

**Contraception
hormonale:**
*je t'aime,
moi non plus...*

16/05/2023





Utilisation des contraceptifs en France Evolutions

16/05/2023



Utilisation en France



● Utilisation en France

En France

92 % des femmes

de 15 à 49 ans qui ne désirent pas de grossesse

utilisent un moyen de contraception

La pilule est le contraceptif le plus utilisé en France

Le contraceptif le plus efficace est

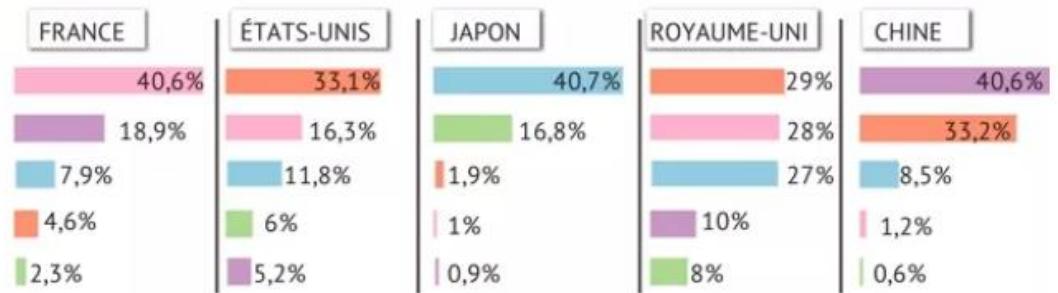
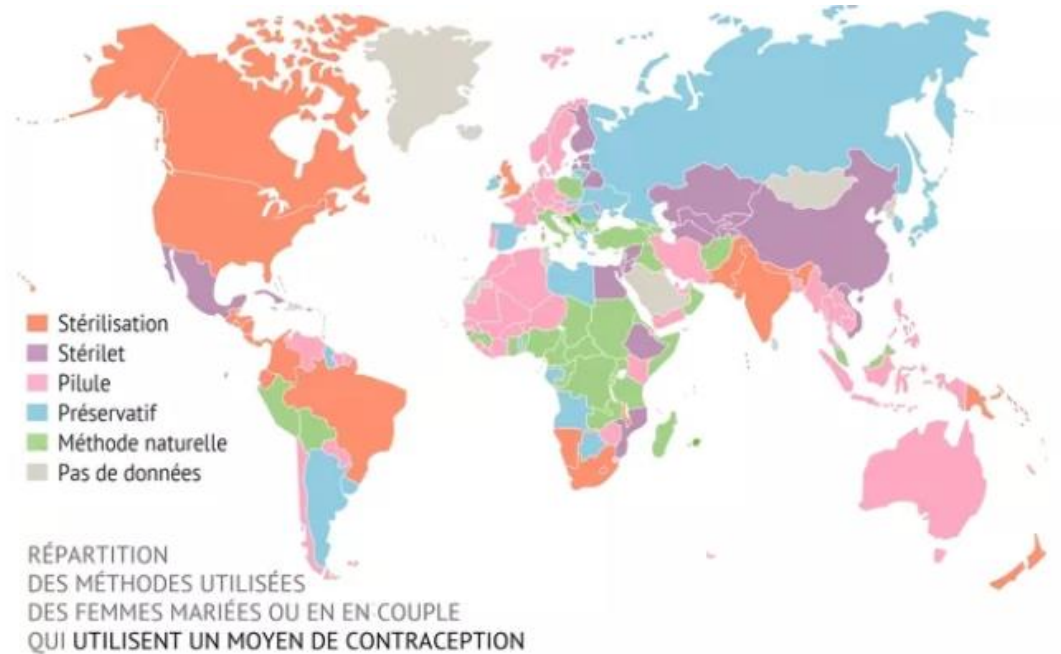
l'implant sous-cutané

avec une efficacité de 99,9 %

- **Une grossesse sur trois est non programmée**; 2/3 de ces grossesses surviennent sous contraception ;
- 8 % à 10 % des naissances en France résultent d'un échec de contraception, avec un risque supérieur chez les femmes jeunes, celles qui ont déjà plusieurs enfants, et dans un contexte social désavantagé. Échec souvent du à la difficulté de gestion quotidienne, à la mauvaise connaissance de la méthode contraceptive utilisée, au choix mal adapté de la méthode aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle ;
- Le risque d'échec contraceptif encore plus important avec des méthodes telles que le retrait ou l'abstinence périodique. **Méthodes naturelle (glaire cervicale, température, calendrier...) utilisées par 4,6% des femmes.**
- Taux IVG stable en France malgré l'accès à la contraception ; « *PARADOXE français* » ;
- Peu de place données aux hommes.

Le reste du monde?

- Stérilisation féminine: méthode la plus utilisée, **23,7 %** des femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive (219 millions de femme);
- Préservatif masculin **20%** (189 millions);
- DIU **17,2%** (159 millions);
- Pilule **16,3%** (151 millions);
- Grosses disparités d'un continent à l'autre;
- Sur le 1,2 milliard de femmes ayant besoin d'une contraception, plus de **160 millions de femmes et d'adolescentes** qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisaient pas de contraceptifs en 2019, notamment en raison d'un manque d'accès à la contraception (Afrique subsaharienne et en Asie du Sud).



Données 2015

L'accès à la contraception est une condition de l'autonomisation économique et sociale des femmes

Évolution du 10 dernières années

Données ansm 2021

Depuis 2013, report des prescriptions de COP de 3^e et 4^e générations vers les 1^{ère} et 2^e générations avec stabilisation de la répartition de leur utilisation depuis 2018 (14% des ventes pour 3^e et 4^e; 86% des ventes pour 1^{ère} et 2^e) avec prescription de 20Y en priorité;

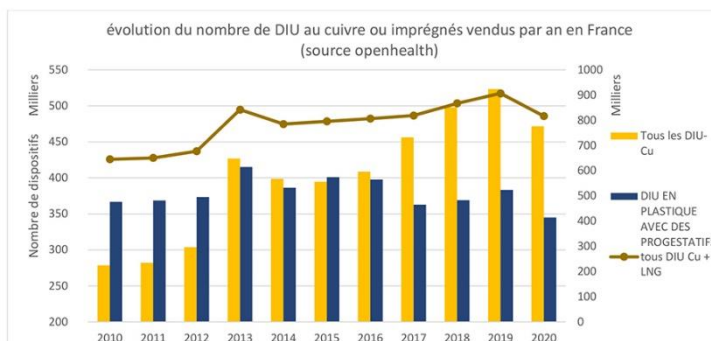
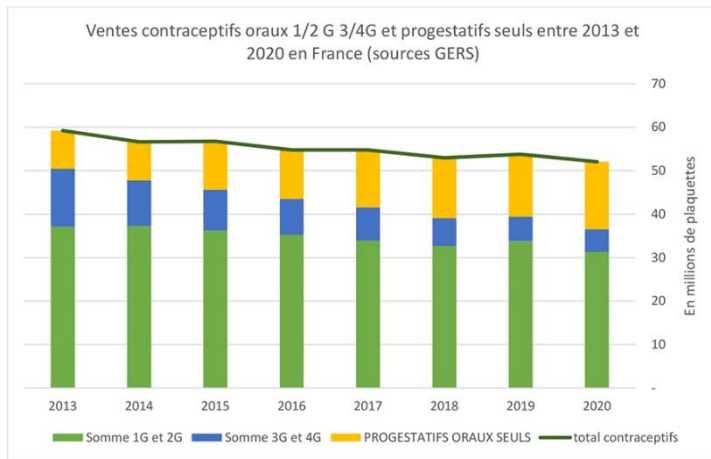
Diminution de 12% de la vente globale des contraceptifs oraux depuis 10 ans (baisse de 33% pour les COP et croissance de 71% pour les microprogestatives);

Diminution de 50% pour les anneaux et les patches contraceptifs;

Utilisation **stable pour les SIU et nexplanon**; SIU utilisé surtout chez > 35 ans avec ATCD gynéco;

Doublement des chiffres pour les DIU;

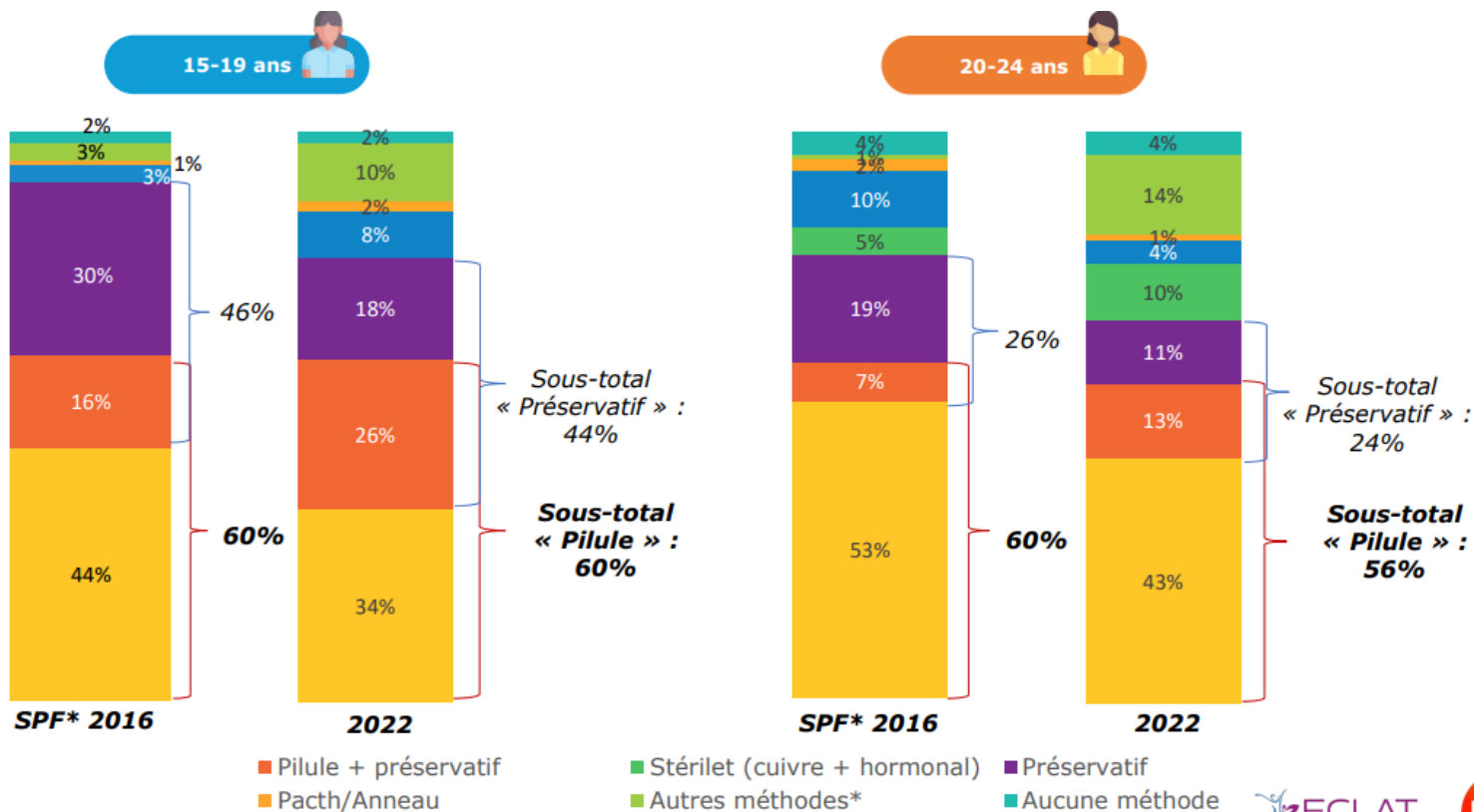
Enjeux social: les femmes des milieux favorisés se sont davantage tournées vers le DIU et celles des milieux plus précaires vers le préservatif ou le retrait, deux méthodes dont l'efficacité est moins bonne.



Chez les jeunes?

ECLAT: Etat des lieux et des connaissances de la Contraception Liés Aux nouvelles Tendances 2022

Evolution vs
SPF 2016



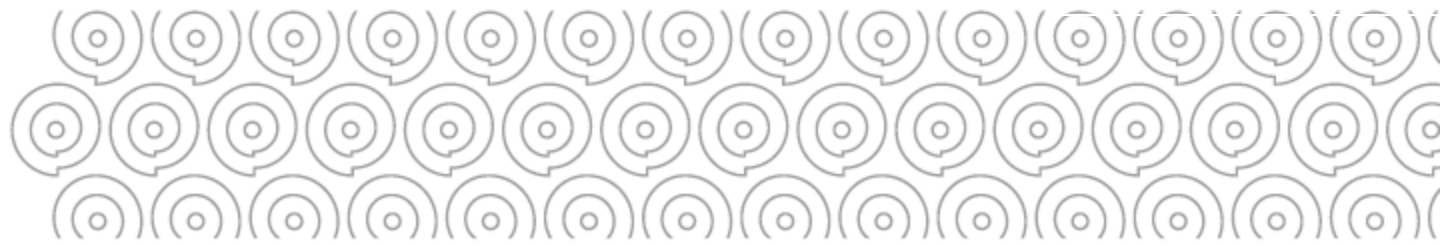
SPF* = Études Santé Publique France - Baromètre santé 2016

* Cette catégorie comprend le diaphragme, l'abstinence, les crèmes spermicides, le slip chauffant et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.



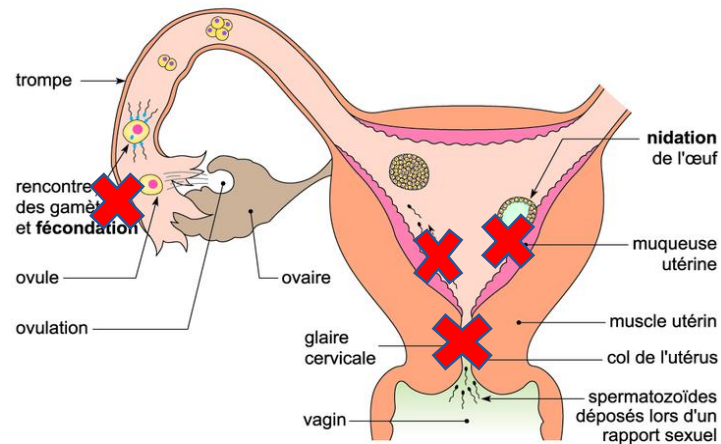
Contraception hormonale: *c'est quoi?*

16/05/2023



Contraception hormonale, c'est quoi?

- Hormones de synthèse.
- La contraception hormonale utilise une stratégie simple: elle mime la réaction naturelle de l'organisme lors de la grossesse et donc bloque l'ovulation.
- En fonction des hormones utilisées, le contraceptif peut également réduire la mobilité des spermatozoïdes en épaississant les sécrétions du col de l'utérus et maintenir l'utérus dans un état où l'œuf est incapable de s'installer.





Contraception hormonale: *ça fait peur?*

16/05/2023





● Pourquoi cette défiance?

- ❑ Plusieurs **évènements médiatiques** en France ayant participé à cette défiance: scandale pilules 3^e générations en 2013 (surrisque thromboembolique associé à certains contraceptifs oraux); parution en 2017 d'un livre « J'arrête la pilule » de Sabrina Debusquat; affaire du Mirena en 2017...
- ❑ **Défiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique** en général suite à plusieurs autres scandales sanitaires ;
- ❑ Contexte de sensibilisation croissante à **l'écologie « globale »**: respect du fonctionnement naturel du corps, préservation de l'environnement (risque de pollution de l'eau par les hormones) ;
- ❑ Remise en cause de la médecine classique, expérience de violences gynécologiques, convictions religieuses.... (1); influence des médias et des réseaux sociaux.

Et aussi...

- ❑ Peur des **effets secondaires** physiques, psychologiques et sur la sexualité ;
- ❑ Peur de **l'incidence sur la fertilité** future ;
- ❑ **Charge mentale, financière et organisationnelle** importante de se procurer les moyens de contraception et les utiliser correctement : nécessité de développer l'offre en contraception masculine, partage des responsabilités.

➡ *Évolution du schéma contraceptif classique (préservatif-pilule-DIU), diversification des méthodes contraceptives, meilleure connaissance des différents types de contraception existant de la part des patientes, propositions plus variées et moins schématisées de la part des professionnels...*





Peur des cancers?

Cancer du sein

Discret **surrisque** en cours d'utilisation après 40 ans (avec COP, microP et SIU-LNG 52mg) (surtout si prise prolongée)(Risque relatif 1,2-1,6)⁽²⁾⁽³⁾; diminue après l'arrêt pour rejoindre celui des non-utilisatrices ⁽²⁾⁽⁴⁾; pas de données concernant le risque sous implant; pas de CI en cas de mutation BRC.

Cancer endomètre

Réduction significative du risque de 30-50%, sous COP et SIU-LNG 52 mg avec effet positif lié à la durée d'utilisation ⁽⁵⁾.

Cancer ovaire

Réduction de 30-50% sous COP et SIU-LNG 52mg, selon durée de prise, avec effet durée ⁽⁶⁾, persiste jusqu'à 30 ans après l'arrêt.

Autres cancers

Réduction cancer colon et rectum ⁽⁷⁾ de 20% sous CO; s'estompe 10 ans après l'arrêt.

Augmentation du risque de cancer du col chez utilisatrices prolongées de CO? ⁽⁸⁾ mais nombreux biais (moins PSV, plus exposées?); risque à priori négligeable, s'estompe à l'arrêt. Diminution sous DIU.

➔ Effet global:

Pas d'augmentation de l'incidence ou de la mortalité par cancer, voir réduction significative de 10% du risque global ⁽⁸⁾; pas de modification de prescription même si ATCD familiaux, bénéfice/risque; suivi identique.



● Peur du risque vasculaire ? *Lié aux œstrogènes donc **seulement pour les COP***

❑ Accidents vasculaires artériels (IDM, AVC)

- **Liés aux autres FDR** de la patiente (tabac, HTA, migraines, hyperlipidémies, diabète, obésité, âge, ATCD familiaux..): si cumule...
- Pas de lien selon le type de Co (génération) ;
- Lien avec la dose des EE (diminue le risque d'IDM mais pas des AVC) ;
- Risque faible (multiplié par 1,6 à 1,8) dans population jeune en âge de procréer (6 cas/ 1 000 000 femmes/an chez non utilisatrices versus 15 cas pour 1 000 000 femmes/an chez utilisatrices)⁽⁹⁾.

❑ Accidents thromboemboliques veineux (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)

- **Liés aux FDR** de la patiente (obésité, âge, ATCD familiaux, tabac, thrombophilie acquise ou congénitale, ATCD personnel de TVP, immobilisation) ;
- Lien avec la dose d'EE (tjs donner ≤ 30) et la génération du progestatif associé (risque plus faible avec 2^e génération ou norgestimate); nouvelles CO avec œstrogène naturel (ZOELY) aurait risque identique à 2^e génération ;
- Sans lien avec la voie d'administration (oral, cutané, vagin...);
- Risque maximal la première année de prise puis diminue et se stabilise ; reprise risque max si arrêt ≥ 4 semaines = **effet « starter »** ;
- Risque veineux multiplié par 3 à 6 chez utilisatrices. Risque faible dans la population en âge de procréer (1 cas/10 000 femmes de moins de 40 ans/an sans contraception, 4-12/10 000 femmes/an chez utilisatrice selon le type de CO; 5-7/10000 si 2^e génération, 9-12/10000 si 3^e ou 4^e génération). Risque majeur pour grossesse et post partum +++





Autres peurs ?

La pilule fait grossir...



**surtout
quand on a
oublié
de
la prendre.**

Infertilité

- Effet contraceptif rapidement réversible à l'arrêt, retour à la fertilité très rapide (10);
- À l'inverse, Intérêt +++: éviction grossesse non désirée, réduction de la morbidité et mortalité maternelle et fœtale ;
- Effet bénéfique sur préservation de la fertilité individuelle? (limite GEU et kystes ovariens fonctionnels dc salpingectomie et torsion ovaire).

Diminution libido

- Rien de confirmé dans la littérature (11) ;
- Diminution libido chez très faible pourcentage d'utilisatrices, augmentation chez certaines (12,13) ;
- Influence +++ d'autres facteurs (psycho, sociaux, environnementaux, médicaux...).

Dépression

- Effet plutôt neutre de la CO (14); pas de prise en compte des autres facteurs de risque de dépression dans les études. Possible surrisque de dépression (15) et de suicide (16) dans certaines études; nécessité de surveiller, réévaluer (17).

Prise de poids

- Études rassurantes (18); profil d'évolution pondérale comparable sous CO à celui de la population générale (19).
- Possible augmentation appétit transitoire sur 1^{ers} mois d'utilisation chez faible pourcentage de femmes.





Contraception hormonale: *autres effets bénéfiques*

16/05/2023





Effets bénéfiques sur les règles

Régularisation du cycle menstruel

- Cycles artificiels sous COP (hémorragies de privation due à la chute d'hormones), donc modulables selon envies/besoins.
- Possible aussi aménorrhée thérapeutique ; pas de danger sur le plan médical.

Diminution des ménorragies

- Réduction de plus de 50% du flux menstruel sous COP ;
- Aménorrhées sous SIU (23,6% Mirena, 18,9% Kyleena, 11,4% Jaydess) = indication en cas de ménorragies (AMM).

Traitement des dysménorrhées

- Diminution significative de la prévalence des dysménorrhées sous COP due à réduction de production de prostaglandines (qui augmentent la contractilité myométriale); microprogestatifs oraux, implant, SIU diminuent aussi les dysménorrhées ; diminution des douleurs pelviennes par congestion veineuse pour l'implant ;
- Traitement de 1^{ère} intention par COP en cas d'endométriose (possible prise en tricycle ou en continue); microprogestatifs prescrits en 2^e intention dans cette indication; par ailleurs, la COP ou le SIU réduit le risque de récurrence de la lésion après traitement chirurgical (1^{ère} intention).

Syndrome prémenstruel

- Possible diminution du syndrome prémenstruel (mastodynies, congestion pelvienne, troubles de l'humeur et de la libido) avec certaines COP.





Effets bénéfiques additionnels

Effets sur l'hyperandrogénie (acné, pilosité androgénique)

- Effet suspensif durant la prise uniquement, varie selon le type de COP ; réduit la production ovarienne de testostérone ;
- Intérêt en cas d'OPK.

Autres

- diminution de 20% du risque de développer une polyarthrite rhumatoïde si utilisation prolongée d'une COP (au moins 7 années consécutives) (20);
- Diminution du risque de développer pathologies bénignes du sein (fibroadénomes, mastopathies fibrokystiques), d'autant plus que prise longue (21);
- Diminution de l'incidence des myomes, proportionnelle à durée d'utilisation ;
- Diminution des céphalées cataméniales avec certaines COP ;
- Prévention de certains cancers (endomètre, ovaires, colon).





Contraception non hormonale: *quelles alternatives?*

16/05/2023





Contraception très efficace

□ DIU (stérilet cuivre)

- Forte demande des patientes, y compris **chez les nullipares** ;
- Très bonne efficacité, taux élevé de continuation, risque faible de complications ;
- Intérêt +++ car **longue durée d'action** ;
- Expliquer +++ les possibles effets secondaires (en particulier modification du flux menstruel) mais ne pas hésiter à essayer ; prévenir que si règles longues, attention à anémie (alimentation riche en fer) ;
- **Efficacité pratique 99,2%** ;
- Moins de réticence des professionnels à la pose chez nullipares ;
- Diminution significative du risque de cancer de l'endomètre et du col.



Des études permettent d'évaluer l'efficacité théorique des moyens de contraception lorsqu'ils sont utilisés de façon optimale, ainsi que leur efficacité pratique ou réelle qui prend en compte les risques de mauvaise utilisation. L'efficacité théorique est mesurée par l'indice de Pearl, qui correspond au nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes qui ont utilisé un moyen contraceptif de façon optimale, sur 12 mois.

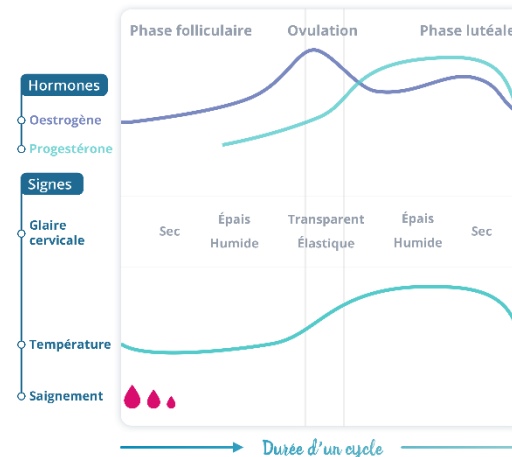




Contraceptions efficaces

- ☐ **Allaitement exclusif:** méthode Mama (pour Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)
 - Tétées toutes les 4-6 heures, y compris la nuit, seulement si accouchement <6 mois, si pas de reprise des règles ;
 - **Efficacité pratique 98%.**
- ☐ **Méthodes sympatothermiques**
 - Surveillance quotidienne des symptômes du cycle (température, sécrétions...) pour repérer les jours à risque de grossesse ;
 - **Efficacité pratique 98%.**

Le Cycle Féminin



Contraceptions moins efficaces



- ❑ **Diaphragme-cape cervicale** : **efficacité 88%**, remboursé 65% par assurance maladie pour le diaphragme, utiliser spermicides en association ; laisser en place au moins 6h après le dernier RS; ne protège pas des IST; **efficacité pratique à 68%** pour la cape chez femme ayant déjà accouché ;
- ❑ **Méthode des jours fixes**: comptage des jours du cycles, **efficacité 88%** ;
- ❑ **Préservatif externe**: **efficacité pratique 85%** ;
- ❑ **Préservatif interne**: **efficacité pratique 79%** ;
- ❑ **Retrait**: **efficacité pratique 78%** (73% selon OMS) ;
- ❑ **Méthode de la glaire cervicale**: observation quotidienne, **efficacité pratique 77%** ;
- ❑ **Abstinence périodique**: calcul période du cycle à risque, **efficacité pratique 75%** ;
- ❑ **Spermicides (ovules, crèmes, éponges)**: **efficacité pratique 71%**, non remboursés par assurance maladie; produits à base de 9-nonoxytol non recommandés (induit lésions vaginales pouvant augmenter le risque de transmission d'IST).



Contraceptions moins efficaces

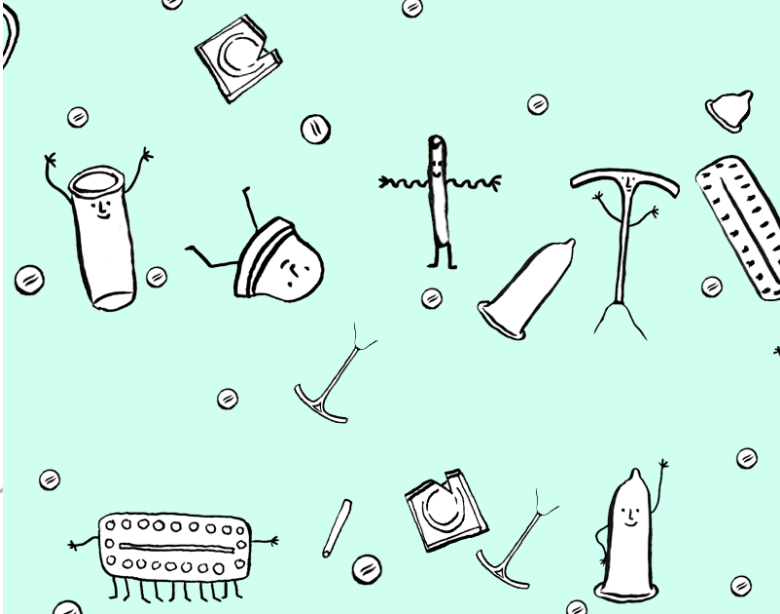
Applications en contraception? (*Clue, Flo, Natural cycles, Glow, Period calendar...*)

Plusieurs centaines de millions d'utilisatrices dans le monde. Applications de suivi menstruel, gratuites ou payantes, encourageant les femmes à recourir à l'abstinence périodique. Succès grandissant (méthode « naturelle », intérêt du recours aux technologies numériques perçues comme fiables, pratiques et gratuites). Recueil de données de suivi du cycle menstruel – dates des règles, température, aspect de sa glaire cervicale, symptômes liés au cycle, douleurs + parfois informations complémentaires (humeurs, libido et rapports sexuels, état de santé, sommeil, poids, alimentation...) Interrogation ++ du [comité d'éthique de l'Inserm sur la sécurité et l'efficacité de ces applications](#). Moins de 20 % de ces applications ont fait des prédictions correctes sur les périodes de fertilité. La majorité d'entre elles partagent leurs données avec des « tierces parties » (Google, Facebook, Amazon...), le plus souvent à l'insu des usagères. (22)



Au total

- ❖ **Méthodes d'appoint ou complémentaires** quand l'adhérence à d'autres méthodes est plus faible ;
- ❖ Utilisation **préférable à absence totale de contraception**;
- ❖ Importance d'**informer** les patientes de la moindre efficacité de ces méthodes et de les informer du mode d'emploi de ces méthodes ;
- ❖ Informer sur la **contraception d'urgence**.



Quels conseils donner? Prise en charge?

16/05/2023



LA BONNE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT

- **BERCER +++** (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour)
- Importance **d'une information honnête et complète, neutre et objective**: favoriser une meilleure connaissance des différents moyens contraceptifs et du corps par la femme; 86% des jeunes filles estiment être bien informées sur la contraception, 56% seraient intéressées par plus d'informations à ce sujet. Besoin en information confirmé par manque de connaissance des jeunes filles (50% ne connaissent pas la durée moyenne d'un cycle menstruel) et nombreuses idées reçues (pour 21% la pilule peut rendre stérile et pour 26% la pilule augmente les risques d'avoir un cancer). (23);
- **Connaitre les objectifs**: contraceptifs? Autres? (acné, dysménorrhées, ménorragies, prévention des IST ...);
- Prendre en compte le **ressenti** de la femme (permet d'anticiper les risques d'échecs); répondre aux appréhensions et idées fausses ;
- Expliquer les **effets secondaires** (fréquents mais le plus souvent bénins), **rassurer, réévaluer +++++, favoriser l'observance** pour éviter l'abandon et les grossesses non désirées ;
- **Adapter à la situation** médicale et affective (en couple ou non), au mode de vie et à la personnalité de chacune (18); accès adapté (difficultés économiques, accès aux soins, crainte de l'examen, facteurs socio-culturels, religieux ou philosophiques) ;
- Importance d'un **choix libre et éclairé**, en respectant le désir de la patiente ; ne pas imposer, ne pas essayer de convaincre: le choix informé de la méthode favorise l'acceptation et la meilleure utilisation de la contraception ;
- **Importance du « timing »**: Une [étude française](#) (24) montre que les femmes qui démarrent une contraception avant ou au moment de leur premier rapport sexuel ont par la suite nettement moins de grossesses non désirées que celles qui la débutent une après. Le dialogue avec la mère et le niveau d'éducation sont deux facteurs favorables à la mise en œuvre précoce de la contraception ;

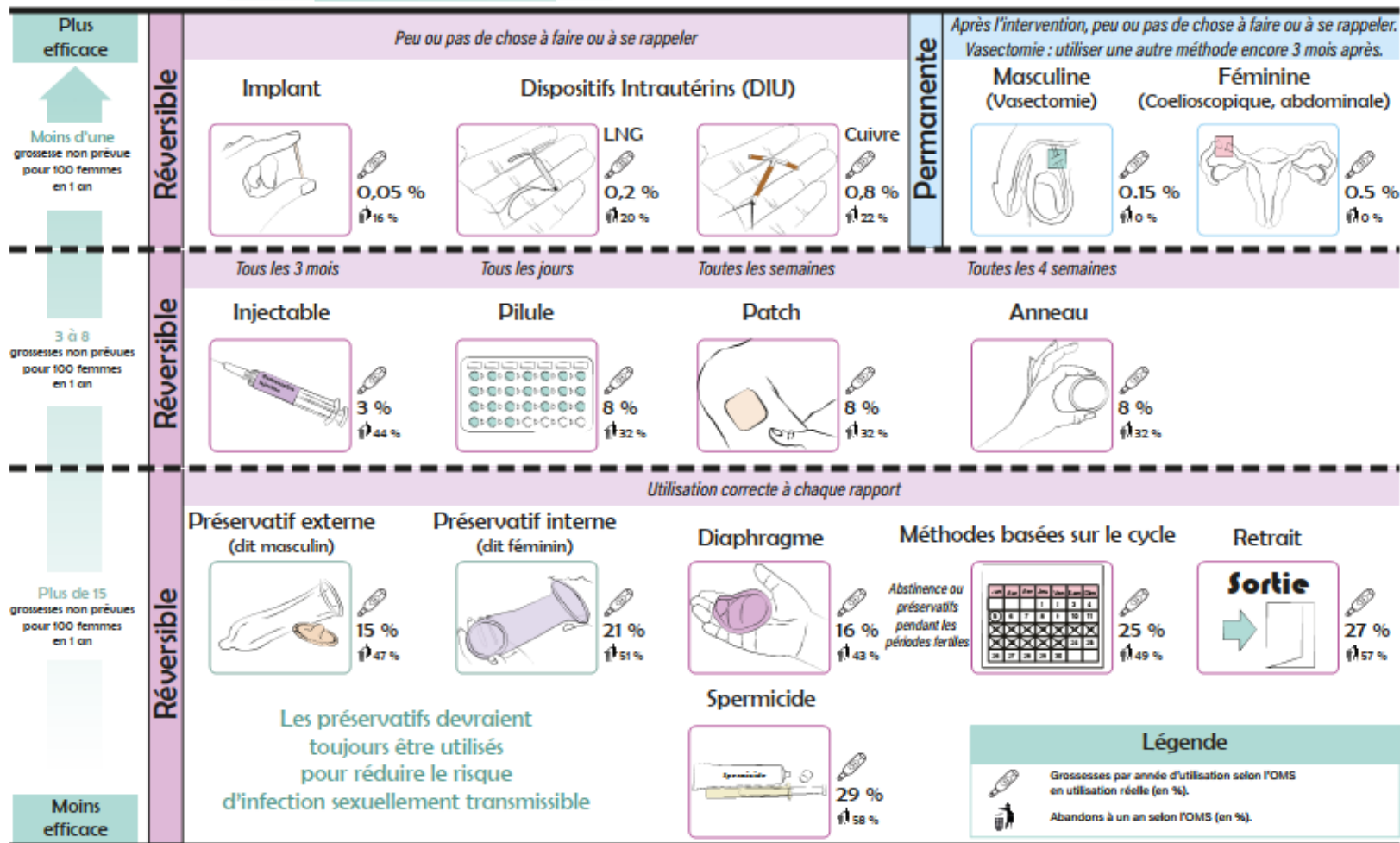


LA BONNE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT

- Rappeler que la contraception est un **levier majeur et indispensable de l'émancipation des femmes, et de réduction des inégalités entre les femmes et les hommes**. Toute atteinte, tous frein à l'accès à la contraception, quelle qu'en soit l'origine (les lois, l'industrie pharmaceutique, les professionnels de santé) est une violence faite à la femme. Le fait de refuser une contraception demandée par une patiente (n'ayant pas de contre-indication médicale) fait partie des violences gynécologiques condamnées par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes depuis 2018 ;
- Attention aux **freins liés aux professionnels** (réticences, manque d'information ou de formation) ;
- Surveiller et réévaluer la tolérance, les risques ;
- Expliquer les motifs des changements quand nécessaire ;
- Expliquer les stratégies de rattrapage ;
- Élargir l'échange sur le bien être sexuel, la prévention des IST;
- Intérêt d'utiliser un **support d'aide à la décision**
 - Aide au choix Questionsexualite.fr , information fiable et détaillée; proposition d'un questionnaire spécialisé d'aide au choix.
 - Présenter les contraceptifs par ordre d'efficacité;
 - Expliquer la différence entre efficacité théorique et pratique.



Méthodes contraceptives en fonction de leur efficacité



Il existe d'autres méthodes : (1) Aménorrhée lactationnelle : Méthode très efficace, temporaire ; (2) Contraception d'urgence : pilule contraceptive ou DIU au cuivre après un rapport à risque de grossesse.
 © 2019.7 - T. Linet, MC Martin-Gabrier, C. Vuilleminot, C. Vinson et le collectif Formagyn. Adapté de OMS : Guide de la planification familiale et de CDC : 2016 U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use



LA BONNE CONTRACEPTION? C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT

- Le risque d'échec augmente avec le temps; il est lié à une mauvaise utilisation de la méthode ou à une méthode inadaptée aux conditions de vie ou à la sexualité; ce sont les principales cause d'IVG ;
- Évaluer à chaque âge, chaque situation la balance bénéfique/risque, choix adapté personnalisé et conforme aux souhaits de la femme ;
- Préférer les contraceptions longue durée d'action si risque de mauvaise observance ;
- **FAVORISER L'ALLIANCE**
- Attention à ce que l'hormonophobie n'aboutisse pas a une contraceptophobie avec ses conséquences individuelles et sociétales dramatiques.



Ça a été difficile, ça m'a pris du temps, mais j'ai enfin trouvé le contraceptif qui me convient.



« Aucune femme
ne peut se dire libre
jusqu'à ce qu'elle puisse
consciencieusement choisir
si elle souhaite être mère
ou non ».

Margaret Sanger



« Maitriser la fécondité est un droit
fondamental qu'il faut préserver »

(Alfred SPIRA, Académie nationale de médecine;
19-12-2017)



Bibliographie

1. El Aoufir 2021, Maudat 2021, Le Guen 2020,2021
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C, Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996. 347(9017): p. 1713-27.
3. Hunter DJ, et al., Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010. 19(10): p. 2496-502.
4. Kumle M, et al., Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2002. 11(11): p. 1375-81.
5. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial C, Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol*, 2015. 16(9): p. 1061-1070.
6. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian C, et al., Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet*, 2008. 371(9609): p. 303-14.
7. Bosetti C, et al., Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and metaanalysis. *Hum Reprod Update*, 2009. 15(5): p. 489-98.
8. Hannaford PC, et al., Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ*, 2007. 335(7621): p. 651.
9. Ruan X and Mueck AO, Oral contraception for women of middle age. *Maturitas*, 2015. 82(3): p. 266-70.
10. Mansour D, et al., Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*, 2011. 84(5): p. 465-77.
11. Davis AR and Castano PM, Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*, 2004. 15: p. 297-320.
12. Burrows LJ, Basha M, and Goldstein AT, The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med*, 2012. 9(9): p. 2213-23.
13. Pastor Z, Holla K, and Chmel R, The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2013. 18(1): p. 27- 43.
14. Schaffir J, Worly BL, and Gur TL, Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2016. 21(5): p. 347-55.
15. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jul 1;74(7):764. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1446.
16. *Am J Psychiatry* . 2018 Apr 1;175(4):336-342.
17. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2017.17060616?journalCode=ajp>
18. Gallo MF, et al., Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): p. CD003987.
19. Nault AM, et al., Validity of perceived weight gain in women using long-acting reversible contraception and depot medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol*, 2013. 208(1): p. 48 e1-8
20. Orellana C, et al., Oral contraceptives, breastfeeding and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*, 2017
21. Rohan TE and Miller AB, A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast disease. *Int J Cancer*, 1999. 82(2): p. 191-6.
22. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-03798828v1/document>
23. Etude ECLAT 2022
24. <https://www.inserm.fr/actualite/adopter-contraception-premier-rapport-est-bon-augure/>



Merci pour votre écoute...
Merci pour votre écoute...



Dr Fanny FUR

Centre de santé sexuelle

12 rue Stang Ar C'Hoat 29000 QUIMPER

02-98-76-25-20 fanny.fur@finistere.fr



www.finistere.fr    