



HAL
open science

Regard des patientes sur l'aménorrhée provoquée par la prise en continu de la pilule œstroprogestative

Pauline Richon

► **To cite this version:**

Pauline Richon. Regard des patientes sur l'aménorrhée provoquée par la prise en continu de la pilule œstroprogestative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03320926

HAL Id: dumas-03320926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320926>

Submitted on 16 Aug 2021

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

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

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline Richon

Née le 03/02/1989 à Tours

**Regard des patientes
sur l'aménorrhée
provoquée par la
prise en continu
de la pilule
œstroprogestative**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10 Décembre 2020**

devant le jury composé de :

Vincent LAVOUE

PU-PH en Gynécologie Obstétrique et Médicale,
CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH en Épidémiologie, Économie de la santé et
Prévention, CHU de Rennes / *Examinateur*

Sylvie JAILLARD

MCU-PH en Histologie, Embryologie et
Cytogénétique, CHU de Rennes / *Examinatrice*

Sidonie CHHOR-QUENIART

MCF associée en Médecine Générale - Rennes
/ *Directrice de thèse*



**UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline Richon

Née le 03/02/1989 à Tours

**Regard des patientes
sur l'aménorrhée
provoquée par la
prise en continu
de la pilule
œstroprogestative**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10 Décembre 2020**

devant le jury composé de :

Vincent LAVOUE

PU-PH en Gynécologie Obstétrique et Médicale,
CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH en Épidémiologie, Économie de la santé et
Prévention, CHU de Rennes / *Examinateur*

Sylvie JAILLARD

MCU-PH en Histologie, Embryologie et
Cytogénétique, CHU de Rennes / *Examinatrice*

Sidonie CHHOR-QUENIART

MCF associée en Médecine Générale - Rennes /
Directrice de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES			
-----------------------------	--	--	--

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	Professeur Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES
--

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Médecine d'urgence
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FIQUET	Laure	MCF associé	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Informatique
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
LAVENU	Audrey	MCF	Biochimie et biologie moléculaire
LE GALL	François	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

À Monsieur le Professeur Vincent Lavoué,

Vous me faites l'honneur de présider le jury. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance. Je vous remercie pour votre grande disponibilité.

À Monsieur le Professeur Ronan Garlandézec,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail, et vous remercie pour vos encouragements. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Docteur Sylvie Jaillard,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail, et vous remercie pour vos encouragements et votre disponibilité. Soyez assurée de mon profond respect.

À Madame le Docteur Sidonie Chhor,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté la direction de cette thèse. Je vous remercie pour votre aide précieuse, votre disponibilité et vos encouragements tout au long de ce travail. Ce fût un plaisir de travailler avec vous.

À toutes les femmes qui ont accepté de participer aux entretiens qui composent cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, pour le temps que vous m'avez accordé ainsi que pour la sincérité avec laquelle vous vous êtes exprimées.

À tous ceux qui ont contribué à ma formation pendant l'externat et l'internat. À mes maîtres de stage hospitaliers ou libéraux qui m'ont transmis leur savoir et m'ont fait découvrir le métier de médecin.

À mes maîtres de stage, Sandrine, Christine, Jean-François, Yann, Philippe, Gilles et Nathalie merci pour ce que vous m'avez transmis sur la médecine, les différentes manières d'exercer et les rapports humains.

Aux équipes médicales et paramédicales des services de Gériatrie Aiguë de Saint Briec, d'Endocrinologie du CHBS, des Urgences du CHBA, des Urgences Pédiatriques du CHU de Rennes, de Gynéco-Obstétrique de La Sagesse, merci pour cet internat.

Au Docteur Creton, merci pour votre aide précieuse. Vous aviez raison.

À mes parents, pour votre indéfectible soutien et votre amour inconditionnel. Merci Maman pour ton aide inestimable depuis la P1 (et bien avant !) jusqu'à cette thèse et tes encouragements. Merci Papa de m'avoir donné l'envie de faire médecine et d'avoir suivi mes interminables études avec enthousiasme et bienveillance. Merci d'être là tous les deux et de rendre ma vie plus drôle, belle et douce.

À mes sœurs, merci pour votre incroyable soutien et la profonde bienveillance dont vous faites preuve à mon égard. Élise, mon binôme, merci de m'avoir encouragée à quitter la perspective de soignante pour mieux appréhender le point de vue des patient.e.s. Merci de partager tes découvertes concernant

les neurosciences pédiatriques, la parentalité et de réfléchir à volonté sur mon orientation. Merci pour Côme aussi qui illumine les journées les plus sombres et ne m'a pas tenu rigueur de passer trop de temps à mon bureau. Les « petites », si grandes maintenant, Jeanne merci infiniment pour tes conseils avisés, travailler avec toi a été un plaisir. Je jure solennellement de tout faire pour mériter mes remerciements dans ta propre thèse. Enfin Lucille, merci à toi d'avoir accepté sans hésiter de te prêter au crash-test de l'entretien exploratoire et de m'avoir ainsi aidée à prendre confiance, comme souvent. Je vais enfin réhabiliter ta chambre !

À ma grand-mère Colette, merci d'avoir pris soin de moi après les journées de P1 en attendant la prépa. Tout ça, c'est aussi grâce à toi (et tes bons goûters !). Merci pour ton soutien permanent.

À Cécile, ma cousine, merci pour l'aide précieuse que tu m'as apportée concernant le recrutement des femmes via tes groupes Facebook « les petites Rennaises », « les petites Nantaises » et auparavant.

À Jeanne, ma « plus vieille » amie, merci pour ton soutien permanent, ton aide et tes encouragements ! Je chéris notre amitié et ton adorable famille.

À Noémie, ma chica, la meilleure coloc possible pour faire deux D4 et pour décompresser durant l'internat en rigolant ou pleurant au téléphone entre Bordeaux et Rennes ou leurs périph. Merci pour ton soutien sans faille. À Pierre qui prend si bien soin de toi. Ah non c'est l'inverse pardon.

À mes amis d'externat : Béné et Alban, Isma, Carole, Antoine, merci d'avoir égayé la drôle de période de préparation des ECN. Nos soirées jeux de société, nos verres au Strapontin, les soirées médecines et j'en passe, sont des souvenirs mémorables. Je me ravis de vous retrouver à chaque week-end organisé (surtout depuis qu'on fait des karaokés).

À la fine équipe tourangelle : Mathilde et Clément, Lucie et Guillaume, Manu et JB, Const et Sebastian, Cam et Benjamin, Anne-So et Gus, Amélie et Jérôme, Batiste et Daisy, Élise et PA. Merci d'avoir rythmé ces années d'études de soirées endiablées, de pique-niques dans la neige, de barbecues au soleil et de mariages ! Et ça continue !

À la Saint Briec's team, précieux groupe d'amis d'un premier semestre venteux et arrosé, agrandi par les conjoints et les progénitures. So, ma première co-interne aux Capucins, merci d'avoir été auprès de moi dans cette aventure et de ne pas m'avoir lâchée dans toutes les suivantes. Mymy, dur ce début d'internat, heureusement on s'est trouvées et le temps ne fait que renforcer nos liens. Lisa, deux seules rescapées du groupe à Lorient pour l'été, nous avons continué de nous soutenir et ça dure. Nolvenn, enfin une toge, marre des blouses blanches ! Je suis ravie que Guillaume m'ait donné la chance de te rencontrer. Gaby, depuis Saint Briec, les spécialités changent, les projets évoluent, les lieux bougent mais l'envie de se voir perdure ! Sans oublier Béa, Coline, Maxence, Alain, Mathieu, Michael, Vivien, Paul et les 3 Guillaume, merci d'être là. Merci pour votre présence dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

À Antoine, merci d'avoir été à mes côtés dès le premier semestre d'internat et ensuite. Merci pour ton soutien.

Au collectif tahitien : Adèle, Adrien, Charlotte, William, Juliette, David et Anne-Cé. Merci pour ce changement de perspectives aussi brutal que nécessaire. Dr Simon, merci d'avoir démarré ce projet de thèse avec moi. Ton aide a été précieuse pour avancer et c'est enfin fini ! Anne-Cé, merci beaucoup d'être là que ce soit pour me soutenir, pour me faire rire ou me rappeler des trucs bien utiles comme « Pense à déposer le sujet de ta thèse ! ».

À la bande du Cocagne : Hélène, Clémence, Mathilde, Consti. Vous savez réchauffer les plus rudes soirées bretonnes. Les bolinettes et vos éclats de rire me manquent depuis trop longtemps maintenant, une dose hebdomadaire sera ma première prescription de docteur.

À Vincent, mon trésor. Merci de m'aider comme tu le fais, d'être aussi attentionné et apaisant. Ta présence me fait un bien que je ne pensais pas avoir mérité. Promis je n'écrirai qu'une thèse.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	11
II.	METHODE	12
A.	Recrutement	12
B.	Recueil des données	12
C.	Analyse qualitative des données	13
III.	RESULTATS	13
A.	Caractéristiques des femmes interviewées et des entretiens	13
B.	Décision	14
1.	Données de la science ou leurs représentations concernant le régime étendu	14
a)	Rassurance sur les effets	14
b)	Inquiétudes sur le risque	14
2.	Avis des soignants	16
a)	Information favorable au régime étendu	16
b)	Information à la demande de la patiente	17
c)	Information défavorable au régime étendu	18
d)	Information absente	18
3.	Expérience personnelle ou de l'entourage du régime étendu	19
a)	Expérience positive	19
b)	Expérience négative	21
C.	Rapport aux règles et à la contraception	23
1.	Besoin des règles	23
2.	Détachement voire rejet des menstruations	24
a)	Absence de signification des menstruations	24
b)	Détachement pragmatique	24
3.	Vécu personnel des règles	25
a)	Expérience douloureuse	25
b)	Expérience pénible	25
c)	Retentissement fonctionnel des menstruations	26
d)	Expérience facile	26
4.	Rapport des femmes à la contraception	26
a)	Méfiance vis-à-vis de la pilule œstroprogestative	26
b)	Confiance et avantages perçus de la pilule œstroprogestative	29
c)	Relation soignant-soignée en termes de contraception : point de vue des patientes	30
d)	Différents temps contraceptifs	32
e)	Accès à la contraception : souhait d'une plus grande autonomie	34

IV. DISCUSSION	37
A. Les forces de l'étude	37
B. Les limites de l'étude	37
C. Les résultats.....	38
V. CONCLUSION.....	43
VI. BIBLIOGRAPHIE	44
VII. GLOSSAIRE.....	46
VIII. ANNEXES	47
Annexe 1 : Guide d'entretien	47
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé.....	49
Annexe 3 : Tableau 1 : caractéristiques de la population de l'étude	50
Annexe 4 : Encadré de la FSRH (36)	51
Annexe 5 : Tableau 1 des recommandations de la FSRH 2020 (36).....	52
Annexe 6 : Avis favorable du comité d'éthique du CHU de Rennes	53

I. INTRODUCTION

D'après le Baromètre Santé 2016, malgré la crise de 2012/2013¹, la pilule œstroprogestative demeure la méthode de contraception la plus utilisée en France (36,5 %)² (1).

Le régime habituel de prescription, dit « cyclique », comprend 21 jours de pilules œstroprogestatives suivis de 7 jours de pause ou de 7 comprimés placebo. Il a été imaginé par les Dr John Rock et Dr Gregory Pincus, co-inventeurs de la première pilule contraceptive orale. Ce schéma avait pour but d'imiter le cycle menstruel naturel afin de favoriser l'acceptation de la pilule par les femmes, les médecins et si possible l'église. Le Dr Pincus avait lui-même déclaré dès 1958 : « un cycle de n'importe quelle longueur désirée pouvait probablement être produit » (2).

Des régimes étendus et continus ont été décrits dans la littérature depuis les années 1970 (3). L'utilisation déjà régulière de ces régimes, que ce soit à visée thérapeutique (ex : endométriose (4), migraines cataméniales(5)), par convenance professionnelle (militaires (6), sportives (7)) ou personnelle (8)(9) a été confortée par l'autorisation de mise sur le marché en France en 2015 de Seasonique®, première contraception œstroprogestative suivant un régime étendu³ et étoffée par de nombreuses études.

Les données de ces études sont rassurantes, tant sur l'acceptabilité (10), le profil de saignement (pérennisation de l'aménorrhée et diminution des spottings au fil du temps) (11), la sécurité endométriale (12), les paramètres métaboliques (13) que sur le retour de la fertilité après arrêt de la pilule (14). Une réserve persiste dans certaines méta-analyses concernant la tolérance à long-terme et les évènements indésirables rares (évènements thromboemboliques veineux (ETEVE), oncogénèse) des régimes étendu et continu (15). Concernant le risque thromboembolique veineux, une étude de cohorte rétrospective américaine publiée dans le JAMA⁴ en 2018 a montré un discret sur-risque d'ETEVE sous régime étendu : Hazard Ratio (HR) 1,84 (95% 1,53-2,21) contre HR 1,32 (95% 1,07-1,64) sous régime cyclique soit une différence de risque absolue de 0,27 cas pour 1000 personnes. D'après les auteurs, cette différence ne serait peut-être pas cliniquement pertinente et ils n'émettaient pas de recommandation pour un schéma de prise, laissé à l'appréciation du prescripteur en fonction des facteurs de risque individuels et des préférences de la patiente (16).

Depuis son approbation en 2003 par la FDA⁵, Seasonale® est utilisée régulièrement par plus d'un demi-million de femmes aux États-Unis offrant un recul et un nombre d'utilisatrices considérable (17). Plusieurs avantages en faveur du régime étendu ont été mis en évidence par les études comme une meilleure observance (18), les oublis étant plus fréquents après la semaine de pause, au moment de reprendre la pilule (19). Une réduction des symptômes menstruels (20) et prémenstruels (21) a été constatée. Des études rapportent une efficacité contraceptive du régime étendu supérieure grâce à un

¹ Controverse médiatique concernant les risques sanitaires liés aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations

² Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Son utilisation diminue mais concerne encore 47,8 % des 25-29 ans puis 35,4 % des 30-34 ans.

³ 84 comprimés dosés à 150 mg de lévonorgestrel et 30 mg d'éthinylestradiol suivis de 7 comprimés de 10 mg d'éthinylestradiol déjà autorisée en 2006 aux USA et dès 2003 sous le nom de Seasonale® dont les 7 comprimés sont placebos

⁴ Journal of the American Medical Association

⁵ Food and Drug Administration

blocage hypophyso-ovarien plus important (22) (indice de Pearl à 0,6 pour le régime étendu contre 1,78 pour le régime cyclique dans une étude comparative (23)).

En dépit de ces connaissances, en France, la pilule reste majoritairement prescrite selon le schéma cyclique (24). Après exploration par le Dr Simon du point de vue des prescripteurs (médecins généralistes), cette étude interroge les perceptions, croyances, et éventuelles craintes des femmes sous pilule concernant l'aménorrhée provoquée par les régimes étendus.

II. METHODE

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de janvier 2019 à avril 2020 auprès de 17 femmes.

A. RECRUTEMENT

La population étudiée concernait les femmes actuellement sous pilule œstroprogestative. Le recrutement s'est fait par connaissances, via internet (groupes Facebook féminins « les petites Rennaises », « les petites Nantaises »), par sollicitation directe de leur médecin généraliste et par bouche-à-oreille. Le recrutement de chaque patiente a été finalisé par contact téléphonique, sms ou mail afin de convenir de la date et du lieu de l'entretien.

Une variation maximale de l'échantillon a été recherchée selon l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, et la spécialité du soignant consulté.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable. Elle a été soumise au principe de saturation des données, évaluée par l'absence de nouvelle notion exploitable lors de l'analyse des entretiens.

B. RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens ont eu lieu : au domicile des participantes, au domicile de l'enquêtrice, en cabinet de médecine générale, dans les locaux d'une association et par téléphone lors du confinement. Chaque entretien a été mené par l'enquêtrice seule.

Le consentement oral des participantes a été obtenu après présentation de l'étude, avant de démarrer l'entretien. Les participantes ont été informées sur leurs droits (notamment de retrait) et sur la finalité de cette étude, conformément à la loi informatique et liberté.

La réalisation d'entretiens individuels a permis d'assurer la confidentialité et de faciliter le recueil de propos touchant à l'intime. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après accord. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement au fur et à mesure, numérotés et enfin anonymisés.

Le guide d'entretien a été conçu après une première recherche bibliographique. Il a été testé lors d'un entretien exploratoire (non analysé), modifié en supprimant les questions fermées, puis a été peu

remanié au fil des entretiens. Il explorait le parcours contraceptif, la perception des menstruations, la perception de l'aménorrhée du fait d'un régime œstroprogestatif étendu, les avantages perçus, les modalités de réalisation, les freins à son utilisation, l'éventuel retour des soignants sur le régime étendu puis quelques données sociodémographiques.

C. ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES

Les données (verbatim) ont été intégralement retranscrites sur le logiciel de traitement de texte Word.

Une analyse thématique manuelle des verbatim a été conduite : un premier codage ouvert faisait émerger des concepts, dans le but de synthétiser les informations importantes du corpus.

Un second codage permettait de regrouper les concepts en catégories puis d'identifier les thèmes. Cette étape a permis d'enrichir les catégories et d'établir des liens entre elles par comparaison continue des entretiens (25).

Le dernier temps d'analyse a permis d'organiser les catégories pour faire émerger les principaux axes présentés dans les résultats.

III. RESULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES INTERVIEWÉES ET DES ENTRETIENS

Au total, 17 femmes sous pilule œstroprogestative ont été incluses dans l'étude.

Les volontaires avaient entre 17 et 43 ans, pour une moyenne de 29 ans et une médiane de 28 ans. Quatre catégories socioprofessionnelles étaient représentées : les cadres et professions intellectuelles supérieures (4 femmes), les professions intermédiaires (6 femmes), les employées (2 femmes) et les personnes sans activité professionnelle (5 femmes dont 4 étudiantes et 1 lycéenne).

Le suivi gynécologique des 17 patientes était réalisé : pour 6 femmes par un médecin généraliste, pour 5 femmes par un gynécologue, et 6 femmes bénéficiaient d'un suivi partagé. Aucune n'était suivie par une sage-femme.

Trois entretiens ont été réalisés au domicile de l'enquêtrice, trois aux domiciles des participantes, deux en cabinet de médecine générale, un au sein de locaux associatifs et enfin huit étaient des entretiens téléphoniques en période de confinement.

Les entretiens ont duré entre 8 et 46 minutes, pour une durée moyenne de 21 minutes.

Les caractéristiques des participantes et les durées des entretiens sont exposées dans le tableau en annexe 3.

B. DÉCISION

Les femmes interrogées nous ont paru fonder leur décision d'utiliser ou non un régime étendu en s'appuyant sur trois paramètres : leurs représentations des données de la science, l'avis de leur soignant et enfin leur expérience personnelle.

1. DONNEES DE LA SCIENCE OU LEURS REPRESENTATIONS CONCERNANT LE REGIME ETENDU

a) Rassurance sur les effets

Aucune femme interviewée dans cette étude n'était **parfaitement rassurée** quant au régime étendu. Tous les entretiens ont mis en évidence des réserves concernant ce mode de prise, même chez ses **utilisatrices régulières**.

Très peu de femmes faisaient une **distinction** entre les **règles** et les **hémorragies de privation**. *« De toute façon, les règles que j'ai là, c'est pas des vraies règles. Donc que ce soit sans règles ou avec règles, je ne sais pas si ça change grand-chose. »* (F3) Même quand la différence était connue, un **détachement** du **schéma classique** n'était pas garanti : *« Je préfère quand même suivre le rythme, même si je sais que ce sont des fausses règles. Mentalement, ça fait bizarre de ne pas avoir ses règles. »* (F1).

Certaines femmes avaient néanmoins une **perception positive** de l'**aménorrhée** : *« Ne pas avoir mes règles, ça m'arrangerait. »* (F13). Ce **souhait** était parfois **formulé** au soignant chargé de délivrer la contraception : *« Je lui avais même demandé, s'il n'existait pas une pilule un peu comme le stérilet, qui nous permettait de ne pas avoir de règles. »* (F16).

b) Inquiétudes sur le risque

Mésusage de la pilule

Certaines femmes ont signalé que le régime étendu n'était **pas l'utilisation initialement prévue** de la pilule œstroprogestative : *« C'est pas une pilule normalement faite pour ça. »* (F1). Lorsque les femmes enchaînaient les plaquettes de leur propre initiative, le **non-respect** de la **prescription originale** générait une **appréhension** : *« Quand on me prescrit quelque chose et qu'il faut prendre la posologie, je suis du genre à vraiment respecter la chose. Et c'est vrai que, quand j'ai voulu enchaîner les plaquettes de pilule, j'étais un peu flippée au début en me disant : "Oh là là, qu'est-ce que tu es en train de faire comme bêtise ?" »* (F16).

Une femme, médecin généraliste, soulignait l'existence d'**alternatives** pour obtenir une aménorrhée : *« C'est pas forcément le bon moyen de contraception si on veut ne pas avoir de règles »* (F15). Plusieurs femmes étaient préoccupées par la **dose cumulative** en cas de régime étendu. *« Ça double un peu les doses d'hormones »* (F15). La prise continue de pilules œstroprogestatives et non microprogestatives leur faisait craindre un **surdosage** et une **majoration** des **effets secondaires** : *« Peut-être plus d'effets indésirables quand même sur ces pilules-là ? [...] Parce qu'elles sont plus concentrées. »* (F5). Pour les femmes suivant ce raisonnement, l'**intervalle sans prise d'hormones** semblait **nécessaire** : *« Le fait de faire une pause, y a quand même une dose d'hormones qui redescend un petit peu. Alors que là, on enchaîne, on enchaîne, peut-être que le corps aussi a besoin d'une pause. »* (F1). Enfin, beaucoup de femmes se servant du régime étendu de façon ponctuelle, faisaient preuve de **méfiance** quand on évoquait sa **prolongation** : *« J'ai l'impression que dans ma*

tête, je peux le faire de temps en temps, mais pas à la suite. Je ne pense pas que ce soit bon de le faire à la suite. » (F17).

Atteinte à l'intégrité physique

Une représentation défavorable du régime étendu, fréquemment retrouvée, était la présomption qu'il portait **atteinte à l'intégrité corporelle**, d'un point de vue **général** : « *Enchaîner les plaquettes, pour moi c'est toujours modifier son corps et je ne suis pas trop pour.* » (F2). Des femmes craignaient des **effets secondaires dus aux hormones** : « *Les cheveux qui grissent beaucoup plus vite, des boutons... Voilà des trucs comme ça, je m'attendais à un dérèglement hormonal.* » (F1).

Sur le plan **gynécologique**, de nombreuses femmes redoutaient une **diminution** de leur **fertilité future** par le régime étendu : « *Le fait d'enchaîner, j'ai l'impression que les effets indésirables vont augmenter : justement plus d'infertilité.* » (F5).

Par ailleurs, la **suppression des règles** par le régime étendu était **mal perçue** par les femmes considérant les menstruations comme des **témoins de l'absence de grossesse** : « *Déjà j'ai très peur d'être enceinte si je n'ai pas mes règles. C'est le premier truc auquel je pense, même s'il n'y a pas lieu d'être en fait ! Parce que je prends la pilule, mais c'est quand même... enfin je ne sais pas pourquoi, c'est une crainte.* » (F9). Cette preuve revêtait d'autant plus d'importance **en cas d'oubli de pilule** au cours du mois précédent : « *Si ça m'était arrivé d'en oublier une, est-ce que je n'étais pas enceinte par exemple ?* » (F14). L'absence de menstruations faisait redouter à certaines femmes un **retard diagnostique** en cas de **dysfonctionnement organique** (ménopause, pathologie gynécologique...) : « *La crainte peut-être, c'était de me dire : finalement, de ne pas les voir, est-ce que tout se passait bien quand même ?* » (F14).

Plusieurs femmes reprochaient au régime continu de **dérégler les cycles**, ce qu'elles considéraient comme **anormal** voire **contre-nature** : « *Je ne suis pas pour, dans le sens où je ne trouve pas ça naturel... Enfin, même sans pilule, on a nos règles tous les mois !* » (F7). Cette perception de dérèglement par le régime continu était d'autant plus marquée, qu'il y avait au préalable une **méfiance** envers la **pilule prise classiquement** : « *Quand je vois, que le fait d'avoir pris la pilule pendant 15 ans, ça m'a quand même vachement dérégler. Enfin, je me dis : "Est-ce que ça n'augmenterait pas le risque que ça dérègle encore plus nos cycles ?"* » (F6). Certaines femmes restaient attachées au **respect du cycle physiologique** sous pilule : « *Je me dis que c'est bien aussi à un moment donné de respecter ce cycle de... bah y a cette montée d'hormones, ça redescend, ça remonte, ça redescend... qui est un peu un cycle classique !* » (F4).

Fausses représentations

Plusieurs femmes n'adhéraient pas au régime étendu car elles concevaient les menstruations comme nécessaires en termes d'**évacuation**, d'élimination avant un **renouvellement**, voire de **purification** : « *C'est bien qu'il y ait quand même une fois par mois, une évacuation... que ça remette bien tout dans l'ordre* » (F8). En effet, plusieurs interviewées s'interrogeaient sur le **devenir** des **règles non extériorisées** : « *Je me disais : qu'est-ce qui se passe justement si les règles ne s'évacuent pas ? Comment c'est possible ?* » (F11). Certaines allaient jusqu'à redouter une **rétenction** voire une **macération** dans l'utérus en l'absence de saignement : « *Si je n'ai pas mes règles, qu'est-ce qui va se passer, dans mon corps, de toute cette sécrétion de... enfin de perte qui ne va pas se faire ? Où est-ce que ça va ? [...] Je n'ai pas trop envie que ça reste dans mon corps, macérer pendant plusieurs*

temps. » (F9).

Deux femmes supposaient que la **raréfaction des règles** pouvait aggraver les **dysménorrhées** : « *Moi, je les ai tous les mois, elles sont douloureuses. Mais le fait d'attendre, de les espacer, est-ce que ça ne les rend pas plus douloureuses ?* » (F7).

Une femme s'attendait à une **diminution de l'efficacité contraceptive de sa pilule** au **démarrage** de l'enchaînement des plaquettes : « *Si je commençais la pilule en continu, le temps que mes hormones s'habituent à ce programme-là, j'ai des risques de tomber enceinte. Enfin, pour moi, j'ai un risque de tomber enceinte plus important en continuant, qu'en prenant ma pilule normalement.* » (F7).

Conflit interne chez ses utilisatrices

La plupart des femmes ayant expérimenté le régime étendu rapportaient l'avoir fait avec une certaine **culpabilité**, ayant presque toujours eu l'impression de **faire quelque chose de mal** : « *Je ne sais pas pourquoi, je me sentais un peu en faute.* » (F11). Certaines patientes étaient convaincues de la **nocivité** de cette méthode, ce qui majorait leur sentiment de faute. « *Honte car vous savez que ça abîme votre corps mais que vous le faites quand même ? - Oui exactement, un peu comme quelqu'un qui irait manger au Mac Do toutes les semaines.* » (F13). Certaines femmes espéraient modérer l'impact supposé délétère du régime étendu, par le **caractère exceptionnel** de son utilisation. Quand l'**expérience personnelle positive** du régime étendu contredisait les craintes initiales, l'**usage** de ce dernier restait néanmoins **prudent** : « *Je me disais, ce n'est peut-être pas bon. Mais comme ça n'avait aucun impact sur moi, je me disais bon bah voilà... Mais je n'en abusais pas. Je me disais, je ne le ferai que, si je me retrouve une semaine en maillot de bain et que ça doit tomber à ce moment-là* » (F11).

Une des femmes, ayant adopté le régime continu, se trouvait face à un **dilemme** opposant son **confort actuel** à une présumée **dégradation de sa fertilité future** :

« *Je suis persuadée que ce que je fais c'est pas bien. Enfin, c'est pas bien, si on veut des enfants. Et vu que j'en veux pas, je me dis : peut-être que je suis en train de m'abîmer quelque chose, mais je fais un peu l'autruche. C'est un peu compliqué à expliquer, parce qu'en le disant, je me dis que, c'est quand même peut-être un peu con. Parce que je suis encore un petit peu jeune, je peux changer d'avis. Peut-être qu'un jour je voudrai des enfants ?* » (F13).

On pouvait percevoir la même **ambivalence** chez des utilisatrices occasionnelles : « *On est un peu partagé entre le fait de se dire "C'est génial, on n'a plus la contrainte des règles !" et "Est-ce que c'est normal de ne plus en avoir ? Est-ce que c'est naturel de plus en avoir ? Est-ce qu'on n'est pas en train de faire quelque chose qui est contre-nature ?" » (F17).*

2. AVIS DES SOIGNANTS

Les entretiens ont permis de recueillir les perceptions des patientes sur l'information médicale qu'elles avaient reçu au sujet du régime étendu.

a) Information favorable au régime étendu

Dans certains cas, l'information concernant le régime étendu avait été délivrée, **spontanément par le soignant**, à la **prescription initiale** de la pilule : « *Elle me l'avait déjà dit au tout début, quand j'avais*

18 ans, on a tout expliqué donc du coup... Ça m'a été expliqué dès le départ. Dès que j'ai eu la pilule. » (F10). D'autres femmes étaient **régulièrement rassurées** par leur **médecin** au sujet des hormones et du régime étendu : *« On m'a toujours dit qu'il n'y avait aucune difficulté dans la prise d'hormones et cetera. Après je peux avoir quelques petits doutes mais je ne me suis jamais sentie non plus en danger. »* (F17). Pour une femme, l'information avait généré des **interrogations** concernant les potentielles répercussions de ce nouveau régime. Cela interpellait quant au **niveau de précision** à adopter par le soignant : *« C'est mon médecin qui me l'avait dit. [...] Il y a quand même des infos un peu là-dessus. Mais pas sur ce que ça peut engendrer de physiologique ou pas physiologique par rapport à ça. »* (F4).

Dans un seul cas, l'essai du régime étendu avait été encadré par la **prescription médicale écrite** d'un gynécologue. Il s'agissait d'un **test thérapeutique** contre des **migraines cataméniales**. L'**annonce anticipée** d'un retour au **régime cyclique** en cas d'**échec**, avait donné à la patiente une image négative du régime étendu : *« Quand il me dit : "On va essayer et si ça ne marche pas, on revient sur le système classique.", je me dis que, s'il me dit ça, c'est qu'a priori le système classique est quand même plus... plus adapté. »* (F10). Le régime continu avait aussi été **encouragé** par le soignant d'une des femmes atteinte d'**endométriase** : *« Reprenez Zoely® comme vous avez fait en continu. C'est la meilleure idée que vous ayez eue de votre vie de la prendre en continu. »* (F12).

Une des femmes interrogées, médecin généraliste, était réticente à l'enchaînement des plaquettes sauf en cas d'**oubli de pilule** dans la **dernière semaine de la plaquette** : *« Je pense que ce n'est pas terrible de le faire. Après, moi, je conseille quand même de le faire quand il y a eu un raté de pilule en fin de plaquette : d'enchaîner les 2 plaquettes quand c'est dans les derniers jours. Ça je conseille de le faire, pour être sûre de ne pas être enceinte. »* (F15).

b) Information à la demande de la patiente

Beaucoup de patientes ont dû poser la **question à leur soignant** pour avoir une confirmation médicale de la possibilité de **suspendre les règles en supprimant la pause** entre les plaquettes. Une **réponse favorable** pouvait s'accompagner de consignes favorisant l'**autonomisation** : *« C'était mon médecin traitant qui me l'avait dit, je crois. Parce que j'avais dû lui demander une fois, je voulais le faire l'été, elle m'avait dit "Oui, pas de problème.". Elle m'avait dit que je pouvais le faire quand je voulais, que c'était pas gênant. »* (F6).

Certains soignants avaient un positionnement plus **prudent**, ils affirmaient l'**absence de caractère de gravité** du régime étendu, mais ne mentionnaient pas la possibilité d'une utilisation plus prolongée. Cela laissait planer un **doute** sur sa sécurité à **long terme** : *« Je sais qu'il m'avait dit : "Il n'y a pas de soucis, s'il le faut, tu peux le faire." parce que moi, je lui avais dit que c'était temporaire. Je n'avais pas forcément posé la question sur le long terme. »* (F4). Certaines patientes racontaient avoir reçu de leurs soignants une **restriction** à un **usage ponctuel** : *« Il m'avait dit que ça pouvait se faire de temps en temps, voilà. Fallait pas que ce soit tout le temps, mais que ça pouvait se faire. »* (F14). Une autre femme rapportait la réponse de son médecin quand elle lui avait dit se servir du régime étendu, il lui recommandait d'en faire un **usage exceptionnel** : *« J'ai dû lui dire au tout début. Il m'avait dit "Non ne fais pas ça, ou fais-le juste une fois l'été. Mais bon, si vraiment tu n'as pas le choix." »* (F13).

c) **Information défavorable au régime étendu**

Quelques femmes expliquaient avoir reçu une information médicale leur **déconseillant** le régime étendu : « *On me l'a toujours déconseillé, de prendre la pilule en continu...* » (F13). D'autres femmes avaient obtenu un **avis défavorable** de leur soignant, suite à leur demande : « *Je lui avais même demandé s'il n'existait pas une pilule un peu comme le stérilet, qui nous permettrait de ne pas avoir de règles, elle m'a dit : "Non, ça n'existe pas encore, et puis ça ne serait pas très bon."* » (F16). Une femme rapportait un **conflit** avec sa soignante, déclenché par son aveu d'**utilisation spontanée** du régime continu, avec une pilule n'ayant pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) : « *Mon médecin traitant, je lui avais dit, mais elle n'avait pas percuté. Ça va faire 2 ans, elle m'a écoutée en consultation et elle m'a engueulée [...]. Dans le Vidal®, Zoely® ne pouvait pas être prescrite en continu donc elle m'a dit de prendre Seasonique®* » (F12).

d) **Information absente**

Certaines femmes affirmaient n'avoir reçu **aucune information** sur le régime étendu de la part de leurs soignants prescripteurs : « *On ne m'a jamais dit : "Si tu enchaînes ta pilule, tu n'auras pas tes règles." Non, à aucun moment un soignant ne m'a parlé de ça.* » (F13). Une jeune femme a eu l'information d'un possible enchaînement des plaquettes, seulement **lors de son entretien** pour l'étude : « *Non, je ne savais pas. Je savais qu'il y avait des pilules sans règles, mais je ne savais pas qu'on pouvait... éventuellement le faire.* » (F9). Le ressenti d'une des patientes révélait l'**importance de l'avis médical** pour une éventuelle modification du schéma de prise de sa pilule : « *Le médecin ne me l'a pas prescrit, donc ce n'est pas quelque chose que je dois faire. Du coup, je ne veux pas mettre ma vie en danger, entre guillemets, et je ne veux pas le faire.* » (F3). Au contraire, d'autres femmes semblaient ne pas chercher de **validation scientifique** à leur pratique du régime étendu : « *Non je ne crois pas, ou peut-être sur les dix ans ? Je l'ai peut-être évoqué avec mon médecin mais je ne suis même pas sûre.* » (F5). Quelques femmes faisaient même preuve d'une légère **réticence** à aborder ce sujet avec leurs soignants : « *Par exemple, je n'en ai jamais parlé à ma gynécologue. J'étais en train de me demander, si je ne lui en ai pas parlé par omission, ou si je ne lui en ai pas parlé parce que j'avais un peu honte ? Et je n'ai pas du tout la réponse.* » (F13).

Les femmes n'ayant pas reçu d'information médicale sur le régime étendu, décrivaient les **sources d'information alternatives** qu'elles avaient pu avoir, comme leur cercle **amical** : « *J'avais certaines de mes amies qui l'avaient déjà fait, et donc sachant ça, je me suis dit : "Pourquoi ne pas essayer ?".* » (F16). Une femme racontait avoir été chercher confirmation auprès d'un **pharmacien** avant d'essayer : « *Le pharmacien m'avait dit : "Vous pouvez enchaîner. Après, il faut reprendre de temps en temps votre pause, mais sinon vous pouvez enchaîner et ça ne fera rien de mal. Mais bon, il ne faut pas en abuser quand même." Donc une fois que j'ai su ça, après, c'est vrai que j'étais un peu plus sereine.* » (F16). Quelques femmes expliquaient s'être renseignées sur **internet** : « *Peut-être que je l'avais lu, un jour sur un forum : "Est-ce qu'on peut cumuler deux plaquettes ?". Oui peut-être.* » (F11).

Certaines patientes estimaient avoir déduit le fonctionnement du régime étendu de manière **empirique** : « *C'est juste logique : quand on termine la plaquette, on a nos règles. Donc si la plaquette ne se termine jamais, bah voilà. Enfin c'était plus de la logique qu'autre chose.* » (F13).

3. EXPERIENCE PERSONNELLE OU DE L'ENTOURAGE DU REGIME ETENDU

a) Expérience positive

Les femmes de l'étude ayant expérimenté le régime étendu, ont rapporté de nombreuses **circonstances** dans lesquelles l'enchaînement de plaquettes a été apprécié.

Utilisations de confort

Dans cette étude, l'utilisation du régime étendu suivait un **rythme saisonnier** à prédominance **estivale**, la plage, la baignade ont été mentionnées par beaucoup d'utilisatrices : *« Par exemple l'hiver, je n'enchaîne pas les plaquettes. Après, je le fais effectivement l'été pour que ce soit quand même plus simple, quand on est sur la plage, en vacances, en vadrouille. »* (F14).

Plusieurs femmes étaient soulagées de pouvoir suspendre leurs règles en vue d'**événements importants**, notamment pour des questions d'**aisance**, et de **confiance en soi** mais aussi parfois de **logistique** ou de **performance** : *« J'ai fait la même chose pour le jour de mon mariage. »* (F10).

Les zones d'**accès limité aux sanitaires** favorisaient le recours au régime étendu. Les femmes évoquaient par exemple, le camping, les treks et l'humanitaire : *« Je partais en randonnée 2 jours, clairement se dire : "Je suis au milieu de la montagne. Il faut que je trouve un endroit où je peux aller changer ma serviette, et je vais pas savoir quoi en faire ou mon tampon ..", c'est quand même plus avantageux de ne pas avoir à se soucier de ça ! »* (F4). De façon plus générale, les femmes évitaient d'avoir à gérer leurs menstruations **hors du domicile** : *« Même quand je pars chez quelqu'un, je n'ai pas à me trimballer toutes mes affaires et tout ça. Voilà, c'est moins contraignant là-dessus. »* (F8).

Plusieurs femmes considéraient les règles comme une **entrave à la sexualité**, certaines se servaient du régime étendu pour s'en libérer occasionnellement : *« J'aurais été toute seule chez moi tranquille, je ne me serais pas amusée à enchaîner mes plaquettes de pilule comme ça. C'était vraiment en mode : "Mince, je dois voir mon nouveau copain. On ne va rien pouvoir faire parce que j'ai mes règles." »* (F16).

Certaines femmes trouvaient le régime étendu avantageux dans leur **cadre professionnel**, surtout en cas de **déplacements à l'étranger** ou de **manque de temps** : *« C'est plus à mon travail, je travaille dans un bar, on a énormément de monde. Ça m'arrive de ne pas pouvoir aller aux toilettes pendant 5-6 heures d'affilée. Dans ces moments-là, on est contente de ne pas avoir ses règles. »* (F13).

Une patiente racontait avoir retardé ses règles, car elle avait contracté une **pathologie infectieuse aiguë** peu de temps avant leur arrivée théorique. Elle ne souhaitait pas surajouter de pénibilité à sa situation : *« Je ne voulais pas avoir les règles en plus du Covid. »* (F10).

Une jeune femme rapportait avoir expérimenté le régime continu **sans motif**, par **curiosité**, pour tester la réaction du corps : *« Je voulais essayer aussi voir si... si ça changeait des choses »* (F7).

Plusieurs femmes reconnaissaient **manipuler leur schéma de pilule** afin de **décaler de quelques jours seulement** la survenue des hémorragies de privation. **Respectant les règles**, cette méthode leur paraissait **plus acceptable** que le régime étendu, elle témoignait d'une **appropriation** de la contraception : *« Tricher un peu en prenant, soit un médicament de plus pour les décaler un peu, soit l'inverse, en prendre 2 de moins pour les... voilà. Ça c'est quelque chose que je faisais plus facilement. »* (F11).

Une patiente racontait l'**inconvenient** redécouvert en passant de la pilule à une **contraception non hormonale**, qui ne permettait donc **pas l'éviction des règles** : *« Ce que j'ai trouvé compliqué quand*

je suis passée après au stérilet en cuivre : c'est que du coup, il n'y avait aucun moyen de les stopper. Je me souviens d'ailleurs (rires) d'une semaine pour nos 10 ans de mariage. On est partis en Tunisie, et je n'avais pas pu les stopper. » (F14).

Indications médicales

Des femmes utilisaient par exemple le régime étendu à visée **antalgique** notamment en cas de **dysménorrhées**. Certaines l'utilisaient pour **espacer** les douleurs : « Être douloureuse moins de fois dans l'année » (F7). Une femme atteinte d'**endométriose** s'était résolue à supprimer ses règles devant l'**intensité** des douleurs et leur **retentissement fonctionnel majeur** : « *De ma propre initiative, il y a 4 ans, j'ai décidé de prendre Zoely® en continu.* » (F12).

Une des femmes voyait le régime étendu comme une solution en cas de douleurs, mais aussi de **mauvaise tolérance** des **protections menstruelles** : « *Je pense que pour certaines femmes, [...] ça leur fait très mal, ou alors, qui ne supportent pas les tampons, les serviettes.* » (F1).

Autonomisation - Satisfaction

Des femmes appréciaient l'**autonomie de décision** et la **liberté de mise en œuvre** du régime étendu : « *C'est vrai que c'est un avantage, pouvoir gérer un peu soi-même : je n'ai pas envie d'avoir mes règles...* » (F10). L'**efficacité** concernant la **suppression des saignements** par le régime continu était remarquée : « *C'est cool, je n'avais pas eu mes règles. Donc ça m'avait laissée tranquille la semaine où je n'avais pas envie de les avoir.* » (F6). Une femme sous régime continu rapportait n'avoir eu **aucun** saignement en plus de 4 ans d'utilisation : « *Je ne suis jamais inquiète quand je pars.* » (F12). Certaines femmes bénéficiaient sous régime étendu d'une **abolition des symptômes menstruels**. Une femme expliquait qu'en comparaison avec le reste du cycle, elle n'avait : « *pas senti du tout de différence* » (F11). Plusieurs femmes décrivaient une **bonne tolérance** de l'enchaînement de plaquettes, sans répercussion sur les **cycles suivants** : « *Ça ne m'avait pas du tout dérégulée.* » (F6). Certaines femmes trouvaient que la **systématisation de la prise** aidait à **limiter les oublis**, principalement la **semaine de reprise** : « *Moi, c'est tous les lundis que je dois la reprendre et c'est là que j'oubliais. Alors que, le fait de prendre en continu, on oublie moins.* » (F1).

En outre, la majorité des femmes ayant essayé le régime étendu, attestait de la **facilité d'approvisionnement** à la **pharmacie**, même en l'**absence de prescription écrite** spécifiant la prise continue : « *Je les achète en boîte de 3 plaquettes donc non. Franchement il n'y a pas de difficulté. Mon pharmacien me les délivre, après, il ne vérifie pas si je les ai prises à la suite ou si j'ai attendu la semaine de décalage.* » (F17).

Soutien de l'entourage

Un facteur favorisant l'usage du régime étendu chez les femmes, était notamment l'**accompagnement familial** : « *J'avais prévenu ma maman. Et vu qu'elle est au courant de tout ça, elle m'a dit : "Non mais c'est pas grave pour une fois" » (F1).*

Pour la jeune femme atteinte d'endométriose, le seul fait **d'en parler à ses amies** sans avoir de réponse répréhensive, la **confortait dans son choix** : « *J'avais dû en parler à mes amies, parce que je suis quand même très entourée à ce niveau-là, et puis elles m'avaient dit : "Écoute fais ce que tu veux".* » (F12).

Cependant, les **expériences positives** de l'entourage, ne présageaient pas d'un essai personnel : *« J'ai une amie qui la continue là, elle s'arrête tous les 3 mois, mais moi personnellement non. »* (F7).

b) Expérience négative

Inconvénients du régime étendu

Au sein des femmes ayant éprouvé le régime continu, certaines lui trouvaient des **inconvénients**, parfois **inhérents à la pilule**. Des femmes regrettaient l'**incommodité** de la **prise quotidienne** : *« L'inconvénient c'est que, c'est vrai qu'il faut y penser, il ne faut pas l'oublier. »* (F10). Une femme rapportait une surcharge pondérale et des **difficultés à perdre du poids** depuis la prise en continu de sa pilule : *« Je n'ai pas perdu de poids depuis quatre ans et demi, alors que j'ai, je pense, au moins 10 kilos en trop. »* (F12).

Plusieurs femmes reprochaient à l'utilisation ponctuelle du régime étendu, de décaler la **date habituelle d'arrivée** de leurs **règles** : *« Ça dérègle un peu les cycles, parce que le fait de continuer directement sur une autre plaquette, [...] les règles ne sont plus du tout à la même date que ce qu'elles auraient dû être en temps normal. »* (F16). Cet inconvénient tenait principalement à leur méconnaissance du fonctionnement des hémorragies de privation et n'était pas trop perturbant : *« Après je suis assez bien réglée, quand je finis la plaquette, [...] je sais qu'au bout du 2^{ème} jour, j'ai mes règles. »* (F16).

Un inconvénient décrit par de nombreuses femmes concernait les **saignements** sous régime étendu. Les descriptions de **spottings** étaient fréquentes : *« Ce n'est pas dérangeant... enfin un petit peu, parce que c'est trop pour mettre une protection [...] c'est un petit peu entre les deux, mais bon ça ne dure que quelques jours, beaucoup moins que les règles, donc ça va. »* (F1). Ils étaient souvent gênants du fait de leur caractère **imprévisible**, et interrogeaient quant à leur **nature**, leur **origine** : *« Mais du coup, je ne savais pas si c'était des règles. C'est hyper bizarre, elles sont en plein milieu de la plaquette en général. »* (F13). Certaines femmes parvenaient à **se rassurer** par elles-mêmes : *« Ça n'avait pas été de vraies règles mais peut-être un tout petit saignement, vraiment pas grand-chose et je m'étais dit : "Bon voilà, ça peut arriver. C'est pas grave." »* (F11). Une femme utilisant le régime continu, interprétait les spottings comme un **signal du corps**. Elle avait alors recours à une **adaptation intuitive**, laissant survenir l'hémorragie de privation à la fin de la plaquette : *« Dans ce cas, je respecte : à ce moment-là, je termine ma plaquette, j'arrête une semaine et je reprends. [...] C'est comme si mon corps me disait "Ouh ouh, là, faut que t'arrêtes !" »* (F13).

Inefficacité du régime étendu sur les symptômes menstruels

Certaines femmes trouvaient le régime étendu **inefficace** sur leurs **symptômes menstruels**, en dehors de la suppression des hémorragies de privation. Elles décrivaient par exemple une persistance de leurs **douleurs pelviennes** : *« J'avais quand même les douleurs au niveau des ovaires et cetera comme d'habitude. »* (F16). Pour une femme, l'absence d'amélioration concernait des **mastodynies** : *« Par contre, ça n'a pas empêché le gonflement des seins et les douleurs. Il y avait quand même ce rythme. »* (F7). En cas d'**amélioration partielle** d'un **symptôme menstruel**, ou en l'**absence d'efficacité** ressentie, les femmes interrogées préféraient **reprendre le régime classique**.

Aggravation des symptômes menstruels

Sur le plan des **symptômes menstruels**, quelques femmes les trouvaient **aggravés** sous régime étendu. Une femme notait une **prolongation** de son **inconfort pelvien** : *« J'ai toujours des douleurs*

un peu avant la fin de ma plaquette en temps normal, mais là, j'ai eu un petit peu mal après. » (F7). Plusieurs femmes faisaient part d'inhabituels **ballonnements abdominaux** : *« Mais au niveau du ventre, je le sens vraiment, j'avais vraiment le ventre qui gonfle, du mal à fermer le pantalon. » (F10).* L'**expérience physique désagréable** venait **renforcer l'intuition** que le régime étendu était **délétère** : *« Je ne me suis pas sentie très bien à chaque fois que je l'ai fait, donc ventre gonflé et cetera, je me suis dit que ce n'était peut-être pas l'idéal de faire ça trop souvent. » (F17).*

Échecs des indications médicales

Une femme souffrant de **migraines cataméniales**, n'avait pas été convaincue par le régime étendu : *« C'est vrai que quand je l'ai fait en continu, parfois j'avais mal à la tête et parfois je n'avais pas mal à la tête. Alors, est-ce que c'était un coup de chance ou quoi ? Je ne saurais pas dire. Mais la plupart du temps, j'avais mal à la tête au moins le jour où j'étais censée avoir mes règles. » (F16).* Pour une des femmes, bien que ses **dysménorrhées** soient **améliorées** par le régime étendu, ce **bénéfice** ne justifiait pas la prise continue de pilules, car ses douleurs étaient **supportables** sans : *« C'est vrai que ça passait plus vite mais bon... Ces douleurs ne sont pas non plus... Je ne suis pas pliée en deux... Je peux continuer à aller travailler, je peux continuer à vivre... » (F10).* Inversement, une patiente souffrant d'**endométriose** poursuivait son utilisation du régime continu, même s'il paraissait **insuffisant** : *« Malgré la pilule en continu, je restais quand même de temps en temps chez moi, allongée dans mon lit avec la bouillotte, pour travailler. » (F12).*

Difficultés d'approvisionnement en pilule œstroprogestative

Quelques femmes ont rencontré des **difficultés** à la **pharmacie**, en l'absence de prescription spécifiant la prise continue : *« Comme mes prescriptions ne couvraient pas tout, il a fallu négocier plusieurs fois. Il y en a qui refusaient complètement de l'entendre. Il y en a d'autres qui délivraient Zoely® même sans prescription, en me disant : "C'est la plus chère du marché, il faut vraiment être nœud-nœud pour l'acheter et la prendre en continu donc on vous la donne !" (rires). » (F12).*

La **consommation augmentée de pilules**, sous régime étendu, pouvait représenter une **contrainte économique**. Surtout quand la pilule en question n'était **pas remboursée**, le prix variant même entre les pharmacies : *« Ça m'est arrivé de la payer jusqu'à 40-45 euros les 3 mois. Mais là, maintenant, on m'a reproposé 42 l'autre jour, j'ai refusé. Et sinon je suis autour de 25-30 euros quand même, c'est un peu mieux. » (F12).*

Échanges avec l'entourage à propos du régime étendu

L'**entourage** des femmes venait parfois renforcer leur perception négative du régime étendu. Une femme décrivait la **méfiance** de son **conjoint** vis à vis du régime étendu : *« Mon mari n'aimait pas trop quand je disais : "Écoute, comme on va partir en voyage..." , il me disait : "Mais attends. Ce n'est peut-être pas très raisonnable." Il était un peu inquiet, lui aussi, il se disait : "Ce n'est peut-être pas bon." » (F11).* Le **cercle amical** des femmes portait fréquemment un regard **désapprobateur** sur le régime étendu. *« Les amies ne sont pas médecins mais... oui les copines en disant : "C'est pas bien. C'est important d'avoir ses règles." » (F13).* Cette perception globalement négative du régime étendu pouvait renforcer l'**impression d'être seule** à utiliser une **pratique controversée** : *« Entre filles, on le sait qu'on a pas nos règles en faisant ça. Mais il n'y a pas grand monde... dans mon entourage, je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de monde qui fasse ça. » (F13).*

La **divergence des avis** reçus et l'écoute de **sources contradictoires** pouvaient semer le doute : « *Mon médecin traitant ne m'a jamais dit que ce n'était pas bien. Mais effectivement, en en parlant, il y en avait certains qui disaient : "Il ne faut surtout pas faire ça !". Mais moi, je n'ai pas du tout eu ce rapport-là.* » (F6). Au contraire, une **impossibilité d'échanger** avec l'entourage, au sujet de la pilule, était décrite par quelques femmes. Cela limitait une éventuelle **circulation officieuse** de l'**information** : « *Je n'ai pas d'amies qui prennent la pilule en fait. Enfin si, j'en ai, des copines lointaines, mais pas d'amies proches qui prennent la pilule.* » (F9).

C. RAPPORT AUX RÈGLES ET À LA CONTRACEPTION

1. BESOIN DES REGLES

Comme évoqué précédemment, plusieurs femmes voyaient les règles comme un **phénomène naturel**. Les menstruations constituaient, pour elles, une **norme physiologique** et **nécessaire** : « *Pour moi, c'est normal. Il faut que notre corps se lave, entre guillemets, de tout ce qui n'est pas bon pour... mieux se renouveler.* » (F7). Ces représentations étaient **renforcées** par l'**idéalis**ation des menstruations dans l'imaginaire collectif : « *C'est ce qu'on nous dit depuis toujours. C'est ce qu'on entend : "Qu'il faut avoir ses règles, que c'est important, pour une femme, d'avoir ses règles. Que les règles c'est la nature. Que c'est beau d'avoir ses règles..."* » (F13).

Considérer les règles comme une matérialisation de la **féminité**, semblait faciliter leur **acceptation** : « *Pour moi, les règles, ça fait partie de la féminité et je n'avais pas spécialement envie de supprimer mes règles.* » (F15). Ce **symbole** semblait ainsi compenser des éléments moins plaisants, fréquemment associés aux règles : « *Sang, douleur, féminité, absence de grossesse, et encore on peut avoir un déni de grossesse... Tampons, protections hygiéniques, fonctionnement hormonal, cycle.* » (F2).

Une des femmes racontait son appropriation du **regard maternel** porté sur les menstruations, perçues par sa mère comme une **preuve de bon fonctionnement du corps**, on retrouvait dans son discours cette **influence conservatrice** : « *Ma mère me disait toujours "Quand t'as tes règles, ça montre que t'es en bonne santé et que tout fonctionne bien." [...] Et c'est vrai que c'est ce que je pense toujours.* » (F16). Dans ce cas, le **lien** figuré entre les **règles** et la **santé** était renforcé par l'**aménorrhée primaire** qu'elle avait vécue adolescente, provoquée par l'**anorexie** : « *D'avoir fait de l'anorexie, et de ne pas avoir eu mes règles en même temps que mes copines, je me rends bien compte que quand le corps va bien et qu'on est en bonne santé, effectivement, c'est bien d'avoir nos règles.* » (F16).

Beaucoup de femmes voyaient les règles comme une preuve de leur **fertilité** : « *Pour moi, c'est associé au fait d'être maman, de devenir maman, d'être fertile.* » (F17). Les règles, témoignant d'un **cycle menstruel fonctionnel** dans l'imaginaire collectif, évoquaient, pour une des femmes, la notion de **cycle ovulatoire** : « *Un œuf en fait, qui s'est constitué et qui éclate tout simplement, et qui revient du coup, chaque mois.* » (F11). Une femme mentionnait l'utilité des règles comme **repère** pouvant aider à la **conception** : « *Ça a été aussi un indice quand on a voulu avoir nos enfants.* » (F10). Certaines femmes

appréciaient l'arrivée de leurs règles car celle-ci authentifiait l'**absence de grossesse**, confirmant l'**inhibition** de leur **fertilité** : « *Je le vis plutôt bien, le fait d'avoir mes règles tous les mois, et ça me permet aussi d'être sûre de ne pas être enceinte. Ça me rassure.* » (F15). Les règles rassuraient aussi certaines femmes craignant une éventuelle **arrivée précoce** de la **ménopause** : « *Notamment le fait de savoir qu'elles sont encore régulières, normales, abondantes, ça a un côté rassurant, sur les débuts de ménopause ou les choses comme ça.* » (F14).

Les précédentes évocations concernant la nature, l'ovulation, la conception ou encore la ménopause, montraient que les femmes, en rapportant leurs représentations des règles, parlaient des **vraies menstruations** et non des **hémorragies de privation** qu'elles éprouvaient mensuellement sous pilule. Il semblait y avoir un **amalgame** entre les deux, expliquant possiblement l'**attachement** porté aux hémorragies de privation et la difficulté à **s'en défaire**.

2. DETACHEMENT VOIRE REJET DES MENSTRUATIONS

Dans cette étude, toutes les femmes ne partageaient pas ces représentations naturelles, féminines et rassurantes des règles. Certaines envisageaient plutôt de s'en passer.

a) Absence de signification des menstruations

Pour plusieurs femmes, les règles ne revêtaient **pas de valeur symbolique** : « *Pour moi, c'est pas le symbole de la vie, fertilité et cetera... (rires) Je suis plus terre-à-terre que ça* » (F13). Les règles pouvaient être mal vécues en l'**absence de désir d'enfant**, représentant une **contrainte inutile** : « *J'ai un regard un peu accusateur sur ça, parce que moi, c'est vraiment quelque chose qui me dérange... En fait, je ne veux pas d'enfants déjà, donc c'est vrai que pour moi, d'avoir mes règles, de prendre la pilule, d'avoir mes règles...* » (F13). Une femme dénonçait les **injonctions sociétales** prônant le **respect du corps** et des **menstruations**. Cette **valorisation** des règles, en leur prêtant du **sens**, lui apparaissait comme une **critique** faite aux femmes ayant choisi de s'en passer : « *Avec ce nouveau mode de vie qu'on commence tous un peu à avoir, un peu nature, un peu écolo, et du coup de respect du corps, respect de soi... Et je sais qu'on va de plus en plus l'entendre ! Entendre : "Avoir ses règles c'est important, c'est beau, c'est la féminité..." et moi, je ne le vois vraiment pas comme ça, enfin, je le vois comme ça mais... ça ne me parle pas du tout.* » (F13).

b) Détachement pragmatique

Une **expérience positive** de l'**aménorrhée** pouvait faciliter un détachement des règles. Une femme qui n'avait pas demandé à être en aménorrhée, avait **apprécié** cet **effet secondaire** du dispositif intra-utérin (DIU) hormonal : « *J'étais plutôt contente de ne plus avoir à subir. Même si comme je vous le disais, ce n'était pas des contraintes mais voilà, ne plus avoir, du tout, ses règles, c'est quand même pratique !* » (F17).

Pour plusieurs interviewées, les règles n'étaient pas censées **entraver le quotidien**, notamment sur le plan **professionnel**. Une femme souffrant d'**endométriose** avait renoncé à sa **carrière** à cause de ses règles invalidantes. Elle avait par la suite **choisi** de provoquer son **aménorrhée**, pour **limiter l'impact** des douleurs sur sa vie : « *Je ne suis plus avocate, parce que, je pense, mes douleurs physiques ont*

largement contribué au fait que je ne pouvais pas tenir la marée. » (F12). Les femmes étaient conscientes du **potentiel retentissement professionnel** des règles. De ce fait, la modification du **profil de saignements** par une contraception influait sur leur **choix contraceptif**. *« Je ne voulais pas tester le dispositif au cuivre parce que, je sais que ça provoque des règles en général assez abondantes. Et de par mon métier, je suis obligée de me déplacer quand même assez souvent, je ne suis pas tout le temps au bureau. Donc, je me suis dit : "Ça risque d'être un peu inconfortable." »* (F17).

Malgré une éventuelle **idéalisations des règles** par la société, le **vécu concret** des menstruations par les femmes, avait une grande influence sur leurs représentations de ces saignements : *« C'est un peu la particularité féminine dont on se serait bien passées ! Après moi j'ai toujours eu très mal au ventre, des migraines. Ça a toujours été pour moi un vrai calvaire donc... »* (F10).

3. VECU PERSONNEL DES REGLES

a) Expérience douloureuse

La **douleur** était au premier plan de l'expérience des menstruations pour beaucoup de femmes dans cette étude. Plusieurs femmes rapportaient des **dysménorrhées** prédominant le **premier jour** des règles : *« Le premier jour, j'ai un peu mal au ventre. »* (F8). Certaines femmes voyaient l'**intensité** des douleurs **décroître** avec le temps. Pour nombre d'entre elles, l'adolescence avait constitué la période la plus critique : *« J'avais des douleurs quand j'étais jeune, que je n'ai plus du tout. »* (F14). Beaucoup de femmes insistaient sur le **caractère supportable** de leurs douleurs et sur l'**absence de retentissement** au quotidien. Cela pouvait toutefois nécessiter le recours à une **médication antalgique** : *« Les douleurs, j'arrive à les gérer avec des antidouleurs, mais non généralement, ça ne m'empêche pas de faire quoi que ce soit. »* (F7). Certaines femmes douloureuses préféraient se passer de médicaments, employant par exemple un moyen physique comme la chaleur : *« Jamais. Non. Une bonne bouillotte et c'est tout, sur le ventre, quand vraiment ça ... mais c'est tout. »* (F11). D'autres femmes, décrivaient des douleurs **persistantes** : *« Avoir mes règles, pour moi c'est quelque chose qui est contraignant. Ça me fait mal au ventre. Voilà, ce n'était pas un bon moment à vivre, non pas du tout non. »* (F13). Les douleurs récurrentes et intenses pouvaient être **pathologiques** comme dans l'**endométriose** : *« J'avais d'énormes douleurs pendant les règles. J'étais à deux doigts de tomber dans les pommes pendant les épreuves, c'était vraiment très compliqué. »* (F12).

Par ailleurs plusieurs patientes présentaient des **migraines cataméniales**, des femmes pouvaient éprouver une **répercussion des règles** sur leur **moral** et l'une d'elles se plaignait de **mastodynies** : *« Douleur : la première chose. Changement hormonal, enfin, le changement d'humeur je veux dire. Gonflement de la poitrine et la douleur de la poitrine aussi. »* (F7).

b) Expérience pénible

D'un point de vue plus global, beaucoup de femmes éprouvaient durant leurs règles un **ressenti négatif** : *« Je suis plus fatiguée. Tout est un peu plus compliqué. »* (F13). La **longue durée des saignements** semblait être un facteur **incommodant** : *« Quand on a des règles d'une semaine, c'est vrai que passer à 3-4 jours, on est content. »* (F16).

Quelques femmes avaient de l'**acné cataméniale** : « *Je sais que, quand je vais avoir mes règles, j'ai plus d'acné.* » (F9).

Plusieurs femmes se plaignaient de **troubles digestifs** liés aux règles, tels que des **ballonnements abdominaux** ou de la **diarrhée** : « *Pour moi, la période des règles, c'était vraiment... bah, je vais aller aux toilettes tout le temps. Je vais avoir mal au ventre. Je vais avoir la diarrhée.* » (F12).

c) **Retentissement fonctionnel des menstruations**

Les **activités quotidiennes** étaient **peu modifiées** par les menstruations pour la plupart des femmes interviewées, abstraction faite de la patiente souffrant d'endométriose. On notait un impact modéré sur l'**activité sportive** : « *Je fais du sport tous les lundis soir, c'est très rare, que je le loupe à cause de ça. Ça peut arriver, quand je suis un peu fatiguée et qu'en plus il y a ça.* » (F11). Plusieurs femmes n'**envisageaient pas** d'avoir des **relations sexuelles** pendant les menstruations : « *Après je sais qu'il y en a que ça ne dérange pas, mais moi ce n'est pas possible : quand j'ai mes règles on ne fait rien.* » (F16).

Plusieurs femmes décrivaient la **charge mentale** associée aux règles, la nécessité d'**anticipation**, de **planification** : « *Ça dure 4-5 jours donc c'est pénible. Faut anticiper, mais souvent même j'oublie, ça me prend de court.* » (F5). Des femmes abordaient le risque de **fuite**, gênant dans une société où les **règles** restent **cachées** : « *Il faut que je me protège pour pas qu'il y ait de fuite.* » (F9). La nécessité d'avoir accès à des **sanitaires** plus fréquemment et de s'approvisionner en **protections menstruelles** était évoquée par beaucoup de femmes. « *Ce que ça peut modifier, c'est de la prévoyance. Il faut quand même prévoir ce qu'il faut, ne pas être prise au dépourvu.* » (F14).

d) **Expérience facile**

Quelques femmes vivaient leurs règles **facilement** : « *C'est du confort aussi, de savoir qu'on a ses règles. Moi ça me convient totalement. Je n'ai pas de douleur, je n'ai pas de problème avec mes règles aussi, donc ça aide à ce niveau-là.* » (F9). Ce rapport simple aux règles allait souvent de pair avec des **représentations positives** des menstruations : « *Pour moi les règles c'est ... ce que je disais : ça fait partie de la féminité et je n'avais pas spécialement envie de supprimer mes règles.* » (F15).

4. **RAPPORT DES FEMMES A LA CONTRACEPTION**

a) **Méfiance vis-à-vis de la pilule œstroprogestative**

Méconnaissance de la pilule

Un facteur favorisant la méfiance était la **méconnaissance** de la pilule œstroprogestative, terreau fertile pour les craintes, les idées reçues ou les fausses représentations.

L'**ignorance** de la **composition** des pilules œstroprogestatives était pointée par une des femmes : « *Je trouve que les femmes, finalement, elles ne sont pas très bien renseignées sur leur contraception. [...] J'avais beau étudier en pharmacie, très longtemps, je n'ai pas su vraiment ce qu'il y avait dans ma pilule.* » (F5). Une des femmes n'était pas certaine du **caractère placebo** des comprimés colorés de sa plaquette : « *Il y a des comprimés placebos je crois, ils sont rouges, en bas. Et je sais qu'ils ne contiennent rien, enfin, je crois.* » (F9). Plusieurs femmes n'avaient **pas intégré** le **blocage ovarien**

induit par la pilule œstroprogestative : « *Même pendant la période d'ovulation... Nan, il n'y a pas d'ovulation... Je ne sais pas. Il y en a ou il n'y en a pas ?* » (F11). Enfin une femme évoquait le **doute** qu'elle avait eu **initialement** quant à l'efficacité de la **protection contraceptive** durant l'**intervalle sans hormones** : « *Des fois, moi, je me posais la question : "Mais comment ? Pourquoi ? Est-ce que mes rapports sont protégés pendant la semaine où j'arrête ?" et donc, du coup, bah je savais pas trop ...* » (F1).

Hormones « malsaines »

Beaucoup de femmes considéraient que la pilule œstroprogestative n'était **pas naturelle, pas saine** : « *Je trouve que le fait de prendre la pilule, c'est pas hyper naturel, d'ingurgiter des hormones comme ça, c'est pas ce qu'il y a de mieux.* » (F1). Une femme contestait le **discours médical rassurant**, et indiquait qu'elle aurait préféré pouvoir se passer des hormones : « *On nous dit que la pilule, les hormones, il n'y a rien de grave. Que ça n'influe sur rien, qu'il ne faut pas s'inquiéter. Moi, je pense que ça influe quand même beaucoup sur notre vie. Je pense que ça influe sur le corps déjà, physiquement, quand même c'est sûr. Je pense que ça influe sur la libido également.* » (F17).

Relation dose-effet

On retrouvait des inquiétudes quant à la **relation dose-effet** : la notion de **pilule « micro-dosée » rassurait** les femmes⁶ : « *J'ai pris Outilova®. C'est une micro-dosée et ça ne me fait aucun effet au niveau des hormones, du coup je continue.* » (F2). Au contraire, la notion de « **forte dose** » inquiétait et faisait présumer d'une **mauvaise tolérance**. Les contraceptifs arrêtés prématurément étaient souvent suspectés d'être **surdosés** : « *Le Mirena®, ça a été une catastrophe. Il était peut-être trop fortement dosé ?* » (F11). Une femme a vu ses **craintes renforcées**, après avoir mal supporté la **contraception d'urgence** au lévonorgestrel, le même progestatif que celui contenu dans sa pilule, pris à une dose dix fois plus forte : « *Pour la pilule du lendemain, je sais que c'était une réaction que j'ai vécue extrêmement négativement. Donc, la pilule de tous les jours, en fait c'est la même chose mais sur du long terme. Donc il ne faut pas que ça soit une solution.* » (F9).

Durée de prise

Prendre une pilule œstroprogestative pendant une **durée prolongée** inquiétait de nombreuses femmes : « *C'est le médicament qu'on prend, un peu comme une habitude, au fil des années, on ne fait pas attention si tout va bien. Mais bon, là, j'avoue qu'au bout de dix ans, j'ai hâte d'arrêter.* » (F5). Certaines pouvaient être **réticentes à l'utiliser durablement**. « *Pour moi, ce n'est pas une solution durable. Il faut que ça soit vraiment court. Enfin, il faut que je trouve une autre solution, 2 ans max, mais après c'est bon.* » (F9)

Effets indésirables

Des femmes redoutaient les **effets indésirables connus** de la pilule, les ayant **expérimentés** ou non : « *Parfois ça fait prendre du poids la pilule, que ça donne des boutons, qu'il y a une perte de libido.* » (F1). Une femme craignait que certains effets secondaires soient **passés inaperçus**, ayant été

⁶ La pilule œstroprogestative est appelée mini-dosée quand la dose d'éthinyl-œstradiol est inférieure ou égale à 40µg, normo-dosée au-delà.

assimilés comme normaux : « *Par exemple, je vois les problèmes de circulation, les jambes lourdes. Il y a peut-être des petits soucis comme ça, qui finalement, comme j'ai grandi un peu avec, je ne m'en suis pas rendue compte : j'ai eu l'impression que c'était l'évolution normale, et au final, c'est peut-être la pilule, petit à petit, pendant des années...* » (F5). Une femme pensait que la pilule l'avait peut-être fait **gonfler** et que cela pourrait disparaître à l'arrêt : « *De temps en temps, je me dis : le jour où j'arrêterai, je dégonflerai peut-être.* » (F11). Pour finir, une femme se sentait comme **modifiée** par la prise de pilule, elle ne se sentait pas elle-même : « *Je ne suis pas malade, je ne me sens pas mal mais je ne me sens pas comme avant. [...] Mais j'ai toujours eu ce sentiment, de ne pas me sentir moi-même entre guillemets.* » (F17).

Appréhensions concernant la fertilité

Même sous **régime classique**, les femmes étaient nombreuses à craindre pour leur **future fertilité** : « *J'ai mis 3 ans à accepter la pilule. [...] Si jamais un jour, j'ai envie d'avoir des enfants, je sais que ça peut éventuellement avoir des répercussions, et du coup je voulais vraiment prendre le temps de la réflexion.* » (F3). À l'arrêt de sa contraception pour projet de grossesse, une femme avait trouvé la **reprise** de ses **cycles naturels** trop **tardive**. Comme elle sortait d'une longue période sous pilule, elle suspectait celle-ci d'être **trop puissante** : « *Quand je l'ai arrêtée, j'ai mis quand même 3 mois à récupérer un cycle, donc je pense que c'est assez... peut-être violent.* » (F6).

Craintes répandues voire contagieuses

Les **réticences** concernant la pilule œstroprogestative pouvaient être **partagées** par l'**entourage**. Une des femmes s'appuyait sur l'**expérience personnelle** et la **vision alternative** de sa **mère** au sujet de la contraception. Cela influait sur ses représentations de la pilule, déjà empreintes de **méfiance** : « *C'est plus ma mère, en fait, qui m'en a parlé. Parce qu'elle, elle avait déjà pris la pilule toute sa vie avant. Elle est aussi dans certaines médecines parallèles. Du coup, on en a pas mal parlé, parce qu'elle ça lui posait des problèmes aussi, de prendre la pilule.* » (F9).

Dans son **cercle amical** ou en présence de **connaissances**, une femme pouvait se sentir **jugée** lorsque des gens apprenaient qu'elle utilisait toujours la pilule : « *Les gens me regardent avec des yeux, un peu... comme si c'était très mauvais ce que je prenais, et comme si je n'avais aucune conscience des effets secondaires.* » (F11).

Une patiente rapportait les explications de sa **soignante**, avec un vocabulaire qui sous-entendait une **dangerosité proportionnelle** au **dosage** hormonal des pilules œstroprogestatives : « *Elle m'a dit : "On va commencer avec quelque chose de micro dosé, enfin, pas trop violent on va dire, et puis on fera le point dans 3 mois."* » (F2).

Les **médias**, en relayant publiquement les **scandales** liés aux **pilules**⁷ ont marqué l'imaginaire collectif, plusieurs femmes interviewées dans cette étude les ont mentionnés : « *Je sais qu'il y a eu les histoires là, avec la pilule, les anciennes pilules et cetera, comme quoi il y avait des gros soucis.* » (F16). Si leurs

⁷ Pour rappel : scandales liés aux pilules de dernières générations et Diane 35® en 2012-2013, des stérilets Mirena® en 2016, des macroprogestatifs Androcur® en 2018 puis Lutéran®-Lutényl® en 2020.

souvenirs parfois lointains ne semblaient pas impacter leur usage de la pilule, le spectre des scandales entretenait néanmoins un **climat de méfiance** envers les hormones.

b) Confiance et avantages perçus de la pilule œstroprogestative

Quelques femmes se sentaient en **sécurité** avec la pilule œstroprogestative en **prise cyclique**. Elles étaient rassurées par les **données scientifiques** et le **recul** sur son utilisation : « *Le fait d'avoir mes règles, je me disais que j'étais dans le schéma classique, et que ça faisait quand même quelques années, voire 2-3 générations, qu'on savait que la pilule n'avait pas tant d'effets que ça.* » (F12). Pour une femme, cette **confiance** était basée sur son **savoir médical**, sur la connaissance de son **type de pilule** et des données de la **littérature scientifique** : « *Sachant que je suis médecin, que je sais que c'est une pilule de 2^{ème} génération et que je sais qu'il n'y a pas d'étude qui ait montré qu'il y avait plus de risques de cancer du sein ou quoi que ce soit, je me sens en sécurité avec cette pilule.* » (F15). Les données sur lesquelles elle s'appuyait, ne lui avaient **pas été délivrées** à la prescription initiale de sa pilule.

Cette femme était la seule **convaincue** de l'**innocuité** de la pilule en termes de **fertilité**. Elle appuyait son propos en rapportant que la **reprise de l'ovulation**, après arrêt de pilule, était parfois plus **rapide** que prévu : « *Il n'y a aucune crainte par rapport à la fertilité. D'ailleurs il y en a même qui arrêtent leur pilule en se disant que ça va reprendre dans 6 mois, et en fait du coup, elles tombent enceintes direct.* » (F15). Dans un cas, l'**expérience personnelle positive** avait réussi à calmer les inquiétudes initiales sur la fertilité : « *Ce qui me faisait peur avant d'avoir des enfants, c'était tout ce qu'on dit autour de la pilule : si on prend la pilule trop longtemps... [...] Bon, nous, ça a toujours très bien fonctionné donc ça s'est révélé... pas tellement vrai tout ça.* » (F10).

Enfin, une femme de plus de 35 ans était tellement **attachée** à son **équilibre** sous pilule que, pour ne pas devoir changer de contraception, elle avait entrepris un **sevrage tabagique** : « *J'ai pris un mois, pour en parler un peu autour de moi, et en fait, on m'a dit : "Mais non, si tu as ton équilibre hormonal, au niveau de la peau et tout avec Leeloo®, faut continuer !". Alors du coup, j'ai arrêté de fumer (rires).* » (F11).

En dépit de leurs craintes, des femmes reconnaissaient certains **avantages** à la prise de pilule œstroprogestative, notamment **thérapeutiques**. Pour les **dysménorrhées**, les hémorragies de privation étaient souvent plus courtes et moins douloureuses que les menstruations naturelles, du fait du **moindre développement endométrial** : « *En fait, aujourd'hui je suis très contente d'avoir pris cette pilule, parce que je revis pendant mes règles vraiment.* » (F3). Une femme appréciait la disparition des **douleurs ovulatoires**, grâce au **blocage ovarien** sous pilule : « *Généralement cette douleur au moment de l'ovulation : j'ai vraiment mal au ventre. Alors que, du coup, avec la pilule, je n'ai pas cette douleur.* » (F15) Sur le plan **dermatologique**, plusieurs femmes avaient vu leur **acné améliorée** par la prise d'une pilule œstroprogestative, au point, parfois, de ne plus pouvoir s'en passer, sans risquer de nuire à leur **équilibre cutané** : « *Ma dermato en a conclu qu'il me fallait une pilule pour réguler aussi mes problèmes de peau.* » (F14).

Certaines patientes appréciaient la **régularisation des cycles** par la pilule, et la **maîtrise** que cela leur procurait : « *Sous pilule, ce sont des règles qu'on anticipe, on sait quand elles vont arriver, il n'y a pas de mauvaises surprises.* » (F17). En outre, de nombreuses femmes aimaient la **facilité d'utilisation** de

la pilule et l'**autonomie** de décision associée : « *C'est la facilité, tu prends ta pilule plutôt que te dire de poser un stérilet. Tu arrêtes comme tu veux, c'est simple d'utilisation, tu n'as pas de douleurs.* » (F6).

c) **Relation soignant-soignée en termes de contraception : point de vue des patientes**

Nous avons pu appréhender, au cours des entretiens, le **point de vue des patientes** sur la **relation soignant-soignée** quand elle concerne la **contraception**.

Relation asymétrique

Un premier aspect de la relation asymétrique décrit était le **manque de partage du savoir** entre le soignant et la patiente. Lors de la **prescription initiale**, plusieurs femmes ont expliqué n'avoir eu **aucune présentation** des différents **contraceptifs**, ni description des pilules œstroprogestatives disponibles : « *On ne m'a jamais parlé des différentes catégories, on ne m'a jamais expliqué les effets indésirables...* » (F5). Même lors des changements de contraception, une **unique proposition** pouvait être énoncée pour répondre à un besoin, **sans alternative**. La proposition était parfois perçue comme une **injonction** : « *Le gynéco m'a dit qu'il fallait que j'arrête la pilule pour mettre un stérilet.* » (F11). Les prescriptions des soignants s'enchaînaient tant que le contraceptif adéquat n'était pas trouvé, sans encourager la **participation active** de la patiente dans la **recherche contraceptive**, ni tenter d'obtenir une **décision éclairée** de sa part : « *C'est mon médecin ou mon gynécologue qui me disait "Après Cérazette®, on va passer sur machin" ou "On va tester ça" ou "Si vous ne vous sentez pas très confortable au niveau de l'acné, on va peut-être essayer cette pilule-ci."* » (F17). Enfin une femme regrettait certaines lacunes dans l'information apportée sur la contraception. Elle désapprouvait notamment que de **potentiels effets secondaires sexuels** de la pilule soient omis du discours des soignants : « *Autant moi, j'ai déjà entendu l'obstétricien dire qu'on pouvait prendre du poids, que ça pouvait faire grossir la poitrine ou je ne sais pas trop quoi. Mais par contre sur les baisses de libido, ils sont quand même assez discrets.* » (F14).

Un deuxième aspect de cette asymétrie consistait en un **déséquilibre du pouvoir décisionnel**. Certaines femmes rapportaient que le soignant leur avait fait une **seule proposition** de contraception. La description de ces consultations correspondait au **modèle paternaliste** : « *Quand on m'a prescrit la pilule, c'est vrai qu'on m'a imposé une pilule.* » (F5). Au **démarrage** de leur **vie contraceptive**, plusieurs femmes avaient essuyé un **refus** de la part de leur soignant à leur demande de **DIU**, au profit de la pilule œstroprogestative : « *Pour lui, j'étais trop jeune. Il ne voulait pas me le poser, donc il m'a dit : "On commencera par la pilule, et on verra plus tard si... s'il y a besoin de changement."* » (F7). Cette situation exigeait de la jeune femme qu'elle s'**adapte à une contraception**, sans privilégier une **adaptation** de la contraception à **ses besoins** : « *Je voulais un stérilet parce que la prise de pilule, je suis assez tête en l'air, donc par rapport à la prise...* » (F7). Pourtant plus expérimentée, une femme voyait sa demande de **ligature des trompes** régulièrement **repoussée** par son gynécologue. Elle regrettait que **son avis** ne soit **pas entendu** pour une décision la concernant : « *Je lui ai dit : "J'ai 38 ans, j'ai 3 enfants. Je pense que [...] pour moi ça va s'arrêter là, au niveau des enfants. Et je suis satisfaite comme ça.", il m'a dit : "Non, vous ne pouvez pas savoir. Attendez 40 ans."* » (F17).

Un dernier élément pouvant aggraver cette asymétrie était la **perception du praticien comme figure d'autorité** par certaines patientes. Une **appréhension** pouvait notamment être décrite par les patientes, souvent jeunes en début de suivi, et limiter la communication : « *Ma gynécologue, [...] elle est très gentille tout ça, mais des fois c'est un petit peu stressant, donc... mes questions, je ne les posais pas trop.* » (F1). Certaines femmes, se sentaient **dépendantes du soignant** du fait de leur manque de connaissances. Elles semblaient **résignées** à se laisser guider pour le choix de leur contraception : « *Moi je suis un peu paumée. Je suis un peu ce que me dit le gynéco parce que je n'y connais rien.* » (F10).

Pour quelques femmes, du fait de **pathologies préexistantes**, le choix contraceptif était également dicté par le **soignant**, consulté, dans ces cas-là, pour son rôle d'**expert** : « *J'avais des adénofibromes aux seins, donc lui pensait aussi que le fait d'avoir une pilule pouvait peut-être freiner un peu la prolifération de ces adénofibromes et plus l'acné donc voilà. Moi j'ai suivi. Je n'avais pas de désidératas précis donc...* » (F10).

Relation conflictuelle

Lors de ses suivis contraceptifs, une femme percevait une **négation de ses douleurs menstruelles** par sa soignante. Elle trouvait l'hétéro-évaluation de la douleur compliquée en gynécologie : « *Ma gynéco honnêtement me faisait "Pffffff" comme ça, quand je lui disais que j'avais mal.* » (F12). Une difficulté pouvait être de trouver un consensus dans le choix du contraceptif, les consultations se soldant parfois par une **impasse décisionnelle** : « *Après, lui voulait me remettre un autre stérilet, un stérilet en cuivre, et moi je n'ai pas voulu. Pour l'instant on en est là.* » (F10). Le **dialogue** pouvait se **détériorer**, jusqu'à entraîner parfois la **rupture** de la **relation soignant-soignée** : « *La gynéco m'a dit : "Il n'est pas question que je vous represcrive Leeloo® si vous fumez." donc je me suis retrouvée coincée. Elle m'a dit : "Je vous l'interdis, vous mettez un stérilet." et là, je n'ai pas eu envie. J'ai pris un mois de réflexion et je me suis dit : "Mais non, j'ai déjà essayé, ça ne m'allait pas.".* » (F11).

Un éventuel **défaut de couverture contraceptive**, suivant un **désaccord** avec le soignant, faisait courir un risque de grossesse non désirée à la patiente : « *Le médecin m'a dit "Non non, il faut arrêter de fumer avec la pilule. Vous arrêtez et je vous mets un stérilet." Eh bien, je suis tombée enceinte entre les deux !* » (F11).

Certains **essais contraceptifs** étaient **mal vécus** par les femmes, notamment quand elles considéraient les **échecs** comme **prévisibles** ou lorsqu'ils étaient **récurrents**. Une femme alertait sur le **manque de vigilance** de certains soignants, concernant les **répercussions possibles** de ces essais contraceptifs sur la **vie des femmes** : « *"On fera ça, puis après, oh bah si ça ne marche pas, on tentera ça." Je ne suis pas un cobaye en fait ! Je suis un individu, qui doit assumer derrière, son travail, sa vie personnelle et cetera. Donc j'aimerais bien qu'on réfléchisse, avant de me faire faire n'importe quoi !* » (F12).

Relation satisfaisante

Plusieurs femmes semblaient satisfaites des échanges avec leurs soignants sur la contraception. Les **connaissances** sur la contraception, acquises **en amont** de la consultation par les patientes facilitaient son déroulement. Ce prérequis favorisait leur **autonomie décisionnelle** : « *Je suis en médecine aussi, du coup... Bah je savais en fait, tout ce qu'il y avait. Je suis allée voir mon médecin traitant, et je lui ai*

juste... enfin je savais que je voulais la pilule. » (F2). Le choix contraceptif pouvait aussi être guidé par une **demande précise** liée à l'**expérience** de la patiente : *« Je voulais vraiment une pilule où il y ait les comprimés placebos. Parce que sinon, après la pause, j'oublie, et je ne la reprends pas forcément aux bonnes dates. »* (F16).

Une femme estimait être bien informée des **nouveautés contraceptives** par son soignant. Elle précisait consulter un **spécialiste** : *« Moi j'ai eu l'impression qu'au fur et à mesure que les différents moyens sortaient, on m'en informait. Après, moi, à partir de ma première grossesse, j'ai toujours été suivie par un obstétricien. »* (F14).

Une des femmes avait apprécié le **respect** de ses **croyanances religieuses** et de son **refus de soin initial** par sa soignante, ainsi que la **patience** dont celle-ci avait fait preuve : *« Ma gynécologue m'a dit : "Ça serait bien de prendre une pilule, juste pour soigner un petit peu et pour calmer la douleur.", et en fait moi, je ne voulais pas, de par mes croyances justement. Parce que je voyais ça comme un moyen de contraception, et pas comme un médicament. Du coup, je l'ai prise au bout de 3 ans. »* (F3).

Une **écoute bienveillante** suivie d'une **information loyale et adaptée** avaient rassuré une patiente prenant un second avis sur la **ligature des trompes** : *« Mon médecin traitant, elle a été beaucoup plus compréhensive. Elle m'a dit : "Vous prenez la décision, quand vous le souhaitez. Et bien sûr, vous pouvez vous faire opérer à tout moment, du moment que vous avez respecté le délai de 4 mois." »* (F17).

Une femme soulignait l'importance qu'avait eu la **réévaluation** de la **tolérance** de son contraceptif par son soignant. Ainsi, il avait repéré une **iatrogénie**, non soupçonnée jusqu'à présent par la patiente : *« Mon médecin m'a dit : "Est-ce que vous avez grossi ?" oui. "Est-ce que vous avez"... enfin, moi je ne suis pas du tout poilue, là j'avais des poils, j'avais l'impression d'énormément transpirer, j'avais une libido désastreuse... »* (F12).

Une patiente avait envisagé sa prise de pilule plus **sereinement**, grâce aux **nuances** apportées par sa soignante à la notion de **prise à heure fixe** : *« Ma généraliste m'avait rassurée, m'avait dit : "Non mais ne t'inquiète pas, même si tu ne la prends pas à heure fixe pile poil, ce n'est pas trop grave ou même si tu te lèves un peu plus tard le week-end ce n'est pas grave." »* (F16).

d) Différents temps contraceptifs

L'analyse des résultats a permis de repérer certaines **spécificités** concernant l'information, la prescription ou la perception des contraceptifs, en fonction des **différents temps du parcours contraceptif**.

Démarrage de la pilule œstroprogestative

La majorité des femmes interrogées débutait la pilule à l'**adolescence**. Beaucoup commençaient pour d'**autres motifs** que la **contraception** tels que l'acné, des dysménorrhées, des irrégularités du cycle, des adénofibromes : *« J'ai commencé à prendre la pilule quand j'étais adolescente, vers 14-15 ans je pense, pour l'acné. »* (F16). Une crainte souvent rapportée en **début d'utilisation**, était la **peur d'oublier** la prise de comprimés. La **rigueur initiale** générée par cette inquiétude, avait cependant tendance à **s'estomper**. Une patiente décrivait des modifications du quotidien, des **changements de rythme** propices à l'**inobservance** : *« C'est marrant parce qu'au début, comme c'était nouveau, j'ai vraiment beaucoup fait attention : tous mes comprimés étaient pris à la bonne heure et cetera. Et au*

bout d'un moment... c'est le truc tout bête mais : on part en vacances, on sort, on n'a plus les mêmes horaires, on ne se couche plus à la même heure... » (F9).

Post-Partum

L'information contraceptive délivrée en **maternité** était appréciée, des femmes trouvaient le **moment opportun** pour cette **consultation dédiée** : « *Le médecin prenait du temps pour me dire : "Vous venez d'accoucher, qu'est-ce que vous voulez mettre en place ?". [...] Après une naissance notamment, je trouve qu'avoir une vraie présentation de ce qui se fait, c'est important.* » (F11). À la suite de la naissance de leur premier enfant, de nombreuses femmes voyaient s'**élargir le panel contraceptif** qui leur était proposé jusqu'alors : « *Le gynécologue que j'ai vu après l'accouchement, pour la visite post-partum, m'a dit : "Écoutez, vous avez eu un enfant, vous pouvez prendre une autre contraception que la pilule.". C'est là que j'ai changé et que j'ai pris un stérilet.* » (F16). Plusieurs femmes voyaient l'**intérêt** de cette **diversification** des moyens proposés, notamment en lien avec leur **nouveau rôle** : « *En devenant maman, on a d'autres choses à penser. Et le côté stérilet, où on n'a pas à réfléchir, à se dire : "Je dois prendre un comprimé tous les jours.", c'était pratique.* » (F16).

Néanmoins, la pilule œstroprogestative était **souvent poursuivie** tant que le **projet parental** n'était **pas à terme**. Les femmes conservaient ainsi l'**autonomie** d'arrêter leur contraceptif. Le **DIU** était souvent envisagé **ensuite** : « *J'aimerais bien avoir 4 enfants. Du coup, là, je me dis que ça ne sert à rien d'avoir un stérilet, et que quand j'aurai mes 4 enfants, là j'aimerais ne plus prendre des comprimés tous les jours.* » (F15).

Connaissances empiriques

L'**expérience acquise** au cours de la **vie contraceptive**, permettait aux femmes d'avoir une meilleure connaissance personnelle de leurs **attentes** et de leurs **aversions**, en se basant sur la **comparaison** des **différentes méthodes** testées.

Une femme reprenait une pilule œstroprogestative car sous **microprogestatif**, elle n'appréciait pas l'**aménorrhée induite** et observait une **recrudescence** de son **acné** : « *Je me trouvais mieux avec une pilule œstroprogestative. [...] Au niveau de l'acné, je trouvais que j'étais mieux avec ça et puis quand même d'avoir mes règles tous les mois, ça me rassure.* » (F15).

Plusieurs femmes, sous pilule œstroprogestative à plus de 30 ans, expliquaient y être revenues après avoir essuyé de **mauvaises expériences** sous **DIU**. Ce retour à la pilule œstroprogestative était parfois un **choix par défaut** : « *Je ne veux plus entendre parler de stérilet. Même si, pour moi, c'était l'idéal, à chaque fois, ça finit mal. [...] Depuis, par contrainte, je suis encore sous pilule.* » (F17).

Une femme avait essayé une **méthode naturelle**, en remplacement de la pilule qui lui causait des migraines. Elle a abandonné cette pratique, perçue comme **contraignante** et **insuffisamment fiable** à la suite d'une **grossesse non planifiée** : « *Au début, je disais à mon ex-mari : "Écoute, à cette période-là : on ne fait rien, et puis sinon, si on fait, c'est avec des préservatifs". Mais bon, lui forcément, c'était pas vraiment... son souhait. Donc on faisait attention, mais bon... Pendant cette période-là, du coup, je suis tombée enceinte. [...] c'est là qu'on se rend compte, que ce n'est pas une science exacte.* » (F16).

Le recueil de ces expériences montrait la **difficulté** à trouver ou conserver une **contraception** « **idéale** » en tenant compte des **contraintes** liées à l'**âge**, notamment après 35 ans.

Une femme expliquait qu'avec le temps, elle devenait **réticente** à essayer d'autres moyens de

contraception, alors que son soignant lui proposait des **alternatives** pour arrêter de prendre la pilule : « *Quand on a 40 ans, qu'on a trouvé son équilibre de contraception, on n'a pas très envie de tester autre chose.* » (F11). Au contraire, une patiente prenant toujours la pilule à 38 ans restait **ouverte** à des **propositions alternatives** : « *J'ai quasiment toujours eu ça. J'ai eu une très mauvaise expérience avec le stérilet, donc pour moi, c'est une solution qui est plus pratique, meilleure pour mon organisme. Après, on me proposerait autre chose qui fonctionnerait bien, je ne serais pas contre.* » (F10). À la quarantaine, certaines femmes, encore sous pilule, envisageaient, pour s'en défaire, de recourir à une **ligature des trompes**. Des **appréhensions** concernant le caractère **définitif** et **invasif** de ce procédé voire la crainte d'un éventuel **retentissement psychologique** les retenaient jusqu'à présent : « *C'est une intervention qui est définitive. [...] on est sûre mais bon voilà, on va quand même encore faire une intervention... une anesthésie générale, ce n'est jamais très agréable.* » (F17).

e) Accès à la contraception : souhait d'une plus grande autonomie

Autonomisation grâce à l'information

La majorité des femmes de cette étude insistait sur l'importance de l'**information contraceptive** et souhaitait l'**amélioration** de son **contenu** ainsi qu'une meilleure **diffusion** : « *Beaucoup plus de communication parce que, je pense que, même moi en médecine, je n'ai pas tous les noms de contraception, de contraceptifs. Mais je sais qu'il y en a plein, et je trouve qu'on n'est pas assez informées.* » (F2). Certaines étaient conscientes que la **méconnaissance** des contraceptifs engendrait des **craintes** : « *Ce serait mieux qu'on soit tous informés. Moi-même, j'aurais peut-être moins peur déjà ! (rires)* » (F7). Pour beaucoup de femmes, cette **lacune informative**, qui prédominait en **début de parcours** contraceptif, méritait d'être comblée : « *Je sais que par exemple quand j'étais jeune, on ne nous disait rien. [...] Je trouve que ce serait agréable, de pouvoir présenter les différentes choses qui sont proposées aux jeunes et aux moins jeunes.* » (F10). D'ailleurs, plusieurs femmes trouvaient qu'il fallait **arrêter de censurer** certains contraceptifs lors de l'**information initiale**. Elles demandaient une information **exhaustive**, faisant abstraction des croyances des soignants : « *Je pense que les médecins n'ont pas le même discours, selon qui ils ont en face d'eux. Et je pense qu'il y a encore malheureusement certains médecins, qui sont quand même liés à leurs croyances, et qui ne vont pas présenter, peut-être, certains types de contraception à certaines personnes.* » (F12). Plusieurs femmes souhaitaient une **information objective** sur les contraceptifs, leurs **avantages**, mais aussi leurs **effets secondaires potentiels**, pour pouvoir éventuellement **suspecter une iatrogénie** en cas de symptômes : « *Je trouverais ça bien qu'on nous explique tous les moyens de contraception, les plus, les moins, les risques... [...]. On se les explique entre copines, mais on ne nous explique pas plus que ça.* » (F13).

Une femme suggérait l'utilisation d'un **tableau comparatif** des pilules comme support d'information à l'usage des **patientes**, comprenant entre autres les effets secondaires les plus remarquables et les générations des pilules. Dans le même ordre d'idées, une des femmes, **médecin**, conseillait à ses patientes, en recherche de contraception, une **source d'information fiable** à consulter en amont, pour les aider à aborder ce choix et remédier au **manque de temps** en consultation : « *Je leur dis souvent,*

d'aller voir un site internet, par exemple sur le site du CNGOF⁸, pour expliquer la contraception. [...] Elles sont un peu plus informées, et elles reviennent avec un choix qui est un peu plus éclairé. Parce que je trouve qu'on n'a pas le temps d'expliquer tout bien, tous les moyens de contraception. » (F15).

Après une consultation urgente pour une **complication contraceptive**, une patiente regrettait que le sujet de la contraception n'ait **pas été abordé** par le soignant, dans ce moment qui lui semblait **opportun**. Au-delà du manque de temps, cela illustrait des occasions manquées : « *Quand je me suis fait retirer mon stérilet là en urgence. [...] Je me souviens qu'à aucun moment, on n'a eu de conversation sur les contraceptions... Alors que ça aurait pu être le bon moment !* » (F13).

Écoute et personnalisation

Des femmes insistaient sur la **nécessité de personnaliser** les prescriptions contraceptives, de les considérer au **cas par cas** : « *Je pense que chaque pilule correspond à une personne, et qu'il ne faut juste pas se tromper au début, ou pas hésiter à la réajuster après.* » (F3). Pour cela, il leur semblait important de **replacer la femme** au **centre** de la recherche contraceptive, impliquant une **écoute active et attentive** de la part du prescripteur : « *C'est à chaque personne de faire sa petite liste de ce qui a été, de ce qui a moins été... C'est pas les médecins, j'ai l'impression, qui peuvent le faire pour nous. Ils peuvent nous aider à trouver les symptômes qui correspondent à ci, à ça, mais je pense que chaque femme doit pouvoir trouver le moyen de contraception qui lui va le mieux. C'est pour ça je trouve, qu'il faut écouter en tant que médecin.* » (F11).

Une patiente retirait de ses expériences, l'impression d'un **manque d'empathie** chez certains soignants. Elle trouvait que l'**écoute bienveillante** pouvait être **améliorée** : « *On a l'impression vraiment que les médecins n'écoutent pas, ne veulent pas du tout se mettre dans les chaussures de leurs patientes. Donc c'est là-dessus, je pense, qu'il y a un axe d'amélioration gigantesque.* » (F12).

Des aspirations féministes

Des propos recueillis au cours de cette étude faisaient écho à certains thèmes de l'élan féministe actuel, tels que la liberté de décision, le droit à disposer de son corps ou encore les inégalités homme-femme.

Dans le récit de plusieurs femmes, on pouvait percevoir un **rejet du modèle paternaliste**, parfois utilisé pour la **prescription contraceptive**, notamment **initiale** : « *Finalemment la première pilule qu'on nous prescrit, on n'y connaît rien, on n'est pas médecin, donc bah on prend celle-là et puis voilà. Franchement je pense que la femme ne sait pas vraiment ce qu'elle met dans son corps, et je pense que ça, ce serait bien de savoir, qu'on nous l'explique un peu mieux.* » (F13). Ainsi, certaines femmes refusaient de **s'accommoder des inconvénients** d'une contraception, même quand des soignants les y incitaient. Elles défendaient leurs intérêts et rééquilibraient le **pouvoir décisionnel** : « *Je sentais que ça ne convenait pas, et du coup j'ai demandé à mon médecin de la changer. Il n'était pas forcément pour. Sauf que ben, c'est mon corps, donc j'ai un peu insisté, et finalement il m'a donné Leelo®.* » (F13).

⁸ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Pour de nombreuses femmes, l'intérêt d'une **information contraceptive** plus **riche** et **objective** serait de leur donner la **liberté** de faire leurs propres **choix** : « *Il faut aussi que la femme puisse être libre de faire ce qu'elle veut. On lui présente certaines choses avec les avantages et les inconvénients.* » (F11).

Une plus grande **autonomie décisionnelle** permettrait une **réappropriation de leurs corps** : « *Ça conforterait les femmes déjà, dans leur sentiment de pouvoir faire ce qu'elles veulent de leur corps, d'autant plus en ce moment !* » (F7).

Une femme expliquait qu'à son sens, rester dans une **reproduction** du **schéma maternel** n'était pas souhaitable, et que les femmes devaient **s'émanciper** des anciennes pratiques : « *En fait les mères veulent faire un petit peu comme elles ont fait pour elles, donc elles indiquent un peu... Elles vont nous faire voir leur bon vieux gynéco qui a leur âge et ce n'est pas forcément adapté à la personne assez jeune.* » (F10).

Plusieurs femmes souhaitaient un **partage** de la **charge contraceptive**, regrettant que les hommes ne s'impliquent actuellement pas plus : « *Je trouve que c'est dommage que ce ne soit qu'un problème de femmes. Parce que ça ne pèse que sur la femme, et l'homme se désintéresse beaucoup de ça, ne prend pas part en fait à la contraception, jamais.* » (F17). En outre, des femmes soulignaient l'importance de la **recherche** de **moyens contraceptifs masculins** : « *Je crois qu'aux États-Unis il existe quelque chose pour les hommes qui en plus n'est pas définitif. [...] Mais ça ne se fait qu'aux États-Unis je crois, ce n'est pas encore développé chez nous. Alors que quand même, ça devrait bien avancer à ce niveau-là, il n'y a pas de raison !* » (F11).

Sur un autre plan, certaines femmes déploraient l'existence d'un **frein économique** gênant l'accès à la contraception. Notamment, dans le cadre des **pilules œstroprogestatives non remboursées**, ces dernières constituant une **charge financière** exclusivement **féminine** et **inégalitaire** : « *Une pilule [...] pour la première fois de ma vie, qui était remboursée par la sécu. Parce que j'avais toujours payé plein pot évidemment !* » (F12). Une des femmes avait même renoncé à essayer l'**anneau contraceptif** prescrit par son soignant, du fait de son **prix** qu'elle trouvait **prohibitif** en l'absence de **remboursement** : « *J'ai été un peu déçue parce que je ne l'ai pas mis en application... Parce que quand je suis allée à la pharmacie, qu'ils m'ont dit le prix que ça coûtait et que c'était pas remboursé, je me suis dit : "C'est pas terrible.".* » (F16).

IV. DISCUSSION

A. LES FORCES DE L'ÉTUDE

Le choix d'une **étude qualitative** nous a semblé plus adéquat compte tenu de notre sujet de recherche, pour explorer des données subjectives difficilement évaluables par des questionnaires quantitatifs. La méthode qualitative nous a permis de recueillir le ressenti des femmes sur le régime étendu, les menstruations, et plus globalement la contraception. Le guide d'entretien semi-directif a laissé la possibilité aux femmes d'exprimer leurs croyances, leurs craintes mais aussi leurs attentes. Ces éléments le plus souvent inexplorés au quotidien, laissent entrevoir la complexité des mécanismes d'adoption ou de rejet d'un moyen contraceptif qui évolue sans cesse.

Compte-tenu du **caractère intime** de certaines questions, le fait que l'enquêtrice soit une femme a pu faciliter les échanges avec les patientes interviewées.

Le recrutement réalisé a permis d'inclure une **population variée** sur différents points : l'âge, la catégorie socio-professionnelle et la spécialité du soignant assurant le suivi gynécologique.

B. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Biais de sélection

Il est inhérent à la méthode qualitative. Pour limiter ce biais, lors du recrutement, l'étude était présentée aux femmes comme portant sur la pilule œstroprogestative, sans mentionner le régime étendu. Celui-ci n'était évoqué qu'une fois l'entretien commencé.

Recrutement

La recherche de femmes de plus de 30 ans sous pilule, dans le but de faire varier l'échantillon, favorisait la sélection de femmes ayant une expérience positive de cette contraception. Cela aurait pu majorer les perceptions favorables au régime étendu mais cela n'a pas été le cas.

Biais de réalisation

Durant la conduite des entretiens, la chercheuse, novice, a probablement manqué de technique (reformulation, relance...) ainsi que d'assurance pour explorer la richesse du sujet.

Durée des entretiens

La durée des entretiens était variable, probablement du fait de la diversité des expériences contraceptives des femmes et de leur facilité plus ou moins importante à partager des sujets intimes avec l'enquêtrice. Néanmoins, la totalité des entretiens a été informative ce qui a permis de recueillir de nombreuses données.

Biais de rappel

Il est inhérent à tout témoignage. Par exemple, toutes les patientes ne se souvenaient pas comment elles avaient eu l'information sur l'existence du régime continu.

Nombre d'entretiens

La saturation des données n'a pas été atteinte à l'issue des 17 entretiens, chaque nouvelle analyse

apportant des notions inédites. Néanmoins, concernant un sujet aussi personnel et devant la richesse des thèmes obtenus après analyse, nous avons considéré être arrivées à satisfaction.

Absence de triangulation

Le codage des verbatim a été réalisé par l'enquêtrice seule, laissant une plus grande marge d'erreur interprétative.

C. LES RÉSULTATS

Toutes les femmes dans cette étude faisaient part d'une **appréhension** concernant l'enchaînement des plaquettes de pilule, que cela soit en rapport avec les **hormones** ou du fait de la **suppression des règles**. Ces craintes constituaient un des principaux freins à l'utilisation du régime étendu.

Crainte des hormones

Malgré un **discours rassurant des soignants** sur la contraception œstroprogestative, notre étude a montré que certaines femmes restaient **sceptiques** sur ce sujet. Ce constat fait écho à plusieurs études montrant **l'augmentation de la méfiance** des femmes à l'égard de ce moyen de contraception. Les craintes pesant sur l'utilisation de la pilule, et par extension sur le régime étendu, peuvent avoir pour origine les **scandales** liés aux hormones. En effet cette perte de confiance semble avoir commencé avec la « **crise des pilules** »⁹ de décembre 2012, controverse médiatique sur les risques sanitaires associés à l'utilisation de la contraception orale et plus particulièrement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (26). Une étude quantitative rennaise menée entre 2012 et 2013, avait montré certaines **conséquences** de cette alerte médiatique, notant une **augmentation du taux d'avortements**¹⁰ ainsi qu'un changement de norme contraceptive post-abortive : l'utilisation des pilules avait baissé au profit des **méthodes LARC**¹¹ préférentiellement les DIU (27). Le retentissement de cette controverse a été confirmé par une **nouvelle baisse** de l'utilisation des contraceptifs œstroprogestatifs oraux entre 2013 et 2016. Cette diminution n'avait pas été entièrement compensée par l'augmentation d'utilisation des DIU ou des implants, reflétant qu'une part de femmes s'était tournée vers des **méthodes non médicales** ou l'absence de contraception (28).

En 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été comptabilisées en France. Le taux de recours à l'IVG¹² est le plus haut jamais atteint depuis 1990 (29). L'**échappement contraceptif** reflété par ces données, pourrait être lié à la **perte de confiance** des Françaises envers les moyens de contraception hormonaux et justifierait une **révision de l'information** sur ces contraceptifs. En effet, dans notre étude, plusieurs jeunes femmes ne souhaitaient pas prendre d'hormones au moment de démarrer la contraception. Deux d'entre elles avaient ainsi demandé à leurs soignants la prescription

⁹ « The French Pill Scare » en anglais

¹⁰ En particulier chez les femmes en situation de vulnérabilité comme les étudiantes (+ 9,5%, p = 0,03) et les femmes célibataires (+ 8,3%, p = 0,02) (27)

¹¹ LARC : contraceptions réversibles de longue action. Elles avaient augmenté de 7,8% (p = 0,03) (27)

¹² 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 dans les départements et régions d'outre-mer (29)

d'un DIU au cuivre. Une des participantes, médecin généraliste, confirmait cette **méfiance** envers les hormones, qu'elle constatait chez certaines de ses patientes.

Perception négative de la suppression des règles

Les perceptions de l'aménorrhée provoquée par une contraception étaient empreintes de **craintes** dans notre étude. Ce résultat concorde avec ceux de plusieurs études, notamment une revue de la littérature publiée en 2018 sur le sujet, qui rapportait que la **suppression des règles** par un contraceptif était perçue dans différents endroits du monde comme **anormale**, révélatrice d'une **maladie** ou synonyme de sang "bloqué". Elle causait des doutes sur l'efficacité de la méthode contraceptive, des craintes associées d'être **enceinte** ou encore de devenir définitivement **stérile** (30). Une étude qualitative américaine de 2019, explorant les perceptions des femmes sur l'aménorrhée induite par les LARC, rapportait des freins comparables. (31)

L'attachement aux règles, comme **témoins de l'absence de grossesse**, a été retrouvé dans plusieurs travaux précédant le nôtre (30)(31)(32)(33). Ainsi, dans la branche qualitative d'une étude anglaise comparative sur le régime continu, bien que la majorité des femmes en aménorrhée induite rapportaient des expériences très positives, certaines femmes avaient signalé une **anxiété accrue** au sujet d'une éventuelle grossesse (18).

Hormis le DIU au cuivre, beaucoup de contraceptifs engendrent possiblement une aménorrhée : les DIU au lévonorgestrel, l'implant, les microprogestatifs oraux. Au-delà de l'exploration des perceptions de l'aménorrhée induite par une pilule œstroprogestative, notre étude corrobore le fait que la **suppression des règles**, par une contraception, quelle qu'elle soit, **inquiète encore** actuellement les femmes.

Dans notre étude, une **faible acceptation** du régime étendu était observée quel que soit le **vécu des menstruations** par les femmes. Un vécu négatif des règles ne suffisait pas à faire taire les craintes ni à faire accepter l'aménorrhée. La **suppression des règles** était invariablement perçue comme **délétère**, même dans le cadre d'indications médicales (endométriose – migraines cataméniales). Quand le régime étendu était malgré tout mis en place, cette pratique générait de la **culpabilité** chez l'utilisatrice. Cela avait déjà été mis en évidence dans une étude qualitative qui interrogeait des étudiantes d'une université du Maryland en 2012 sur leur savoir contraceptif et dans laquelle celles-ci décrivaient des **sentiments contradictoires** entre la satisfaction de contrôler leur cycle grâce au régime étendu et l'intuition d'adopter une pratique délétère, ce malgré une information médicale rassurante (32). Des résultats divergents sont ressortis d'une étude qualitative marseillaise de 2019 explorant l'impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif. Les auteurs de celle-ci constataient : « *Les femmes ayant une perception négative des règles acceptaient plus facilement l'idée d'une aménorrhée induite par leur contraception, (l'aménorrhée étant) considérée alors comme un traitement ou une libération* » (34).

Les **réticences** à modifier le cycle menstruel par une contraception paraissaient encore **plus marquées** dans notre étude chez les **femmes** ayant le **moins d'expérience contraceptive**. Elles étaient souvent très attachées aux règles, les associant à la santé et à la fertilité, et plus inquiètes d'être enceintes en l'absence de règles, en comparaison avec des femmes plus expérimentées. Nos résultats concordent avec ceux d'une étude qualitative réalisée à Philadelphie en 2006, étudiant les perceptions de jeunes femmes concernant les règles et les irrégularités menstruelles (des spottings jusqu'à l'aménorrhée)

sous contraception hormonale (33).

Ces représentations des saignements sous pilule suggèrent un manque de connaissances et de sensibilisation concernant la **distinction** entre les menstruations et les hémorragies de privation.

Absence de distinction entre hémorragies de privation et menstruations

Certaines craintes des femmes concernant la suppression des règles semblaient découler de leur perception des hémorragies de privation comme étant de **véritables règles**.

Plusieurs études précédant la nôtre faisaient le constat d'une fréquente absence de distinction entre menstruations et hémorragies de privation chez les femmes sous pilule. Une étude qualitative brésilienne illustre cet amalgame : pour la plupart des femmes interrogées, les saignements sous pilule témoignaient d'une **ovulation mensuelle** et de ce fait un contraceptif respectant les menstruations leur semblait **moins dangereux** (35). Dans l'étude marseillaise précédemment citée, l'auteur rapportait : « *Que ce soit, des menstruations ou des hémorragies de privation sous contraception œstroprogestative, les femmes parlent de leur sang, au sens large, de leur rôle et de leur vécu, positif ou négatif.* » (34). La distinction n'avait peut-être pas été détaillée par les soignants, ou pas intégrée par les femmes, et il en résultait une **confusion** entre les **deux types de saignements**. Dans ses recommandations 2020, la Faculté de santé sexuelle et reproductive britannique (FSRH) a ajouté un encadré répondant aux interrogations fréquentes des patientes concernant la suppression des règles par le régime continu. Cet encadré affirme notamment l'**innocuité** d'une suppression des hémorragies de privation, **sans expliciter** la différence entre hémorragies de privation et règles. Il pourrait s'avérer utile aux soignants pour rassurer leurs patientes (Annexe 4) (36).

Cependant expliquer la distinction entre les 2 types de saignements aux femmes, pourrait être bénéfique pour leur **compréhension du fonctionnement** de la contraception œstroprogestative, d'autant que les femmes, dans notre étude, demandaient plus d'informations. Savoir que l'**ovulation** est **bloquée** sous pilule, qu'il n'y a donc plus de cycle et que c'est l'**intervalle sans hormone** qui provoque les **saignements**, pourrait les rassurer sur plusieurs de leurs préoccupations.

Manque d'information sur le régime étendu

Dans notre étude, plusieurs femmes rapportaient n'avoir **jamais eu l'information** par leur soignant d'une possible suppression des règles grâce à la pilule. Elles l'avaient appris par leur entourage ou sur internet. Une femme avait découvert le régime étendu durant l'entretien.

Aux États-Unis, en 2004, soit 1 an après la sortie de Seasonale®¹³, une étude rapportait que 73% des femmes de l'échantillon n'avaient jamais entendu parler de suppression menstruelle avec des pilules contraceptives (37). En Espagne, dans une enquête nationale de 2006, seulement 10% des femmes s'étaient vu proposer une prescription de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) dans le but de supprimer leurs menstruations (38). Les femmes paraissaient globalement **peu informées** par les médecins, or leurs craintes provenaient en partie du **manque d'information médicale** concernant le régime étendu.

¹³ Première pilule œstroprogestative à avoir été commercialisée en régime étendu

En ce qui concerne les prescripteurs, la thèse du Dr Simon en 2019 rapportait : « *L'absence de connaissance précise du régime étendu semble être un frein important à sa prescription.* » (39). De même, à Londres en 2013, une étude rapportait que les régimes étendus restaient **peu prescrits**, les praticiens souhaitant **plus d'information**. (40)

En 2011, une étude américaine explorait les **facteurs influençant la prescription** d'un régime étendu par des gynécologues et médecins généralistes. Après ajustement, les auteurs observaient que la seule variable significativement associée à la prescription du régime étendu était l'**opinion du prescripteur sur ce régime** (41).

Information aux soignants

Le CNGOF évoquait déjà le régime étendu en 2017 et 2018. En 2017, un article publié par le CNGOF, afin de relativiser la peur de la pilule, évoquait comme **bénéfice** des contraceptifs œstroprogestatifs : « *la possibilité de gestion du calendrier des "règles" voire l'obtention d'une aménorrhée thérapeutique (prise en continu)* » (42). Dans ses recommandations pour la pratique clinique 2018, le CNGOF précisait les conditions de prescription d'un CHC pour les femmes âgées de **plus de 40 ans** : en l'absence stricte de contre-indication, la contraception œstroprogestative peut leur être proposée **en prise continue**, pour renforcer les bénéfices non contraceptifs sur d'éventuels ménorragies, dysménorrhées ou troubles vasomoteurs durant l'intervalle libre¹⁴ (43).

Au Royaume-Uni, les recommandations 2020 de prescription des contraceptions œstroprogestatives, de la FSRH, se positionnaient favorablement à l'**intégration des régimes étendus** comme une réelle **option de prescription** des contraceptifs œstroprogestatifs oraux, ainsi que des patchs et des anneaux. Les auteurs britanniques précisaient aux prescripteurs la possibilité d'utiliser **hors-AMM** des CHC **monophasiques** et détaillaient les différents régimes étendus (36). (Annexe 5)

En 2019, les dernières recommandations du CNGOF concernant la contraception rapportaient : « *Il est possible de proposer l'administration des contraceptions œstroprogestatives selon des schémas étendus ou continus dans certaines circonstances médicales (symptômes cataméniaux, ménorragies fonctionnelles, endométriose), mais aussi par convenance personnelle* ». Cependant, le raccourcissement de l'intervalle sans hormone (voire sa suppression), était de nouveau cité dans la conclusion, comme faisant partie des « *nouvelles modalités d'administration* » issues de la recherche, déjà en place dans certains pays. Cette qualification pourrait favoriser la **prudence** des praticiens, préférant avoir **plus de recul** concernant cette pratique, avant de la prescrire (44).

De telles précautions se comprennent au vu de la **médiatisation** des découvertes **d'effets secondaires rares** mais **graves**. Celle-ci incrimine les prescripteurs, alors que l'existence d'un sur-risque pour ce type d'événement n'est constatée qu'une fois le médicament utilisé par une **large population**. La mise en évidence d'un léger sur-risque d'événement thromboembolique veineux sous régime étendu par rapport au régime cyclique, publiée dans le JAMA en 2018¹⁵, a été **modérée** par ses auteurs : « *Il n'y avait pas de preuve solide étayant cette majoration du risque, en raison d'une faible différence de risque*

¹⁴ Après 40 ans, la contraception œstroprogestative doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle de la balance bénéfices-risques à chaque consultation.

¹⁵ Pour rappel : HR estimés à 1.84 (95% CI, 1.53-2.21) contre 1.32 (95% CI, 1.07-1.64) pour les régimes étendus comparés à l'utilisation cyclique. Différence de risque absolu (0.27 cas pour 1000 personnes) (16)

absolu et d'une possible confusion résiduelle. ». Les auteurs ne recommandaient pas une prescription particulière de CHC en fonction des types cyclique ou continu / étendu. Ils conseillaient aux soignants de prescrire les CHC en fonction des **facteurs de risque individuels** et des **préférences des patientes** (16). Bien que cette conclusion n'écarte pas l'utilisation des régimes étendus, des médecins pourraient préférer attendre avant de prescrire largement ces régimes à leurs patientes, d'autant que les recommandations françaises ne sont pas aussi engagées que les britanniques.

La méconnaissance du régime étendu par les soignants restreint l'information délivrée aux patientes et son éventuelle utilisation. Il paraît important que les prescripteurs **actualisent leurs connaissances** sur le sujet, qu'ils envisagent de le prescrire ou non, afin de délivrer une information **loyale** à leurs patientes.

Information sur la contraception et supports d'aide au choix contraceptif

Au-delà des pratiques concernant le régime étendu, l'analyse des entretiens a permis de montrer l'existence d'un **manque d'information plus global** sur les moyens de contraception.

Dans une étude qualitative interrogeant de jeunes américaines entre 2014 et 2015, la majorité des participantes percevait le **choix contraceptif** comme assez **difficile** et avait décrit un sentiment d'hésitation et d'incertitude. Le manque de connaissances et de familiarité avec les méthodes et l'imprévisibilité des effets secondaires contribuaient à l'hésitation des participantes. (45) Cette étude corrobore nos résultats concernant l'importance d'une **information contraceptive de qualité** particulièrement en **début de parcours contraceptif**.

Pour améliorer ce dernier point, une des femmes de l'étude avait suggéré la mise au point d'un **tableau comparatif** et une autre participante, médecin, conseillait la consultation du **site internet** du CNGOF. Dans le même ordre d'idées, en 2018, une étude américaine avait évalué l'**outil d'information** Hello Options¹⁶. L'étude évaluait ce dispositif auprès d'adolescentes et de jeunes adultes de Chicago : « *Les patientes ont réagi positivement à l'outil, déclarant qu'il leur permettait une meilleure compréhension du fonctionnement des méthodes contraceptives dans leur corps et qu'il les aidait à prendre des décisions plus éclairées. Les prescripteurs ont indiqué que l'outil facilitait les conversations avec les patientes, aidait à dissiper les mythes sur certaines méthodes et apaisait les craintes des patientes.* » (46). En 2019, le CNGOF recommandait également l'utilisation d'un **support d'aide à la décision** et un accompagnement pour permettre une décision médicale partagée, il précisait : « *L'utilisation de modules informatisés ou de diaporamas sonorisés en salle d'attente avant consultation permettrait aux femmes de plus facilement choisir une contraception efficace.* ». (44).

Importance du modèle de décision

Dans sa thèse, le Dr Simon rapportait : « *Le modèle de prescription n'était pas toujours basé sur un modèle de décision partagée, le souhait des patientes n'était pas systématiquement recherché* » (39). De la même façon, dans notre étude, le **modèle paternaliste** était parfois décrit, alors que la plupart des patientes souhaitait **prendre part au choix plus activement**.

À San Francisco en 2017, une étude américaine quantitative comparait la **satisfaction des patientes**

¹⁶ Support de présentation des différents dispositifs contraceptifs existants en taille réelle.

après leur choix contraceptif, en fonction de l'utilisation d'un modèle de décision médicale partagée, paternaliste ou informatif. Une **décision médicale partagée** donnait généralement plus de satisfaction quant au déroulement du choix, que celles motivées par le prescripteur seul ou par la patiente seule (47).

Les dernières recommandations pour la contraception du CNGOF de 2019, préconisaient une consultation de contraception fondée sur les preuves, structurée par une **information complète**, puis le **choix de la patiente**, pour aboutir à une prescription personnalisée. Les auteurs recommandaient la **personnalisation** du conseil contraceptif ainsi que l'**explication** des éventuels **effets indésirables** de la contraception choisie par la femme, estimant que ces informations permettraient une **meilleure persistance contraceptive** (44). Ces recommandations répondaient à la plupart des demandes des patientes interviewées dans notre étude. Il reste néanmoins la difficulté d'appliquer les recommandations en pratique, les contraintes de temps, de compréhension mutuelle ainsi que la diffusion et la consultation des recommandations par les soignants.

V. CONCLUSION

Notre étude a permis d'appréhender les perceptions des femmes concernant l'aménorrhée provoquée par la prise étendue ou continue d'une pilule œstroprogestative.

Un des principaux freins à l'utilisation d'un régime étendu était la méconnaissance des données de la science par les femmes, notamment la peur des hormones ainsi que l'absence de distinction entre les hémorragies de privation et les menstruations.

Un autre obstacle à l'utilisation du régime étendu était un manque d'accompagnement des femmes par leurs soignants, et de possibles réticences ou doutes des prescripteurs concernant le régime étendu. Ces freins étaient renforcés par des représentations sociétales péjoratives des hormones, les craintes à leur sujet n'ayant pas vraiment diminué depuis la crise de 2012. Le discours médical ne semblait pas toujours en mesure de rassurer les femmes.

De façon plus globale, les femmes dans cette étude auraient souhaité plus d'informations sur la contraception, plus d'écoute et d'accompagnement. Certaines étaient conscientes que leur méconnaissance engendrait des craintes et les limitait dans leurs décisions, alors qu'elles auraient voulu s'impliquer plus activement dans leurs choix contraceptifs.

Dans ce contexte, le rôle du soignant est peut-être, plus que jamais, d'accompagner les femmes pour leur permettre de faire des choix contraceptifs libres et éclairés. Pour cela il semble nécessaire de rechercher leurs préférences en termes de menstruation, dans le respect de leurs croyances, tout en leur délivrant une information loyale et conforme aux données actuelles de la science.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 Contraception. 25 Sept 2017 [Internet]. [cité 5 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
2. Gladwell M. The Church and the Pill [Internet]. The New Yorker. [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.newyorker.com/magazine/2000/03/13/john-rocks-error>
3. Loudon NB, Foxwell M, Potts DM, Guild AL, Short RV. Acceptability of an oral contraceptive that reduces the frequency of menstruation: the tri-cycle pill regimen. *BMJ*. 20 août 1977;2(6085):487-90.
4. Harada T, Kosaka S, Elliesen J, Yasuda M, Ito M, Momoeda M. Ethinylestradiol 20 µg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen for the management of endometriosis-associated pelvic pain: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. nov 2017;108(5):798-805.
5. Sulak P, Willis S, Kuehl T, Coffee A, Clark J. Headaches and Oral Contraceptives: Impact of Eliminating the Standard 7-Day Placebo Interval. *Headache J Head Face Pain*. 2007;47(1):27-37.
6. Powell-Dunford NC, Cuda AS, Moore JL, Crago MS, Kelly AM, Deuster PA. Menstrual Suppression for Combat Operations: Advantages of Oral Contraceptive Pills. *Womens Health Issues*. janv 2011;21(1):86-91.
7. Bennell K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen? *Br J Sports Med*. 1 août 1999;33(4):231-8.
8. Gunson JS. "More natural but less normal": Reconsidering medicalisation and agency through women's accounts of menstrual suppression. *Soc Sci Med*. oct 2010;71(7):1324-31.
9. Lakehomer H, Kaplan PF, Wozniak DG, Minson CT. Characteristics of scheduled bleeding manipulation with combined hormonal contraception in university students. *Contraception*. sept 2013;88(3):426-30.
10. Nappi RE, Lete I, Lee LK, Flores NM, Micheletti M-C, Tang B. Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: the National Health and Wellness Survey. *BMC Womens Health*. déc 2018;18(1):22.
11. Machado RB, de Melo NR, Maia H. Bleeding patterns and menstrual-related symptoms with the continuous use of a contraceptive combination of ethinylestradiol and drospirenone: a randomized study. *Contraception*. mars 2010;81(3):215-22.
12. Anderson FD, Feldman R, Reape KZ. Endometrial effects of a 91-day extended-regimen oral contraceptive with low-dose estrogen in place of placebo. *Contraception*. févr 2008;77(2):91-6.
13. Wiegatz I, Kuhl H. Long-Cycle Treatment with Oral Contraceptives: *Drugs*. 2004;64(21):2447-62.
14. Barnhart K, Mirkin S, Grubb G, Constantine G. Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertil Steril*. mai 2009;91(5):1654-6.
15. London A, Jensen JT. Rationale for eliminating the hormone-free interval in modern oral contraceptives. *Int J Gynecol Obstet*. juill 2016;134(1):8-12.
16. Li J, Panucci G, Moeny D, Liu W, Maro JC, Toh S, et al. Association of Risk for Venous Thromboembolism With Use of Low-Dose Extended- and Continuous-Cycle Combined Oral Contraceptives. *JAMA Intern Med*. nov 2018;178(11):1482-8.
17. Quéreux C, Roche C, Defert S, Graesslin O. Nouveautés en contraception orale : contraceptifs saisonniers, pilules au 17b-œstradiol. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2005;34(5):513.
18. Graham CA, Panicker S, Shawe J, Stephenson J. Women's experiences with tailored use of a combined oral contraceptive: a qualitative study. *Hum Reprod*. 1 juin 2013;28(6):1620-5.
19. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. sept 2002;7(3):155-61.

20. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cité 12 sept 2019];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004695.pub3/abstract/fr>
21. Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: Comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol*. nov 2006;195(5):1311-9.
22. Willis SA, Kuehl TJ, Spiekerman AM, Sulak PJ. Greater inhibition of the pituitary–ovarian axis in oral contraceptive regimens with a shortened hormone-free interval. *Contraception*. août 2006;74(2):100-3.
23. Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. août 2003;68(2):89-96.
24. Seval DL, Buckley T, Kuehl TJ, Sulak PJ. Attitudes and prescribing patterns of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. juill 2011;84(1):71-5.
25. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/#zp-ID-1317-1093634-9JT9C9HC>
26. Le Guen M, Agius R, Panjo H, Moreau C. La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 nov 2020;68(6):347-55.
27. Caillot O, Aubry M, Duros S, Boyer L, Van Valenberg C, Levêque J, et al. Impact of the French 3rd and 4th generation pill scare in women seeking termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. janv 2017;46(1):69-76.
28. Guen ML, Ringa V, Moreau C. The French pill scare and the reshaping of social inequalities in access to medical contraceptives. *Popul Health*. 2020;9.
29. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirnee-en-2019>
30. Polis CB, Hussain R, Berry A. There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reprod Health*. déc 2018;15(1):114.
31. DeMaria AL, Sundstrom B, Meier S, Wiseley A. The myth of menstruation: how menstrual regulation and suppression impact contraceptive choice. *BMC Womens Health*. déc 2019;19(1):125.
32. Sundstrom B. Fifty years on "the pill": a qualitative analysis of nondaily contraceptive options. *Contraception*. juill 2012;86(1):4-11.
33. Clark LR, Barnes-Harper KT, Ginsburg KR, Holmes WC, Schwarz DF. Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women. *Contraception*. sept 2006;74(3):214-9.
34. Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange P-E, Chiaroni J, Courbiere B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. sept 2019;47(9):662-71.
35. Estanislau do Amaral MC, Hardy E, Hebling EM, Faúndes A. Menstruation and amenorrhea: opinion of Brazilian women. *Contraception*. août 2005;72(2):157-61.
36. FSRH publishes Clinical Guideline on Combined Hormonal Contraception and Short Summary for FSRH Members - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-publishes-clinical-guideline-on-combined-hormonal/>
37. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. *contraception200406008*. 2004;5.

38. Sánchez-Borrego R, García-Calvo C. Spanish women's attitudes towards menstruation and use of a continuous, daily use hormonal combined contraceptive regimen. *Contraception*. févr 2008;77(2):114-7.
39. Simon A. Regard des médecins généralistes sur l'aménorrhée provoquée par la prise en continu de la pilule œstroprogestative [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2019.
40. Sauer U, Mann S, Brima N, Stephenson J. Offering extended use of the combined contraceptive pill: a survey of specialist family planning services. *Int J Womens Health*. sept 2013;613.
41. Frederick CE, Edelman A, Carlson NE, Rosenberg KD, Jensen JT. Extended-use oral contraceptives and medically induced amenorrhea: attitudes, knowledge and prescribing habits of physicians. *Contraception*. oct 2011;84(4):384-9.
42. Christin-Maitre S. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? 6 oct 2017;17.
43. Lambert M. La contraception après 40 ans. *RPC Contraception CNGOF*. 2018;8.
44. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. sept 2019;48(7):441-54.
45. Marshall C, Kandahari N, Raine-Bennett T. Exploring young women's decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. *Contraception*. 1 mars 2018;97(3):243-8.
46. Lee SY, Brodyn AL, Koppel RS, Tyler CP, Geppert AA, Truehart AI, et al. Provider and Patient Perspectives on a New Tangible Decision Aid Tool to Support Patient-Centered Contraceptive Counseling with Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 20 oct 2020 [cité 18 nov 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318820303478>
47. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 1 mai 2017;95(5):452-5.

VII. GLOSSAIRE

AMM = Autorisation de mise sur le marché

CHC = Contraceptif hormonal combiné

CNGOF = Collège national des gynécologues et obstétriciens français

DIU = Dispositif intra-utérin

ETEV = Événement thromboembolique veineux

FDA = Food and Drug Administration

HAS = Haute autorité de santé

HFI = Hormone-free interval

HR = Hazard ratio

IVG = Interruption volontaire de grossesse

JAMA = Journal of the American Medical Association

LARC = Contraception réversible de longue action

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Contrat de communication

Bonjour Madame, je m'appelle Pauline Richon , je suis étudiante en médecine et je réalise ma thèse sur la contraception féminine.

Mon travail consiste à explorer les perceptions qu'ont les femmes sous pilule de sa prise en continu : les attentes, craintes, croyances. Cela dans le but de savoir si une information systématique sur ce mode de prise est souhaitable et ainsi adapter les pratiques lors de la prescription.

Dans ce but, je réalise des entretiens individuels, qui nécessitent d'être enregistrés pour une retranscription fidèle de vos propos, si vous le permettez. Votre anonymat sera respecté tout au long de mon travail. Vous pouvez à tout moment : arrêter l'entretien et retirer votre accord concernant le recueil ou l'utilisation de ces données.

Guide d'entretien

PARCOURS CONTRACEPTIF

Pouvez-vous me raconter vos expériences personnelles concernant la contraception ?

PERCEPTION DES MENSTRUATIONS

Que représentent pour vous les règles ?

Dans quelles mesures les règles modifient-elles votre quotidien ?

PERCEPTIONS DU REGIME ÉTENDU

VISION GLOBALE

Que pensez-vous de la diminution de la fréquence des règles du fait de la prise d'une pilule dont les plaquettes seraient enchaînées sans pause ?

Quels seraient pour vous les avantages ?

Les inconvénients ?

EXPERIENCE PERSONNELLE

Vous arrive-t-il d'enchaîner les plaquettes ?

Si la réponse est oui :

Pouvez-vous me raconter dans quelles circonstances ou contexte ?

Comment avez-vous eu l'information que cela réduisait les règles ?

Comment avez-vous fait en pratique ?

Quelles difficultés avez-vous rencontré (pour le faire / en le faisant) ?

Avez-vous eu des craintes ou des hésitations en le faisant ou avant de le faire ?

Quels avantages avez-vous personnellement trouvés à cette méthode ?

VERSANT SOIGNANTS

En avez-vous parlé avec un soignant ? Quel a été son retour ?

OUVERTURE

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le libre choix des femmes concernant leur contraception ? Avez-vous des choses à ajouter ou des remarques à faire ?

Informations complémentaires

Je vais maintenant vous poser de courtes questions afin de préciser les caractéristiques des femmes interrogées (je vous rappelle que l'anonymat sera respecté tout au long du travail et lors de sa présentation).

Quel âge avez-vous ?

Quelle profession exerce le soignant qui vous a prescrit la pilule ? Dans quel milieu exerce-t-il ? (urbain, semi rural, rural, planning ...) Habitez-vous dans ce même milieu ? Si non : urbain ? semi rural ? rural ?

Exercez-vous une activité professionnelle ? Si oui laquelle ? Sinon quel est votre dernier diplôme ou la dernière activité professionnelle exercée ?

Remerciements

Merci beaucoup d'avoir participé à mon étude, je vous adresserai ma thèse sous forme d'article si cela vous intéresse. Merci de me laisser votre mail si c'est le cas.

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**Perceptions des patientes sur l'aménorrhée provoquée par la prise en continu de la pilule œstroprogestative.**

Responsables du projet en lien avec l'université Rennes 1 : Dr Sidonie CHHOR (Maître de Conférence Associé), RICHON Pauline (Doctorante)

Présentation du projet

Le but de cette étude est d'explorer les perceptions qu'ont les femmes sous pilule de sa prise en continu : attentes, craintes, croyances. Cela, dans le but de savoir, si une information systématique sur ce mode de prise serait souhaitable et si besoin adapter les pratiques des soignants lors de la prescription (pour favoriser le confort des patientes, la maniabilité et la liberté vis à vis de la contraception). Dans ce but, des entretiens individuels, nécessitent d'être enregistrés pour une retranscription fidèle de des propos.

Droit à la confidentialité

Toutes les informations recueillies lors de cet entretien seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Celles-ci seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Les résultats obtenus à l'issu du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participantes ne sera pas révélée, et aucun renseignement pouvant renseigner votre identité ne sera dévoilé.

Droit de vous retirer de la recherche en tout temps

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Sachez que même si vous décidez de participer à cet entretien, il est possible de l'arrêter à tout moment, et tant que l'enregistrement final n'a pas été effectué, aucune de vos données ne sera traitée. De plus, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Pauline Richon (piouline@hotmail.fr).

Diffusion

Les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues scientifiques ou lors de congrès scientifiques.

Conservation des données

Vos données personnelles pourront être conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche.

Vos droits de poser des questions en tout temps

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment en communiquant avec les responsables du projet par courrier électronique à Pauline Richon ou par téléphone au 06.73.98.73.02.

Consentement à la participation

En signant ce formulaire, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et que l'on vous a informée que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

ANNEXE 3 : TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

	Âge	Lieu de vie	Soignant consulté	Catégorie socio- professionnelle	Lieu de l'entretien	Durée entretien (minutes)
F1	19	Urbain	G puis MG*	Étudiante en Droit	Domicile de l'enquêtrice	28
F2	21	Urbain	MG	Étudiante en Médecine	Domicile de la participante	8
F3	25	Urbain	G	Assistante Sociale	Domicile de l'enquêtrice	10
F4	26	Urbain	MG puis G	Kinésithérapeute DE	Domicile participante	11
F5	27	Urbain	MG	Étudiante en Pharmacie	Domicile de l'enquêtrice	12
F6	31	Urbain	MG	Huissier de Justice	Domicile de la participante	8
F7	21	Urbain	G et MG	Élève Aide-soignante	Cabinet du MG	27
F8	17	Urbain	MG	Lycéenne	Cabinet (Médecine Générale)	16
F9	18	Urbain	G	Étudiante en Art	Locaux associatifs	16
F10	38	Rural	G	Professeure des écoles (PDE)	Appel téléphonique durant le confinement (c)	24
F11	43	Urbain	G	Reconversion professionnelle (PDE vers graphologie)	Appel téléphonique (c)	46
F12	33	Urbain	G	Reconversion (Avocate vers auto-entrepreneuse)	Appel téléphonique (c)	27
F13	32	Urbain	MG	Employée de bar	Appel téléphonique (c)	25
F14	42	Urbain	G puis MG	Assistante de Direction	Appel téléphonique (c)	20
F15	33	Urbain	MG	Médecin Généraliste	Appel téléphonique (c)	21
F16	28	urbain	MG + G (post-partum pour DIU)	Photographe libérale	Appel téléphonique (c)	31
F17	40	Urbain	MG + G (DIU)	Gestionnaire immobilier	Appel téléphonique (c)	23

*G = Gynécologue MG = Médecin Généraliste (c) = Durant le confinement PDE = Professeure des écoles DE = Diplômée d'état DIU = Dispositif intra utérin

ANNEXE 4 : ENCADRÉ DE LA FSRH (36)

(document original suivi d'une traduction française)

**Box 3: Key messages for women considering use of tailored combined hormonal contraception regimens**

- ▶ The evidence from studies is that combined hormonal contraception (CHC) is as safe and at least as effective for contraception if it is taken as an extended or continuous regimen as it is when it is taken in a traditional 21/7 cycle.
- ▶ A woman who is using CHC does not need to have a monthly withdrawal bleed to be healthy.
- ▶ There is no build-up of menstrual blood inside a woman who uses CHC for an extended time without a break; extended CHC use keeps the lining of the womb thin.
- ▶ Withdrawal bleeds during cyclical use of CHC have been reported by women who are pregnant; women should not consider monthly bleeds on CHC to be reassurance that they are not pregnant.
- ▶ By using extended or continuous CHC the frequency of withdrawal bleeds and associated symptoms (e.g. headache, mood change) is reduced; this could be useful for women who have heavy or painful bleeding or problematic symptoms associated with the hormone-free interval (HFI).
- ▶ The ovaries start to become active during the traditional 7-day HFI. Fewer and/or shorter breaks in CHC use could mean that the risk of pregnancy could *theoretically* be lower with extended or continuous regimens than if a 7-day break is taken every month.
- ▶ There can be irregular bleeding or spotting in the first few months of CHC use, particularly with extended or continuous regimens; this does not usually mean that there is any medical problem and it generally improves with time.
- ▶ The evidence from studies is that using extended or continuous regimens of CHC does not affect the return of a woman's fertility when she stops CHC.

Encadré 3 : Messages clés pour les femmes envisageant l'utilisation d'un contraceptif hormonal combiné sous régime personnalisé.

- ▶ Les preuves issues des études montrent qu'un contraceptif hormonal combiné (CHC) est aussi sûr et au moins aussi efficace pour la contraception s'il est pris en régime étendu ou continu, que lorsqu'il est pris sous un régime traditionnel 21/7.
- ▶ Une femme qui utilise un CHC n'a pas besoin d'avoir une hémorragie de privation mensuelle pour être en bonne santé.
- ▶ Il n'y a pas d'accumulation de sang menstruel chez une femme qui utilise le CHC sans pause pendant une période prolongée ; l'utilisation prolongée d'un CHC maintient la muqueuse utérine mince.
- ▶ Des hémorragies de privation lors de l'utilisation cyclique de CHC ont été signalées par des femmes enceintes ; les femmes sous CHC ne devraient pas utiliser les saignements mensuels pour se rassurer de ne pas être enceintes.
- ▶ En utilisant un CHC sous régime prolongé ou continu, la fréquence des hémorragies de privation et des symptômes associés (par ex. maux de tête, changement d'humeur) est réduite ; cela pourrait être utile pour les femmes qui ont des saignements abondants ou douloureux ou encore des symptômes gênants associés à l'intervalle sans hormones.
- ▶ Les ovaires commencent à devenir actifs pendant le traditionnel intervalle sans hormones de 7 jours. Des pauses moins fréquentes et/ou plus courtes dans l'utilisation des CHC pourraient présager d'un risque de grossesse théoriquement moindre avec les régimes étendus ou continus qu'en cas de pause de 7 jours tous les mois.
- ▶ Il peut y avoir des saignements irréguliers ou des spotting au cours des premiers mois d'utilisation du CHC, en particulier pour des régimes prolongés ou continus ; généralement cela ne signifie pas qu'il y ait un problème médical et cela s'améliore habituellement avec le temps.
- ▶ Les résultats des études montrent que l'utilisation de schémas thérapeutiques prolongés ou continus de CHC ne nuit pas au retour de la fertilité d'une femme lorsqu'elle arrête le CHC.

ANNEXE 5 : TABLEAU 1 DES RECOMMANDATIONS DE LA FSRH 2020 (36)

(document original en anglais puis traduction française)

The FSRH supports off-label use of tailored CHC regimens such as those detailed in **Table 1** using **monophasic** CHC that are licensed to be taken as a 21/7 regimen. If the preparation includes placebo pills, these should be omitted. Multiphasic COC should not be used in tailored regimens.

FSRH guideline: CHC

Type of regimen	Period of CHC use	HFI
Standard use	21 days (21 active pills or 1 ring, or 3 patches)	7 days
Tailored use		
Shortened hormone-free interval (HFI)	21 days (21 active pills or 1 ring, or 3 patches)	4 days
Extended use (tricycling)	9 weeks (3 x 21 active pills or 3 rings, or 9 patches used consecutively)	4 or 7 days
Flexible extended use	Continuous use (≥ 21 days) of active pills, patches or rings until breakthrough bleeding occurs for 3–4 days	4 days
Continuous use	Continuous use of active pills, patches or rings	None

Traduction française :

La FSRH soutient l'utilisation hors AMM de schémas de CHC personnalisés tels que ceux détaillés dans le tableau 1, utilisant des CHC **monophasiques** qui sont autorisés à être pris en tant que schéma 21/7. Si la plaquette comprend des comprimés placebo, ceux-ci doivent être omis. Les pilules œstroprogestatives multiphasiques ne devraient pas être utilisées dans le cadre de régimes personnalisés.

Recommandations FSRH : CHC

Type de régime	Durée d'utilisation du CHC	Intervalle sans hormones
Régime classique	21 jours (21 comprimés actifs ou 1 anneau, ou 3 patchs)	7 jours
Régimes personnalisés		
Raccourcissement de l'intervalle sans hormones	21 jours (21 comprimés actifs ou 1 anneau, ou 3 patchs)	4 jours
Régime étendu/prolongé	9 semaines (3 x 21 comprimés actifs ou 3 anneaux, ou 9 patchs utilisés consécutivement)	4 ou 7 jours
Régime étendu flexible	Utilisation continue (≥ 21 jours) de comprimés actifs, patchs ou anneaux jusqu'à la survenue de 3–4 jours de saignements	4 jours
Régime continu	Utilisation continue de comprimés actifs, patchs ou anneaux	Aucun

RICHON, Pauline. Regard des patientes sur l'aménorrhée provoquée par la prise en continu de la pilule œstroprogestative.

53 feuilles, 1 tableau. Thèse de Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N° .

RÉSUMÉ

Contexte : Une prise en continu de la pilule œstroprogestative est décrite depuis les années 1970 et les données de la science concernant ce régime « étendu » sont rassurantes en termes d'efficacité, d'innocuité et d'acceptabilité. Bien que ses indications potentielles soient nombreuses, en France, ce schéma de prise reste peu pratiqué.

Objectif : Nous avons souhaité explorer les représentations des femmes sous pilule œstroprogestative concernant l'aménorrhée provoquée par sa prise en continu, afin d'appréhender les freins à son utilisation.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée de janvier 2019 à avril 2020 auprès de femmes actuellement sous pilule œstroprogestative. Les données ont été analysées de façon thématique.

Résultats : Dix-sept entretiens ont été menés. L'échantillon variait en termes d'âge, de catégorie socio-professionnelle et de spécialité du soignant consulté. Les femmes interrogées semblaient fonder leur décision d'utiliser ou non un régime étendu en s'appuyant sur trois paramètres : leurs représentations des données de la science, l'avis de leur soignant et enfin leur expérience personnelle. Leurs représentations des données scientifiques concernant le régime étendu étaient très majoritairement négatives, les femmes imaginant une altération de leur fertilité du fait de ce mésusage. Ces représentations étaient enrichies de fausses croyances et généraient chez les utilisatrices de la culpabilité. Les avis de leurs soignants concernant le régime étendu apparaissaient variés : allant de positifs, favorisant l'autonomie, prudents, autorisant seulement un usage ponctuel, jusqu'à réfractaires. Des femmes rapportaient également n'avoir jamais reçu d'information médicale concernant ce schéma de prise. Leurs expériences du régime étendu confrontaient des éléments positifs comme de nombreuses circonstances d'utilisation, son efficacité, sa tolérance, sa simplicité d'utilisation et l'adhésion de l'entourage, à des éléments négatifs tels que des effets secondaires, des spotting, l'aggravation possible de symptômes menstruels, des problèmes de délivrance à la pharmacie hors prescription ainsi que la désapprobation de l'entourage. Dans une seconde partie, nous avons exploré plus largement leur rapport aux règles et à la contraception.

Conclusion : Les représentations des femmes sur le régime étendu sont dominées par la crainte. Les principaux freins à l'utilisation de ce régime sont la méconnaissance des données de la science par les femmes et certains soignants, ainsi qu'un manque d'accompagnement, renforcés par des représentations sociétales péjoratives des hormones. Les femmes dans cette étude aspirent à plus d'information sur la contraception, plus d'écoute et d'accompagnement, pour certaines, conscientes que cette méconnaissance engendre des craintes et les limite dans leurs décisions. Le rôle du soignant est peut-être, plus que jamais, de permettre aux femmes de faire leurs choix contraceptifs de façon libre et éclairée.

Rubrique de classement : Étude qualitative – GYNECOLOGIE

Mots-clés : Contraception œstroprogestative en continu
Régime étendu
Aménorrhée induite
Avis des patientes

Mots-clés anglais : Oral contraceptive combined pill
MeSH : Extended regimen
Induced amenorrhea
Patient reviews

JURY : Président : Monsieur Vincent LAVOUÉ

Assesseurs : Madame Sidonie CHHOR [directrice de thèse]
Madame Sylvie JAILLARD
Monsieur Ronan GARLANTEZEC