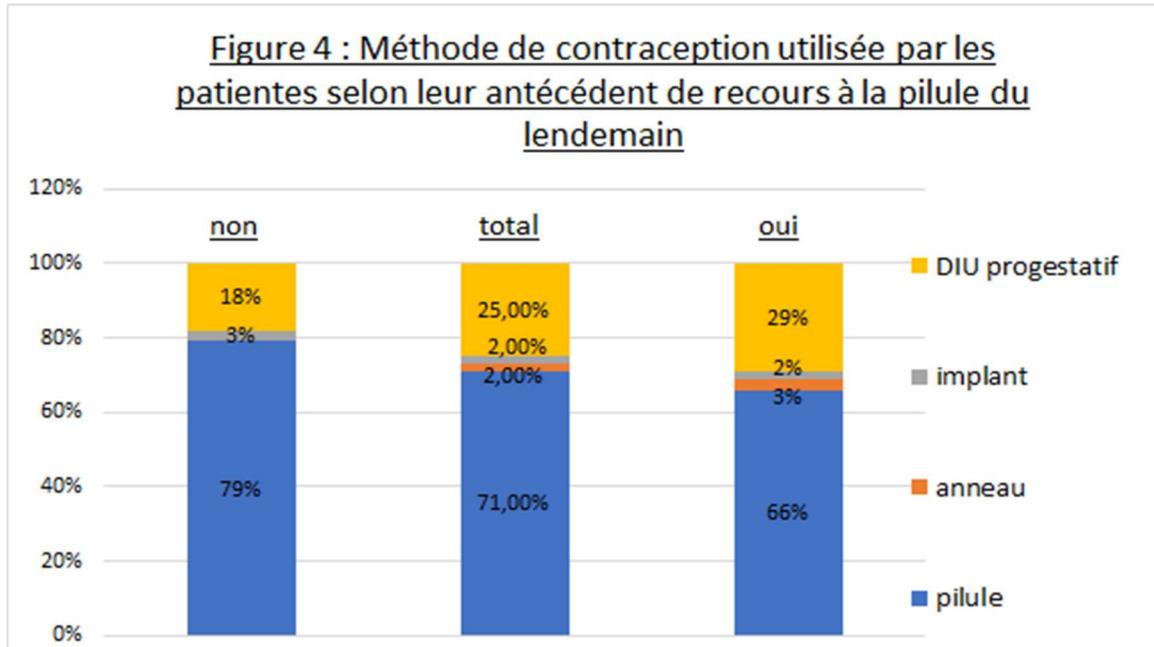
Comme on peut le voir en *figure 3* le nombre de patientes porteuses d'un DIU augmente progressivement avec le nombre d'enfants.



- Patientes ayant déjà eu recours à la pilule du lendemain :

61 patientes ont déjà eu recours à la pilule du lendemain (soit 39,26% de l'échantillon).

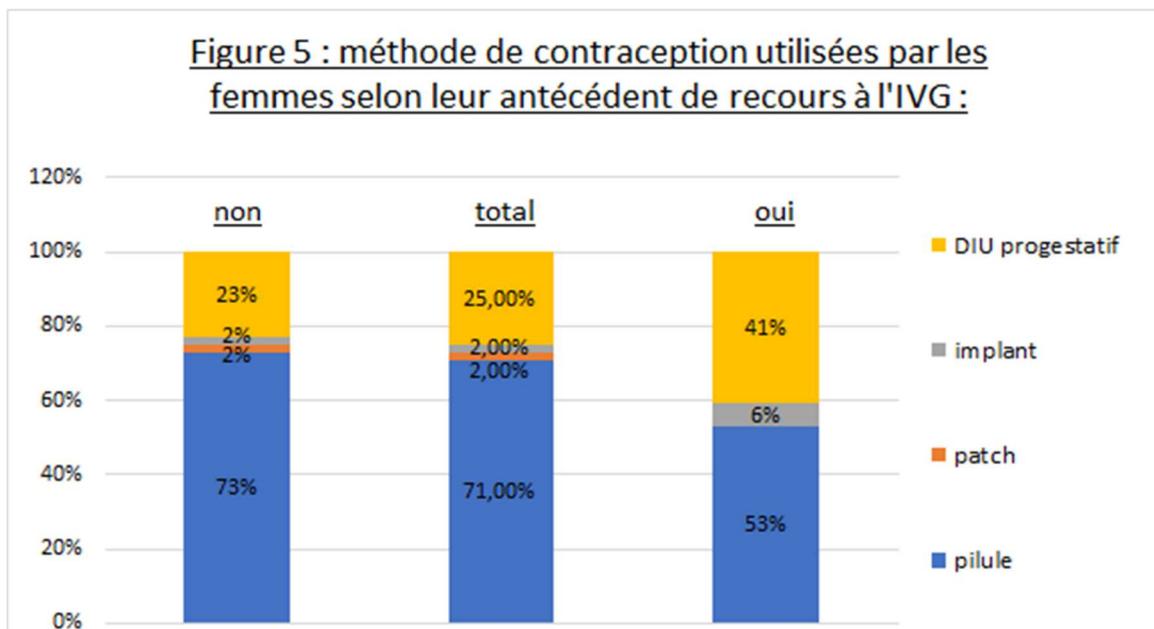
Comme on peut le voir en *figure 4* le nombre de patientes porteuses d'un DIU augmente quand elles ont déjà eu recours à la pilule du lendemain.



- Patientes ayant déjà eu recours à l'IVG :

17 patientes ont déjà eu recours à l'IVG (soit 10,97% de l'échantillon).

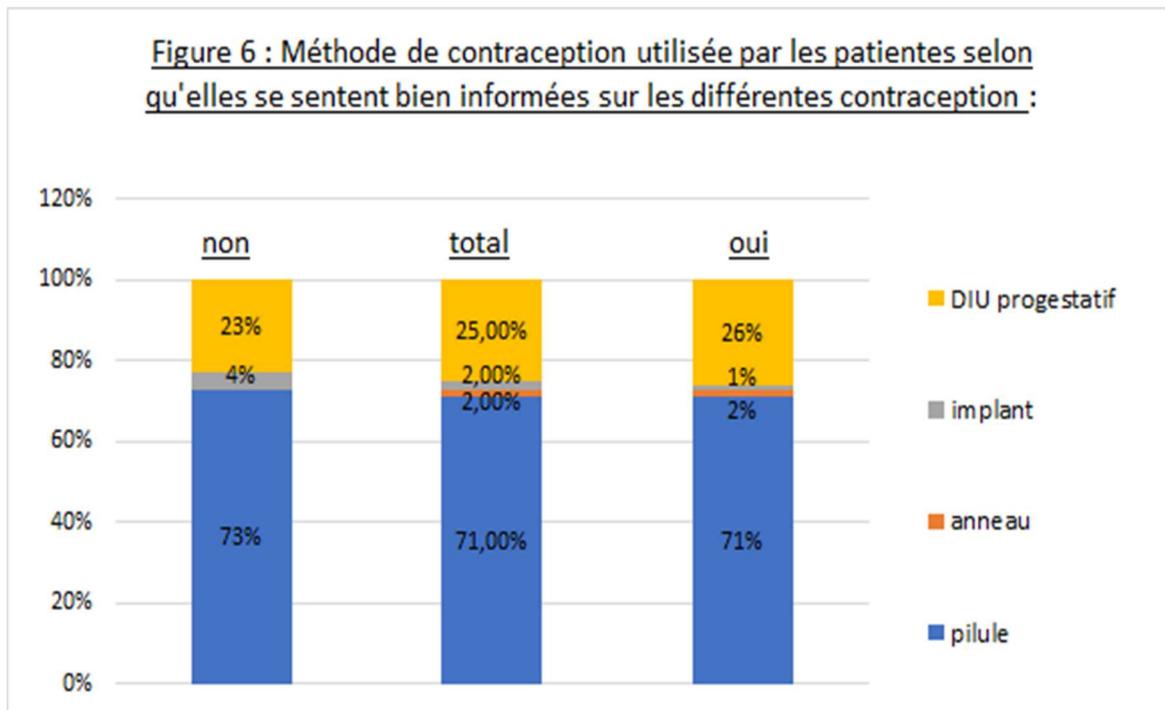
Comme on peut le voir en *figure 5* le nombre de patientes porteuses d'un DIU augmente quand elles ont déjà eu recours à l'IVG.



Patientes qui estiment être bien informées sur les différentes méthodes contraceptives :

129 patientes (soit 83,23% de l'échantillon) estiment être bien informées sur les différentes méthodes contraceptives

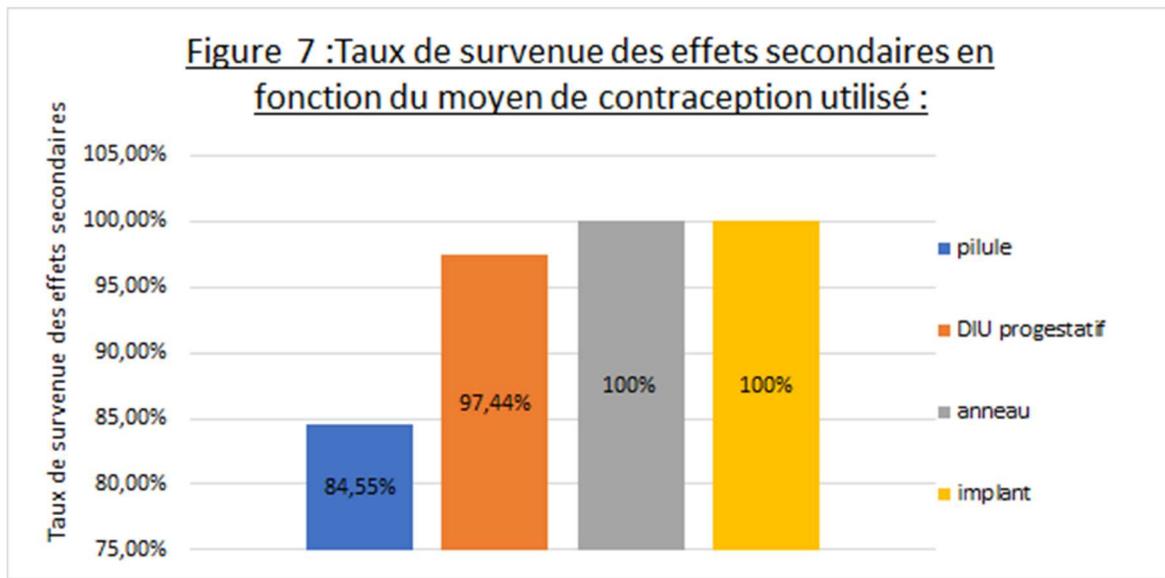
Comme on peut le voir en *figure 6* le nombre de patientes porteuses d'un DIU est peu influencé par le fait que les patientes se sentent ou non bien informées sur les différentes contraceptions.



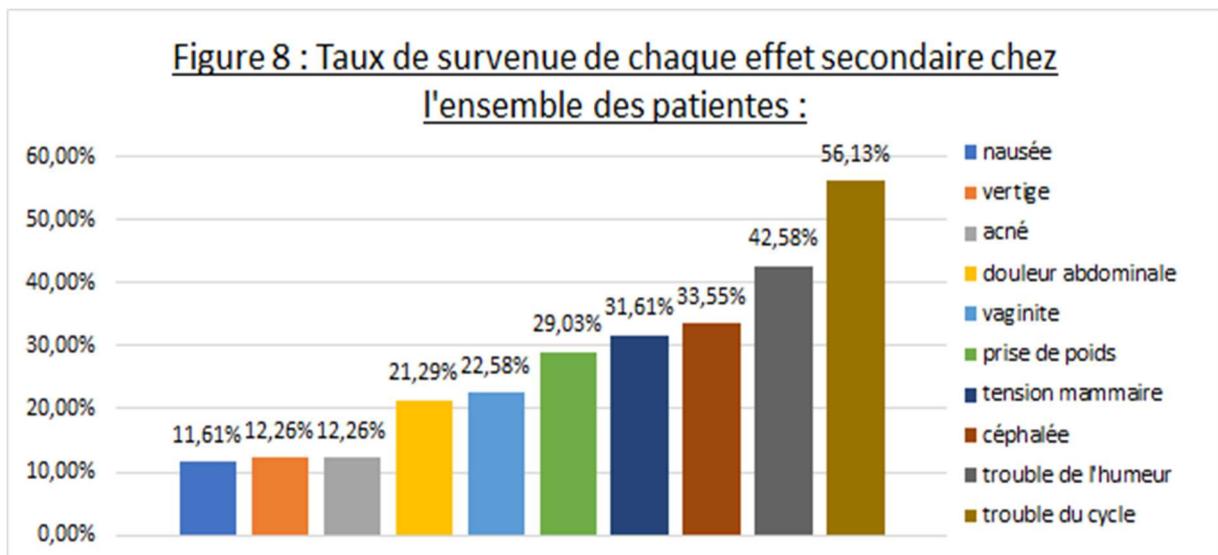
2- survenue d'effets secondaires :

- Taux de survenue moyen des effets secondaires : **88,39%** des patientes de l'échantillon ont présenté au moins un effet secondaire soit 137 patientes parmi les 155 patientes incluses.

On note en *figure 7* que la pilule est mieux tolérée que les autres contraceptions hormonales : 84,55% des patientes utilisant la pilule ont eu au moins un effet secondaire ; 97,44% des patientes utilisant le DIU progestatif ont eu au moins un effet secondaire ; et 100% des patientes utilisant l'anneau ou l'implant ont eu au moins un effet secondaire.



On peut voir en figure 8 que l'effet secondaire qui survient le plus fréquemment est le trouble du cycle (56,13% des patientes) suivi par le trouble de l'humeur (42,58% des patientes) puis la céphalée (33,55% des patientes). Les effets secondaires les moins fréquents sont la nausée (11,61% des patientes), le vertige et l'acné (12,26% des patientes pour chacun).



- nombre d'effets secondaires :

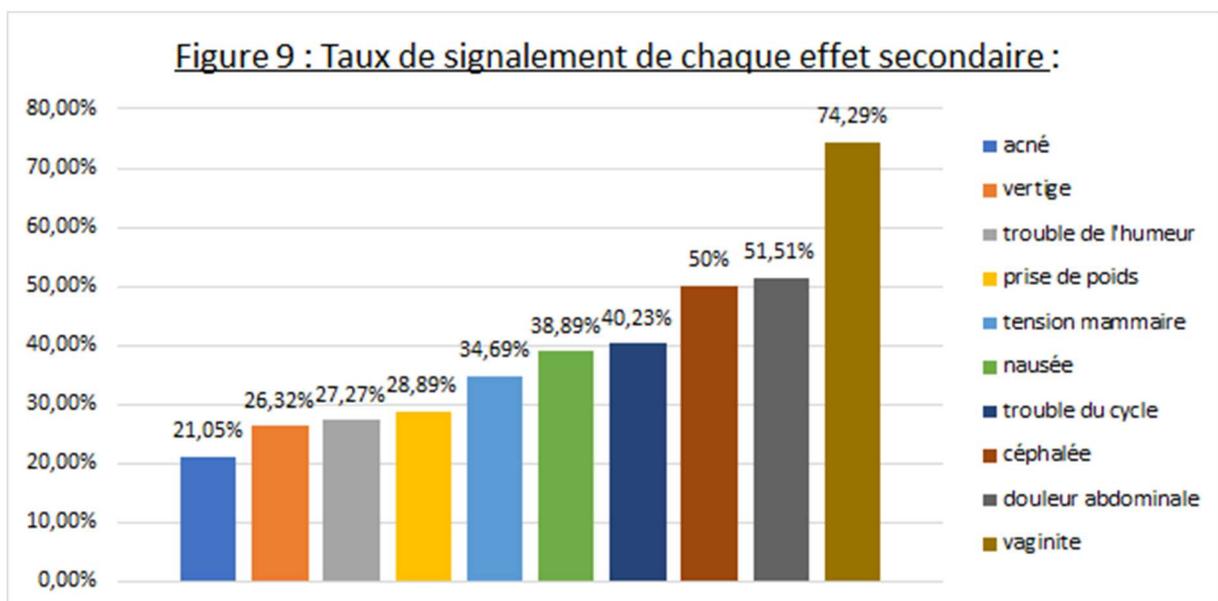
423 effets secondaires ont été rapportés par 137 patientes.

Ces 137 femmes souffrent donc chacune en moyenne de 3,08 effets secondaires.

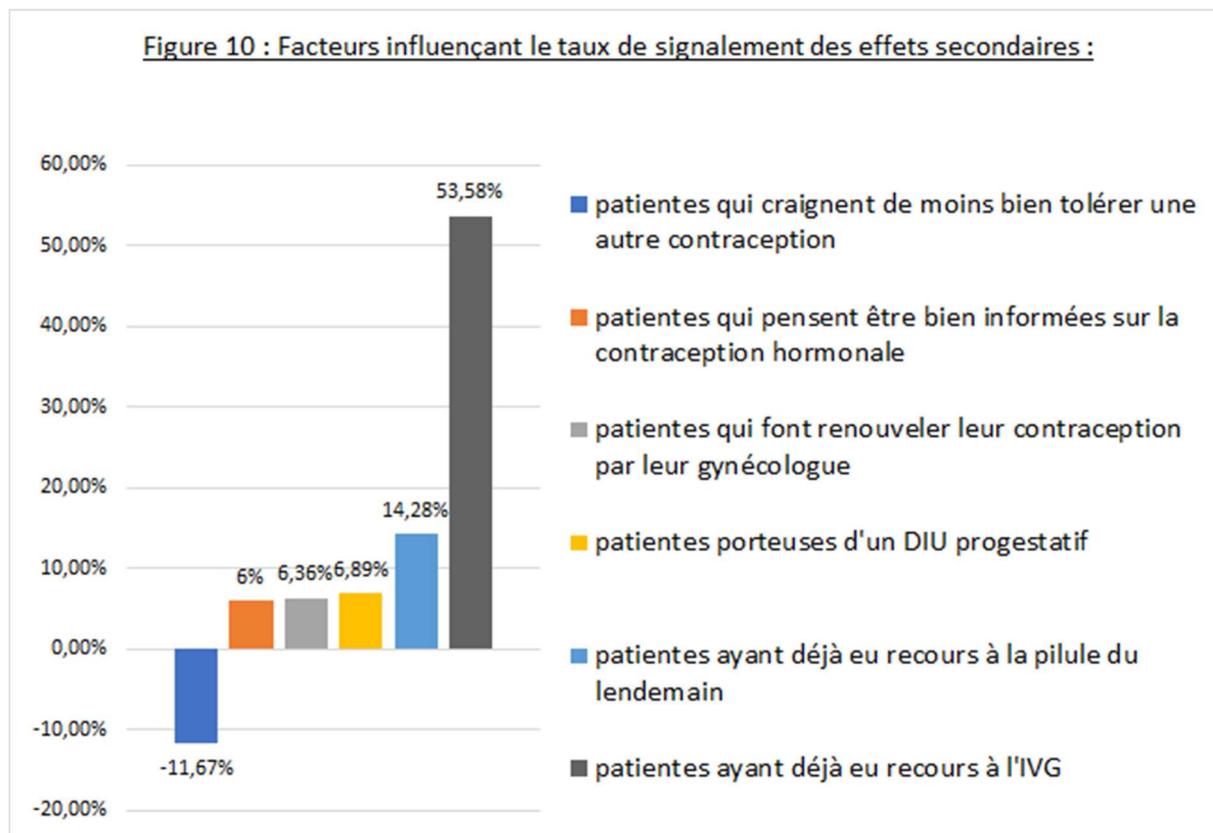
3- signalement des effets secondaires :

- Taux de signalement des effets secondaires :

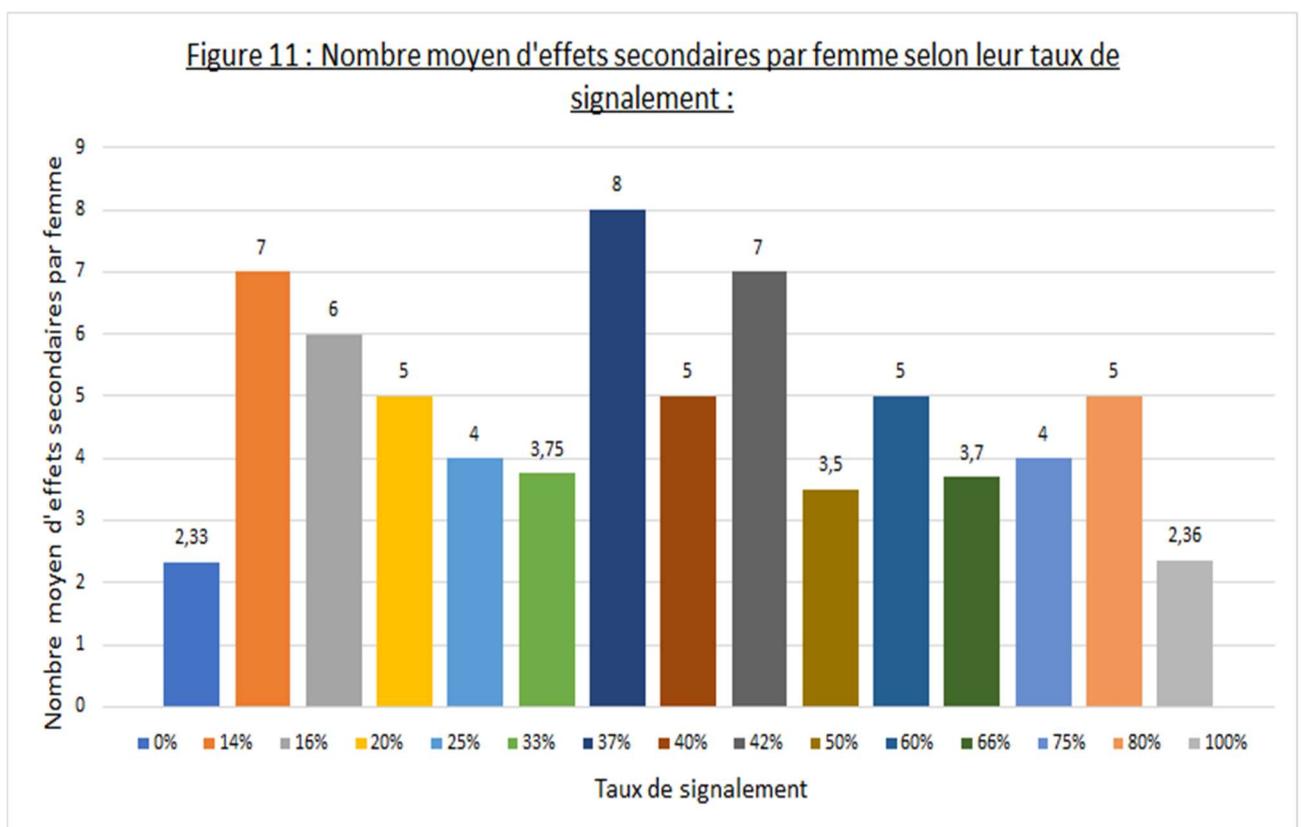
39,72% des effets secondaires sont signalés en consultation. Comme on peut le voir en *figure 9* le taux de signalement n'est pas homogène entre les différents effets secondaires. En effet c'est la vaginite qui est le plus souvent signalée (elle est signalée dans 74,29% des cas) et l'acné qui est le moins souvent signalé (il est signalé dans 21,05% des cas).



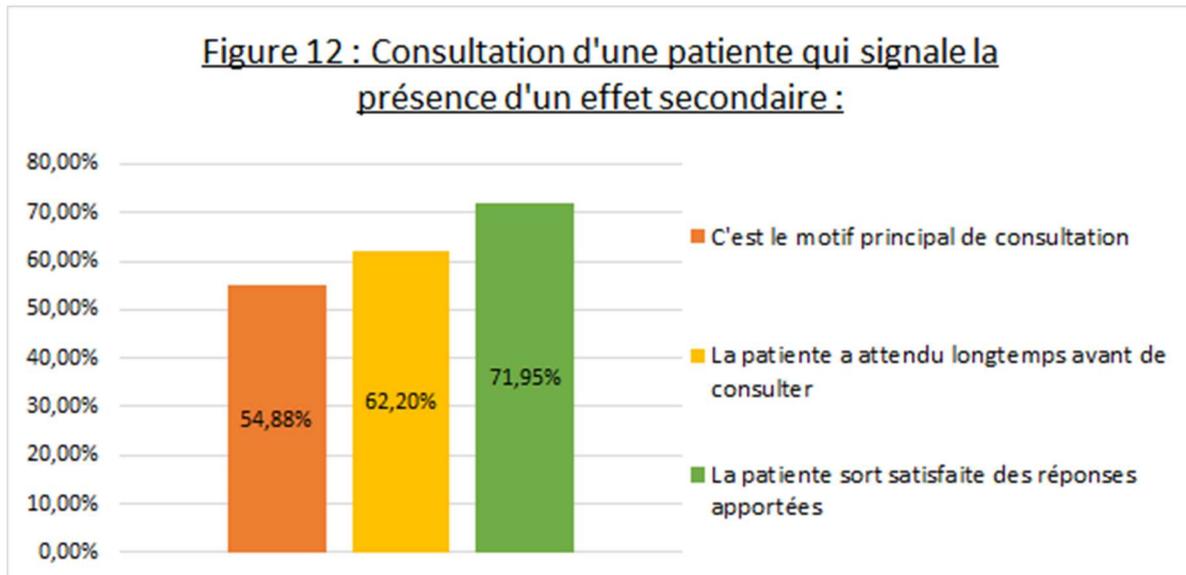
On constate en *figure 10* que les patientes qui craignent de moins bien tolérer une autre contraception signalent moins la présence d'effets secondaires (-11,67%). A l'inverse les patientes signalent d'avantage la présence d'effets secondaires quand : elles se sentent bien informées sur les différentes contraception (+6%) ; elles font renouveler leur contraception par leur gynécologue (+6,36%) ; elles sont porteuses d'un DIU progestatif (+6,89%) ; elles ont déjà eu recours à la pilule du lendemain (+14,28%) ou à l'IVG (+53,58%).



La structure anarchique de la *figure 11* nous montre que le nombre d'effets secondaires ne conditionne pas du tout le taux de signalement. En effet les patientes qui présentent 8 effets secondaires (ce qui est le nombre maximum d'effets secondaires par femme constaté, rappelons que le taux moyen d'effets secondaires parmi les 137 femmes présentant au moins 1 effet secondaire est de 3,08) ne sont pas celles qui signalent le plus leur présence (elles ne signalent la présence d'effets secondaires que dans 37% des cas). A l'inverse les patientes qui signalent le plus la présence d'effets secondaires (taux de signalement de 100%) sont quasiment les patientes présentant le moins d'effets secondaires (2,36 effets secondaires chacune en moyenne).



On peut voir en *figure 12* que les patientes signalant la présence d'un effet secondaire en font le motif principal de leur consultation dans 54,88% des cas. Le plus souvent elles attendent longtemps avant de consulter (62,2% des cas) mais sortent satisfaites des réponses apportées (71,95% des cas).



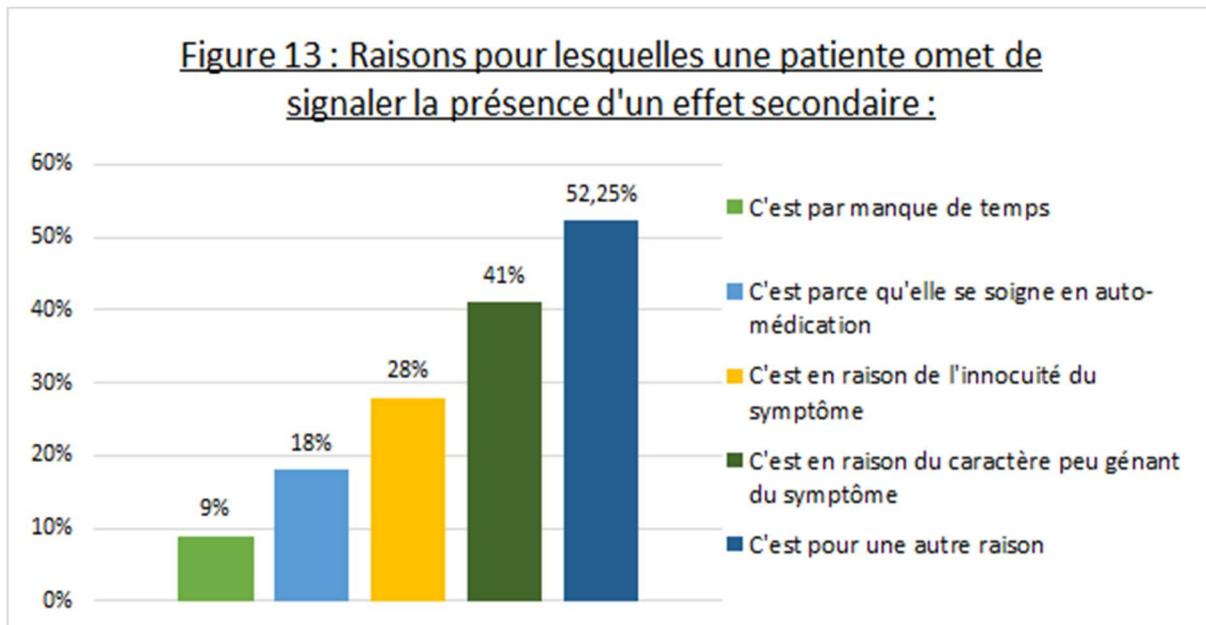
Les patientes signalent plus au second plan quand c'est leur médecin généraliste qui renouvelle leur contraception (+61,19%).

Les patientes qui signalent au second plan le font plus tard (+34,69%) et sont plus souvent insatisfaites des réponses apportées (+15,61%)

Les patientes signalent plus tard leurs effets secondaires quand c'est leur généraliste qui renouvelle leur contraception (+31,54%).

Les patientes qui tardent à signaler leurs effets secondaires sont plus souvent insatisfaites des réponses apportées (+32,8%).

Mais pourquoi les patientes ne signalent-elles pas la présence d'effets secondaires ?



On lit en *figure 13* qu'elles ont de très nombreuses raisons à cela. La raison la plus citée est le caractère peu gênant du symptôme (41% des cas). Les autres raisons citées par ordre décroissant sont l'innocuité du symptôme (28% des cas), le traitement par automédication (18% des cas), le manque de temps (9% des cas) ou bien encore :

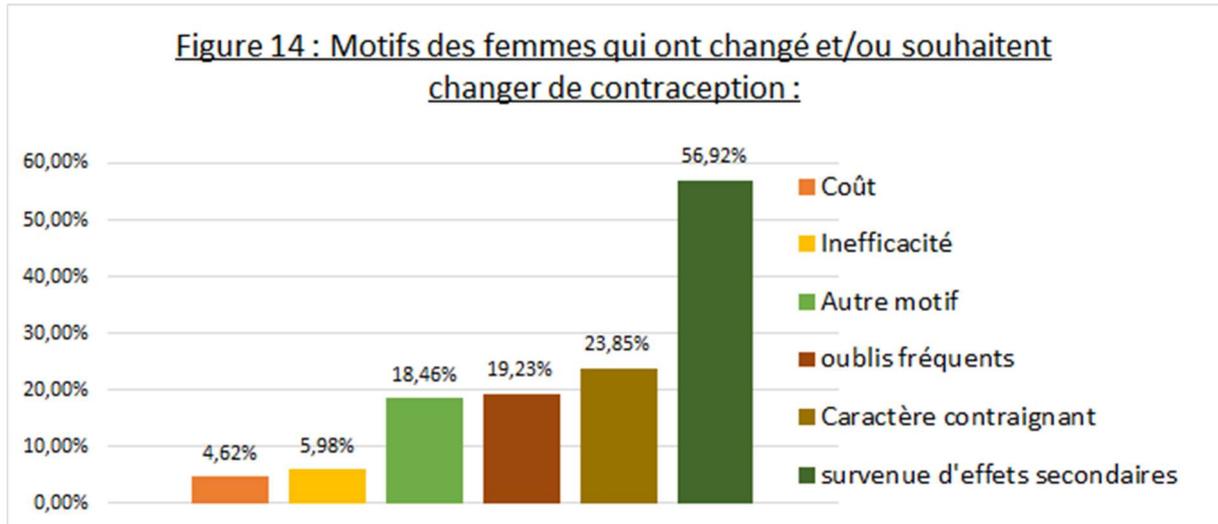
- *contraception choisie pour cet effet secondaire (aménorrhée) (*19)*
- *information préalable de cet effet secondaire (aménorrhée) (*9)*
- *suit les conseils de son gynécologue (*4)*
- *persistance d'un problème déjà existant (aménorrhée) (*3)*
- *aggravation d'un problème déjà existant (poids/migraine) (*2)*
- *symptôme trop récent (*3)*
- *contraception récente*
- *pense que c'est lié au stress (*3)*
- *pense que c'est normal (*2)*
- *pense que ce n'est pas médical*
- *ne fait pas le lien avec sa contraception (*2)*
- *n'y pense pas lors de son renouvellement*
- *jamais interrogée sur ça lors du renouvellement*
- *son gynécologue dit que c'est normal*

¹ * nombre de fois où ce motif a été cité par les patientes

- *manque de disponibilité du praticien*
- *coût*
- *attend que ça passe (*3)*
- *n'a pas le choix de sa contraception (allaitement/post-partum) (*2)*
- *symptôme pouvant avoir une autre cause (aménorrhée post-partum, trouble de l'humeur suite arrêt tabac)*
- *perte d'AMM comme contraception (dian35®)*
- *souhaiterait une contraception plus naturelle ou sans risque mais pense que cela n'existe pas (*4)*
- *pense qu'une consultation serait inutile*
- *pense qu'il n'y a pas de solution*
- *changement de contraception par son gynécologue sans son avis.*

4- changement de contraception :

- 130 patientes (soit 83,87% de l'échantillon) ont déjà changé et/ou souhaiteraient changer de contraception.



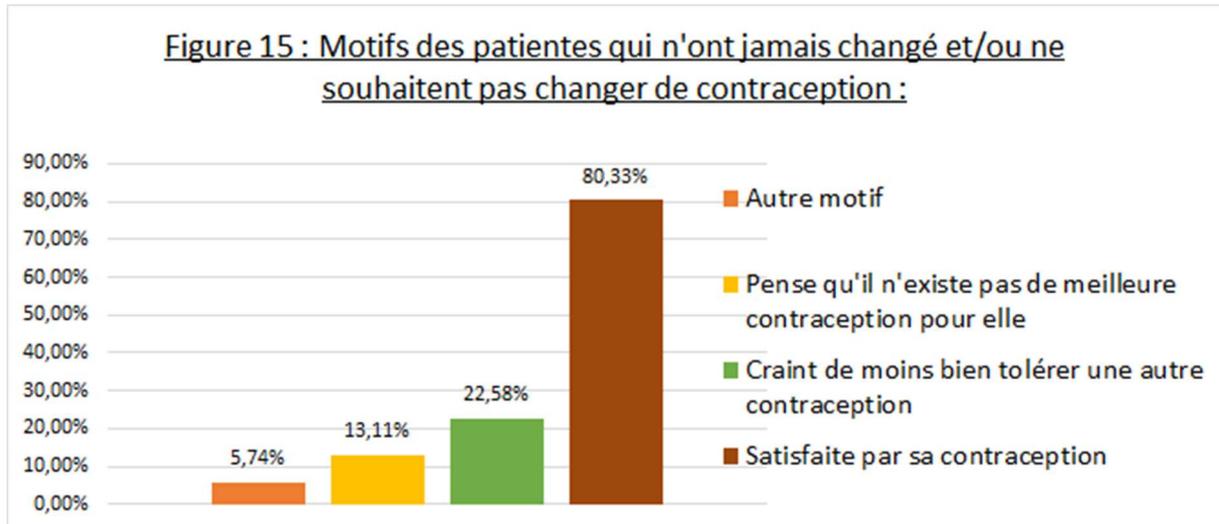
Comme on peut le voir en *figure 14* les patientes changent de contraception (en intention ou en fait) le plus souvent parce qu'elles souffrent d'un effet secondaire (56,92% des cas). Les autres raisons citées par ordre décroissant sont : le caractère contraignant (23,85% des cas) ; les oublis fréquents (19,23% des cas), l'inefficacité (5,98% des cas), le coût (4,62% des cas) ; ou bien encore :

- *suit les conseils de son gynécologue (*24)*
- *suit le choix de son gynécologue, tabac (*3)*
- *souhait aménorrhée (*3)*
- *disparition acné (*2)*
- *crainte des complications cardio-vasculaires (*2)*
- *veut une contraception plus naturelle/sans hormones/définitive (*4)*
- *veut une contraception sans prise de poids,*
- *contre-indication*
- *pas d'amélioration dysménorrhée*
- *fin de commercialisation*
- *projet parental accompli.*

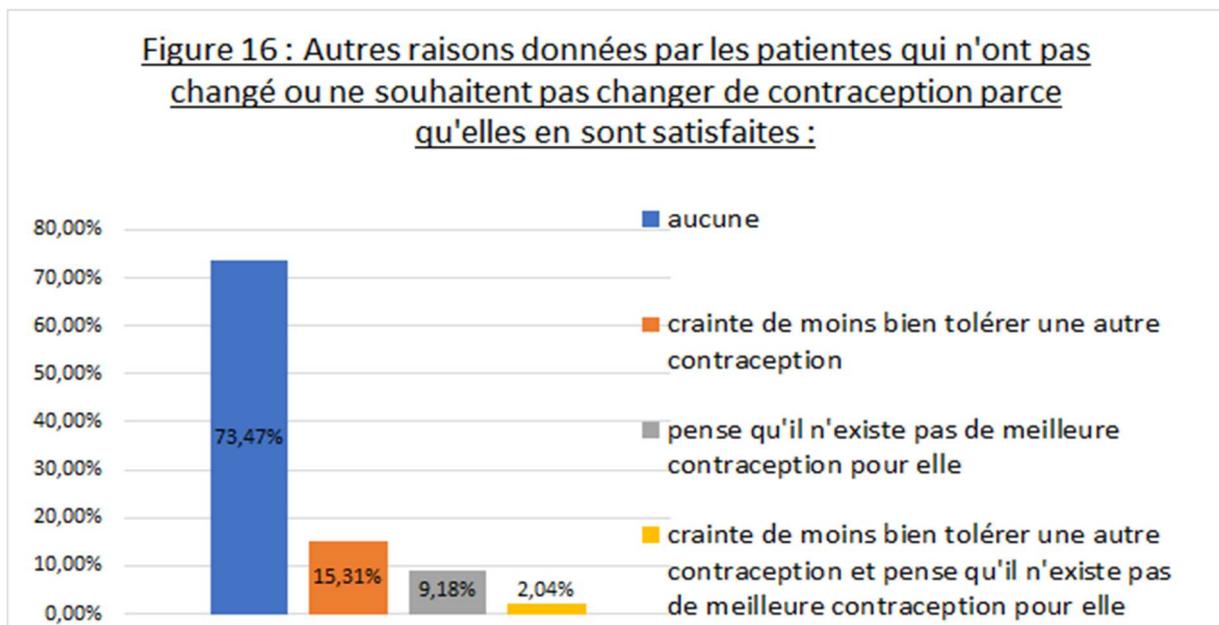
² * nombre de fois où cette raison a été citée par les patientes.

- 122 patientes (soit 78,71% de l'échantillon) n'ont jamais changé et/ou ne souhaitent pas changer de contraception.

Comme on peut le voir en *figure 15* la principale raison pour laquelle les patientes conservent leur contraception (en intention ou en fait) est parce qu'elles en sont satisfaites (80,33% d'entre elles).

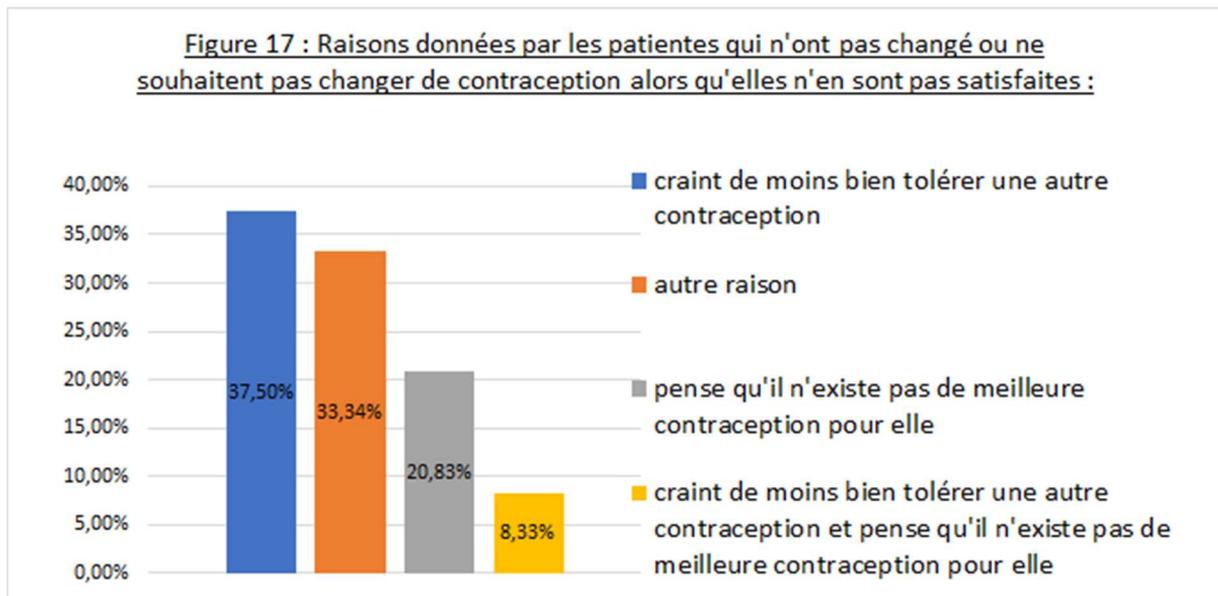


Comme on peut le voir en *figure 16* les patientes qui choisissent de conserver leur contraception parce qu'elles en sont satisfaites n'avancent en général pas d'autres raisons (73,47% d'entre elles). Sinon elles justifient aussi leur choix par la crainte de moins bien tolérer une autre contraception (15,31% d'entre elles), ou bien l'idée qu'il n'existe pas de meilleure contraception pour elles (9,18% d'entre elles) ou bien les deux (2,04% d'entre elles).



- taux de résignation : parmi les 122 patientes n'ayant pas changé ou ne souhaitant pas changer de contraception, 24 ne sont pas satisfaites de leur contraception actuelle soit **19,67%** d'entre elles.

Les patientes résignées attendent plus longtemps avant de consulter (+14,84%) et quand elles consultent elles sont plus souvent insatisfaites des réponses apportées (+27,31%) par rapport à l'ensemble des patientes.

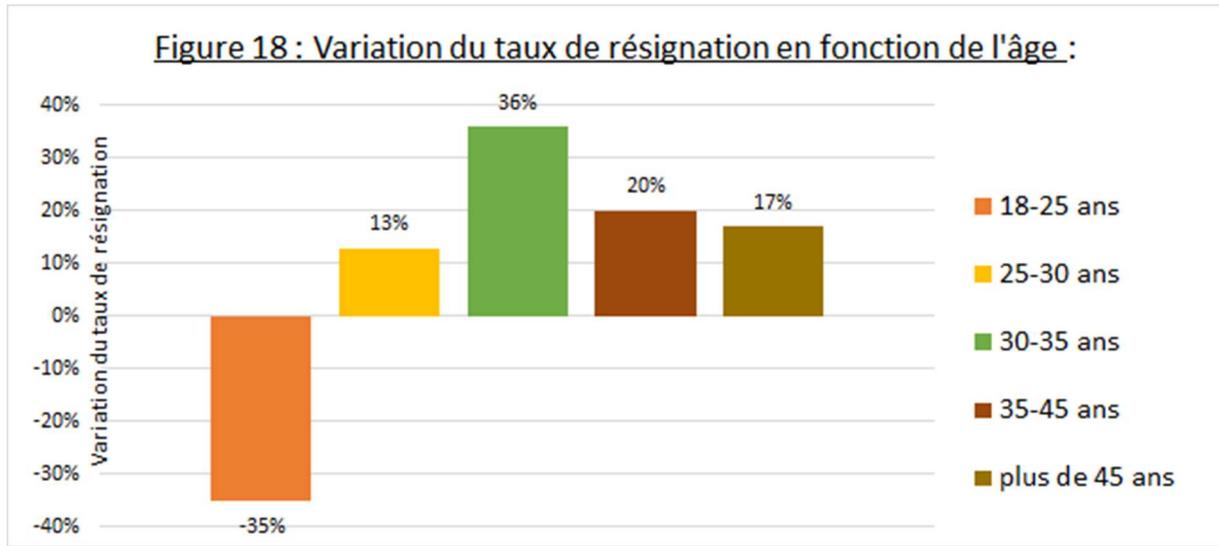


Ces patientes résignées comme on peut le voir en *figure 17* choisissent de conserver leur contraception (en intention ou en fait) parce qu'elles craignent de moins bien tolérer une autre contraception (37,5% d'entre elles) ou bien parce qu'elles pensent qu'il n'existe pas de meilleure contraception pour elles (20,83% d'entre elles) ou bien les deux (8,33% d'entre elles) ou bien pour un autre motif (33,34% d'entre elles) :

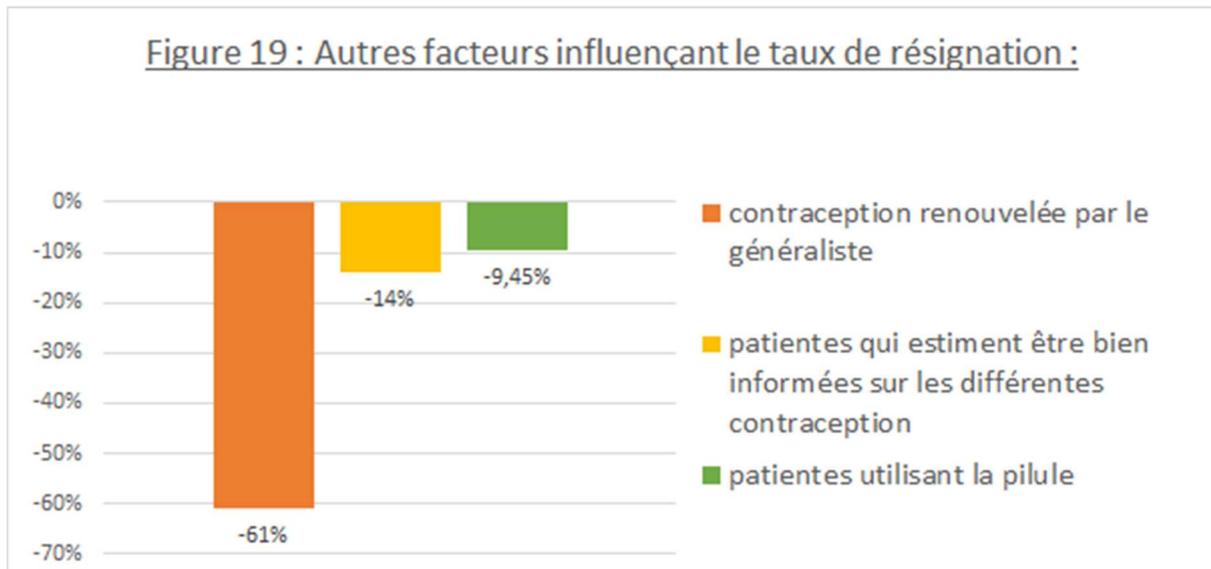
- *attente de résultats d'examens*
- *projet de faire un enfant bientôt*
- *refus gynécologue DIU*
- *contre-indication (x2)*
- *ménopause proche*
- *avis gynécologue (SOPK).*

- Facteurs influençant le taux de résignation :

L'âge : comme on le voit en *figure 18* le taux de résignation diminue chez les patientes les plus jeunes (-35%) et il augmente chez les patientes âgées de plus de 25 ans pour connaître son pic chez les patientes âgées de 30 à 35 ans (+36%).



Autres facteurs influençant le taux de résignation : comme on peut le voir en figure 19 le taux de résignation diminue pour les patientes : utilisant une pilule (-9,45%) ; qui se sentent bien informées sur les différentes contraceptions (-14%) ; dont la contraception est renouvelée par leur généraliste.



DISCUSSION

1- Représentativité de l'échantillon :

L'échantillon de patientes qui a participé à cette étude reflète fidèlement les femmes vivant en France métropolitaine âgées de plus de 18 ans utilisant une contraception hormonale :

Méthode de contraception : Selon l'état des lieux pratique fait par la HAS en 2013 un peu plus de la moitié (soit environ 55%) des DIU utilisés en France sont hormonaux⁷. L'étude Fécond réalisée en 2013⁵ (annexe 1) ne fait pas la distinction entre le DIU au cuivre et le DIU progestatif quand elle répertorie les différentes contraceptions utilisées par les femmes françaises.

Le croisement de ces données permet de dire que les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine sont 56,13% à utiliser une contraception hormonale, et parmi elles 72,15% utilisent une pilule (contre 70,97% au sein de l'échantillon), 22,15% un DIU au levonogestrel (contre 25,16% au sein de l'échantillon) et 8% une autre méthode hormonale (contre 3,88% au sein de l'échantillon).

Age : Par ailleurs quand l'âge des patientes augmente elles sont de moins en moins nombreuses à utiliser une contraception hormonale et elles utilisent plus souvent le DIU (figure 1). Dans l'étude Fécond réalisée en 2013 on observe cette même tendance.

2- taux de survenue des effets secondaires pratique et théorique :

Les effets secondaires touchent chacun entre 10 et 90 % des 155 patientes incluses dans cette étude (figure 8). Cet intervalle de fréquence définit un effet secondaire très fréquent (définition du RCP rappelée page 43). Or les dix effets secondaires qui touchent le plus les patientes sont en général fréquents et moins souvent ils sont très fréquents ou peu fréquents (tableau 1 page 44). Comment expliquer une telle différence entre la fréquence théorique et la fréquence pratique de survenue des effets secondaires ?

Si on s'attache au taux de survenue global des effets secondaires chez les 110 patientes ayant participé à cette étude et utilisant la pilule contraceptive, on constate que ce taux est là encore nettement plus élevé que ce que l'on peut lire dans le RCP : en effet les patientes utilisant une pilule contraceptive devraient présenter un ou des effets secondaires dans 59,8% des cas tout au plus (tableau 2 page 45) contre 84,55% en moyenne au sein de l'étude (figure7).

Cette différence peut s'expliquer par :

- le caractère peu spécifique des effets secondaires de la pilule qui peuvent être reconnus à tort ou méconnus par les patientes.
- l'absence de test diagnostique pouvant prouver le caractère iatrogène de ces symptômes.
- la durée d'exposition à la contraception hormonale qui peut-être si longue (plusieurs années voir des décennies) qu'il devient difficile pour les femmes d'avoir un point de comparaison sans hormones et ainsi pouvoir imputer un symptôme à la prise de leur contraception. Il est important de noter que les phases d'essai clinique avant la mise sur le marché ne durent pas aussi longtemps.
- Enfin la survenue d'effets secondaires bénins suite à la prise d'une contraception hormonale est sans doute peu signalée au moyen de la pharmacovigilance en raison de leur innocuité ce qui empêche le RCP de se rapprocher de l'usage pratique de ces contraceptions et non l'usage fait au sein de l'étude avant mise sur le marché.

Dans cette étude le caractère iatrogène de ces symptômes a été recherché au moyen d'une triple question : Depuis que vous utilisez une contraception hormonale ce symptôme est-il apparu ? devenu plus fréquent ? ou plus intense ?

La pharmacovigilance en France :

Créée en 1976 elle se décompose en 31 Centres Régionaux de Pharmacovigilance qui émettent une information centralisée par l'ANSM, puis pour les effets les plus graves cette information est recentralisée au niveau européen dans la base commune EUDRAVIGILANCE.

L'objectif de cette surveillance permanente n'est pas un signalement exhaustif de tout événement potentiellement iatrogène ce qui constituerait une masse d'information trop importante à traiter. Son rôle est surtout de recueillir les signalements spontanés d'effets graves ou jusque-là méconnus.

Il est donc difficile pour l'ANSM de réévaluer le taux de survenue des effets secondaires bénins d'un médicament après sa mise sur le marché et difficile d'en inclure de nouveaux suite au faible taux de signalement.

L'utilisation des médicaments après leur mise sur le marché reste donc une phase d'essai clinique, la quatrième et dernière, pouvant révéler de nouveaux effets secondaires, interactions...

Le taux de survenue global des effets secondaires chez les 45 autres participantes à cette étude utilisant un DIU hormonal ou un implant contraceptif ou un anneau vaginal est conforme à ce que l'on peut lire dans le résumé caractéristique produit du VIDAL (tableau 2 page 45).

3- signalement des effets secondaires :

Seulement deux effets secondaires sur cinq sont signalés lors d'une consultation (39,72%), les prescripteurs renouvellent donc une contraception apparemment beaucoup mieux tolérée que ce qu'elle est réellement. Les patientes ne manquent pas de raisons pour ça, 29 raisons sont données au total (figure 13). Ce n'est malheureusement pas toujours le caractère acceptable de l'effet secondaire qui motive ce choix mais parfois le manque de temps, la banalisation du symptôme, le manque d'information ou bien le manque d'argent.

Ce taux de signalement varie beaucoup d'un effet secondaire à l'autre, passant de 21,05% pour le moins signalé (l'acné) à 74,29% pour le plus signalé (la vaginite) (figure 9). Les patientes signalent peut-être plus la présence d'une vaginite pour bénéficier du traitement le plus adapté (antifongique ou antibiothérapie).

La patiente omet d'autant plus de signaler la présence d'effets secondaires si elle craint de moins bien tolérer encore une autre contraception (figure 10). A quoi bon signaler la présence d'un effet secondaire si cela entraîne un changement de contraception avec encore plus d'effets secondaires ?

Les patientes ayant déjà eu recours à la pilule du lendemain ou à l'IVG signalent plus la présence d'effets secondaires (figure 10). Peut-être que ces patientes souhaitent ainsi se prémunir d'une nouvelle difficulté dans leur parcours contraceptif qu'elles ont déjà connu.

Les patientes les plus touchées par les effets secondaires (elles ont présenté 8 effets secondaires chacune) ne sont pas celles qui signalent le plus leur présence (elles signalent leur présence dans 37% des cas en moyenne) (figure 11). Les prescripteurs ne peuvent donc pas être rassurés par des patientes qui signalent peu d'effets secondaires, ce sont peut-être même celles qui en ont le plus.

Les patientes qui signalent un effet secondaire ressortent pourtant en général plutôt satisfaites après leur consultation (71,95%) (figure 12). Cette satisfaction ne les encourage donc manifestement pas assez à signaler. Cette information doit donc être améliorée.

Les patientes ressortent moins satisfaites quand c'est le médecin généraliste qui renouvelle leur contraception, il prend connaissance plus tard et le plus souvent au second plan de sa consultation de la présence d'effets secondaires. Cette différence s'explique par la multiplicité des motifs de consultation en médecine générale dont certains sont différés en attendant un motif suffisamment grave ou urgent pour consulter.

4- changement de contraception :

Les effets secondaires de la contraception hormonale bien que bénins en général ne doivent pas être minimisés car ils constituent et de loin la première cause de changement ou envie de changement de contraception : 56,92% des patientes les citent comme motif de changement de leur contraception (figure 14).

Les patientes commencent en général avec la pilule, elles font ensuite plus souvent le choix du DIU progestatif avec l'accroissement de l'âge (figure 1), du nombre d'enfants (figure 3) ou bien quand elles n'ont pas de contraception efficace (recours à la pilule du lendemain, figure 4) ou suite à un échec de leur contraception (antécédent d'IVG, figure 5). Ces caractéristiques intrinsèques aux patientes ou marquant leur propre parcours contraceptif ne sont ni nécessaires ni suffisantes à la pose d'un DIU. Et pourtant elles semblent être attendues par les patientes pour faire le choix du DIU comme s'il était une contraception de deuxième intention. Les patientes estimant être bien informées sur les méthodes contraceptives ne font d'ailleurs pas plus le choix du DIU (figure 6), une certaine norme contraceptive est-elle ancrée chez ces patientes ?

En France, 10 ans après son autorisation de mise sur le marché chez les nullipares, seulement 3% des nullipares portent un DIU d'après l'enquête Fécond publiée en 2013⁵ (soit 1,65% de patientes porteuses d'un DIU progestatif si on croise ces données avec celles de la HAS) alors qu'en parallèle le taux d'IVG reste le plus élevé dans cette tranche d'âge d'après une étude publiée par la DREES en 2016⁸. Dans notre étude seulement 1,4% des patientes nullipares portent un DIU progestatif (figure 3).

Les freins à l'utilisation de cette méthode se situent à la fois du côté des soignants et des soignés : Le groupe FECOND a montré en 2013⁵ que 41 % des gynécologues et 43% des médecins généralistes considèrent que le DIU est contre-indiqué chez les femmes nullipares, et que 56% des femmes interrogées pensent que cette méthode contraceptive n'est pas adaptée aux femmes n'ayant pas eu d'enfants.

Dans ses recommandations la HAS précise pourtant bien que le DIU doit être proposé à toutes les femmes quelle que soit leur parité dès lors que les contre-indications ont été écartées. Cette nécessité a été ensuite affirmée chez les mineures par la loi du 26 janvier 2016 (art. L.5134-1 du Code de la santé publique) sans que le consentement de l'autorité parentale ou le cas échéant du représentant légal soit requis avec au-delà l'obligation de préservation du secret médical par l'assurance maladie.

Aux Etats-Unis une étude menée par les départements de bioéthique, science de la santé et gynécologie obstétrique a affirmé que la nature invasive des contraceptions de longue durée d'action n'empiète pas sur le besoin unique et impérieux des adolescentes en matière de contraception sûre et efficace. En fait ces méthodes sont souvent dans le meilleur intérêt des patientes adolescentes qui souhaitent éviter une grossesse non désirée. Les auteurs préconisent donc l'énumération spécifique de la capacité des adolescentes à consentir à la fois aux procédures d'insertion et de retrait de ces méthodes dans les cadres des politiques d'état. Jusque-là ces méthodes étaient jugées éthiquement acceptables suite à un précédent constitutionnel en 1976 mais ne faisaient pas l'objet d'un texte de loi.

On pourrait croire que les patientes conservent leur contraception car elles en sont satisfaites. C'est le cas pour quatre patientes sur cinq (80,33% figure 15), mais ces mêmes patientes font parfois également ce choix par peur ou désillusion (figure 16).

Une patiente sur cinq (19,67%, figure 15) qui veut conserver sa contraception n'en est pas satisfaite.

Ces patientes "résignées" sont plutôt satisfaites des réponses données suite au signalement de la présence d'effets secondaires (64,29%). Cette information qui les satisfait ne suffit donc pas, à ce jour, à dissiper leur crainte de moins bien tolérer une autre contraception (37,5% d'entre elles) ou bien l'idée qu'il n'existe pas de meilleure contraception pour elles (20,83% d'entre elles) ou bien les deux (8,33% d'entre elles) (figure 17).

On peut identifier 4 facteurs protecteurs de la résignation :

- un âge compris entre 18 et 25 ans (figure 18). Les patientes jeunes ont peut-être à la fois un dynamisme plus fort pour essayer de nouvelles méthodes contraceptives mais aussi une moindre expérience d'échec dans le parcours contraceptif (survenue d'effets secondaires, survenue d'une grossesse, refus d'une méthode contraceptive) ce qui peut entraver la volonté de changement.
- une contraception renouvelée par le généraliste (figure 19). La disponibilité du médecin généraliste permet aux patientes de pouvoir changer de contraception plus rapidement. Ce constat pourrait aussi s'expliquer par une parole plus libre entre le généraliste et sa patiente.
- les patientes qui estiment être bien informées sur les méthodes contraceptives (figure 19). Il est logique de constater que les patientes qui se sentent bien informées sur les différentes contraceptions osent plus s'aventurer à prendre une nouvelle contraception afin de trouver celle qui leur convient le mieux car elles marchent en terre déjà connue.
- les patientes utilisant la pilule contraceptive (figure 19). Cette méthode est très facilement réversible il est donc facilement envisageable pour les patientes d'en changer. Au contraire le DIU qui nécessite la consultation d'une personne formée pour son ablation augmente naturellement le taux de résignation des patientes.

5- Lien entre le signalement des effets secondaires et la résignation :

Nous avons cherché à identifier un profil de patientes fragiles qui tolèrent apparemment bien leur contraception (taux de signalement faible) et sont résignées à garder une contraception qui ne leur convient pas (taux de résignation élevé), et ce afin de leur consacrer une attention plus particulière.

Cela n'a pas pu être fait. En effet les facteurs qui augmentent le taux de signalement des effets secondaires augmentent en général aussi le taux de résignation et à l'inverse les facteurs qui diminuent le taux de signalement des effets secondaires diminuent en général aussi le taux de résignation. Au total ces deux taux évoluent en général dans le même sens au sein d'une catégorie de patientes.

L'exception à cette règle, ce sont les femmes qui estiment être bien informées sur les méthodes contraceptives. Elles signalent plus la présence d'effets secondaires et sont moins résignées à garder une contraception qui ne leur convient pas.

6- Limites de notre étude :

Le taux de réponse au questionnaire n'a pas été calculé.

Cette étude a été menée chez des patientes utilisant actuellement une contraception hormonale afin qu'elles puissent répondre à des questions qui les concernent le plus souvent directement et non pas qu'elles aient besoin de faire appel à de vieux souvenirs. Il n'y a donc pas eu de données collectées sur les patientes n'utilisant plus la contraception hormonale peut-être alors à cause de la survenue d'effets secondaires.

Les effets secondaires qui surviennent fréquemment ou très fréquemment dans moins de trois contraceptions hormonales parmi les vingt-six existantes n'ont pas été étudiés en raison de leur rareté.

Cette étude est purement descriptive. L'étude par catégories de patientes représente une piste pour les études à venir mais ne peut pas donner lieu à des conclusions en raison de l'absence de test statistique.

7- Alternatives thérapeutiques pour les patientes :

a- une autre contraception hormonale :

Les patientes utilisant une contraception hormonale qui souhaitent changer de contraception suite à la survenue d'un effet secondaire choisissent parfois de conserver une contraception hormonale. Les raisons possibles sont multiples : conserver la même galénique (pilule), conserver un bénéfice extra-contraceptif (régularisation du cycle, traitement de la dysménorrhée, traitement de l'acné...), conserver une contraception efficace, rejet de méthodes implantables ou définitives...

Pour éclairer cette décision nous avons élaboré un document de synthèse (tableau 1) afin d'informer les patientes sur les effets secondaires les plus fréquents des contraceptions hormonales commercialisées en France.

L'ensemble des effets secondaires fréquents et très fréquents des contraceptions hormonales commercialisées en France (consultable dans le RCP) ont été consignés dans le tableau qui suit, puis ces mêmes effets ont été recherchés puis consignés pour les autres contraceptions hormonales où ils étaient cette fois-ci peu fréquents, rares voir absents du RCP.

Légende tu tableau :

Génération progestatif :	2e	3e	4e
--------------------------	----	----	----

- O-P = Oestro-Progestatif

- dosage/dosage/dosage/dosage/dosage = contraception bi-tri-quadri voir quintaphasique

- TF = Très fréquent : 1 à 9 patientes sur 10*

- F = Fréquent : 1 à 9 patientes sur 100*

- PF = Peu fréquent : 1 à 9 patientes sur 1000*

- R = Rare : 1 à 9 patientes sur 10000*

-NR = Non Relaté*

* définition des effets indésirables du RCP

IHAG = Infection Haut Appareil Génital

*La pilule combinant drospirénone 3000mcg et ethynil œstradiol 30mcg présente deux variantes : une plaquette avec 21 comprimés actifs (ligne en-dessus) et une plaquette avec 24 comprimés actifs (ligne en-dessous) ce qui aboutit à un profil de tolérance différent.

**L'œstrogène utilisé est l'éthynil œstradiol sauf en association avec le dienogest (valérate d'œstradiol) et avec le nomegestrol (œstradiol).

Tableau 1 : Effets secondaires fréquents et très fréquents des différentes contraceptions hormonales commercialisées en France en 2018

	Progestatif mcg	Gestogène mcg	vaginite	céphalée	vertige	Trouble humeur	nausée	Douleur abdominale	acné	Prise de poids	Tension mammaire	trouble cycle	Autres
Pilule O-P	Levonorgestrel 150	30	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Levonorgestrel 150/0	30/10	PF	F	PF	F	F	F	F	F	F	TF	dysplasie F
	Levonorgestrel 100	20	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Levonorgestrel 150/200	30/40	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Levonorgestrel 50/75/125	30/40/30	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Desogestrel 150	20	R	F	NR	F	F	F	NR	F	F	NR	
	Desogestrel 150	30	R	F	NR	F	F	F	NR	F	F	NR	
	Gestodène 60	15	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	NR	
	Gestodène 75	20	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Gestodène 75	30	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	
Gestodène 50/70/100	30/40/30	F	NR	F	F	F	F	F	F	F	F		
Norgestimate 180/215/250	35	NR	F	R	F	F	F	NR	F	F	F		
Chlormadinone 2000	30	PF	NR	F	F	TF	PF	F	F	PF	TF	asthénie F HTA F dysplasie F	
Drosprirénone 3000	30	F	F	NR	F	F	NR	PF	PF	F	F		
Drosprirénone 3000	20*	PF	F	F	PF	F	F	F	F	F	F		
Drosprirénone 3000	20*	R	F	R	F	F	PF	PF	PF	F	F		
Diérogest 0/2000/3000/0/0	3000/2000/2000/100	0/0**	PF	F	PF	F	F	F	F	F	F	F	
Nomégestrol acétate 2500	1500**	R	F	F	NR	F	F	PF	TF	F	F	TF	
Pilule progestative	Levonorgestrel 30	-	NR	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
	Desogestrel 75	-	PF	F	NR	F	F	NR	F	F	F	F	
Patch O-P	Norelgestromine 6000	600	F	TF	F	TF	F	F	F	F	TF	F	spasme musculaire TF
Anneau O-P	Etonogestrel 11700	2700	F	F	PF	F	F	F	F	F	F	PF	
	Etonogestrel 68000	-	TF	TF	F	F	F	F	TF	TF	TF	TF	
Implant progestatif	Levonorgestrel 52000	-	TF	TF	NR	F	F	TF	F	F	F	TF	douleurs dorsales F
	Levonorgestrel 13500	-	TF	TF	NR	F	F	TF	TF	NR	F	TF	kyste ovarien TF Alopecie F IHAG F
intra-musculaire	acétate de MIP 150000	-	F	TF	F	TF	F	TF	F	TF	F	PF	douleurs dorsales F

La limite de ce tableau est que l'intervalle de fréquence de survenue des effets secondaires renseigné dans le RCP est par nature peu précis (voir légende tableau 1). Il n'est donc pas possible avec les seules données du RCP de visualiser l'amélioration du profil de tolérance des pilules de troisième et quatrième génération.

Le tableau 2 résume le profil de tolérance des méthodes contraceptives commercialisées en France en 2018. L'intervalle de fréquence inscrit dans la colonne de droite est le risque global pour une patiente utilisant la contraception correspondante de présenter au moins un effet secondaire. On peut lire ici que la pilule est la contraception hormonale la mieux tolérée avec l'anneau vaginal.

Cet intervalle a été déterminé en utilisant un arbre de probabilité qui permet de modéliser le risque de survenue de plusieurs événements statistiques (ici survenue d'un effet secondaire). Les effets secondaires qui sont tout au plus rares ou peu fréquents dans l'ensemble des contraceptions hormonales n'ont pas été intégrés à ce calcul car ils modifient peu (moins de 1%) cet intervalle.

Tableau 2 : Profil global de tolérance de chaque contraception hormonale commercialisée en France en 2018 :

	Progestatif mcg	Œstrogène mcg	NOM COMMERCIAL	Total
Pilule O-P	Levonorgestrel 150	30	minidril	9 à 57%
	Levonogestrel 150/0	30/10	seasonique	17 à 95%
	Levonorgestrel 100	20	leeloo	10 à 61%
	Levonorgestrel 150/200	30/40	adepal	9 à 57%
	Levonorgestrel 50/75/125	30/40/30	trinordiol	9 à 57%
	Desogestrel 150	20	mercilon	6 à 43%
	Desogestrel 150	30	varnoline	6 à 43%
	Gestodène 60	15	melodia	8 à 53%
	Gestodène 75	20	harmonet	9 à 57%
	Gestodène 75	30	minulet	9 à 57%
	Gestodène 50/70/100	30/40/30	tri-minulet	9 à 57%
	Norgestimate 180/215/250	35	triafemi	6 à 43%
	Chlormanidone 2000	30	belara	24 à 99%
	Drospirénone 3000	30	jasmine	6 à 44%
	Drospirénone 3000	20	jasminelle	7 à 50%
	Drospirénone 3000*	20*	yaz	5 à 39%
	DiénoGEST 0/2000/3000/0/0	3000/2000/2000/1000/0**	qlaira	7 à 50%
Nomégestrol acétate 2500	1500**	zoely	23 à 99%	
Pilule progestative	Levonorgestrel 30	-	microval	9 à 57%
	Desogestrel 75	-	cerazette	7 à 79%
			Moyenne pilules	9,75 à 59,85%
Patch O-P	Norelgestromine 6000	600	evra	39 à 99%
Anneau O-P	Etonogestrel 11700	2700	nuvaring	8 à 54%
Implant progestatif	Etonogestrel 68000	-	nexplanon	49 à 99%
DIU progestatif	Levonogestrel 52000	-	mirena	39 à 99%
	Levonogestrel 13500	-	jaydess	50 à 99%
intra-musculaire	acetate de MP 150000	-	depo-provera	44 à 99%

Le choix des patientes devra également être éclairé par la connaissance de l'efficacité de ces méthodes (tableau 3, annexe 2) : les contraceptions hormonales sont toutes efficaces (indice de Pearl compris entre 1 et 9) voir très efficaces (indice de Pearl compris entre 0 et 0,9)¹⁰. Cependant on constate que l'implant, encore très peu choisi par les patientes, est 160 fois plus efficace que la pilule, le patch et l'anneau.

<u>Tableau 3 : Indice de Pearl pratique la première année</u>	
pilule, patch, anneau	8
contraception injectable	3
DIU progestatif	0,2
implant	0,05

Le coût peut être un facteur dans la décision des patientes (figure 14). Les deux contraceptions hormonales les plus chères, l'anneau et le patch, ne sont pas remboursées par la sécurité sociale ce qui peut expliquer leur moindre utilisation (annexe 4).

Les bénéfices extra-contraceptifs peuvent également orienter la décision des patientes (figure 14) :

Pour certaines pilules : traitement de l'acné, dysménorrhée, cycles irréguliers.

Pour le DIU progestatif : traitement symptomatique de l'endométriose, traitement de la dysménorrhée essentielle chez les adolescentes et femmes nullipares, traitement de la ménorragie en période péri-ménopausique, réduction significative de la taille des fibromes, alternative à l'hystérectomie dans la prise en charge des ménorragies fonctionnelles et dysménorrhée ou ménorragies liées à une adénomyose.

La contrainte que représente la contraception joue également un rôle dans le choix des patientes (figure 14) : prise quotidienne d'un comprimé (pilule), une application hebdomadaire (anneau vaginal et patch contraceptif), une injection trimestrielle (contraception injectable), une mise en place du dispositif pour 3 à 10 ans (implant contraceptif et DIU).

Enfin les patientes devront être informées des risques rares mais graves comme notamment :

- le risque d'accident cardio-vasculaire chez les contraceptions combinées surtout celles de troisième et quatrième génération qui doivent être prescrites uniquement en deuxième intention.
- le risque d'infection génitale haute dans les 3 semaines suivant la pose d'un DIU.
- le risque de perforation utérine ou de migration du DIU.

La contraception d'urgence n'a pas été intégrée dans ce tableau car elle ne constitue pas une contraception pérenne mais seulement un précieux recours temporaire pour des patientes sans solution contraceptive efficace à ce moment-là.

Le taux d'échec pour une utilisation unique est de 1,6% pour ELLAONE® et 2,59% pour NORLEVO®¹¹. Ainsi pour une utilisation de ELLAONE® une fois par mois pendant 1 an le taux moyen de survenue de grossesse est de 17,6 pour 100 femmes ce qui est plus élevé que l'indice de Pearl pratique de la plupart des méthodes contraceptives modernes. De plus la contraception d'urgence est associée à une incidence élevée d'effets indésirables, notamment de perturbations menstruelles.

Dans l'avenir l'arrivée sur le marché de la pilule contraceptive masculine permettrait de diminuer le nombre de patientes souffrant d'effets secondaires fréquents de la contraception hormonale en partageant ce fardeau contraceptif entre les hommes et les femmes. Elle est encore à l'étude mais a connu très récemment une belle avancée. En effet la société Américaine d'Endocrinologie a publié en mars 2018 les résultats d'une étude menée sur le DMAU : utilisé quotidiennement pendant 1 mois chez 83 hommes âgés de 18 à 50 ans ce prototype de pilule masculine a montré des réponses hormonales compatibles avec une contraception efficace. Jusque-là l'élaboration d'une pilule masculine était sclérosée par la toxicité des formes orales de testostérone pouvant causer notamment une hépatite. Le second problème était une élimination trop rapide par l'organisme, problème qui a pu être résolu par l'undecanoate, un acide gras, qui freine cette élimination. Les patients ont cependant constaté la survenue d'effets secondaires mineurs comme une légère prise de poids ou bien l'augmentation du HDL-cholestérol¹².

b- une contraception non hormonale :

Cela supprime le risque d'interaction médicamenteuse source potentielle de grossesses non désirées.

Par ailleurs cela répond à la demande de certaines patientes d'une contraception plus naturelle, sans hormones (figure 14) et s'intègre plus largement dans une démarche collective visant à bannir certaines substances de notre quotidien comme les pesticides, les conservateurs, les perturbateurs endocriniens...

Le DIU au cuivre est la seule contraception non hormonale de première intention et très efficace avec un indice de Pearl pratique à 0,8 (annexe 2).

De plus il est globalement bien toléré, ses principaux effets secondaires sont la ménorragie et la douleur pelvienne. Cependant la présentation de la fréquence des effets indésirables des DIU au cuivre dans le RCP est floue (limites de l'intervalle de fréquence non définies). Cette carence de présentation qui constitue un obstacle à sa comparaison aux autres contraceptions et donc un frein à son utilisation.

Par ailleurs l'efficacité de cette méthode ne peut pas être diminuée par l'utilisation qu'en fait la patiente. Cela répond au problème de l'ambivalence du désir de grossesse et du désir d'enfant. En effet la HAS rappelle que cette ambivalence peut conditionner l'utilisation (bonne ou mauvaise) d'une contraception et ainsi augmenter le nombre de grossesses non planifiées⁷.

Cette contraception s'adresse à toutes les patientes quel que soit leur âge et même aux patientes nullipares suite à une loi datant de 2004. En effet :

Depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 qui a ouvert aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information, l'objectif général selon lequel il convient d'«assurer l'accès à une contraception adaptée» a été réaffirmé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Au-delà, la HAS recommande de promouvoir les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action et en particulier le DIU (rapport IGAS 2009)⁷.

L'émergence du DIU, au cuivre ou progestatif, connaît plusieurs freins pour lesquels la HAS propose des solutions⁷ :

- Nécessité d'une personne formée (médecin ou sage-femme) pour la mise en place et le retrait. La HAS recommande d'améliorer la formation initiale des soignants (notamment sur les actes techniques et l'existence de kit de pose) et de plus mobiliser les sages-femmes et les CPEF.
- Rumeurs (notamment sur la grossesse extra-utérine), croyances et désinformation (notamment que le DIU serait interdit aux femmes nullipares). La HAS propose de développer une plateforme d'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives (rapport CAS 2011).
- Difficulté de positionnement des médecins généralistes dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence du gynécologue. La HAS rappelle que les questions de contraception sont de fait de plus en plus souvent traitées par les médecins généralistes du fait de l'évolution du système de soin et de la démographie médicale. A ce jour seulement 10% des DIU sont prescrits par le médecin généraliste.

La contraception définitive est quant à elle très efficace avec un indice de Pearl pratique à 0,15 pour la méthode masculine et 0,5 pour la méthode féminine¹⁰ mais c'est une contraception de deuxième intention.

En effet cette contraception met fin à l'accomplissement du projet parental qui ne connaît de norme ni en nombre d'enfants ni en âge de maternité ou paternité et peut évoluer dans le temps de façon imprévisible. Même s'il existe un score (score de Lérat) d'aide à la prise de décision d'une contraception définitive sans indication médicale majeure, seule la patiente ou seul le patient peut être à même de se positionner sur cette méthode contraceptive.

Cependant cette méthode, la plus fiable du marché derrière l'implant, doit être présentée aux patientes parmi les moyens de contraception possibles (rapport IGAS 2009, HAS). L'accès à cette pratique est un droit pour les hommes et les femmes adultes depuis la loi du 4 juillet 2001. Pourtant la stérilisation est pour l'instant peu utilisée en France et elle est essentiellement féminine : 3,9% des femmes et 0,3% des hommes optent pour cette solution⁷. Dans le monde la stérilisation féminine est au contraire la contraception la plus utilisée : près

de 30% des couples dans le monde ont recours à cette méthode (annexe 4). On peut faire le constat ici d'une forte marge de progression de la part des hommes dans leur place dans la contraception du couple.

Le préservatif est une contraception d'efficacité modérée avec un indice de Pearl pratique la première année à 21 pour le modèle féminin et 15 pour le modèle masculin¹⁰. Il faut souligner que l'indice de Pearl pratique pour une utilisation prolongée du préservatif masculin se bonifie pour atteindre 10, seulement 2 points de moins que la pilule contraceptive, et qu'il reste le seul rempart contre les infections sexuellement transmissibles. Malheureusement il n'est toujours pas remboursé mais disponible gratuitement en quantité contrôlée dans les CPEF.

Les autres méthodes disponibles sont :

Les autres méthodes barrières féminines : le diaphragme et la cape cervicale.

Les méthodes naturelles : la méthode Ogino, la méthode des températures, la méthode Billings, le coït interrompu et la méthode MAMA.

Le test d'ovulation.

La méthode thermique ou "slip chauffant : En plaquant les testicules de l'homme contre son corps 15 heures par jour, il y fait monter la température de 2°C et freine ainsi la production de spermatozoïdes. Moins mobiles et réduits à moins d'un million par millilitre de sperme (contre 15 à 60 millions en moyenne), ils sont alors trop peu nombreux pour féconder un ovule. Dès l'arrêt du port du "slip chauffant" la spermatogénèse reprend son cours. Les rares couples qui ont testé cette méthode, jusqu'à 4 ans, ont pu procréer dans les mois qui ont suivi. La contrainte de cette méthode pourrait être assimilée au port du soutien-gorge chez la femme. Malheureusement on ne connaît pas de façon précise l'efficacité de cette technique (indice de Pearl pratique).

Ces méthodes sont gratuites et disponibles sans ordonnances (sauf pour la méthode thermique) et dénuées d'effets secondaires. Malheureusement elles manquent d'efficacité avec un indice de Pearl pratique qui se situe entre 16 et 32 (annexe 2) à l'exception de la méthode MAMA dont l'indice de Pearl pratique est de 2 (4 fois plus efficace que la pilule).

Cette méthode ne peut avoir lieu qu'après l'accouchement et pour une durée maximale de 6 mois. Pour être efficace, elle nécessite que l'allaitement soit exclusif, à la demande, jour et

nuit et qu'il n'y ait pas de règles (ou retour de couches). Dans ce contexte la succion du sein par le nourrisson provoque sécrétion de prolactine chez la mère ce qui bloque l'ovulation.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'attitude des patientes face aux effets secondaires fréquents de la contraception hormonale. Nous nous sommes intéressés au taux de signalement et au taux de résignation des patientes.

Cette étude a permis de montrer que les patientes signalent peu les symptômes banals issus de l'utilisation de la contraception hormonale à leur médecin. Elles expliquent ce choix par le caractère peu gênant du symptôme ou bien son absence de dangerosité, le manque de temps ou encore le recours à l'automédication. Cependant ils constituent pour elles la principale source d'insatisfaction de leur contraception. Les autres raisons citées par les femmes qui veulent changer de contraception sont le caractère contraignant puis les oublis, l'efficacité et le coût.

La plupart des patientes insatisfaites changent de contraception mais d'autres patientes sont au contraire résignées à conserver une contraception qui ne leur convient plus, un choix guidé par la peur des effets secondaires mais aussi par l'idée qu'il n'existe pas de meilleure contraception pour elle. Pourtant quand ces patientes résignées se rendent chez leur médecin elles ressortent plutôt satisfaites des réponses qu'elles ont reçues. Cette satisfaction ne suffit donc pas à dissiper les craintes et désillusions qui les lient à une contraception qui ne leur convient plus.

La grande alternative thérapeutique à ce cortège de symptômes liés à la contraception hormonale est le DIU au cuivre. En effet c'est la seule contraception non hormonale de première intention et très efficace. Par ailleurs le DIU au cuivre est plutôt bien toléré et l'absence d'hormones répond à une demande des patientes d'une contraception plus naturelle. Malheureusement on a pu constater que les femmes semblent considérer à tort le DIU comme un deuxième choix réservé aux mères notamment après avoir fait l'expérience d'un échec dans leur parcours contraceptif (recours à la pilule du lendemain ou à l'IVG). Ce frein à l'utilisation du DIU a également été relevé du côté des soignants dans une autre étude suite d'une part à des croyances et d'autre part à un manque de formation technique. Le recours à cette méthode commence péniblement à se développer suite aux recommandations émises par

la HAS suite à la loi du 9 août 2004 autorisant son utilisation chez les femmes nullipares mais il n'est pas facile de sortir d'une certaine norme contraceptive. En effet on constate dans notre étude que les patientes qui se sentent bien informées sur les méthodes contraceptives ne font pas plus le choix du DIU qui pourtant peut constituer une alternative pour elles. Cependant on constate aussi que ces mêmes patientes signalent plus la présence d'effets secondaires et sont moins résignées à conserver une contraception qui ne leur convient pas ce qui souligne la nécessité de bien informer les patientes. La HAS propose de développer une plateforme d'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives.

Le DIU répond aussi à une possible ambivalence dans le désir de grossesse et le désir d'enfant des patientes, ambivalence qui peut influencer l'utilisation des méthodes contraceptives patientes-dépendantes, faisant notamment de la pilule contraceptive la contraception hormonale la moins efficace en pratique avec l'anneau vaginal et le patch contraceptif.

La stérilisation, encore peu utilisée, constitue elle aussi une alternative. Essentiellement féminine à ce jour, une plus grande utilisation de cette méthode au masculin pourrait être une occasion dans l'avenir de rétablir la parité homme-femme dans la contraception du couple.

La pilule contraceptive masculine, toujours en phase d'étude, constituerait quant à elle l'occasion de partager ce fardeau contraceptif plus équitablement entre hommes et femmes.

Dans ce contexte de iatrogénie silencieuse et de crainte des patientes de présenter un effet secondaire il apparaît nécessaire d'améliorer l'information délivrée aux patientes même quand elles en sont déjà satisfaites.

Cette information doit être claire et ne doit occulter aucune méthode contraceptive quels que soient l'âge et la parité des patientes afin de leur laisser le maximum de chances de rencontrer la contraception qui leur convient le mieux. Le choix de la contraception deviendrait alors plus serein et libre, et s'accompagnerait peut-être d'une baisse du taux d'IVG.

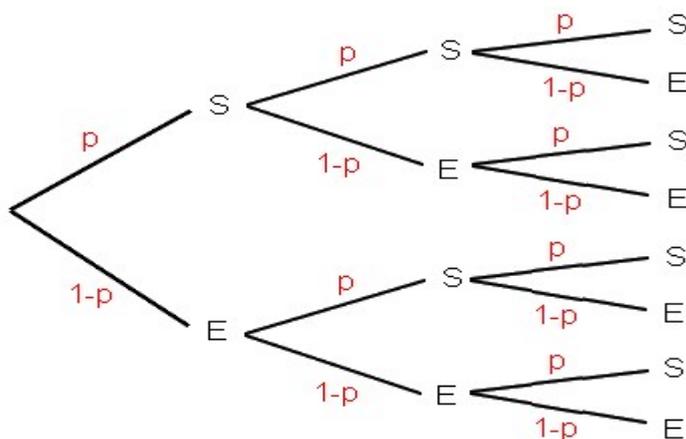
LEXIQUE

Alopécie : chute des cheveux ou des poils.

Arbre pondéré : c'est un arbre de choix dont chaque branche est associée à la probabilité de l'issue représentée. La somme des branches issues d'un point est toujours égale à 1 et la probabilité d'un évènement correspondant à un "chemin" est égale au produit des probabilités inscrites sur chaque branche.

Exemple d'arbre pondéré représentant les "chemins" possibles pour un évènement à issue binaire répété 3 fois :

Si n=3



Asthénie : fatigue.

Céphalée : douleur localisée dans la tête.

Compliance : adéquation entre la prescription établie par le médecin et l'utilisation faite par le patient.

Dysopie : trouble de la vision.

Iatrogène : se dit d'une manifestation pathologique due à un médicament.

Iatrogénie : manifestation pathologique due à un médicament.

Indice de Pearl : C'est un outil statistique utilisé dans les essais cliniques pour mesurer l'efficacité des méthodes de contraception. Il est calculé en divisant le nombre moyen de grossesses non planifiées par le nombre de mois d'utilisation d'une méthode de contraception particulière dont on veut mesurer l'efficacité et en multipliant le résultat par 1200. Cela correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an.

Innocuité : sans danger.

Intrinsèque : qui est inhérent indépendamment de tous les facteurs extérieurs.

Ménorragie : règles abondantes.

Parité : la parité est un concept lié au nombre deux que l'on retrouve dans plusieurs domaines.

En obstétrique il correspond au nombre d'enfants mis au monde par une femme.

Primum non nocere :

Traduction littérale : premièrement ne pas nuire.

Traduction sémantique : On doit être sûr de l'innocuité d'un soin ou d'un traitement avant de l'administrer à un malade pour tenter de le guérir.

Vidal : dictionnaire français rassemblant notamment les RCP des médicaments

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Santé et du Médicament

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMAU : Di-Meth-Androlone-Undecanoate

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité en Santé

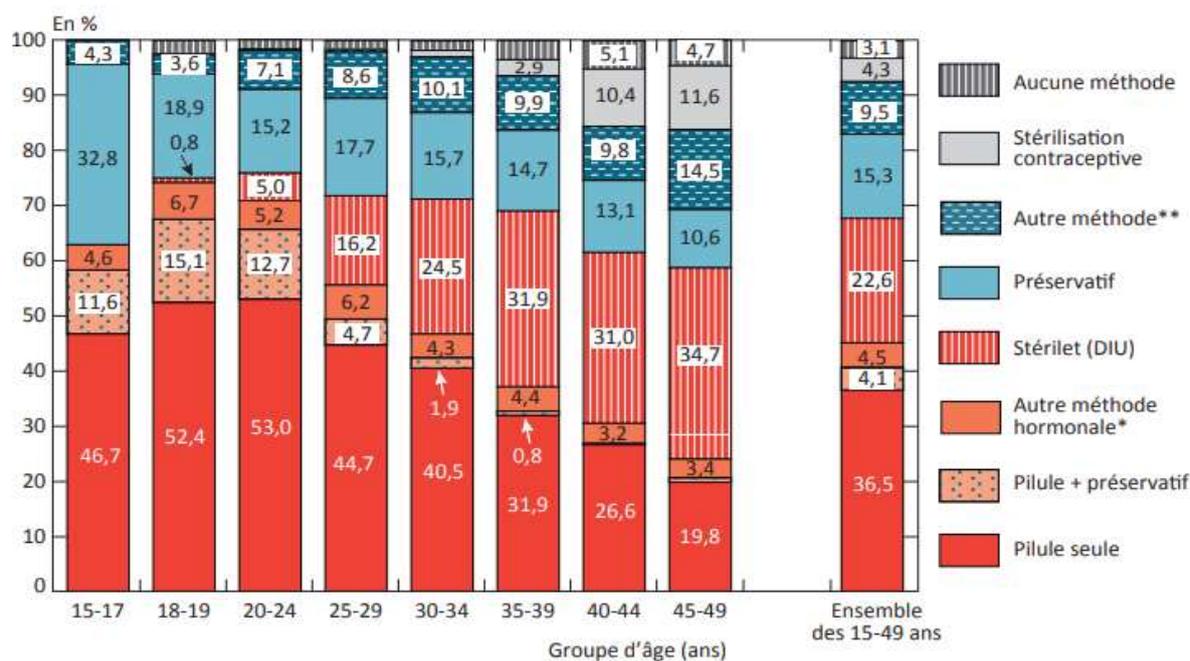
HTA : Hyper Tension Artérielle

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MCG : microgramme

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit. C'est un document approuvé dans le cadre de l'AMM de chaque médicament. Il est destiné aux professionnels de santé et fournit des informations plus précises que la notice du médicament notamment sur les effets indésirables, la pharmacodynamie...

ANNEXE 1 : méthodes de contraception utilisées en France⁵ :



Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

ANNEXE 2 : efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS ⁷

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

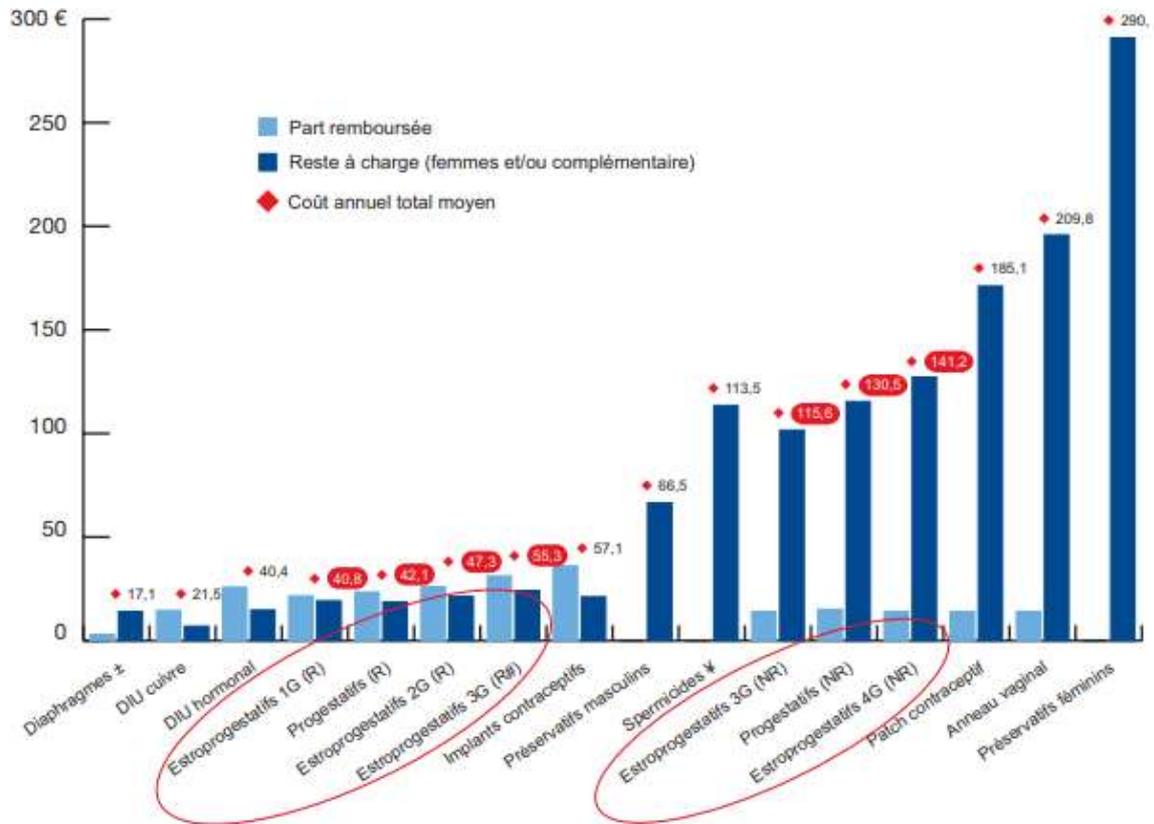
** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

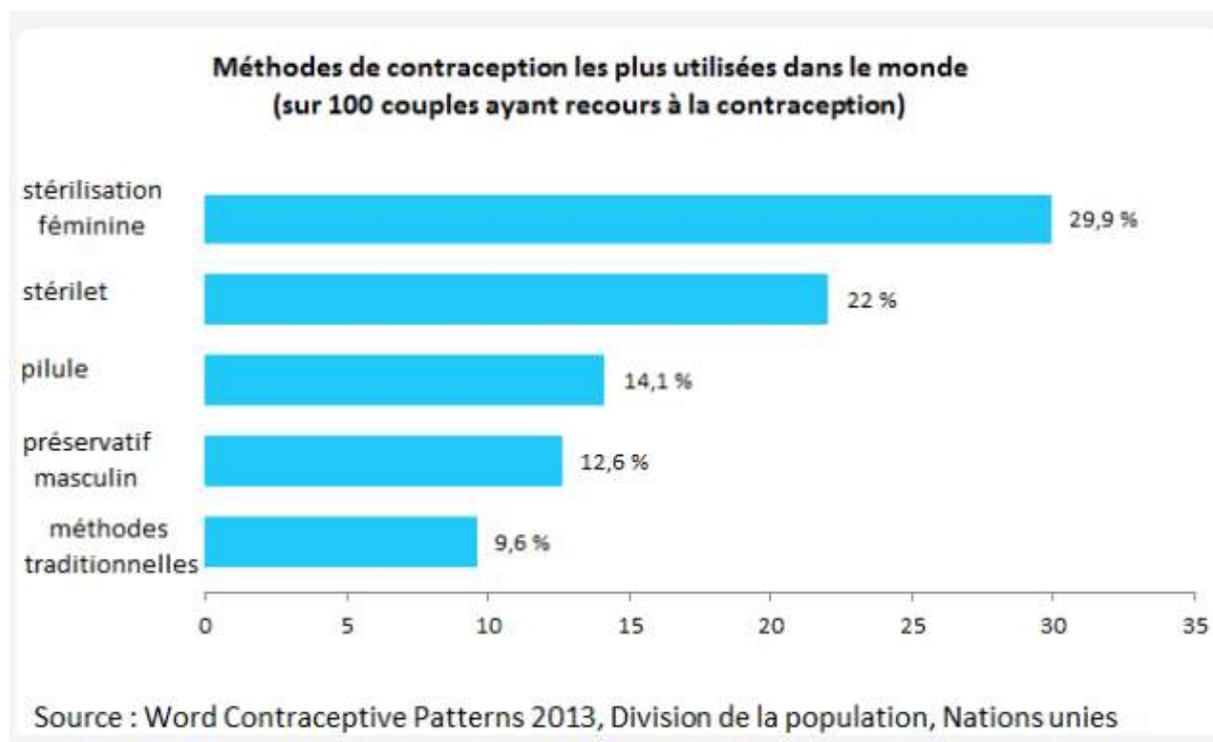
0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace



ANNEXE 3 : coût annuel total moyen, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives⁷



ANNEXE 4 : méthodes de contraceptions utilisées dans le monde¹³



BIBLIOGRAPHIE

1. FAO - Nouvelles: La faim dans le monde progresse de nouveau, mue par les conflits et le changement climatique, selon le dernier rapport des Nations Unies [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.fao.org/news/story/fr/item/1037322/icode/>
2. Obésité et surpoids. World Health Organization. 18 octobre 2017
3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau A. La crise de la pilule en France, vers un nouveau modèle contraceptif? population et société - bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques Numéro 511 mai 2014 ; 4 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur:
http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
4. Espérance de vie [Internet]. Ined. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
5. DIU chez les nullipares : avantages/risques [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/diu-chez-les-nullipares-avantagesrisques/>
6. Avortements [Internet]. Ined. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
7. Document de synthèse - Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. HAS. Avril 2013.
8. Les IVG en 2015 - DREES. Juin 2016 - n° 0968
9. Behmer Hansen RT, Arora KS. Consenting to invasive contraceptives: an ethical analysis of adolescent decision-making authority for long-acting reversible contraception. J Med Ethics. 14 juin 2018;
10. Document de synthèse - méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles - HAS. mars 2013, mise à jour novembre 2017 ; 55
11. Commission de la transparence - ELLAONE. HAS. avis 13/01/2010
12. Ayoub R, Page ST, Swerdloff RS, Liu PY, Amory JK, Leung A, Hull L et al. Comparison of the single dose pharmacokinetics, pharmacodynamics, and safety of two novel oral formulations of dimethandrolone undecanoate (DMAU) : ... Pubmed - NCBI [internet]. Mars 2017[cité le 26 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27907978>

13. La contraception dans le monde (2011) [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Aout 2014 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

