

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 février 2017 à Poitiers
par **Mathilde COULAIS**

Quel est l'impact de la contraception oestroprogestative
sur la sexualité féminine après au moins trois mois
d'utilisation ? Revue de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Madame le Docteur Claire LAFAY CHEBASSIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Soyez assuré de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Merci d'avoir accepté de venir juger cette thèse. Soyez assuré de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Claire LAFAY CHEBASSIER

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury et de vos précieux conseils lors de ce travail

A Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir aidé tout au long de ce travail.

A mes parents : merci pour votre soutien indéfectible. Merci Papa d'avoir eu confiance en moi dès le début de cette aventure et de m'avoir guidée pour être médecin. Merci Maman pour tes encouragements, ton écoute si précieuse et tes bons petits plats. Une pensée toute particulière pour un certain rosier blanc.

A ma sœur jumelle et meilleure amie, Clémentine : merci d'avoir partagé avec moi les bons et mauvais moments de cette grande aventure qu'ont été nos études. Nous voilà toutes les deux médecins...enfin ! Prête pour de nouvelles aventures Doc ?

A Mathieu : merci pour ton amour et ton soutien. Te rencontrer pendant ce long périple m'a redonné de la force et du courage !

A mes amis, notamment mes anciens co-internes du service de Soins Palliatifs avec qui j'ai partagé de bons moments. Attention les garçons à la « mathildade » ! Merci à Delphine pour ton amitié qui, je l'espère, perdurera !

A mes maîtres de stage rencontrés lors de mon stage de premier niveau : merci de m'avoir fait partager votre passion, la Médecine Générale. Merci au Docteur Christophe LE SAOUT pour sa gentillesse et sa joie de vivre. Je me souviendrai longtemps de nos visites en voiture électrique dans la campagne pictavienne ! Merci au Docteur Françoise BRUNO STEFANINI pour sa générosité et sa confiance. Merci au Docteur Laurent TOMA pour sa rigueur et son envie de partager son savoir.

A Alexandre QUILLET, pour ses précieux conseils pour les statistiques !

Au Docteur Virginie LAIDET, ma tutrice et directrice de mémoire de Médecine Générale : merci de votre gentillesse et de vos conseils tout au long de mon Internat.

Aux patients que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études, grâce à qui j'ai pu apprendre mon métier.

Sommaire

I.	Introduction	10
II.	Matériel et Méthodes	12
1.	La stratégie de recherche	12
2.	La sélection des études.....	12
3.	L'extraction des données	13
4.	L'évaluation des données.....	13
1)	Les différents tests	13
2)	Le questionnaire FSFI	16
5.	Analyses statistiques	16
III.	Résultats.....	17
1.	Résultats de la recherche.....	17
2.	Revue de la littérature	19
1)	Etudes retrouvant un impact positif.....	19
2)	Etudes retrouvant un impact négatif.....	33
3)	Etudes ne retrouvant pas d'impact.....	42
3.	Analyse secondaire	45
IV.	Discussion	47
V.	Conclusion	52
VI.	Annexes.....	58
	Annexe 1 : les équations de recherche	58
	Annexe 2 : le questionnaire complet FSFI (version en anglais)	66

Table des illustrations

I. FIGURE

Figure 1 : Sélection des articles pour la revue de la littérature et l'analyse secondaire	18
---	----

II. TABLEAUX

Tableau 1: les différents domaines de la sexualité abordés par les divers questionnaires.....	15
Tableau 2 : Mode de calcul du score du FSFI	16
Tableau 3 : Caractéristiques des études retrouvant un impact positif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des femmes après trois mois d'utilisation.....	22
Tableau 4 : Caractéristiques des études retrouvant un impact négatif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des femmes après trois mois d'utilisation	35
Tableau 5: Caractéristiques des études ne retrouvant pas d'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine après trois mois d'utilisation	43
Tableau 6 : Aperçu des quatre études de l'analyse secondaire évaluant l'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine, basé sur les sous-scores du questionnaire FSFI.....	45
Tableau 7: Analyse secondaire selon la conception de l'étude.....	46

Abréviations

ASQ	Atrophy Symptom Questionnaire
BMI	Body Mass Index
CMA	Chlormadinone Acetate
COC	Contraceptif Oral Combiné
DRSP	Drospirénone
DSFI	Derogatis Sexual Functioning Inventory
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DP	Depo Provera
DRF	Daily Ratings Form
DSFI	Derogatis Sexual Functioning Inventory
EE	Ethinyl Estradiol
FAI	Free Androgen Index
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FEI	Free Estrogen Index
FSD	Female Sexual Function
FSDS	Female Sexual Distress Scale
FSFI	Female Sexual Function Index
FT	Free Testosterone
GRISS	Golombok Rust Inventory on Sexual Satisfaction
GSD	Gestodène
ITT	Intention de traiter
IRSF	Interviewer Rating of Sexual Function
J0	Jour 0
LNG	Lévonorgestrel
MFSQ	MacCoy Female Sexuality Questionnaire
MHF	Menstrual History Form
OC	Oral contraceptive
PEQ	Personal Experience Questionnaire
PMS	Premenstrual Syndrome
POP	Pilule oestroprogestative
SD	Standard Deviation
SDI	Sexual Desire Inventory
SEQ	Side Effects Questionnaire

SES	Sexual Experience Scale
SHBG	Sex Hormone-Binding Globulin
SOPK	Syndrome des Ovaires Polykystiques
SPEQ	Short Personal Experience Questionnaire
μG	Microgramme
USA	United States of America
T	Testosterone
VAS	Visual Analogue Scale
VHA	Vaginal Health Assessment

I. Introduction

La sexualité des femmes a longtemps été ignorée, considérée comme inquiétante et mystérieuse, « le continent noir » de Freud (1). Puis lors de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, avec l'apparition des mouvements féministes, des réflexions sont apparues autour de la sexualité des femmes, notamment autour de l'orgasme féminin. Cela a ouvert la voie de l'expression du désir, la déculpabilisation du plaisir et l'envie de vivre sa sexualité activement. La sexualité féminine fait désormais l'objet de travaux spécialisés mais reste un sujet complexe, comme le prouve l'absence de test d'évaluation de référence. Il existe ainsi divers questionnaires évaluant pour certains, exclusivement le fonctionnement sexuel féminin comme le FSFI, le BISF-W et le SDI, et d'autres incluant le partenaire et la relation de couple tels que l'IRSF, le DSFI, le GRISS, le MSFQ, le SES et le PEQ.

La prévalence des dysfonctions sexuelles féminines dans la population reste difficile à apprécier ; elle serait de 43% aux Etats-Unis (2) alors que 55% des femmes françaises disent aujourd'hui connaître, ou avoir déjà été confrontées à des difficultés sexuelles (3). Selon le DSM-IV, les dysfonctions sexuelles féminines sont divisées en quatre catégories : les troubles du désir, les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme et les troubles sexuels avec douleur. Cette classification a été revisitée par le DSM-V en 2013 qui regroupe les dysfonctions du désir et de l'excitation sous un diagnostic plus large, les troubles de l'intérêt sexuel et de l'excitation. Contrairement aux dysfonctions sexuelles masculines, les dysfonctions sexuelles féminines auraient une origine multifactorielle, avec une composante psychologique et relationnelle plus importante (4). D'autres facteurs étiologiques ont également été proposés, notamment la contraception hormonale (5).

L'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine est peu clair malgré une utilisation très répandue dans le monde. Il existe de multiples études sur les effets secondaires hormonaux et les troubles du cycle menstruel mais très peu sur la sexualité. De ces études, ont été créés de nouvelles pilules contenant des doses plus faibles d'éthinyl œstradiol, passant de 50 µg à 20-15 µg et de nouveaux progestatifs. D'autres formes galéniques ont également été développées avec le patch et l'anneau vaginal.

Or, actuellement l'acceptabilité d'une contraception dépend également de ses effets sur la qualité de vie et la sexualité (6). La notion « être bien dans sa contraception pour être bien dans sa sexualité » a émergé (7). Les quelques études, réalisées sur l'impact de la contraception sur la sexualité féminine, présentent des faiblesses de méthodologie et des résultats

contradictaires. Plusieurs hypothèses étiologiques existent selon les résultats obtenus dans ces études. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires.

L'objectif principal de ce travail est de réaliser une revue de la littérature afin de synthétiser les données actuelles sur l'impact potentiel de la contraception oestroprogestative, quelle que soit sa forme galénique, sur la sexualité des femmes après au moins trois mois d'utilisation. Dans un second temps, nous avons réalisé un focus sur quatre études aux méthodologies similaires utilisant le questionnaire FSFI.

II. Matériel et Méthodes

1. La stratégie de recherche

Une revue de la littérature, avec recherche bibliographique à partir des bases de données de PubMed, Google Scholar et Cochrane, a été réalisée pour sélectionner toutes les études publiées entre 1990 et janvier 2016 dont l'objectif était de déterminer si la contraception oestroprogestative avait un impact, quel qu'il soit, sur la sexualité de leurs utilisatrices après au moins trois mois d'utilisation. Des mots-clés ont été utilisés pour réaliser des équations de recherche ; celles-ci ne seront pas précisées dans ce paragraphe mais peuvent être consultées dans l'Annexe 1. Les principaux mots-clés étaient : *contraception*, *contraception AND (sexuality OR desire OR arousal OR orgasm OR lubrication OR dyspareunia OR physiological dysfunction OR psychological dysfunction)*, *contraception AND sexuality AND (arousal OR orgasm OR lubrication OR dyspareunia OR pain OR psychological dysfunction OR side effects OR drug tolerance OR compliance OR acceptability OR satisfaction)*, *contraception AND sexuality NOT (intrauterine device OR condom OR vasectomy OR levonorgestrel)*, *contraception AND pain NOT intrauterine device*, *contraception AND psychological dysfunction NOT (intrauterine device OR condom OR vasectomy)*, *contraception AND sexuality AND side effects NOT (intrauterine device OR condom)*, *oral contraceptives AND (sexuality OR psychological dysfunction OR dyspareunia OR libido in women)*, *oral contraceptives AND sexuality AND (satisfaction OR lubrication OR orgasm OR side effects)*, *contraception OR oral contraceptives AND sexuality AND (orgasm OR lubrication OR dyspareunia OR satisfaction OR psychological dysfunction OR pain OR desire disorders OR arousal disorders OR vaginal dryness OR acceptability OR patient compliance OR adverse effects)*, *contraceptives oral OR Ethinyl Estradiol Norgestrel Combination, patch AND sexuality, patch OR contraception AND sexuality AND (orgasm OR fantasy OR lubrication OR dyspareunia OR satisfaction OR sexual dysfunction psychological)*. Nous avons également sollicité les bibliothèques des facultés de Poitiers et de Rennes, ce qui nous a permis de trouver des études supplémentaires en plus des équations, que nous avons présentées dans le flow chart (Figure 1) sous le terme « autres sources ».

2. La sélection des études

Les articles ont été sélectionnés, dans un premier temps, à partir des titres et des résumés de publication. Les critères d'inclusion pour la revue étaient : évaluation de la fonction sexuelle

comme objectif principal ou secondaire, durée de suivi d'au moins trois mois. Une lecture intégrale a parfois été nécessaire lorsqu'il y avait un doute sur les critères d'inclusion. Seules les publications en langue française et anglaise ont été retenues et analysées. Nous avons également exclu les articles datant d'avant 1990, les lettres aux éditeurs, les commentaires et les revues. Dans un deuxième temps, les études éligibles ont été lues intégralement puis de nouveau triées selon notre objectif.

Les critères d'inclusion pour l'analyse secondaire étaient que le test, évaluant la fonction sexuelle des patientes, devait être le FSFI et les résultats devaient être présentés sous forme de moyennes.

3. L'extraction des données

Pour chaque étude, nous avons extrait, en double lecture, les données suivantes : le nom du premier auteur, la date de publication et le type d'étude, le pays où s'est déroulée l'étude, la durée du suivi, le nombre de patientes incluses, le ou les tests utilisés évaluant la fonction sexuelle et les résultats trouvés sur l'impact de la contraception sur la sexualité des femmes (Tableaux 3, 4 et 5).

4. L'évaluation des données

1) Les différents tests

Il existe divers tests pour évaluer la fonction sexuelle féminine. Au cours de ce travail, onze questionnaires ont été répertoriés : DSFI, FSDS, FSFI, GRISS, IRSF, MFSQ, PEQ, SDI, SEQ, SES et SPEQ. Le Tableau 1 synthétise les différents domaines abordés par les divers tests. Les plus utilisés sont le FSFI, l'IRSF et le PEQ retrouvés respectivement dans sept, quatre et trois des études incluses.

Le questionnaire IRSF, crée en 1982 par Bancroft et Al., évalue la sexualité des femmes en abordant certains aspects physiques de leurs rapports sexuels et en y associant une dimension psychologique. Il inclut également le vécu du partenaire. Il comporte ainsi dix items : *spontaneous sexual interest, (positive and negative) feelings during sexual intercourse, frequency and speed of vaginal lubrication, non genital arousal, orgasm, vaginismus, dyspareunia, partner's erection, non genital arousal and speed of ejaculation*. Chaque item est évalué par un score de 0 à 100 à l'aide d'une échelle visuelle analogique. (8)

D'autres tests incluent également le vécu du partenaire. Le MFSQ (9) est un questionnaire de 19 items, dont 18 évalués sur sept points selon l'échelle de Likert et un item

sur la fréquence de l'activité. Ces items se regroupent en deux domaines : la sexualité féminine et le couple (relation de couple, sentiments, santé sexuelle du partenaire). Le diagnostic de dysfonction sexuelle est posé lorsque le score est inférieur à 35.

Le PEQ (10) est un questionnaire de 1997, issu du MFSQ, comportant 19 items. Il aborde plusieurs domaines de la sexualité féminine et masculine. Le SPEQ est une version courte du PEQ.

Certains questionnaires, comme le DSFI et le GRISS, permettent d'étudier la sexualité de chaque partenaire mais de façon distincte avec une version réservée aux femmes et une autre réservée aux hommes.

Le DSFI (11), crée en 1979, est un test évaluant le fonctionnement sexuel actuel d'un individu, comprenant 254 items regroupés en dix domaines : *information, experiences, drive, attitudes, psychological symptoms, affects, gender role definition, fantasy, body image, sexual satisfaction*.

Le GRISS (12), créé en 1986, est un questionnaire de 28 items pour évaluer les dysfonctions sexuelles des couples hétérosexuels. Sept domaines sont abordés : *intercourse frequency, incommunicability, dissatisfaction, avoiding sexual intercourse, absence of sexuality, anorgasmia* et *vaginismus* (uniquement dans la version réservée aux femmes), *impotence and premature ejaculation* (uniquement dans la version réservée aux hommes).

Le SES permet d'aborder d'autres domaines tels que la moralité, la motivation sexuelle, la stimulation psychosexuelle et l'attractivité de la relation de couple.

Parallèlement, d'autres tests n'abordent qu'exclusivement la sexualité féminine tels que le FSFS, le SDI et le FSFI présenté dans le paragraphe suivant.

Le FSFS est un questionnaire, créé en 2002, pour aider au diagnostic des dysfonctions sexuelles féminines. Il a permis d'introduire une nouvelle notion, la détresse personnelle, une des composantes essentielles des FSD (13). Il comporte 12 items, portant sur les trente derniers jours. Le score maximal est de 48 ; un score >14 correspond à une détresse cliniquement significative. Le FSFS a été remanié en 2005, devenant le FSFS-R comportant un item supplémentaire portant sur la détresse liée au désir hypoactif.

Le SDI est un questionnaire de 11 items développé pour mesurer uniquement le désir sexuel, comme le souligne le Tableau 1. Deux aspects du désir sexuel sont évalués : le désir

sexuel dyadique (8 items) et le désir sexuel solitaire (3 items). Les scores les plus élevés indiquent des niveaux élevés de désir. (14)

Tableau 1: les différents domaines de la sexualité abordés par les divers questionnaires.

Questionnaire / items	DSFI	FSDS-R	FSFI	GRISS	IRSF	MFSQ	SDI	SES	SEQ	PEQ	SPEQ
Patiente											
Désir	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+
Excitabilité			+	+	+	+		+		+	+
Lubrification			+		+	+			+	+	
Orgasme			+	+	+	+				+	+
Satisfaction*	+	+	+	+	+	+			+	+	+
Douleur			+		+	+				+	+
Fréquence	+			+	+	+				+	+
Masturbation	+						+			+	
Partenaire											
Désir											
Excitabilité				+	+						
Lubrification											
Orgasme											
Satisfaction			+	+	+	+				+	+
Douleur										+	
Fréquence				+						+	
Erection / éjaculation				+	+	+				+	+
				+	+					+	+

*La *jouissance* est comprise dans l'item *satisfaction*.

2) Le questionnaire FSFI

Le test FSFI est un auto-questionnaire évaluant exclusivement la fonction sexuelle féminine au cours des quatre dernières semaines, chez les femmes sexuellement actives. C'est un outil psychométrique validé, créé en 2000 par Raymond Rosen et son équipe (15), pour aider au diagnostic des dysfonctions sexuelles féminines. Il comporte 19 items qui regroupent six domaines : le désir (Q1, Q2), l'excitation (Q3-Q6), la lubrification (Q7-Q10), l'orgasme (Q11-Q13), la satisfaction (Q14-Q16) et la douleur (Q17-Q19) (Annexe 2). Le FSFI permet de calculer des scores pour ces six domaines ainsi qu'un score global, pouvant varier entre 2 et 36 (Annexe 3). Un score total de 26,55 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle.

Tableau 2 : Mode de calcul du score du FSFI

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score minimum	Score maximum
Désir	1,2	1-5	0.6	1.2	6
Excitation	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6
Lubrification	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6
Orgasme	11,12,13	0-5	0.4	0	6
Satisfaction	14,15,16	0 (ou 1)-5	0.4	0.8	6
Douleur	17,18,19	0-5	0.4	0	6
Score total				2	36

Pour notre objectif secondaire, nous avons privilégié le questionnaire FSFI car ce test permet une approche multidimensionnelle de la fonction sexuelle féminine, reprenant les différentes phases du rapport sexuel féminin de Masters et Johnson (16), et la phase du désir décrite par H. Kaplan (17).

5. Analyses statistiques

Les données des études incluses dans les analyses secondaires ont été agrégées afin d'obtenir un score moyen synthétique par item du questionnaire FSFI.

III. Résultats

1. Résultats de la recherche

Nous avons obtenu 116 études, dont vingt et un articles, datant d'avant 1990, qui ont été exclus. Les autres critères d'exclusion étaient les écrits dans une langue étrangère autre que l'anglais et les duplicatas. Cinquante-huit articles ont été secondairement exclus, leur objectif ne correspondant pas à celui de notre travail. Vingt-trois études (18-40) provenant de 11 pays ont ainsi été incluses dont quinze essais cliniques (18, 21, 23, 25-27, 29, 31, 32, 34, 35, 37-40) et huit études épidémiologiques (19, 20, 22, 24, 28, 30, 33, 36) (Figure 1).

Compte tenu des méthodologies très différentes utilisées entre les quinze essais inclus, notamment les tests d'évaluation de la fonction sexuelle, nous n'avons pas pu réaliser de méta-analyse comme nous le souhaitions dans un premier temps. Nous avons donc réalisé une revue de la littérature afin de synthétiser les données actuelles sur l'impact potentiel de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des femmes après au moins trois mois d'utilisation.

Nous avons, dans un second temps, choisi de réaliser une analyse de quatre études comparables (21, 27, 30, 35) utilisant le test FSFI pour évaluer la fonction sexuelle de leurs patientes.

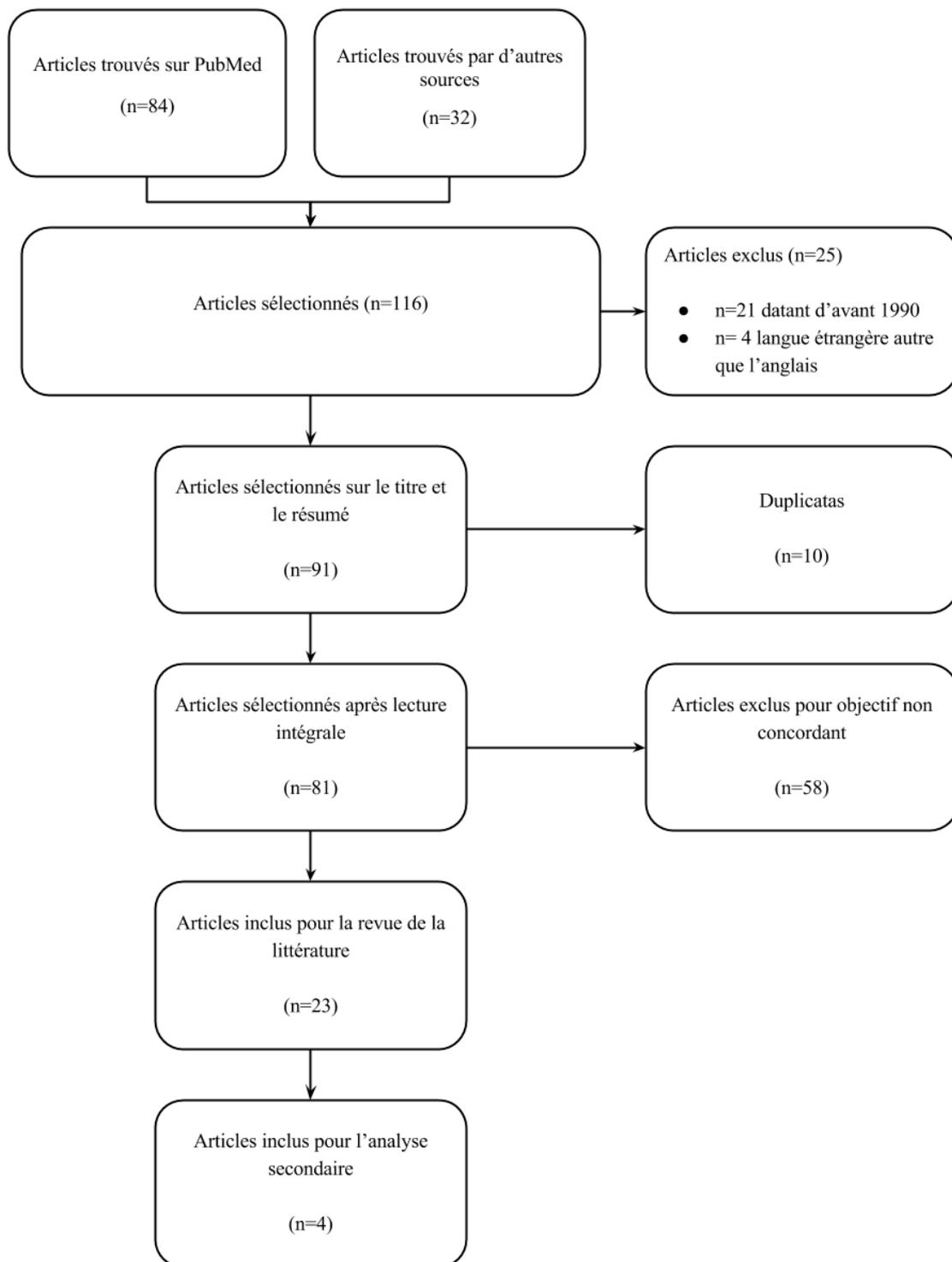


Figure 1 : Sélection des articles pour la revue de la littérature et l'analyse secondaire

2. Revue de la littérature

Vingt-trois études (18-40) ont ainsi été analysées, incluant au total 2875 patientes. La durée moyenne de suivi est de 6 mois. L'âge moyen des patientes est de 27,3 années.

1) *Etudes retrouvant un impact positif*

Parmi les treize études (18-30) retrouvant une influence positive de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine, sept d'entre elles sont des essais cliniques (18, 21, 23, 25, 26, 27, 29) et six sont des études épidémiologiques (19, 20, 22, 24, 28, 30).

Cinq de ces études ont étudié les effets d'une seule pilule oestroprogestative sur le fonctionnement sexuel de leurs patientes (19, 20, 22, 24, 28) et cinq autres études ont comparé l'impact de deux pilules oestroprogestatives de composition différente (21, 23, 25, 26, 27). Trois études (18, 29, 30) ont étudié l'influence de l'anneau vaginal sur la sexualité féminine ; deux d'entre elles l'ont comparé à une pilule oestroprogestative (18) ou à l'implant contraceptif (29).

La plupart de ces études retrouvent une amélioration globale du fonctionnement sexuel sous contraception oestroprogestative, pouvant intéresser tous les domaines de la sexualité selon les travaux.

Plusieurs études ont retrouvé une augmentation du désir sexuel dès trois mois de suivi pour certaines (21, 24, 25, 26) ou six mois pour d'autres (23, 28, 29, 30). Pour les items *excitation* et *orgasme*, des résultats similaires ont été retrouvés avec une amélioration significative après trois mois d'utilisation d'une contraception oestroprogestative (respectivement 21, 25, 26 et 18, 19, 21, 24, 25, 26, 29) ou six mois (respectivement 19, 25, 30 et 22, 29, 30).

Plusieurs auteurs ont étudié, parallèlement, la sexualité de leurs patientes sous contraception oestroprogestative et leurs taux hormonaux plasmatiques afin de trouver une corrélation clinico-biologique significative. Oranratanaphan et Al. (21) ont constaté, dans leur essai clinique de 2006, une amélioration de la sexualité de leurs patientes, notamment de leur désir sexuel, sans modification significative du taux plasmatique circulant des androgènes. Caruso et Al. (24) ont rapporté dans leur étude observationnelle de 2011, une amélioration de la qualité de vie et de la vie sexuelle de leurs patientes associée à une baisse significative du FAI de 43%. Strufaldi et Al. (23) ont, quant à eux, observé dans leur essai clinique de 2010, une diminution significative du FAI de 67% sans modification des scores du FSFI sous 30 µg d'EE. Seules les patientes, sous 20 µg d'EE, ont rapporté une amélioration significative de leur

désir sexuel, sans toutefois de variation significative des dosages hormonaux. Strufaldi et Al. (23) ont conclu à l'absence de corrélation significative entre le désir sexuel et les taux hormonaux plasmatiques.

Certaines études ont également rapporté une diminution des dyspareunies (19, 22, 24, 25, 26, 30) et une amélioration de la lubrification à partir de six mois de suivi (26, 28). Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Davis et Al. (26). En effet, les patientes de leur essai clinique de 2013, ont rapporté moins de sécheresse, moins d'irritation et moins d'écoulements vaginaux après six mois d'utilisation d'une pilule oestroprogestative.

Certains auteurs ont pu également noter une amélioration de la qualité de vie de leurs patientes (22, 24, 25, 28, 30) ainsi qu'une baisse de leur anxiété ou de leur détresse selon le test utilisé (18, 26, 29). Davis et Al. (26) ont, en effet, rapporté une amélioration de la vie sexuelle de leurs patientes souffrant de dysfonctions sexuelles, dès deux mois de suivi, associée à une amélioration de leur état psychologique. Les patientes de l'étude de Caruso et Al. (22) en 2009, souffrant d'hyperandrogénisme, ont rapporté une diminution de leur hirsutisme et leur acné sous COC, avec parallèlement une meilleure estime de soi et une amélioration de leur vie sociale et sexuelle. Les auteurs ont, par ailleurs, remarqué une diminution de la masturbation et une augmentation des rapports sexuels chez ces patientes au cours du suivi.

Trois études (18, 29, 30) ont étudié l'impact d'une pilule oestroprogestative et de l'anneau vaginal sur la fonction sexuelle féminine. Guida et Al. (18, 29) ont rapporté dans leurs deux essais cliniques de 2004 et 2014, un impact positif de la pilule oestroprogestative et de l'anneau vaginal dès trois mois de suivi avec une augmentation des rapports sexuels et une diminution de l'anxiété. Les patientes rapportaient également une ascension de leur plaisir et satisfaction sexuels. Parallèlement, les auteurs ont remarqué que les patientes sous anneau vaginal, présentaient des scores plus élevés pour les items *fantasmes sexuels* et *complicité*, que celles sous COC, dans leurs deux études. Les hommes, dont les partenaires étaient sous anneau, rapportaient des résultats similaires.

Dans leur étude épidémiologique de 2016, Caruso et Al. (30) ont étudié le comportement sexuel de leurs patientes sous anneau et ont retrouvé également une amélioration de leur fonction sexuelle sous ce contraceptif. En effet, les patientes ont rapporté des scores plus élevés pour tous les items du FSFI ainsi que pour les items du SF-36.

Tous ces articles ont ainsi retrouvé une influence positive de la contraception oestroprogestative sur la sexualité de leurs patientes, quelle que soit la forme galénique,

associée selon les études à une diminution des saignements et des douleurs, une réduction de l'anxiété liée au risque d'une grossesse non désirée et une amélioration de leur bien-être.

Tableau 3 : Caractéristiques des études retrouvant un impact positif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des femmes après trois mois d'utilisation

Source	Type d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Contraception utilisée	Nombre de patientes incluses / analysées	Caractéristiques de la population	Age moyen \pm SD (années)	Durée de suivi (mois)	Test utilisé	Résultats et commentaires des auteurs
Guida et Al. (18) 2004	Essai clinique ouvert contrôlé	Italie	Comparer l'influence de l'anneau vaginal et d'une COC sur la vie sexuelle des couples	Nuvaring pour le groupe A COC <i>EE20/DSG150</i> pour le groupe B Aucune pour le groupe contrôle	116/76	Femme de 22-34 ans, réglée entre 12-14 ans, BMI entre 20-22kg/m ² , avoir >3 rapports sexuels dans le mois précédent, avoir une relation d'une durée >1an	30.6 \pm 2.4 31.3 \pm 0.8 29.5 \pm 1.3	6	IRSF	<p>Les auteurs ont constaté dès 3 mois de suivi, une amélioration de la fonction sexuelle dans les groupes A et B en comparaison au groupe contrôle pour les items : plaisir sexuel, libido, fréquence et intensité des orgasmes, satisfaction, complicité et anxiété (p<0.01 ou p<0.001).</p> <p>Le groupe sous Nuvaring rapportent de meilleurs scores que le groupe sous POP pour 2 items (libido et complicité ; p<0.05) et davantage de fantasies sexuelles par rapport aux groupes B et C (p<0.001). Résultats similaires pour les partenaires masculins.</p> <p>A noter une augmentation de la fréquence des rapports dans les groupes A et B dès 3 mois (p<0.001) mais aucune différence n'a été observée entre ces 2 groupes.</p> <p>A noter que les patientes sont la plupart en couple depuis environ 5 ans et ont en moyenne un enfant.</p>

Tableau 3 (suite)

<p>Caruso et Al. (19) 2005</p>	<p>Etude prospective observationnelle, analyse en ITT</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer l'impact d'une COC sur le comportement sexuel de femmes en bonne santé</p>	<p>Pilule monophasique <i>EE30/DRSP3</i></p>	<p>80/80</p>	<p>Femme de 18-33 ans, sexuellement active, en couple, désirant une COC pour une durée >1 an, n'ayant pas utilisé de contraception hormonale auparavant</p>	<p>25±5.1</p>	<p>9</p>	<p>PEQ</p>	<p>Dès trois mois d'utilisation, les patientes ont rapporté une amélioration de leur satisfaction (p<0.05), jouissance (p<0.001) et la fréquence de leurs orgasmes (p<0.05) ainsi qu'une diminution des dyspareunies (p<0.05).</p> <p>A partir de six mois, les auteurs ont constaté également une amélioration des scores pour les items excitation et activité sexuelle des 2 semaines précédentes (p<0.05).</p> <p>A noter l'absence d'effet significatif sur le désir tout au long du suivi.</p>
<p>Seal et Al. (20) 2005</p>	<p>Etude prospective</p>	<p>Grande Bretagne</p>	<p>Evaluer les effets d'une COC sur l'excitation génitale objective et subjective</p>	<p>Une des 6 pilules : Tricyclen Alesse Triphasyl Marlevon Micronor Synphasic</p>	<p>22/16</p>	<p>Femme de 18-30 ans, désirant une COC, impliquée dans une relation hétérosexuelle</p>	<p>21.6±3.2</p>	<p>2</p>	<p>DSFI Sexual inventory SES Film scale</p>	<p>Les auteurs ont constaté chez leurs patientes, avant utilisation d'une COC, une augmentation de l'excitation génitale et mentale et une diminution de l'anxiété après visionnage d'un film érotique</p> <p>Sous COC, le visionnage d'un film érotique n'a pas permis d'amélioration significative de l'excitation génitale et de l'anxiété (p>0,05). A noter une variabilité inter-individuelle des réponses.</p> <p>Parallèlement, les auteurs ont rapporté une augmentation significative de l'excitation mentale (p<0.001) et de sa perception (p<0.001).</p>

Tableau 3 (suite)

<p>Oranrata-naphan et Al. (21) 2006</p>	<p>Essai clinique monocentrique contrôlé en double aveugle</p>	<p>Thaïlande</p>	<p>Comparaison des effets de 2 COC sur l'impact sur le désir, la libido et le FAI</p>	<p>Pilule <i>EE30/DRSP3</i> pour le groupe A Pilule <i>EE20/GSD75</i> pour le groupe B</p>	<p>86/86</p>	<p>Femme de 16-35 ans, sans contraception hormonale dans les 3 mois précédents, ayant au moins 4 rapports sexuels par mois</p>	<p>25.7±4.8 24.8±4.8</p>	<p>3</p>	<p>FSFI</p>	<p>Les patientes des 2 groupes ont rapporté une amélioration significative pour les items désir, excitation, satisfaction et pour le score total du FSFI (p<0.05).</p> <p>A noter une augmentation significative de la fréquence des orgasmes pour le groupe B (p<0.05).</p> <p>Les auteurs n'ont remarqué aucune différence significative du FAI au cours du suivi pour chaque groupe.</p> <p>A noter que la plupart des patientes étaient mariées et avaient un enfant</p>
--	--	------------------	---	---	--------------	--	------------------------------	----------	-------------	--

Tableau 3 (suite)

<p>Caruso et Al. (22) 2009</p>	<p>Etude prospective observationnelle</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer l'impact d'une COC sur les troubles psychosexuels de patientes souffrant d'hyperandrogénisme</p>	<p>Pilule <i>EE30/CMA2</i></p>	<p>94/72</p>	<p>Patientes de 18-32 ans, souffrant d'hirsutisme ou d'un SOPK diagnostiqué par échographie, en couple, désirant un traitement pour une durée >1 an</p>	<p>24.6±3.8</p>	<p>9</p>	<p>SPEQ Autre test non nommé</p>	<p>A partir de six mois de suivi, les auteurs ont constaté une amélioration de la qualité de vie de leurs patientes (sur le plan physique, émotionnel, et social).</p> <p>Parallèlement, les patientes rapportent une amélioration de leur satisfaction et jouissance, une augmentation de leurs orgasmes par rapport sexuel et une diminution des douleurs à 6 mois (p<0.05) et 9 mois de suivi (p<0.001).</p> <p>Les auteurs ont constaté une diminution de la masturbation (p<0.05) et une augmentation des rapports sexuels au cours du suivi.</p> <p>Les patientes rapportent une meilleure estime d'elle-même. A noter que la régression de l'hirsutisme et de l'acné a affecté positivement la vie sexuelle et sociale de ces patientes à 6 (p<0.05) et 9 mois de suivi (p<0.001)</p>
---------------------------------------	---	---------------	---	--------------------------------	--------------	--	-----------------	----------	---	---

Tableau 3 (suite)

<p>Strufaldi et Al. (23) 2010</p>	<p>Essai clinique ouvert</p>	<p>Brésil</p>	<p>Comparaison de 2 COC sur le niveau plasmatique des androgènes et la fonction sexuelle féminine</p>	<p>Pilule <i>EE30/LNG150</i> pour le groupe A Pilule <i>EE20/LNG100</i> pour le groupe B</p>	<p>101/97</p>	<p>Femmes de 18-40 ans, désirant une COC, en couple depuis >1an, ayant des cycles réguliers, n'ayant pas utilisé de contraception hormonale dans les 3 mois précédents</p>	<p>28.7±6.83 26.8±5.89</p>	<p>6</p>	<p>FSFI</p>	<p>Les auteurs ont constaté uniquement pour le groupe A une diminution significative des androgènes (- 54% pour la testostérone et -67% pour le FAI, p<0.001)) et une augmentation de la SHBG (+32% ; p<0.001).</p> <p>A noter une amélioration significative du désir pour les patientes du groupe B à 6 mois (p=0.26).</p> <p>A noter que les auteurs n'ont retrouvé aucune corrélation significative entre le désir et les taux de testostérone ou le FAI.</p> <p>A noter que la majorité des patientes étaient mariées depuis environ 5 ans et avaient un enfant.</p>
--	------------------------------	---------------	---	---	---------------	---	--------------------------------	----------	-------------	---

Tableau 3 (suite)

<p>Caruso et Al. (24) 2011</p>	<p>Etude prospective observationnelle ouverte, Analyse en ITT</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer la qualité de vie et la sexualité de femmes en bonne santé sous COC</p>	<p>Pilule E2V/DNG</p>	<p>57/57</p>	<p>Femme de 18-48 ans, en couple depuis >6 mois, n'ayant jamais utilisé de contraception hormonale, désirant une COC pour une durée >1an</p>	<p>28.7±3.3</p>	<p>6</p>	<p>SPEQ</p>	<p>Les auteurs ont constaté à 6 mois de suivi, une augmentation de la SHBG de 66% (p<0.001) et une diminution du FAI de 43% (p<0.001).</p> <p>Les patientes ont rapporté une augmentation de leur désir, excitation, jouissance et orgasmes dès 3 mois de suivi ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie (p<0.05). A noter que la fréquence de leur activité sexuelle reste inchangée. Diminution significative des dyspareunies (p<0.05).</p> <p>Les auteurs ont constaté un pic de la fonction sexuelle à J14 sans contraception, décalé à J7 sous pilule. Le pic de la jouissance et des orgasmes est plus élevé sous COC (p<0.05)</p>
--	---	---------------	--	-----------------------	--------------	--	-----------------	----------	-------------	--

Tableau 3 (suite)

<p>Caruso et Al. (25) 2011</p>	<p>Essai clinique ouvert, avec groupes parallèles, analyse en intention de traiter</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer les effets de deux pilules sur la qualité de vie et le comportement sexuel de femmes en bonne santé</p>	<p>Pilule EE20/DRSP3 pendant 21 jours pour le groupe A pendant 24 jours pour le groupe B</p>	<p>115/115</p>	<p>Femmes de 18-37 ans, sexuellement actives, en couple depuis > 6 mois, désirant une COC pour une durée > à 1an, n'ayant jamais utilisé de contraception hormonale auparavant</p>	<p>25.7±3.1</p>	<p>6</p>	<p>SPEQ</p>	<p>Les auteurs ont constaté une augmentation du désir ($p<0.01$), de l'excitation ($p<0.001$), des orgasmes ($p<0.05$), et de la satisfaction ($p<0.05$) pour le groupe B dès 3 mois de suivi.</p> <p>A noter une diminution des dyspareunies dans les 2 groupes dès 3 mois de suivi</p> <p>A six mois, les patientes du groupe B rapportent de meilleurs scores pour tous les items du SPEQ ($p<0.05$).</p> <p>Les patientes du groupe A n'ont pas constaté de différence significative concernant leur désir et leurs orgasmes sous COC, à 6 mois de suivi, contrairement aux autres items du SPEQ</p>
---------------------------------------	--	---------------	--	--	----------------	--	-----------------	----------	-------------	--

Tableau 3 (suite)

<p>Davis et Al. (26) 2013</p>	<p>Essai clinique multicentrique, en double aveugle, de non infériorité, avec groupes parallèles</p>	<p>Autriche Australie Belgique Allemagne Italie Espagne Thaïlande</p>	<p>Comparer les effets de 2 COC sur la fonction sexuelle de femmes présentant des dysfonctions sexuelles sous COC</p>	<p>Pilule E2V/DNG Pilule EE30/LNG150</p>	<p>217/191</p>	<p>Femme de 18-50 ans (<31 ans si fumeuse), présentant des troubles du désir sexuel sous COC depuis > 3mois mais < 12 mois, désirant switcher avec une autre COC, en couple depuis >6 mois, ayant un FCV normal datant de <6 mois</p>	<p>30.5±7.4</p>	<p>6</p>	<p>FSFI FSDS-R ASQ VHA</p>	<p>Les patientes des 2 groupes ont rapporté une amélioration des scores pour tous les items du FSFI à 2 mois, maximale à 6 mois. Elles ont également rapporté une diminution de leur détresse selon le FSDS-R</p> <p>Selon l'ASQ, il a été noté une amélioration de l'état vaginal des patientes à 6 mois de suivi (-0.27±0.50 et -0.18±0.38 pour E2V/DNG et EE30/LNG150 respectivement)</p> <p>Les auteurs ont constaté que les variations de score du FSDS-R étaient inversement corrélées aux variations de scores du FSFI.</p>
<p>Shahnazi et Al. (27) 2013</p>	<p>Essai clinique en double aveugle</p>	<p>Iran</p>	<p>Evaluer les effets de 2 COC sur la sexualité des femmes en âge de procréer</p>	<p>Pilule EE30/LNG150 Pilule EE30/DSG150</p>	<p>82/82</p>	<p>Femmes de 15-45 ans, mariées, désirant une OC, n'ayant pas utilisé de contraception hormonale depuis >1 an</p>	<p>29.29±7.01 27.85±7.93</p>	<p>4</p>	<p>FSFI</p>	<p>Les patientes des deux groupes ont rapporté une amélioration de leur sexualité à 4 mois d'utilisation, cette amélioration étant plus marquée sous pilule de troisième génération (+19.23% sous EE30/LNG150 ; +87% sous EE30/DSG150 à 4 mois)</p>

Tableau 3 (suite)

<p>Di Carlo et Al. (28) 2014</p>	<p>Etude prospective observationnelle</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer l'impact d'une COC sur la qualité de vie et la fonction sexuelle de femmes âgées entre 25-45 ans</p>	<p>Pilule : E2V/DNG Pour les 2 groupes : - A (25-35 ans) - B (36-45 ans)</p>	<p>120/102</p>	<p>Femme de 25-45 ans, sexuellement active (>3 rapports sexuels par mois), en couple depuis >1an, comprenant l'italien, n'ayant pas utilisé de contraception dans le mois précédent</p>	<p>29.0±3.1 41.3±2.9</p>	<p>6</p>	<p>FSFI</p>	<p>Les patientes âgées entre 25-35 ans rapportent une amélioration pour les 2 items du FSFI, <i>lubrification et douleur</i>, à 6 mois de suivi</p> <p>Les patientes, âgées entre 36-45 ans, notent une amélioration de leur désir, leur lubrification, leur satisfaction et pour le score total du FSFI à 6 mois.</p> <p>Les auteurs constatent que les scores du FSFI et du SF-36 sont plus élevés initialement et au cours du suivi pour le groupe A</p>
---	---	---------------	---	---	----------------	---	------------------------------	----------	-------------	---

Tableau 3 (suite)

<p>Guida et Al. (29) 2014</p>	<p>Essai clinique ouvert contrôlé</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer et comparer l'impact de trois moyens contraceptifs sur la vie sexuelle féminine</p>	<p>Implant progestatif pour le groupe A Anneau vaginal pour le groupe B COC <i>EE20/DSG150</i> pour le groupe C Absence de contraception pour le groupe D</p>	<p>189/99</p>	<p>Femme de 20-45 ans, ayant un BMI entre 19,5-26,6, sexuellement active (>3 rapports sexuels lors du mois précédent), en couple depuis >1 an, n'ayant pas utilisé de contraception hormonale dans l'année précédente</p>	<p>33.2±6.7 30.6±2.4 30.4±0.8 29.5±1.3</p>	<p>6</p>	<p>IRSF</p>	<p>Les patientes sous implant présentaient initialement des scores plus élevés que les 3 autres groupes pour les items de l'IRSF suivants : intérêt sexuel, fantasies, fréquence et intensité des orgasmes et complicité (p<0.05).</p> <p>Les auteurs ont remarqué une amélioration de la fonction sexuelle dont une augmentation du nombre de rapports sexuels et une diminution de l'anxiété, dans les 3 groupes en comparaison au groupe contrôle dès 3 mois de suivi</p> <p>Les groupes sous implant et COC présentent une amélioration pour les items : plaisir, intérêt sexuel, satisfaction, fréquence et intensité des orgasmes dès 3 mois par rapport au groupe contrôle.</p> <p>A 6 mois, les patientes des 3 groupes présentent de meilleurs scores pour le désir, les orgasmes et la satisfaction que le groupe contrôle</p> <p>A noter des variations de scores plus tardives sous implant par rapport aux 3 autres groupes (p<0.05)</p> <p>A noter que les patientes ont une relation de couple de 5 ans en moyenne et ont un enfant</p>
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------	--	--	---------------	---	--	----------	-------------	--

Tableau 3 (suite)

<p>Caruso et Al. (30) 2016</p>	<p>Etude observationnelle, non contrôlée</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer la qualité de vie et la fonction sexuelle de femmes en bonne santé, sous anneau intra-vaginal</p>	<p>Anneau vaginal</p>	<p>73/52</p>	<p>Femme âgée de 18-40 ans, sexuellement actives, en couple depuis >6 mois, ne présentant pas de dysfonction sexuelle, désirant une contraception pour une durée > 1 an, n'utilisant pas de contraception hormonale lors de l'inclusion dans l'étude</p>	<p>23.8±3.8</p>	<p>4</p>	<p>FSFI FSDS</p>	<p>Au cours du suivi, les auteurs ont constaté une amélioration du score total du FSFI (26.8 vs 28.1 à 2 mois (p=0.01) et 31 à 4 mois p=0.001)) et du FSDS (12.4 vs 11.6 (p=0.01) et 9.2 (p=0.001))</p> <p>Les patientes ont rapporté une amélioration pour tous les items du FSFI à 4 mois de suivi. A noter une amélioration significative entre 2 et 4 mois de suivi pour les items orgasme (p=0.02) et douleur (p=0.05) du FSFI.</p>
---------------------------------------	--	---------------	--	-----------------------	--------------	--	-----------------	----------	----------------------	--

2) Etudes retrouvant un impact négatif

Sept études (31-37) ont retrouvé un impact négatif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité de leurs patientes : cinq d'entre elles sont des essais cliniques (31, 32, 34, 35, 37) et deux sont des études observationnelles (33, 36).

Quatre de ces études ont étudié l'impact d'une seule pilule oestroprogestative (31, 33, 36, 37) et deux autres études ont étudié les effets de deux pilules de composition différente (32, 34). Une comparaison avec l'anneau vaginal a été réalisée dans deux travaux (34, 37). Une seule étude a confronté l'impact de l'anneau vaginal et celui du patch sur la fonction sexuelle des patientes (35).

La plupart de ces études rapportent une diminution de la libido avec une diminution du nombre de rapports sexuels (32, 36, 37). Sabatini et Al. (34) ont constaté une altération du désir sexuel, chez 31.9% à 42.4% des patientes sous pilule oestroprogestative depuis douze mois, données compatibles avec celles de l'étude épidémiologique de Caruso et Al. (33) qui retrouve une diminution du désir ($p < 0.005$) et de l'activité sexuelle des deux semaines précédentes ($p < 0.05$) à neuf mois d'utilisation d'une pilule contenant 15 µg d'éthinyl-estradiol et 60 µg de gestodène. Leurs patientes rapportaient également, dès trois mois de suivi, une altération de leurs orgasmes et de la satisfaction.

Sanders et Al. (32) ont constaté, dans leur essai clinique, que l'altération de la sexualité et de la qualité de vie sont des facteurs importants influençant l'acceptabilité d'une méthode contraceptive ; leur groupe « DS », composé des patientes ayant arrêté précocement leur pilule, rapportait une diminution de leurs rapports sexuels avec et sans pénétration et de leur excitabilité ainsi que davantage d'effets secondaires d'ordre sexuel. Ces résultats rejoignent ceux de Sabatini et Al. (34). En effet, les auteurs ont constaté une influence globalement négative des deux pilules étudiées sur le désir sexuel, associée à des spotting et une sécheresse vaginale sous 15 µg d'EE et des effets secondaires hormonaux sous 20 µg d'EE, motivant 21.4 à 28.5 % des arrêts précoces.

Battaglia et Al. ont également retrouvé, dans leur étude observationnelle de 2012 (36) et leur essai clinique de 2014 (37), une diminution des rapports sexuels par semaine ainsi qu'une diminution de la fréquence des orgasmes sous pilule de 30 µg d'éthinyl œstradiol. Les patientes avaient également rapporté une augmentation des dyspareunies. Lors de ces études, les auteurs ont pu constater par écho-doppler des modifications vulvaires, à savoir une diminution du

volume du clitoris et des petites lèvres ainsi que de l'orifice vaginal, associées à une augmentation des résistances de l'artère dorsale du clitoris, après introduction de la contraception. Parallèlement, les taux sériques d'œstradiol ainsi que le FAI et le FEI étaient significativement diminués (37). Les auteurs conclurent que la vulve, et en particulier le clitoris, était sensible aux variations du taux sérique d'œstradiol.

L'étude de Gracia et Al. (35) est la seule étude incluse qui compare l'anneau vaginal et le patch. Les auteurs ont rapporté une dégradation de la fonction sexuelle des patientes sous anneau comparé au patch, avec une altération significative pour les items *excitation*, *lubrification* et *douleur* ainsi que le score total du FSFI. Le sous-groupe des patientes ayant un partenaire ont également rapporté une diminution du score pour l'item *orgasme*. Ces résultats rejoignent ceux de Battaglia et Al. (37) qui ont constaté que toutes les patientes sous anneau rapportaient une lubrification modérée associée à une diminution du volume clitoridien ($p=0.039$), plus accentué par rapport aux femmes sous pilule. L'étude de Sabatini et Al. (34) présentent des résultats contradictoires avec une amélioration progressive, au cours du suivi, du désir sexuel et de la satisfaction sous anneau. Seulement 2.1% des patientes rapportent une sécheresse vaginale à trois mois de suivi. A noter l'absence de données à six et douze mois.

Tous ces articles ont ainsi retrouvé une influence globalement négative de la contraception oestroprogestative sur le fonctionnement sexuel de leurs patientes associée, selon les études, à une recrudescence des douleurs secondaires à des troubles de lubrification et des troubles du cycle menstruel ainsi qu'à des modifications cliniques dystrophiques.

Tableau 4 : Caractéristiques des études retrouvant un impact négatif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des femmes après trois mois d'utilisation

Source	Type d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Contraception utilisée	Nombre de patientes incluses / analysées	Caractéristiques de la population	Age moyen \pm SD (années)	Durée de suivi (mois)	Test d'évaluation utilisé	Résultats et commentaires des auteurs
Graham et Al. (31) 1992	Essai clinique contrôlé, en double aveugle	USA	Effets d'une pilule triphasique sur la libido et le moral chez des patientes souffrant d'un PMS moyen ou sévère	POP triphasique <i>EE35/Norethindrone 0.5/1/0.5 mg</i>	82/45	Femmes de 18-35 ans, souffrant de PMS, n'ayant pas utilisé une POP dans les 3 mois	29.5 \pm 5	3	VAS	<p>Avant de débiter le traitement, les auteurs avaient remarqué une cyclicité et une corrélation négative entre la dépression et la libido au cours du cycle menstruel, non retrouvés à 3 mois.</p> <p>Les auteurs constatent une diminution significative de la libido en période menstruelle et post-menstruelle après 3 mois d'utilisation d'une COC.</p>

Tableau 4 (suite)

<p>Sanders et Al. (32) 2001</p>	<p>Essai clinique non contrôlé</p>	<p>USA</p>	<p>Comparaison des effets de deux pilules sur la sexualité et le moral des patientes</p>	<p>Pilule monophasique <i>EE35/Norgestimate 250</i></p> <p>Pilule triphasique <i>EE35/Norgestimate 180/215/250 µg</i></p>	<p>107/76</p>	<p>Étudiantes >18 ans, sexuellement actives, en couple, désirant une COC pendant >1 an ; pas d'utilisation dans l'année précédente de COC, implant et DP</p> <p>A noter : participation financée</p>	<p>22.5</p>	<p>12</p>	<p>IRSF SES SEQ</p>	<p>Les patientes qui ont arrêté précocement leur pilule, rapportent une diminution de leurs rapports sexuels (p=0.016), des caresses (p=0.17), de leur libido (p=0.001) ainsi que de leur excitabilité (p=0.012).</p> <p>Elles rapportent également davantage d'effets secondaires notamment sexuels.</p> <p>Les auteurs constatent que les effets secondaires sur la sexualité et le bien-être sont des facteurs importants influençant la compliance des patientes.</p>
--	------------------------------------	------------	--	---	---------------	--	-------------	-----------	-----------------------------	---

Tableau 4 (suite)

<p>Caruso et Al. (33) 2004</p>	<p>Etude prospective observationnelle, avec analyse en intention de traiter</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer les effets d'une pilule faiblement dosée sur le comportement sexuel de femmes en bonne santé</p>	<p>POP monophasique <i>EE15/GSD60</i></p>	<p>63/48</p>	<p>Femmes de 18-35 ans, engagée dans une relation hétérosexuelle, fréquentant le planning familial, n'ayant jamais utilisé de contraception hormonale</p>	<p>25.7±3.9</p>	<p>9</p>	<p>PEQ</p>	<p>Diminution du désir sexuel ($p<0.005$) et de l'activité sexuelle des 2 semaines précédentes ($p<0.05$) à 9 mois</p> <p>Diminution de l'excitation ($p<0.05$) à 3 mois. Diminution de la jouissance ($p<0.001$) et de la satisfaction (<0.05) à partir de 3 mois</p> <p>Pas de résultat significatif pour l'item <i>orgasm</i></p>
--	---	---------------	---	---	--------------	---	-----------------	----------	------------	--

Tableau 4 (suite)

<p>Sabatini et Al. (34) 2006</p>	<p>Essai clinique</p>	<p>Italie</p>	<p>Comparaison de trois moyens contraceptifs sur leurs effets sur le contrôle du cycle menstruel et la sexualité féminine et de leurs effets secondaires</p>	<p>Pilule monophasique <i>EE20/LNG100</i> Pilule monophasique <i>EE15/GSD60</i> Anneau vaginal <i>EE15/etonogestrel 120</i></p>	<p>280/280</p>	<p>Femmes avec cycles réguliers, sexuellement actives, relation hétérosexuelle stable, ayant besoin d'une contraception hormonale</p>	<p>31.0±6.1 29.4±5.7 30.2±5.9</p>	<p>12</p>	<p>Absence de test validé, entretien avec une gynécologue</p>	<p>Sous EE15µg, davantage de patientes ont rapporté une sécheresse vaginale (30.4% à 3 mois, p<0.005) et des spottings. Sous EE20µg, davantage d'effets secondaires hormonaux sont retrouvés.</p> <p>Influence globale négative sur le désir sexuel dans les groupes COC (42.5-48.9% à 3 mois, 31.9-42.4% à 12 mois), motivant des arrêts précoces (6/21 arrêts sous 20µg d'EE et 6/28 sous 15 µg d'EE).</p> <p>Les auteurs concluent que les perturbations du cycle et des rapports sexuels par sécheresse vaginale et perte du désir, sont des facteurs influençant l'acceptabilité d'une méthode et la compliance des patientes.</p>
---	-----------------------	---------------	--	---	----------------	---	---	-----------	---	--

Tableau 4 (suite)

<p>Gracia et Al. (35) 2010</p>	<p>Essai clinique ouvert multicentrique, avec analyse en intention de traiter</p>	<p>USA</p>	<p>Comparaison de la fonction sexuelle féminine avant et trois mois après l'utilisation d'un patch ou anneau vaginal</p>	<p>Patch EE600/ Norelgestromine 6mg Anneau vaginal EE15/etonogestrel 120 par jour</p>	<p>500/477</p>	<p>Femmes, sous COC ou l'ayant arrêtée dans les 3 mois (motif ≠ satisfaction), désirant switcher pour un anneau ou un patch, ayant une relation hétérosexuelle depuis au moins 3 mois. Relation anale interdite</p>	<p>24.96±5.39 26.17±5.50</p>	<p>3</p>	<p>FSFI</p>	<p>Analyses non corrigées : Diminution du score total et de chaque score FSFI sous anneau versus augmentation sous patch sauf pour l'item <i>satisfaction</i> à 3 mois</p> <p>Analyses après régression : Diminution significative sous anneau du score total (p=0,012) et pour les items <i>arousal</i>, <i>lubrification</i> et <i>pain</i> (p=0,047, p=0,013 et p=0,005) à 3 mois par rapport aux patches</p> <p>Corrélation négative entre le score FSFI et le célibat</p> <p>Les auteurs ont constaté une diminution du score FSFI lorsque les patientes ressentiaient leur anneau (p=0.043)</p>
---------------------------------------	---	------------	--	--	----------------	---	----------------------------------	----------	-------------	---

Tableau 4 (suite)

<p>Battaglia et Al. (36) 2012</p>	<p>Etude prospective observationnelle non contrôlée</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer les effets d'une COC sur la vascularisation génitale, les hormones et la sexualité féminine</p>	<p>Pilule monophasique EE30/DRSP 3 mg</p>	<p>22/21</p>	<p>Femmes de 18-35 ans, euménorrhéiques, BMI entre 19-25 kg/m², mariées ou en relation hétérosexuelle >1 an, n'ayant pas utilisé de contraception hormonale depuis <6 mois</p>	<p>25±2.8</p>	<p>3</p>	<p>MFSQ Echo-doppler</p>	<p>Diminution de l'épaisseur des petites lèvres (p=0.001) et de la surface de l'orifice vaginal (p=0.044) Augmentation des résistances de l'artère dorsale du clitoris (p=0.031) et artère postérieure des lèvres (p=0.001)</p> <p>Diminution du score MFSQ avec diminution du nombre de rapports sexuels par semaine (p=0.047) et de la fréquence des orgasmes (p=0.005). Augmentation des dyspareunies (p<0.001) Mais pas d'apparition de dysfonction sexuelle (score>35)</p> <p>Les auteurs concluent à une corrélation positive entre le taux sérique d'EE, le volume des petites lèvres et l'orifice vaginal.</p>
--	---	---------------	--	---	--------------	---	---------------	----------	------------------------------	--

Tableau 4 (suite)

<p>Battaglia et Al. (37) 2014</p>	<p>Essai clinique, en simple aveugle</p>	<p>Italie</p>	<p>Evaluer les effets sur la sexualité, la vascularisation génitale et les dosages hormonaux d'une COC en comparaison avec l'anneau vaginal</p>	<p>Pilule monophasique : <i>EE30/DRSP 3mg</i> Anneau vaginal : <i>EE15/Etonogestrel 120 µg par jour</i></p>	<p>43/40</p>	<p>Femmes de 18-35 ans, euménorrhéiques, nullipares, BMI<25 kg/m², non tabagiques, en couple depuis >1 an, désirant une contraception, Pas de prise de contraception hormonale depuis >6 mois</p>	<p>26.1±2.7 27.0±1.9</p>	<p>6</p>	<p>MFSQ Echo-doppler</p>	<p>Les auteurs ont constaté une diminution du volume du clitoris dans les 2 groupes, plus importante sous anneau (p=0.039), et une augmentation des résistances de l'artère clitoridienne sous COC (p=0.001)</p> <p>Ils concluent à une corrélation positive entre le volume du clitoris et le taux de EE et inversement entre la vascularisation et le taux de EE. Le clitoris est sensible aux variations de taux des estrogènes.</p> <p>Parallèlement, diminution des scores MFSQ dans les 2 groupes (p=0.001). Diminution du nombre des rapports sexuels par semaine (p=0.036) et la fréquence des orgasmes (p=0.019) sous OC associée à une augmentation des douleurs (p=0.011). Lubrification moindre sous anneau</p>
--	--	---------------	---	--	--------------	---	------------------------------	----------	------------------------------	---

3) Etudes ne retrouvant pas d'impact

Trois essais cliniques (38, 39, 40) n'ont pas retrouvé d'impact significatif de la pilule oestroprogestative sur la sexualité de leurs sujets. Graham et Al. (38) n'ont pas constaté de changement significatif quel que soit l'item du questionnaire IRSF, après introduction d'une COC, mais une variabilité interindividuelle importante. En effet, douze patientes déclaraient avoir davantage de rapports sexuels sous pilule alors que seize autres avouaient en avoir moins qu'auparavant sans contraception. Ces résultats très différents sont également retrouvés dans l'étude de Greco et Al (39). Alors que 58% du groupe sous 35 µg d'éthinyl œstradiol rapportaient une altération de leur désir « dyadique », 42% constataient une augmentation. A noter des résultats similaires pour le groupe sous 25 µg d'éthinyl œstradiol. Les auteurs ont identifié cette même variabilité pour la masturbation.

Lello et Al. (40) ont également noté l'absence d'impact significatif de la contraception orale combinée étudiée ; seule une diminution de la sensualité a été rapportée de façon significative mais cotée comme « non problématique » et non associée à une altération du désir.

Caruso et Al. n'ont pas retrouvé d'impact significatif pour l'item du désir sexuel, contrairement aux autres items du questionnaire SPEQ, dans leurs études épidémiologiques de 2005 et 2009 (19, 22) ainsi que dans leur essai clinique de 2011 (25).

Dans leur étude de 2009 (22), Caruso et Al. n'ont pas non plus retrouvé de changement significatif pour l'item *arousal* chez leurs patientes sous pilule contenant 30 µg d'éthinyl œstradiol et 2 mg d'acétate de chlormadinone. Ce résultat rejoint ceux de l'étude épidémiologique de Seal et Al. (20). Les auteurs avaient observé que le visionnage d'un film érotique permettait d'augmenter significativement l'excitation génitale, mesurée par photopléthysmographie vaginale, de leurs patientes qui n'utilisaient pas de contraception. Ces résultats n'ont pas été retrouvés après introduction d'une contraception orale combinée.

Certains articles n'ont ainsi pas retrouvé d'impact significatif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité de leurs patientes avec une variabilité interindividuelle importante.

Tableau 5: Caractéristiques des études ne retrouvant pas d'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine après trois mois d'utilisation

Source	Type d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Contraception utilisée	Nombre de patientes incluses / analysées	Caractéristiques de la population	Age moyen \pm SD (années)	Durée de suivi (mois)	Test d'évaluation utilisé	Résultats et commentaires des auteurs
Graham et Al. (38) 2007	Essai clinique	USA	Effets d'une COC sur les dosages hormonaux, le moral et la sexualité féminine	<p>Première étude 2003-04 : 2 COC triphasiques OTC: EE35 OTC-Lo: EE25 / norgestimate 0,18,0,215,0,25</p> <p>Deuxième étude 1998-99 : COC monophasique EE35/ norgestimate 0,250</p>	73/61	Etudiante >18 ans, en couple depuis >3 mois, désirant une contraception pendant au moins 3 mois (1) ou & an (2), n'ayant pas utilisé de COC dans les 3 (1) ou 6 (2) mois précédents	20.1 \pm 2.3	3	<p>IRSF</p> <p>SDI-2 pour l'étude 1 uniquement</p> <p>SEQ</p>	<p>Les auteurs constatent l'absence de changement significatif pour tous les items de l'IRSF, mais notent une variabilité inter-individuelle importante notamment pour le nombre de rapports sexuels et l'intérêt sexuel (diminué dans 23%, augmenté dans 33% et inchangé dans 43%).</p> <p>Résultats similaires pour les effets secondaires sexuels (33.3% rapportent des effets négatifs, positifs et inchangés)</p> <p>Les auteurs retrouvent une corrélation positive entre les pensées sexuelles et les variations des taux sérique de T total et de FT, entre l'excitation sexuelle et le taux de FT. Or les patientes dont le taux de FT était bas, avaient moins de pensées sexuelles et d'initiative pour avoir un rapport sexuel avec cependant une libido correcte.</p>

Tableau 5 (suite)

<p>Greco et Al. (39) 2007</p>	<p>Essai clinique en simple aveugle, groupes parallèles</p>	<p>USA</p>	<p>Comparaison de 2 COC sur les taux hormonaux, la sexualité et moral des patientes</p>	<p>COC triphasique : EE35/ norgestimate 0.18, 0.215, 0.25mg COC triphasique EE25/ norgestimate 0.18, 0.215, 0.25mg</p>	<p>60/48</p>	<p>Etudiante de >18ans, en couple, désirant une contraception pour au moins 3 mois, n'en ayant pas utilisé dans < 3 mois A noter : participation financée</p>	<p>19.7±2.4 19.9±1.3</p>	<p>3</p>	<p>SDI SEQ</p>	<p>Les patientes ne rapportent pas de changement significatif de leur désir sexuel (dyadique ou solitaire). Les auteurs remarquent une variabilité interindividuelle.</p>
<p>Lello et Al. (40) 2009</p>	<p>Essai clinique multicentrique ouvert, non contrôlé</p>	<p>Italie</p>	<p>Effet d'une COC sur le poids, la tension artérielle et la fonction sexuelle féminine</p>	<p>COC monophasique EE20/GSD75</p>	<p>293/216</p>	<p>Critères standards non précisés</p>	<p>26.9±6.5</p>	<p>12</p>	<p>GRISS</p>	<p>Les patientes ne rapportent qu'une altération significative de leur sensualité (p=0.0298) à 6 mois, mais notée comme « non problématique », sans altération de leur désir</p>

3. Analyse secondaire

Un focus a été réalisé sur quatre études utilisant le questionnaire FSFI pour étudier l'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité de leurs patientes après au moins trois mois d'utilisation et présentant leurs résultats sous forme de moyennes. Parmi ces études, trois étaient des études prospectives randomisées et une était une étude prospective non randomisée et non contrôlée.

Le nombre total de patientes est de 718 avec un âge moyen de 25.69 ans.

Tableau 6 : Aperçu des quatre études de l'analyse secondaire évaluant l'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine, basé sur les sous-scores du questionnaire FSFI

	Oranratanaphan et Al. (21) (2006)		Gracia et Al. (35) (2008)		Caruso et Al. (30) (2016)	Shahnazi et Al. (27) (2015)	
	Yasmine (EE30/DRSP3)	Meliane (EE20/GSD75)	Anneau vaginal	Patch	Anneau vaginal	LD pill (EE30/LNG150)	Desoceptive (EE30/DSG150)
Score J0 Total	19.6±3	19.9±2.9	27.74	27.75	26±1.4.8	26.36±3.18	18.65±2.58
Score +M total	21.9±5.8	22.2±3.3	26.99	28.07	31±1.5	31.43±2.81	30.19±2.85
Score J0 <i>desire</i>	2.9±0.7	3±0.6	3.92	3.97	3.9±1.3	4.27±0.73	3.64±0.75
Score +M <i>desire</i>	3.5±1	3.4±0.7	3.89	3.99	4.6±1.4	5.15±0.61	5.25±0.70
Score J0 <i>arousal</i>	3.3±0.8	3.3±0.7	4.72	4.7	4.6±1.2	4.38±0.93	2.83±0.90
Score +M <i>arousal</i>	3.8±1.4	3.8±0.9	4.55±0.94	4.71±0.82	5.1±1.3	5.36±0.54	5.26±0.78
Score J0 <i>orgasm</i>	3.2±0.6	3.2±0.6	4.3	4.37	4.2±1.1	4.55±0.62	2.86±0.66
Score +M <i>orgasm</i>	3.4±1.1	3.5±0.5	4.22±0.2	4.49±0.18	5.2±1.3	5.29±0.61	4.98±0.96
Score J0 <i>lubrication</i>	3.1±0.4	3±0.7	5.08	5	4.8±1.1	4.5±0.66	3.05±0.79
Score +M <i>lubrication</i>	3±1	3.4±1.5	4.87±0.19	5.03±0.16	5.6±1.3	5.29±0.61	4.78±0.89
Score J0 <i>satisfaction</i>	3.5±0.9	3.6±0.7	4.75	4.84	4.6±1.1	4.34±0.9	3.51±1.00
Score +M <i>satisfaction</i>	4.2±1.2	4.1±1	4.63±0.21	4.78±0.19	5.1±1.1	5.15±0.78	5.18±0.65
Score J0 <i>pain</i>	3.6±0.7	3.9±0.8	4.98	4.87	4.7±1.1	4.31±0.84	2.75±0.76
Score +M <i>Pain</i>	4.1±1.5	4±0.8	4.81±0.23	5.05±0.18	5.4±1.4	5.17±0.84	4.73±0.79

Après analyse, nous avons pu constater, pour l'ensemble des scores du FSFI, une augmentation suite à l'introduction du traitement. A noter que les patientes étaient plus

âgées dans l'étude de Gracia et Al (35). Les scores moyens synthétiques ont été présentés dans le tableau 7.

Tableau 7: Analyse secondaire selon la conception de l'étude

	Score total	Désir	Excitation	Orgasme	Lubrification	Satisfaction	Douleur
Score initial	26.09	3.82	4.40	4.11	4.63	4.53	4.60
Score à +M	27.60	4.09	4.66	4.42	4.82	4.73	4.87
Différence	+1.51	+0.27	+0.25	+0.31	+0.18	+0.20	+0.25

IV. Discussion

L'objectif de cette revue de la littérature était de faire le point sur ce que nous savons de l'impact potentiel de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine. Cette revue repose sur un travail de synthèse réalisé à partir de vingt-trois études (18-40) datant de 1990 à 2016, réparties en trois groupes selon leurs résultats.

Limites de notre travail :

Les études incluses sont très hétérogènes. Leur inhomogénéité a, d'ailleurs, été la principale limite de notre travail. En effet, ces travaux présentent des différences de méthodologie ; ils diffèrent au niveau du type d'étude, de leurs critères de jugement principal, de la taille de leur effectif, de leurs critères d'inclusion, de la durée de leur suivi et des questionnaires utilisés.

Tous les travaux inclus ont étudié l'influence de la contraception oestroprogestative sur la sexualité de leurs utilisatrices mais de différentes façons ; la plupart des auteurs se sont basés uniquement sur les résultats d'un ou plusieurs questionnaires, soit sur le déclaratif, et un petit nombre d'entre eux ont pris en compte les modifications cliniques évaluées par un médecin (20, 22, 26). Seuls Battaglia et Al. (36, 37) et Seal et Al. (20) ont utilisé, pour leurs études respectives, une échographie avec doppler et un photopléthysmographe clitoridien pour obtenir des mesures objectives. Ces pratiques restent encore isolées et sources de débat concernant leur fiabilité. Parallèlement, d'autres auteurs se sont intéressés aux dosages hormonaux plasmatiques (21, 23, 24, 36, 37, 38). Les études ont, par ailleurs, des durées de suivi différentes, la majorité d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à 6 mois (73,9%). Les échantillons de population étudiés étaient, d'autre part, différents de par l'âge moyen des patientes, leur culture, leur situation sentimentale et leur parité notamment. Or il a été démontré que ces facteurs pouvaient avoir une influence sur la sexualité féminine, comme nous le verrons plus tard dans ce chapitre. Autre différence retrouvée est l'utilisation de onze questionnaires différents, dont les items n'évaluent pas tous les mêmes domaines de la sexualité (cf le paragraphe « les différents tests » pp 8-10).

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire FSFI pour notre analyse secondaire. Ce test permet d'étudier de façon complète la sexualité de la femme selon le cycle de la réponse sexuelle de Masters et Johnson (53). En revanche, ce test ne prend pas en compte la sexualité du partenaire ni le couple ce qui peut être considéré comme une limite à ce questionnaire.

Nous avons donc été confrontés à des difficultés dans le travail de synthèse de ces vingt-trois études. Pour la revue de la littérature, nous nous sommes basés sur les conclusions de chaque étude, même si les résultats ont été obtenus différemment. Pour l'analyse secondaire, nous n'avons pas pu réaliser de test de comparaison des moyennes, faute d'avoir les valeurs individuelles de chaque étude.

Notre travail présente d'autres limitations, hormis l'hétérogénéité précitée des études incluses. En effet, la totalité des études incluses repose sur le volontariat or nous pouvons supposer que les patientes, consentantes pour participer à une enquête, sont plus attentives à leur santé et aux effets de la contraception sur leur vie sexuelle.

Les études incluses présentent également un manque de congruence ; en effet leurs résultats sont très différents voire contradictoires. Plusieurs hypothèses étiologiques ont été émises en fonction de l'impact retrouvé de la contraception oestroprogestative sur la sexualité des patientes.

Facteurs ayant une influence négative sur la sexualité féminine :

Sept études (31-37) incluses ont retrouvé un impact négatif de la contraception oestroprogestative sur le fonctionnement sexuel féminin. Lors des deux dernières décennies, un intérêt croissant s'est développé autour de la contraception hormonale et ses éventuels effets sur la sexualité féminine. Plusieurs travaux ont démontré que l'activité anti-gonadotrophique de la contraception oestroprogestative supprimait la synthèse ovarienne et surrénalienne des androgènes alors que les œstrogènes augmentaient la synthèse de la protéine de liaison SHBG (41). Une baisse du taux plasmatique des androgènes, notamment de la testostérone libre, en résulterait or la testostérone pourrait avoir une action sur la sexualité féminine, notamment sur le désir sexuel féminin mais cela reste incertain (42). Dans leur revue de la littérature de 2013, Pastor et Al. (43) ont démontré que, malgré l'hypoandrogénisme induit par les pilules oestroprogestatives, les patientes ne présentaient pas, dans la majorité des cas, d'altération de la libido. En effet, 80% d'entre elles dont le taux de testostérone avait été dosé, rapportaient un désir sexuel augmenté ou inchangé. Le rôle des androgènes sur la sexualité féminine, en particulier sur le désir sexuel féminin, n'est pas clair. Des auteurs ont émis l'hypothèse que certaines femmes seraient plus sensibles que d'autres aux variations plasmatiques des androgènes mais n'ont pas mis en évidence de valeur seuil (38).

Une autre théorie sur l'influence négative de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine a été développée. En effet, les nouvelles contraceptions orales combinées faiblement dosées, soit un dosage inférieur à 20 µg d'éthinyl œstradiol, exposeraient les patientes à une carence oestrogénique induite, entraînant des troubles de la lubrification, source de vulvodynie (44). En effet, depuis leur introduction dans les années 1960, les pilules oestroprogestatives ont été modifiées, afin de diminuer leurs effets secondaires notamment métaboliques, avec des dosages d'éthinyl œstradiol plus faibles allant de 30 à 15 µg. Or un nombre non négligeable de femmes arrête encore précocement leur moyen contraceptif (45). Caruso et Al. ont observé dans leur essai clinique de 2004 (33) que les patientes, sous pilule contenant 15 µg d'éthinyl œstradiol et 60 µg de gestodène, présentaient une altération de leur excitation. Ces résultats sont concordants avec ceux de Sabatini et Al. (34) qui ont retrouvé davantage de sécheresse vaginale associée à une influence globalement négative sur le désir sexuel de leurs patientes sous pilule faiblement dosée. Parallèlement, Battaglia et Al. ont conclu à des résultats contradictoires dans leurs études de 2012 et 2014 (36, 37). En effet, les auteurs ont constaté une recrudescence des dyspareunies associée à des modifications vulvaires, telles que la diminution du volume du clitoris et de l'orifice vaginal, sous pilule contenant 30 µg d'éthinyl œstradiol et 3 mg de drospirénone.

Il a été également démontré que l'environnement pouvait avoir une influence négative sur la fonction sexuelle féminine telle qu'une éducation sexuelle insuffisante ou absente. Certaines croyances ou fausses idées peuvent interdire certaines pratiques telles que la masturbation et certaines positions sexuelles. L'histoire personnelle de la femme est à prendre en compte ainsi que son âge, des antécédents de traumatismes sexuels, la présence de pathologies organiques, la prise d'autres traitements... (46)

Par ailleurs, l'image de soi est fondamentale pour l'expression du désir sexuel ; une image du corps altérée va inhiber le désir sexuel, par honte, par peur du jugement de l'autre, la femme étant souvent dans un jeu de séduction (46). Les patientes de l'étude épidémiologique de Caruso et Al. (22), souffrant d'hirsutisme et d'acné, ont observé une régression significative de leurs troubles cutanés avec, parallèlement, une amélioration de leur estime en soi et de leur attractivité sexuelle, après six mois d'utilisation d'une pilule monophasique composée de 30µg d'éthinyl œstradiol et 2 mg d'acétate de chlormadinone. Ces patientes rapportaient une amélioration de leur vie sociale et sexuelle, confirmée par leur partenaire. L'anxiété serait également un facteur déterminant, le « lâcher prise », essentiel pour atteindre l'orgasme, étant

altéré chez certaines femmes (47).

La relation de couple est également un cofacteur important. Une mésentente dans le couple, notamment au niveau de la sexualité, est un facteur déterminant dans la genèse d'un trouble du désir sexuel (48). Il a également été démontré que le désir sexuel féminin diminue avec la durée de la relation de couple, avec en parallèle, une augmentation du désir de tendresse. Ce changement n'a pas été retrouvé chez le partenaire (49).

Autre facteur déterminant la réceptivité sexuelle de la femme est le poids de la vie quotidienne avec la gestion de la maison, des enfants et du travail (50).

Facteurs ayant une influence positive sur la sexualité féminine :

Treize études (18-30) incluses ont retrouvé une influence positive de la contraception oestroprogestative sur le fonctionnement sexuel féminin, intéressant tous les domaines de la sexualité selon les études. Pour expliquer ces résultats, plusieurs théories ont été proposées.

Afin d'améliorer l'acceptabilité des pilules oestroprogestatives, de nouvelles contraceptions orales combinées ont été développées à partir de nouveaux composants. Depuis une dizaine d'années, deux nouvelles pilules, Jasmine et Qlaira, ont été particulièrement étudiées sur leur potentiel impact sur la sexualité féminine. Jasmine est une pilule de quatrième génération et est composée de 30 µg d'éthinyl œstradiol et 3 mg de drospirénone. Elle a fait l'objet de plusieurs études dont celles de celles de Caruso et Al. (19) et Oranratanaphan et Al. (21) qui ont retrouvé une influence globalement positive sur le fonctionnement sexuel féminin. L'activité antiminéralocorticoïde du drospirénone empêcherait la rétention hydrique, connue comme effet secondaire sous COC, améliorant la compliance des patientes (51). Deux autres études (36, 37), citées dans le paragraphe précédent, ont rapporté une détérioration de la sexualité féminine sous Jasmine sans qu'aucune dysfonction sexuelle n'apparaisse toutefois chez ces patientes (36).

Qlaira est une pilule quadriphasique de quatrième génération, composée de valérate d'œstradiol, œstrogène naturel, et de diénogest, un nouveau progestatif dans le domaine de la contraception. Caruso et Al. (24) dans leur étude épidémiologique de 2011, ont noté une amélioration globale de la sexualité de leurs patientes sous Qlaira, et notamment une diminution des douleurs. La réduction de l'intervalle libre, soit deux jours sous placebo, permettrait de diminuer le syndrome prémenstruel et les saignements, qui ont une influence négative sur la

sexualité féminine (32). A noter que Goldstein et Al. (44) ont émis l'hypothèse que les nouvelles COC faiblement dosées, choisies pour leur propriété antiandrogénique et un intervalle libre réduit, exposeraient à un risque plus élevé de vestibulodynie. L'E2V/DNG entrainerait également une baisse moins importante du taux plasmatique de la SHBG que l'éthinyl œstradiol, expliquant un impact positif sur la sexualité féminine (26) mais des résultats contradictoires ont également été retrouvés (52, 53).

L'arrivée de la contraception avec la première pilule oestroprogestative dans les années 1960 a été considérée comme une révolution, permettant aux femmes de disposer librement de leur corps. Ce clivage entre la sexualité de procréation et la sexualité de récréation permettrait d'améliorer la réponse sexuelle (54). La réassurance induite par l'utilisation d'une contraception efficace, permettant de réduire la peur d'une grossesse non désirée, augmenterait le désir et la satisfaction sexuels (55). Plusieurs études incluses ont retrouvé une diminution de l'anxiété chez leurs patientes sous contraception (18, 22, 26, 28, 29).

V. Conclusion

Un intérêt croissant s'est développé autour de la contraception hormonale et ses éventuels effets sur la sexualité féminine car le choix d'une contraception dépend notamment de son retentissement sur la qualité de vie et le fonctionnement sexuel (6, 7). La sexualité est désormais perçue comme une source de satisfaction et d'épanouissement personnel (56).

Les études actuellement réalisées sur ce sujet présentent de grandes disparités au niveau de leur méthodologie, notamment sur l'utilisation de questionnaires multiples, rendant leur comparaison difficile. Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer les résultats divers de ces études mais l'origine des troubles sexuels féminins semble complexe et multifactorielle, avec notamment une composante psychologique et relationnelle importante. Or on tend actuellement à s'écarter de la théorie « *la sexualité de la femme est associée à « l'esprit » ...* » d'Elisabeth Blackwell ; un nombre croissant d'études s'intéresse aux modifications physiques, notamment au niveau de la vascularisation génitale, induites par la contraception hormonale.

L'impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine reste encore flou. Des études supplémentaires, avec une méthodologie satisfaisante dont un suivi plus long et l'utilisation d'un questionnaire commun, seraient donc nécessaires pour approfondir le sujet.

Références

1. Freud S. La vie sexuelle. « Sur la sexualité féminine ». Bibliothèque de psychanalyse. Paris : PUF ; 1931
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
3. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. *J of Sex Med* 2006; 3 (1):121-131(11)
4. Cour F, Droupy S, Faix A et al. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en urologie : journal de l'Association Française d'urologie et de la Société Française d'urologie* 2012;23(9):547-61
5. Smith, N. K., Jozkowski, K. N. and Sanders, S. A, Hormonal Contraception and Female Pain, Orgasm and Sexual Pleasure. *J Sex Med* 2014 ;11: 462–470
6. 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 progesterone only methods. *Contraception* 1995;52:363-9
7. Duchêne-Paton AM, Lopes P. Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies* 2015;24(2):69-81
8. Tyrer G, Steel JM, Ewing DJ, Bancroft J, Warner P and Clark BF. Sexual responsiveness in diabetic women. *Diabetologia* 1983;24:166–171
9. McCoy NL, Matyas JR. McCoy Female Sexuality Questionnaire. In: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Scheer G, Davis SL (eds), *Handbook of Sexuality-Related Measures*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1998; 249–251.
10. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL *et al.* Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*, 1997;26(2):83-93.
11. Derogatis, LR & Mellisaratos, N. The DSFI : A Multidimensional Measure of Sexual Functioning. *J. of Sex & Marital Therapy* 1979;5:244-281.
12. Rust, J. & Golombok, S. The GRISS: A Psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 1986;15(2):157-165.

13. Basson R, Berman J, Burnet A, et al. Definition and classification of female sexual dysfunction: second report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction. *J Urol* 2000;163:888-93
14. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual Desire Inventory : development, factor structure and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther* 1996;22:175-90
15. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, 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 ;26 :191-208
16. Masters WH, Johnson VE, Human sexual response. Boston: Little Brown & Co; 1966
17. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1969;3:3-9
18. Guida M, Di Spiezio Sardo A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, Di Carlo C, Pellicano M, Greco E, Nappi C. Effects of two types of hormonal contraception—Oral versus intravaginal—On the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod* 2005;20:1100–6.
19. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Sparacino L, Cianci A. Prospective study on sexual behavior of women using 30 microg ethinylestradiol and 3 mg dro- spirenone oral contraceptive. *Contraception* 2005;72:19– 23.
20. Seal BN, Brotto LA, Gorzalka BB. Oral contraceptive use and Female Genital Arousal : Methodological Considerations. *J Sex Med* 2005;42(3) :249-258
21. Oranratanaphan S, Taneepanichskul S. A double blind randomized control trial comparing effect of drospirenone and gestodene to sexual desire and libido. *J Med Assoc Thai* 2006;89:S17–22.
22. Caruso S, Rugolo S, Agnello C, et al. Quality of sexual life in hyperandrogenic women treated with an oral contraceptive containing chlormadinone acetate. *J Sex Med* 2009;6:3376–84.
23. Strufaldi R, Pompei LM, Steiner ML, Cunha EP, Ferreira JA, Peixoto S, Fernandes CE. Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels. *Contraception* 2010;82:147–54.
24. Caruso S, Agnello C, Romano M, Cianci S, Lo Presti L, Malandrino C, Cianci A. Preliminary study on the effect of four-phasic estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) oral contraceptive on the quality of sexual life. *J Sex Med* 2011;8:2841–50.

25. Caruso S, Iraci Sareri M, Agnello C, Romano M, Lo Presti L, Malandrino C, Cianci A. Conventional vs. extended- cycle oral contraceptives on the quality of sexual life: Comparison between two regimens containing 3 mg drospirenone and 20 microg ethinyl estradiol. *J Sex Med* 2011;8:1478– 85.
26. Davis S, Bitzer J, Giraldi A et al. Change to Either a Nonandrogenic or Androgenic Progestin Containing Oral Contraceptive Preparation is Associated with Improved Sexual Function in Women with Oral Contraceptive Associated Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2013 ;10: 3069–3079
27. Shahnazi M, Bayatipayan S, Khalili AF, Kochaksaraei FR, Jafarabadi MA, Banoi KG, & Nahae J. Comparing the effects of the second-and third-generation oral contraceptives on sexual functioning. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2015;20(1):47.
28. Di Carlo C, Sansone A, De Rosa N, et al. Impact of an implantable steroid contraceptive (etonogestrel releasinf implant) on quality of life and sexual function : a preliminary study. *Gynecol Endocrinol* 2014;30:53-6
29. Guida, M, Cibarelli F, Troisi J et al. Sexual life impact evaluation of different hormonal contraceptives on the basis of their methods of administration. *Arch Gynecol Obstet* 2014;290:1239.
30. Caruso S, Cianci S, Malandrino C, Cicero C et al. Quality of sexual life of women using the contraceptive vaginal ring in extended cycles: preliminary report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016 ;19(4):307-14
31. Graham CA, Sherwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 1993;18:273–81.
32. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001;64:51–8.
33. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 g ethinylestradiol/60 g gestodene. *Contraception* 2004;69(3):237—40.
34. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception* 2006;74(3):220—3.
35. Gracia CR, Sammel MD, Charlesworth S, Lin H, Barnhart KT, Creinin MD. Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. *Fertil Steril*

2010;93:21-8

36. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Busacchi P, Paganotto MC, Morotti E, Venturoli S. Sexual behavior and oral contraception: A pilot study. *J Sex Med* 2014;9:550–7
37. Battaglia, C., Morotti, E., Persico, N., Battaglia, B., Busacchi, P., Casadio, P., Paradisi, R. and Venturoli, S. Clitoral Vascularization and Sexual Behavior in Young Patients Treated with Drospirenone Ethinyl Estradiol or Contraceptive Vaginal Ring: A Prospective, Randomized, Pilot Study. *J Sex Med* 2014 ;11: 471–480.
38. Graham CA, Bancroft J, Doll HA, et al. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology* 2007;32:246–55.
39. Greco T, Graham CA, Bancroft J, et al. The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: A comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 microg of ethinyl estradiol. *Contraception* 2007;76:8–17.
40. Lello S, Monterubbianesi M, Guardianelli F, Bianchi C, Simonelli C. Clinical trial of a monophasic estroprogestin oral formulation containing 20 µg ethinyl estradiol and 75 µg gestodene. *Gynecol Endocrinol* 2001;15:265-71
41. Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A, Goldstein I. Impact of oral contraceptives on sex hormone binding globulin and androgen levels : A retrospective study in women with sexual dysfunction. *J sex Med* 2006;3:104-13
42. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating andro- gen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005;6;294:91—6
43. 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;18(1):27-43
44. Goldstein A. Medical history, physical examination, and laboratory tests for the evaluation of dyspareunia. In : Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, eds. Female sexual pain disorders : Evaluation and management. Chichester, UK: Wiley-Blackwell ; 2009:15
45. Yuzpe AA. Oral contraception : trends over time ; *J Reprod Med* 2002;47:967-73
46. Cour F, Bonierbale M. Sexual desire disorders in women. *Progrès en urologie : journal de l'Association Française d'urologie et de la Société Française d'urologie* 2013;23(9):562-74

47. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:140—8.
48. Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav* 1987;16:91—106.
49. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav* 2002;31:275—87
50. Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med* 2005;2:169—80.
51. Apter D, Dorsos A, Baumgartner W, *et al.* Effect of an oral contraceptive containing drospirenone and ethinylestradiol on general well-being and fluid-related symptoms. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:37-51
52. Klipping C, Duijkers I, Parke S, Mellinger U, Serrani M, Junge W. Hemostatic effects of a novel estradiol based oral contraceptive : an open label, randomized, crossover study of estradiol valerate/dienogest versus ethinylestradiol/levonorgestrel. *Drugs R D* 2011;11:159-70
53. Junge W, Mellinger U, Parke S, Serrani M. Metabolic and hemostatic effects of estradiol valerate/dienogest, a novel oral contraceptive : A randomized, open label, single center study. *Clin Drug Investig* 2011;31:573-84
54. Egarter C, Topcuoglu MA, Imhof M, Huber J. Low dose oral contraceptives and quality of life. *Contraception* 1999;59:287-91
55. Masters and Johnson (1987) *On sex and human loving*. Little, Brown
56. Geonet M, De Sutter P, Zech E. Quelles mesures pour évaluer la baisse du désir sexuel chez la femme ? *Sexologies* 2016

VI. Annexes

Annexe 1 : les équations de recherche

1/ Contraception:

"Contraception"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Synthetic"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Mesh]) OR ("Ethinyl EstradiolNorgestrel Combination"[Mesh] OR

"ethinyl estradioldesogestrel combination"[Supplementary Concept] OR "Oviol"[Supplementary Concept])) OR ("Contraceptives, Oral, Synthetic"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal" [Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female" [Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Desogestrel" [Mesh])) OR ("Mestranol"[Mesh] OR "Lynestrenol"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol"[Mesh] OR "drospirenone and ethinyl estradiol combination"[Supplementary Concept] OR "lybrel" [Supplementary Concept])) OR ("ethinylestradiolchlormadinone acetate"[Supplementary Concept] OR "Oraconal"[Supplementary Concept])) OR "Infecundin [Supplementary Concept]

2/ Contraceptives oral OR POP:

"Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Pharmacological Action]) OR ("Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female" [Pharmacological Action])) OR ("Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Pharmacological Action] OR "Ethinyl EstradiolNorgestrel Combination" [Mesh])

3/ Contraception AND sexuality:

"Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception Behavior" [Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])

4/ Contraception AND sexuality NOT DIU:

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic" [Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior" [Mesh])) NOT ("Intrauterine Devices"[Mesh] OR "Intrauterine Device Migration"[Mesh] OR "Intrauterine Device Expulsion"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Medicated"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Copper"[Mesh]) AND (Clinical Trial[ptyp] OR MetaAnalysis[ptyp]))

5/ Contraception AND sexuality NOT (DIU LNG condoms):

(((((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic" [Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior" [Mesh])) NOT ("Intrauterine Devices"[Mesh] OR "Intrauterine Device Migration"[Mesh] OR "Intrauterine Device Expulsion"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Medicated"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Copper"[Mesh])) NOT ("Levonorgestrel"[Mesh] OR "levonorgestrel4 beta, 5 beta-epoxide"[Supplementary Concept] OR "levonorgestrel oxime"[Supplementary Concept] OR "levonorgestrel butanoate"[Supplementary Concept])) NOT ("Condoms"[Mesh] OR "Condoms, Female"[Mesh]) AND Clinical Trial[ptyp]))

6/ Contraception AND side effects AND sexuality:

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Psychology"[Mesh] OR "DrugRelated Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] OR "Metabolic Side Effects of Drugs and Substances" [Mesh] OR "adverse effects"[Subheading])) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior" [Mesh]))

7/ Contraception AND sexuality AND side effects NOT DIU NOT condom :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("adverse effects"[Subheading] OR "Metabolic Side Effects of Drugs and Substances"[Mesh] OR "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh] OR "Psychology"[Mesh])) NOT ("Intrauterine Devices"[Mesh] OR "Intrauterine Device Migration"[Mesh] OR "Intrauterine Device Expulsion"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Medicated"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Copper"[Mesh])) NOT ("Condoms"[Mesh] OR "Condoms, Female"[Mesh])

8/ Contraception AND Dyspareunia :

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia /diagnosis"[Mesh] OR "Dyspareunia/pathology"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh])

10/ Contraception AND pain NOT DIU :

((("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND problem[All Fields] AND ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields])) NOT ("intrauterine devices"[MeSH Terms] OR ("intrauterine"[All Fields] AND "devices"[All Fields]) OR "intrauterine devices"[All Fields] OR ("intrauterine"[All Fields] AND "device"[All Fields]) OR "intrauterine device"[All Fields]))

11/ Contraception AND sexuality AND pain :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Pain"[Mesh] OR "Acute Pain"[Mesh] OR "Visceral Pain"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Mesh] OR "Musculoskeletal Pain"[Mesh] OR "Pelvic Girdle Pain"[Mesh] OR "Nociceptive Pain"[Mesh] OR "Pain Perception"[Mesh] OR "Pelvic Pain"[Mesh] OR "Low Back Pain"[Mesh] OR "Abdominal Pain"[Mesh] OR "Pleasure-Pain Principle"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Paroxysmal Extreme Pain Disorder" [Supplementary Concept] OR "Dysmenorrhea"[Mesh] OR "Mastodynia"[Mesh])

12/ Contraception AND sexuality AND dyspareunia :

((("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields]) AND ("sexuality"[MeSH Terms] OR "sexuality"[All Fields] OR "sexual behavior"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "sexual behavior"[All Fields])) AND ("dyspareunia"[MeSH Terms] OR "dyspareunia"[All Fields]))

13/ Contraception AND psychological dysfunction (= desire + arousal):

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"

[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/diagnosis"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/immunology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/pathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/physiopathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/psychology"[Mesh])

14/ Contraception AND sexuality AND psychological dysfunction:

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]

15/ Contraception AND dysfonctions psychologiques NOT DIU, condoms, vasectomy :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/pathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/physiopathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/psychology"[Mesh])) NOT ("Intrauterine Devices"[Mesh] OR "Intrauterine Device Migration"[Mesh] OR "Intrauterine Device Expulsion"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Medicated"[Mesh] OR "Intrauterine Devices, Copper"[Mesh])) NOT ("Condoms"[Mesh] OR "Condoms, Female"[Mesh])) NOT ("Vasectomy"[Mesh] OR "Vasovasostomy"[Mesh])

16/ Contraception AND (sexuality AND) arousal:

("arousal"[MeSH Terms] OR "arousal"[All Fields]) AND problem[All Fields] AND ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields])

17/ Contraception AND desire:

desire[All Fields] AND problem[All Fields] AND ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields])

18/ Contraception AND dysfonctions physiologiques :

("Sexual Dysfunction, Physiological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/diagnosis"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/epidemiology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/pathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/physiopathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/psychology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological/statistics and numerical data"[Mesh]) AND ("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh])

19/ Contraception AND organ :

((("Orgasm/drug effects"[Mesh]) OR ("Orgasm/physiology"[Mesh])) AND ("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh])

20/ Contraception AND sexuality AND organ :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh])

21/ Contraception AND lubrication :

("lubrication"[MeSH Terms] OR "lubrication"[All Fields]) AND ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields])

22/ Contraception AND sexuality AND lubrication:

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh])

23/ Contraception AND sexuality AND satisfaction :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh])

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh])

24/ Contraception AND sexuality AND drug tolerance :

((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "Drug Tolerance/drug effects"[Mesh]

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "drug tolerance/drug effects"[Mesh]

25/ Contraception AND sexuality AND compliance :

("Patient Compliance/drug effects"[Mesh] AND ("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh])) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "Patient Compliance/drug effects"[Mesh]

26/ Contraception AND sexuality AND acceptability:

((("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh])) AND "Patient Acceptance of Health Care/drug effects"[Mesh]

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "Patient acceptance/drug effects"[Mesh]

27/ Oral contraceptives AND sexuality :

("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral" [Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])

28/ Oral contraceptives AND sexuality AND satisfaction :

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh])

29/ Oral contraceptives AND sexuality AND lubrication :

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh])

("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh]) AND ("Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh])

30/ Oral contraceptives AND sexuality AND orgasm :

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND "Orgasm/drug effects"[Mesh]) AND "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh]

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh]) AND "Orgasm/drug effects"[Mesh]) OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh]

31/ Oral contraceptives AND dysfonctions psychologiques (arousal + desire) :

("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexual

Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/pathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/physiopathology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/psychology"[Mesh])

32/ Oral contraceptives AND dyspareunia :

("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh])

33/ Oral contraceptives AND sexuality AND adverse effects :

((("Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ovulation Inhibition"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])) AND ("adverse effects"[Subheading] OR "Long Term Adverse Effects"[Mesh]) OR ("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions/complications"[Mesh] OR "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions/drug effects"[Mesh]) AND (Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp]))

34/ (Contraception OR oral contraceptives) AND sexuality AND (psychological dysfunction OR orgasm OR lubrication OR satisfaction OR dyspareunia) :

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh] OR "Contraceptive Agents" [Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female" [Pharmacological Action] OR "Desogestrel"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Orgasm/drug effects"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh] OR "Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh])

35/ (Contraception OR oral contraceptives) AND sexuality AND (psychological dysfunction OR orgasm OR lubrication OR satisfaction OR dyspareunia OR pain OR desire disorders OR arousal disorders OR vaginal dryness OR acceptability OR patient compliance OR adverse effects) :

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Pharmacological Action] OR "Desogestrel"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Orgasm/drug effects"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh] OR "Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh] OR "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields] OR (desire[All Fields] AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorders"[All Fields])) OR (("arousal"[MeSH Terms] OR "arousal"[All Fields]) AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorders"[All Fields])) OR (("vagina"[MeSH Terms] OR "vagina"[All Fields] OR "vaginal"[All Fields]) AND dryness[All Fields]) OR acceptability[All Fields] OR ("patient compliance"[MeSH Terms] OR "patient"[All Fields] AND "compliance"[All Fields]) OR ("patient compliance"[All Fields] OR adverse effects))

("Orgasm/drug effects"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "Dyspareunia/complications"[Mesh] OR desire[All Fields] OR ("arousal"[MeSH Terms] OR "arousal"[All Fields]) OR ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) OR ("patient compliance"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "compliance"[All Fields]) OR "patient compliance"[All Fields]) OR acceptability[All Fields]) AND (((("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) OR "Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Pharmacological Action] OR "Desogestrel"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]))

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Pharmacological Action] OR "Desogestrel"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Orgasm/drug effects"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh] OR "Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh] OR "pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields] OR (desire[All Fields] AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorders"[All Fields])) OR (("arousal"[MeSH Terms] OR "arousal"[All Fields]) AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorders"[All Fields])) OR (("vagina"[MeSH Terms] OR "vagina"[All Fields] OR "vaginal"[All Fields]) AND dryness[All Fields]) OR acceptability[All Fields] OR ("patient compliance"[MeSH Terms] OR "patient"[All Fields] AND "compliance"[All Fields]) OR ("patient compliance"[All Fields] OR ("adverse effects"[Subheading] OR ("adverse"[All Fields] AND "effects"[All Fields]) OR "adverse effects"[All Fields]))

("Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh]) OR "Contraceptive Agents"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Hormonal"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral, Sequential"[Mesh] OR "Contraceptive Agents, Female"[Pharmacological Action] OR "Contraceptives, Oral, Combined"[Mesh] OR "Desogestrel"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Mesh] OR "Contraceptives, Oral"[Pharmacological Action] OR "Ethinyl Estradiol-Norgestrel Combination"[Mesh] AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Orgasm/drug effects"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Orgasm"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR desire[All Fields] OR ("arousal"[MeSH Terms] OR "arousal"[All Fields]) OR (("vagina"[MeSH Terms] OR "vagina"[All Fields] OR "vaginal"[All Fields]) AND dryness[All Fields]) OR ("patient compliance"[MeSH Terms] OR "patient"[All Fields] AND "compliance"[All Fields]) OR "patient compliance"[All Fields]) OR acceptability[All Fields] OR ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]))

36/ Oral contraceptives AND libido in women :

("contraceptives, oral"[Pharmacological Action] OR "contraceptives, oral"[MeSH Terms] OR ("contraceptives"[All Fields] AND "oral"[All Fields]) OR "oral contraceptives"[All Fields] OR ("oral"[All Fields] AND "contraceptives"[All Fields])) AND ("libido"[MeSH Terms] OR "libido"[All Fields]) AND ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields])

37/ (Patch OR contraception) AND sexuality AND (orgasm OR fantasy OR sexual dysfunction psychological OR dyspareunia OR lubrication OR satisfaction) :

("Transdermal Patch"[Mesh] OR "Ortho Evra"[Supplementary Concept] OR "Contraception"[Mesh] OR "Contraception, Barrier"[Mesh] OR "Contraception, Immunologic"[Mesh] OR "Contraception Behavior"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Mesh] OR "Contraceptive Agents"[Pharmacological Action] OR "Contraceptive Agents, Female"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh]) AND ("Orgasm"[Mesh] OR "Fantasy"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/complications"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug effects"[Mesh] OR "Dyspareunia/complications"[Mesh] OR "Dyspareunia/physiopathology"[Mesh] OR "Lubrication"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Consumer Behavior"[Mesh])

38/ Patch AND sexuality :

"Ortho Evra"[Supplementary Concept] AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])

("Ortho Evra"[Supplementary Concept] OR "Transdermal Patch"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh] OR "Libido/drug effects"[Mesh])

("Ortho Evra"[Supplementary Concept] OR "Transdermal Patch"[Mesh]) AND ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh])

Annexe 2 : le questionnaire complet FSFI (version en anglais)

Female Sexual Function Index (FSFI) ©

Subject Identifier _____ Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire

Annexe 3 : Calcul des scores du FSFI

FSFI SCORING APPENDIX

Question	Response Options
1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence
6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse
1 = Very high
2 = High
3 = Moderate
4 = Low
5 = Very low or none at all

FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Full Scale Score Range				2.0	36.0	

COULAIS Mathilde – Quel est l’impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine après au moins trois mois d’utilisation ? Revue de la littérature

76 feuilles, 7 tableaux, 1 figure

Thèse : (Medecine) ; Poitiers ; 2017

Résumé

Objectif : réaliser une revue de la littérature afin de synthétiser les données actuelles sur l’impact potentiel de la contraception oestroprogestative, quel que soit sa forme galénique, sur la sexualité des femmes après au moins trois mois d’utilisation. **Objectif secondaire** : sous-analyse de quatre études présentant des similitudes de méthodologie.

Matériel et Méthodes : une recherche bibliographique a été réalisée, à partir des bases de données de PubMed, Google Scholar et Cochrane, pour sélectionner toutes les études publiées entre 1990 et janvier 2016 dont l’objectif principal ou secondaire était d’évaluer les effets d’une ou plusieurs contraceptions oestroprogestatives sur le fonctionnement sexuel féminin. Les études incluses devaient avoir une durée de suivi d’au moins trois mois. Pour l’analyse secondaire, les études devaient utiliser le questionnaire FSFI et présenter leurs résultats sous forme de moyennes.

Résultats : 116 études ont ainsi été obtenues. Vingt-trois études ont été incluses dans la revue de la littérature ; parmi elles, treize ont retrouvé un impact significativement positif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine, huit ont retrouvé un impact négatif et trois n’ont pas retrouvé d’effet significatif. L’analyse secondaire a retrouvé un impact significativement positif de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine mais une des quatre études avait une population significativement plus âgée.

Discussion et conclusion : les études incluses sont très hétérogènes au niveau de leur méthodologie rendant leur comparaison difficile. Leurs résultats sont très divers voire contradictoires. Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer l’éventuel impact de la contraception oestroprogestative sur la sexualité féminine, telles que les variations hormonales induites et les modifications du cycle menstruel, mais cela reste incertain. De nouvelles études, avec une méthodologie satisfaisante et un questionnaire commun, sont donc nécessaires pour approfondir le sujet.

Rubrique de classement : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Mots clés : contraception oestroprogestative – sexualité féminine – désir – excitation – lubrification - orgasme – dyspareunie – satisfaction – partenaire – relation de couple

JURY :

Président : Pr FRITEL Xavier

Assesseurs : Dr GRANDCOLIN Stéphanie (directrice de thèse)

Dr JAAFARI Nematollah

Dr LAFAY CHEBASSIER Claire



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

