

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

Année 2015-2016

N°

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Discipline : Médecine Générale**

**Par**

**David PRAGOUT**

**Né le 7 mars 1986 à Limoges**

**Présentée et soutenue publiquement le 13 janvier 2016**

**TITRE**

**Relations entre pilule oestroprogestative et désir sexuel :  
que perçoivent les femmes ?**

**Jury**

**Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

**Membres du jury : Monsieur le Professeur Franck PERROTIN**

**Monsieur le Professeur Roland QUENTIN**

**Monsieur le Docteur Jean-François CIAVALDINI**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Professeur Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Catherine BARTHELEMY  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Philippe BOUGNOUX  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER  
– P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B.  
CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P.  
LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G.  
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J.  
MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J.  
THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

MM.	ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
	BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe .....	Immunologie
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc .....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan .....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier .....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
	HANKARD Régis .....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline .....	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François .....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon .....	Immunologie
	LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard .....	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François .....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Mme	MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MM.	MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
	MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
	ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé .....	Immunologie

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

#### PROFESSEURS ASSOCIES

---

MM.	MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
	POTIER Alain .....	Médecine Générale
	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

Mme	ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David .....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille .....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent.....	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

## MAITRES DE CONFERENCES

---

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

---

M.	IVANES Fabrice .....	Cardiologie
----	----------------------	-------------

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

M.	BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# Remerciements

Aux membres de mon jury, de me faire l'honneur de juger ce travail si important à mes yeux.

A mon directeur de thèse le Docteur Jean-François Ciavaldini, pour son soutien dans les moments difficiles de cette thèse.

Au Docteur Cécile Renoux, pour son aide indispensable à la réalisation de ce travail.

Au Docteur Nathalie Trignol, de m'avoir ouvert les portes de son service et d'avoir cru en mes compétences.

Aux médecins du service d'Orthogénie du CHRU de Tours, sans qui ce travail n'aurait jamais pu se faire.

A Morgane, pour son amour et sa présence inconditionnels et indispensables à mes côtés. Que ferais-je sans toi ?...

A mes amis (Léonard, Denis, Amandine, et d'autres qui se reconnaîtront...), pour leur sympathie et tous les excellents moments passés avec eux et à venir.

A mes parents, de m'avoir permis de faire les études de mon choix.

A ma sœur Myriam, qui a toujours été là même lorsque je ne le savais pas.

A mes grands-parents, qui ne sont eux hélas plus là pour vivre ce moment à mes côtés.

Enfin à mes études de médecine, pour m'avoir fait devenir qui je suis aujourd'hui, et me permettre d'exercer le plus beau métier du monde.

# RESUME

## Relations entre pilule oestroprogestative et désir sexuel : que perçoivent les femmes ?

**Contexte :** Les pilules oestroprogestatives ou contraceptifs oraux combinés (COC) ont de multiples effets indésirables potentiels dont une modification de la libido. Leur mode d'action sur le désir sexuel est cependant mal connu. En pratique clinique, les femmes rapportent fréquemment une baisse du désir sexuel sous COC.

**Objectif :** Explorer les perceptions des femmes ayant ressenti une modification de leur désir sexuel sous COC.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés enregistrés auprès de 13 patientes consultant dans le service d'orthogénie du CHRU de Tours, et ayant ressenti une modification de leur désir sexuel entre une période sous COC et une période sous contraception non hormonale. Analyse thématique du contenu et construction d'un modèle.

**Résultats :** Le choix d'une contraception s'appuyait sur de multiples facteurs. Chaque définition du désir sexuel était différente. Ses principaux déterminants étaient organiques, psychologiques et cycliques. Les effets indésirables ressentis sous COC influençaient de nombreux déterminants du désir sexuel. L'évaluation du désir sexuel sous COC retrouvait des résultats contradictoires selon les participantes et variables dans le temps. Ces modifications du désir sexuel retentissaient sur leur couple et leur qualité de vie.

**Conclusion :** Les modifications du désir sexuel sous COC semblent liées à des facteurs psychologiques, organiques et hormonaux, plus ou moins fortement influencés par la pilule. Le sens de cette modification, son intensité, et son évolution sont propres à chaque femme et ne peuvent être déterminés à l'avance. Il revient donc aux prescripteurs d'être à l'écoute de leurs patientes à ce sujet.

**Mots-clefs :** désir sexuel ; libido ; contraceptifs oraux combinés ; pilule oestroprogestative ; effets indésirables ; sexualité ; étude qualitative



# ABSTRACT

## **Links between combined oral contraceptives and sexual desire: What women experience ?**

**Background:** The oral contraceptive pills or combined oral contraceptives (COCs) have many potential side effects including changes in libido. However, their mechanisms of action on sexual desire are unclear. In clinical practice, women using COC frequently report a decrease in their sexual desire.

**Objective:** To explore the perceptions of women who experienced a change in their sexual desire during the COC use.

**Method:** A qualitative study with 13 semi-structured interviews was conducted. The participants were consulted in the family planning of the University Hospital Center of Tours, and declared they have experienced a change in their sexual desire between a COC use period and a non-hormonal contraceptive period. Thematic content analysis and construction of a model.

**Results:** The choice of a contraceptive method was based on multiple factors. Every definition of sexual desire was different. Its main influencing factors were physical, psychological and related to the hormonal cycle. Side effects felt during the COC use have influenced many determining factors of sexual desire. This assessment of sexual desire during the COC use led to conflicting results depending on the participating women, with variability over time. Their couple and their quality of life have been affected by these changes in sexual desire.

**Conclusion:** These changes in sexual desire during the COC use seem related to psychological, physical and hormonal factors, more or less highly influenced by the pill intake. The way of this modification, its intensity, and its variations over time are unique to each woman and can not be predicted. It is up to the prescribers to be attentive to their patients about it.

**Keywords:** sexual desire ; libido ; combined oral contraceptives ; oral contraceptive pill ; side effects ; female sexuality ; qualitative study

# TABLE DES MATIERES

<b>Abréviations .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>Matériel et méthode .....</b>	<b>14</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>17</b>
Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens .....	17
Analyse thématique .....	19
1. Choix contraceptif et déterminants .....	19
2. Représentations du désir sexuel et de ses déterminants .....	23
3. Effets indésirables des contraceptions (excepté sur le désir sexuel) .....	27
4. Evaluation du désir sexuel selon la contraception et fluctuations dans le temps .....	32
5. Retentissements des modifications du désir sexuel et des effets indésirables des contraceptions .....	36
<b>Discussion .....</b>	<b>41</b>
A propos de la méthode .....	41
A propos des résultats .....	43
<b>Conclusion.....</b>	<b>52</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>53</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>55</b>
Annexe 1 : Trame d'entretien .....	55
Annexe 2 : Arbre thématique .....	58

# ABREVIATIONS

COC : Contraceptifs Oraux Combinés (ou pilules oestro-progestatives)

EE : Ethinylestradiol

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FSFI : Female Sexual Function Index

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH: Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéinisante

SHBG : Sex Hormone-Binding Globulin

SOPK : Syndrome des Ovaires Poly-Kystiques

# INTRODUCTION

Les pilules oestroprogestatives, aussi appelées contraceptifs oraux combinés (COCs) existent depuis 1960, date de commercialisation de la première pilule ENOVID®[1]. Aujourd'hui, la plupart des COCs sur le marché contiennent de l'éthinylestradiol (EE) et un progestatif, le lévonorgestrel étant le plus courant. Bien que les hormones de synthèse utilisées aient beaucoup changé en 55 ans d'existence, le mode d'action des pilules oestroprogestatives reste le même [2]. La question de leurs effets indésirables a émergé peu de temps après leur arrivée sur le marché. Elle concernait initialement la prise de poids, les vertiges, les nausées, les accidents thrombo-emboliques. Il y avait aussi une inquiétude quant à l'impact négatif ou positif de la pilule sur le fonctionnement sexuel féminin, risquant de conduire à « l'anarchie sexuelle » comme s'interrogeait le journal U.S. News and World Report en 1966 [3].

La pilule oestroprogestative est de loin la méthode contraceptive la plus utilisée de nos jours en France. En 2013, elle représentait 34% des femmes concernées par la contraception (41% d'utilisatrices de pilules au total en y ajoutant les pilules de type micro-progestatives) [4]. Ses principaux effets indésirables reconnus ( $\geq 1/100$ ) sont les nausées et douleurs abdominales, l'acné, les douleurs mammaires, les troubles des règles y compris l'aménorrhée, la modification du poids (à la hausse comme à la baisse), les vaginites et mycoses vaginales, les modifications de l'humeur, et les troubles de la libido [5].

Le désir sexuel ou libido est un sentiment individuel particulier correspondant à la perception du besoin de satisfaction sexuelle. Il présente des caractéristiques physiques, cognitives, émotionnelles, et interpersonnelles. Il est vécu par les femmes comme très agréable en tant que tel et n'ayant pas nécessairement besoin de conduire à l'initiation d'une activité sexuelle [6-8].

Proportionnellement aux autres effets indésirables, peu d'études se sont intéressées à l'impact des COCs sur le désir sexuel des femmes depuis 1960. Burrows LJ et al. en 2012 [1] et Pastor Z et al. en 2013 [8] ont réalisé les deux revues majeures de la littérature sur le sujet. Les résultats étaient très contradictoires selon les études incluses. Elles mettaient en évidence tantôt une action négative des COCs sur le désir sexuel et le fonctionnement sexuel, tantôt une action positive. En outre, beaucoup d'entre elles ne mettaient en évidence aucun changement du désir sexuel rapporté par les participantes.

Parmi les modes d'actions avancés pour expliquer ces modifications du désir sexuel, il y a la diminution des taux circulants de testostérone libre et totale sous COC [9]. En effet, la testostérone est une hormone connue pour être liée au désir sexuel. Cette baisse des taux de testostérone est en rapport d'une part avec la diminution de sa production ovarienne et surrénalienne, consécutive à l'inhibition de la sécrétion de LH hypophysaire par les oestroprogestatifs. D'autre part, elle est liée à l'augmentation de la production de sex hormone-binding globulin (SHBG) induite par les oestrogènes. La SHBG inactive l'action de la testostérone en se liant à elle. Son augmentation participe donc elle aussi à la baisse de la testostérone biodisponible, qui est la forme biologiquement active de la testostérone (forme libre et forme liée à l'albumine) [10].

D'autres modes d'actions sont aussi évoqués pour expliquer la modification du désir sexuel sous COC à la hausse comme à la baisse. On retrouve parmi eux la possible baisse de la lubrification vulvo-vaginale (source de dyspareunies), l'effet positif de la diminution des symptômes gynécologiques bénins (dysménorrhées, règles abondantes...), voir un effet éventuel sur la sensibilité vestibulaire et les

vestibulodysfonctions. Ces autres modes d'action supposés n'ayant pas été clairement prouvés dans la littérature.

L'hypothèse de facteurs psycho-sociaux influencés par la pilule est aussi avancée. Ces derniers semblent agir sur le désir sexuel indépendamment de l'effet hormonal strict des oestroprogestatifs. Ces facteurs psycho-sociaux tels que le rôle du partenaire, la qualité de la relation de couple, le bien-être global, ou encore l'image du corps et l'estime de soi, semblent pouvoir surpasser l'effet hormonal négatif supposé de la pilule sur le désir sexuel.

A notre connaissance et au moment de la réalisation de ce travail, aucune méta-analyse de grande ampleur n'a été menée sur le sujet. L'importance relative des différents facteurs (hormonaux et psycho-sociaux) influençant le désir sexuel reste quant à elle inconnue. De même, les liens entre ces différents facteurs et la pilule oestroprogestative ne sont pas tous bien élucidés, et certains ont été peu étudiés. Hormis quelques études sur de faibles échantillons de femmes [11], les grandes publications sur le sujet se limitent à une mesure quantitative du désir sexuel féminin (ou du fonctionnement sexuel) sous COC. Les retentissements sur le couple et la qualité de vie des femmes de cette possible modification de leur désir sexuel ne sont pas connus.

Au cours de la pratique clinique quotidienne de consultations de contraception, il est fréquent que des patientes rapportent une baisse de leur désir sexuel sous COC. Cette baisse peut se manifester à l'initiation d'une contraception par pilule, ou inversement par une augmentation de leur désir sexuel à l'arrêt de celle-ci. L'augmentation du désir sexuel sous pilule n'est, quant à elle, pratiquement jamais rapportée. De façon similaire, de nombreux articles de presse féminine grand public mettent en cause l'effet de la pilule sur la libido des femmes [12-13]. Cette observation clinique empirique était en contradiction avec les résultats des principales études sur le sujet vus précédemment.

L'objectif de ce travail était d'explorer les perceptions des femmes ayant ressenti une modification de leur désir sexuel entre une période de contraception par pilule oestroprogestative et une période de contraception non hormonale (stérilet au cuivre, préservatif, ou méthode naturelle).

# MATERIEL ET METHODE

## Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée.

## Population étudiée et recrutement

La population étudiée était celle des femmes de 18 ans et plus non ménopausées consultant dans le secteur orthogénie du service de gynécologie du CHRU de Tours. Pour participer, elles devaient avoir ressenti une modification de leur désir sexuel entre une période de contraception par pilule oestroprogestative et une période de contraception non hormonale (stérilet au cuivre, préservatif, ou méthodes naturelles). Les patientes n'ayant ressenti aucun changement de leur désir sexuel entre ces deux périodes contraceptives étaient donc exclues.

Les médecins du service avaient pour consigne de poser systématiquement la question suivante à chaque patiente majeure et non ménopausée vue en consultation : « Avez-vous ressenti un changement de désir sexuel selon votre mode de contraception ? ». En cas de réponse positive, il leur était posé deux autres questions : « Accepteriez-vous de participer à une étude sur le sujet faite par un collègue médecin qui a travaillé dans le service ? Si oui, acceptez-vous qu'il vous rappelle pour fixer un rendez-vous pour un entretien sur le sujet selon vos disponibilités ? ». Les médecins devaient essayer de ne pas rentrer dans la discussion sur le sujet afin de ne pas délivrer d'informations qui auraient pu influencer le recueil des données au cours de l'entretien ultérieur.

Les coordonnées des patientes acceptant de participer à l'enquête ainsi que leurs caractéristiques principales étaient recueillies par les médecins recruteurs. Ces caractéristiques étaient confirmées en détails à la fin de chaque entretien individuel. Un mode de recrutement inattendu par effet boule de neige s'est rajouté au mode de recrutement initial dans le service d'orthogénie. Il a permis d'accroître encore la variation de l'échantillon.

L'échantillon a été construit progressivement en sélectionnant les patientes recrutées dont les caractéristiques étaient les plus diversifiées. C'est un échantillonnage de type raisonné. Cette diversité visait à obtenir la plus grande variation possible de témoignages afin de faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

La variation maximale était recherchée selon les caractéristiques suivantes des participantes :

- Age
- Niveau d'études
- Statut relationnel (célibataire ou en couple)
- Avec ou sans enfant
- Contraception actuelle (pilule oestroprogestative ou non hormonale)

Les participantes étaient contactées par voie téléphonique par l'enquêteur pour fixer un rendez-vous pour l'entretien. Des informations sommaires sur l'objectif de ce travail et sur les modalités pratiques de l'entretien leur étaient également données.

Au cours des premiers entretiens, il est apparu que certaines participantes avaient été mal recrutées. Certaines ne déclaraient plus avoir ressenti de modification de leur désir sexuel une fois en entretien alors qu'elles le déclaraient en consultation avec les médecins recruteurs. Il a donc été décidé de révéifier systématiquement les critères d'inclusion des participantes lors de l'appel pour fixer le rendez-vous de l'entretien. Cette double vérification a permis d'éviter de réaliser de nouveaux entretiens non exploitables. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation (ou suffisance) des données.

## Méthode de recueil

Le recueil des données a été réalisé par entretiens individuels semi-structurés en face à face avec les participantes. Les entretiens par téléphone ont été écartés car jugés mal adaptés au sujet de ce travail. En effet, la communication non-verbale a joué un rôle important au cours des entretiens. L'ensemble des entretiens a été réalisé par un enquêteur unique, médecin généraliste remplaçant.

La trame d'entretien (**annexe 1**) a été élaborée à partir des hypothèses des chercheurs et des données de la littérature. Elle a été au préalable testée auprès d'une femme non médecin connue de l'enquêteur. La trame d'entretien se composait de questions ouvertes et de relances.

Chaque entrevue débutait par une présentation non enregistrée de l'enquêteur et du sujet d'étude, ainsi que des principes de l'entretien individuel. L'entretien débutait ensuite par une question dite « brise-glace » sans rapport avec la sexualité et faisant appel aux différentes expériences contraceptives des interviewées. Le terme « désir sexuel » a été préféré au terme « libido ». En effet, ce dernier correspond dans le langage courant à une définition plus large de la sexualité et non seulement au désir sexuel. Au cours de l'entretien, les questions devenaient plus précises sur certains aspects du sujet. Cette trame était susceptible d'être modifiée après chaque entretien. Seules certaines tournures de questions ont été modifiées pour les rendre plus compréhensibles en fonction du niveau d'études des interviewées. Des relances ont été ajoutées au fur à mesure des entretiens pour détailler certains thèmes.

Cinq thèmes principaux ont été abordés :

- Histoire contraceptive et effets secondaires généraux des contraceptions
- Définition du désir sexuel et déterminants identifiés
- Ressenti psychologique et évolution du désir sexuel
- Ressenti physique en rapport avec la sexualité selon la contraception utilisée
- Retentissements sur le couple et la qualité de vie

Des écarts à la trame pouvaient être faits pour orienter et adapter l'entretien selon les réponses de l'interviewée. L'enquêteur devait adopter une posture d'écoute empathique afin de mettre à l'aise la participante, et ne pas perturber l'entretien par ses opinions personnelles. Tous les entretiens se terminaient par une série de questions courtes fermées permettant de recueillir les caractéristiques sociodémographiques de l'interviewée.

Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones numériques après accord écrit des participantes. L'anonymat des entretiens et la confidentialité des données

recueillies étaient eux aussi garantis par cet accord écrit. Les entretiens étaient ensuite retranscrits intégralement sous la forme de verbatims. Un numéro était attribué à chaque participante précédé de la lettre « P » (exemple : « P8 » pour la 8<sup>ème</sup> participante interviewée). Les données non verbales (hésitations, silences, rires, soupirs...) ont aussi été retranscrites.

## **Analyse des données**

Une analyse thématique du contenu de chaque entretien a été réalisée manuellement par l'unique chercheur. Les verbatims ont été découpés en mots, groupes de mots, phrases ou expressions appelés codes et correspondant à des unités de sens. Les données non verbales ont aussi été codées. Le codage a été réalisé en ouvert car le chercheur n'avait pas d'hypothèse préalable sur le contenu thématique. Les codes similaires ou apparentés étaient regroupés en thèmes pour être catégorisés. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien, d'autres sont apparus au cours du codage. Ces thèmes étaient ensuite organisés en sous thèmes. Une arborescence a été construite avec les thèmes et sous thèmes, réalisant un arbre thématique. Dans cette étude, la thématisation était continue, c'est-à-dire que chaque entretien était analysé linéairement du début à la fin. Ceci a permis une identification progressive et exhaustive des thèmes. Enfin, après l'analyse thématique de contenu, la mise en lien des idées entre les différentes catégories a permis d'aboutir à la construction d'un modèle de compréhension du sujet.

La méthode de codage a été supervisée par le Docteur Cécile Renoux, qualifiée en recherche qualitative. Aucune triangulation supplémentaire des données, ni de validation ultérieure par les interviewées n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire.



# RESULTATS

## Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Le recrutement s'est effectué sur une durée de quatre mois, de juin à septembre 2015. Au total 29 femmes ont été recrutées : 20 par les médecins du service d'orthogénie du CHU de Tours et 9 par effet « boule de neige ». 11 d'entre elles n'ont pas répondu aux appels téléphoniques et messages laissés sur leur répondeur ou n'ont pas souhaité réaliser l'entretien. 3 ont été exclues lors de la deuxième vérification par voie téléphonique car elles ne respectaient pas un des deux critères d'inclusion. 2 patientes n'avaient pas de disponibilité pour venir réaliser l'entretien.

Au final, 13 entretiens ont été conduits. Il a été décidé à posteriori d'exclure deux entretiens du codage final et de la catégorisation des codes (P3 et P4). En effet, l'enquêteur s'est aperçu en cours d'entretien que ces deux participantes ne respectaient pas les critères d'inclusion et avaient été mal recrutées. Ces deux participantes sélectionnées par erreur ont conduit à un renforcement de la vérification des critères d'inclusion. Ceci était détaillé dans la section méthode.

Le premier entretien a eu lieu le 26 juin 2015 et le dernier le 21 septembre 2015. Tous les entretiens sauf un seul se sont faits de visu dans le service d'orthogénie du CHU de Tours. Ce dernier a eu lieu dans un cabinet de médecine générale où remplaçait l'enquêteur, pour des raisons de commodité pour la participante. La durée des entretiens codés allait de 12 à 23 minutes (moyenne 17 minutes).

La saturation (ou suffisance) des données a été atteinte au dixième entretien et confirmée au codage du onzième.

À la fin de certains entretiens, l'enquêteur a répondu à des questions des interviewées sur le sujet. Les interviewées ont alors parfois exprimé des idées nouvelles non abordés durant l'enregistrement, qui ont elles aussi été codées.

Les principales caractéristiques de l'échantillon figurent dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon**

Participant (n=13)	P1	P2	P3 (exclue codage)	P4 (exclue codage)	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total n/13
<b>Age</b>														
18-23 ans		22		23		23	23		21	21				n=6
24-29 ans	29		29		27								24	n=4
30 ans-Ménopause								30			47	37		n=3
<b>Niveau d'études</b>														
< BAC			X								X			n=2
BAC à BAC+2						X		X	X	X		X		n=5
> BAC+2	X	X		X	X		X						X	n=6
<b>Statut relationnel</b>														
Célibataire	X	X										X		n=3
Couple			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	n=10
<b>Avec ou sans enfant</b>														
0	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	n=10
1 enfant ou plus			X								X	X		n=3
<b>Contraception actuelle</b>														
Pilule oestroprogestative	X				X	X		X					X	n=5
Non hormonale		X	X	X			X		X	X	X	X		n=8

## Analyse thématique

Cinq grands thèmes ont émergé de l'analyse des verbatims :

- Choix contraceptif et déterminants
- Représentations du désir sexuel et de ses déterminants
- Effets indésirables des contraceptions
- Evaluation du désir sexuel selon la contraception et fluctuations dans le temps
- Retentissements des modifications du désir sexuel et des effets indésirables des contraceptions

Les principaux codes de chaque thème et sous thème ont été illustrés par un extrait de la retranscription qui lui était la plus fidèle. Les extraits de verbatims étaient identifiés par la lettre « P » suivie du numéro correspondant à l'interviewée. Les lettres « DP » correspondaient à l'enquêteur (David Pragout).

Ces cinq thèmes et leurs sous-thèmes sont représentés sous la forme d'un arbre thématique en **annexe 2**.

### 1. Choix contraceptif et déterminants

#### 1.1 Représentations de la contraception et de ses enjeux

La très grande majorité des participantes (8/11) a estimé qu'**aucune contraception autre que le préservatif n'était nécessaire lors des périodes de célibat**.

*P11 : Je l'ai stoppée pendant 2 ans (Minidril©) [...] C'était pas parcequ'elle ne me convenait plus, c'était juste parce que je n'avais plus de partenaire !*

Ainsi, l'usage d'une **contraception** n'était considéré comme nécessaire que lors des **périodes de couple**.

*P10 : du coup, à chaque fois que j'ai commencé le préservatif... Et que je suis passé à la pilule... C'était surtout pour des... Pour des rapports sérieux, enfin pour des personnes sérieuses !*

Pour trois d'entre elles (3/8), la justification était que le **célibat** implique nécessairement l'**absence de rapports sexuels**.

*P2 : Non je suis célibataire, donc du coup pas besoin (de préservatifs)*

Le **préservatif** était perçu comme un **moyen de se protéger des IST**, notamment avec des partenaires occasionnels.

*P10 : du coup à chaque nouveau partenaire, j'utilise un préservatif au début avant de faire les tests IST !*

Le **préservatif** n'était pour autant **pas reconnu comme un moyen contraceptif** en tant que tel par quatre participantes (4/11).

*P11 : Je n'en ai plus depuis 1 mois, j'ai plus rien ! (de contraception) [...] Préservatifs parfois mais le plus souvent rien du tout !*

Pour la totalité des participantes (11/11), la **pilule oestroprogestative** était la **première contraception proposée par le corps médical ou demandée par la patiente** au début de sa vie contraceptive.

*P10 : c'est un peu le... Enfin le... le contraceptif classique [...] Du coup ça c'est un peu imposé naturellement*

Pour plus de la moitié d'entre elles (6/11), il n'y a **pas eu de remise en question de leur première contraception par COC**.

*P2 : du coup après je l'ai continué et je ne l'ai pas arrêtée, et je ne me suis même pas posé la question de changer de moyen de contraception après...*

Cependant, certaines participantes (3/11) ont aussi estimé que les **COCs** constituaient une contraception **potentiellement dangereuse pour leur santé**.

*P9 : j'avais l'impression que c'était un peu mauvais pour la santé...*

Deux des onze participantes (2/11) ont d'ailleurs signalé préférer une **méthode dite naturelle** pour leur contraception.

*P12 : J'étais sur la gestion de mon cycle, par méthode naturelle*

## **1.2 Motifs de prise d'une contraception**

La majorité des participantes (7/11) a déclaré que le **besoin contraceptif** était leur **unique motif d'utilisation d'une contraception**.

*P7 : c'était juste pour un moyen contraceptif*

Les **dysménorrhées** et les **problèmes d'acné** ont été les autres **motifs associés** à la prise d'une COC par les participantes restantes.

*P9 : il y avait un petit prétexte pour les règles trop abondantes et douloureuses... Mais le motif principal c'était la contraception !*

Une des participantes (1/11) a aussi déclaré prendre une COC dans le but de « **régulariser ses hormones naturelles** », qu'elles ne supportaient plus sans COC.

*P8 : C'est pour ça que je reprends une pilule parce qu'il fallait réguler quoi... Il faut rééquilibrer les choses quoi... [...] Vivement que la pilule fasse effet ! Qu'elle restabilise les choses... (Rires)*

L'idée que le **motif de prise** d'une contraception peut **varier au cours de la vie** a aussi été soulevée par une des participantes à l'étude (1/11).

*P12 : C'était l'acné ! Ce n'était pas pour un besoin de contraception [...] P12 : C'était pour un besoin contraceptif par contre à ce moment là !*

### 1.3 Les déterminants du choix contraceptif

Les déterminants du choix contraceptif étaient nombreux et variés :

- Les modalités pratiques de prise de la contraception
- Les effets indésirables supposés des contraceptions
- L'avis du médecin prescripteur
- L'avis de tiers
- La contraception du post-IVG
- Le rejet d'une contraception après avoir eu des effets indésirables

#### 1.3.1 Les modalités pratiques de prise de la contraception

Le fait de n'avoir **aucun médicament à prendre quotidiennement** était un facteur important dans le choix de la contraception pour la moitié des participantes (5/11). Ces femmes là avaient donc favorisé le stérilet au cuivre, l'implant contraceptif, le préservatif, ou la Depoprovera®.

*P9 : j'ai utilisé le stérilet au cuivre parce que j'avais l'impression que la pilule c'était... une contrainte au niveau de... la prendre tous les soirs, y penser... [...] Et j'avoue que c'est mieux de plus y penser, parce que du coup là j'y pense plus du tout !*

Un autre intérêt des participantes pour ces contraceptions sans prise quotidienne, était de **diminuer le risque d'oubli de prise de la contraception**, et donc de grossesse non désirée.

*P5 : Je me demande si je ne suis pas passé à l'implant contraceptif au moment où c'est devenu sérieux avec mon compagnon, pour être sûre de ne pas oublier ma pilule... Je crois que c'était vraiment ça la motivation...*

Inversement et paradoxalement, une des interviewées (1/11) avait choisi la **COC pour sa facilité d'arrêt en cas de désir de grossesse**.

*P5 : j'me dis ben si je veux arrêter la pilule... ben ce sera plus facile... Je suis pas obligée de passer chez le gynéco avant de vouloir tomber enceinte ! (rires)*

#### 1.3.2 Les effets indésirables supposés des contraceptions

Les **effets indésirables supposés** des différents contraceptifs comptaient aussi au moment du choix chez plus d'un quart des participantes (3/11).

*P1 : je me suis rendue compte en lisant les effets secondaires dans la notice que ça pouvait venir de la pilule donc j'ai décidé de changer*

#### 1.3.3 L'avis du médecin prescripteur

Pour la majorité des interviewées (7/11), l'avis du médecin prescripteur était **important voir décisif dans le choix contraceptif**.

*P12 : C'est en discutant avec le gynéco que j'en suis arrivée à cette décision de passer sous Trinordiol®.*

Cet avis du médecin prescripteur s'appuyait pour plusieurs d'entre elles sur leurs **contre-indications** à certains contraceptifs ou sur les **recommandations de prescriptions** des contraceptions

*P7 : elle m'a dit que comme c'était une pilule de 3ème génération elle préférait que je change... Et après j'ai eu Leeloo GÉ©*

#### 1.3.4 L'avis de tiers

L'importance de l'avis de tierces personnes été évoquée chez plusieurs participantes (4/11). Ce tiers pouvait être aussi bien une **amie féminine**, le **partenaire** ou un **membre de la famille** (parents ou sœur).

*P10 : Une copine à moi avait l'implant contraceptif, je trouvais que c'était pratique, que c'était pas mal !*

#### 1.3.5 La contraception du post-IVG

Dans ce contexte contraceptif particulier, les interviewées rapportaient avoir souhaité une contraception **efficace rapidement**, ne nécessitant **aucune prise quotidienne**, voir **définitive** (stérilisation tubaire).

*P11 : Et là je suis tombée enceinte... Donc euh... IVG... (gêne importante) Et du coup j'ai voulu une solution radicale ! Donc euh je pensais me faire ligaturer les trompes [...] Ben déjà qu'il y avait un laps de temps avant que cela soit efficace (3 mois), qu'il fallait y réfléchir... Et moi je voulais vraiment quelque chose euh... Tout de suite !*

#### 1.3.6 Le rejet d'une contraception après avoir eu des effets indésirables

La moitié des participantes (5/11) exprimaient un **rejet des COCs consécutif à des effets indésirables** mal tolérés de toutes natures. Trois d'entre elles (3/5) rejetaient aussi l'idée de reprendre une **contraception hormonale quelle qu'elle soit**.

*P13 : C'est plus parce que ça m'avait vraiment mis le moral à zéro... C'est plus au niveau du moral que je voulais arrêter... (Gêne) [...] Mais moi en tout cas je veux plus la prendre hein ! (Rires) Je reste au stérilet au cuivre, je prendrai plus de pilule !*

Ce même sentiment de rejet après avoir eu des effets indésirables a été retrouvé chez certaines utilisatrices de **stérilet au cuivre** ou d'**implant contraceptif**.

*P12 : Je l'ai pas fait reposer (stérilet au cuivre), non... J'ai pas eu envie de recommencer... [...] Il y avait des odeurs terribles avec l'infection... Des pertes de sang énormes... Et puis euh... Voilà ! Et puis mon partenaire me disait que ça le dérangeait... Il sentait les fils...*

## **2. Représentations du désir sexuel et de ses déterminants**

### **2.1 Représentations du désir sexuel**

#### **2.1.1 Définitions du désir sexuel**

**Définir le désir sexuel a été une difficulté** pour la totalité des participantes. Soit parce qu'elles **n'arrivaient pas à la retranscrire en mots**, soit parce que cela entraînait une **gêne importante à son évocation**.

*P2 : C'est bizarre à décrire...*

Dans la formulation de la question il était demandé aux participantes de donner leur définition personnelle du désir sexuel, et non une définition convenue. **Toutes les réponses ont donc été différentes**. A l'exception d'une participante qui n'a pas su répondre à la question, l'ensemble des interviewées a défini le désir sexuel comme un **ressenti physique et psychologique particulier**.

*P2 : En fait il y a des moments où j'ai vraiment l'impression d'avoir un couteau dans le ventre... Enfin d'avoir vraiment mal à l'estomac, vraiment partout, enfin... Une tension de fou, d'être hypertendue et... Ben limite ça me faisait mal quoi ! (Rires) J'étais vraiment sur les nerfs quoi*

Même si toutes les réponses étaient personnelles et différentes, la notion de **partage avec le partenaire** est revenue plusieurs fois.

*P7 : L'envie de partager quelque chose, euh... (Silence gêné) Euh... Voilà le fait de... de faire plaisir à l'autre... d'avoir du plaisir... Ouais, partager un bon moment quoi ! (rires gênés)*

La majorité des participantes (7/11) s'est **représentée** le désir sexuel **à travers un partenaire donné** ou uniquement dans le cadre d'une **relation de couple avec des sentiments amoureux**.

*P6 : Je dirais que c'est un instinct naturel euh... entre deux personnes qui s'aiment... Euhhh... Le terme « qui s'aiment » est important pour moi !*

#### **2.1.2 Distinctions hommes/femmes dans le désir sexuel**

En outre, des **distinctions** dans la manière de se représenter le désir sexuel **entre hommes et femmes** ont été évoquées (3/11).

*P9 : J'ai l'impression que c'est moins physique pour les femmes que pour les hommes (Gêne)*

#### **2.1.3 Place du désir sexuel dans la vie sexuelle**

Une des interviewées a exprimé qu'une **relation sexuelle nécessitait obligatoirement de ressentir du désir sexuel**.

*P8 : Enfin voilà on peut pas forcer quelqu'un qui n'a pas envie, voilà quoi ! Je vais pas faire semblant de faire l'amour pour lui faire plaisir, c'est quelque chose euh... Ça c'est un truc que je trouve important ! Faire l'amour, donner envie à l'autre et se donner envie à soi et tout ça, c'est ensemble quoi ! euh... On peut pas se dire « Bon ben aller je vais te faire plaisir... » euh... Et soi-même ne pas avoir de plaisir... Non... je trouve ça pas normal...*

Cependant, un tiers (4/11) des interviewées ont quant à elles exprimé qu'il **n'était pas forcément nécessaire** pour la réalisation d'un rapport sexuel.

*P6 : C'est plus pour faire plaisir à l'autre sachant que je sais que je vais me faire plaisir aussi, mais ça ne va pas être une démarche volontaire de ma part en fait...*

Trois d'entre elles (3/4) allaient jusqu'à évoquer une forme de « **devoir conjugal** ».

*P11 : Le sexe c'était vraiment pas une partie de plaisir j'ai envie de dire ! C'était peut-être plus une obligation...*

## 2.2 Déterminants du désir sexuel

De multiples facteurs déclenchant ou influençant le désir sexuel ont été identifiés :

- Les facteurs psychologiques
- Les facteurs organiques
- Les facteurs cycliques
- Les facteurs contraceptifs
- La grossesse et l'accouchement

### 2.2.1 Les facteurs psychologiques

**L'existence de facteurs psychologiques** agissant sur le désir sexuel a été rapportée par toutes les interviewées, à l'inverse d'autres déterminants.

La moitié d'entre elles (5/11) parlaient de **facteurs psychologiques en général** sans forcément les identifier en détails.

*P9 : Donc pour moi au final le désir sexuel c'est vraiment quelque chose de psychologique, comment on se sent dans sa tête quoi... Enfin il n'y a pas que ça ! Mais je pense que ça joue vachement !...*

Les principaux facteurs psychologiques identifiés par les participantes sont listés dans le tableau 2 ci dessous.

**Tableau 2 : Facteurs psychologiques influençant le désir sexuel**

Facteurs psychologiques	Exemples de verbatims
<b>Stress personnel ou professionnel (-)</b> (7/11)	<i>P8 : quand on a des soucis, forcément, on a pas forcément la tête à penser au sexe... [...] Et puis bon professionnellement pour moi en ce moment c'est un peu compliqué, donc forcément ça joue aussi sur le désir sexuel... Euh...</i>
<b>Thymie (+/-)</b> (6/11)	<i>P7 : en plus psychologiquement je déprimais un peu, du coup j'avais moins envie d'avoir des rapports sexuels...</i>



<b>Estime de soi physique (+/-)</b> (7/11)	<i>P2 : Je pense aussi que c'est en fonction de si on se sent bien dans son corps ou pas</i>
<b>Partenaire (+/-)</b> (11/11)	<i>P13 : Ben déjà le fait de trouver l'autre attirant !... [...] Moi c'est plus l'autre qui me donne envie de faire... D'avoir un rapport sexuel...</i>
<b>Etat de la relation de couple (+/-)</b> (5/11)	<i>P10 : Ben déjà euh... la relation qu'on a avec son partenaire ! Déjà ! Enfin pour moi je pense que c'est ça le plus important !... Voilà à l'instant « t », si ça se passe pas bien dans le couple, bon ben on va pas trop avoir envie de son partenaire...</i>
<b>Angoisse d'une grossesse non désirée (-)</b> (3/11)	<i>P7 : C'est pas comme quand j'étais plus jeune et que je n'avais pas de contraceptif, voilà il fallait toujours se demander « Bon on le fait, on le fait pas ?... Est-ce qu'on met une capotte ?... Est-ce qu'on n'en met pas ?... Etc... ». Maintenant je ne me pose plus la question donc c'est... c'est plus naturel, voilà c'est plus simple... Et du coup voilà...</i>

**L'importance de ces facteurs psychologiques semblait décisive** sur le niveau du désir sexuel pour certaines participantes (2/11).

*P9 : En fait pendant les deux premiers mois sous stérilet au cuivre ou c'était pas top, ça m'a stressé... Et du coup, enfin je pense que l'état psychologique ça influe dessus et ça fait un cercle vicieux qui fait que ça n'arrange pas la sexualité... Et à partir du moment où je me suis moins pris la tête avec ça, c'était mieux...*

## 2.2.2 Les facteurs organiques

La majorité des facteurs organiques rapportés par les participantes concernait des **symptômes gynécologiques bénins** (3/11).

L'on retrouve notamment le **syndrome pré-menstruel**, les **dysménorrhées** et **l'allongement de la durée des règles**.

*P8 : 15 jours de règles par mois forcément ça perturbe un peu les choses...*

Les **dyspareunies** et les **problèmes de lubrification** ont aussi été décrits comme impactant négativement le désir sexuel. Ces deux facteurs n'ayant cependant pas une origine uniquement organique.

*P7 : je pense que le fait qu'il y ait plus de substance, enfin de lubrification, du coup ça me faisait moins mal donc c'était plus agréable...*

## 2.2.3 Les facteurs cycliques

La variation du désir sexuel au cours du **cycle menstruel** est un facteur rapporté par plus d'un tiers des participantes (4/11).

*P12 : (long silence réflexif) Ben le cycle ! [...] Euh, selon la période du mois en fait je sais que j'ai des périodes ou je vais avoir du désir et d'autre... mais alors pas du tout...*

#### **2.2.4 Les facteurs contraceptifs (par effets « direct » et « indirect »)**

Les participantes ont cité la **contraception en général** comme facteur d'influence potentiel sur le désir sexuel (6/11). En effet, les critères d'inclusion dans cette étude impliquaient qu'elles aient toutes ressenti un changement du désir sexuel selon leur mode contraceptif (COC ou non hormonal).

*P10 : je serai tentée de dire le contraceptif ! Mais c'est pas quelque chose qui a un très gros effet pour autant... Ouais, voilà...*

Une participante (1/11) décrivait un effet vécu comme **directement lié à l'action hormonale de la pilule**.

*P13 : Mais pour Diane 35© oui, je pense qu'il y a eu un effet sur le désir sexuel...*

Cependant, d'autres participantes (3/11) décrivaient un effet sur le désir sexuel qui semblait plutôt lié aux **effets indésirables** de la contraception, ou d'**origine mixte (effets indésirables et effet hormonal direct)**.

*P2 : Après je sais pas si la baisse de désir était liée au fait que j'avais mal par conditionnement ou si c'était hormonal... Je pense qu'il y avait les deux en fait qui jouaient...*

#### **2.2.5 La grossesse et l'accouchement**

Une des interviewées (1/11) a décrit un changement dans son désir sexuel et sa sexualité en générale **après la grossesse et l'accouchement**.

*P12 : J'avais 33 ans au moment de l'accouchement, et là j'ai ressenti vraiment un changement dans ma sexualité entre avant grossesse et après grossesse, oui ! Bon déjà la période avant la grossesse et l'accouchement c'était... [...] Et puis euh... après l'accouchement euh... Ben c'est pareil, c'était bien meilleur ! (gêne) Ben plus de désir oui, toujours du désir, et plus de plaisir ! C'était... c'était très différent !... Même le corps avait d'autres réactions.*

### 3. Effets indésirables des contraceptions (excepté sur le désir sexuel)

#### 3.1 Effets indésirables sous COC

Les effets indésirables sous COC décrits par les interviewées ont été classés en trois catégories : effets indésirables **organiques**, effets indésirables **psychologiques**, effets indésirables **mixtes**.

Les **modifications du désir sexuel ressenties sous COC** sont quant à elles traitées dans le thème « Evaluation du désir sexuel selon la contraception et fluctuations dans le temps ».

##### 3.1.1 Effets indésirables organiques sous COC

Les principaux **effets indésirables organiques sous COC** abordés sont listés dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Effets indésirables organiques sous COC**

Effets indésirables organiques sous COC	Exemples de verbatims
<b>Diminution des dysménorrhées</b> (3/11)	<i>P1 : j'ai eu moins de douleurs pendant les règles quand j'ai commencé à prendre la pilule</i>
<b>Modification du poids (+ ou -)</b> (6/11)	<b>Prise</b> de poids (5/6) <i>P7 : j'avais pris trop de kilos avec la pilule</i>  <b>Perte</b> de poids (1/6) <i>P2 : Moi je n'avais pas pris de poids, ça m'a même fait maigrir en fait.</i>
<b>Acné (+ ou -)</b> (3/11)	<b>Aggravation</b> de l'acné (1/3) <i>P7 : j'avais beaucoup d'acné aussi...</i>  <b>Diminution</b> de l'acné (2/3) <i>P1 : l'acné avait déjà été réglé avec la première pilule, Belara©</i>
<b>Mycoses vaginales</b> (2/11)	<i>P2 : Euh... (gène) Sinon mycoses à répétitions</i>
<b>Mastodynies</b> (1/11)	<i>P13 : Des douleurs dans les seins...</i>

### 3.1.2 Effets indésirables psychologiques sous COC

La **modification de la thymie** sous pilule oestroprogestative a été un effet indésirable psychologique rapporté par plusieurs interviewées (5/11). Cette modification pouvait être aussi bien une **amélioration de la thymie** qu'une **dégradation de la thymie (dépression)**.

*P13 : Avant ça j'étais très bien, je prends la pilule je me retrouve à plat moralement... [...] Enfin je me sentais vraiment déprimée*

Cinq des onze participantes (5/11) ont aussi rapporté une **angoisse de l'oubli de pilule**, entraînant un risque de grossesse non désirée.

*P5 : le risque d'oubli ! (Rires) C'est ça que j'ai le plus ressenti, c'est plus là-dessus que ça me stress un peu quoi... Ça me stress plus de me dire « je vais peut-être l'oublier... », et ce même si j'associe la prise de ma pilule à des éléments forts pour m'y faire penser, j'ai quand même cette angoisse... Et d'ailleurs ça a déjà failli presque arriver donc bon...*

### 3.1.3 Effets indésirables mixtes sous COC

Les interviewées ont décrit plusieurs autres effets indésirables sous COC qui avaient à la fois une **composante organique** et à la fois une **composante psychologique**. Ils sont listés dans le tableau 4.

Ces effets indésirables de composantes mixtes sont **étroitement liés entre eux**. Par exemple les **dyspareunies** peuvent être **secondaires à une augmentation de la sensibilité vulvo-vaginale** sous COC, abaissant le seuil de la douleur mécanique provoquée lors des rapports.

*P2 : Donc c'est plus sensible mais en positif (depuis l'arrêt de la COC), parce qu'avant c'était sensible mais en douleur en fait...*

De façon similaire, la **modification de la lubrification vulvo-vaginale** a été décrite par plusieurs participantes (4/11) comme pouvant être la conséquence directe d'une **modification du plaisir sexuel et/ou du désir sexuel**, ou inversement.

*P6 : Peut-être moins de lubrification... Mais comme je vous dis ça rejoint le côté désir sexuel... S'il n'y a pas de désir il n'y a pas forcément de lubrification, donc euh... [...] je dirais que l'un ne va pas sans l'autre !...*

Au total, bien que chacun de ces effets indésirables mixtes correspondent à un symptôme spécifique, ils sont cependant tous **interdépendants**.

**Tableau 4 : Effets indésirables mixtes sous COC**

Effets indésirables mixtes sous COC	Exemples de verbatims
<b>Modification de la lubrification vulvo-vaginale (+ ou -)</b> (7/11)	<p><b>Diminution</b> de la lubrification (6/7)  <i>P7 : Ben j'étais toujours sèche en fait pendant la période où j'étais sous pilule ! En fait j'avais vraiment du mal à... (gêne) à mouiller...</i></p> <p><b>Amélioration</b> de la lubrification (1/7)  <i>P5 : j'étais plus lubrifiée que sous stérilet</i></p>
<b>Modification de la sensibilité vulvo-vaginale (+ ou -)</b> (4/11)	<p><b>Diminution</b> de la sensibilité (3/4)  <i>P1 : Oui plus de sensibilité sans la pilule qu'avec</i></p> <p><b>Augmentation</b> de la sensibilité (1/4)  <i>P9 : Peut-être que c'était plus sensible avec la pilule... Oui...</i></p>
<b>Diminution du plaisir sexuel</b> (2/11)	<i>P1 : quand j'ai fait la pause de ma pilule j'ai remarqué aussi que je prenais plus de plaisir pendant... (gêne) DP : Pendant les rapports sexuels ? P1 : Oui pendant les rapports sexuels... (bégalement) Comparé à quand je prenais Jasmine...</i>
<b>Dyspareunies</b> (2/11)	<i>P2 : Parce qu'au final sous pilule j'avais même mal en fait</i>

### 3.2 Effets indésirables sous contraceptions non hormonales

Tout comme avec la pilule oestroprogestative, de **nombreux effets indésirables** ont été rapportés au cours de l'utilisation des contraceptions non hormonales : le stérilet au cuivre et le préservatif.

Les **modifications du désir sexuel ressenties sous contraceptions non hormonales** sont quant à elles traitées dans le thème « Evaluation du désir sexuel selon la contraception et fluctuations dans le temps ».

### 3.2.1 Effets indésirables sous stérilet au cuivre

Parmi les onze participantes à cette enquête, six avaient déjà été porteuses d'un stérilet ou cuivre ou l'étaient encore. La majorité des effets indésirables décrits sous stérilet au cuivre été **d'origine organique** et sont représenté dans le tableau 5.

**Tableau 5 : Effets indésirables sous stérilet au cuivre**

Effets indésirables sous stérilet au cuivre	Exemples de verbatims
<b>Ménorragies</b> (4/6)	<i>P5 : j'avais des saignements abondants pendant mes règles</i>
<b>Sensation de corps étranger</b> (4/6)	<i>Chez la femme :</i> <i>P8 : depuis ce stérilet au cuivre, cette chose que j'avais dans mon corps qui n'était pas comme d'habitude m'a clairement perturbée, ça c'est sûr !</i>  <i>Chez l'homme :</i> <i>P9 : mon copain sentait le fil du stérilet...</i>
<b>Dyspareunies positionnelles</b> (3/6)	<i>P9 : Il y avait des positions sexuelles où ça me faisait mal...</i>
<b>Dysménorrhées et douleurs pré-menstruelles</b> (3/6)	<i>P8 : douleurs pré-menstruelles vraiment que je ne supportais plus... [...] Très très mal au moment des règles aussi...</i>
<b>Expulsion du stérilet</b> (1/6)	<i>P12 : je l'ai rejeté peu de temps après... [...] en fait il s'est décroché... Je l'ai expulsé...</i>
<b>Infection sur stérilet</b> (1/6)	<i>P12 : Il y a eu une infection</i>

### 3.2.2 Effets indésirables sous préservatifs

Un unique effet indésirable de **manque de praticité** du préservatif a été rapporté par une des onze participantes (1/11).

*P10 : Le préservatif ça nous convenait pas forcément... [...] En termes de praticité pour les rapports déjà je pense... C'était plus cool avec la pilule et sans le préservatif..*

### 3.3 Représentations des relations entre contraceptions et effets indésirables

#### 3.3.1 Complexité des effets indésirables des contraceptions

La majorité des interviewées (7/11) a reconnu que certains symptômes considérés comme des **effets indésirables** de leur contraception étaient en réalité **plurifactoriels** et ne pouvaient être attribués uniquement à leur contraception.

*P12 : Oui il y a eu une petite prise de poids quand je l'ai arrêté ! Mais après j'ai arrêté de fumer à la même période aussi... Alors bon euh... (Rires) J'ai dû prendre 3-4kg...*

Quatre des onze participantes (4/11) ont aussi eu l'impression d'une **relation entre la composition et le dosage** hormonal d'une pilule, et l'**intensité des effets indésirables** qu'elle provoque.

*P6 : Euh... Les différentes pilules que j'ai eu ont toutes eu des influences différentes, mais je sais que Leeloo Gé© c'est peut-être pas la pire, mais c'est pas non plus la meilleure !*

La notion de **variation interindividuelle des effets indésirables** d'une même contraception a été abordée par certaines interviewées (2/11).

*P13 : j'ai des copines qui supportent très bien la pilule, après euh... Peut-être que ça dépend des femmes ?...*

Enfin, la quasi-totalité des participantes (9/11) ont exprimé des **difficultés de mémorisation** de leurs contraceptions passées et de leurs effets indésirables respectifs.

*P5 : j'ai dû avoir Ludéal Gé... Mais ça commence déjà à faire 7-8 ans et je me souviens plus très bien ! (Rires) [...] enfin je crois que j'en ai eu une autre pilule avant Ludéal Gé... Mais je crois que j'avais eu un problème avec mais je sais vraiment plus ce que c'est ! Oui, au tout-tout-tout début j'ai dû avoir un petit « bins » avec cette contraception, dont je ne me souviens plus du tout...*

#### 3.3.2 Représentations du cycle hormonal

Plus de la moitié des participantes (6/11) évoquent une sensation de **dérèglement hormonal** selon leur mode de contraception (COC ou non hormonale).

Pour quatre d'entre elles ce fut **lors de la prise** d'une pilule oestroprogestative (4/6).

*P13 : J' imagine que c'est les hormones (de la pilule) qui me vont pas peut être...*

Cependant pour les deux autres participantes (2/6), ce fut à **l'arrêt de leur pilule** oestroprogestative qu'elles ont eu l'impression de ce dérèglement hormonal. Pour ces deux participantes, l'arrêt de leur COC a même été vécu comme « **insupportable** », imposant de fait sa reprise.

*P1 : J'ai fait une pause (de ma pilule) pendant 3 ou 4 mois, et... Insupportable, vraiment insupportable ! [...] Mes hormones allaient dans toutes les directions. [...] C'est pas la meilleure solution, mais je ne peux pas l'arrêter parce que je sais que ma peau (sous-entendu l'acné) et mes hormones ne vont pas suivre en fait... (Rires)*

## **4. Evaluation du désir sexuel selon la contraception et fluctuations dans le temps**

### **4.1 Evaluation du désir sexuel**

L'évaluation du désir sexuel réalisée par les participantes a été double. D'une part une **évaluation relative**, c'est à dire en comparant leur ressenti au cours d'une période sous COC versus leur ressenti au cours d'une période de contraception non hormonale (ou inversement). D'autre part une **évaluation en valeur absolue** du désir sexuel, si besoin à l'aide d'une échelle numérique simple allant de 0 à 10. Dans cette échelle le 0 correspondait à l'absence totale de désir sexuel, et le 10 à un désir sexuel considéré par comme maximal par la participante.

#### **4.1.1 Difficultés et questionnements liés à l'évaluation du désir sexuel**

La majorité des interviewées (7/11) a exprimé une **interrogation quant à l'origine de la modification du désir sexuel** ressentie entre période de contraception par COC et période de contraception non hormonale.

Certaines y voyaient un **effet hormonal direct** sous COC :

*P13 : Ben je sais que... euh... C'est des hormones la pilule... C'est pas forcément... naturel on va dire !... Donc je pense que ça doit être à cause de ça... [...] Peut-être des hormones qui... Je sais pas, qui me vont pas... Ou qui font que... ça entraine une baisse de désir ! Je sais pas trop, euh...*

D'autres pensaient que c'était **lié aux effets indésirables des contraceptions**, organiques ou psychologiques :

*P7 : je pense que c'était plutôt les effets secondaires qui étaient responsables de la baisse de désir sexuel... Parce que ben... oui parce que avec la prise de poids etc, ça fait que...*

Une interviewée a aussi évoqué des **facteurs simultanés extérieurs à la contraception** mais influençant également le désir sexuel. La modification du désir sexuel ressentie par cette participante là n'ayant finalement aucun rapport avec la contraception.

*P11 : Très honnêtement je pense que c'est plus lié à un effet psychologique ! Voilà, je pense que c'est plus ça...*

Cependant, la plupart supposait que cela résultait d'une **origine multiple : effets indésirables, effet hormonal direct, et facteurs simultanés extérieurs** à la contraception.

*P10 : au niveau de la pilule et du stérilet au cuivre, j'ai l'impression que... (Silence réflexif) En fait pour tout vous dire, je ne sais pas vraiment si la différence que j'ai pu ressentir au niveau de mon désir sexuel est dûe au contraceptif, ou aux relations que j'avais avec mon partenaire quand je prenais la pilule ou actuellement avec mon stérilet au cuivre ! Du coup c'est difficile de savoir si c'est le contraceptif ou la personne !*

En ce qui concerne **l'évaluation du « niveau » du désir sexuel** et de sa modification selon la contraception, certaines participantes (3/11) ont exprimé **plusieurs difficultés**. Notamment en cas de **faible expérience sexuelle, de désir**



**sexuel très bas**, ou alors en **situation de couple non stable**, la cotation quantitative ou qualitative du désir sexuel n'était pas réalisable.

*P7 : Moi personnellement je n'ai eu qu'un partenaire en fait depuis 9 ans, donc voilà je ne peux pas faire de comparatif... (Rires gênés)*

*P11 : Pendant 20 ans ça n'a pas été terrible... Le sexe c'était vraiment pas une partie de plaisir j'ai envie de dire ! C'était peut-être plus une obligation... Donc voilà... Du coup j'ai pas pu ressentir de variation de désir sexuel... (puisqu'il n'y en avait pas du tout)*

*P12 : Concernant mon désir sexuel, disons qu'à cette époque là je découvrais un peu la sexualité donc je ne sais pas trop... C'était dur de se rendre compte...*

#### 4.1.2 Evaluation du désir sexuel sous COC

Plusieurs participantes (5/11) ont décrit une **diminution** de leur désir sexuel sous COC.

*P6 : j'avais nettement moins de désir sexuel... (Gêne) [...] Ça m'a calmé quoi ! (Rires gênés)*

Cependant, d'autres participantes (2/11) ont décrit une **augmentation** de leur désir sexuel sous COC.

*P9 : j'ai l'impression qu'avec la pilule dans toutes les phases de mon cycle j'avais un peu plus de désir sexuel d'une façon générale...*

Ces deux catégories de participantes ont respectivement fait une **cotation basse sur échelle numérique simple** de leur désir sexuel (5/11) :

*P2 : je pense que j'étais à 0 ou 1 sur 10 ! (Rires)*

Puis **haute** (2/11) :

*P9 : avec la pilule je mettrai... (Long silence réflexif) 8/10 on va dire !*

Enfin, quatre participantes (4/11) sont allées jusqu'à parler d'**absence totale de désir sexuel** avec leur pilule oestroprogestative.

*P7 : J'avais plus de libido du tout...*

#### 4.1.3 Evaluation du désir sexuel sous contraceptions non hormonales

Pour deux participantes (2/11), le **stérilet au cuivre** a entraîné une **diminution** du désir sexuel voir son **absence totale**.

*P9 : j'avais moins envie de faire l'amour... [...] j'avais l'impression que je n'avais plus envie...*

A l'opposé, trois participantes (3/11) ont, elles, fait une **cotation haute** de leur désir sexuel sous stérilet au cuivre.

*P13 : Ben avec le stérilet, euh... (Silence réflexif) J'étais à 9-10/10 !*

De la même façon, certaines participantes décrivaient une **augmentation** du désir sexuel sous **préservatif ou méthode naturelle**, associée à une **cotation haute** sur échelle numérique simple (au total 3/11).

*P12 : Euh... (silence réflexif) Je pense que ça a augmenté, et euh... que ça reste présent, euh... Réactif ! Enfin voilà je pense que j'ai aucun problème de libido... [...] après l'avoir arrêté (la pilule), on est à... 9-10/10 !*

## 4.2 Fluctuations du désir sexuel dans le temps avec une même contraception

Certaines participantes (3/11) ont exprimé des **difficultés à évaluer les fluctuations de leur désir sexuel** au cours du temps lors de l'utilisation d'une même contraception.

*P6 : pour moi je vois parfois des différences, mais c'est pas la chose que je remarque en premier...*

### 4.2.1 Fluctuations du désir sexuel sous COC

**Au cours du cycle**, les interviewées ont eu des ressentis différents quant aux fluctuations de leur désir sexuel.

Six participantes ont ressenti une **stabilité du désir sexuel au cours du cycle** (6/11), alors que pour trois d'entre elles (3/6) ce n'était pas le cas avec une contraception non hormonale.

*P2 : Avant c'était tout le temps stable en fait ! (Gêne)*

En revanche, certaines interviewées (2/11) ont pour leur part perçu une **augmentation des fluctuations** du désir sexuel au cours du cycle.

*P10 : Du coup avec la pilule j'ai l'impression que c'était vraiment dépendant du cycle !*

Le **milieu du cycle et la phase lutéale** sont les périodes durant lesquelles les participantes rapportaient ressentir le plus de désir sexuel (4/11).

*P6 : je sais que ça m'arrive généralement en milieu-fin de plaquette de pilule, j'ai plus envie de faire l'amour qu'en début de plaquette ou après les règles... Ça je le remarque*

A l'échelle du **moyen et long terme**, deux des interviewées ayant ressenti une diminution du désir sexuel sous COC (2/5) ont décrit que ce phénomène était **apparu dès le début de son utilisation**, et que le niveau de désir sexuel était **resté bas mais stable** par la suite.

*P12 : Ah mais en fait j'avais pas du tout envie hein ! Pendant 4 ans à peu près euh... [...] et ce pratiquement dès le début...*

Une autre interviewée a quant à elle eut une **période de latence** avant de ressentir une diminution du désir sexuel.

*P13 : vers le 2ème-3ème mois de prise de pilule... [...] Ca ne l'a pas fait tout de suite au début de la prise de la pilule cet effet !*

### 4.2.2 Fluctuations du désir sexuel sous contraceptions non hormonales

Tout comme sous COC, les participantes ont eu des ressentis différents quant aux fluctuations de leur désir sexuel **au cours du cycle**.

Cinq interviewées ont ressenti une **stabilité** du désir sexuel au cours du cycle (5/11), alors que pour deux d'entre elles (2/5) ce n'était pas le cas lors de leur période de contraception par COC.

*P7 : sous stérilet au cuivre, en général c'est... Euh... On va dire 3 jours après la fin de mes règles et puis après c'est... c'est assez homogène sur le reste du cycle quoi...*

Une interviewée (1/11) a pour sa part perçu une **augmentation des fluctuations** du désir sexuel au cours du cycle.

*P10 : sous stérilet au cuivre j'ai l'impression que c'est un peu... Je vais avoir des périodes où j'ai envie, mais ça peut très bien être après les règles... comme au début... comme euh... Voilà quoi, c'est un peu plus aléatoire je dirais ! Alors qu'avec la pilule c'était un peu moins changeant, moi je le ressens comme ça !*

Le **milieu du cycle et la phase lutéale** sont les périodes durant lesquelles les participantes rapportaient ressentir **le plus de désir sexuel** (4/11)

*P8 : Ça m'arrivait d'être euh... D'avoir très envie pendant quelques jours... [...] on va dire 2 semaines avant mes règles là par contre euh... C'est là où j'avais le plus envie... Je dirais peut-être que c'était pendant la période de l'ovulation en fait !... Voilà, il y avait une espèce de période comme ça un peu folle...*

Enfin, certaines participantes (3/11) ont décrit une **diminution** de leur désir sexuel durant la **période pré-menstruelle et menstruelle**.

*P5 : juste avant ou au début de mes règles... [...] J'étais tout le temps à moitié déprimée, en train de commencer à pleurer pour un oui ou pour un non ! Donc c'est pas très favorisant*

A l'échelle du **moyen et long terme**, deux des interviewées ayant ressenti une augmentation du désir sexuel sous stérilet au cuivre (2/3) ont décrit que ce phénomène s'était **stabilisé à un niveau élevé** de désir sexuel, après une **période d'augmentation**.

*P7 : c'est stable quand même ! Oui, c'est stable après une période de montée du désir sexuel*

En outre, une autre participante (1/11) a quant à elle ressenti une **remontée de son désir sexuel** à long terme après une **baisse initiale sous stérilet au cuivre** dans un contexte d'effets indésirables importants.

*P9 : dans la période des deux premiers mois avec le stérilet au cuivre parce que j'avais l'impression que je n'avais plus envie... Et maintenant ça revient [...] Et puis là c'est de mieux en mieux j'ai l'impression...*

Une dernière participante (1/11) a pour sa part ressenti une **augmentation de son désir sexuel** à long terme après une **période de latence** dans les suites de son arrêt de pilule.

*P2 : car les premiers mois ça ne me faisait pas ça en fait... J'ai arrêté en septembre et je dirais que c'est depuis janvier-février en fait... (Soit 4-5mois après l'arrêt)*

## **5. Retentissements des modifications du désir sexuel et des effets indésirables des contraceptions**

### **5.1 Représentations des relations existantes entre contraceptions, modifications du désir sexuel, et retentissements potentiels**

La moitié des participantes (5/11) pensaient qu'il y avait une **relation étroite** entre **désir sexuel, qualité de vie sexuelle et générale**, et **état de la relation de couple**.

*P6 : ça a changé quelque chose à ma qualité de vie dans le sens où... où ben quand le sexe n'est pas stable, ben après le travail ne va pas... Enfin tout s'enchaîne !... Je dirais pas que le sexe c'est la base de la vie mais euh... En tout cas quand on est en couple c'est quelque chose qui est important quoi...*

Deux de ces participantes (2/5) avaient d'ailleurs sous-entendu que le **retentissement sur le couple** d'une diminution du désir sexuel féminin était **variable suivant l'importance que le couple portait à la sexualité en général**.

*P6 : Enfin moi je sais que c'est mon travail surtout ma priorité donc c'est pas forcément négatif cette situation*

Deux autres parmi ces participantes (2/5) ont pour leur part estimé qu'un **couple formé depuis plusieurs années était moins affecté** par une diminution du désir sexuel féminin qu'un couple fondé depuis peu.

*P7 : Ça fait 9 ans que je suis en couple donc bon (sourire)*

Une **cupabilité de la diminution de leur désir sexuel** associée à une **tentative de le dissimuler** a été exprimée par certaines interviewées (2/11)

*P8 : Moi je m'excusais par rapport à ça... euh...*

*P13 : Ça c'est pas trop-trop remarqué... Enfin moi je l'ai remarqué ! Mais je ne lui en ai pas parlé... C'est juste que du coup on se voyait moins, tout ça... [...] Enfin si à la fin il disait « Oui c'est bizarre tu as moins envie... », mais je lui répondais « Non-non c'est bon... »*

Plusieurs interviewées (4/11) ont rapporté que la **fréquence des rapports sexuels** dans un couple **variait dans le même sens (+ ou -) que le niveau du désir sexuel**, et ce quel que soit la contraception utilisée.

*P12 : Ah mais en fait j'avais pas du tout envie hein ! [...] C'était une fois par mois et ça me suffisait largement*

Deux interviewées (2/11) ont estimé que le **plaisir sexuel** durant un rapport variait lui aussi dans le **même sens que le niveau du désir sexuel**.

*P13 : Enfin bon après je trouve que quand on a moins envie, ben c'est... moins bien du coup pendant l'acte sexuel ! [...] J'étais moins enjoué, de... (gêne) de faire l'amour avec mon copain... Donc euh, oui peut être un peu moins de plaisir parce qu'on a moins envie... Donc euh, je pense que ça va avec !*

Concernant le **partenaire**, dans certains cas (1/11) **il ne s'apercevait pas de la modification** du désir sexuel chez sa compagne.

*P13 : Il ne m'en a rien dit, non ! Peut-être qu'il n'avait pas assez de recul dans la relation pour se rendre compte...*

Mais dans la plupart des cas **il s'en apercevait** (5/11).

*P8 : D'ailleurs mon conjoint me faisait la réflexion en fait ! « Ben dis donc, là t'as envie » etc...*

Face à une **diminution du désir** sexuel féminin, **plusieurs attitudes possibles du partenaire** ont alors été décrites par les participantes. Elles sont représentées dans le tableau 6.

**Tableau 6 : Réactions du partenaire face à une diminution du désir sexuel féminin**

Réactions du partenaire	Exemples de verbatims
<b>Attitude compréhensive</b> (3/5)	<i>P6 : Euh ben il comprend... Il est tout à fait compréhensif là dessus</i>
<b>Incompréhension</b> (3/5)	<i>P13 : Enfin si à la fin il disait « Oui c'est bizarre tu as moins envie... »</i>
<b>Lassitude</b> (1/5)	<i>P8 : il me disait « Oh la la, allez là c'est bon, j'en ai marre ! » Lui il trouvait que c'était long entre deux rapports sexuels, il en avait marre d'attendre...</i>
<b>Agressivité</b> (1/5)	<i>P7 : il y a eu des tensions à cause de ça au niveau... au niveau intime... Donc des fois il se demandait « Ouais pourquoi tu mouilles pas ?... T'es allée voir quelqu'un d'autre ?... » etc... (Rires gênés) Donc c'était un peu... Voilà quoi...</i>

L'**attitude du partenaire** dans cette situation n'était pas figée, elle pouvait **évoluer au cours du temps** (1/11).

*P8 : Euh... Alors par moment ça passait ! On va dire que par moment il me disait « bon ben ok » etc... [...] Et puis des fois il me disait « Oh la la, allez là c'est bon, j'en ai marre ! » Lui il trouvait que c'était long entre deux rapports sexuels, il en avait marre d'attendre... [...] Alors lui s'est posé la question au bout d'un moment « Ben t'as pas envie de moi ou t'as pas envie tout court ?... »*

## **5.2 Retentissements d'une modification du désir sexuel féminin et des effets indésirables spécifiques des contraceptions**

L'**impact lié à une modification du désir sexuel** durant une période contraceptive donnée **ne peut être dissocié de l'impact des effets indésirables** (positifs ou négatifs) liés à la contraception utilisée. Ces deux influences seront donc décrites comme ne formant qu'une seule entité.

### 5.2.1 Retentissements d'une modification du désir sexuel féminin et des effets indésirables sous COC

Ces retentissements étaient de deux ordres possibles :

- retentissements **sur le couple**
- retentissements **sur la qualité de vie**

Les **retentissements sur le couple** d'une modification du désir sexuel et des effets indésirables sous pilule oestroprogestative ont été aussi bien **positifs** que **négatifs** selon le sens des influences.

Certaines participantes (2/11) ont aussi estimé que malgré une modification du désir sexuel et des effets indésirables sous COC, le **retentissement sur leur couple était nul**.

*P10 : Globalement pas vraiment non... Non... Je m'y suis accommodée et puis ça c'est bien passé! Enfin il n'y a pas eu d'impact particulier, voilà ! [...] Ca n'a pas impacté plus que ça...*

Les **retentissements négatifs sur le couple** rapportés par les participantes (3/11) sont listés dans le tableau 7.

**Tableau 7 : Retentissements négatifs sur le couple d'une diminution du désir sexuel et/ou des effets indésirables sous COC**

Retentissements négatifs sur le couple sous COC	Exemples de verbatims
<b>Conflits/tensions dans le couple</b> (2/3)	<i>P7 : Ben quand par exemple j'avais pris trop de kilos avec la pilule, du coup euh... j'avais moins envie d'avoir des rapports sexuels parce que je me sentais moins bien dans mon corps... Donc j'avais pas envie de me déshabiller etc... qu'il me touche... euh... Enfin c'était un peu difficile... [...] il y a eu des tensions à cause de ça au niveau... au niveau intime...</i>
<b>Altération des rapports sexuels</b> (1/3)	<i>P7 : Du coup c'était euh... Des fois il fallait vraiment qu'on attende longtemps avant que ça vienne... (la lubrification) Et des fois quand on voulait aller plus vite et bien soit ça me faisait mal, soit c'était pas agréable... Du coup on faisait ça vite fait et voilà...</i>
<b>Echec de la relation de couple</b> (1/3)	<i>P2 : Ca plus le fait que j'avais pas de désir, euh... Je pense que je sais pourquoi mes relations se sont terminées assez rapidement quoi ! (rires)</i>

En outre, deux participantes (2/11) ont pour leur part rapporté un **retentissement positif sur leur relation de couple** durant leur période de contraception par COC.

*P5 : sur l'aspect sexuel et ben l'amélioration de la lubrification vaginale qui a fait que le rapport c'était mieux quoi... Il l'a ressenti aussi et m'a dit « t'es plus excitée » quoi...*

Tout comme pour les retentissements sur le couple, les **retentissements sur la qualité de vie** d'une modification du désir sexuel et des effets indésirables sous pilule oestroprogestative ont été aussi bien **positifs** que **négatifs** selon le sens des influences.

Pour une participante (1/11), les modifications du désir sexuel et les effets indésirables sous COC n'avaient eu **aucun impact sur sa qualité de vie**.

*DP : ces changements ont-ils eu un impact sur votre qualité de vie ou non ? P10 : Non, non-non vraiment pas !*

Un **retentissement négatif sur la qualité de vie** a été rapporté par plusieurs participantes **sous COC** (5/11).

*P6 : ça a changé quelque chose à ma qualité de vie dans le sens où... où ben quand le sexe n'est pas stable, ben après le travail ne va pas... Enfin tout s'enchaîne !...*

Enfin, une dernière interviewée (1/11) a quant à elle ressenti une **amélioration de sa qualité de vie sous COC**.

*P8 : Et le stérilet ben là ça va faire depuis 2 semaines et demie que je l'ai enlevé... Je reprends la pilule du coup depuis 2 semaines et demie... Je me sens bien !*

### **5.2.2 Retentissements d'une modification du désir sexuel féminin et des effets indésirables sous contraceptions non hormonales**

Ces retentissements étaient de deux ordres possibles :

- retentissements **sur le couple**
- retentissements **sur la qualité de vie**

Les **retentissements sur le couple** d'une modification du désir sexuel et des effets indésirables sous contraception non hormonale ont été **soit nuls soit négatifs**.

Une interviewée (1/11) a déclaré que sa contraception non hormonale et ses contraceptions en général, avec leurs effets indésirables, **n'avaient pas retenti** sur sa relation de couple.

*P10 : Globalement pas vraiment non... Non... Je m'y suis accommodé et puis ça c'est bien passé ! Enfin il n'y a pas eu d'impact particulier, voilà !... [...] Mais à part ça, entre pilule et stérilet au cuivre ça se passe bien et voilà ! Ça n'a pas impacté plus que ça...*

Deux interviewées (2/11) ont elles eu des **retentissements négatifs sur leur couple** d'une diminution du désir sexuel sous contraception non hormonale et/ou de ses effets indésirables.

*P8 : là avec le stérilet au cuivre ça a perturbé beaucoup de choses... Un froid par moment s'est installé entre nous... Une distance quoi !*

Les **retentissements sur la qualité de vie** d'une modification du désir sexuel et des effets indésirables sous contraceptions non hormonales ont été **positifs, négatifs ou inexistant**.

Pour deux participantes (2/11), les modifications du désir sexuel et les effets indésirables sous contraceptions non hormonales n'avaient eu **aucun impact sur leur qualité de vie**.

*P12 : je n'irais pas jusqu'à dire que j'ai gagné en qualité de vie non plus avec cette chose là... (Rires)*

Certaines interviewées (2/11) décrivaient pour leur part une **diminution de la qualité de vie sous contraceptions non hormonales**.

*P1 : Donc variation de qualité de vie : oui globalement, même un grand OUI parce que... (Gène) C'était invivable quand j'ai arrêté la pilule...*

Inversement, deux interviewées (2/11) ont elles ressenti une **amélioration de leur qualité de vie sous contraceptions non hormonales**.

*P2 : je me sens vachement mieux et hyper positive depuis l'arrêt de la pilule !! (Eclats de rires) Donc oui je ne sais pas comment ça fonctionne ou ce qui s'est passé, mais ça a beaucoup joué.*



# DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des femmes ayant ressenti une modification de leur désir sexuel entre une période de contraception par pilule oestroprogestative et une période de contraception non hormonale (stérilet au cuivre, préservatif, ou méthode naturelle). Les représentations qu'avaient les participantes du désir sexuel et de ses déterminants ont été recueillies. Leur ressenti physique et psychique accompagnant ces deux périodes contraceptives a aussi été étudié. Il a permis de mettre en évidence qu'une modification du désir sexuel sous une contraception donnée ne se conçoit qu'en association avec le cortège d'effets indésirables liés à la contraception utilisée.

Ces données participent à une meilleure compréhension des modifications du désir sexuel sous pilule oestroprogestative, et donc à une meilleure prise en compte par les médecins prescripteurs de contraceptions.

## A propos de la méthode

Le choix de la méthode qualitative était le plus adapté pour répondre à cet objectif. Elle permet de décrire en détails le ressenti et les opinions d'un échantillon sur un thème donné, de faire émerger et de tester des hypothèses. C'est donc une approche exploratoire qui a été choisie pour ce sujet dont la grande majorité des données bibliographiques est issue de recherches quantitatives. Les entretiens semi-dirigés ont été préférés à la réalisation de focus groups pour éviter un effet leader d'opinion. En outre, des informations délicates et personnelles étant recueillies sur la sexualité des participantes, cette méthode aurait pu limiter l'expression de leur ressenti sur le sujet.

Le recrutement des patientes dans un unique lieu peut constituer une faiblesse pour cette étude. En effet, le profil des patientes consultant dans un service d'orthogénie est assez homogène. Il s'agit le plus souvent des femmes jeunes avec un faible niveau d'études et un bas niveau socio-économique. Pourtant, une seule participante avait un niveau d'études inférieur au BAC parmi les onze retenues pour le codage final des données. Une hypothèse pour expliquer ce sous-recrutement dans cette catégorie de la population serait que ces femmes conceptualisent moins autour de la sexualité et du désir sexuel que celles avec un niveau d'études plus élevé. De même, un gradient croissant dans la richesse des données issues de chaque entretien a été observé entre les femmes d'un niveau d'études inférieur au BAC et les femmes d'un niveau d'études supérieur à BAC+2. Plus le niveau d'études de la participante était élevé et généralement plus les données issues du codage semblaient nombreuses et complexes. Cependant, il est aussi apparu au cours des entretiens une réelle difficulté à verbaliser autour des notions de désir sexuel, de ses déterminants, ou des retentissements de sa modification pour les participantes avec le plus faible niveau d'études. Leur faible proportion parmi les patientes recrutées provient donc probablement plus de difficultés de verbalisation que d'une absence d'interrogation sur ces questions là.

Une autre catégorie peu représentée est celle des femmes célibataires. Seulement trois participantes se déclaraient comme « célibataires » sur les onze interviewées dont les verbatims ont été codés. Leur faible présence peut provenir du fait qu'elles se représentent moins le désir sexuel que celles en couple. En effet, il a été observé dans le codage des données que la majorité des participantes se représentait le désir sexuel

uniquement à travers un partenaire donné ou dans une relation de couple. Ceci est en accord avec les données de la littérature sur le sujet [7].

Enfin, une dernière catégorie sous-représentée est celle des femmes avec enfants (deux participantes). Une explication pourrait ici provenir du changement important dans la vie sexuelle accompagnant l'accouchement et l'arrivée d'un enfant dans un couple, tel que décrit par l'une des participantes à l'étude (P12). Ce changement de mode de vie étant souvent suivi d'un changement du mode contraceptif en post-couche, cela pourrait éclipser un effet positif ou négatif du contraceptif sur le désir sexuel.

Des consignes de recrutement sélectif pour les médecins du service d'orthogénie envers les profils de patientes les moins recrutées ont permis de limiter la sous-représentation dans ces trois catégories. De plus, le nombre important de patientes recrutées (29) a permis de constituer un échantillon hétérogène jugé comme suffisamment représentatif de la population étudiée.

Un seul et même enquêteur a réalisé tous les entretiens, ce qui a pu entraîner un biais de suggestion. Ses hypothèses préalables sur le sujet ont pu transparaître dans la formulation des questions. En outre, le fait que l'enquêteur soit un homme a pu gêner certaines participantes pour parler d'un sujet aussi personnel que leur sexualité. Là encore, cela a pu empêcher certaines d'entre elles de s'exprimer complètement. Faire réaliser un ou plusieurs entretiens par une enquêtrice de sexe féminin aurait pu permettre de contourner ce biais. Cependant, le fait que tous les entretiens soient réalisés par un unique enquêteur a eu l'avantage de réduire l'effet d'instrumentation.

Avant de commencer l'entretien, il était expliqué à chaque participante qu'il n'y avait pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse à donner, et que le but de cette étude était d'obtenir leur témoignage le plus sincère possible, formulé avec leurs propres mots. De plus, l'instauration d'un climat de confiance et d'empathie, ainsi que la garantie de la confidentialité ont contribué à la verbalisation libre et sincère des interviewées.

Il s'agissait d'une étude exploratoire, le guide d'entretien a donc balayé les thèmes susceptibles d'avoir un rapport avec la modification du désir sexuel ressenti selon la contraception, mais a laissé aussi une part à l'inattendu. Les données recueillies étaient très riches, témoignant d'une technique d'interrogatoire adaptée, mais peut-être d'une trame d'entretien un peu longue. La durée moyenne des entretiens était satisfaisante.

Certains souvenirs anciens, notamment sur l'histoire contraceptive, étaient difficiles d'accès. Cela a pu engendrer un biais de mémorisation. Néanmoins, le ressenti en rapport avec une modification du désir sexuel a lui été clairement exprimé et ne semble pas avoir été affecté par ce possible biais de mémorisation, ce qui est une donnée rassurante.

La retranscription des entretiens et le codage ont été réalisés par l'enquêteur, peu expérimenté. Les données non verbales ont elles aussi été codées. La thématisation comprend une part de subjectivité de l'enquêteur, pouvant entraîner un biais d'interprétation. Ce biais d'interprétation aurait été minoré par une analyse des données par une deuxième personne afin de réaliser une triangulation. La validité des résultats est donc critiquable.

Bien que 13 entretiens aient été réalisés dont seulement 11 ont été codés, la saturation (ou suffisance) des données a été atteinte au dixième entretien et confirmée au onzième. La saturation des données constitue ici aussi un élément rassurant sur la validité interne des résultats.

## A propos des résultats

### Des habitudes contraceptives et une représentation du désir sexuel retrouvées dans la littérature

Pour la totalité des participantes, la **pilule oestroprogestative était la première contraception** proposée par le corps médical ou demandée par l'interviewée au début de sa vie sexuelle. Plus de la moitié d'entre elles n'a pas remis en cause leur première contraception par COC malgré des effets indésirables importants pour certaines femmes.

Ces données sont en accord avec les statistiques de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) concernant la contraception en France, issues des deux études FECOND 2013 et 2010 [4],[14]. En 2013, les pilules de tous types confondus étaient utilisées par 41% des femmes qui se déclaraient concernées par la contraception. Ce score les plaçait loin devant les stérilets (au cuivre et hormonal) qui totalisaient 23% de ces femmes. Ceci s'inscrit dans **l'habitude française d'une prescription quasi systématique de pilule oestroprogestative** lors d'une première demande de contraception. Cette prescription est conseillée en association avec le préservatif pour les femmes qui n'ont pas un partenaire sexuel régulier, afin d'assurer également une protection contre les infections sexuellement transmissibles [14].

Certaines participantes ont cependant estimé que la pilule était une **contraception potentiellement dangereuse** pour leur santé. Là encore c'est une donnée qui concorde avec la littérature et qui montre un impact réel sur les habitudes contraceptives de ce qu'on a appelé la « crise de la pilule » en 2012-2013. Ce débat médiatique autour du risque thrombo-embolique des COCs de troisième génération a entraîné une baisse de confiance des femmes envers l'ensemble des pilules oestroprogestatives, et un report sur d'autres modes de contraception [4].

Le désir sexuel a été défini comme un **ressenti physique et psychique particulier** par l'ensemble des interviewées, associé à la notion de partage avec le partenaire. La majorité des participantes s'est représentée le désir sexuel **à travers un partenaire donné ou dans le cadre d'une relation de couple** avec des sentiments amoureux. Cela concorde parfaitement avec les données de l'étude qualitative de Goldhammer DL et al. sur la définition du désir sexuel par les femmes [7].

La **distinction hommes/femmes** dans la conceptualisation du désir sexuel par les femmes était une donnée inattendue qui est venue enrichir la compréhension du sujet. Elle montre aussi que le sexe masculin de l'enquêteur n'a pas été un frein à la verbalisation d'une représentation genrée du désir sexuel par les participantes.

### Le désir sexuel : une histoire complexe d'influences multiples dominées par les facteurs psychologiques, et en constant changement

Les déterminants du désir sexuel rapportés par les interviewées ont été de natures diverses. Ils étaient à la fois psychologiques, organiques, cycliques, contraceptifs, voir en lien avec la grossesse et l'accouchement.

C'est sans surprise que les différents symptômes gynécologiques bénins les plus courants ont été retrouvés dans les **facteurs organiques**. Par exemple, il est aisé de

comprendre que les dyspareunies et les problèmes de dyslubrification vont avoir un effet néfaste sur le désir sexuel en entraînant une gêne ou des douleurs pendant les rapports. De même, le syndrome pré-menstruel ou l'allongement de la durée des règles constituent des freins à une sexualité continue et épanouie en limitant la durée propice aux rapports sexuels au cours du cycle [1].

La notion que la **grossesse et l'accouchement** puissent jouer un rôle important sur le désir sexuel n'avait pas été formulée dans les hypothèses de départ. Elle pourrait être en accord avec certaines hypothèses issues de la littérature psychanalytique, qui considèrent qu'une femme ne peut s'épanouir pleinement sexuellement que lorsqu'elle est devenue mère [15]. Ces hypothèses ne sont pour autant pas partagées par l'ensemble des médecins sexologues et psychanalystes.

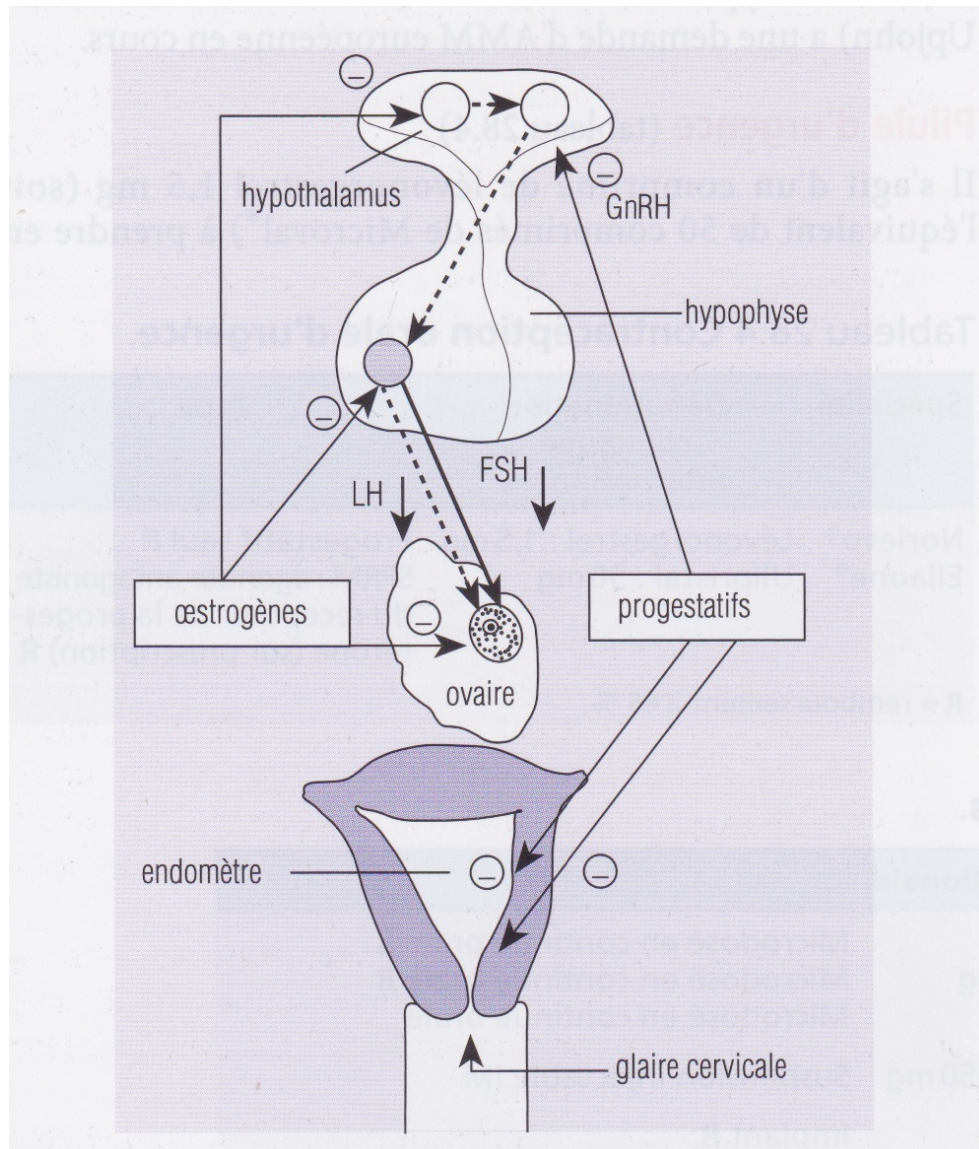
A travers le discours des participantes, les **facteurs psychologiques sont apparus comme étant la véritable clef de voute du désir sexuel**. Les principaux facteurs psychologiques cités étaient : le partenaire, la relation de couple, la thymie, le stress personnel et professionnel, l'estime de soi physique, l'angoisse d'une grossesse non désirée. Ces facteurs psychologiques avaient une telle importance sur le niveau du désir sexuel des participantes - notamment lorsqu'ils exerçaient une influence négative - qu'un seul d'entre eux pouvait totalement éclipser tous les autres facteurs positifs sur le désir sexuel. Par exemple, chez P11 l'influence négative d'une relation de couple insatisfaisante est allée jusqu'à provoquer une absence totale de désir sexuel de façon prolongée. Cette situation a duré pendant plus de 20 ans, jusqu'à ce que la participante se sépare de son ancien partenaire et en rencontre un nouveau.

Bien que moins décisives mais exerçant tout de même une influence à leur échelle, les **variations hormonales au cours du cycle menstruel** ont elles aussi eu un effet sur le niveau du désir sexuel de plus d'un tiers des participantes. En outre, il est intéressant de noter que certaines interviewées ont signalé une élévation de leur niveau de désir sexuel autour de J14 du cycle durant une période de contraception par pilule oestroprogestative.

Le milieu du cycle (J14) correspond sur un cycle naturel de 28 jours au moment de l'ovulation. Il est habituellement associé à une élévation du niveau du désir sexuel lié aux modifications hormonales. Or, le mode d'action contraceptif des pilules oestroprogestatives passe, entre autres, par un blocage de l'ovulation en empêchant le pic hormonal de LH au milieu du cycle (figure 1) [2].

On peut donc se demander si ces participantes ont ressenti une élévation de leur niveau de désir sexuel lié à un mécanisme hormonal autre inconnu et non influencé par les COCs ? Une autre hypothèse pourrait être qu'il s'agissait d'un effet psychologique placebo lié à la représentation selon laquelle la période périovulatoire théorique est associée à une élévation du désir sexuel. En effet, les participantes ayant ressenti cette élévation du niveau de désir sexuel sous pilule autour de J14 avaient des notions sur la physiologie du cycle hormonal naturel.

**Figure 1 : Mode d'action des oestroprogestatifs [2]**



Enfin, les **facteurs contraceptifs** ont aussi été cités par les participantes. Ceux-ci étaient attendus car le fait d'avoir ressenti une modification du désir sexuel entre une période contraceptive sous COC versus une période sous contraception non hormonale était un critère d'inclusion indispensable pour participer à l'enquête. Cependant, les entretiens n'ont pas permis de distinguer clairement si les participantes entendaient par là un effet considéré comme « direct » des COCs sur leur désir sexuel, un effet indirect en relation avec leurs effets indésirables, ou les deux à la fois.

Une autre caractéristique du désir sexuel mise en évidence au cours de ce travail est sa capacité à **changer de niveau avec le temps**, et ceci indépendamment des fluctuations liées au cycle hormonal naturel. Il est apparu dans certains entretiens que la modification dans le temps de l'équilibre entre facteurs d'influence positifs et négatifs engendrait en tout logique une variation du niveau du désir sexuel dans le temps.

Cette modification pouvait se faire dans un sens comme dans un autre. Elle pouvait soit survenir rapidement, par exemple au cours d'un événement de vie (changement de partenaire...), soit au contraire plus lentement (épisode dépressif, prise de poids...). Ce fut notamment le cas de P7, qui a eu une prise de poids continue lors

d'une période de contraception par pilule oestroprogestative. Cette prise de poids a entraîné une baisse de son estime physique d'elle-même au long cours, engendrant (au moins en partie) une diminution de son niveau de désir sexuel au long cours.

### **Les effets indésirables des COCs : de nombreux modes d'influence possibles et contradictoires sur le désir sexuel**

Lorsqu'on s'intéresse aux relations existantes entre pilule oestroprogestative et désir sexuel féminin, un mode d'action fréquemment évoqué est l'effet anti-androgénique hormonal de la pilule. Zimmerman Y et al. [9] ont démontré dans leur méta-analyse que **toutes les pilules diminuent les taux circulants de testostérone libre et totale** (-61% en moyenne), et augmentent toutes les concentrations de SHBG. Cette diminution des taux de testostérone n'était pas influencée par la dose d'œstrogènes ou le type du progestatif de la pilule (1ère, 2ème, 3ème, et 4ème génération).

Néanmoins, comme l'ont rappelé Pastor Z et al. [8], les taux de testostérone circulante libre et totale **ne peuvent être considérés comme ayant un effet direct dose-dépendant sur le désir sexuel féminin**.

Ceci est mis en évidence dans les deux contre-exemples suivants :

- Des chercheurs se sont penchés sur les effets d'une administration d'androgènes exogènes à des utilisatrices de pilule oestroprogestative [16]. Bien que les femmes supplémentées affichaient des taux de testostérone circulants significativement plus élevés que les utilisatrices de COC non supplémentées, l'évaluation de leur fonctionnement sexuel a montré qu'il n'était pas significativement amélioré.

- De façon similaire, si les taux de testostérone (libre et totale) étaient directement proportionnels à l'intensité du désir sexuel, nous pourrions supposer que les femmes atteintes de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) devraient avoir un désir sexuel plus élevé que les femmes non atteintes. En effet, ces femmes atteintes de SOPK (5% de la population féminine [17]), ont en permanence des taux d'androgènes circulants élevés. Or chez ces femmes la satisfaction dans leur vie sexuelle semble plus basse que chez les femmes non atteintes. De plus, il a été mis en évidence qu'elles avaient aussi une estime d'elles-mêmes plus basse, supposée en lien avec leur association fréquente à un IMC élevé, de l'hirsutisme, de l'acné, et des taux de dépression plus élevés que dans la population générale féminine [18],[19].

Comme nous l'avons vu, les pilules oestroprogestatives ont de nombreux autres effets indésirables. Il est d'ailleurs frappant de voir à quel point il existe une **ressemblance entre certains effets indésirables des COCs et certains facteurs déterminants du désir sexuel**.

Ainsi, par exemple, parmi les **effets indésirables psychologiques des COCs**, la thymie et l'anxiété d'une grossesse non désirée (à travers l'oubli de pilule) sont retrouvées à l'identique dans les facteurs d'influence psychologiques du désir sexuel identifiés par les participantes.

Un autre point important sur le sujet, bien que non retrouvé dans les entretiens, est le **côté libérateur sur la sexualité** que peut constituer le fait d'avoir une contraception efficace [20].

Au sujet des **effets indésirables organiques**, une diminution des dysménorrhées et des règles abondantes sous COC [21] peut constituer un autre facteur d'influence sur le désir sexuel en facilitant les rapports sexuels, comme expliqué précédemment. Inversement, une prise de poids ou l'aggravation d'une acné sous pilule peuvent provoquer une baisse de l'estime de soi de la femme, et ainsi influencer négativement son désir sexuel.

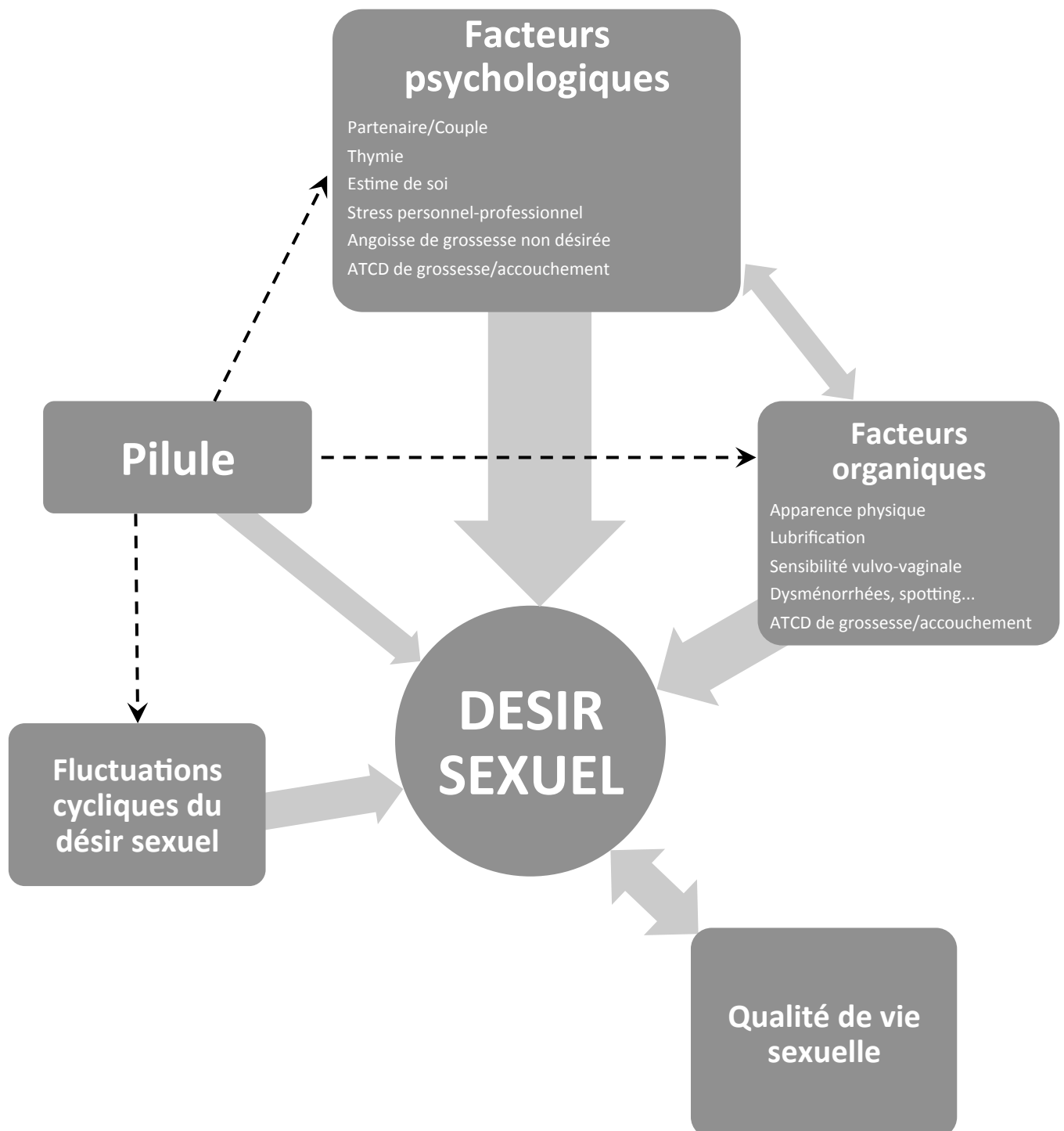
Enfin, de nombreuses participantes ont signalé une impression de **diminution de leur lubrification vulvo-vaginale sous pilule**. Cette baisse de la lubrification vulvo-vaginale peut favoriser des douleurs pendant les rapports sexuels et altérer le bien-être sexuel des femmes, donc aussi indirectement leur désir sexuel. Cette donnée est retrouvée dans la littérature de façon statistiquement significative [22],[23]. Elle serait liée à un défaut de synthèse des glycoprotéines indispensables à la formation du mucus vaginal, par effet anti-androgénique des COCs.

Ces différents exemples mettent en lumière à quel point les **relations entre pilule oestroprogestative et désir sexuel sont complexes et contradictoires**. A travers certains de leurs effets indésirables les COCs vont agir négativement sur le désir sexuel (prise de poids, acné, dyslubrification...), tandis que simultanément d'autres effets indésirables auront eux un effet plutôt positif (diminution des dysménorrhées, sentiment de protection vis à vis d'une grossesse non désirée...).

Cette interrogation sur l'origine de la modification du désir sexuel ressentie au cours d'une période de contraception par COC versus non hormonale a d'ailleurs été exprimée par la majorité des participantes à cette enquête.

Ces relations complexes entre pilule oestroprogestative et désir sexuel sont schématisées dans la figure 2.

**Figure 2 : Relations entre pilule oestroprogestative et désir sexuel**



ATCD = Antécédent



## Comment mesurer quelque chose qui ne peut se quantifier ?

« The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire : A systematic review » (2013) est à ce jour la principale revue de la littérature publiant des données chiffrées sur le sujet [8]. Elle reprend par une méthode de synthèse les résultats de 36 études comparables portant sur près de 14000 femmes, dont la moitié sont utilisatrices de pilules oestroprogestatives. 22% des femmes rapportaient une augmentation de leur désir sexuel sous COC, 63% ne rapportaient pas de changement, et 15% rapportaient une diminution. Une augmentation du désir sexuel chez les utilisatrices de pilule a été mise en évidence dans 15 des 36 études incluses, pas d'impact dans 12 études, et une diminution dans 9 études.

Le caractère très discordant des conclusions de ces études, considérées comme sérieuses et comparables dans leurs méthodologies, montre la **grande variabilité des résultats pouvant être obtenus sur le sujet**. Il est donc difficile d'arriver à un consensus « quantitatif » sur la modification du désir sexuel par la pilule.

Cette discordance des résultats obtenus tient à deux phénomènes : la **nature particulière du sujet étudié** et le **caractère inadapté des outils de mesure** utilisés.

Le désir sexuel des femmes, par sa nature de sentiment particulier et personnel, est une **variable dont l'évaluation est purement subjective**. Comme vu précédemment, le niveau du désir sexuel d'une femme à un instant précis est la somme des influences qui s'exercent sur lui à cet instant. Ces influences variées (facteurs psychologiques, organiques, cycle hormonal...) sont positives et négatives. Ainsi, si l'on considère que chaque femme a un niveau de désir sexuel « normal » qui peut se modifier à la hausse comme à la baisse, ce niveau de désir sexuel considéré comme « normal » pour une femme donnée peut être totalement différent du niveau « normal » chez une autre femme avec des facteurs d'influence autres. Cette particularité du désir sexuel engendre donc une **mesure non comparable d'une femme à une autre**, au même titre que peuvent l'être deux scores de douleur obtenus sur une échelle visuelle analogique (EVA) entre deux patients différents.

Enfin, certaines études soulignent également le rôle important d'une morale sexuelle plus restrictive dans différentes sociétés d'un point de vue culturel, ethnique, et religieux. Cette morale sexuelle pouvant elle aussi influencer l'évaluation que feront les femmes pour un même niveau théorique de désir sexuel [24].

Le deuxième élément pour expliquer ces résultats discordants tient aux outils utilisés pour mesurer le désir sexuel. La quasi-totalité des études évaluant le désir sexuel féminin le font avec des **questionnaires quantitatifs fermés**.

Le plus connu et le plus utilisé est le Female Sexual Function Index (FSFI) [25],[26]. Il s'agit d'un outil psychométrique qui évalue la fonction sexuelle féminine dans son ensemble à travers six domaines : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction, et la douleur. Il comporte 19 items permettant d'obtenir un score global pour le fonctionnement sexuel allant de 2 à 36. Son interprétation se fait à l'aide d'une valeur seuil autour de 25 points (variable selon les auteurs), et en dessous de laquelle on parle d'altération de la fonction sexuelle féminine. La figure 3 est un extrait du questionnaire FSFI dans sa version traduite en français (deux premiers items) [26].

**Figure 3 : Extrait du questionnaire FSFI (version traduite en français)**

**1. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?**

Presque toujours ou toujours		<b>5</b>
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		<b>4</b>
Parfois (environ la moitié du temps)		<b>3</b>
Rarement (moins de la moitié du temps)		<b>2</b>
Presque jamais ou jamais		<b>1</b>

**2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?**

Très élevé		<b>5</b>
Elevé		<b>4</b>
Moyen		<b>3</b>
Faible		<b>2</b>
Très faible ou inexistant		<b>1</b>

Au final et à travers cet exemple du FSFI, il semble évident que ces **tests manquent de pertinence clinique** pour mesurer le désir sexuel. De compréhension difficile pour les patientes, ils ne proposent qu'une évaluation chiffrée en valeur absolue du fonctionnement sexuel et du désir sexuel sans prendre en compte le vécu que les patientes en ont. Ils ont pour unique vocation d'essayer de convertir un sentiment humain subjectif en données chiffrées exploitables d'un point de vue statistique.

A contrario, par son approche qualitative, ce travail a essayé de réaliser une **évaluation comparative globale** par les participantes de leur désir sexuel en lien avec ses différents facteurs d'influence. Cette évaluation comparative se faisait notamment entre une période sous COC versus une période sous contraception non hormonale, sans chercher à éliminer les co-facteurs mais en les considérant comme une richesse pour la compréhension de cette modification du désir sexuel. Les évaluations chiffrées arbitraires par les participantes n'avaient elles aussi qu'un but purement comparatif chez une même patiente, et d'aide à la quantification de cette modification.

Il a par exemple été considéré qu'une baisse du désir sexuel sous COC versus contraception non hormonale était la même chose qu'une augmentation du désir sexuel sous contraception non hormonale versus sous COC. Tout ceci dépendant de l'ordre dans lequel les participantes ont utilisé ces contraceptions au cours de leur vie.

De plus et contrairement aux autres études sur le sujet, nous nous sommes aperçus qu'il n'était pas possible de considérer la contraception non hormonale comme une période référente pour définir un niveau « normal » du désir sexuel féminin. En effet, les entretiens ont révélé que bien que ne contenant pas d'hormone, les **contraceptions non hormonales ont elles aussi des influences multiples et contradictoires sur le désir sexuel** à travers leurs effets indésirables spécifiques (dyspareunies positionnelles et règles abondantes pour le stérilet, gêne à l'utilisation pour le préservatif...). Elles ne sont, elles non plus, pas « neutres » sur le désir sexuel.

## **Perspectives**

Contrairement à ce qui avait été envisagé au début de cette enquête, ce travail ne pourra pas constituer le point de départ d'une étude quantitative sur un plus grand échantillon.

Comme nous venons de le démontrer, **une influence « directe »** d'une contraception donnée sur le désir sexuel féminin **ne peut être mesurée de manière isolée** sans tenir compte de l'action indirecte de son cortège d'effets indésirables sur le désir sexuel.

De plus, le **désir sexuel n'est pas une variable quantitative simple** telle que le taux de cholestérol dans le sang ou la tension artérielle. Il ne peut donc pas y avoir d'outil quantitatif adapté à sa mesure ou de « valeurs seuils universelles » définissant une diminution ou une augmentation du désir sexuel. Chaque femme a un niveau de désir sexuel qui lui est propre, avec des variations qui lui sont propres elles aussi. Ces variations sont dépendantes de facteurs aussi multiples que divers (psychologiques, organiques, grossesse/accouchement, cycliques, probablement aussi hormonaux). Ce niveau de désir sexuel propre à chaque femme est de plus soumis à des variations dans le temps, sur du long terme (mois voir années), comme sur du court terme (cycle menstruel et même moment de la journée).

La contraception par pilule oestroprogestative, tout comme les autres contraceptions, va **agir à plusieurs niveaux sur ces différents facteurs**, et ce de façon souvent contradictoire. Il est donc totalement illusoire d'imaginer pouvoir isoler un effet unique positif ou négatif sur le désir sexuel des femmes d'une ou l'autre des contraceptions actuellement à leur disposition. Il est très probable que ces contraceptions puissent influencer le désir sexuel de certaines femmes, mais connaître le sens de cette modification, son intensité, et son évolution dans le temps appartient à l'expérience que chaque femme en aura.

Il est important pour les professionnels de santé prescripteurs de contraceptions de **rester à l'écoute de leurs patientes à ce sujet** afin de les aider au mieux dans leur choix contraceptif. De même, l'abord de la sexualité en consultation de contraception devrait être systématique afin de mieux dépister ces troubles du désir sexuel souvent non évoqués par les patientes.

Comme nous l'avons vu durant cette enquête, ces troubles peuvent avoir des retentissements importants sur le couple et la qualité de vie des patientes : épisode dépressif, rupture sentimentale, sentiment de baisse de la qualité de vie...

Ce meilleur dépistage permettrait de mieux les prendre en charge et de les orienter si besoin vers des spécialistes adaptés à leur problématique.

# CONCLUSION

Le caractère original de ce travail résidait dans une approche qualitative de la question par entretiens individuels plutôt que par questionnaires fermés comme dans les grandes études sur le sujet. Sa seconde particularité était de se concentrer uniquement sur les femmes ayant ressenti une modification de leur désir sexuel entre ces deux modes contraceptifs (COC et non hormonal), qui sont une minorité peu étudiée.

Le choix contraceptif était guidé par de multiples facteurs tels que l'avis du médecin prescripteur, l'avis de tiers, les effets indésirables supposés ou vécus par le passé, les modalités pratiques de prise... Le premier choix de contraception autre que le préservatif se portait presque exclusivement sur la pilule oestroprogestative. Ceci est cohérent avec les habitudes de prescription des contraceptifs en France, encore trop centrées sur les COCs.

Le désir sexuel était décrit comme un ressenti individuel physique et psychologique particulier, malgré une définition différente pour chaque participante. Sa représentation semble se faire principalement à travers un partenaire donné ou dans le cadre d'une relation de couple. Les déterminants du désir sexuel étaient très variés : psychologiques, organiques, cycliques, contraceptifs, antécédent de grossesse et d'accouchement. Les facteurs psychologiques seraient les plus influents sur le désir sexuel, parmi lesquels on retrouve la relation de couple, le partenaire, la thymie, et l'estime de soi.

Les effets indésirables des pilules oestroprogestatives étaient presque tous en lien avec les déterminants du désir sexuel. L'action des COCs sur le désir sexuel des femmes ne peut donc pas se résumer à une simple action hormonale des oestroprogestatifs sur les taux de testostérone ou sur une possible tendance à la baisse de la lubrification vulvo-vaginale sous COC.

L'évaluation du désir sexuel en valeur absolue était difficile pour les participantes et révélait le caractère inadapté des questionnaires quantitatifs fermés utilisés dans la littérature sur le sujet. Les résultats de notre enquête étaient très contradictoires concernant le sens de l'influence de la pilule sur le désir sexuel. De plus, ils mettaient en évidence que les contraceptions non hormonales affectent elles aussi le niveau du désir sexuel par l'intermédiaire de leurs propres effets indésirables. Le niveau du désir sexuel n'était, par ailleurs, pas fixe dans le temps avec une même méthode contraceptive (pilule ou non hormonale).

Les retentissements d'une modification du désir sexuel ne pouvaient s'interpréter de façon isolée mais uniquement en considérant l'action simultanée des effets indésirables des contraceptifs. Ces retentissements pouvaient parfois être importants.

Ce travail a permis de mettre en évidence les relations multiples et complexes existantes entre pilule oestroprogestative et désir sexuel des femmes. Cette particularité rendant impossible à prévoir la survenue d'une modification du désir sexuel sous pilule, tout comme son sens et son évolution.

Ce constat doit encourager les prescripteurs à rester à l'écoute de leurs patientes à ce sujet et à s'adapter à leur ressenti, afin de leur éviter les retentissements de cette possible modification du désir sexuel.

Il serait intéressant de reproduire cette enquête en interrogeant les couples sur le vécu de ce phénomène, et non seulement les femmes.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality : a review. *J Sex Med.* 2012 Sep ; 9 (9) : 2213-23.
- [2] Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le praticien.* Elsevier-Masson, 2012, p. 418.
- [3] The Pill : How it is Affecting U.S. Morals, Family Life. *U.S. News & World Report*, 11 juillet 1966.
- [4] Bajos N, Moreau C, Bohet A et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, mai 2014, 511 : 1-4.
- [5] Base de Données Publique des Médicaments. Minidril® - Résumé des caractéristiques du produit. In ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [en ligne]. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64558256&typedoc=R>. (Page consultée le 18/11/2015)
- [6] Brotto LA. Current literature review – editorial comment. *J Sex Med* 2011 ; 8 : 3257.
- [7] Goldhammer DL, McCabe MP. A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *Can J Hum Sex* 2011 ; 20 : 19–29.
- [8] Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013 Feb ; 18 (1) : 27-43.
- [9] Zimmerman Y, Eijkemans MJ, Coelingh Bennink HJ et al. The effect of combined oral contraception on testosterone levels in healthy women : a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2014 Jan-Feb ; 20(1) : 76-105.
- [10] Dunn JF, Nisula BC, Rodbard D. Transport of steroid hormones : binding of 21 endogenous steroids to both testosterone-binding globulin and corticosteroid-binding globulin in human plasma. *J Clin Endocrinol Metab* 1981 ; 53 : 58–68.
- [11] Duchêne-Paton AM, Lopès P. Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies* avril 2015 ; 24 (2) : 69-81
- [12] Le Figaro Madame. Quand l'arrêt de la pilule dope la libido. Publié le 11/05/2015. In Lucile Quillet. *Le Figaro Madame.fr* [en ligne]. Disponible sur : <http://madame.lefigaro.fr/societe/quand-larret-de-la-pilule-dope-la-libido-110515-96526>. (Page consultée le 01/12/2015)
- [13] L'OBS avec Rue89. Sexe : la pilule qui tue le désir, tabou chez le gynéco. Publié le 29/09/2012. In Renée Greusard. *L'OBS* [en ligne]. Disponible sur : <http://rue89.nouvelobs.com/rue69/2012/09/29/sexe-la-pilule-qui-tue-le-desir-tabou-chez-le-gyneco-235596>. (Page consultée le 01/12/2015)
- [14] Bajos N, Moreau C, Bohet A et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*, septembre 2012, 492 : 1-4.
- [15] Dolto Françoise. *Sexualité féminine, la libido génitale et son destin féminin. Essais II.* Gallimard, 1996.
- [16] Bancroft J, Davidson DW, Warner P et al. Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives. *Clin Endocrinol* 1980 ; 12 : 327–40.

- [17] Asunción M, Calvo RM, San Millán JL et al. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab* 2000 ; 85 : 2434–2438.
- [18] Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D et al. Quality of life, psychosocial well-being and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003 ; 88 : 5801–7. .
- [19] Weiner CL, Primeau M, Ehrmann DA. Androgen and mood dysfunction in women : Comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med* 2004 ; 66 : 356–62. .
- [20] Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR et al. Turning on and turning off : A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2004 ; 33 : 527–38.
- [21] Larsson G, Milsom I, Lindstedt G et al. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1992 ; 46 : 327–34.
- [22] McCoy NL, Matyas JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch Sex Behav* 1996 ; 25 : 73–90.
- [23] Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception* 2006 ; 74 : 220–3.
- [24] Graham CA, Ramos R, Bancroft J et al. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: A double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contraception* 1995 ; 52 : 363–9.
- [25] Rosen R, Brown C, Heiman J et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) : a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun ; 26(2) :191-208.
- [26] Wylomanski S. Evaluation de la qualité de vie et du bien-être sexuel des patientes atteintes de pathologies vulvaires. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2013, 104 p.

## ANNEXE 1

Trame d'entretien
-------------------

### A. Présentation globale

#### → **MERCI !**

Avant tout merci d'accepter de participer à cette étude.

#### → **PRÉSENTATION DE L'INTERVIEWER**

Je m'appelle David Pragout, je suis médecin généraliste de formation, spécialisé dans les domaines de la contraception et de l'IVG, et je travaille depuis pratiquement 2 ans en service de gynécologie à temps partiel.

#### → **PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE**

- Cette étude a pour but d'essayer de mieux comprendre quels peuvent être les effets indésirables de la pilule oestroprogestative chez les femmes qui l'utilisent, et notamment le retentissement éventuel sur leur désir sexuel.

- C'est une étude qui est purement observationnelle, ce qui signifie que je ne pourrai pas répondre médicalement à vos questions sur le sujet ni vous revoir en consultation par la suite pour un suivi.

#### → **CONDITIONS D'ENREGISTREMENT ET CONSENTEMENT**

L'étude implique que l'entretien soit entièrement enregistré sur magnétophone numérique, avec votre accord écrit préalable, et ce afin de permettre l'analyse des données dans un second temps.

#### → **CONFIDENTIALITE ET ANONYMAT**

L'ensemble des données est totalement confidentiel et ni votre nom ni votre prénom ne seront jamais mentionnés dans les résultats de l'étude ou dans sa publication.

### B. Histoire contraceptive et effets secondaires généraux des contraceptions

#### **1) Quelle est votre contraception actuellement et depuis quand la prenez-vous?**

*Relance : Qu'avez-vous essayé comme contraceptions auparavant ?*

#### **2) Pour quel(s) motif(s) avez vous pris cette ou ces contraceptions ? Besoin contraceptif uniquement ou autre motif ?**

*Relance 1 : Qu'est-ce qui vous a fait changer de contraception ?*

*Relance 2 : Avez-vous eu des désagréments avec ces différentes contraceptions ? (variations de poids, douleurs dans les seins, acné, nausées, règles douloureuses ou abondantes...)*

### C. Définition du désir sexuel et déterminants identifiés

#### **3) Comment définissez vous le désir sexuel ?**

*Relance : Essayez de me donner votre définition à vous et non celle du dictionnaire.*

#### **4) Qu'est-ce qui influence le désir sexuel selon vous ?**

*Relance : Par exemple, que pensez-vous de l'image que vous avez de vous physiquement ? De la relation avec votre partenaire ? Des ennuis professionnels ou personnels ?...*

### D. Ressenti psychologique et évolution du désir sexuel

#### **5) Comment avez-vous l'impression que votre contraception influence votre désir sexuel ?**

*Relance 1 : Pensez-vous que le fait de se sentir protégé d'une grossesse non désirée en prenant une contraception peut influencer le désir sexuel/libido ou non ? Pourquoi ?*

*Relance 2 : Pensez-vous que le fait de devoir prendre une pilule tous les jours avec le risque de grossesse non désirée en cas d'oubli peut influencer le désir sexuel/libido ou non ? Pourquoi ?*

*Relance 3 : Avez-vous ressenti un changement dans la fréquence de vos rapports sexuels selon votre mode de contraception ou non ? Si oui à quoi l'attribuez-vous ?*

#### **6) Que pensez-vous de l'importance de cet effet sur le désir sexuel ?**

*Relance : Si vous deviez coter de 0 à 10 votre désir sexuel selon votre contraception, quels scores donneriez-vous ? (0 correspondant à l'absence totale de désir sexuel, et 10 à un désir sexuel que vous considérez comme maximal)*

#### **7) Comment cet effet sur le désir sexuel évolue-t-il dans le temps selon vous ?**

*Relance : Depuis quand avez-vous ressenti cet effet par rapport au début de votre contraception ? Est-il encore présent ? Augmente-t-il, est-il stable, ou diminue-t-il ?*

#### **8) Avez-vous ressenti une variation du désir sexuel au cours de votre cycle/mois sans votre pilule ? Qu'en est-il avec votre pilule ?**

*Relance : Avez vous l'impression de ressentir plus ou moins de désir sexuel à certains moments du cycle/mois ou est-ce identique durant tout le cycle/mois ?*

### E. Ressenti physique en rapport avec la sexualité selon la contraception utilisée

#### **9) Avez-vous ressenti des changements physiques en général et au niveau du sexe/vagin en particulier selon votre contraception ?**

*Relance 1 : Avez-vous ressenti un changement dans votre lubrification/humidification vaginale selon votre mode de contraception ?*



*Relance 2 : Avez-vous ressenti un changement de la sensibilité au niveau du sexe/vagin sous pilule ou non ? (Si oui, plus sensible ou moins sensible voir carrément douleurs pendant les rapports ?)*

F. Retentissements sur le couple et la qualité de vie

**10) Ces changements dans votre sexualité ont-ils eu un effet sur votre couple? Si oui le(s)quel(s) ? (Ou sur vos relations antérieures si patiente célibataire)**

*Relance : Qu'en a pensé votre conjoint ?*

**11) Cela a-t-il changé quelquechose à votre qualité de vie ? Si oui en quoi ?**

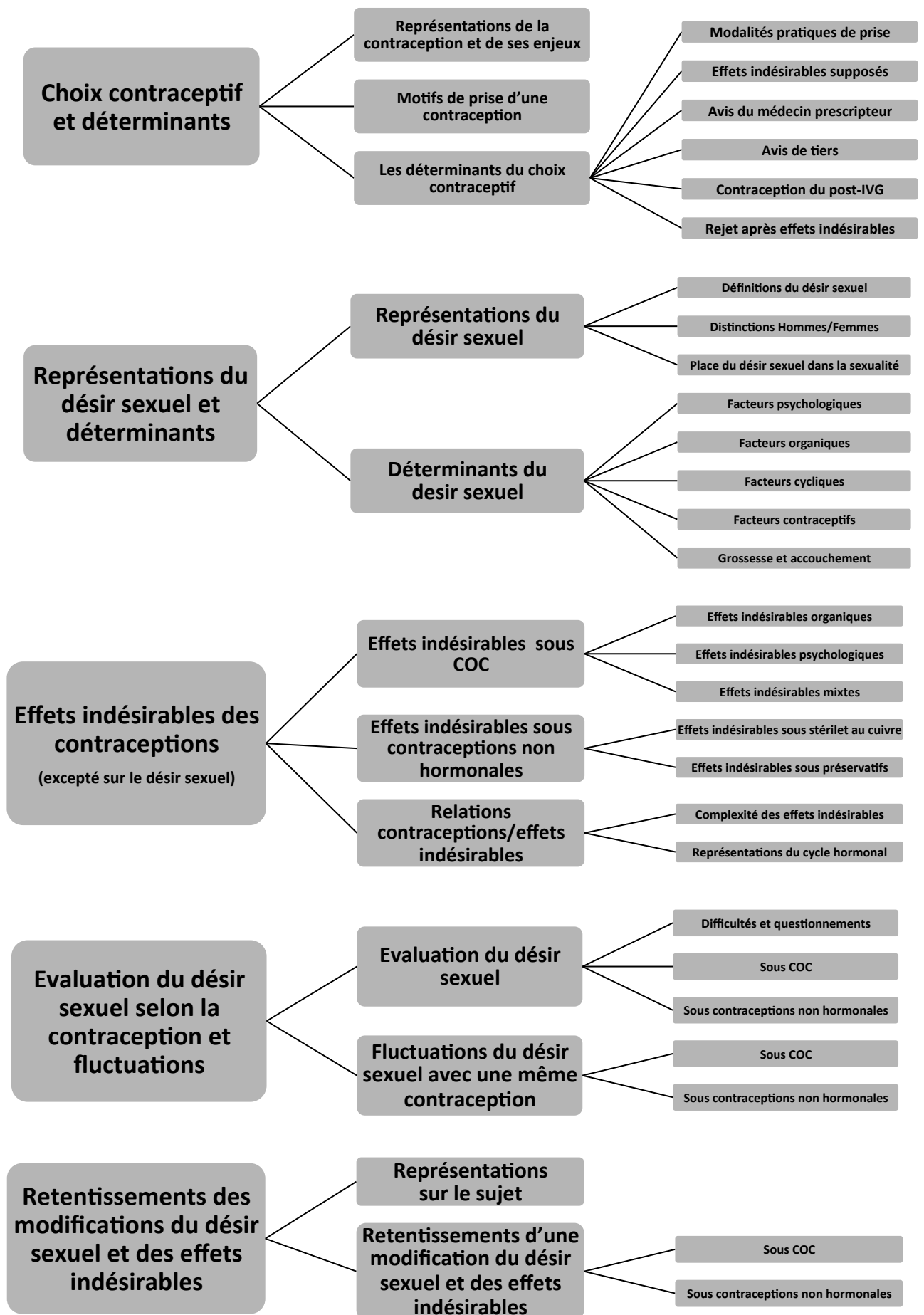
G. Divers

**12) Voyez-vous autre chose à ajouter sur le sujet ?**

H. Caractéristiques socio-démographiques de la participante

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre niveau d'études ?
- Avez-vous des enfants ou non ?
- Etes-vous en couple ou célibataire ? Depuis combien de temps ?
- Quelle est votre contraception actuellement ?
- Avez-vous des maladies particulières (acné, SOPK... ) ou un suivi en cours par un psychiatre ?
- Prenez-vous des médicaments autres que la pilule actuellement ?

## ANNEXE 2 : Arbre thématique



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## **Faculté de Médecine de TOURS**

**PRAGOUT David**

61 pages – 7 tableaux – 3 figures – 2 annexes

### **Résumé :**

**Contexte :** Les pilules oestroprogestatives ou contraceptifs oraux combinés (COC) ont de multiples effets indésirables potentiels dont une modification de la libido. Leur mode d'action sur le désir sexuel est cependant mal connu. En pratique clinique, les femmes rapportent fréquemment une baisse du désir sexuel sous COC.

**Objectif :** Explorer les perceptions des femmes ayant ressenti une modification de leur désir sexuel sous COC.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés enregistrés auprès de 13 patientes consultant dans le service d'orthogénie du CHRU de Tours, et ayant ressenti une modification de leur désir sexuel entre une période sous COC et une période sous contraception non hormonale. Analyse thématique du contenu et construction d'un modèle.

**Résultats :** Le choix d'une contraception s'appuyait sur de multiples facteurs. Chaque définition du désir sexuel était différente. Ses principaux déterminants étaient organiques, psychologiques et cycliques. Les effets indésirables ressentis sous COC influençaient de nombreux déterminants du désir sexuel. L'évaluation du désir sexuel sous COC retrouvait des résultats contradictoires selon les participantes et variables dans le temps. Ces modifications du désir sexuel retentissaient sur leur couple et leur qualité de vie.

**Conclusion :** Les modifications du désir sexuel sous COC semblent liées à des facteurs psychologiques, organiques et hormonaux, plus ou moins fortement influencés par la pilule. Le sens de cette modification, son intensité, et son évolution sont propres à chaque femme et ne peuvent être déterminés à l'avance. Il revient donc aux prescripteurs d'être à l'écoute de leurs patientes à ce sujet.

**Mots-clefs :** désir sexuel ; libido ; contraceptifs oraux combinés ; pilule oestroprogestative ; effets indésirables ; sexualité féminine ; étude qualitative

### **Jury :**

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Monsieur le Professeur Roland QUENTIN

Monsieur le Docteur Jean-François CIAVALDINI

**Date de la soutenance :** le 13 janvier 2016