



**HAL**  
open science

# Avec ou sans règles ? : étude de la perception des menstruations et de son impact dans le choix d'une contraception

Léa Weber

## ► To cite this version:

Léa Weber. Avec ou sans règles ? : étude de la perception des menstruations et de son impact dans le choix d'une contraception. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246871

**HAL Id: dumas-03246871**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246871>**

Submitted on 2 Jun 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

# **THESE**

Pour Obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Léa WEBER**

Le 8 juin 2018

**AVEC OU SANS REGLES ?  
ETUDE DE LA PERCEPTION DES MENSTRUATIONS  
ET DE SON IMPACT DANS LE CHOIX D'UNE  
CONTRACEPTION**

Directeur de thèse : Dr MARIEN Guillaume

Jury

Président : Pr Bernard HEDON, PU-PH – gynécologie-obstétrique

Assesseurs : Dr Béatrice LOGNOS, MCU – Médecine Générale

Dr Elodie MILLION, MCA – Médecine Générale

Dr Guillaume MARIEN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

# **THESE**

Pour Obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Léa WEBER**

Le 8 juin 2018

**AVEC OU SANS REGLES ?  
ETUDE DE LA PERCEPTION DES MENSTRUATIONS  
ET DE SON IMPACT DANS LE CHOIX D'UNE  
CONTRACEPTION**

Directeur de thèse : Dr MARIEN Guillaume

Jury

Président : Pr Bernard HEDON, PU-PH – gynécologie-obstétrique

Assesseurs : Dr Béatrice LOGNOS, MCU – Médecine Générale

Dr Elodie MILLION, MCA – Médecine Générale

Dr Guillaume MARIEN

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves  
 ALRIC Robert  
 ARNAUD Bernard  
 ASTRUC Jacques  
 AUSSILLOUX Charles  
 AVEROUS Michel  
 AYRAL Guy  
 BAILLAT Xavier  
 BALDET Pierre  
 BALDY-MOULINIER Michel  
 BALMES Jean-Louis  
 BALMES Pierre  
 BANSARD Nicole  
 BAYLET René  
 BILLIARD Michel  
 BLARD Jean-Marie  
 BLAYAC Jean Pierre  
 BLOTMAN Francis  
 BONNEL François  
 BOUDET Charles  
 BOURGEOIS Jean-Marie  
 BRUEL Jean Michel  
 BUREAU Jean-Paul  
 BRUNEL Michel  
 CALLIS Albert  
 CANAUD Bernard  
 CASTELNAU Didier  
 CHAPTAL Paul-André  
 CIURANA Albert-Jean  
 CLOT Jacques  
 D'ATHIS Françoise  
 DEMAILLE Jacques  
 DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain  
 DU CAILAR Jacques  
 DUBOIS Jean Bernard  
 DUMAS Robert  
 DUMAZER Romain  
 ECHENNE Bernard  
 FABRE Serge  
 FREREBEAU Philippe  
 GALIFER René Benoît  
 GODLEWSKI Guilhem  
 GRASSET Daniel  
 GROLLEAU-RAOUX Robert  
 GUILHOU Jean-Jacques  
 HERTAULT Jean  
 HUMEAU Claude  
 JAFFIOL Claude  
 JANBON Charles  
 JANBON François  
 JARRY Daniel  
 JOYEUX Henri  
 LAFFARGUE François  
 LALLEMANT Jean Gabriel  
 LAMARQUE Jean-Louis  
 LAPEYRIE Henri  
 LESBROS Daniel  
 LOPEZ François Michel  
 LORIOT Jean  
 LOUBATIERES Marie Madeleine  
 MAGNAN DE BORNIER Bernard  
 MARY Henri  
 MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean  
 MICHEL François-Bernard  
 MICHEL Henri  
 MION Charles  
 MION Henri  
 MIRO Luis  
 NAVARRO Maurice  
 NAVRATIL Henri  
 OTHONIEL Jacques  
 PAGES Michel  
 PEGURET Claude  
 POUGET Régis  
 PUECH Paul  
 PUJOL Henri  
 PUJOL Rémy  
 RABISCHONG Pierre  
 RAMUZ Michel  
 RIEU Daniel  
 RIOUX Jean-Antoine  
 ROCHEFORT Henri  
 ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean  
 Pierre  
 SAINT AUBERT Bernard  
 SANCHO-GARNIER Hélène  
 SANY Jacques  
 SENAC Jean-Paul  
 SERRE Arlette  
 SIMON Lucien  
 SOLASSOL Claude  
 THEVENET André  
 VIDAL Jacques  
 VISIER Jean Pierre

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
 BLANC François  
 BOULENGER Jean-Philippe  
 BOURREL Gérard  
 BRINGER Jacques  
 CLAUSTRES Mireille  
 DAURES Jean-Pierre  
 DAUZAT Michel  
 DEDET Jean-Pierre  
 ELEDJAM Jean-Jacques  
 GUERRIER Bernard  
 JOURDAN Jacques  
 MAURY Michèle

MILLAT Bertrand  
 MARES Pierre  
 MONNIER Louis  
 PRAT Dominique  
 PRATLONG Francine  
 PREFAUT Christian  
 PUJOL Rémy  
 ROSSI Michel  
 SULTAN Charles  
 TOUCHON Jacques  
 VOISIN Michel  
 ZANCA Michel

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
 BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
 BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

#### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
 DROUPY Stéphane -Urologie  
 DUCROS Anne-Neurologie -  
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
 LABAUGE Pierre- Neurologie  
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
 LECLERCQ Florence-Cardiologie  
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
 MATECKI Stéfan -Physiologie  
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
 MORIN Denis-Pédiatrie  
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 TOUITOU Isabelle-Génétique  
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

#### **PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Eric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 CAPTIER Guillaume-Anatomie  
 CAYLA Guillaume-Cardiologie  
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
 DE VOS John-Cytologie et histologie  
 DORANDEU Anne-Médecine légale -  
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
 GENEVIEVE David-Génétique  
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
 HAYOT Maurice-Physiologie  
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 LUKAS Cédric-Rhumatologie  
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
 MORANNE Olivier-Néphrologie  
 MOREL Jacques -Rhumatologie  
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
 NOCCA David-Chirurgie digestive  
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 PRUDHOMME Michel-Anatomie  
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 RIVIER François-Pédiatrie  
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
 ROUBILLE François-Cardiologie  
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
 SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
 SULTAN Ariane-Nutrition  
 THOUVENOT Éric-Neurologie  
 THURET Rodolphe-Urologie  
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
 VILLAIN Max-Ophtalmologie  
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 VINCENT Thierry-Immunologie  
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

##### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

##### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

##### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

#### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - (Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

#### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

##### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIÈRE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

#### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

#### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques



LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

#### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## REMERCIEMENTS

---

*Aux membres du jury,*

Au Professeur Bernard Hedon,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma gratitude.

Au Docteur Béatrice Lognos,

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de faire parti du jury et de vous intéresser à ce travail de thèse.

Au Docteur Elodie Million,

Ce fut un réel plaisir de partager un semestre de mon internat avec toi. Ton travail méticuleux et ta relation sincère avec les patients sont un modèle pour moi. Merci pour tous nos échanges, j'ai énormément appris à tes côtés.

Je suis vraiment ravie de pouvoir te compter parmi les membres du jury.

Au Docteur Guillaume Marien,

C'est à tes côtés que j'ai fait mes « vrais » premiers pas dans le monde libéral : tu m'y as fait découvrir toute la richesse de la médecine générale. T'assister durant les consultations m'a donné l'envie profonde d'exercer ce métier et je ne t'en remercierai jamais assez.

Sans toi, je ne me serai jamais posé de question sur ce sujet « tabou » des règles. Je ne peux que te remercier d'avoir éveillé en moi une curiosité à ce sujet. Et merci de m'avoir fait l'immense joie d'accepter d'être mon directeur de thèse. J'espère avoir été à la hauteur.

*A tous les médecins que j'ai rencontré durant ma formation,*

Au Dr Hélène Donnadiou-Rigole, au Dr Ivan Bertchansky, au Dr Franck Crespin, au Dr Louisa Kherbaoui, au Dr Jean Richard, Au Dr Olivier Pouget, Au Docteur Edouard Ghanassia, ...

Merci pour votre partage et votre gentillesse. Etre à vos côtés m'a permis de me former le mieux possible. Un grand merci à vous tous.

*Et à toutes les équipes médicales et paramédicales, un grand merci.*

*A ma famille,*

Sam,

Tu es arrivé dans ma vie comme par enchantement... Je n'oublierai jamais notre stage de cardio où nos cœurs se sont mis à vibrer à l'unisson. Merci d'être mon pilier, mon soutien indéfectible au quotidien ; et surtout merci de me supporter ! Je suis si fière de ce que nous avons créé ensemble, et je me réjoui de tout ce que nous créerons encore ... Je t'aime.

Mes parents,

Maman, qu'est ce que je deviendrais sans toi ?! Ton soutien à toute épreuve m'a aidé à affronter tous les obstacles pour arriver jusqu'ici. Merci mille fois.

Papa, mon vœu le plus cher était de te rendre fier en choisissant de faire médecine. Tu es un vrai modèle pour moi.

Merci à vous deux d'avoir toujours été là pour moi, vous m'avez offert une enfance fantastique. Je vous aime.

A mes sœurs, Julie et Ellen,

Je suis heureuse de pouvoir compter sur vous deux à chaque instant. Merci pour votre enthousiasme sur ce sujet de thèse et de votre temps pour la relecture.

On fait vraiment une bonne équipe toutes les trois !

A mes grands-parents,

Un grand merci pour tous vos encouragements durant mes études médicales. Plus spécialement à mamie, toi qui a toujours cru en moi et qui n'a cessé de me répéter que je serai un excellent médecin.

*A mes amis de Médecine E,*

Rencontres coup de cœur lors de ce semestre d'été ; un vrai plaisir d'avoir partagé six mois d'internat avec vous : du soutien, mais surtout du partage dans la bonne humeur ! Je suis heureuse que nous ayons pu nouer des liens d'amitiés, qui, j'espère, perdureront encore très longtemps...!

# SOMMAIRE

---

LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
<b>PREFACE.....</b>	<b>15</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>A. Les Menstruations.....</b>	<b>16</b>
1. Définition.....	16
2. Représentation des menstruations.....	16
<i>a. Dans l'Histoire.....</i>	<i>16</i>
<i>b. De nos jours.....</i>	<i>17</i>
3. Vécu des menstruations.....	18
<b>B. La Contraception.....</b>	<b>19</b>
1. Paysage contraceptif en France.....	19
2. Méthodes contraceptives et effets sur les menstruations.....	20
<i>a. Méthodes œstroprogestatives.....</i>	<i>20</i>
<i>b. Méthodes progestatives.....</i>	<i>21</i>
<i>c. Dispositifs intra-utérins.....</i>	<i>22</i>
<i>d. Méthodes mécaniques.....</i>	<i>23</i>
<i>e. Méthodes naturelles.....</i>	<i>24</i>
<i>f. Contraception définitive.....</i>	<i>25</i>
3. Œstroprogestatifs en prise séquentielle versus prolongée / continue.....	25
<b>C. Objectif de l'étude.....</b>	<b>27</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>28</b>
<b>A. Caractéristiques de l'étude.....</b>	<b>28</b>
<b>B. Population.....</b>	<b>28</b>
<b>C. Recueil de données.....</b>	<b>28</b>
<b>D. Analyses.....</b>	<b>29</b>
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>30</b>
<b>A. Recueil.....</b>	<b>30</b>
<b>B. Données de l'échantillon.....</b>	<b>30</b>

1. Analyses générales.....	30
<i>a. Age</i> .....	30
<i>b. Antécédents gynéco-obstétriques</i> .....	30
<i>c. Contraception en cours</i> .....	31
<i>d. Contraception(s) antérieure(s)</i> .....	33
<i>e. Médecin(s) prescripteur(s)</i> .....	34
2. Etat des lieux des connaissances sur les œstroprogestatifs.....	35
<b>C. Souhait de menstruations : critère de choix d'une contraception ?.....</b>	<b>37</b>
1. Souhait de conserver des règles sous contraception ?.....	37
<i>a. Désir de conserver des règles</i> .....	38
<i>b. Pas de désir de conserver des règles</i> .....	38
2. Facteurs participants à ce souhait.....	39
3. Impact sur le choix de contraception.....	41
<b>D. Niveau de satisfaction et souhait de changer de contraception.....</b>	<b>42</b>
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
<b>A. Données sur la population étudiée.....</b>	<b>44</b>
1. Analyses générales.....	44
2. Etat des lieux des connaissances sur les œstroprogestatifs.....	45
<b>B. Souhait de menstruations : critère de choix d'une contraception ?.....</b>	<b>45</b>
1. Souhait de conserver des règles sous contraception ?.....	45
<i>a. Désir de conserver des règles</i> .....	46
<i>b. Pas de désir de conserver des règles</i> .....	47
2. Facteurs participants à ce souhait.....	48
3. Choix d'une méthode contraceptive.....	48
<b>C. Niveau de satisfaction et souhait de changer de contraception.....</b>	<b>50</b>
<b>D. Limites de l'étude.....</b>	<b>51</b>
<b>E. Vers un désir d'une aménorrhée induite sous contraceptif ?.....</b>	<b>52</b>
1. Point de vue des femmes.....	52
2. Acceptation par les médecins.....	53
3. Choix libre et éclairé d'une méthode contraceptive.....	54
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>

BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	61

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DOM : Département d'Outre-Mer

FDA : Food and Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

Ined : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund  
= Fonds des Nations unies pour l'enfance

## PREFACE

---

Maîtriser sa fécondité est une préoccupation majeure pour l'Homme ; cela quelle que soit l'époque ou la civilisation ; que ce soit dans un but démographique ou bien afin de pouvoir séparer plaisir sexuel et reproduction.

La contraception représente de ce fait un motif fréquent de consultation en médecine générale et constitue un enjeu de santé publique majeur.

Celle-ci a été légalisée en France par la loi Neuwirth en 1967 afin de contrôler la fertilité et ainsi éviter les grossesses non désirées.

La France, tout comme les autres pays de l'Union Européenne, a une prévalence contraceptive parmi les plus élevées au monde d'environ 75% selon *United Nations, World Contraceptive Use 2012*.

D'après *le baromètre santé de l'INPES*, en 2016, 71,9% des femmes en âge de procréer non enceintes et n'ayant pas un désir d'enfant utilisaient une contraception.

Malgré cet usage généralisé de la contraception, l'IVG reste une pratique fréquente. En effet, en 2015, le taux de recours était de 14,4 IVG pour 1000 femmes en France métropolitaine et de 26,5 dans les DOM : ce qui correspond à un indice conjoncturel de 0,54 IVG par femme ; chiffre stable depuis 2006. (1)

De nos jours, il existe une grande variété de méthodes contraceptives qui pour la plupart modifient le cycle naturel des menstruations, voire les arrêtent.

Or, dans la vie d'une femme, les menstruations sont un phénomène important, pas toujours vécu et ressenti de la même manière.

Les effets de la contraception sur ce mécanisme naturel peuvent ainsi fortement influencer le choix de la contraception.

Qu'en est-il réellement ?



# I. INTRODUCTION

---

## A. LES MENSTRUATIONS

### *1. Définition*

Les menstruations, couramment appelées « règles », correspondent à un saignement issu de la desquamation de la muqueuse utérine survenant en l'absence de fécondation. Ceci s'explique par une chute du taux d'hormones liée à la dégénérescence du corps jaune.

Ce phénomène naturel fait partie intégrante du cycle menstruel qui rythme la vie des femmes en âge de procréer.

Les règles apparaissent pour la première fois à la puberté, quand le système reproducteur de la jeune fille est mature, et perdurent jusqu'à la ménopause.

Elles durent en moyenne trois à cinq jours et surviennent tous les 28 jours environ.

Actuellement, une femme a des menstruations environ 450 fois au cours de sa vie. Mais cela ne fut pas toujours le cas. En effet, dans le monde moderne et industrialisé les femmes ont des ménarches précoces, une première grossesse tardive, peu de grossesses, et n'allaitent pas ou peu de temps, ce qui génère ce phénomène bien plus fréquemment que dans l'Histoire où l'on comptait environ 160 cycles par femmes. (2)

### *2. Représentation des menstruations*

#### *a. Dans l'Histoire (3)*

Aussi loin que l'on peut remonter dans l'Histoire, le phénomène des menstruations constituait un objet d'inquiétude et de crainte.

Dans les croyances populaires et superstitions, les menstruations étaient constamment dépréciées. On leur attribuait un caractère malfaisant et impur. A tel point que dans certaines sociétés on obligeait les femmes à s'isoler et à vivre recluses durant leurs périodes menstruelles. (4)

Ces préjugés populaires étaient même soutenus au sein du monde médical en l'absence de connaissance scientifique sur la physiologie de ce phénomène.

Au 1<sup>er</sup> siècle, Pline l'Ancien dans « *Naturalis Historia* » décrit les menstruations comme une substance malfaisante, toxique : « *difficilement trouvera-t-on rien qui soit aussi malfaisant que le sang menstruel (XXVIII, 23). Une femme qui a ses règles fait aigrir le vin doux par son approche, en les touchant frappe de stérilité les céréales, de mort les greffes, brûle les plants des jardins ; les fruits de l'arbre contre lequel elle s'est assise tombent ; son regard ternit le poli des miroirs, attaque l'acier et l'éclat de l'ivoire ; les abeilles meurent dans leurs ruches ; la rouille s'empare aussitôt de l'airain et du fer, et une odeur fétide s'en exhale; les chiens qui goûtent de ce sang deviennent enragés, et leur morsure inocule un poison que rien ne peut guérir.* » (5)

Jusqu'à la Renaissance, certains médecins affirmaient que le sang menstruel était un poison, le plus puissant existant. (6)

Cependant, quels que soient les méfaits dont les menstruations étaient accusées, la plupart des médecins les estimaient indispensables au bon fonctionnement des femmes. Cela était d'autant plus vrai qu'une femme sans menstruation était considérée comme incapable de concevoir.

Cette notion est notamment décrite par Hippocrate dans « *des maladies des femmes* » considérant qu'il était indispensable de saigner pour être en bonne santé car cela permettait d'évacuer les « *humeurs mauvaises* », qui, sinon, intoxiquaient l'organisme. (7)

Ceci fait d'ailleurs écho à la pratique des saignées qui avaient pour but de purifier le corps des substances toxiques à l'origine des maladies. (8)

### b. De nos jours

Ce n'est seulement que vers le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle que les avancées scientifiques ont permis une bonne compréhension de la physiologie reproductive de la femme, et ainsi donner un sens aux menstruations. (3)

Néanmoins, encore aujourd'hui, il persiste une connotation négative à ce phénomène naturel. En France comme en Espagne et en Italie, on leur attribue couramment le terme de « règles » ; quant aux pays anglophones, outre le terme usuel

« period », ils les désignent également par la métaphore « the curse ». Dans tous les cas cela évoque le caractère imposé et la fatalité du mécanisme. (4)

Actuellement, il existe une grande variabilité interindividuelle de la perception des menstruations, souvent liée à la culture, à l'éducation et à la religion.

Les menstruations sont ressenties de différentes manières selon les femmes : pour certaines il s'agit d'un « nettoyage » du corps, pour d'autres un moyen de confirmer l'absence de grossesse, d'éviter les rapports sexuels ou encore de prouver leur fertilité.(4,9)

Dans les religions monothéistes (juive, catholique et musulmane), la période de menstruation correspond à une période d'impureté où le sang représente le mal. Encore aujourd'hui, les femmes sont parfois interdites de prières ou d'entrée dans un lieu de culte durant la période des règles. (7)

En France d'après une étude épidémiologique de 1999, plus de deux tiers des femmes ont connaissance du mécanisme d'action des menstruations : « muqueuse utérine qui s'évacue », « saignement de l'utérus ».

Pour la majorité d'entre elles, avoir ses règles est un événement positif (« signe de féminité, signe de jeunesse », « c'est normal, c'est naturel, c'est le cycle de la vie ») ; tandis que cela s'avère « un fardeau » dans 24%, ou encore « ennuyeux ou dérangeant » pour 46% de françaises, mais celles-ci affirment qu'elles s'y sont habituées. (10)

### ***3. Vécu des menstruations***

Pour ce qui est du vécu des menstruations, il semble que ces saignements mensuels ont un impact non négligeable sur la qualité de vie. En effet, pour la plupart des femmes, ils s'accompagnent de symptômes physiques (douleurs abdominales, tension mammaire, céphalées,...) et/ou psychiques (irritabilité, baisse de la libido, anxiété, dépression, ...) pouvant fortement altérer leur quotidien. (11)

Parmi les conséquences indésirables, une étude transversale italienne de 2006, étudiant le retentissement des règles, a démontré que les règles dégradent principalement la vie sexuelle (75,6%) et l'activité physique (48,4%) des femmes. (9)

De même, dans une certaine mesure cela peut nuire à l'éducation des jeunes filles qui auront tendance à manquer l'école, suite au caractère invalidant du syndrome menstruel, ou encore en raison du sentiment de honte et de la crainte de tacher leurs vêtements ; comme c'est le cas en Inde d'après une étude du cabinet Nielsen. (12)

D'après l'UNICEF, une africaine sur 10 manque les cours durant les menstruations. (13,14)

A l'échelle mondiale, les jeunes filles ont tendance à s'absenter 10 à 20% du temps scolaire, soit 4 jours toutes les 4 semaines, principalement en raison d'une absence de structures sanitaires adaptées à une hygiène menstruelle. (15)

Cet absentéisme scolaire est également présent en Europe comme aux Etats-Unis principalement en raison du coût des produits hygiéniques, toujours soumis à une taxe élevée équivalente à celle des produits de luxe. (12)

## **B. LA CONTRACEPTION**

### ***1. Paysage contraceptif en France (16–18)***

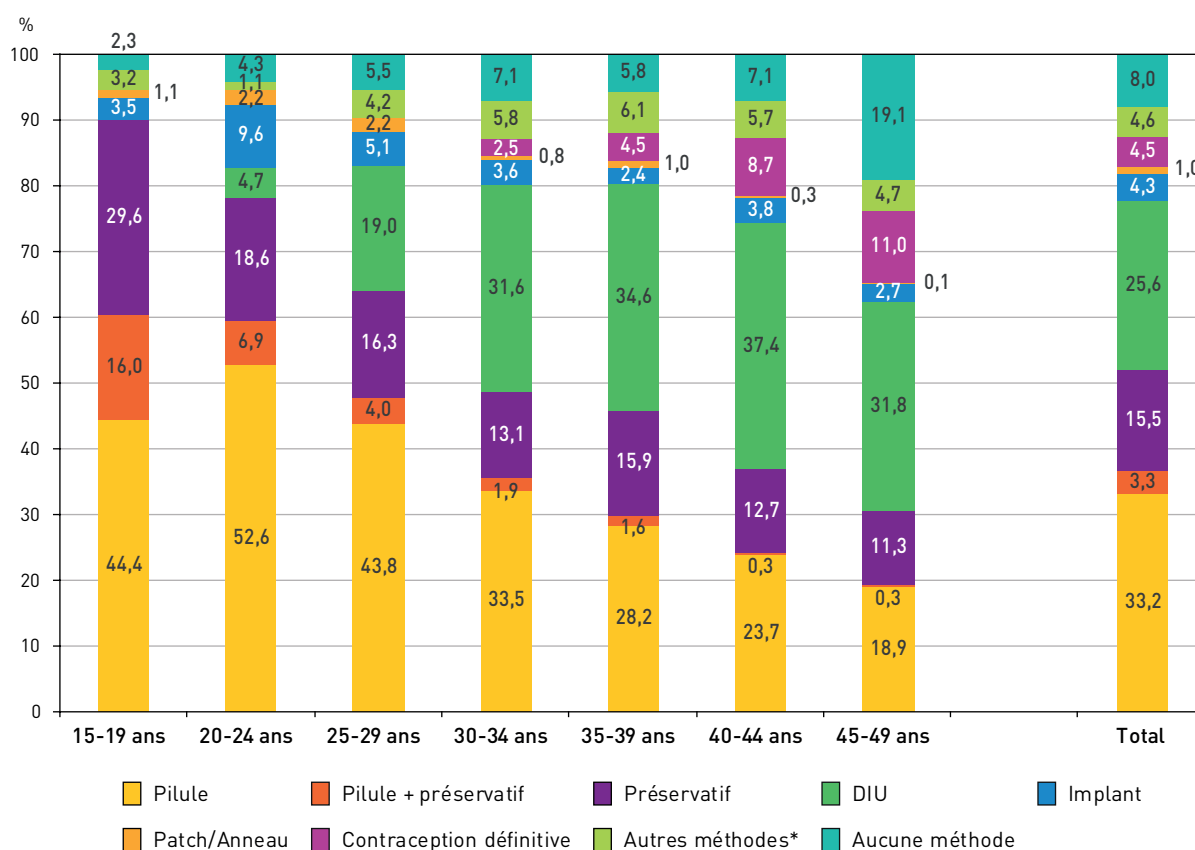
D'après le baromètre santé de 2016, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée à 36,5%, et ce malgré « la crise de la pilule » de 2012.

Cependant, cet événement a permis la progression significative d'autres contraceptions entre 2010 et 2016. D'abord, les DIU qui représentent la 2<sup>ème</sup> méthode contraceptive en France avec 25,6% d'utilisatrices, devenus la 1<sup>ère</sup> méthode utilisée après 35 ans. Ensuite parmi les autres méthodes hormonales, l'implant est le plus utilisé.

Le préservatif reste quant à lui l'une des méthodes les plus utilisées en début de vie sexuelle chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (29,6%), parfois en association avec la pilule.

A noter que les méthodes utilisées sont différentes en fonction de l'âge des femmes. (*Figure 1 & Annexe 1*)

*Figure 1. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge*



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

\* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

## **2. Méthodes contraceptives et effets sur les menstruations (19–21)**

Actuellement, les méthodes contraceptives sont nombreuses, qu'elles soient hormonales ou non. Cela offre aux femmes la possibilité d'un choix éclairé adapté à leur histoire médicale et à leurs désirs.

### **a. Méthodes œstroprogestatives**

Parmi les méthodes œstroprogestatives, il convient de citer en premier la forme orale, couramment appelée « la pilule ».

Il s'agit de pilules dites « combinées » qui contiennent un œstrogène, souvent l'éthinylœstradiol, associé à un progestatif qui définit la « génération » de la pilule. Il est recommandé en première intention d'utiliser des pilules de 2<sup>ème</sup> génération à base de levonorgestrel.

De manière générale, les pilules se présentent sous la forme de plaquettes: soit de 21 comprimés suivi d'une semaine d'arrêt ; ou bien de 28 comprimés avec selon les pilules entre 5 et 7 jours de placebo.

La pilule présente une très bonne efficacité théorique (indice de Pearl : 0,3 = 3 grossesses sur 1 année / 1000 femmes) qui est cependant amoindrie dans la pratique courante (indice de Pearl : 8) en raison d'oublis, d'effets indésirables (vomissements, diarrhées) ou des interactions médicamenteuses.

En plus de la forme orale, il existe deux autres méthodes œstroprogestatives. Celles-ci ne sont recommandées qu'en deuxième intention et ne sont pas remboursées. Elles semblent avoir une efficacité au moins similaire voire supérieure à une pilule ; malgré le peu de recherches effectuées sur le sujet.

Tout d'abord l'anneau (Nuvaring®), placé en intra-vaginal pour une durée de 3 semaines et efficace pendant 4 semaines.

Et le patch (Evra®), ayant une efficacité transdermique pour une durée de 7 jours et nécessitant un renouvellement hebdomadaire pendant 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt.

Dans tous les cas, le principal mécanisme d'action des œstroprogestatifs est de bloquer l'ovulation ; ce qui a pour conséquence de supprimer les menstruations. Les saignements observés lors des phases d'arrêt correspondent à des hémorragies de privation induites par la carence en hormones.

#### *b. Méthodes progestatives*

Une des méthodes progestatives fréquemment utilisée est l'implant contraceptif (Nexplanon®) disponible en France depuis 2001. Celui-ci est un réservoir d'hormones placé en sous cutanée dans le bras lors d'un geste médical, et ayant une durée d'efficacité de trois ans. L'implant est la contraception offrant la meilleure efficacité, autant en théorie qu'en pratique, avec seulement 5 grossesses dans l'année sur 10 000 femmes (indice de Pearl : 0,05).

Ensuite sur la même présentation orale que la pilule combinée, il existe la pilule microprogestative contenant uniquement un progestatif en très faible quantité. Celle-ci est à prendre en continu sans interruption 28 jours/28 et à heure fixe. Cette technique présente une très bonne efficacité théorique (indice de Pearl : 0,9) néanmoins inférieure en pratique du fait de la rigueur des prises quotidiennes (indice de Pearl : 3 à 10).

De façon beaucoup moins courante on peut réaliser des injections intramusculaires de médroxyprogestérone, un progestatif de synthèse, qui a une efficacité contraceptive pour une durée de 3 mois.

Ces méthodes contraceptives vont le plus souvent, parmi plusieurs modes d'action, supprimer l'ovulation, et induire ainsi une aménorrhée. Il n'est pas rare d'avoir également des troubles menstruels comme des spottings.

### *c. Dispositifs intra-utérins*

En raison d'une très bonne efficacité contraceptive, l'HAS recommande depuis 2004 l'utilisation des DIU en 1<sup>ère</sup> intention y compris chez les femmes nulligestes. Néanmoins, encore aujourd'hui, celle-ci reste malgré tout majoritairement utilisée chez des femmes ayant déjà des enfants ou âgées de plus de 30 ans.

La pose d'un stérilet nécessite un examen gynécologique avec hystérométrie pour être placé dans la cavité. Il convient d'être vigilant sur le potentiel risque infectieux dans les 3 semaines qui suivent le geste.

Il existe deux types de DIU : au cuivre et au lévonorgestrel, ayant chacun une excellente efficacité autant théorique qu'en pratique (respectivement indice de Pearl : 0,6-0,8 et 0,2). Pour chacun on trouve des formes 'standard' ou 'short', ces dernières étant adaptées aux nullipares – nulligestes.

Le DIU au cuivre a une action purement mécanique en bloquant les spermatozoïdes et en induisant une inflammation locale empêchant l'implantation de l'œuf fécondé. Selon les modèles il est efficace entre 5 et 10 ans. Malgré l'absence

d'hormones, le cuivre a tendance à perturber le cycle menstruel avec des ménorragies voire des dysménorrhées plus importantes.

Le DIU au lévonorgestrel (Mirena® ou Jaydess®) a une double action : mécanique de part sa localisation en limitant l'épaississement de l'endomètre ; et hormonale par la progestérone qui modifie la glaire et bloque l'ovulation. Ce deuxième mécanisme va, comme pour les autres contraceptions progestatives, modifier voire supprimer les menstruations.

#### *d. Méthodes mécaniques*

Il convient de citer en premier lieu celui qui s'avère être un des plus anciens moyens de contraception et qui est toujours autant d'actualité : le préservatif.

Il existe le préservatif masculin, le plus connu, et également un préservatif féminin, bien que totalement tombé en désuétude. Ce sont les seuls contraceptifs permettant de prévenir les infections sexuellement transmissibles, à l'exception de l'HPV.

Une autre méthode est le diaphragme ou la cape cervicale. Il s'agit d'un objet en silicone qui se place au fond du vagin, en regard du col utérin, avant tout rapport sexuel. Ils doivent être laissés en place au moins 8h après le rapport.

Une utilisation concomitante de spermicides est nécessaire afin d'augmenter leur efficacité. Ceux-ci existent sous forme de gel ou d'ovule et présentent un risque d'échec important lorsqu'ils sont utilisés seuls. Ils ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie.

Toutes ces méthodes « barrières » ont pour mécanisme de bloquer les spermatozoïdes et ainsi empêcher une fécondation. Il n'y a pas d'action hormonale et donc aucune conséquence sur le cycle menstruel.

Malgré une efficacité théorique relative (indice de Pearl théorique : 2-6), l'efficacité contraceptive est néanmoins plus faible en pratique en raison des contraintes de manipulation avant chaque rapport sexuel (indice de Pearl pratique : 15-21). Il est préférable de les associer à une autre contraception comme la pilule ou le stérilet.



e. Méthodes naturelles (22)

Les méthodes naturelles constituent les plus anciennes méthodes contraceptives. Comme leur nom l'indique, elles ne présentent aucune action hormonale et n'ont donc aucun effet sur les menstruations.

Elles sont souvent basées sur le repérage de la période d'ovulation. Cependant elles sont peu fiables, et nécessitent une bonne connaissance des femmes sur la méthode elle-même, ainsi que sur leur cycle qui doit être le plus régulier possible.

Parmi celles-ci, on peut citer la méthode d'abstinence périodique qui consiste à arrêter les rapports sexuels durant la période d'ovulation. Les docteurs Ogino, en 1924, et Knaus, en 1928, ont été les premiers à définir cette période fertile en fonction du cycle menstruel.

Ensuite, il existe la méthode des températures. Celle-ci permet de situer la période d'ovulation initiée par une chute de température suivi d'une ré-ascension à  $> 37^{\circ}\text{C}$  avec une phase de plateau durant quelques jours. Néanmoins elle s'avère d'une efficacité bien relative notamment en raison de variations inopinées de la température, comme en cas d'infections.

Dans le même esprit, la symptothermie utilise également le principe d'auto-observation de la température en y associant d'autres signes corporels : la modification de la glaire cervicale ainsi que du col utérin.

La méthode du retrait consiste à arrêter l'acte sexuel avant l'éjaculation. Cependant devant la présence de spermatozoïdes dans le liquide pré-séminal et du fait d'une grande difficulté à contrôler l'éjaculation, ce moyen présente un taux d'échec important.

Enfin, l'allaitement est une méthode contraceptive relativement efficace mais sous certaines conditions. En effet, la méthode MAMA nécessite un allaitement maternel exclusif, avec un nombre de tétées suffisantes sans intervalle de plus de 6h, et une absence du retour de couche qui marquerait la reprise de l'ovulation.

### *f. Contraception définitive*

En dernier recours, lorsqu'il n'y a plus de désir d'enfants, il est possible de réaliser une stérilisation à visée contraceptive. Cela permet d'obtenir une contraception dite « définitive » quoique parfois non fiable à 100%.

Elle nécessite obligatoirement un choix éclairé avec un délai de réflexion de 4 mois.

Chez l'homme, il s'agit d'une vasectomie. Cela consiste à ligaturer les canaux déférents afin d'obtenir un éjaculat privé de spermatozoïdes. Il faut attendre un délai d'environ 3 mois après le geste chirurgical pour obtenir une efficacité contraceptive.

Chez la femme, il s'agit d'une ligature des trompes qui, comme son nom l'indique, consiste à fermer les trompes afin d'empêcher une fécondation et de bloquer le passage de l'ovule dans l'utérus. En l'absence d'action sur l'ovulation, cette méthode n'a aucune répercussion sur les menstruations.

### ***3. Œstroprogestatifs en prise séquentielle versus prolongée / continue***

Dans les années 2000, la FDA a autorisé aux Etats-Unis de nouvelles pilules combinées : Seasonale® en 2003 puis Seasonique® en 2006. Celles-ci ont la particularité d'être sous un format prolongé de 84 jours, puis 7 jours d'arrêt avec la première ou 7 jours de comprimés minidosés pour la seconde.

En France, il faut attendre 2015 pour une commercialisation de Seasonique® ; unique contraceptif prévu pour une prise en continu pendant 91 jours. Celle-ci bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) mais n'est cependant pas remboursée.

Cette pilule associe durant 84 jours 30µg d'éthinylestradiol à 150µg de lévonorgestrel, suivi d'une semaine de comprimé minidosé à 10µg d'éthinylestradiol. Cela permet de limiter les hémorragies de privation à 4 cycles par an au lieu de 13 avec une pilule classique.

Son AMM se réfère à une étude américaine datant de 2006 démontrant que Seasonique® a une très bonne efficacité contraceptive (indice de Pearl =0,78), sans majoration significative des effets indésirables comparée aux autres contraceptions

hormonales. Cependant, en raison d'événements indésirables graves survenus chez 4 patientes (céphalée, lithiase biliaire seule ou compliquée de pancréatite ou cholécystite), cette pilule bénéficie encore en Europe d'une surveillance accrue afin de pouvoir confirmer sa sécurité d'utilisation. (23,24).

Depuis plusieurs années avec l'émergence de nouvelles pilules et de nouveaux rythmes de prise, on s'interroge sur l'intérêt d'une prise prolongée ou continue d'hormones combinées par rapport au cycle traditionnel de 28 jours.

Une revue de littérature publiée en 2014, synthétise 12 études randomisées ayant comparées une prise prolongée / continue versus une prise séquentielle d'hormones combinées. Cette dernière, plus traditionnellement utilisée, fait office de groupe contrôle avec un cycle de 28 jours dont 7 jours d'arrêt ou de placebo. Parmi les études, certaines ont travaillé sur une méthode hormonale alternative de la pilule comme le patch ou l'anneau vaginal. Cet article permet de conclure qu'il n'y a aucune différence significative en terme d'efficacité contraceptive et de sécurité d'utilisation entre les protocoles. De même, on constate une similitude en terme d'observance de prise et probablement aussi en terme de satisfaction. En ce qui concerne les événements indésirables graves associés au traitement (thrombophlébite, embolie pulmonaire,...), il n'existe pas de différence significative entre les protocoles pour la quasi-totalité des études ; soit 10 sur 12. Les deux articles restants retrouvent pour chacun trois cas de complications (embolie pulmonaire, cholécystite, dépression) mais à chaque fois chez des patientes ayant des facteurs de risque, et cela indépendamment du type de régime appliqué. Concernant l'effet indésirable majeur, à savoir les saignements intempestifs, il semble ne pas y avoir de différence, si ce n'est au contraire une amélioration dans les cycles prolongés / continus au fil du temps. De plus, on note un bénéfice significatif d'un cycle prolongé concernant les symptômes menstruels (céphalées, asthénie, ballonnements, irritations génitales, et douleurs menstruelles). Enfin, il est important de signaler que 4 études ont démontré qu'un allongement de la prise d'hormones n'a aucune conséquence durable sur le tissu endométrial dont l'atrophie se corrige rapidement après l'arrêt des hormones. (25)

### **C. OBJECTIF DE L'ETUDE**

L'objectif de cette étude est de chercher à savoir si conserver les menstruations constitue un critère de choix pour les femmes au moment d'opter pour une méthode contraceptive plutôt qu'une autre.

Pour ce faire, je me suis appliquée à connaître la perception des menstruations propre à chaque patiente, ainsi qu'à faire un état des lieux sur leurs connaissances pouvant influencer ce choix.

## **II. MATERIELS ET METHODES**

---

### **A. Caractéristiques de l'étude**

Il s'agit d'une étude socio-épidémiologique observationnelle étudiant le comportement des patientes quant aux menstruations et à leur contraception.

Celle-ci s'est déroulée entre novembre 2017 et mars 2018 par la diffusion de questionnaires dans trois cabinets libéraux : deux de médecine générale et un cabinet de gynécologie-obstétrique ; tous situés à Montpellier et les alentours.

### **B. Population**

Toute femme majeure en âge de procréer a pu participer à cette étude. Etaient ciblées préférentiellement les patientes consultant pour un motif d'ordre gynécologique.

Les femmes enceintes pouvaient également y contribuer en se basant sur leur contraception antérieure afin de répondre au questionnaire.

Ont été exclues :

- les patientes mineures
- les patientes ménopausées
- les patientes ayant subi une hystérectomie
- les patientes ayant une contre-indication médicale à un traitement hormonal (exemple : AVC, épilepsie,...)

### **C. Recueil de données**

Un auto-questionnaire anonyme (*Annexe 2*) a été laissé à la disposition des patientes dans les salles d'attente des trois cabinets. Une fiche informative (*Annexe 3*) expliquait aux patientes les raisons du recueil et les critères d'inclusion.

Lors des consultations à motif gynécologique, le médecin, ou moi-même lorsque j'étais présente, pouvait directement proposer à la patiente d'y répondre en présentant les raisons du recueil.

Le questionnaire a permis le recueil de plusieurs données :

- Des données d'ordre général concernant les patientes et leurs antécédents: âge, parité, recours à l'IVG
- Des informations sur leur contraception : celle(s) antérieure(s), celle en cours, le(s) médecin(s) prescripteur(s) et leur niveau de satisfaction
- Leur souhait d'avoir des règles, ou non, selon leur perception de celles-ci. Les différents items de perception ayant été défini selon l'étude française précédemment citée. (10) Parmi les items en faveur des règles j'ai soumis les notions de « naturel » et « rassurant », l'envie de limiter l'exposition aux hormones et un choix autre. Concernant les perceptions négatives des menstruations étaient proposés la limitation des symptômes menstruels, l'intolérance des produits hygiéniques, l'existence de carence en fer, l'absence de préférence ou un choix autre.
- Des questions permettant un état des lieux sur les connaissances des patientes concernant les méthodes œstroprogestatives : notion de « fausses règles », et de la possibilité d'une prise en continu
- Et enfin, une évaluation de leur comportement possible dans le choix de modifier ou non leur contraception selon les informations données, et ce dans le but de supprimer ou non les règles.

J'ai conçu ce questionnaire de telle sorte que, par l'intermédiaire de notes informatives, il rappelle ou renseigne les patientes du caractère induit des saignements sous œstroprogestatifs et de la possibilité d'une prise continue de cette méthode.

#### **D. Analyses**

Les questionnaires remplis, éligibles et complets ont été intégrés dans un tableur Excel 2010.

Des analyses statistiques en sous-groupes, ont été réalisées sur Excel selon le test du  $\chi^2$ . Le taux de significativité était défini selon un risque  $\alpha$  de 5%.

### III. RESULTATS

---

#### A. Recueil

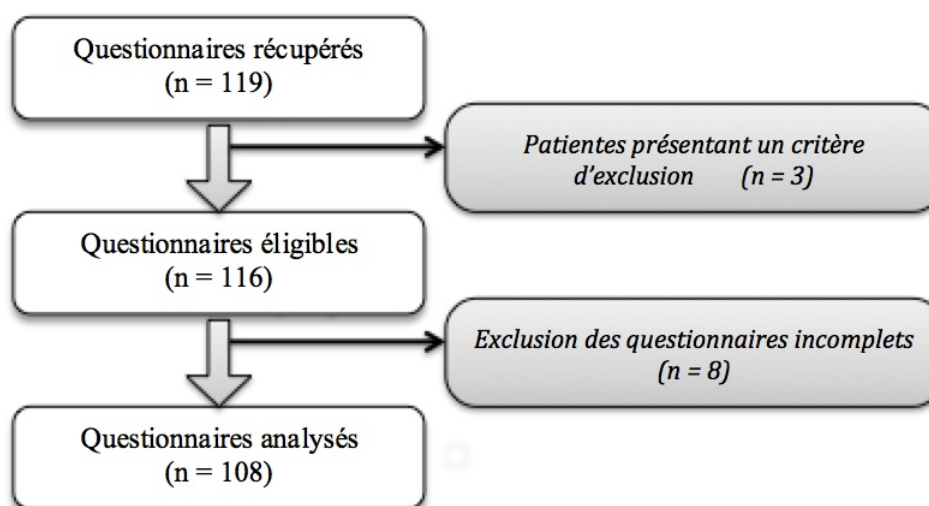
Durant les 5 mois de recueil, 119 questionnaires ont été réunis : 82 dans les deux cabinets de médecine générale, et 37 dans le cabinet de gynécologie-obstétrique.

Après vérification de ceux-ci, 3 ont été retirés de l'étude en raison de la présence de critères d'exclusion. En effet, une patiente avait subi une hystérectomie, une était ménopausée, et la dernière avait des antécédents cardiovasculaires (AVC) contre-indiquant les contraceptions hormonales.

Parmi les 116 questionnaires restants, 8 ont été écartés faute d'être complètement remplis par les patientes.

Au final, l'étude a porté sur 108 questionnaires éligibles et complets. (**Figure 2**)

*Figure 2. Flow chart*



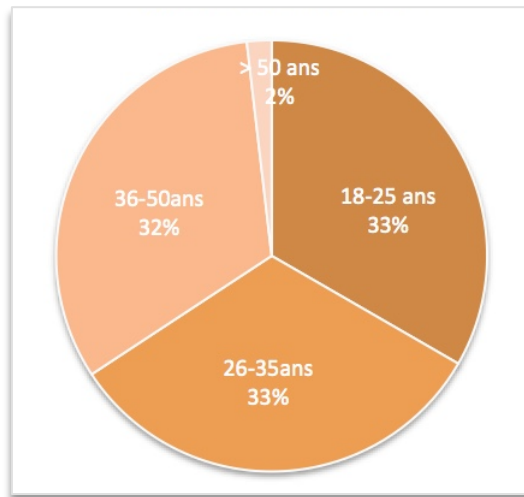
#### B. Analyse de l'échantillon

##### 1. *Données générales*

###### a. *Âge*

Dans l'étude, je retrouve une répartition à peu près homogène des patientes selon les différentes tranches d'âge, d'environ 33% ; à l'exception du groupe de patientes âgées de plus de 50 ans, minoritaires avec seulement 2% des effectifs. (**Figure 3**)

*Figure 3. Âge des patientes*

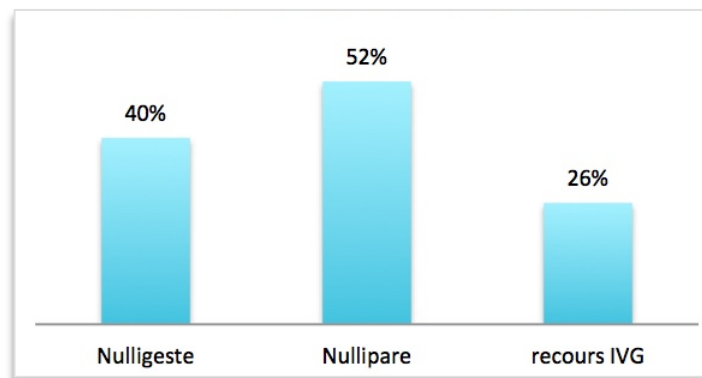


*b. Antécédents gynéco-obstétriques*

Parmi les patientes ayant répondu au questionnaire, 40% ne sont jamais tombée enceinte et 52% n'ont pas d'enfant. Pourcentages plus élevés pour la tranche 18 – 25 ans avec 92% de nulligestes et 100% de nullipares.

Le taux de recours à l'IVG dans cette étude est de 26% ; soit une femme sur 4 environ déclare avoir eu au moins une IVG. (*Figure 4*)

*Figure 4. Antécédents gynéco-obstétriques*



*c. Contraception en cours*

Dans cette étude, les méthodes contraceptives utilisées sont variées.

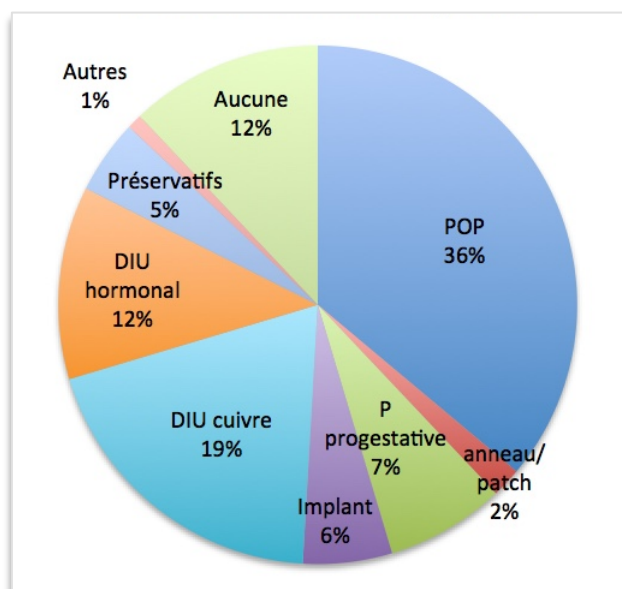
Deux méthodes prédominent et représentent plus de la moitié des patientes : les pilules œstroprogestatives avec 36% des femmes, et les DIU avec 31% (respectivement 19% pour le DIU au cuivre et 12% pour le DIU hormonal).



Au second plan, je retrouve les pilules progestatives, l'implant et les préservatifs avec des chiffres relativement proches (respectivement 7%, 6% et 5%).

A noter, 12% des femmes déclarent ne pas avoir de contraception au moment de remplir le questionnaire ; une seule patiente dit utiliser la méthode du retrait. (**Figure 5**)

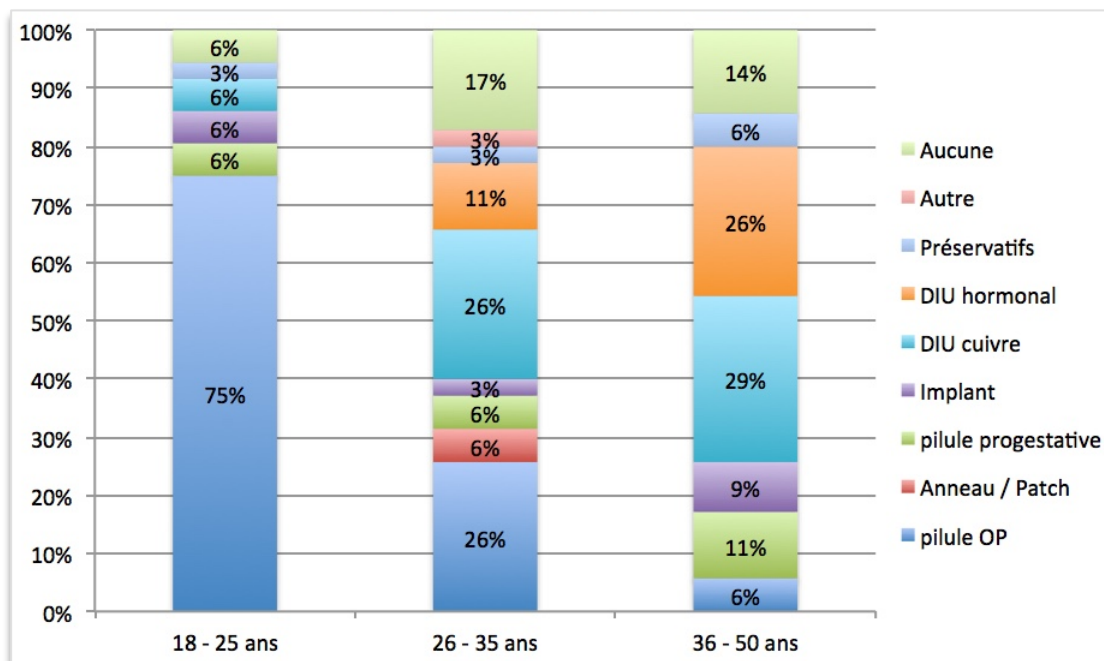
*Figure 5. Méthodes contraceptives utilisées*



En comparant les méthodes contraceptives utilisées selon l'âge des femmes, je peux constater que celles âgées de moins de 26 ans ont majoritairement opté pour la pilule oestroprogestative à 75%. Ce pourcentage diminue avec l'avancée en âge : 26% parmi les 26-35 ans et seulement 6% entre 36 et 50 ans.

A l'inverse, celles de plus de 35 ans ont plutôt choisi un DIU à 55% (29% au cuivre, et 26% hormonal), contre 37% chez les 26-35 ans et uniquement 6% des 18-25 ans. (**Figure 6**)

*Figure 6. Répartition des méthodes contraceptives selon l'âge*

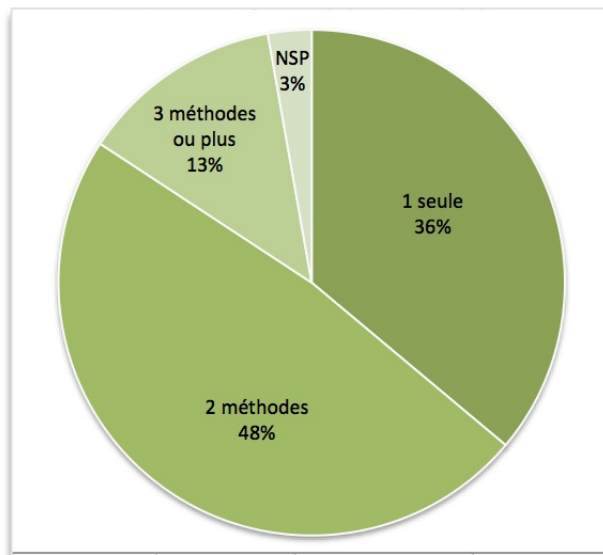


*d. Contraception(s) antérieure(s)*

La plupart des femmes de l'étude ont eu recours à une autre méthode contraceptive (48%), ou même d'avantage (13%), avant de choisir celle qui leur convenait le mieux ; tandis que 36% d'entre elles ont adopté la première méthode testée. (*Figure 7*)

Parmi les raisons exprimées par les patientes ayant changé de contraception, je retrouve très souvent la notion d'intolérance hormonale (céphalées, baisse de libido, prise de poids, trouble de l'humeur,...), le caractère contraignant de la prise ou un problème d'oublis, surtout pour les pilules, ainsi que des soucis de saignements intempestifs. Certaines femmes mentionnent également le désir d'un retour vers une méthode plus naturelle.

*Figure 7. Nombre de méthodes contraceptives testées*

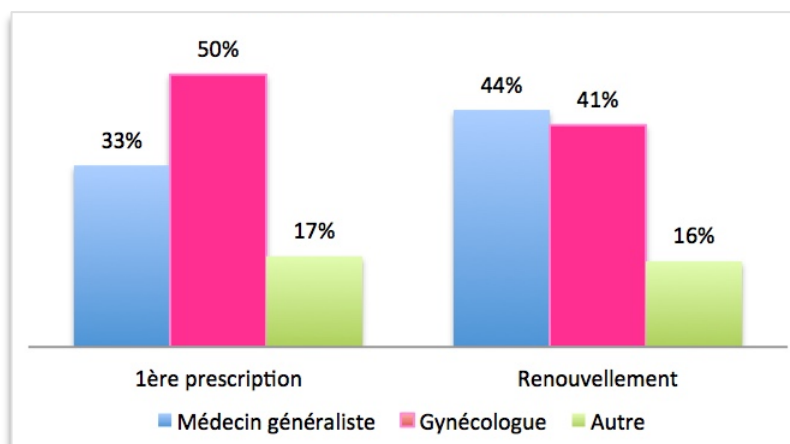


*e. Médecin prescripteur*

Dans cette étude, la première prescription de contraception est la plus souvent réalisée par un gynécologue (50%), suivie de près par les médecins généralistes (33%). Pour ce qui est du renouvellement, les médecins généralistes sont d'avantage impliqués, au même niveau que les gynécologues. (**Figure 8**)

La catégorie « autre », prend en compte les femmes sans contraception ainsi que celles utilisant des préservatifs disponibles en libre accès. A noter qu'une femme a répondu que sa pilule a été initialement prescrite par une dermatologue.

*Figure 8. Médecins prescripteurs d'une 1<sup>ère</sup> contraception ou du renouvellement*



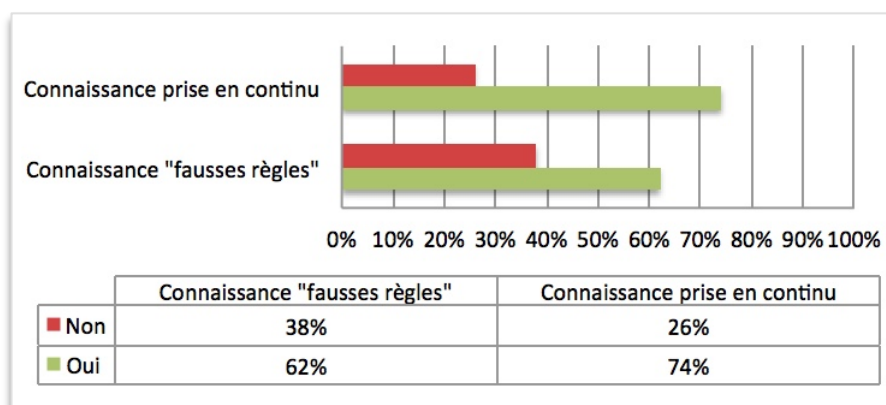
## 2. Etat des lieux des connaissances sur les œstrogestatifs

J'ai cherché avec cette étude à savoir si les femmes ont une bonne connaissance de certains effets des contraceptions hormonales combinant des œstrogènes et de la progestérone sur le phénomène des menstruations. (**Figure 9**)

D'après les résultats obtenus, la notion d'hémorragie de privation, autrement dit les « fausses règles » sous contraception, est relativement bien connue avec 62% de patientes informées.

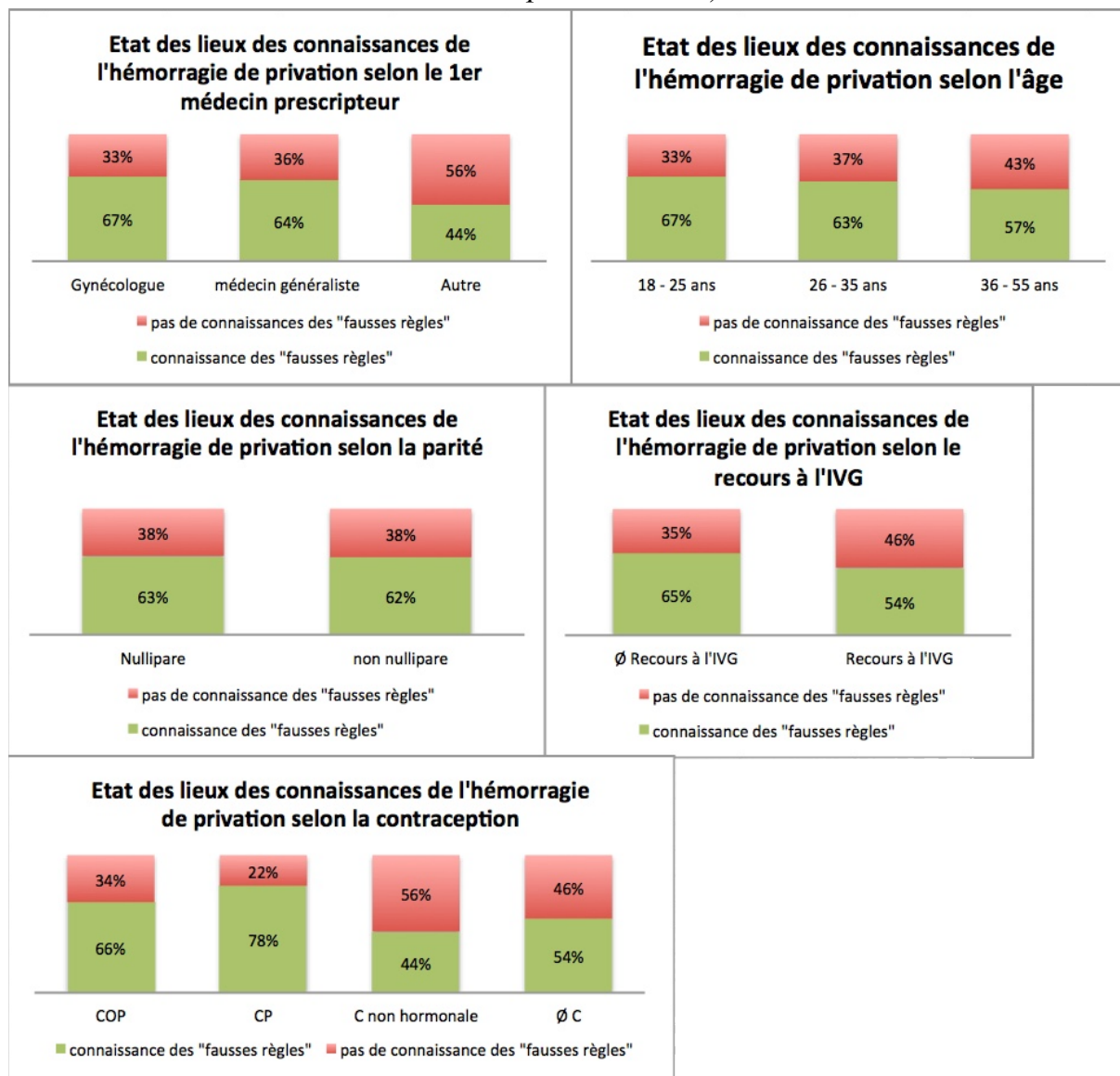
Pour ce qui est de la possibilité d'une prise en continu, cette information semble acquise par une grande majorité de patientes avec 74%.

*Figure 9. Etat des lieux des connaissances au sujet des contraceptions œstrogestatives : hémorragie de privation et possibilité d'une prise en continu*

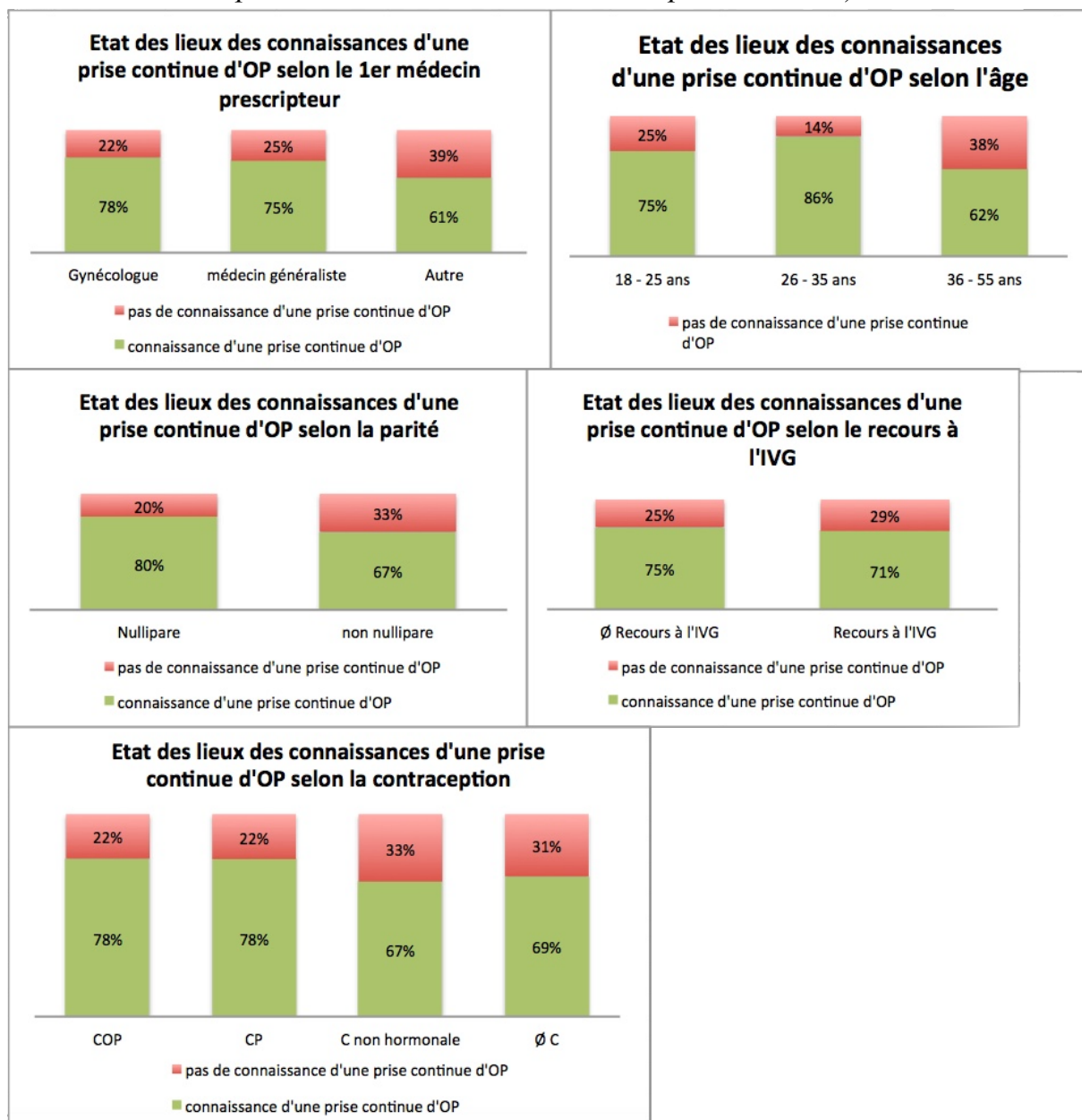


Après des analyses en sous-groupes, il semble que ces connaissances soient indépendantes des médecins prescripteurs ( $p=0,3$ ), de l'âge (respectivement  $p=0,68$  et  $p=0,07$ ), de la parité (respectivement  $p=0,92$  et  $p=0,12$ ), du recours à l'IVG (respectivement  $p=0,28$  et  $p=0,71$ ), ainsi que de la méthode contraceptive utilisée (respectivement  $p=0,07$  et  $p=0,7$ ). (**Figures 10 & 11**)

Figure 10. Etat des lieux des connaissances de l'hémorragie de privation selon différents facteurs (médecins prescripteurs, âge de la patiente, parité, recours à l'IVG et contraception en cours)



*Figure 11. Etat des lieux des connaissances de la possibilité d'une prise continue des œstrogéstatifs selon différents facteurs (médecins prescripteurs, âge de la patiente, parité, recours à l'IVG et contraception en cours)*



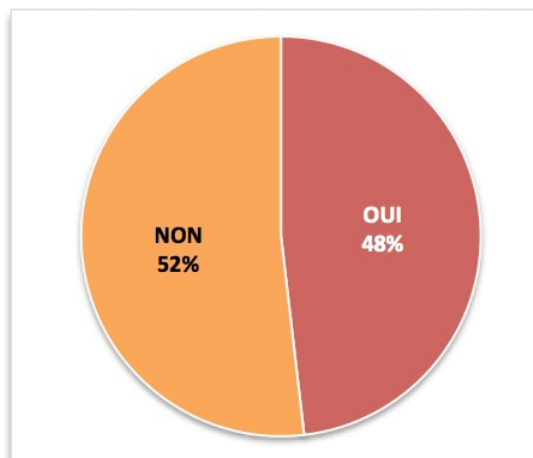
## **C. Souhait de menstruations : critère de choix d'une contraception ?**

### ***1. Souhait de conserver des règles sous contraception ?***

Cette étude montre que pour 48% des patientes, soit quasiment la majorité, conserver des règles est un critère lors du choix d'une méthode contraceptive par rapport à une autre.

Il y a donc 52% des patientes qui sélectionnent leur méthode contraceptive indépendamment de l'effet sur les menstruations. (*Figure 12*)

*Figure 12. Souhait de conserver des menstruations sous contraception*

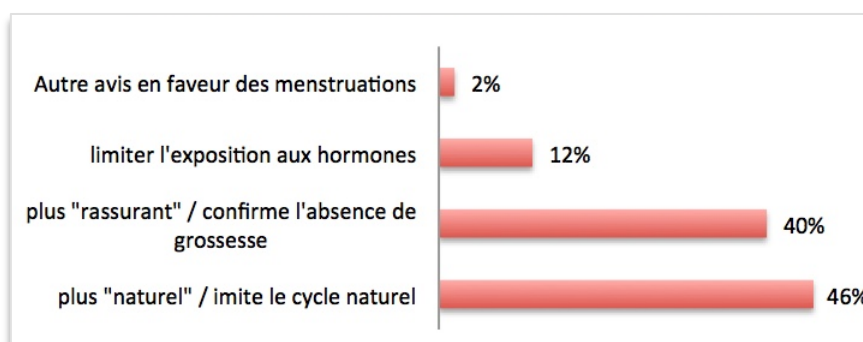


*a. Désir de conserver des règles*

Parmi celles souhaitant conserver leurs règles, deux perceptions prédominent : le caractère « naturel » du phénomène, spontané ou obtenu par imitation du cycle sous hormones, cité à 46%; ainsi que le caractère « rassurant » qui consiste à s'assurer de l'absence de grossesse pour 40% d'entre elles.

Dans 12% des cas, les patientes ont exprimé l'intérêt de limiter l'exposition aux hormones. (*Figure 13*)

*Figure 13. Perception des menstruations parmi celles ayant un désir de les conserver*



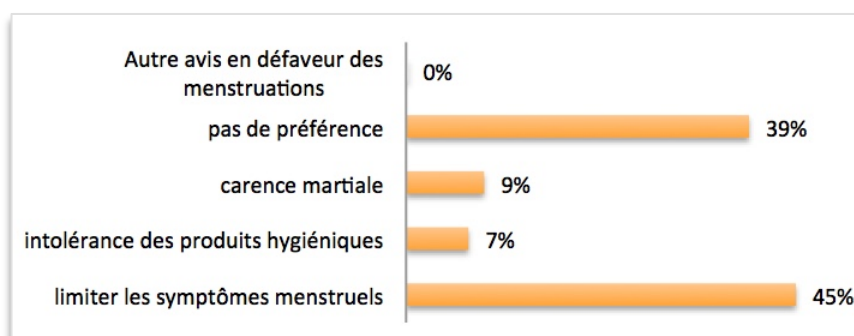
*b. Pas de désir de conserver des règles*

Parmi les femmes n'ayant pas un désir de conserver des règles sous contraception, il est important de signaler que 2/5<sup>ème</sup> d'entre-elles sont indifférentes à la question de

conserver ou non des règles sous contraception. En effet, 39% des « non » disent ne pas avoir de préférence sur le sujet.

Pour les autres, c'est principalement un vécu négatif des menstruations qui explique leur réponse : majoritairement du fait d'un syndrome menstruel invalidant (45%), avec au second plan le problème des carences martiales ou d'une intolérance aux produits hygiéniques (respectivement 9% et 7%). (**Figure 14**)

*Figure 14. Perception des menstruations parmi celles n'ayant pas un désir de les conserver*

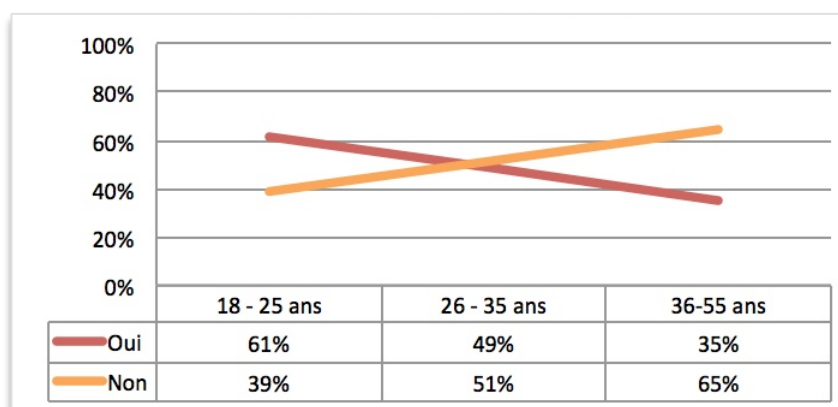


## **2. Facteurs participants à ce souhait**

Par des analyses en sous-groupes, j'ai cherché à savoir quels facteurs ont une incidence dans le désir ou non de conserver des menstruations.

Tout d'abord, l'âge semble influencer ce souhait avec une prédominance de « oui » parmi les femmes jeunes à 61% contre 35% parmi les plus âgées. Ce résultat se révèle malgré tout non significatif dans l'étude ( $p=0,085$ ). (**Figure 15**)

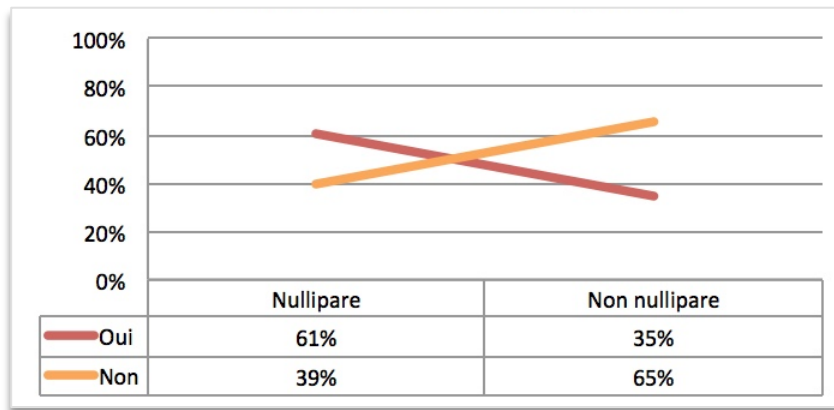
*Figure 15. Souhait de conserver des règles sous contraception selon l'âge*





Ensuite, en comparant ce désir aux antécédents gynéco-obstétriques, j'ai retrouvé un lien significatif avec la parité ( $p=0,007$ ). Les nullipares semblent d'avantage désireuses d'avoir des menstruations (61%), comparées à celles ayant déjà un ou plusieurs enfants (35%). (**Figure 16**)

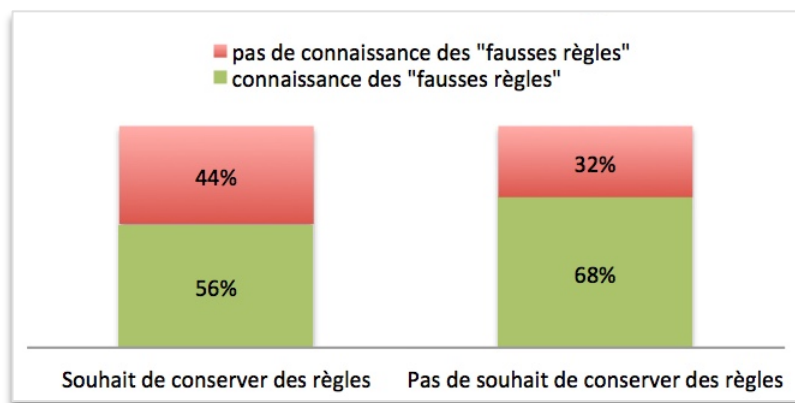
*Figure 16. Souhait de conserver des règles sous contraception selon la parité*



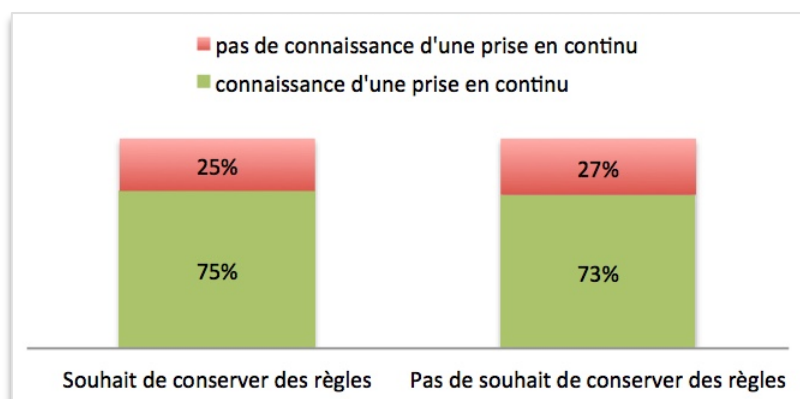
Enfin, je n'ai pas identifié de lien avec les médecins prescripteurs (1<sup>ère</sup> prescription :  $p=0,74$  / renouvellement :  $p=0,19$ ).

De même, pas de corrélation avec les connaissances des œstroprogestatifs (hémorragie de privation  $p=0,2$  et prise en continu  $p=0,8$ ). (**Figure 17 & 18**)

*Figure 17. Souhait de conserver des règles sous contraception selon la connaissance de l'hémorragie de privation*



*Figure 18. Souhait de conserver des règles sous contraception selon la connaissance d'une prise en continu*



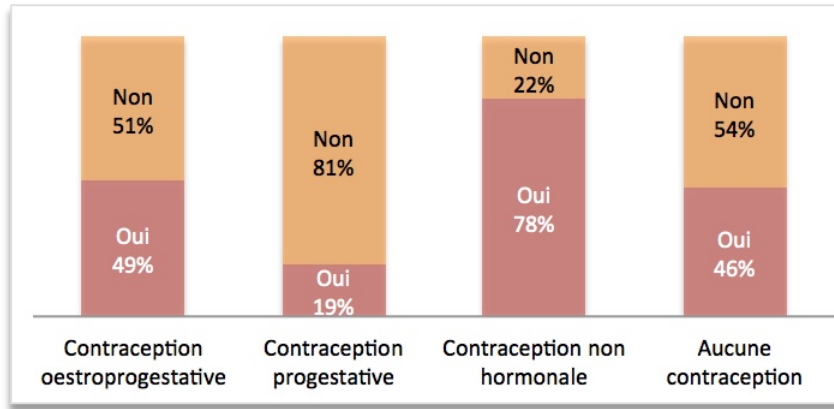
### **3. Impact sur le choix de contraception**

En observant leur désir, ou non, de conserver leurs règles sous contraception par rapport à la méthode qu'elles utilisent actuellement, je peux d'ores et déjà constater qu'il y a un réel choix orienté dans cette étude. Ceci s'avère extrêmement significatif avec  $p=0,0004$ .

Pour les contraceptifs ayant pour effet d'induire une aménorrhée, comme c'est le cas des progestatifs (implant, Mirena®, pilule progestative), seulement 19% ont émis le souhait de conserver des règles ; alors qu'à l'inverse 79% des patientes sous contraception non hormonale (DIU au cuivre, préservatifs) ont exprimé la volonté de conserver des règles.

Pour toutes celles sous contraception œstroprogestative, je ne retrouve pas de tendance prédominante: 49% veulent conserver des menstruations, tandis que 51% n'en font pas un critère de choix. Résultats similaires chez les femmes n'ayant aucune contraception. (*Figure 19*)

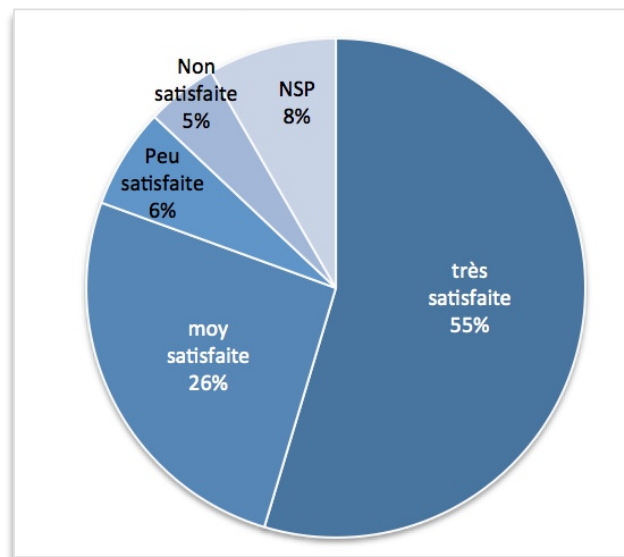
*Figure 19. Souhait de conserver ou non ses règles selon la contraception actuelle*



#### **D. Niveau de satisfaction et souhait de changer de contraception**

Dans cette étude, la plus grande majorité des patientes sont satisfaites de leur méthode contraceptive : 55% très satisfaites et 26% moyennement satisfaites contre 11% d'insatisfaites (6% peu et 5% non satisfaites) ; 8% ne se sont pas exprimées sur la question. (*Figure 20*)

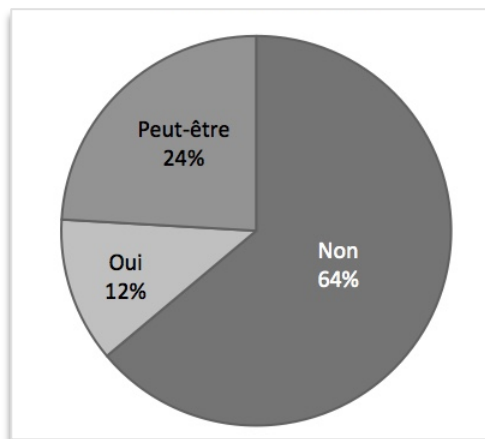
*Figure 20. Niveau de satisfaction concernant la méthode contraceptive utilisée*



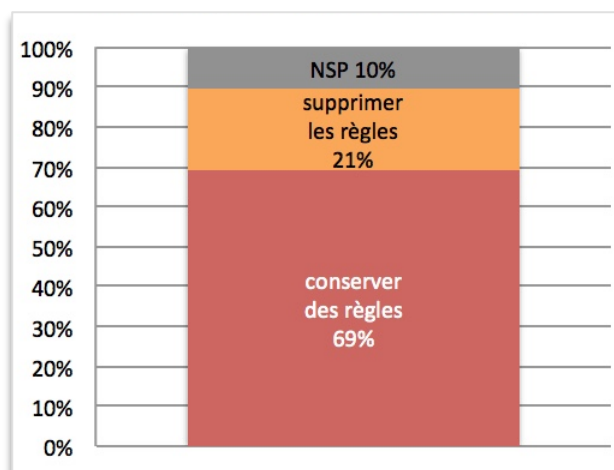
De plus, il semble que la plupart des femmes ne souhaitent pas changer leur méthode contraceptive (64%). (*Figure 21*)

Parmi les femmes prêtes à modifier leur méthode contraceptive (12% sûre et 24% de peut-être), cela ne serait pas dans le but de supprimer les règles pour les 2/3 d'entre-elles (69%) : seulement 21% s'avèrent intéressées par une aménorrhée induite. (*Figure 22*)

*Figure 21. Souhait d'un changement de contraception*



*Figure 22. Devenir des règles lors d'un souhait d'un changement de contraception*



## IV. DISCUSSION

---

### A. Données sur la population étudiée

#### *1. Analyses générales*

Mon échantillon se répartit équitablement en terme d'âge entre 18 et 50 ans. Seules les femmes de plus de 50 ans sont peu nombreuses, principalement du fait que peu d'entre-elles présentent encore des cycles menstruels. En France, l'âge moyen de la ménopause étant de 51 ans, cela coïncide avec ce faible effectif dans cette tranche d'âge.

De plus, je constate dans mon étude que les femmes jeunes âgées de 18 à 25 ans n'ont pas encore d'enfant, ce qui est concordant avec les données de l'INSEE de 2015 définissant l'âge moyen du 1<sup>er</sup> enfant à 28,5 ans. (26)

Ensuite, la répartition des méthodes contraceptives dans mon étude est tout à fait similaire à celle de la population générale d'après le baromètre de la santé de 2016. En effet, les pilules œstroprogestatives restent la première méthode contraceptive avec 36% d'utilisatrices dans mon étude contre 36,5% dans la population générale. Les DIU constituent la deuxième méthode contraceptive avec 25,6% d'utilisatrices en France contre 31% dans cette étude, majoritairement chez les femmes à partir de 35 ans (30% dans l'étude pour 34,6% des Françaises de plus de 35 ans).

Seulement 12% des femmes incluses dans l'étude déclarent ne pas avoir recours à une contraception ; chiffre proche des données de l'INPES évalué à 8% des femmes en France en 2016 et stable depuis 2013. (18)

Enfin, cette étude montre l'implication importante des médecins généralistes dans les consultations dédiées à la prescription de contraception. A l'échelle nationale, entre 2014 et 2016, 52% des médecins généralistes ont déclaré voir au moins 1 fois par semaine une patiente pour l'instauration ou le suivi d'une méthode contraceptive. (27)

Seule une minorité de méthodes contraceptives échappe à une consultation dédiée avec un gynécologue ou un médecin généraliste, comme c'est le cas pour les préservatifs, non soumis à une prescription médicale.

En comparant tout ces résultats obtenus avec les données de la littérature, je peux conclure que mon échantillon est plutôt bien représentatif de la population générale et du paysage contraceptif français.

## ***2. Etat des lieux des connaissances sur les œstrogestatifs***

D'après mon étude, les patientes ont, relativement, une bonne connaissance concernant les contraceptions œstrogestatives, sur le plan de l'hémorragie de privation avec 62% des femmes informées, mais surtout au sujet de la possibilité d'une prise en continu connue à 74%.

Ce dernier résultat s'avère cependant discordant des données de la littérature.

En effet, une étude australienne de 1988 soulève que 69% des patientes supposent qu'une prise continue est indésirable. (28)

De plus, d'après une étude américaine de 2004, 73% des femmes interrogées n'avaient pas entendu parler de la possibilité de supprimer les saignements sous pilule combinée. (29)

Quant à la notion de « fausses règles », il est étonnant de constater que même en sachant que ce n'est pas leur vrai cycle sous pilule, les femmes préfèrent conserver un saignement mensuel. Peut-être persiste-t-il toujours autant de croyances qui rendent les menstruations indispensables et sécurisantes : comme c'était le cas en 1988, où 83% des femmes croyaient qu'il est nécessaire de saigner mensuellement y compris sous pilule, d'après l'étude australienne précédemment citée. (28)

## **B. Souhait de menstruations : critère de choix d'une contraception ?**

### ***1. Souhait de conserver des règles sous contraception ?***

Dans cette étude, 48% des patientes expriment le souhait de conserver leurs règles lors du choix de contraception, tandis que 32% n'en font pas le souhait ; reste 20% de patientes indifférentes. Ces pourcentages sont extrêmement similaires à ceux retrouvés dans la littérature. En effet, selon une étude américaine intitulée « *the need to bleed* », il

est important d'avoir un saignement mensuel pour 44% des femmes, tandis que 39% ne le jugent pas nécessaire – 16% ne se prononcent pas. (30)

*a. Désir de conserver des règles*

Concernant le souhait de conserver des règles sous contraception, j'ai constaté dans cette étude que deux perceptions positives regroupaient la quasi totalité des femmes : le caractère « naturel » et l'aspect « rassurant » des menstruations.

L'idée de « naturel » évoque inévitablement la stratégie adoptée lors de l'avènement des pilules contraceptives en 1950 ; à savoir : imiter le cycle naturel. A l'époque, la première pilule combinée n'est délibérément prescrite que sous un schéma séquentiel de 21 jours de prise avec 7 jours d'arrêt. Ceci dans le but de mimer le cycle naturel des femmes alors même que les chercheurs avaient conclu à la possibilité d'une aménorrhée induite. Les raisons d'un tel choix étaient surtout d'obtenir une meilleure acceptation de cette méthode par l'Eglise Catholique ; et de conforter les utilisatrices dans l'idée d'un fonctionnement génital « normal ». (31)

Pour ce qui est du caractère « rassurant », c'est également une représentation des menstruations largement évoquée dans la littérature. Encore aujourd'hui, les femmes considèrent leurs règles comme une étape obligatoire pour prévenir une grossesse : cela permet de s'assurer de l'efficacité d'une contraception et donc de l'absence de grossesse. (4,32,33)

D'autre part dans mon étude, une petite proportion de femmes a plutôt évoqué l'envie de réduire son exposition aux hormones. Ce désir d'un retour au naturel s'explique probablement par la crise des pilules en 2012. En effet, la médiatisation des risques d'une contraception hormonale a probablement fragilisé la confiance qu'avaient les femmes dans la contraception. Ceci a d'ailleurs modifié le paysage contraceptif français depuis, avec notamment l'augmentation du recours au DIU et aux préservatifs. (17,18)

### *b. Pas de désir de conserver des règles*

Parmi les femmes non désireuses de conserver à tout prix des règles, cette étude révèle que cela est essentiellement lié à leur vécu négatif du syndrome menstruel.

Cette perception des menstruations est également très souvent mentionnée dans la littérature. A l'échelle internationale, une étude multicentrique démontre que plus de la moitié des femmes, à l'exception des Africaines de couleur noire, n'aime pas avoir des règles principalement suite à la gêne occasionnée ou également en raison des problèmes menstruels associés. (33)

Pour aller plus loin sur le caractère invalidant, il est important d'aborder toutes les pathologies associées aux menstruations pour lesquels le principe d'« aménorrhée thérapeutique » est fondamental.

En effet pour certaines femmes, avoir des saignements mensuels déclenche des pathologies ou symptômes qu'il est préférable d'éviter. Dans ces cas là, il semble que l'aménorrhée induite par une contraception soit une aide thérapeutique majeure. Dans mon étude, 9% des patientes ont abordé le problème des carences martiales subies suite aux saignements menstruels.

Ce concept d'« aménorrhée thérapeutique » apparaît dès les années 1960. Il est initialement appliqué dans le cas des femmes ayant des troubles de coagulation afin de prévenir la survenue d'hémorragies lors des cycles menstruels. Encore aujourd'hui, c'est un principe utilisé dans la prise en charge des patientes souffrant d'endométriose : cela permet de limiter le développement du tissu endométrial à l'extérieur de l'utérus et ainsi prévenir la survenue de dysménorrhées. Les dernières recommandations de l'HAS vont effectivement dans ce sens en validant l'utilisation des œstroprogestatifs en première intention dans la prise en charge de l'endométriose ; la prise continue ayant démontré un bénéfice dans le cas de dysménorrhées intenses. (4,34–36)

Toujours dans l'idée de la gêne occasionnée par les cycles menstruels, la littérature évoque très souvent l'impact au niveau professionnel. Il convient de citer le cas de certaines professions où avoir des règles est un handicap majeur au quotidien. Cela concerne notamment les athlètes et les femmes militaires pour qui avoir des menstruations retentit sur leurs activités physiques. Pour ces femmes, l'aménorrhée



induite par une contraception ou une réduction du nombre de saignements permettrait entre autre d'améliorer les performances, de limiter le syndrome menstruel et de protéger la densité osseuse. (11,37,38)

## ***2. Facteurs participants à ce souhait***

Mon étude a mis en évidence que le choix de conserver des règles sous contraception semble dépendre de l'âge : avec 61% de « oui » parmi les 18 – 25 ans contre seulement 35% parmi les 36 – 50 ans. De plus, l'étude dévoile que cela découle avant tout de la parité. En effet le fait de ne pas avoir d'enfant rend les patientes nettement plus désireuses de conserver des règles sous contraception dans 61% des cas.

Ces résultats se révèlent tout à fait concordants avec les données de la littérature.

En effet, une étude de 1999 montre que le pourcentage de femmes préférant une aménorrhée augmente significativement avec l'âge : 50,6% des femmes âgées de 45 à 49 ans souhaiteraient une aménorrhée contre 31% des 25 à 34 ans et seulement 26,4% des 15-19 ans. (39)

De même selon une étude italienne de 2006, la moitié des femmes souhaiterait une modification de la fréquence des menstruations : une aménorrhée dans 28,5% des cas et une réduction du nombre de cycles pour 27,8%; envie qui augmente avec l'âge et la fin de désir de grossesse. (9)

## ***3. Choix d'une méthode contraceptive***

Actuellement, le choix d'une méthode contraceptive repose essentiellement sur le principe de « norme contraceptive ».

Cette notion apparaît pour la 1<sup>ère</sup> fois en France à partir du 18<sup>ème</sup> siècle, lorsque la contraception devient le mécanisme de limitation des naissances, et permet ainsi de passer d'une maternité subie à une maternité désirée. (40,41)

Actuellement, la « norme contraceptive » se décline selon l'âge et le type de relation sexuelle des femmes : recours prépondérant aux préservatifs au début d'une relation, introduction d'une pilule lorsque la relation avec le partenaire se stabilise, puis mise en place d'un DIU après la naissance des enfants. (41,42)

Malgré une médicalisation croissante de la contraception et de la norme contraceptive visant à une efficacité maximale, le taux de grossesses non désirées et le recours à l'IVG reste important, bien que stable en France depuis plusieurs années. Cela témoigne d'un choix non optimal qui devrait avant tout être adapté aux conditions de vie et à la sexualité de la patiente. (41,43)

Une thèse de sociologie analysant les pratiques contraceptives des jeunes femmes, met en évidence que le choix d'une méthode dépend également de leur l'entourage : initialement la famille et les amies, puis par la suite le partenaire ; ainsi que des médecins prescripteurs. (44)

Très tôt dans la vie des jeunes femmes, la mère, ou tout autre figure féminine, joue un rôle important dans l'éducation sexuelle. Elle véhicule ainsi des informations, parfois subjectives, qui définissent les bonnes pratiques contraceptives à suivre par la jeune fille. Pour toutes celles chez qui le contexte familial est incompatible avec ces discussions, notamment de part la religion, elles réunissent les informations par l'intermédiaire des médias ainsi qu'en discutant avec leurs amies. Parfois, ces transmissions d'informations propagent des représentations inexactes qui peuvent également influencer le choix de contraception : « la pilule fait grossir », « le stérilet, ça rend stérile »,...

Plus tard, quand les jeunes filles commencent leur activité sexuelle, leur partenaire joue également un rôle important dans le choix d'une contraception. L'homme de part ses préférences ou réticences à l'égard de certaines méthodes, va influencer le choix final en terme de contraception.

En parallèle, les professionnels de santé impliqués dans la prescription d'une contraception vont également orienter le choix des femmes. En effet, en tant qu'experts sur la question, ils incitent les jeunes filles à se tourner vers des méthodes référentes sans présenter intégralement toutes les possibilités contraceptives. Leurs réticences aux nouveautés pèsent ainsi sur la prescription et le libre arbitre des patientes.

Tout ceci révèle l'impact, lors du choix d'une contraception, des informations véhiculées par les proches, ainsi que des représentations qui en découlent. Et même sans cela « *la démarche contraceptive relève en premier lieu d'une prescription qui obéit d'abord à une logique médicale* ».

Pour autant, mon étude dévoile que le choix dépend aussi du désir des femmes en la matière. D'après mes résultats, je ne peux nier l'impact du désir de menstruations qui se révèle fortement significatif dans le choix d'une méthode contraceptive.

Peut-être ce choix est-il tout à fait inconscient chez les femmes ? Possiblement influencer par les représentations, parfois erronées, qu'elles ont des menstruations...

### **C. Niveau de satisfaction et souhait de changer de contraception**

Dans cette étude j'ai pu noter un très haut taux de satisfaction en matière de contraception chez plus des trois quarts des femmes. Ceci s'accompagne d'un souhait de ne pas modifier leur méthode pour une majorité d'entre-elles (64%) et encore moins dans un but de supprimer les règles.

Ces résultats font écho à une étude de l'OMS datant de 1981, où les femmes se disaient peu disposées à accepter une méthode contraceptive qui induit une aménorrhée et préféraient conserver un saignement mensuel. Parmi les raisons on retrouve la crainte de provoquer un dysfonctionnement des capacités reproductives ou encore d'accumuler du sang impur devant être éliminé. (45)

Résultats néanmoins différents dans la littérature contemporaine où les femmes n'ont plus un avis aussi tranché sur la question, et commencent à vouloir s'émanciper des codes établis. En effet, d'après l'étude multicentrique internationale précédemment citée, la plupart des femmes interrogées pourraient envisager une méthode contraceptive supprimant l'hémorragie de privation, à l'exception des asiatiques qui y sont plutôt opposées. Choix majoritairement présent dans le groupe des femmes n'aimant pas avoir leurs règles, mais curieusement aussi pour les nigériennes. Dans cette étude, il semble que l'acceptation d'une contraception induisant une aménorrhée est indépendante de l'âge, de la parité, de l'éducation et de la religion ; ainsi que de la perception personnelle des menstruations. (33)

## **D. Limites de l'étude**

Bien qu'ayant un échantillon assez représentatif et des résultats significatifs comparables aux données de la littérature, mon étude présente plusieurs biais qu'il convient d'évoquer.

Tout d'abord, il existe des biais de sélection.

De par son petit échantillon, 108 femmes au total, cette étude n'est peut-être pas suffisamment représentative de la population des femmes concernées par une contraception. Notamment en raison d'une répartition relativement égale selon les tranches d'âges dans l'étude, alors qu'en France le pourcentage varie : il y a plus de femmes âgées de 26-35 ans et 36-50 ans que de 18-25 ans (respectivement  $\approx 12\%$  et  $19\%$  contre  $6\%$ ) (46). Ceci d'autant plus que les mineures ont été exclues de l'étude, pour raison éthique, alors qu'elles constituent une grande partie des femmes soumises au phénomène des menstruations. Les mineures peuvent éventuellement avoir un point de vue différent au sujet des règles qu'il conviendrait d'étudier comparativement à celui des femmes majeures.

De plus, cette étude a reposé sur la diffusion de questionnaires dans seulement trois cabinets différents : deux de médecine générale et un de gynécologie obstétrique, tous situés dans Montpellier et les alentours. Cela implique que seulement trois patientèles ont vraiment été interrogées. Or, je ne peux nier que le médecin prescripteur joue un rôle prépondérant dans le choix d'une méthode contraceptive, de par les informations qui donnent et les recommandations qu'il fait. Cela constitue donc une limite de cette étude qui nécessiterait un travail plus étendu pour être plus représentative.

Ensuite, mon étude présente un biais d'information vu le mode de recueil des données. Bien qu'un auto-questionnaire anonyme à questions fermées permette une meilleure participation des femmes, cela leur donne l'opportunité de fournir des réponses volontairement faussées afin de ne pas montrer leurs possibles méconnaissances en terme de contraception. De plus, la question au sujet de la possibilité d'une prise en continu des œstroprogestatifs a pu être mal interprétée par les femmes, qui ont pu confondre cette notion avec l'existence de pilules continues contenant des comprimés placebos à la fin de la plaquette.

## **E. Vers un désir d'une aménorrhée induite sous contraceptif ?**

A travers cette étude, j'ai mis en évidence que même si pour 48% des femmes il est important de conserver un cycle menstruel sous contraception, cela n'est pas le cas pour 32% d'entre elles qui expriment le désir de s'en passer, pas forcément pour un motif d'ordre médical.

Cela renvoie aux données de la littérature actuelle qui tend à montrer que la mentalité des femmes a évolué au fil du temps en ce qui concerne l'hémorragie de privation sous contraception. Ceci principalement en raison d'une libération des pratiques contraceptives, ainsi que d'un affranchissement des préjugés concernant les menstruations.

### ***1. Point de vue des femmes***

Au delà même d'un désir d'aménorrhée induite sous contraception exprimé par les femmes, la littérature révèle surtout le souhait d'un contrôle des cycles menstruels ; notamment par la possibilité de limiter leur fréquence.

Cette idée ressort largement dans la revue de littérature de 2014 qui montre que plus de 80% des femmes ayant des menstruations souhaiteraient en diminuer la fréquence à moins d'une fois par mois, voire même les suspendre complètement. (25)

Selon l'étude américaine précédemment citée, étudiant l'attitude des femmes à l'égard d'une suppression des menstruations avec l'utilisation prolongée d'une contraception orale, 59% d'entre-elles seraient intéressées par le fait de ne pas avoir de règles chaque mois, tandis qu'un tiers choisiraient de les supprimer totalement ; ceci indépendamment de l'âge, l'ethnie, l'éducation ou encore de l'orientation sexuelle. (29)

Les résultats sont similaires en Europe où plus de la moitié des femmes (57%) souhaiteraient un allongement de la durée entre deux cycles menstruels, et ce quelle que soit leur méthode contraceptive. Principalement afin d'améliorer leur qualité de vie, notamment en terme de sexualité, d'activités sportives, sur le plan de la vie sociale ou professionnelle. (47)

En 2002, une étude rétrospective a analysé des patientes ayant fait le choix ou non de modifier leur prise de pilule de façon à allonger la durée et ainsi réduire la fréquence des règles. La principale raison évoquée était de diminuer les symptômes menstruels

(céphalées, dysménorrhée, ménorragie, syndrome prémenstruel,...). Parmi les 292 patientes incluses dans l'étude, 9% ont préféré poursuivre le mode séquentiel sans jamais tester une prise prolongée. Sur les 7 années étudiées et parmi les patientes ayant initié une prise prolongée : 59% des femmes ont poursuivi une prise prolongée avec parfois un raccourcissement de la période d'arrêt ; tandis que 13% des patientes sont revenues au régime initial 21 jours/28 en raison des spotting, et que 19% ont arrêté toute forme de contraception œstroprogestative ; notamment en raison d'effets indésirables pour une minorité d'entre elles. (48)

Il semble donc y avoir une nette tendance à un désir de réduire le nombre de cycles menstruels, voire même induire une aménorrhée. Désir qui semble se maintenir sur la durée lorsque les femmes modifient leur mode de prise.

Mais qu'en pensent les médecins ?

## ***2. Acceptation par les médecins***

J'ai déjà évoqué l'importance de l'avis du médecin prescripteur dans le choix d'une contraception ; et cela est également valable concernant le choix d'une prise prolongée ou continue d'œstroprogestatifs.

En effet, selon une étude américaine, la possibilité pour une femme de choisir une contraception supprimant les menstruations dépend avant tout de l'opinion des médecins à ce sujet. (49)

Or, il apparaît dans la littérature que la communauté des médecins soit quelque peu réticente à l'utilisation prolongée d'une contraception orale afin d'induire une aménorrhée.

Toujours selon l'étude américaine de 2004, seulement 20% des femmes se sont vu proposer une prise continue d'œstroprogestatifs par un médecin. (29)

Une enquête Medscape de 2007 montre que 59% des médecins seraient opposés à la suppression des menstruations dans le cadre d'un choix de mode de vie si cela n'est pas médicalement justifié par une pathologie, comme l'endométriose. (50)

### ***3. Choix libre et éclairé d'une méthode contraceptive***

Il semble important au vu de toutes ces informations d'informer au mieux les patientes sur l'intégralité des méthodes contraceptives existantes, afin qu'elle puisse faire le choix qu'il leur conviendra au mieux. Renseigner les femmes des alternatives de prise d'une pilule combinée, séquentielle versus prolongée / continue, fait également partie intégrante du rôle du médecin prescripteur, et cela indépendamment de sa propre opinion sur le sujet.

Cette nécessité d'un choix libre et surtout éclairé apparaît dans de nombreux documents de la littérature contemporaine.

L'essai intitulé « *nuisance or natural and healthy – should monthly menstruation be optional for women ?* » indique qu'une fois une information claire donnée aux patientes sur les possibilités de prise des pilules combinées et les avantages associés, les femmes pourraient moduler leur mode de prise selon leurs envies. (2)

Une étude de 2017, étudiant l'impact des conseils des gynécologues dans le choix d'une méthode contraceptive, démontre que seulement 9% des patientes sous pilules œstroprogestatives utilisent une forme prolongée indépendamment de l'avis du gynécologue ; tandis que 60% d'entre elles pourraient l'envisager à condition d'être mieux informée par leur médecin au préalable. (51)

## V. CONCLUSION

---

Il est étrange de constater que les menstruations restent encore aujourd'hui un sujet tabou dans les sociétés malgré une complète compréhension de ce phénomène naturel. Il persiste une réelle censure malgré les changements de mentalités, et bon nombre de préjugés sont toujours transmis de mère en fille au cours des générations.

Cependant depuis quelques années, cette tendance semble s'essouffler, et des débats éclosent dans les sociétés occidentales autour du sujet des menstruations. Ainsi la « taxe rose » (taxation plus importante des produits hygiéniques destinés à un public féminin) est régulièrement remise en question. Des voix s'élèvent aussi pour que soit diffusée la composition des tampons, encore inconnue et cachée malgré des effets indésirables graves de type choc toxique staphylococcique.

La démocratisation de la contraception et la diversification des méthodes contraceptives permettent de plus en plus aux femmes de faire un choix à leur convenance. Cette pluralité de choix a été renforcée par l'émergence de nombreuses alternatives œstroprogestatives, dont certaines offrent aux femmes la possibilité de supprimer l'hémorragie de privation historiquement adoptée.

Néanmoins cette étude a révélé qu'une grande partie des femmes souhaite conserver un saignement mensuel sous contraception, et que ce souhait influence activement le choix de leur méthode contraceptive.

Cependant, ce choix ne peut être réalisé que si une information claire et appropriée est communiquée aux patientes par les prescripteurs. Cette information doit porter sur le mode d'action des différents types de contraception, le caractère artificiel de l'hémorragie de privation, ainsi que sur les possibilités d'aménorrhée induite. Ce message n'est pas toujours délivré ou même connu de certains médecins qui persistent à délivrer les méthodes conventionnelles, sur un schéma traditionnel. De même, certains professionnels vont parfois s'opposer au libre choix contraceptif. Le refus de la pose d'un DIU aux nullipares en est le meilleur exemple, et cela en dépit des recommandations françaises comme internationales.



Un nombre non négligeable de femmes exprime une préférence pour une aménorrhée induite sous contraception. Cette constatation doit faire prendre conscience aux médecins qu'ils doivent élargir leur discours. Ils pourront alors proposer des possibilités contraceptives parfois méconnues des patientes.

Il serait intéressant de faire un travail plus approfondi en France auprès des femmes sous contraception œstroprogestative en schéma classique, autrement dit séquentiel. Seraient-elles susceptibles de modifier leurs habitudes de prise pour passer sur un mode continu ? Préféreraient-elles une prise prolongée, et dans ce cas, pour quelle fréquence de saignements ? Finalement, feront-elles un choix avec ou sans règles ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes Résultats*. juin 2016;(N°0968).
2. Thomas SL, Ellertson C. Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *The Lancet*. 11 mars 2000;355(9207):922-4.
3. Le Naour J-Y, Valenti C. Du sang et des femmes. *Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque*. *Clio Femmes Genre Hist*. 1 nov 2001;(14):207-29.
4. Coutinho EM. To bleed or not to bleed, that is the question. *Contraception*. oct 2007;76(4):263-6.
5. Pline l' Ancien. *Histoire naturelle*. Livre VII. Schilling RT, éditeur. Paris, France: Les Belles Lettres; 1977.
6. Sang Tabou [Internet]. Sang Tabou. Disponible sur: <http://sangtabou.olf.site/les-regles-cest-pas-la-honte/pourquoi-cette-campagne/>
7. Elise Thiébaud. *Ceci est mon sang*. La Découverte. Paris; 2017. 247 p.
8. Martin Winckler. *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les règles sans jamais osé le demander*. Fleurus. 2008. 143 p. (La Santé en question).
9. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Alessandri F, Anserini P, Remorgida V, et al. What is the desired menstrual frequency of women without menstruation-related symptoms? *Contraception*. mai 2006;73(5):537-41.
10. Mimoun S, Le MG, Buhler M, Costa A, Hosansky F. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. *Contraception*. déc 2000;28(12):904-12.
11. Hicks CW, Rome ES. Menstrual manipulation: options for suppressing the cycle. *Cleve Clin J Med*. juill 2010;77(7):445-53.
12. Lebogang Keolebogile Maruapula. Règles : la fin d'un tabou ? *Courr Int*. sept 2016;(1348):40-6.
13. WHO | Progress on sanitation and drinking water [Internet]. WHO. [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/jmp-2015-update/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-2015-update/en/)

14. UNESCO. Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Brochure 9 : Education à la puberté et à la gestion de l'hygiène menstruelle. 2014.
15. Banque mondiale. Toolkit on Hygiene Sanitation & Water in Schools: Gender Roles and Impact. [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.wsp.org/Hygiene-Sanitation-Water-Toolkit/BasicPrinciples/GenderRoles.html>
16. N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, C. Moreau et l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés. sept 2012;(492).
17. N. Bajos, M. Rouzaud-Cornabas, H. Panjo, A. Bohet,, C. Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. mai 2014;(511).
18. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. St-Maurice Santé Publique Fr. 2017;
19. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer. Saint-Denis La plaine: HAS; 2015.
20. Choisir Sa Contraception. choisirsacontraception.fr.
21. OMS. Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. 2011.
22. Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception: de l'Antiquité à nos jours. Paris: R. Dacosta; 1985.
23. F. D. Anderson, W. Gibbons, D. Portman. Safety and efficacy of an extended-regimen oral contraceptive utilizing continuous low-dose ethinyl estradiol. Contraception. mars 2006;73(3):229-34.
24. Danielle Maloubier, Laureen Bonnet. Seasonique®: le premier contraceptif oral à cycle prolongé en France. LA VEILLE-presse infos+; 2015.
25. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 29 juill 2014;(7).
26. Sabrina Volant. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974.

INSEE; 2017 mars. (INSEE première). Report No.: 1642.

27. M-C. Bournot, J-F. Buyck, F. Lelièvre, A. Tallec, T. Hérault. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les pays de la Loire. oct 2016;(15).

28. Rutter W, Knight C, Vizzard J, Mira M, Abraham S. Women's attitudes to withdrawal bleeding and their knowledge and beliefs about the oral contraceptive pill. Med J Aust. 17 oct 1988;149(8):417-9.

29. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D, Kaunitz AM, Musselman BL, Reiter S, et al. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. Contraception. nov 2004;70(5):359-63.

30. Andrist LC, Hoyt A, Weinstein D, McGibbon C. The need to bleed: women's attitudes and beliefs about menstrual suppression. J Am Acad Nurse Pract. janv 2004;16(1):31-7.

31. Pincus G. The control of fertility. New York and London : Academic Press; 1965. p 219.

32. Coutinho EM, Segal S. Is menstruation obsolete? Oxford University Press. New York; 1999.

33. Glasier AF, Smith KB, van der Spuy ZM, Ho PC, Cheng L, Dada K, et al. Amenorrhea associated with contraception-an international study on acceptability. Contraception. janv 2003;67(1):1-8.

34. Laros RK. Therapeutic amenorrhea in hematologic disorders. Obstet Gynecol. oct 1971;38(4):589-93.

35. Sulak PJ, Cressman BE, Waldrop E, Holleman S, Kuehl TJ. Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. Obstet Gynecol. févr 1997;89(2):179-83.

36. HAS, CNGOF. Prise en charge de l'endométriose: Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. Dec 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)

37. Schneider MB, Fisher M, Friedman SB, Bijur PE, Toffler AP. Menstrual and premenstrual issues in female military cadets: a unique population with significant

concerns. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* nov 1999;12(4):195-201.

38. Bennell K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen? *Br J Sports Med.* août 1999;33(4):231-8.

39. den Tonkelaar I, Oddens BJ. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception.* juin 1999;59(6):357-62.

40. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/comment-prevenait-on-les-naissances-avant-la-contraception-moderne/>

41. Bajos N, Ferrand M. L'avortement à l'âge de raison. *Mouvements.* 2001;no17(4):99-105.

42. La médicalisation croissante de la contraception en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/la-medicalisation-croissante-de-la-contraception-en-france/>

43. Moreau C, Spira A, Bajos N. Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol.* 1 sept 2009;11(5):338-44.

44. Yaëlle Amsellem-Mainguy. La contraception d'urgence, Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes [Thèse de sociologie]. [Paris]: Paris-Descartes; 2007.

45. A cross-cultural study of menstruation: implications for contraceptive development and use. World Health Organization Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, Special Programme of Research, Development and Research, Training in Human Reproduction. *Stud Fam Plann.* janv 1981;12(1):3-16.

46. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 [Internet]. INSEE. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

47. Nappi RE, Fiala C, Chabbert-Buffet N, Häusler G, Jamin C, Lete I, et al. Women's preferences for menstrual bleeding frequency: results of the Inconvenience Due to Women's Monthly Bleeding (ISY) survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J*

Eur Soc Contracept. juin 2016;21(3):242-50.

48. Sulak PJ, Kuehl TJ, Ortiz M, Shull BL. Acceptance of altering the standard 21-day/7-day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal symptoms. Am J Obstet Gynecol. juin 2002;186(6):1142-9.

49. Frederick CE, Edelman A, Carlson NE, Rosenberg KD, Jensen JT. Extended-use oral contraceptives and medically induced amenorrhea: attitudes, knowledge and prescribing habits of physicians. Contraception. oct 2011;84(4):384-9.

50. Medscape. Poll results: Do you favor or oppose menstrual suppression as a lifestyle choice? [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.medscape.com/px/instantpollservlet/result?PollID=2241>

51. Oppelt PG, Baier F, Fahlbusch C, Heusinger K, Hildebrandt T, Breuel C, et al. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? Arch Gynecol Obstet. juin 2017;295(6):1483-91.

## ANNEXES

*Annexe 1. Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception*

	2010 <sup>1</sup>	2013 <sup>2</sup>	2016 <sup>3</sup>	Évolution 2010-2016
<b>15-19 ANS</b>				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
<b>20-24 ANS</b>				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
<b>25-29 ANS</b>				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
<b>30-44 ANS</b>				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
<b>TOTAL 15-49 ANS</b>				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test  $\chi^2$  simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ( $p < 0,05$ ).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

\* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

## Annexe 2. Questionnaire

### Auto-Questionnaire sur la contraception

1. **Quel âge avez-vous ?**     18 – 25 ans     26 – 35 ans     36 – 50 ans     > 50 ans

2. **Concernant vos antécédents gynécologiques :**

Combien de grossesses avez vous eu (*en comptant fausse(s) couche(s) et/ou IVG*) ? \_\_\_\_\_

Combien d'enfants avez vous ? \_\_\_\_\_

Avez vous eu recours à l'IVG (*interruption volontaire de grossesse*) ?    OUI    /    NON

3. **Quelle contraception utilisez-vous actuellement ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule hormonale : <i>Laquelle ?</i> _____ | <input type="checkbox"/> Stérilet hormonal / Mirena® ou Jaydess® |
| <input type="checkbox"/> Anneau ou patch œstro-progestatif          | <input type="checkbox"/> Préservatifs                            |
| <input type="checkbox"/> Implant                                    | <input type="checkbox"/> Autres : <i>Laquelle ?</i> _____        |
| <input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre                         | <input type="checkbox"/> Aucune                                  |

4. **Avez vous eu une autre contraception avant celle-ci et si oui laquelle/lesquelles ?** \_\_\_\_\_

5. **Pour quelle(s) raison(s) avez vous changé ?** \_\_\_\_\_

*Concernant votre contraception actuelle,*

6. **Quel médecin a réalisé la 1ère prescription ?**

- Gynécologue                       Médecin généraliste                       Autre : \_\_\_\_\_

7. **Quel médecin réalise le renouvellement ?**

- Gynécologue                       Médecin généraliste                       Autre : \_\_\_\_\_

8. **Êtes vous satisfaite de votre méthode contraceptive ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaite        | <input type="checkbox"/> Peu satisfaite |
| <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaite | <input type="checkbox"/> Non satisfaite |

*Actuellement, il existe plusieurs méthodes contraceptives qui sont à l'origine d'une absence de règles*

9. **Pour vous, conserver des règles sous contraception est-il un critère de choix ?**    OUI    /    NON

10. **SI OUI, Pourquoi ?** (1 seul choix)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> plus « naturel » / imite le cycle naturel         | <input type="checkbox"/> limiter l'exposition aux hormones |
| <input type="checkbox"/> plus « rassurant » / confirme l'absence grossesse | <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |

11. **SI NON, Pourquoi ?** (1 seul choix)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> limiter symptômes liés aux règles (douleurs, fatigue, ...) | <input type="checkbox"/> Pas de réelle préférence |
| <input type="checkbox"/> Intolérance des produits hygiéniques (tampons, ...)        | <input type="checkbox"/> Autre : _____            |
| <input type="checkbox"/> prévenir une carence en fer liée aux saignements           |   |

12. **Avant votre choix, vous a-t-on informé que les saignements observés sous contraception hormonale (pilule oestroprogestative, patch, anneau) sont de "fausses règles" ?**    OUI    /    NON

*En effet, le saignement est lié à une carence en hormones lors de la période d'arrêt, ce qui ne correspond pas au cycle naturel lié à une ovulation.*

13. **Savez-vous que ces méthodes contraceptives peuvent être prise en continu (28j/28) sans la période d'arrêt de 7 jours ?**    OUI    /    NON

*Cela permet de ne pas provoquer les "fausses règles", sans autre conséquence.*

*Au vu de toutes ces informations,*

14. **Modifieriez-vous votre contraception actuelle (quelle qu'elle soit) ?**    OUI    /    NON    /    Peut-être

15. **Si OUI, changeriez-vous dans le but de supprimer les règles ?**    OUI    /    NON



TRAVAIL DE THESE SUR LA CONTRACEPTION
---------------------------------------

Madame,

Actuellement en dernière année d'internat de médecine générale, je réalise ma thèse sur l'influence des règles dans le choix d'une contraception.

Le but de ce travail est de chercher à savoir si la méthode contraceptive est choisie en fonction de la perception et du vécu des règles.

Pour répondre à cette question, je m'appuie sur un questionnaire anonyme qui s'adresse à toutes les femmes majeures, quelque soit leur contraception.

Pour m'aider dans ce travail de thèse, vous pouvez remplir ce questionnaire, ceci ne vous prendra que quelques minutes.

Vous pourrez ensuite le donner à votre médecin, qui me le transmettra avec votre consentement.

Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous apportez à ce travail,

Léa WEBER

*PS: Si vous êtes actuellement enceinte, vous pouvez également remplir ce questionnaire en signalant qu'une grossesse est en cours, et en vous basant sur votre contraception antérieure*

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RESUME

---

**Introduction** : La contraception est un motif fréquent de consultation. Celle-ci s'est progressivement médicalisée et offre de nos jours un large choix de méthodes qui peuvent avoir un retentissement sur les menstruations. Or, ce phénomène est perçu différemment selon les femmes. Le désir de conserver ou non les menstruations peut-il impacter le choix d'une contraception ?

**Matériel et Méthodes** : Cette étude s'est basée sur la diffusion d'auto-questionnaires anonymes de novembre 2017 à mars 2018 dans trois cabinets: deux de médecine générale et un de gynécologie-obstétrique. Outre les données d'ordre général, était recueilli le désir ou non de conserver des règles sous contraception en fonction de la perception de celles-ci. Etaient également recherchées les connaissances des patientes en terme de contraception œstroprogestative: notion d'hémorragie de privation, et possibilité d'une prise en continu. Enfin j'ai interrogé les femmes sur leur projet contraceptif : désir de changement ? dans le but de supprimer les règles ?

**Résultats** : 119 questionnaires ont été remplis durant les 5 mois de recueil. 11 ont été exclus en raison de critères d'exclusion ou d'un remplissage incomplet. L'analyse porte donc sur 108 questionnaires éligibles et complets. 48% des patientes ont exprimé le désir de conserver des règles sous contraception, principalement en raison du caractère « naturel » ou « rassurant ». Ce souhait est sensiblement en lien avec l'âge de la patiente, et significativement lié à la parité ( $p=0,007$ ). Concernant la contraception actuelle des femmes, cette étude révèle que ce désir de menstruations est un critère de choix significatif ( $p=0,0004$ ). La grande majorité des patientes se dit satisfaite de sa méthode contraceptive, et 64% ne souhaitent pas en changer ; encore moins dans le but de supprimer les menstruations.

**Conclusion** : Une grande partie des femmes souhaitent conserver un saignement mensuel sous contraception ; principalement les nullipares. Ce désir influence activement le choix d'une méthode contraceptive.

**Mots-clés** : contraception, menstruations, perception, œstroprogestatifs