



HAL
open science

Menstruation et contraceptions : étude des facteurs influençant la prescription d'une contraception dans le but d'induire une aménorrhée

Kévin Moll-Llobell

► To cite this version:

Kévin Moll-Llobell. Menstruation et contraceptions : étude des facteurs influençant la prescription d'une contraception dans le but d'induire une aménorrhée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03333860

HAL Id: dumas-03333860

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03333860v1>

Submitted on 3 Sep 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Kévin MOLL-LLOBELL

Le 03 Décembre 2020

**MENSTRUATION ET CONTRACTIONS.
ÉTUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT
LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION
DANS LE BUT D'INDUIRE UNE AMÉNORRHÉE**

Directeur de thèse : Pr CLARY Bernard

Jury

Président : Pr Amouyal Michel, PU-MG – Médecine générale

Assesseurs : Dr Oude Engberink Agnès, MCU – Médecine générale

Dr Lognos Béatrice, MCU - Médecine générale

Pr Clary Bernard, PA-MG – Médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Kévin MOLL-LLOBELL

Le 03 Décembre 2020

**MENSTRUATION ET CONTRACTIONS.
ÉTUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT
LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION
DANS LE BUT D'INDUIRE UNE AMÉNORRHÉE**

Directeur de thèse : Pr CLARY Bernard

Jury

Président : Pr Amouyal Michel, PU-MG – Médecine générale

Assesseurs : Dr Oude Engberink Agnès, MCU – Médecine générale

Dr Lognos Béatrice, MCU - Médecine générale

Pr Clary Bernard, PA-MG – Médecine générale

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DESCOMPS Bernard	MATHIEU-DAUDE Pierre
ALRIC Robert	DIMGELIO Alain	MEYNADIER Jean
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL François-Bernard
ASTRUC Jacques	DUJOLS Pierre	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAS Robert	MION Henri
AVEROUS Michel	DUMAZER Romain	MIRO Luis
AYRAL Guy	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BALMES Jean-louis	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	POUGET Régis
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	RABISCHONG Pierre
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RAMUZ Michel
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RIEU Daniel
BLOTMAN Francis	JANBON François	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	JARRY Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	JOURDAN Jacques	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAFFARGUE François	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LALLEMANT Jean Gabriel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LAMARQUE Jean-Louis	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LAPEYRIE Henri	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LE QUELLEC Alain	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	LESBROS Daniel	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	LOPEZ François Michel	THEVENET André
CLOT Jacques	LORIOT Jean	VIDAL Jacques
COSTA Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	VISIÉ Jean Pierre
D'ATHIS Françoise	MAGNAN DE BORNIER Bernard	
DEMAILLE Jacques	MARY Henri	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertran
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Piere	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COURBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1ère classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie : addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie

COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie : addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
<u>PU-PH de 2ème classe</u>	
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement: addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la

	communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Thierry	Immunologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – Médecine générale

1ère classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

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

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Eric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie

BOULLE Nathalie

CACHEUX-RATABOUL Valère

CARRIERE Christian

CHARACHON Sylvie

FABBRO-PERAY Pascale

GIANSILY-BLAIZOT Muriel

HILLAIRE-BUYS Dominique

PUJOL Joseph

RICHARD Bruno

RISPAIL Philippe

SEGONDY Michel

Biochimie et biologie moléculaire

Biologie cellulaire

Génétique

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Hématologie ; transfusion

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie

Anatomie

Médecine palliative

Parasitologie et mycologie

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1ère classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PHILIBERT Pascal	Parasitologie et mycologie
RAVEL Christophe	Physiologie
SCHUSTER-BECK Iris	Parasitologie et mycologie
STERKERS Yvon	Immunologie
THEVENIN-RENE Céline	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
TUAILLON Edouard	

MCU-PH de 2ème classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Médecine Générale

MCU-MG de 1ère classe

COSTA David

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés – Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radijiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Sommaire

Liste des abréviations.....	16
Préface.....	17
1.Introduction.....	19
1.1.Les menstruations.....	19
A. Définition	19
B.Croyances et représentations autour des règles.....	20
1.2. L'aménorrhée contraceptive	28
A.La contraception en France.....	28
B.La contraception progestative.....	29
C.Les oestro-progestatifs, une utilisation en continu ?.....	30
2.Matériel et méthodes.....	32
2.1.Caractéristiques de l'étude.....	32
2.2.Population.....	32
2.3.Recueil des données.....	34
2.4.Analyse.....	36
3.Résultats.....	38
3.1.Recueils.....	38
A.Entretiens.....	38
B.Échantillonnage.....	38
C.Déroulement des entretiens semi-directifs.....	39
3.2.Analyse des entretiens.....	40
A.Une pratique influencée par les représentations du médecin sur les règles et l'aménorrhée, entre science, croyances populaires et débats de société.....	40
<i>a.Les règles étaient perçues par les médecins comme un phénomène gênant et dispensable mais rassurant.....</i>	40
<i>b.L'aménorrhée contraceptive était considérée comme un bénéfice dont la pratique restait paradoxalement circonscrite.....</i>	43
<i>c.La prescription de l'aménorrhée contraceptive était vécue comme un acte féministe permettant de lutter contre un paternalisme médical.....</i>	49

B. Une prescription influencée par la pratique du médecin et ses représentations : progestatifs habituellement malgré leurs inconvénients, oestro-progestatifs occasionnellement pour le confort	53
<i>a. Une prescription par habitude orientée vers les progestatifs malgré leur profil imparfait.....</i>	53
<i>b. Une aménorrhée mieux acceptée grâce à un usage plus fréquent de l'implant et du stérilet mais conditionnée à la pratique du médecin.....</i>	54
<i>c. Une utilisation des oestro-progestatifs dans l'aménorrhée méconnue ou compliquée pour les praticiens, malgré un usage ponctuel courant.....</i>	56
C. La perception et le vécu des règles chez la patiente comme critère déterminant dans la pratique d'une aménorrhée contraceptive par le médecin	59
<i>a. Le vécu des règles et le mode de vie des patientes influençaient la pratique du médecin.....</i>	59
<i>b. Pour les médecins, il existait une dualité de la vision des règles en fonction de l'âge des patientes, avec règles pour les jeunes et sans règles pour les mères.....</i>	62
<i>c. L'influence socio-culturelle péjorative sur les croyances des femmes, à propos des règles, tenaillait les femmes, entre une aménorrhée libératrice et certaines traditions.....</i>	64
D. Une prescription dépendante de l'approche centrée patient, clé de l'adhésion.....	68
<i>a. La prescription était influencée par l'investissement du praticien dans un rôle d'éducateur pour la santé, facteur d'un choix libre et d'une adhésion des patientes à l'aménorrhée.....</i>	68
<i>b. L'évolution lente des mentalités des patientes sur l'aménorrhée contraceptive était dépendante du statut social et d'une expérience positive.....</i>	73
4. Discussion.....	78
4.1. Le choix d'une étude qualitative.....	78
4.2. Forces et limites de l'étude.....	78
A. Forces.....	78
a. Réflexivité du chercheur.....	78
b. Le choix de l'entretien semi-directif.....	78
c. La durée des entretiens.....	79
d. Renforcement de la validité de l'étude.....	79
e. Originalité de l'étude.....	80
B. Limites.....	81
a. Premier travail de recherche.....	81
b. Biais de recrutement.....	81

4.3. Les facteurs influençant la prescription.....82

A. Une pratique influencée par les représentations du médecin sur les règles et l'aménorrhée, entre science, croyances populaires et débats de société.....82

a. Les règles étaient perçues par les médecins comme un phénomène gênant et dispensable mais rassurant..... 82

b. L'aménorrhée contraceptive était considérée comme un bénéfice dont la pratique restait paradoxalement circonscrite..... 84

c. La prescription de l'aménorrhée contraceptive était vécue comme un acte féministe permettant de lutter contre un paternalisme médical..... 86

B. Une prescription influencée par la pratique du médecin et ses représentations : progestatifs habituellement malgré leurs inconvénients, oestro-progestatifs occasionnellement pour le confort.....88

a. Une prescription orientée par habitude vers les progestatifs malgré leur profil imparfait..... 88

b. Une aménorrhée mieux acceptée grâce à un usage plus fréquent de l'implant et du stérilet mais conditionné à la pratique du médecin..... 88

c. Une utilisation des oestro-progestatifs dans l'aménorrhée méconnue ou compliquée pour les praticiens, malgré un usage ponctuel courant..... 89

C. La perception et le vécu des règles chez la patiente comme critère déterminant dans la pratique d'une aménorrhée contraceptive par le médecin91

a. Le vécu des règles et le mode de vie des patientes influençaient la pratique du médecin.....91

b. Pour les médecins, il existait une dualité de la vision des règles en fonction de l'âge des patientes, avec règles pour les jeunes et sans règles pour les mères..... 92

c. L'influence socio-culturelle péjorative sur les croyances des femmes, à propos des règles, tenaillait les femmes, entre une aménorrhée libératrice et certaines traditions..... 93

D. Une prescription dépendante de l'approche centrée patient, clé de l'adhésion.....95

a. La prescription était influencée par l'investissement du praticien dans un rôle d'éducateur pour la santé, facteur d'un choix libre et d'une adhésion des patientes à l'aménorrhée.....95

b. L'évolution lente des mentalités des patientes sur l'aménorrhée contraceptive était dépendante du statut social et d'une expérience positive..... 97

Conclusion.....100

Bibliographie.....101

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité des médicaments

BVA : Brulé, Ville et associée (Société d'étude en science comportementale)

CNGOF : Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français

COP : Contraception oestro-progestative

DIU : Dispositif intra-utérin

EBM : Evidence based medicine

EE : Éthinil-estradiol

FDA : Food and drug administration

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

LNG : Lévonorgestrel

OP : Oestro-progestative

Préface

Gregory Pincus était un spécialiste en endocrinologie sexuelle aux États-Unis. Il a débuté en 1950 des recherches pour permettre de synthétiser une hormone à but contraceptif. Ses recherches ont permis le développement d'Enovid® (Mestranol / Norethynodrel) qui est la première pilule oestro-progestative. Initialement, la pilule était prévue pour une utilisation en continu, mais, pour permettre une commercialisation et l'adhérence des femmes de l'époque, Pincus a proposé l'instauration d'une pause de 7 jours dans la prise dans le but de permettre l'apparition d'une hémorragie de privation pour donner un aspect plus « naturel » à ce contraceptif [1; 2].

L'instauration d'une hémorragie de privation plutôt que l'utilisation de la pilule en continu était une décision arbitraire du Dr Pincus qui n'était fondée sur aucune donnée scientifique, mais qui permettait de s'adapter aux mœurs de l'époque [3 ; 4].

Actuellement, il existe diverses méthodes contraceptives susceptibles d'induire une aménorrhée : le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, les micro-progestatifs, la pilule oestro-progestative en prise continue ou encore l'implant à l'ethonorgestrel.

Outre l'absence de règles, ce type de schéma peut améliorer certains symptômes ou pathologies en lien avec les menstruations (migraine cataméniale, douleurs ...). Cela pourrait également représenter un avantage concernant l'observance et donc écarter un possible risque de grossesse non désirée. Des études montrent en effet que de nombreux oublis ont lieu après la pause de 7 jours [2].

L'utilisation des méthodes contraceptives dans le but d'induire une aménorrhée est un sujet d'actualité. Par exemple, l'ANSM a récemment autorisé la mise sur le marché de la première pilule oestro-progestative (Seasonique®) à utilisation prolongée permettant une aménorrhée médicamenteuse. Mais cette officialisation par les agences de santé de la pilule en continu n'est pas une réelle innovation. Avant même cette commercialisation, les patientes, parfois aidées par leurs médecins, ont manipulé leur contraception pour ne plus

avoir de règles [4 ; 5].

Dans les pays occidentaux, il y a un intérêt croissant des femmes concernant la possibilité d'obtenir une aménorrhée médicamenteuse [1 ; 3]. Pourtant, une étude américaine de 2004 a montré qu'environ 73% des femmes n'avaient jamais entendu parler de la possibilité de supprimer les règles tandis que 81% des médecins connaissaient cette méthode [6]. Elles pourraient être intéressées malgré tout car une majorité de femmes vit les règles comme une période inconfortable ou même honteuse, pouvant interférer avec la vie personnelle, sexuelle ou professionnelle [2 ; 7].

Le point de vue du médecin face à l'aménorrhée médicamenteuse semble donc être un facteur essentiel pour permettre l'utilisation de ce type de méthode par les femmes [3 ; 6].

Durant mes stages en cabinet de médecine générale, je n'ai vu aucun praticien proposer ce type d'alternative. Pourtant, lorsque j'évoquais le fait qu'il était possible d'espacer voire de supprimer les règles, les patientes semblaient enthousiastes.

J'ai pu remarquer lors de mes recherches qu'il existait des études à l'étranger sur ce thème, mais que les articles et les thèses en France à ce propos sont rares.

J'ai eu l'occasion de découvrir la thèse de L. Weber (Montpellier, 2018) qui a étudié l'impact de la perception de la patiente concernant les menstruations sur le choix d'une contraception. Ce travail a permis de confirmer qu'il existait en France des patientes intéressées dans l'utilisation de l'aménorrhée contraceptive tout en précisant que le choix du médecin influençait grandement cette décision et qu'il existe une réticence de la communauté médicale envers l'aménorrhée médicamenteuse [8].

Nous pouvons donc voir que, malgré des données rassurantes et un souhait croissant de pouvoir bénéficier de ce genre de contraception de la part des patientes, il semble y avoir une certaine réticence de la part de certains médecins.

En me fondant sur tout cela, j'ai pu voir que peu d'études ont évalué en France l'attitude des médecins face à cette prescription. Je souhaiterais donc pouvoir comprendre les raisons expliquant les motivations ou les freins à la prescription d'une contraception

dans le but d'induire une aménorrhée par les médecins généralistes chez les patientes.

1. Introduction

1.1. Les menstruations

A. Définition

Le cycle menstruel ou « règles » est un phénomène physiologique préparant le corps à accueillir une possible grossesse de manière périodique, et se réfère au latin *mensis* qui signifie le « mois ». C'est un phénomène qui dure environ trois à cinq jours et survenant tous les 28 jours en moyenne.

Il se divise en phases folliculaire (pré-ovulatoire) et lutéale (post-ovulatoire). Les oestrogènes (17- β -oestradiol notamment) vont permettre une prolifération de l'endomètre pour accueillir une possible nidation en cas de fécondation. La progestérone, elle, en phase lutéale, va permettre une prolifération glandulaire et l'excrétion de glycogène, substance nutritive pour l'embryon, pour en favoriser l'implantation. Durant les menstruations, la chute du taux d'hormone provoque la perte de la muqueuse utérine et donc un saignement.

Les règles sont un signe fondamental de début de puberté quand le système hypothalamo-hypophysaire se mature. Ce processus va fonctionner jusqu'à la ménopause. Actuellement, une femme a des menstruations environ 450 fois au cours de sa vie, mais ce taux n'a pas toujours été le même. Le mode de vie moderne a provoqué

une apparition plus précoce des premières règles et des grossesses souvent tardives et moins nombreuses, avec un allaitement moins fréquent, alors qu'auparavant, les femmes avaient environ 160 cycles au cours de leur vie. Le souhait d'un espacement des règles ne semble donc pas inconsideré en prenant en compte ces chiffres. [9]

B. Croyances et représentations autour des règles

Depuis l'Antiquité, les menstruations ont été l'objet d'un mélange de croyances populaires, religieuses et médicales. C'est un symbole ambivalent d'impureté et de fertilité, entre malédiction et don de la Nature. L'origine de ces croyances est liée à la recherche d'une explication de la physiologie de l'appareil génital et de ce que représentent la femme et sa féminité.

Aristote (Grèce, IVe av. J-C) décrivait les menstruations comme le symbole d'une infériorité du corps féminin. Ce corps serait incapable, au contraire de l'homme, de transformer son sang en semence. Il définit la femme comme le *fruit d'un développement naturel incomplet, un homme mutilé*. [10]

Galien (Grèce, IIe ap. J-C) expliquait que le sang menstruel était causé par une pléthore. La femme aurait, *une production sanguine exagérée pour nourrir l'enfant à venir et alimenter son fruit et satisfaire son rôle de mère*. Cet excédent serait donc éliminé par les menstruations en l'absence de fécondation, la femme étant définie uniquement à travers son rôle maternel [11].

Hippocrate (Grèce, 460 av. J-C), considérait que les *maladies des femmes* étaient le fruit d'une mauvaise circulation des menstrues. La rétention était la cause de leurs maux, expliquant l'intérêt de la saignée médicale. Elle provoquait divers symptômes allant des

céphalées à une asthénie avant les règles, mais passant également par les douleurs menstruelles dont le traitement était la grossesse. Hippocrate écrit en ces termes que *la purgation menstruelle s'opère moins péniblement chez la femme qui a l'expérience des lochies*. L'aménorrhée est donc vue chez Hippocrate comme une pathologie causant fièvre, douleurs, perte d'appétit et de sommeil, mais également anxiété et lipothymies. En cas de persistance de ce mal, *le ventre se gonfle, les membres inférieurs enflent, les jambes et les pieds ; et la mort est imminente. Et un tel cas, la suppression des menstrues amène la mort au bout de six mois*, le décès étant provoqué par un report des menstrues sur les poumons, la *phthisie* et la création d'une tumeur purulente de l'aîne. Même en cas de guérison, cet état était considéré comme irréversible, provoquant par exemple une stérilité. Un traitement à ce mal était le rapport sexuel qui faciliterait le passage des menstrues [12].

Pour terminer, Pline l'Ancien décrivait dans *Naturalis Historia* (77 ap. J-C) les effets magiques des menstruations sur l'environnement : « *aux approches d'une femme dans cet état, les liqueurs s'aigrissent, les grains qu'elle touche perdent leur fécondité, les essaims d'abeilles meurent, le cuivre et le fer rouillent sur-le-champ et prennent une odeur repoussante* ». L'action des menstruations ne semblait donc pas se limiter uniquement au corps, mais s'étendre également à l'environnement entourant la femme [13].

Ces croyances ne datent pas d'hier et ont eu pour pilier fondateur la médecine, qui par méconnaissance des menstruations, a assimilé à ce phénomène un effet néfaste, presque magique, sur la femme et son environnement. Ces croyances sont encore perceptibles à l'heure actuelle. Pour n'en citer qu'une, celle de la purification peut régulièrement être relevée dans le discours des femmes.

Plus récemment, des médecins ont justifié de manière scientifique ces effets. C'est ainsi qu'au XIXème siècle, un chercheur a recensé les substances toxiques contenues dans les menstrues telles que l'éther ou l'arsenic (...), appuyé plus tard par le Dr Bela Schick (1920) et sa théorie des *ménotoxines* sécrétées par la peau, donnant une explication à la fénaison et au pourrissement. Ce n'est qu'avec le Dr Bailly (1923) et ses découvertes que cette hypothèse sera écartée. Il a démontré l'absence de différences entre le sang menstruel et le sang normal, hormis la présence de sécrétions vaginales ayant pu abuser ses pairs. [14]

Ces théories agissent comme un amplificateur des croyances populaires. En France, la rumeur voulait que la femme menstruée ait le pouvoir de faire pourrir la viande du saloir ou encore de noircir le sucre des raffineries du Nord. Certains utilisaient les propriétés des menstruations comme insecticide en faisant traverser leurs champs aux femmes indisposées [15]. Encore récemment, ces croyances ont été validées par Yvonne Verdier, en 1970, sous l'impulsion du CNRS, qui effectua une enquête en France et constata que les femmes *n'avaient pas le même pouvoir durant leurs règles. Certaines paraissent plus virulentes que d'autres en faisant facilement tourner les saloirs ou la mayonnaise*, notamment chez les femmes actives sur le plan sexuel [16].

Les menstruations étaient un symbole de féminité et de bonne santé, et procuraient une identité ainsi qu'un rôle social à la femme à travers la grossesse. Toute perturbation de ce cycle était perçue comme un risque et la puberté et la ménopause ont longtemps été considérées comme des périodes à risques. Le Dr Aimé Schwob (1864) en voulait

pour preuves l'apparente *nervosité* et l'*irritabilité* chez l'adolescente avant l'apparition des ménarches. Certains proposaient des thérapies par *l'application de sangsues à la vulve et sur la partie supérieure des cuisses ou de l'anus* en cas de retard des premières règles, comme décrit dans le *Dictionnaire de médecine pratique* du Dr Martin-Solon (1835) [17]. La ménopause inquiétait également, car elle était perçue comme la source d'une *pléthore nerveuse* pouvant *amener jusqu'à la folie*. Les médecins préconisaient dès lors des régimes alimentaires, bannissant la viande rouge par exemple, et proposant un recours aux eaux laxatives (Dr Raciborsky, 1868) [18].

Au XIXème siècle, la femme était vue comme prisonnière de son corps. Ce corps était décrit comme *physiquement plus fragile avec des muscles plus délicats* et un *système nerveux plus fin relié à l'utérus*. On considérait que l'appareil génital et les menstruations avaient une influence sur le comportement, théorie fondatrice des maladies féminines psychiatriques. Les médecins de l'époque disaient que *la maternité étant normale pour la femme*, et que celles qui n'ont pas eu d'enfant ont *contrecarré la promesse immanente dans leur conception du corps et doivent s'attendre à souffrir*. Cette souffrance expliquait la survenue de troubles psychiques et physiques provoqués par la *pression constante* de la pléthore sanguine [19]. Cette nécessité de purification était admise dans tout le corps médical et constitue un point commun avec la religion, où chacun prescrivait des règles d'hygiène durant les menstruations, ainsi que le décrit le Dr Houlnick dans sa thèse (1926). Des médecins préconisaient l'absence de relations sexuelles, allant jusqu'à dire que les enfants conçus seraient alors rous. Cette interdiction se fondait sur le fait que la femme *est plus irritable durant cette période* et que sa flore vaginale se voit exacerbée et représente une *source de contamination pour l'homme*. [20]

Cette image de l'impureté est largement inspirée et relayée par la religion [15].

Le judaïsme évoque l'impureté, la femme et ses règles ne devant pas entrer en contact avec quelqu'un d'autre. La femme menstruée est appelée *Niddah* et doit, au terme de ses règles, s'immerger dans le *Mikveh* (bain rituel). Dans le *Lévitique*, 15:19-23, on utilise les termes suivants pour parler de la femme et de ses menstruations :

« Lorsqu'une femme éprouvera le flux, c'est-à-dire le sang qui s'écoule de son corps, elle restera sept jours dans son isolement, et quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir. Tout meuble sur lequel elle aura couché pendant son impureté sera impur et tout objet sur lequel elle se sera assise sera impur. Quiconque touchera son lit lavera ses vêtements, se baignera et sera impur jusqu'au soir. Celui qui touchera un objet placé sur le lit ou le meuble sur lequel elle s'est assise, cet homme sera impur jusqu'au soir. S'il partage sa couche avec elle et que l'impureté de cette femme se communique à lui, il sera impur pendant sept jours. »

Le texte explique qu'une femme réglée doit être isolée sept jours, que tout objet qu'elle touche devient impur et que celui qui rentre en contact avec elle devient *tamei* (rituellement impur). Le *Lévitique* 15 : 19-30 et d'autres passages interdisent les rapports sexuels et l'intimité physique avec une femme réglée et le *Kareth* (exclusion de la société) est appliqué si cette interdiction n'est pas respectée.

Dans l'islam, l'impureté est également présente. La femme menstruée doit se détourner des lieux et objets sacrés et rompre le jeun du *ramadan*. Elle doit éviter les relations sexuelles car la menstruation est *adha* (nuisance). Après cette période, la femme effectue un *ghusl* (bain spirituel) pour se purifier. Ces prescriptions apparaissent

notamment dans la sourate 2 du Coran : *« Et ils t'interrogent concernant les menstruations. Dis : C'est un Adha. Éloignez-vous donc des femmes pendant les menstrues, et ne les approchez que quand elles sont pures. Quand elles sont purifiées alors cohabitez avec elles suivant les prescriptions d'Allah car Allah aime ceux qui se repentent, et il aime ceux qui se purifient. »*

Dans la religion chrétienne, l'évocation du sang se fait essentiellement par l'image du sang du Christ. Le christianisme n'évoque pas l'impureté et pourtant, au Moyen-Âge, les femmes réglées étaient considérées comme responsables de la mort des baumiers dont la sève servait aux baptêmes. Cette religion n'instaure aucun rituel en lien avec les menstruations, même si certains groupes de l'église orthodoxe conseillent aux femmes de ne pas être communiées pendant leur période menstruelle. Les menstruations revêtent malgré tout également un aspect impur, comme tend à le montrer un passage de l'*Évangile selon Saint Marc*, Chapitre 5, verset 25 – 34 : *« Une femme atteinte d'un flux de sang depuis douze années (Haemorrhoida), qui avait beaucoup souffert du fait de nombreux médecins et avait dépensé tout son avoir sans aucun profit, mais allait plutôt de mal en pis, ayant entendu parler de Jésus ; venant par-derrière dans la foule elle toucha son manteau. Et aussitôt, la source d'où elle perdait le sang fut tarie, et elle sentit dans son corps qu'elle était guérie de son infirmité. Et aussitôt, Jésus eut conscience de la force qui était sortie de lui. »* Cette force, perdue par le Christ, renvoie à cette image du pouvoir impur et magique du sang menstruel féminin.

En Asie, les hindous réalisent des ablutions pour se purifier le corps et l'esprit, pour effacer les contacts impurs, ce qui inclut celui avec une femme réglée. Les femmes menstruées n'ont pas accès aux temples. Pourtant, les hindous voient les premières

menstruations comme un événement positif de la vie d'une femme, et des célébrations sont réalisées. Dans certaines castes, comme celle des brahmanes, les femmes réglées restent à l'écart des activités pendant trois jours, et les relations sexuelles sont interdites. Elles ont une pièce séparée avec de la vaisselle pour éviter l'impureté, et prennent un bain rituel après leurs menstruations. Pourtant, dans le *Shaktism* (branche traditionnelle hindouiste vénérant Shakti), les *menstruations de la Terre* (moussons) sont célébrées pendant l'*Ambubachi Mela*, un festival de la fertilité. Ceci montre cette vision paradoxale des menstruations entre crainte et bénédiction. [15]

Enfin, le *Theravada* bouddhique, qui est la forme dominante du bouddhisme en Asie du Sud-Est, considère l'*utusamaya* (menstruation) comme une excrétion essentielle et rejette l'idée d'impureté. Certaines cultures continuent d'adhérer aux croyances sur les menstruations, selon lesquelles elles sont la source d'une perte du *Qi* (vie, force). Ils pensent que les fantômes mangent du sang et sont attirés par les femmes, ce qui est une menace. Au Japon, Muju Ichien, moine zen Rinzai, décrit les menstruations comme le dernier des sept vices graves des femmes et indique que celles-ci sont par essence un *corps impur*. Il pensait que les êtres renaissaient en tant que femmes comme *punition d'actions négatives de leur vie passée*. Selon le sutra des menstruations (*Ketsubon kyo*), elles ne doivent pas entrer dans les lieux sacrés, et lorsqu'elles saignent, elles polluent le sol et l'eau. En conséquence, elles accumulent un karma négatif, ce qui favorise leur damnation dans le *Blood Pond Hell* (un lac de sang menstruel) [21].

Dans les religions comme en médecine, les croyances autour des menstruations semblent plutôt uniformes. L'impureté est un noyau commun, et les menstruations sont tantôt source de craintes, tantôt célébrées comme une chose positive et une source de bonheur. Il existe une vision ambivalente autour de ce phénomène. Ces théories sont

issues d'une errance médicale de plusieurs siècles, à la recherche d'une explication sur les menstruations.

On ne commencera à comprendre la physiologie du corps féminin qu'avec le Dr De Graaf (Néerlandais, XVIIème siècle) qui évoque la théorie oviste après la découverte des follicules ovariens en formulant l'hypothèse que l'ovaire sécrète des ferments provoquant les saignements [22].

Vient ensuite le Dr Kyusaku Ogino (gynécologue japonais, 1928) qui décrit la loi Ogino selon laquelle l'ovulation se produit entre le douzième et le seizième jour après les menstruations. Cette théorie ne sera totalement validée que quelques années après, par la découverte des différentes hormones de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien par différentes équipes de recherche [14].

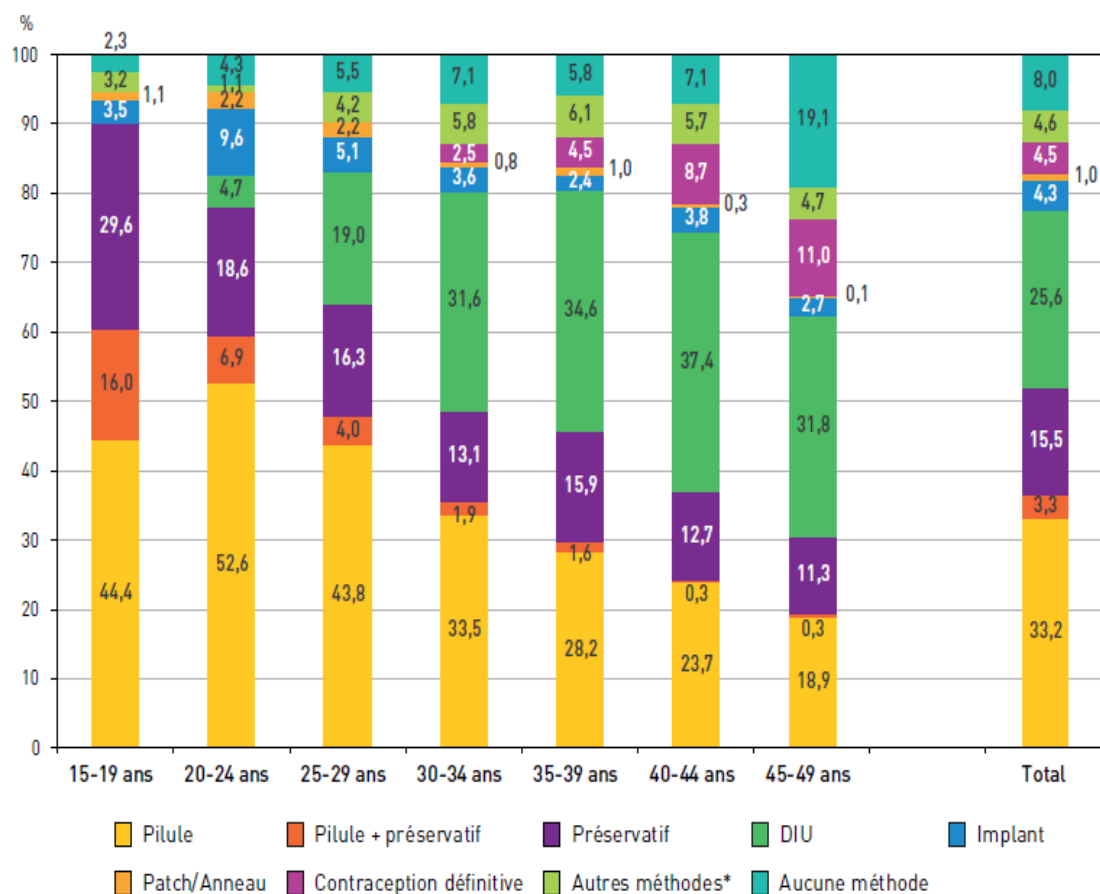
Le médecin Elsimar Coutinho dans « *Is menstruation obsolete ?* » (1999) qualifiait les menstruations de *perle de sang inutile*. Il explique que jusqu'au XXème siècle, les femmes avaient des grossesses fréquentes et allaitaient. Elles avaient donc des cycles peu nombreux. Le corps de la femme ne serait, pour lui, plus adapté au mode de vie actuel, et cette multiplication des cycles menstruels serait la source des maux actuels des femmes, tels que la dysménorrhée ou l'endométriose. Coutinho s'appuie entre autres sur l'étude de Baltimore qui part du postulat qu'il existe une anémie chez la femme menstruée, et essaie de prouver l'efficacité d'une supplémentation en fer chez les adolescentes sur des résultats de tests de mémoires et cognitifs. Malgré cette vision utilitariste du corps de la femme, qui peut être critiquable, ce texte permet au moins de remettre en avant la question des menstruations et de la contraception [23 ; 24].

1.2. L'aménorrhée contraceptive

A. La contraception en France

Le baromètre santé (2016) montre que la pilule contraceptive reste la contraception majoritaire chez les femmes de 15 à 49 ans (36,5%). Il persiste un schéma du tout pilule en France. Le patch représente à peine 1% des prescriptions dans cette tranche d'âge et le recours au stérilet a légèrement diminué. La prescription de la contraception se fonde essentiellement sur le préservatif au début de la vie sexuelle et s'oriente plutôt vers la pilule contraceptive par la suite. Les DIU représentent 25,6% de l'offre contraceptive. Malgré les recommandations HAS de 2004 autorisant leur usage sans tenir compte de la gestité ou de la parité, ils restent l'apanage des femmes ayant eu des enfants. Le scandale des pilules de 2012 a provoqué un report des prescriptions en faveur du DIU [25].

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



L'utilisation de la contraception oestro-progestative orale stagne en France depuis 2010, peut être impulsé par le scandale des pilules de troisième génération, survenu après la plainte d'une patiente, en 2012, qui a présenté une thrombose veineuse en lien avec cette contraception, ce qui a marqué la population.

TABLEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

B. La contraception progestative

Il existe les pilules micro-progestatives (Microval®, Cérazette®), utilisées de manière continue. Cette méthode est pourvoyeuse d'une aménorrhée chez environ 25% des patientes.

Une alternative est l'implant avec le Nexplanon®, disponible depuis 2001 et contenant un réservoir d'Étonogestrel pour une efficacité de 3 ans. Ce dispositif est pourvoyeur d'une aménorrhée chez environ 22% des patientes à 3 mois de traitement.

Le DIU au Lévonorgestrel (Kyleena®, Jaydess®), dont le plus connu est le Mirena®, cause environ 44% d'aménorrhée à 6 mois et 25% des patientes déclarent obtenir une oligo-ménorrhée. En ce qui concerne Jaydess®, il provoque seulement 12% d'aménorrhée chez les patientes au vu de son plus faible dosage [26].

C. Les oestro-progestatifs, une utilisation en continu ?

La contraception oestro-progestative est prescrite dans la majorité des cas avec une hémorragie de privation, mais il y a des formats dont le but est de réduire la fréquence des règles.

Il existe des régimes avec 24 comprimés actifs pour réduire l'abondance des règles tels que Mélodia® (*Gestodène 60µg/Ethinylestradiol [EE] 15µg*) et Zoely® (*Nomégestrol 2,5mg/Estradiol 1,5mg*).

Des régimes à cycle étendu existent également, comme *Seasonale*® apparue en 2003 aux États-Unis. *Seasonique*® (*84 comprimés de LNG 150µg/EE 30µg et 7 comprimés 10µg EE*) est apparue en 2006 et a obtenu une AMM en France en 2015. Cette pilule permet de réduire le nombre de cycles menstruels, l'hémorragie de privation survenant durant la prise des derniers comprimés. Ce n'est qu'un équivalent de Minidril.

C'est en 2007 que la FDA approuve la première pilule en régime continu nommée Lybrel (*20µg EE / 90µg LNG*) avec une prise 365 jours par an, mais elle n'existe pas actuellement en France.

L'étude de Anderson relevait sous *Seasonale*® un nombre moyen de jours avec *spotting* de 12 le premier mois, pour atteindre 4 au 4ème mois. En fin d'étude, 41,5% des patientes rapportaient une aménorrhée, et 80% moins de 5 jours de saignements sur 90 jours. Les *spottings* sont donc un problème fréquent, à l'initiation, mais le processus s'inverse par la suite [27].

Concernant la sécurité d'utilisation, nous avons pu trouver plusieurs revues de littérature issues d'associations de gynécologues canadienne, américaine ou française, ainsi qu'une revue de Cochrane de 2014.

Le risque cardiovasculaire est connu avec la COP. Elle cause un effet pro-thrombotique initial qui reste faible (1-2 / 10 000 par an) et décroît avec le temps. Les régimes étendus ne montrent pas de sur-risque pour le moment, sauf chez les femmes avec des facteurs de risques ou tabagique [28 ; 29 ; 30 ; 31].

Par ailleurs, il ne semble y avoir de différence sur les paramètres biologiques existants (tension, bilan hépato-rénal, coagulation, bilan lipidique et glycémique) [28 ; 29 ; 32].

Les études, concernant le cancer de l'endomètre, paraissent en faveur d'un usage de la COP, en réalisant des surveillances par biopsie et imagerie. Elles évoquent même une réduction de 50% du risque après 5 ans [2 ; 28 ; 30 ; 32].

Concernant le cancer ovarien, la diminution du risque semble liée à la diminution du nombre d'ovulations, et non au régime. Ce bénéfice est également perceptible après une courte utilisation (50% à 5 ans et 80% après 10 ans), et serait conservé pour une durée de 20 ans [28].

À propos du cancer mammaire, une méta-analyse des données internationales depuis

1996, sur 25 pays et 153 536 femmes, concluait que la COP provoquait un risque faible de cancer et que la durée d'utilisation n'avait pas d'impact. Ceci est conforté par une étude rétrospective de 2002 qui ne met pas en évidence d'association entre cette pilule et un sur-risque de cancer. Le CNGOF reste prudent et explique que les risques avec les schémas continus sont insuffisamment connus encore, même si certaines études sont rassurantes [28 ; 29].

La quantité d'hormone reçue avec ces schémas n'est pas aussi élevée qu'on pourrait le croire. Pour une pilule à 20µg d'EE, un régime classique équivaut à environ 5460µg d'hormones sur une année, 7300µg pour un régime continu, ce qui reste inférieur aux 8190µg en cas de contraception avec une pilule à 30µg d'EE. Une étude s'est intéressée aux concentrations sanguines en hormones, et elle n'a relevé aucune différence significative entre les différents régimes, ce qui montre l'absence d'accumulation [2 ; 30].

Divers symptômes sont évoqués (prise de poids, nausée ...) avec les contraceptifs, sans qu'il n'existe une corrélation claire avec le traitement. Ces études n'ont montré aucune différence entre des régimes étendus et classiques, mais il semble y avoir un bénéfice en faveur du régime étendu au niveau de la fréquence des céphalées et des douleurs menstruelles ainsi que des sensations de ballonnement en période péri-menstruelle [2 ; 28 ; 29 ; 31].

2. Matériel et méthodes

2.1. Caractéristiques de l'étude

La méthode d'analyse qualitative nous paraissait la plus adaptée pour explorer les représentations des participants. Elle permet d'appréhender au mieux l'expérience, le vécu et le ressenti des personnes interrogées.

Un court travail de recherche bibliographique a été mené sur le thème de la contraception et des menstruations. Ce travail a été limité au début, afin de réaliser un recueil de données le plus neutre possible, et a été effectué en utilisant des bases de données référencées (SUDOC, Pubmed, EM premium, Science Direct ...).

La question de recherche a été influencée par mon parcours professionnel, mais aussi par mon expérience personnelle, qui m'a permis d'appréhender l'importance grandissante des débats autour des menstruations et de la contraception. Après discussion avec des enseignants du DMG et des maîtres de stages, j'ai affiné cette question et son cadre. La réalisation d'un cours à la faculté de médecine de Montpellier sur ce sujet a également été bénéfique.

J'ai essayé d'avoir une réflexion sur mes propres représentations et ma subjectivité tout au long du travail de cette thèse.

2.2. Population

La population de l'étude a concerné les médecins généralistes du département de l'Aude. Nous avons choisi les médecins généralistes, car la prescription d'une contraception est actuellement l'un des principaux motifs de consultation dans les cabinets. Le choix s'est porté sur des médecins généralistes en activité uniquement, pour ancrer le discours dans des situations récentes et minimiser un éventuel biais de mémorisation.

Le département était surtout choisi par intérêt pratique, car le chercheur exerçait dans cette zone au moment du recueil. Cette décision répondait à notre souhait de réaliser les entretiens physiquement au vu de l'intimité du sujet. Cela semblait d'autant plus pertinent que l'Aude connaît actuellement une crise importante en terme de démographie médicale des spécialistes d'organe, tant au niveau rural que citadin, et cela en fait une zone géographique de choix en ce qui concerne le rôle du médecin généraliste à propos du suivi de la femme. Cette crise touche d'ailleurs également le reste du pays [33].

La première étape de recrutement a été l'utilisation d'une *mailing-list* après une prise

de contact avec le Conseil de l'Ordre du département. Une adresse e-mail dédiée a été créée pour la thèse et les praticiens nous contactaient directement sur la base du volontariat pour décider de la réalisation des entretiens. Le recrutement s'est effectué au fur et à mesure des entretiens. Dans ce courriel, ont été précisés le statut de chercheur, le thème général de la recherche et la méthode de recherche. Peu d'informations ont été données avant la réalisation des entretiens pour ne pas biaiser les résultats, en évitant que les médecins puissent préparer l'entretien.

Le mail envoyé était celui-ci :

«*Bonjour,*

Je suis interne en médecine générale et j'effectue actuellement un travail de recherche qualitative dans le cadre de ma thèse.

Ce travail a pour thème la contraception et les menstruations.

J'ai décidé d'axer mon travail sur les médecins du département audois.

Mon étude consisterait en un entretien d'environ 20 à 30 min enregistré par dictaphone et anonyme pour recueillir votre avis et votre expérience concernant ce sujet.

Si vous acceptez de me prêter un peu de votre temps pour m'aider à réaliser ce travail, je vous en remercie, et j'ai noté en bas de page les liens pour me contacter.

Je m'arrangerai pour me déplacer sur les horaires qui vous conviendront le mieux. »

Nous avons cherché à contacter, par l'Ordre des médecins, le plus grand nombre de praticiens pour obtenir un échantillonnage avec une variation maximale des profils, que ce soit en termes d'âge, de sexe, de zone d'activité, et même de formation en gynécologie. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient d'être médecin généraliste exerçant dans le département audois, sans distinctions, et d'être volontaire pour participer à l'étude.

2.3. Recueil des données

Nous avons choisi la méthode de recueil par entretien individuel. Les entretiens semi-dirigés ont été organisés par le chercheur. L'entretien pouvait s'éloigner du guide par moments pour approfondir certaines idées. Le choix de l'entretien individuel nous a semblé être le plus favorable au vu de l'aspect intime du sujet pour laisser une libre évocation des idées et une mise en confiance du participant.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone électronique de la marque Philipps DVT1150, acheté par le chercheur pour l'étude pour permettre une retranscription fidèle.

Les participants ont été informés du statut d'interne en médecine du chercheur et, en début d'entretien, un accord oral et écrit a été demandé en insistant, au vu de l'aspect parfois personnel et intime du sujet étudié, sur l'anonymat des entretiens et la possibilité pour le participant de se rétracter à tout moment.

La réalisation des entretiens a été effectuée sur la période de mai à septembre 2019 par le chercheur. Il s'agissait de son premier travail dans ce domaine, en réalisant les entretiens dans des lieux calmes et choisis par le participant, pour qu'il puisse se sentir le plus à l'aise possible et laisser libre cours à l'expression de ses opinions et de ses idées les plus intimes.

La réalisation du guide d'entretien est issue d'un travail de réflexion sur le sujet, d'une comparaison avec d'autres guides de thèses qualitatives et de la lecture du livre de J.C Kaufmann (*L'entretien compréhensif* [34]). Un guide structuré a été réalisé, au vu de mon manque d'expérience en recherche qualitative, pour optimiser ma posture d'écoute et d'analyse du discours du participant, en prévoyant à l'avance des questions de relance. Les questions devaient être directes et claires, mais aussi ouvertes, pour permettre une expression la plus libre possible des idées du participant.

Le guide a exploré plusieurs thèmes du sujet pour étudier tous ses aspects. Il a été modifié après discussion avec le directeur de thèse et réalisation d'un premier entretien-test, utilisé pour l'analyse car présentant malgré tout des données utiles. Avant la réalisation d'autres entretiens, un atelier pédagogique au DUMG de Montpellier-Nîmes sur la construction du guide d'entretien a permis de corriger certaines tournures de phrase et

d'ajouter des questions élargissant le champ d'exploration du vécu pour obtenir plus de verbatims. Ces modifications ont été validées par le directeur de thèse à chaque étape. L'entretien pouvait s'éloigner du guide pour approfondir une réponse ou une idée et permettre une fluidité des échanges d'idées.

Au début de l'entretien, un questionnaire socio-démographique a été réalisé pour nous permettre de connaître au mieux l'échantillon des participants et créer une entrée en matière moins impersonnelle.

La consigne initiale du guide était énoncée ainsi :

« Bonjour, je suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse sur la contraception et les menstruations.

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à mes recherches. J'aurais besoin de votre avis et de votre expérience pour réaliser des entretiens enregistrés sur ce thème. Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse, mon but étant uniquement de pouvoir comprendre votre point de vue et votre savoir-faire concernant ce sujet.

Ces entretiens anonymes se feront de manière bienveillante, sans aucun jugement et je souhaite donc avoir votre consentement pour pouvoir les réaliser.

À tout moment, vous pourrez décider d'interrompre l'entretien ou de ne pas répondre à une question si cela vous dérange. »

Les données socio-démographiques comportaient : âge, sexe, zone et type d'exercice, accueil d'internes en médecine, proportion et moyenne d'âge d'activité gynécologique, et réalisation ou non d'une F.M.C en lien avec la gynécologie.

Les entretiens ont été retranscrits à l'aide d'un logiciel open-source (Open Office) et d'un logiciel d'écoute audio (VLC Media Player), et ce fidèlement, au mot près, mais de manière parfaitement anonyme.

2.4. Analyse

L'analyse qualitative utilise, comme cela a été conseillé par mon directeur de thèse, la

méthode de la théorisation ancrée. Elle nous a parue pertinente au vu du sujet proposé, car, selon Paillé et Mucchielli (2010), cette analyse est *une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène* permettant d'obtenir des données l'analyse la plus utile [35].

L'analyse qualitative a été réalisée de manière manuscrite et avec l'aide du logiciel open-source tableur de Open office.

La théorie ancrée est une méthode de recherche dont le but est de créer une théorie à partir des données du terrain. Elle a été décrite par Paillé et Mucchielli comme une traduction de la *grounded theory*, l'approche de théorisation empirique et inductive dépeinte en 1967 par Glaser et Strauss. Contrairement aux thèses quantitatives, débutant par une hypothèse, le chercheur réalise ici la collecte des données par des entretiens. À partir de ces données, les éléments principaux sont identifiés sous forme de verbatims suivis d'un codage. Le but est de rendre explicite et compréhensible le contenu des entretiens par l'émergence des idées principales. Cet acte de théorisation permet de préciser les thèmes issus de l'analyse pour les mettre en relation et en extraire le sens. Le mot *théorie* décrit donc ici un processus et non un résultat, car il découle de l'analyse des données du terrain, d'où le mot *ancrée*. Cette recherche se démarque par la simultanéité de la collecte et de l'analyse, ce qui permet d'orienter les entretiens ultérieurs, comme l'évoque Paillé en parlant d'une *analyse comparative continue*. Il décrit le processus de théorisation comme *un processus jamais tout à fait accompli*, car l'analyse peut évoluer au fil des relectures [35].

Le codage réalisé a été fait en plusieurs étapes :

- Un codage ouvert, qui est un « *processus analytique à travers lequel des concepts sont identifiés dans les données* ». Il permet de synthétiser le contenu et l'idée des verbatims après analyse des entretiens. Les verbatims sont décrits comme tels « xQy », X correspondant au numéro de l'entretien et Y au numéro de la question posée du guide d'entretien.

- Un codage axial, qui regroupe les codes en catégories. La création de ce type de code est plus conceptualisante, car il cherche à comprendre comment les différents

codes se combinent entre eux pour faire émerger des concepts.

- Un codage sélectif, qui est *le procédé permettant d'intégrer et d'affiner la théorisation* et qui consiste à relier les concepts pour en faire émerger *une théorisation*. Il s'agit d'une mise en relation des catégories pour en faire émerger l'idée principale. Paillé décrit ce travail comme le fait *d'aborder conceptuellement le matériel de recherche avec comme objectif de qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante* [35].

Après chaque entretien, les verbatims étaient codés. Le nombre d'entretiens a été déterminé par saturation des données. Par conséquent, il n'était pas prédictible. La saturation des données a été obtenue lorsque la réalisation d'entretiens n'apportait plus de nouveaux codes et ne permettait plus d'améliorer la compréhension du phénomène.

L'analyse a été modifiée tout au long des sessions de codage et de théorisation en assurant un aller-retour systématique sur les données. Les codes et catégories obtenus ont été modifiés à plusieurs reprises au fur et à mesure de l'évolution de notre travail. L'analyse a été envoyée à plusieurs reprises et à la fin du travail au directeur de thèse pour discuter de la pertinence et de la bonne réalisation du travail de théorisation ancrée au vu de notre manque d'expérience pratique sur ce sujet.

3. Résultats

3.1. Recueils

A. Entretiens

Au total, dix entretiens ont été réalisés, et la saturation des données a été atteinte.

Douze personnes avaient pris contact avec nous, mais deux d'entre elles ont finalement refusé la réalisation d'entretiens, le manque de temps et de pratique gynécologique étant invoqué dans ce cas.

B. Échantillonnage

Le tableau récapitule les données socio-démographiques. Les entretiens sont classés de I à X, selon l'ordre chronologique de réalisation.

	Age	Sexe	Exercice			Activité		
			Milieu	Mode	MSU	Activité Gynécologique	Moyenne âge patientes	Formation gynécologie
I	68	M	Semi-rural	MSP	Non	Faible	50 ans	Prescrire Internet
II	43	F	Rural	Cabinet groupe	Oui	Faible	40 – 50 ans	DIU
III	41	F	Semi-rural	MSP	Oui	Importante	40 ans	DIU - IVG
IV	36	F	Semi-rural	MSP	Oui	Importante	40 ans	DIU – DPC - IVG
V	29	F	Urbain	MSP	Non	Modérée	15 – 60 ans	0
VI	73	M	Semi-rural	Seul	Non	Modérée	17 – 60 ans	0
VII	55	F	Semi-rural	Cabinet groupe	Oui	Modérée	>50 ans	FMC
VIII	33	M	Semi-rural	Centre santé	Non	Faible	45 ans	0
IX	54	F	Rural	Cabinet seul + Salarié PMI	Non	Importante	12 – 60 ans	DU – FMC – DPC
X	33	F	Semi-rural	Centre santé	Non	Modérée	40 – 45 ans	0

Parmi les personnes interrogées, sept étaient des femmes et trois des hommes. L'âge moyen des participants était de 46,5 ans avec des extrêmes allant, pour le plus jeune, de 29 ans à 73 ans, pour le plus âgé. Sept personnes exerçaient en zone semi-rurale et deux en zone rurale. La plupart des médecins exerçaient en groupe (cabinet de groupe, centre de santé ou MSP) et l'un d'eux avait une activité de salarié en PMI pour le suivi des femmes. Quatre médecins avaient une activité de MSU.

En ce qui concerne la proportion d'activité gynécologique, trois médecins l'estimaient faible, quatre modérée et trois médecins importante. Quant à la formation en gynécologie, quatre médecins avaient réalisé des DIU/DU en lien avec la gynécologie, quatre des FMC/DPC en lien avec la gynécologie et deux médecins avaient reçu la formation pour les IVG médicamenteuses en ambulatoire.

C. Déroulement des entretiens semi-directifs

Les entretiens se sont déroulés pour la quasi-totalité au cabinet des praticiens et seul un entretien a été réalisé en dehors (café) sur demande du médecin, qui s'y sentait plus à l'aise pour discuter. La durée totale des entretiens était de 235 minutes et la durée moyenne était de 23,5 min avec un minimum à 12,15 min et un maximum à 43,21min.

3.2. Analyse des entretiens

A. Une pratique influencée par les représentations du médecin sur les règles et l'aménorrhée, entre science, croyances populaires et débats de société

a. Les règles étaient perçues par les médecins comme un phénomène gênant et dispensable mais rassurant

Les règles étaient envisagées par les médecins comme une source de souffrance et d'inconfort, avec, en tête, le problème des dysménorrhées.

« Ça a quand même un côté contraignant pour moi je trouve [...] ça peut être quand même assez douloureux » (4Q1)

« Sinon ça m'évoque également tous les problèmes qui peuvent être liés, les dysménorrhées, les douleurs menstruelles » (10Q1)

Ils mentionnaient ce problème des dysménorrhées en évoquant aussi l'endométriose.

« L'endométriose ... des patientes qui ont des soucis de règles » (2Q1)

« Sinon ça m'évoque tous les problèmes qui peuvent être liés [...] et toutes les pathologies, type endométriose » (10Q1)

Les règles étaient perçues comme un phénomène source d'inconfort dans la vie quotidienne.

« Pour moi, les contraintes, ça va être plus de devoir prévoir d'avoir les protections adéquates [...] ça peut être gênant selon les situations l'endroit où l'on est si ce n'est pas forcément prévu. » (4Q1)

« Mais ça ne s'est jamais présenté à moi, pourquoi pas, le confort de ne plus jamais avoir de règles, parce que c'est pénible » (8Q4)

Les médecins ont évoqué leur vécu personnel ou familial des règles, qui rejoint les représentations d'un phénomène inconfortable et source de gêne.

« Moi, des fois, quand j'avais un interne mec, c'est plus compliqué et ils voient hop ... petit accident, donc, tout de suite, c'est gênant ... c'est du vécu. Ou même changer de serviette hygiénique ... Ça va être gênant » (2Q7)

« Là, je parle à titre personnel [...], c'est que ça peut être gênant selon les situations » (4Q1)

« Je vois ma sœur, je l'ai vécu, [...] pendant trois jours, c'était des suppositoires de Vetalgine qui n'existent plus maintenant [...], c'était épouvantable comme c'était douloureux, on souffrait avec elle, ce genre de prescription, je l'ai toujours fait comme si c'était quelqu'un de ma famille en

face. » (6Q4)

Ils décrivaient également les menstruations à travers des termes médicaux, avec un discours plutôt physiologique.

« Un phénomène normal et scientifique [...], un phénomène physiologique normal » (1Q1)

« Il y a aucun problème à ne pas avoir de règles [...], c'est un cycle inutile quand on ne veut pas avoir d'enfant [...], ça n'a pas d'utilité sur la santé » (3Q1)

« La perte du matériel de l'endomètre en début de cycle due à une chute brutale du taux d'hormone dans le sang pendant en moyenne 5 jours » (8Q1)

« C'est une chose qui montre que le corps fonctionne bien, que l'axe hypothalamo-hypophysaire fonctionne bien. » (9Q1)

Le discours autour des menstruations était imprégné des croyances et des représentations intimes des médecins. Pour certains, les menstruations s'apparentaient à un signe de bon fonctionnement du corps, et donc à un phénomène revêtant une connotation rassurante.

« De façon pas du tout médicale, je dirais que ça fait du bien d'avoir ses règles » (2Q1)

« Mais ça m'évoquerait plutôt ça. Et fécondité je dirais » (4Q1)

« C'est une chose qui montre que le corps fonctionne bien [...], c'est le signe que tout va bien, c'est le signe de bonne santé d'avoir ses règles » (9Q1)

Ces représentations étaient par moment plus symboliques, avec l'association à un

phénomène de purification.

« Ça nettoie, c'est un outil physiologique » (2Q1)

« Il y a beaucoup de médecins qui vont me dire sur la contraception oestro-progestative en continu, surtout pas ! Il faut avoir des règles, il faut nettoyer. Mais même au niveau médical, on entend encore ça » (4Q7)

« Euh ... conséquences ... du coup il y a un renouvellement sanguin qui se fait moins, est-ce qu'il y aurait un lien entre la longévité et la disparition des règles, je ne sais pas ... Peut-être. » (10Q5)

Les règles évoquaient également un symbole de l'âge de fertilité. L'aménorrhée représentait donc par opposition la perte de cette fertilité. D'ailleurs, N4 note ce paradoxe en notifiant que la ménopause n'est pourtant pas la fin de la féminité.

« Qu'est ce que ça m'évoque ... Quelque chose de régulier. Et ça m'évoque la féminité, mais en disant cela, je me dis que c'est pas parce qu'on est ménopausée qu'on n'est plus féminine. » (4Q1)

« Puberté ... Euh ... L'entrée dans la vie active, adulte ... La contraception, la grossesse » (5Q1)

« Un cycle de femme en période de procréation [...], ça fait partie de la vie » (7Q1)

b. L'aménorrhée contraceptive était considérée comme un bénéfice dont la pratique restait paradoxalement circonscrite

L'aménorrhée contraceptive était, dans le discours des praticiens, une prescription perçue comme source de confort, par la qualité de vie qu'elle pouvait apporter en ce qui concerne la pratique des loisirs ou la vie sexuelle. Mais l'aménorrhée n'était alors évoquée qu'en utilisation ponctuelle surtout.

« Déjà pour moi, c'est le confort de ne pas avoir de règles quand on se balade, donc pour les patientes, j'imagine aussi » (5Q4)

« La suppression des règles, c'est les vacances, le mariage [...] En ponctuel, il n'y a aucune conséquence » (6Q5)

« Le confort, l'activité sportive ou festive où on ne préfère pas avoir les règles. Le confort pour avoir des rapports au moment qu'on a choisi sans être embêté par les règles » (8Q4)

Cette prescription était aussi associée au confort, par la liberté qu'elle procure avec l'absence de nécessité d'utiliser les protections hygiéniques, entre autres.

« Confort [...] Ben ... le confort, c'est le fait de pas avoir à se préoccuper de quand est-ce que ça va arriver, ce qu'il faut avoir sur soi, devoir prévoir d'avoir les protections adéquates » (4Q1)

« Un confort de vie au niveau de la non nécessité de porter des serviettes hygiéniques ou des tampons » (8Q1)

Au-delà d'un simple confort, les praticiens évoquaient l'aménorrhée comme un soulagement quotidien quant à l'absence de règles, et notamment de douleurs.

« Si ça supprime les douleurs, c'est plus pratique, c'est un bénéfice » (2Q7)

« Confort ! [...] ça peut être quand même assez douloureux » (4Q1)

« Le confort sur les règles douloureuses » (8Q5)

Ces représentations allaient de pair avec leur expérience personnelle d'une aménorrhée contraceptive, qui était vécue positivement par celles qui ont expérimenté cette prescription.

« Enfin, si, ça m'est déjà arrivé, même moi un peu jeune, d'enchaîner les plaquettes, puis à proposer ou aux copines ou à des ados et des filles d'amis qui me disent " je suis embêtée " » (2Q6)

« Alors c'est difficile parce qu'étant une femme, est-ce que j'ai un regard médical ou un regard de femme ? [...] Après j'ai un Mirena moi-même, donc c'est très ... C'est difficile, il faut que je me mette dans la peau du médecin. » (3Q7)

« En sachant que moi, personnellement, je l'ai fait pendant des années » (4Q6)

« Et suppression des règles, à titre professionnel, je trouve qu'il faut le proposer systématiquement parce que les femmes ne le savent pas et, à titre personnel, bienvenue le Mirena ! » (9Q1)

La prescription d'une contraception sans règles était perçue comme une pratique avec une balance bénéfice/risque favorable pour les praticiens, sans impact quant à l'absence de menstruations sur les patientes.

« Moi je vais dire que c'est très bien. Ben je trouve en fait que chaque contraception s'adapte mais qu'il y a aucun problème à ne pas avoir de règles. » (3Q1)

« Aucune ... À partir du moment où ... on essaye de les voir une fois par an, revoir les contre-indications. Pour moi, il y a aucun souci particulier et au contraire » (4Q5)

« Grosso modo, je ne pense pas qu'il y ait d'effets négatifs là-dessus donc c'est pour ça, ça m'inquiète pas [...] Mais sur le plan santé, je ne vois pas de conséquences négatives particulières. » (10Q5)

Les praticiens rappelaient les risques inhérents à l'utilisation d'une contraception hormonale, contrebalancés par les effets positifs qui sont sous-évoqués selon certains.

« Aucune [...] Moi, je pars du principe que pour moi, la contraception hormonale a des effets négatifs, mais a quand même beaucoup d'effets positifs sur plein de choses [...] Je tempère vraiment l'effet négatif de l'hormone au long cours » (4Q5)

« Ben, oui, il y a une majoration minime, mais qui existe, du risque thrombo-embolique. Il y a une majoration peut-être de certains cancers alors que c'est peut-être protecteur sur d'autres. Et après ... Conséquences, on ne parle pas que de négatif, la contraception en elle-même, la maîtrise de sa procréation, le confort sur les règles douloureuses »
(8Q5)

« Du point de vue physiologique, j'ai essayé de me poser la question, est-ce que ça augmente la prévalence du cancer de l'endomètre ... Je n'ai trouvé aucun signe négatif dans la littérature [...]. Alors les chiffres ont démontré qu'il y avait un léger surcroît de cancer du sein mais le bénéfice est supérieur parce qu'il y a un effondrement du cancer de l'ovaire, donc in fine sur la morbi-mortalité, il y a beaucoup moins de problèmes avec la contraception hormonale que sans, donc on reste pas mal bénéfique. »
(9Q5)

L'aménorrhée contraceptive était perçue comme une avancée médicale et une évolution positive de la contraception. Elle représentait tout d'abord une progression en termes de choix contraceptif.

« Profiter de ce que la science médicale apporte » (1Q6)

« On a quand même plein de moyens de contraceptions à notre disponibilité, donc autant présenter et chacune va choisir » (4Q2)

« On a plus de recul et on a une largesse de prescription ... On a l'implant ... Si il y avait que le stérilet, tout le monde aurait ses règles » (5Q4)

« Moi, ça me pose pas de problème, je pense que c'est une demande qui est licite et on peut faire aussi avec toute la thérapeutique qu'on a, on peut répondre à leur demande » (10Q2)

Elle était également considérée comme une évolution, en permettant une plus grande liberté en matière de contraception avec le choix des règles et le choix d'une qualité de vie pour leurs patientes. Les praticiens insistaient alors sur la notion de confort.

« Pour moi, c'est une avancée qui fait qu'on peut avoir le choix d'être bien. C'est pas ça, je dis pas qu'on est pas bien avec les règles, mais c'est d'avoir le choix personnel, donc je trouve que c'est une avancée et une liberté » (4Q7)

« Et plutôt, au contraire, la médecine qui apporte une qualité de vie, un confort de vie, sous réserve qu'il n'y ait pas trop de risques non plus. Un certain modernisme de la médecine » (8Q7)

« La contraception, ça permet un confort de vie, qu'on est libre d'avoir des rapports sans avoir la crainte d'être enceinte, et je pense que ça fait partie de la continuité, c'est un peu dans la même démarche de demander ou pas d'avoir ses règles. Ça fait partie du choix de la contraception et c'est normal » (10Q7)

Pourtant, l'aménorrhée contraceptive était proposée selon des indications précises, et pas uniquement pour un simple confort. La première indication était les dysménorrhées, par rapport à l'impact qu'elles peuvent avoir sur les douleurs et les saignements.

« Oui, c'est quelque chose qui peut venir de moi d'en parler, par exemple si il y a une anémie » (1Q3)

« Alors quand on a des règles hémorragiques [...]. Je leur explique que la contraception peut améliorer les règles douloureuses, les règles hémorragiques ou difficiles [...]. Si, la patiente, elle a sept jours de règles abondantes, je vais plutôt essayer de l'orienter vers une aménorrhée » (3Q3)

« Après, il y a des femmes qui ont des règles très abondantes, qui ont des anémies, donc on va essayer de gérer ça aussi » (7Q3)

« Les règles, oui, ça a souvent une place car j'ai l'impression de prescrire la pilule autant à visée contraceptive que diminution de l'abondance ou de la douleur des règles » (8Q3)

Cette contraception était également proposée pour la prise en charge d'un syndrome

pré-menstruel.

« Les migraines, beaucoup de migraines donc on est obligé de mettre des progestatifs [...], c'est un traitement de fond généralement, pendant six mois, ça va, et puis les migraines reviennent mais elles ne veulent pas revenir à autre chose » (5Q4)

« Sans compter les symptômes dysphoriques pré-menstruels, tout ce cortège qui entoure les règles, effectivement, ça aussi, ça l'élimine et ça peut être un confort pour la patiente » (10Q7)

Les praticiens ont également évoqué une indication dans le cadre pathologique, avec l'endométriose.

« Après, ben, l'endométriose, il y a des pathologies où c'est important de ne plus avoir de règles » (3Q4)

« Là où je vais y penser, c'est chez une femme avec une endométriose » (4Q6)

« Donc, c'est ou une nécessité thérapeutique ou pathologique. J'ai eu sept, huit ados avec de l'endométriose » (6Q5)

« De ma part ... Je propose une aménorrhée [...] quand il y a une endométriose, un fibrome sous-muqueux qui saigne ... La contraception est la solution. » (9Q4)

Ils rappelaient que cette prescription devait être adaptée selon le terrain de la patiente et les contre-indications.

« En fonction des antécédents chez les plus âgées » (1Q4)

« Et puis ça va dépendre du terrain [...]. Pour moi à partir du moment où on prend bien au cas par cas en faisant attention aux contre-indications, pour moi il n'y a pas de problème. » (4Q5)

« en dernier, elles choisissent tout en respectant les contre-indications absolues et relatives, et je dis " Voilà pour vous, il vous faut ça, ça et ça' [...] et elles choisissent. » (9Q4)

Les médecins évoquaient quelques inquiétudes quant à l'usage en pratique d'une contraception sans règles. Ils craignaient la possibilité de passer à côté d'une grossesse.

« Ben à part ne pas savoir si on est enceinte ... Moi, j'en vois pas » (3Q5)

« Pour moi, la chose à laquelle il faut faire attention, c'est le risque de grossesse en cas de mésusage mais c'est anecdotique. Ça provoque des grossesses plus tardives » (4Q6)

Cette peur était amplifiée par la difficulté de reconnaître un mésusage par inexpérience, notamment chez les plus jeunes patientes.

« Cela dit, chez les jeunes filles, je préfère commercer par une contraception régulière. Pour des raisons de ... formation, on va dire ... pour les former à une contraception ... et après éventuellement un choix » (1Q1)

« Après les ados, souvent lorsqu'il y a des dysménorrhées ... Mais je ne leur proposerais pas une prescription sans règles ... Certainement pas en première intention » (2Q4)

« un oestro-progestatif en continu, si c'est une nana qui oublie sa pilule, il y en a une qui va arriver à 4 mois de grossesse. J'aurais plus cette trouille-là, surtout parce que moi, je mets des pilules aux toutes jeunes donc hyper fertiles par rapport à l'âge et qui font nawak [...] Donc en général, vu le profil avec les pilules, je préfère les cadrer avec ce qu'elles connaissent. » (5Q6)

Ils avaient également la crainte de dissimuler une aménorrhée secondaire ou même d'un impact négatif méconnu sur leur patiente.

« On va lui prescrire en continu mais je veux une échographie abdominale, je veux pas passer à côté d'un kyste, une poly-kystose, une endométriose

[...] " Tu sais mais je t'ai prescrit quelque chose de léger et puis surtout ... j'exige trois mois par an, on arrête la contraception [...], tu laisses ta machine remarcher [...] comme ça tu sais que tout fonctionne." » (6Q4)

« Je laisse un temps, parce que si elle vient juste d'avoir ses règles, elles sont encore en pleine croissance ... je ne sais pas ... je ne suis pas certaine. [...] Après, si ça devait se présenter, j'essayerais de préserver la fin de la croissance et préserver les premiers cycles » (9Q3)

c. La prescription de l'aménorrhée contraceptive était vécue comme un acte féministe permettant de lutter contre un paternalisme médical

L'aménorrhée contraceptive était assimilée, par nos médecins, à une forme de liberté pour le développement personnel de la femme. Elle représentait en premier une liberté face au monde du travail, dans lequel les menstruations peuvent être un frein ou un sujet d'exclusion.

« Mais ça peut être une certaine liberté [...]. Ben je pensais au travail parce que je pense [...], quand on a des règles hyper douloureuses, et qu'on doit travailler, c'est compliqué [...] quand on est sportif de haut niveau et qu'on a ses règles, ça doit être aussi compliqué, on doit être moins performant » (3Q7)

« Au milieu professionnel aussi dans certains cas, dans le milieu du sport, de l'art aussi. Peut-être des métiers où il faut être un peu dénudé, la danse ... Et donc tous les métiers où les règles sont inconfortables, pour une femme en particulier qui pourrait avoir des règles douloureuses, abondantes ou invalidantes, qui devrait diminuer son activité pendant quelques jours » (8Q7)

« Par exemple, j'ai effectué un remplacement à côté d'une entreprise qui limitait le temps de pauses pipi ou autres de ses employés, or, quand vous avez des règles, il faut faire des pauses plus souvent pour changer le tampon, la cup, la serviette hygiénique. Et ça leur a été décompté du temps de travail, alors, dans ces cas-là, franchement, la place de la femme

réglée dans la société, on a envie qu'elle soit autrement. » (9Q7)

Mais l'aménorrhée leur semblait également être une liberté pour la pratique des loisirs et du sport, sans les contraintes associées aux règles.

« Libération par rapport aux contraintes qu'elles peuvent avoir [...], aux loisirs » (7Q7)

« Je dirais un désir d'égalité par rapport aux hommes [...] face à plusieurs choses, face à la sexualité, face au confort de vie, globalement l'accès aux loisirs » (8Q7)

« Moins de contraintes, plus de libertés. Liberté, du fait que ça demande quand même une logistique [...]. Déjà, comme on disait, par rapport aux activités physiques, là, il y a plus de liberté car on se sent plus libre, moins stressé vis-à-vis de ça » (10Q7)

Cette prescription était également, pour certains, la possibilité d'offrir un plus grand choix à la patiente, évitant ainsi les consultations où les femmes ne choisissent pas leur contraception, ou n'ont pas été informées sur la totalité du panel contraceptif existant.

« Après c'est dur de faire des généralités sur ce qui relève du choix. En tout cas, la femme, elle, a ce choix-là. Le médecin est obligé d'entendre la femme qui a le choix de ne pas avoir de règles. Du moment où on augmente le choix et la liberté des femmes, c'est plutôt quelque chose de positif. » (3Q7)

« Pour moi, c'est une avancée qui fait qu'on peut avoir le choix d'être bien [...], c'est une avancée et une liberté » (4Q7)

« Moi, je me dis, je ne suis pas là pour dire aux femmes combien d'enfants et avec qui, mais je suis là simplement pour accompagner avec leurs idées, leur parcours, dans leur vie, elles font leurs choix, et moi, je les accompagne dans leurs choix. [...] vous voulez des règles (...) et là, jusqu'ici, on le voit pas beaucoup, on impose aux femmes et à tout âge. » (9Q8)

Cette pratique, pour eux, offrait un choix de maîtrise de son corps à la patiente et la possibilité d'une meilleure considération de son vécu en tant que femme.

« C'est encore une façon pour la femme de prendre possession de son corps et de ce qu'elle décide pour elle et de moins subir [...]. Peut-être qu'on peut aussi ajouter la maîtrise de son corps, de ne pas subir des choses [...], " ben t'as mal pendant tes règles, c'est normal, les règles c'est douloureux ... " Toute façon, tout ce qui concerne les femmes, c'est jamais vraiment très pris en compte » (3Q7)

« C'est un peu du féminisme mais c'est vrai [...] d'avoir le choix sur son corps » (4Q7)

« Pour certaines, une libération, c'est la maîtrise du corps, c'est intéressant » (7Q7)

Cette pratique permettait pour eux de lutter contre un paternalisme médical persistant, assurant l'autonomisation de la patiente dans son choix contraceptif.

« Je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire sur le paternalisme des praticiens en général [...], le retour que j'ai souvent de femmes de consultation de contraception [...], c'est que " On m'a pas présenté tout ce qui existait, on m'a pas laissé le choix ... Première contraception, c'est une pilule. ", et puis c'est " T'as 14 ans, t'es trop jeune, t'as 16 ans, la pilule et hop on fait un examen gynéco.", on en voit moins mais il y en a encore » (4Q7)

« Ben, moi, ça m'évoquerait plutôt la possibilité d'avoir un regard moins sexiste sur le plan médical, car le sexisme médical existe. Avoir plus d'égalité dans le regard médical que je pourrais avoir, ne pas considérer qu'une femme médicalement et scientifiquement aurait un rôle reproducteur ou que la physiologie ... disons ... naturelle [...] doit primer sur tout et que la médecine ne doit pas venir là-dedans » (8Q7)

« Je m'entends moyennement bien avec mes confrères gynécologues qui disent aux femmes, les femmes, c'est fait pour enfanter, et pour enfanter, il faut des règles. Ce sont les mêmes qui ne donnaient pas de contraception

à la jeune fille, car elle n'est pas mariée. Les mêmes qui refusaient le stérilet à la nullipare, car il faut avoir des enfants. Et les mêmes qui refusent une ligature des trompes, à la deuxième parce que " Quand même, vous avez 37 ans, vous pouvez changer d'avis. ", la femme c'est connu ... girouette. » (9Q7)

Un praticien a évoqué également une forme d'écologie, lors de la discussion, concernant l'absence d'utilisation des protections hygiéniques, faisant appel à certaines notions des mouvements éco-féministes.

« En tout cas il y a un truc, j'y pensais l'autre fois, c'est que c'est beaucoup plus écologique ! Du coup plus de serviettes hygiéniques, plus de tampon, plus de cup, plus rien ... C'est un argument supplémentaire ! » (3Q7)

B. Une prescription influencée par la pratique du médecin et ses représentations : progestatifs habituellement malgré leurs inconvénients, oestro-progestatifs occasionnellement pour le confort

a. Une prescription par habitude orientée vers les progestatifs malgré leur profil imparfait

Pour les praticiens, les progestatifs étaient une référence de prescription pour une aménorrhée de longue durée. Ils avaient l'habitude de prescrire ces contraceptifs, et l'aménorrhée qui en découle paraissait donc normale et habituelle.

« Je lui présente tout ... Après, si elle ne souhaite plus avoir ses règles, les progestatifs » (4Q6)

« Mais quitte à ne pas avoir ses règles, je mets des progestatifs, moi » (5Q6)

« Quand on envisage la contraception, que c'est le début, on va éventuellement envisager avec elle le fait d'avoir ou pas des règles, parce qu'avec la pilule progestative, elles ont ça [...]. Qu'avec une contraception progestative, c'est pas anormal » (7Q4)

Les progestatifs, dans leur discours, paraissaient être garants d'une plus grande innocuité, notamment pour les patientes avec des antécédents ou tabagiques.

« Ben surtout un certain âge, puis avec le tabac ... le surpoids [...], si elles fument, je refuse, ou je leur propose un progestatif simple » (2Q5)

« Après, le Mirena et le Nexplanon, ils sont autorisés quand on a du diabète, quand on a fait une embolie pulmonaire, quand on a eu (...), c'est plutôt une hormone qui a moins d'effets secondaires que les oestro-progestatifs » (3Q5)

« Les post-grossesses à 35-40 ans, l'œstroprogestatif, c'est pas terrible, donc on passe là-dessus [en parlant des progestatifs] » (5Q3)

Pourtant, cette contraception n'avait pas que des effets positifs à leurs yeux, certains médecins évoquant des effets indésirables parfois mal vécus par les patientes tels que l'acné ou la prise de poids.

« Après, ces méthodes-là, il y a aussi des inconvénients, l'acné, la prise de poids, la tolérance n'est pas surtout bonne » (2Q3)

« Progestative, ça file l'acné, souvent elles prennent un peu de poids, donc elles vont arrêter ... C'est souvent pour ça » (5Q6)

Ils évoquaient la difficulté d'obtenir une aménorrhée qui était finalement un peu hasardeuse selon les patientes, avec un risque de spotting.

« Le DIU, c'est un peu la loterie ... Des fois, on saigne pas mais des fois, c'est un peu n'importe quoi » (1Q4)

« Je les préviens systématiquement qu'au départ, les trois premiers mois, ça peut être n'importe quoi ... Parce qu'après elles appellent en disant, " Je saigne tout le temps, c'est pas normal. " » (4Q3)

« Ceci dit, l'implant et le Mirena, ça ne donne pas toujours une

aménorrhée... Des règles pendant deux jours et après des spotting, donc un petit retour en arrière. » (9Q4)

« Je lui ai proposé l'implant en lui disant que ça pouvait être à double tranchant, qu'il pouvait y avoir des spotting » (10Q2)

b. Une aménorrhée mieux acceptée grâce à un usage plus fréquent de l'implant et du stérilet mais conditionnée à la pratique du médecin

Le discours des médecins nous montrait un recours courant à l'implant et au stérilet hormonal en comparaison avec ce qui pouvait se faire auparavant.

« Ben, je la laisserais choisir entre une Cérazette, un Nexplanon ou un Jaydess ou un Mirena » (3Q6)

« Mais ceci dit, ma pratique a beaucoup évolué [...]. En première intention, c'est progestatif, c'est implant, stérilet » (9Q6)

Les entretiens relevaient également un élargissement de l'utilisation de l'implant et du DIU vers les nullipares et les plus jeunes, bien qu'il persiste chez certains des habitudes de prescription désuètes.

« Alors nous, on met des stérilets Jaydess et Mirena à toutes nos patientes, qu'elles aient eu des enfants ou pas. Le Nexplanon, c'est pareil, on n'a aucun tabou là-dessus [...]. Je sais pas, on en a mis à des 18 ans avec le Jaydess, même avant, on mettait des Mirena. Franchement on n'a aucun problème là-dessus. » (3Q2)

« Et j'ai aucun problème à prescrire un Mirena à une nullipare de 16 ans [...]. Bien que ce soit spécifié sur la notice de l'implant que ce n'est pas une contraception de première intention, je ne suis pas d'accord avec ça. Si la jeune femme choisit ça en première contraception, ça me va. » (4Q6)

« Pas de stérilet, jamais de stérilet chez une vierge » (6Q2)

*« Une contraception progestative ... ça dépend de l'âge ... Les implants chez les jeunes, c'est pas mal. Ou le stérilet, si elles sont plus âgées »
(7Q6)*

Les dispositifs médicaux étaient, pour eux, un format galénique pratique pour les femmes et adapté notamment aux patientes à risque d'oublis.

« Ben, parce que déjà, on ne prend pas de comprimés, il y a moins de risque d'oublis donc c'est une meilleure contraception » (3Q6)

« Comme ça je dirais plutôt implant ou Mirena, parce que Cérazette, je trouve que, quand même, il y a quand même la contrainte de la prise quotidienne » (4Q6)

« Parce que j'ai affaire à des populations, la haute vallée, les gitans, le CADA, à qui on demande d'être réguliers dans leur vie alors que leur vie n'est pas régulière, n'est pas posée. Chez les SDF aussi, la contraception de la femme SDF, la pilule n'est absolument pas adaptée. » (9Q6)

Mais la réalisation d'actes techniques posait parfois problème, certains médecins décidant donc de réorienter les patientes. En dépit de l'absence de pose au cabinet, ils proposaient malgré tout cette alternative.

« Les stérilets, j'en pose pas, les implants, j'en pose pas [...]. Le stérilet, l'implant, je l'évoque aussi mais voilà, moi, je fais pas et je leur dis, ben voyez avec votre gynéco. » (2Q3-6)

« Ben je mets des Mirena et des Nexplanon [...]. J'ai mis un Mirena il y a 2 jours et j'ai un Nexplanon cet après-midi » (3Q2)

« En général, le stérilet, c'est rare, elles ont un peu la trouille, sauf en post-grossesse, et j'envoie chez la sage-femme » (5Q6)

« Mais là aussi, les implants, j'en ai jamais mis, je pense que c'est un geste et donc je passe la main. Les implants, je les fais mettre par le service de gynéco de l'hôpital » (6Q5)

c. Une utilisation des oestro-progestatifs dans l'aménorrhée méconnue ou compliquée pour les praticiens, malgré un usage ponctuel courant

Les oestro-progestatifs dans le cadre de l'aménorrhée étaient évoqués par les médecins essentiellement comme une forme d'emploi détournée, emploi permettant un dépannage ponctuel des patientes et qui était plutôt courant chez les praticiens.

*« Oui, ça arrive ... mais c'est plutôt en dépannage. Au long cours ... non ...
J'aurais quelques petites angoisses... » (1Q4)*

*« Ou bien pour des vacances éventuellement. Mais au long cours, non »
(2Q1)*

« Oui, ça m'est arrivé ... veille du mariage. Oui, en dépannage, je vais avoir mes règles le jour du mariage [...], les sportives qui me disent " J'ai une compétition de judo, je vais avoir mes règles." [...], une pilule standard, oestro-progestative mais plus pour le confort » (6Q2)

« De conseiller à la patiente d'enchaîner les 21 jours d'oestro-progestatifs avec les oestro-progestatifs suivants. Ça n'a été que sur 2 ou 3 mois consécutifs » (8Q2)

Son usage en continu était associé à une plus grande crainte chez les médecins, par peur de risques méconnus, que ce soit concernant le risque de cancer ou d'incident thrombo-embolique.

« C'est plutôt en dépannage. Au long cours ... non ... J'aurais quelques petites angoisses ... peur d'effets secondaires [...], les histoires de seins et tout ça ... le cancer, une mastose... » (1Q4)

« Une oestro-progestative, il y a des conséquences du fait que c'est une oestro-progestative, donc avec les risques de tabac, phlébites [...]. Là

honnêtement ... Est-ce que ça favorise les kystes ovariens ? Peut-être mammaires ? Voilà ... Après il y a pas aussi les hépatites ? » (3Q5)

« Et puis le risque cardiovasculaire, et puis je vois pas l'intérêt comparé à l'autre [progestative]. Il y a beaucoup plus ... de l'expérience que j'ai ... plus d'effets secondaires avec l'oestroprogestative. » (5Q6)

Les praticiens avouaient un manque de connaissances et de références à propos des oestro-progestatifs en prise continue, engendrant un recours à un avis spécialisé si la patiente était désireuse.

« Et ben je ne savais pas, je savais qu'il y avait la continue avec le placebo [...] mais au long cours, non [...], je pensais pas qu'on pouvait le faire » (2Q6)

« Et pourtant il y a le Seasonique, c'est rare que je le prescrive ... Je ne sais pas si c'était remboursé depuis. Donc en général je leur mets du Minidril [...], c'est pareil. Ça, je ne vais pas l'aborder tout le temps [...]. Mais c'est vrai que je ne sais pas pourquoi [...] et ça pose aucun problème, donc ... Ben je sais pas, peut-être que maintenant je vais plus le proposer, c'est vrai. » (4Q6)

« Effectivement, maintenant qu'on en parle, ça ne m'est jamais arrivé [...], je pense que si on m'en avait fait la demande, je me serais renseigné avant, passé un petit coup de fil ou j'aurais lu quelques études pour savoir si il y a un risque particulier ou pas. Je crois qu'en termes d'efficacité sur l'aménorrhée, c'est ce que je proposerais et il me faudrait plus de renseignements. » (8Q6)

« Généralement, je leur dis qu'il faut pas le faire forcément tout le temps, que c'est ponctuel parce que j'ai pas vraiment de données ... J'ai pas fait de biblio dessus, je m'avance pas trop [...]. J'ai pas de recul dessus et je préfère ... si c'est une aménorrhée qu'elles veulent poursuivre, remonter vers le gynéco pour avoir plus de précision et un suivi » (10Q4)

Cependant, les médecins ayant déjà prescrit cette contraception notaient un problème de délivrance en pharmacie, les patientes se voyant parfois refuser la délivrance en

totalité, car elles revenaient trop tôt récupérer leur contraception.

« Alors par contre, moi, j'ai déjà eu ce problème, c'est les pharmacies. Moi en enchaînant les pilules, on revient plus souvent. J'ai déjà eu une remarque d'une pharmacie, " Mais là vous revenez un peu trop tôt par rapport à votre ordonnance." » (4Q6)

*« Avec les pharmacies, c'est compliqué d'avoir six mois de pilule d'avance »
(5Q2)*

C. La perception et le vécu des règles chez la patiente comme critère déterminant dans la pratique d'une aménorrhée contraceptive par le médecin

a. Le vécu des règles et le mode de vie des patientes influençaient la pratique du médecin

Pour les praticiens, les patientes étaient désireuses d'une aménorrhée quand elles faisaient face à des douleurs ou à des saignements importants qui les gênent dans leur vie.

« Celles qui saignent et qui sont empoisonnées par ça » (1Q5)

*« Mais après, celles qui m'en parlent. Donc c'est plutôt si il y a un souci avec leurs règles [...]. Il y en a qui exècrent ça, qui n'aiment vraiment pas avoir les règles, car c'est associé aussi à la douleur ou c'est long. »
(2Q4 - 7)*

« Alors de la part des patientes, c'est souvent arrêter les règles quand elles sont douloureuses, longues ... » (9Q4)

« Généralement les patientes qui ont des fibromes par exemple, qui sont en demande du coup d'arrêter les règles à juste titre » (10Q1)

L'aménorrhée était également souhaitée par les patientes face à un syndrome pré-menstruel invalidant, avec par exemple des migraines cataméniales.

« Soit c'est à but contraceptif ou régulariser les cycles ou " J'ai un syndrome pré-menstruel important', donc jouer sur les symptômes » (4Q4)

« Il y a aussi toutes celles qui ont des migraines cataméniales, les syndromes prémenstruels qui peuvent être liés. J'en ai eu effectivement et celles-là sont demandeuses aussi » (10Q8)

Le désir d'une contraception sans règles n'était pas en lien systématique avec un vécu anormal des règles. Certaines femmes étaient à la recherche d'un simple confort quotidien.

« Ce sont souvent des motifs de praticité. Oui, essentiellement ... C'est dans un but de confort [...]. Je pense qu'il y a des raisons médicales, mais elles passent derrière » (1Q2 - 5)

« Ouais, c'est les post-grossesses et les jeunes femmes. Pour le confort et le côté pratique » (5Q2)

« Confort de vie. J'ai été confronté à des jeunes filles qui m'ont demandé si c'était possible de supprimer les règles [...], c'est vraiment un confort de vie et ça les arrange du point de vue activité » (10Q1 - 5)

Ce souhait de confort était, pour nos médecins, en lien avec un mode de vie plutôt actif, que ce soit pour la pratique du sport ou une convenance professionnelle, les menstruations représentant donc une gêne quotidienne.

« Celles qui optent pour une contraception avec aménorrhée, j'ai l'impression que c'est plutôt des femmes actives, sportives (...), plutôt dynamiques [...], qui trouvent ça plutôt confortable de ne pas avoir de règles, de ne pas s'inquiéter » (4Q2)

« La demande vient souvent de [...] celles qui sont liées à des métiers d'apparence. Chez des sportives ... hôtesse de l'air ... Je comprends, la pilule, c'est difficile à gérer avec le décalage horaire. » (9Q4)

« J'ai été confronté à des jeunes filles qui m'ont demandé si c'était possible de supprimer les règles. Pas spontanément, mais c'est dans la discussion, des jeunes filles qui me disent qu'elles sont très sportives ... Donc un profil actif, généralement. » (10Q1)

Pourtant, dans le discours des praticiens, nous avons remarqué que la demande d'une aménorrhée des patientes était essentiellement orientée vers un dépannage ponctuel, pour des événements de vie par exemple.

« Pour provoquer une aménorrhée, dans ce but-là, je l'ai fait il y a quelques mois à une dame [...] qui allait se marier et voulait pas avoir les règles pendant son mariage » (4Q2)

« Oui, ça m'est arrivé ... veille du mariage. Oui, en dépannage [...], les sportives qui me disent, " J'ai une compétition de judo, je vais avoir mes règles." [...] de la fille qui part en vacances et ne voudrait pas les avoir ... à la mer » (6Q2)

« C'est soit des sportives ou quand elles ont des stages à faire et que ça les embête » (7Q2)

« C'est plutôt des patientes nullipares, donc plus jeunes, entre 20-25 ans qui souhaitent ... Par exemple, le compagnon vient passer quelques jours alors qu'ils ne se voient pas souvent, pendant la période des règles, et qui veulent avoir des rapports sans problèmes. Enfin c'est surtout ça. » (8Q2)

« Il y a aussi cette demande de ne pas avoir de règles ... il est vrai qu'il y a une nouvelle demande que j'aperçois récemment, c'est l'été, " Je ne veux pas de règles." Donc cette période-là, elles me demandent comment faire. Donc on fait ça ponctuellement avec une contraception orale ou un peu plus durablement avec un implant ou un Mirena. » (9Q4)

Cette utilisation ponctuelle de l'aménorrhée était déjà connue voire même pratiquée par les patientes, qui usent de manière détournée de leur contraception, parfois sans voir leur médecin.

« Je peux leur dire de le faire pour des moments où il y en a qui me disent qu'ils la prennent en continu » (3Q6)

« Mais généralement non, elles n'ont pas de crainte particulière. C'est assez bien accepté et elles le font spontanément avant même de vous le dire. Moi, j'ai déjà vu des patientes me dire, " Moi, j'enchaîne les plaquettes parce que ça me dérange." » (10Q4)

b. Pour les médecins, il existait une dualité de la vision des règles en fonction de l'âge des patientes, avec règles pour les jeunes et sans règles pour les mères

La prescription d'une contraception sans règles au long cours par les médecins paraissait être complexe chez les plus jeunes. Pour eux, les règles ont une connotation rassurante et font partie d'un vécu normal, d'un quotidien auquel il ne faut pas toucher.

« Non, je pense que les jeunes filles sont attachées à leurs règles » (2Q3)

« Même quand on leur explique que ce n'est pas grave de ne pas avoir ses règles, elles ne sont pas hyper à l'aise » (5Q3)

« Les jeunes, à ce que j'en perçois, ont du mal à s'imaginer sans règles » (9Q2)

Pour eux, la réassurance d'avoir ses règles, chez les plus jeunes notamment, était en lien avec la réassurance sur l'absence de grossesse et le fait que cela représente un rythme dans la vie des femmes.

« Elles savent où elles en sont » (1Q4)

« Ah oui, beaucoup sur le fait de ne pas avoir de règles, " J'aime pas ne pas avoir de règles, comment savoir si je ne suis pas enceinte ? ". Ça revient très très souvent. » (3Q4)

« Le fait de pas avoir de règles, certaines ont l'impression qu'elles vont

devoir faire un test de grossesse tous les mois » (4Q2)

« Généralement, les jeunes, elles veulent le conserver, elles ont la trouille [...], elles ont peur de je sais pas quoi, ou de pas savoir si elles sont enceintes ou pas. J'imagine que n'ayant jamais été enceintes, elles ne vont pas le savoir. » (5Q3)

Les praticiens expliquaient que les jeunes femmes s'identifient selon leurs menstruations, et qu'il existe une construction sociale autour de ce phénomène qui leur permet de se construire en tant qu'individu, mais également au sein d'un groupe. L'usage d'une contraception sans règles était donc pour eux source d'une aliénation de ce phénomène.

« Alors, je pense que, pour les toutes jeunes, quand elles veulent les garder, c'est pour faire partie de cette structure qui se crée à cet âge-là. " Toi t'as eu tes règles à quel âge ? " ... Je pense qu'il y a finalement une organisation sociale, psychologique, sociétale de, ben on passe un cap, même si c'est un " cap " (dégoût) et de comment s'explique la sexualité. Et je pense que, si on supprimait les règles dès le début, ça casserait cette structuration » (5Q7)

« Chez les toutes jeunes, chez qui les règles sont quand même récemment installées et font partie des choses de la normalité, il est normal d'avoir ses règles et elles veulent entrer dans cette normalité-là. » (9Q2)

« Les règles chez les jeunes filles, j'essaye de préserver quand elles sont très jeunes [...] ... on me les amène, elles ont 11-13 ans et le schéma corporel est en train de se construire après la puberté avec cette histoire de règles, donc j'essaye de préserver ce côté [...]. Un schéma sans règles dès l'âge de 13-15 ans, j'ai peur ... c'est peut-être bête, mais qu'elles oublient ce que c'est. » (9Q3)

À l'inverse, les règles étaient, chez les femmes expérimentées, ayant déjà eu des enfants, perçues comme un phénomène inconfortable et inutile. Certains évoquaient le fait qu'elles étaient moins influencées par les craintes associées à l'absence de règles.

« Il y a aussi des femmes plus âgées qui disent, " C'est bon, j'ai donné, je suis très bien avec Mirena ou l'implant." » (4Q2)

« C'est physiologique, mais, si on veut pas d'enfant, ça sert à rien et c'est dans ce cadre-là qu'elles le veulent. » (5Q7)

« Mais en règle générale, la demande d'arrêt des règles vient, je pense, des femmes au-delà de 35-40 ans qui sont dans la deuxième période de leur vie génitale [...]. Elles sont moins influencées et, surtout, une certaine lassitude d'avoir les règles tous les mois. Surtout quand il n'y a plus de projet d'enfant. [...] Une fois qu'une femme a eu des enfants et qu'il n'y a plus du tout de projet de grossesse " À quoi servent les règles ? " [...] C'est plus facile et elles sont plus facilement convaincues quand elles ne savent pas qu'il y avait des méthodes de contraception sans règles. À partir de 35-40 ans, quand elles ont atteint leur projet de maternité, certaines accueillent ça avec joie " Mais ça existe ? Pourquoi on ne m'en a pas parlé ? " . » (9Q2)

c. L'influence socio-culturelle péjorative sur les croyances des femmes, à propos des règles, tenait les femmes, entre une aménorrhée libératrice et certaines traditions

Pour les médecins, les représentations des patientes sur les règles faisaient appel à plusieurs notions. Les règles étaient une fatalité de la Nature et un symbole de bonne santé. Elles représentent donc un phénomène rassurant, mais qui est nécessaire.

« Non, parce que les femmes de ma génération ... C'est un phénomène naturel, les règles ... C'est une fatalité, même. » (1Q2)

« Et d'autres qui vont se sentir moins [...], elles vont me dire, " C'est pas normal car il faut des règles. " » (4Q2)

« Il y a quand même des femmes qui considèrent que c'est un processus naturel, et que comme beaucoup de gens entravent ce que la nature a mis en place, c'est forcément mal d'une manière ou d'une autre » (8Q6)

« Tant qu'il y a un projet lointain ou pas et qu'on veut se sentir normale ... fertile ... " Voilà, tu es une femme, tu as tes règles, tu saignes et tout va bien. " » (9Q2)

« La signification des règles est importante chez certaines femmes, j'ai des femmes qui me disent, " J'ai besoin d'avoir mes règles, j'ai besoin de savoir que, tous les mois, je vais avoir des menstruations, que tout fonctionne. " » (10Q3)

Les praticiens évoquaient également l'existence d'une symbolique de purification chez les patientes, l'aménorrhée étant donc considérée comme un phénomène pathologique.

« Là aussi, je parlais de purifier, ce n'était pas pour rire. Quand même, ce concept de quand on a ses règles, on se purifie, on le retrouve ... » (1Q4)

« L'idée que les règles, ça nettoie, après on est sur des croyances et des fantasmes. Que c'est important d'avoir les règles, que ça a une fonction » (3Q4)

« Non ... J'en veux pour preuve les femmes que ça a l'air d'inquiéter. Il y en a, quand on prescrit des progestatifs et qu'on dit que ça peut arrêter les règles, ça a l'air de les inquiéter [...], une espèce de croyance de rétention, une impression que les règles, c'est pour évacuer les déchets, quelque chose qui doit partir et donc, le garder en soit, ça leur fait peur » (8Q6)

« Et souvent, il y a l'idée fausse que si les règles ne sortent pas, ça va les empoisonner, ' Elles vont où mes règles, mais ce sang, il faut qu'il sorte, c'est du sang pas bon ' . [...] j'ai vu ça chez les jeunes qui me disent " Ma cousine m'a dit qu'elle a grossi parce que le sang ne sortait pas " . » (9Q12)

Ces représentations des menstruations étaient, pour nos médecins, influencées par la culture et la religion des femmes, qui en font un phénomène tabou et angoissant. Ils citaient par exemple l'image des règles comme une purification nécessaire, mais pourtant taboue car impure.

« J'en ai même qui me demandent ça quand elles ne veulent pas avoir

d'enfant et qu'elles n'osent pas le dire à leur mari (population musulmane) [...], elles arrivent toutes seules en consultation, vérifient que personne ne les a vues. Surtout dans le quartier, c'est assez religieux donc c'est pas forcément ... c'est pas quelque chose qu'on met en avant. » (5Q2 - 3)

« Le tabou, mais non seulement le tabou de quelque chose qui serait impur, impropre [...]. Et encore plus dans la population musulmane que chez les catholiques où il y a tout ce côté impureté du sang des femmes et de tout ce qui sort de la femme. Encore très présent actuellement, je trouve, un peu trop. » (9Q1)

« Et ça dépend des cultures de chacune. Ben disons que sur les patientes qui me demandent une aménorrhée par pilule, c'est rarement des dames croyantes [...]. Mais dans mes souvenirs, c'est vrai qu'il y a un petit lien, je pense avec les croyances religieuses surtout. J'ai des patientes, notamment une patiente qui était de confession musulmane et qui, elle, par contre, tenait à avoir ses règles, je ne sais pas si c'était en lien avec ça, mais pour elle, c'était important. » (10Q6)

Cette impureté menstruelle est source d'une mise à l'écart des patientes pour nos médecins. L'aménorrhée permettait d'ailleurs d'apporter une forme de liberté, en offrant la possibilité, par exemple, de participer à la vie de famille en évitant leurs menstruations.

« Mais même dans notre société, exemple dans les synagogues, les femmes sont à l'étage parce qu'il faut pas qu'elles soient avec les hommes quand elles ont leurs règles donc elles restent tout le temps en haut » (2Q7)

« [...] je dois faire très attention quand il s'agit de musulmanes, les femmes musulmanes sont impures le temps des règles, donc, n'a pas le droit de prier, n'a pas le droit d'aller à la mosquée et doit interrompre le ramadan. Donc si on a une période avec une contraception sans règles, ça peut aller. Si il y a des spottings et qu'elles ne peuvent pas prévoir, alors c'est très compliqué pour elles, par rapport à la religion. Ou alors elles me demandent de rendre les règles prévisibles, alors je leur explique et montre comment jouer avec la pilule [...], éventuellement d'écourter ou prolonger

les comprimés actifs pour pouvoir participer à la vie culturelle et la vie de famille » (9Q3)

« Dans la société, je ne sais pas. Dans certaines sociétés, oui ... Par exemple, les valeurs des femmes musulmanes ou juives, on en a beaucoup moins, c'est aussi le cas. Leur place, dans leur société, leur famille et leur communauté, c'est la mise à l'écart. [...] Et ces femmes-là, je me dis, si elles n'avaient pas de règles, auraient peut-être une autre place » (9Q7)

Les médecins donnaient l'exemple de la population gitane pour parler de l'influence culturelle. Selon eux, cette communauté associe une symbolique importante aux règles, l'aménorrhée et la contraception étant vues de manière négative. Pourtant, l'aménorrhée permet parfois de pallier aux traditions et apporte, là aussi, une forme de liberté.

« " J'ai pas eu de peur de pas tomber enceinte. ", ça, c'était les gitanes avec la contraception, ça reste ancré, c'est un autre type de population » (2Q4)

« Les règles chez les jeunes filles, j'essaye de préserver quand elles sont très jeunes, exemple de la communauté gitane parce qu'elles sont en train ... on me les amène, elles ont 11-13 ans [...]. Après si elles me le demandent, moi, j'accorde, parce que, souvent, c'est une demande de la maman ou de la grand-mère, parce qu'elles sont mariées très vite et la jeune fille n'a pas son mot à dire. » (9Q3)

Pour les médecins, l'influence culturelle venait aussi des médias, qui impacte de manière délétère les représentations que les femmes peuvent avoir et augmente leur scepticisme face à la contraception.

« Mais il y a tellement un courant anti-hormone [...], pour elles, maintenant, leur décision, c'est de ne plus prendre d'hormone » (3Q7)

« Le scandale des pilules, ça m'a énervé ... On a découvert qu'il y avait des effets secondaires, ben oui ... Ça reste un médicament, c'est fou, quoi [...]. Ben oui, c'est des choses que, nous, on sait. Les contraceptions, ça

reste des hormones, donc avec des effets secondaires positifs comme négatifs » (4Q5)

Ils évoquaient notamment Internet, qui s'avère être, pour eux, un amplificateur des croyances et des craintes des femmes, en délivrant parfois de fausses informations.

« Il y a plein de faux trucs qu'on doit voir sur Facebook » (5Q3)

« Elles en ont toutes [en parlant des doutes], les sites sont pas forcément hyper bien faits ... On est là pour répondre aux questions mais je pense qu'il y en a beaucoup qui comprennent pas trop le système » (5Q4)

« Elles sont envahies par des représentations fausses et Internet porte beaucoup de torts parce que ce qui vient en premier sur Internet, c'est tout ce qui se passe pas bien. C'est toutes les histoires de chasse des stérilets qui ressortent par les oreilles » (9Q4)

Les publicités étaient également citées. Les messages qu'elles véhiculent étaient pour eux source d'une image taboue des menstruations et du corps de la femme.

« Et donc c'est trop tabou, la représentation qu'on en fait par exemple, à la télé, sur les publicités pour les serviettes hygiéniques ou les tampons, c'est jamais du sang, c'est bleu. C'est très éloigné, on voit pas le corps de la femme là-dedans, c'est très éthéré, finalement, on ne voit pas de quoi on parle là. » (9Q1)

D. Une prescription dépendante de l'approche centrée patient, clé de l'adhésion

a. La prescription était influencée par l'investissement du praticien dans un rôle d'éducateur pour la santé, facteur d'un choix libre et d'une adhésion des patientes à l'aménorrhée

Dans les entretiens, les médecins évoquaient le médecin généraliste comme un pilier de l'éducation pour la santé gynécologique. La plupart d'entre eux revendiquaient instaurer des consultations dédiées à la contraception avec une réelle formation.

« Moi, je demande aux parents que, dès que leurs filles ont leurs règles, de me les amener et on a une discussion, et à chaque fois je leur demande, " Est-ce que tu sais ce que sont les règles ? " [...] Du coup on a des petites planches et je leur fais carrément un cours d'anatomie, je leur explique [...]. Quand on arrive, des fois, à leur faire comprendre [aménorrhée] et qu'elles acceptent de tester, je leur dis "Faut essayer." » (3Q1)

« La contraception ... une heure ! [...] La contraception, c'est quelque chose d'extrêmement sérieux. Une vraie information. Ma fille a eu la chance d'avoir une mère infirmière ... Le terrain était déjà préparé [...] avec des dessins et ci et ça ... Elles posent des questions [...] Et aussi, comme j'habitais pas loin du collège, l'infirmière du collège pour les 3ème invitait le docteur pour venir parler de contraception pendant 2h avec des tableaux [...]. Je pense que sur un mode ludique, on peut faire passer des messages sérieux » (6Q2 - 4)

« Ben, disons que toutes les jeunes filles sont confrontées à ça. Généralement, ça m'évoque des consultations chez la jeune fille, pré-adolescente. Généralement, c'est à ce moment-là qu'on commence à leur expliquer comment marche le cycle, le fonctionnement des règles, quel est le mécanisme. Quels en sont les symptômes aussi, voilà ... les douleurs, les tensions qu'on peut avoir au niveau mammaire [...]. Généralement, ce n'est pas une demande de leur part, donc c'est moi qui l'introduit, oui... » (10Q1)

Pour faire face aux croyances et représentations des patientes, comme nous avons pu le voir précédemment, les praticiens réalisaient cette éducation pour la santé sur les règles et la contraception par l'utilisation de supports, l'intérêt étant de pouvoir les rassurer sur l'utilisation d'une contraception ainsi que sur l'aménorrhée contraceptive.

« Moi, systématiquement, j'ai un support qui montre [...], je leur montre pour leur montrer l'effet sur le cycle, le fait que l'endomètre ... grossit pendant un cycle et que les règles, c'est fait pour [...], le nid est éliminé et ça donne les règles [...] et que si avec une contraception, l'endomètre ne grossit pas, il n'y a rien à éliminer donc pas de règles. Et si on leur explique

ça, ça les rassure. » (4Q4)

*« Je leur explique que non. Que c'est pas un problème, que quand elles sont enceintes, elles n'ont pas de règles et trouvent ça normal. Je leur décris ce que c'est un peu, le phénomène physiologique des règles »
(7Q4)*

« Je travaille beaucoup pour rassurer les femmes qu'elles ne sont pas sales quand elles ont leurs règles [...]. Je leur explique qu'il n'y a pas de sang qui se produit, il n'y a rien à sortir. [...] J'ai toujours une tablette avec moi où j'explique des schémas anatomiques, l'axe hypothalamo-hypophysaire, je m'adapte à la culture de chacun. Mais elles comprennent, une femme comprend, pour peu qu'on lui explique [...] Après j'ai tout le temps des kits de démonstration de pose de stérilet, d'implants avec des utérus en plastique donc je leur explique. Et des pilules factices en prise continue, la Seasonique » (9Q1 – 4)

Malgré tout, cette consultation, qui pourtant paraît nécessaire pour les praticiens, était vue comme chronophage selon eux, relevant donc d'une volonté de leur part de s'investir pour leurs patientes. D'ailleurs, la revalorisation de cette consultation (cotation CCP) a été vue comme bénéfique.

« Moi, je suis assez à cheval dessus et, systématiquement, quand je leur fais la première consultation, j'étais contente que ce soit côté car ça dure trois plombes, je leur explique le principe de l'examen... » (4Q7)

« Énorme ... Des fois je mets une demi-heure et je leur explique. C'est tout neuf donc, elles ont pas leurs habitudes » (5Q3)

Ce rôle d'éducateur pour la santé gynécologique du médecin généraliste semblait d'autant plus nécessaire, car les médecins évoquaient le fait que, dans leur département, la démographie médicale spécialisée s'étiolo lourdement années après années. Le suivi gynécologique des femmes leur incombe donc et c'est à eux de faire passer ces messages, sans quoi la santé gynécologique serait en péril.

« Pas de gynéco sur la région ... J'ai beaucoup de jeunes filles qui sont

*pas mes patientes et qui viennent chez moi juste pour la contraception »
(7Q3)*

« Là, je suis un petit peu déçue, le planning de l'Aude s'est sabordé au mois de juillet, ils ont disparu en tant que planning. La place de la femme, et tout ce qui concerne la contraception et le suivi, est encore plus fragilisée dans un département qui l'est déjà beaucoup... » (9Q8)

Nous avons pu remarquer, à travers ces entretiens, que les médecins ayant une activité gynécologique, ou réalisant des formations, semblaient plus revendiquer la pratique de l'aménorrhée contraceptive.

« Ben les patientes ... comme elles ne viennent pas trop me parler de leurs problèmes gynéco, les patientes, parce que j'en fais pas » (2Q3)

« Après moi, c'est mon truc, la gynéco, j'aime bien » (4Q7)

« Parce que tous les mardis après-midi, j'ai une consultation où je fais tout ça » (9Q2)

Ce rôle d'éducateur pour la santé allait de pair avec le souhait d'offrir un choix libre en favorisant une contraception induisant une aménorrhée. Les praticiens souhaitaient rendre les femmes maîtresses de leur contraception pour obtenir leur adhérence.

«Moi je leur dis, vous resterez tout le temps maître de votre contraception. [...]. C'est elle qui a le dernier mot, moi, je ne décide pas [...] . Moi, j'essaye de beaucoup dédramatiser la contraception, c'est-à-dire, je leur dis " Mais faut essayer. Moi, je vous mets un stérilet Mirena, il ne vous va pas, vous me le dites et on l'enlève. Je fais ce que vous voulez. Mais tant qu'on essayera pas, on ne pourra pas savoir." Et du coup je leur dis ça, elles veulent bien tenter » (3Q1)

« Je pars du principe que c'est à chaque femme de choisir ce qui lui va bien et pour les raisons qui lui vont [...]. Donc, en fait, ça ne me met jamais mal à l'aise car chacun va avoir ses raisons. J'essaye au contraire de laisser la porte ouverte pour qu'elles puissent se sentir à l'aise [...]. Et puis

je laisse toujours la possibilité ... C'est jamais fixe ... Là, vous pouvez choisir quelque chose et, si, dans quelques mois, vous voulez changer, il n'y a pas de problème » (4Q2)

« Il y a beaucoup de travail à faire sur l'empathie et de se dire que les patientes sont compétentes pour faire le choix si on leur explique le fonctionnement. C'est quand même leur corps, c'est personnel » (4Q7)

Les médecins parlaient de cette pratique en mentionnant que leur rôle était d'être un vecteur d'une information libre et éclairée pour accompagner leurs patientes dans leurs choix.

« Moi, c'est plus ça, je milite pour le choix éclairé ! Notamment en contraception » (4Q7)

« C'est la femme qui choisit et, moi, je m'adapte. Je pense que la contraception, c'est le choix de la patiente et, du coup, l'absence de règle aussi » (7Q7)

« Moi, je me dis, je ne suis pas là pour dire aux femmes combien d'enfants et avec qui, mais je suis là simplement pour les accompagner, avec leurs idées, leur parcours, dans leur vie, elles font leurs choix et, moi, je les accompagne dans leurs choix. " Vous voulez une IVG, je vous accompagne, vous voulez ce bébé, vous voulez des règles." (...) et là jusqu'ici on le voit pas beaucoup, on impose aux femmes et à tout âge. » (9Q8)

« Je pense que c'est une demande licite, il y a pas forcément de jugement. Généralement, je parle pour moi, j'ai un regard bienveillant là-dessus et c'est dans leur droit de le demander comme on peut le faire. C'est quelque chose de normal et ça me choque pas du tout, c'est le choix de la patiente » (10Q7)

Ce libre choix de la patiente était lié à l'utilisation de l'aménorrhée contraceptive, car, pour les médecins, informer sur la possibilité d'une aménorrhée allait de pair avec le fait d'informer la patiente sur la totalité du panel contraceptif existant.

« Quand une femme vient pour une prescription de contraception, je présente systématiquement tout ce qui existe, même si elle vient pour demander la pilule. Et je parle toujours de l'aménorrhée possible, notamment avec les progestatifs » (4Q2)

« Même moi, je vois, à titre personnel, j'ai évolué dans ma vie, ce que je voulais, donc je trouve ça ... On a quand même plein de moyens de contraception à notre disponibilité donc autant présenter et chacune va choisir » (4Q2)

Mais nous avons pu remarquer, dans les entretiens, que la proposition du choix des règles aux patientes paraissait être favorisée chez les praticiens jeunes ou de sexe féminin.

« Qui est-ce qui demande ? Généralement, ce sont elles ... Elles ont des règles abondantes ou ça tombe mal. Non ... Non ... Spontanément non ... Probablement, à cause de mon âge » (1Q2)

« Moi ? Je suis assez neutre avec ça, je demande toujours aux femmes, " Vous voulez des schémas avec ou sans règles ? " » (9Q1)

« Oui, généralement, je leur demande, je peux leur demander, " Est-ce que vous êtes gênée par vos règles, combien de temps elles durent. " Ça fait partie de l'interrogatoire effectivement, parce que ça aide au choix. Ça va déterminer le choix de la contraception ensuite. C'est vraiment, je trouve, un élément très important » (10Q3)

b. L'évolution lente des mentalités des patientes sur l'aménorrhée contraceptive était dépendante du statut social et d'une expérience positive

Pour la plupart, les praticiens notaient un manque de connaissances des femmes sur leur corps et la contraception.

« De toute ma carrière, je crois que j'en ai une qui savait ce que c'était. Et je pense que les mamans ne savent pas non plus. Mine de rien, ça a l'air énorme, mais savoir que c'est la muqueuse utérine qui se détruit et que

tous les mois, ça se remet » (3Q1)

« Ah oui, elles y connaissent rien [...]. J'essaye de poser la question aux petites jeunes et il y en a plein qui ne savent pas [...], il y en a qui savent mais la grande majorité ne savent pas » (4Q4)

« Souvent, elles tombent des nues, "Ah, on peut ne pas avoir de règles ?" [...]. Une grande partie ne savent pas qu'il existe une contraception sans règles. » (9Q1-3)

« Généralement, je trouve que les femmes sont plutôt au courant du fonctionnement de leur corps, elles sont pas mal informées et s'écoutent aussi beaucoup donc c'est bien. On arrive à discuter, elles posent beaucoup de questions donc c'est intéressant. » (10Q8)

Ce manque de connaissances était lié, selon eux, à un défaut de formation sur le plan scolaire, mais également à un manque de transmission au sein de la famille.

« Alors ça évoque surtout une démission de la part de la mère envers la fille [...]. Et souvent les règles sont renseignées par des tiers et pas par la mère [...]. Mais c'est ça, une démission de la mère, " Oh non ! Je ne sais pas comment lui expliquer ! " » (6Q1)

« Il faut déconstruire toutes ces croyances et c'est là que je me dis, mais que fait l'éducation nationale... Je pensais qu'elles avaient des cours de biologie mais bon ... Il y a une grande ignorance. » (9Q2)

Pour les praticiens, la pratique de l'aménorrhée contraceptive était d'autant plus complexe chez les jeunes, chez qui l'inexpérience associée au manque de connaissances sur le sujet font qu'elles restent ancrées sur un schéma de prescription classique.

« Il y a plein d'idées qui restent et en général c'est la pilule ... la pilule ... et la pilule classique ... On prend trois semaines et on arrête une semaine » (4Q4)

« Ah oui, elles y connaissent rien ! Systématiquement, elles viennent pour

la pilule, c'est rare ... Surtout pour les plus jeunes ... C'est rare qu'elles aient entendu parler ... Alors l'anneau, personne ne connaît ... Le patch, si elles ont des copines qui l'utilisent un peu, mais sinon elles ne connaissent pas. Le stérilet, elles en ont vaguement entendu parler mais ça c'est pour les mamans [...] j'essaye de poser la question aux petites jeunes et il y en a plein qui ne savent pas. " Qu'est ce qui saigne ? Je ne sais pas d'où ça vient. " » (4Q4)

« Les adolescentes, en général, c'est la pilule et les 25 ans, c'est l'implant [...]. En général vu le profil avec les pilules, je préfère les cadrer avec ce qu'elles connaissent plutôt que de dire " Ben voilà tu enchaînes et si t'as un doute, ben, tu fais un test de grossesse. " [...] Je préfère garder des schémas déjà connus car c'est pas toujours très simple, surtout quand on a 14, 15, 16 ans.» (5Q6)

Tout ceci peut donc expliquer le fait que, pour les praticiens, la demande d'une aménorrhée venant des patientes était finalement peu fréquente, car méconnue, sauf pour une aménorrhée ponctuelle.

« Je vais être honnête, je pense que c'est plus moi qui propose. Après, je n'impose rien, c'est elles qui choisissent, j'explique toutes les contraceptions qui existent dont celle-là [...]. Certaines viennent et veulent essayer mais c'est plus rare quand même » (3Q4)

« Pour provoquer une aménorrhée, dans ce but-là, je l'ai fait il y a quelques mois [...] une dame qui avait un stérilet au cuivre et qui allait se marier et voulait pas avoir les règles pendant son mariage. Oui, c'était ça, c'est assez exceptionnel. Après j'ai l'impression qu'il y a peu de femmes qui viennent avec cette demande » (4Q2)

« Alors ça se fait au fil de la discussion, ça arrive que ce soit les patientes qui me demandent, on va dire sur dix consultations, ça va faire deux consultations. Il y a des patientes qui sont au courant que c'est possible. Souvent ça arrive au fil de la discussion quand on a fait le point sur la place des règles, est-ce que c'est gênant ou pas ? À ce moment-là, elles peuvent opter pour une pilule qui diminue, voire arrête le cycle » (10Q4)

Pourtant, les médecins notaient une évolution progressive des mentalités des patientes vis-à-vis de l'aménorrhée contraceptive. En comparant à ce qui pouvait se faire auparavant, ils relevaient une demande de plus en plus fréquente.

« De plus en plus elles ne veulent pas les règles alors qu'avant ... J'ai pas 30 ans d'expérience, mais pendant mon internat, elles voulaient les règles, mais maintenant, elles me disent " Ah, on peut avoir un truc où on a plus les règles, c'est trop bien. " [...] Je pense que les gens commencent à piger que c'est pas parce qu'on n'a pas les règles que ça change quelque chose »
(5Q4)

« Je pense que c'est plus facilement rentré dans les mœurs maintenant qu'à l'époque grâce aux contraceptions progestatives, l'implant ... C'est beaucoup mieux accepté, il y avait une époque où il y avait plus de réticence. Avec l'implant, on a considéré que c'était normal. Ça a démocratisé et rassuré les patientes » (7Q8)

« J'ai été confronté à des jeunes filles qui m'ont demandé si c'était possible de supprimer les règles » (10Q1)

Le discours des médecins montrait que l'expérience d'une aménorrhée contraceptive chez les femmes était finalement plutôt positive, et fruit d'une adhérence à long terme.

« J'ai une patiente qui est venue pour un contrôle de Mirena aussi, mardi dernier. Et je lui ai dit " Comment ça se passe sans la pilule, vous avez des saignements ?" Elle m'a dit " Quasiment jamais." Je lui ai demandé si ça se passait bien, " Très bien ", elle me dit, " Je me sens mieux au niveau des hormones, mon humeur est plus stable." Enfin elle était contente »
(3Q2)

« Quand l'implant provoque une aménorrhée, elles sont du coup plus réticentes à revenir à un schéma avec règles. Beaucoup plus réticentes. Quand elles ont goûté, si je puis dire, au schéma sans règles, les règles régulières, ça devient un peu plus fastidieux. » (9Q2)

Les praticiens relevaient que cette contraception pouvait être coûteuse pour certaines femmes, les obligeant à limiter la proposition de prescription ou à bricoler des schémas thérapeutiques avec des contraceptifs remboursés.

« Il y a le Seasonique, c'est rare que je le prescrive ... Je ne sais pas si c'était remboursé depuis. Donc en général je leur mets du Minidril [...], c'est pareil. » (4Q6)

« Je prescris jamais de patch et c'est dommage, mais c'est parce que c'est pas remboursé » (5Q8)

« Mais bon, la haute vallée, c'est très pauvre, c'est une population pauvre souvent peu instruite et peu riche. L'Aude est le troisième département le plus pauvre de France donc j'adapte ... Entre l'instruction, prendre la pilule tous les jours, ça peut revenir cher [...]. Dans ma pratique, la contraception orale n'est pas en première intention parce que j'ai un biais, on va dire. [...] Je ne peux pas prescrire de pilule non remboursée, elles ne la prendraient pas. » (9Q6)

Les praticiens évoquaient également des difficultés selon les populations présentes sur leur territoire d'exercice. La proposition d'une contraception sans règles pouvait donc être plus ou moins complexe selon l'origine des patientes.

« " J'ai pas eu de peur de pas tomber enceinte. ", ça, c'était les gitanes avec la contraception, ça reste ancré, c'est un autre type de population » (2Q4)

« Quand on leur explique que ce n'est pas grave de ne pas avoir ses règles, elles ne sont pas hyper à l'aise [...]. C'est pas vraiment un sujet tabou mais, voilà, elles arrivent toutes seules en consultation, vérifient que personne ne les as vues. Surtout dans le quartier, c'est assez religieux donc c'est pas forcément ... C'est pas quelque chose qu'on met en avant » (5Q3 - 4)

« En première intention, c'est progestatif, c'est implant, stérilet [...]. Parce que j'ai affaire à des populations, la haute vallée, les gitans, le CADA, à qui on demande d'être réguliers dans leur vie, alors que leur vie n'est pas

4. Discussion

4.1. Le choix d'une étude qualitative

Ce travail vise à améliorer la compréhension et la mise en place de nos pratiques. Une étude qualitative était plus appropriée au vu de nos objectifs. Elle permettait d'explorer tous les aspects du vécu et des représentations des médecins interrogés.

Le résultat n'est donc pas une proportion ou une quantité mais une dimension, une conceptualisation.

4.2. Forces et limites de l'étude

A. Forces

a. Réflexivité du chercheur

Pour limiter le risque d'interférence du point de vue personnel du chercheur, nous avons poursuivi notre effort réflexif tout au long du travail de recherche. Durant l'élaboration du guide d'entretien, le chercheur a travaillé sur les préjugés qu'il pouvait avoir. La réalisation des entretiens s'est effectuée en ayant conscience que nous appartenions au même milieu professionnel que nos participants et que cela impliquait que nous puissions avoir des connaissances ou opinions similaires. Nous avons tenté de rester le plus neutre possible. Au cours de l'analyse des données, nous avons essayé de réfléchir sur la subjectivité du chercheur pour éviter que cela ne biaise involontairement notre analyse.

b. Le choix de l'entretien semi-directif

L'entretien semi-dirigé a été choisi car il permet une mise en confiance et une libération de la parole beaucoup plus grandes, mais également nécessaires face à un sujet intime et parfois gênant comme celui des menstruations. Nous avons pu voir avec les participants que la mise en confiance s'est ainsi faite rapidement avec une discussion aisée et dense.

c. La durée des entretiens

La durée des entretiens (entre 12 et 43 minutes) a permis d'explorer correctement l'expérience et les représentations des participants et de recueillir des données, ce qu'une méthode quantitative n'aurait pas permis. La confiance a pu s'installer du fait d'une libre expression des participants sans limitation dans le temps.

d. Renforcement de la validité de l'étude

La validité interne consiste à faire en sorte que les données recueillies représentent au mieux la réalité. Pour limiter l'interprétation inhérente au codage et à l'analyse qualitative, une attention particulière a été portée à ces étapes.

La validité interne de l'étude a été renforcée par :

- Une révision des codages des entretiens au fur et à mesure de l'étude.
- La participation à tous les ateliers d'aide méthodologique proposés par le DUMG de Montpellier-Nîmes et la formation à la recherche documentaire.
- Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

La validité externe consiste à pouvoir généraliser les observations recueillies à d'autres contextes, l'échantillon doit donc être le plus représentatif possible de la problématique.

La validité externe de l'étude a été renforcée par :

- L'échantillon, qui a été ciblé.
- L'obtention d'une diversité de profils de par l'âge, le sexe, le type de pratique et les formations complémentaires en recherchant une variation maximale.

e. Originalité de l'étude

À l'étranger, quelques études ont déterminé que l'attitude des praticiens face à l'aménorrhée déterminait la prescription de cette contraception [6]. La plupart des études se sont fondées sur l'utilisation d'une contraception oestro-progestative en prise prolongée ou continue.

En Europe, des sondages montrent que de plus en plus de femmes souhaiteraient un espacement des règles. Pourtant, quand on s'intéresse à l'Espagne, par exemple, une minorité de femmes se sont déjà vues proposer une contraception sans règles par leur médecin (sondage de 2006 sur 588 femmes) [36]. Les habitudes de prescription sont variables : en Allemagne, une étude de 2002 montrait que la plupart des gynécologues avaient déjà prescrit une aménorrhée contraceptive, mais pour des raisons médicales uniquement (dysménorrhée, endométriose ou SOPK), ce qui correspond aux verbatims de nos médecins. Pourtant, dans cette même étude, plus d'un tiers des femmes gynécologues ont déjà expérimenté cette méthode par choix personnel avec satisfaction. Pourquoi n'intégraient-elles pas le confort pour la prescription aux patientes ? [37 ; 38] Au Royaume-Uni, il semble y avoir une plus grande réticence encore des spécialistes à l'utilisation de cette méthode contraceptive [3]. Les limites évoquées, quant à l'usage d'une contraception sans règles, relevaient dans l'ensemble d'une peur des effets secondaires (cancer, maladie thrombo-embolique) mais également d'une crainte sur la fertilité future [3 ; 37 ; 38].

La possibilité pour les femmes de recourir à ce type de contraception est conditionnée par l'information qui leur est délivrée. Aux Etats-Unis, une étude de 2004 montrait que sur 1470 femmes, la majorité (73%) n'avaient jamais entendu parlé de cette possibilité tandis que la plupart (81%) des 512 professionnels de santé interrogés connaissaient cette méthode. Le choix des règles est probablement sous-évoqué en consultation, bien qu'une autre étude américaine montre, sur 799 professionnels de santé, une augmentation de la prescription d'aménorrhée contraceptive entre 2004 (29%) et 2011 (54%). Cela pourrait être en lien avec la sortie de nouvelles contraceptions dans ce but (Seasonique® en 2006

et Lybrel® en 2007) et la parution de nouvelles études [6].

L'étude de Sulak (2006) aux Etats-Unis conclut que cette prescription est plus souvent proposée par des spécialistes en gynécologie. Les indications de prescription rejoignent celles que nous pouvons trouver en Europe, même si l'utilisation pour un simple motif de confort paraît plus revendiquée. Les freins à son utilisation rejoignent ceux évoqués en Europe également [5]. Les craintes des médecins semblent clairement peser dans la balance de prescription. Nous pouvons même consulter des études au Brésil, dans lesquelles la plupart des médecins avouent avoir déjà utilisé l'aménorrhée contraceptive mais déclarent les mêmes réticences à son usage [39].

À ce jour, peu d'études ont porté sur le thème de l'aménorrhée contraceptive en France dans les recherches documentaires que j'ai pu réaliser. Il est donc intéressant de pouvoir évaluer le point de vue des médecins français à ce sujet.

B. Limites

a. Premier travail de recherche

Ce travail représentait la première expérience du chercheur dans l'univers de l'analyse qualitative. L'inexpérience, malgré une formation avant et durant la recherche, a pu influencer la qualité du recueil et de l'analyse des données.

Par exemple, les premiers échanges durant les entretiens étaient moins fluides, car le chercheur n'était pas encore à l'aise avec l'entretien compréhensif. Ces défauts ont été corrigés au fur et à mesure et les entretiens suivants n'ont pu que bénéficier de cette expérience [34].

b. Biais de recrutement

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat, et il est probable que nous ayons recruté des praticiens sensibilisés à la gynécologie. Ceci a été limité par le fait que, dans les entretiens, le recueil socio-démographique nous a montré que tous n'avaient pas une pratique gynécologique importante ou des formations particulières dans ce domaine.

Les médecins devaient être installés, ce qui excluait les médecins remplaçants, les

internes en médecine, et ceux exerçant en milieu hospitalier. Ce choix nous semble important, car la prescription d'une contraception et la discussion parfois intime qui en découle nécessitent un suivi au long cours des patientes, propre à la pratique du médecin traitant.

Concernant le nombre de participants, le phénomène de saturation a été obtenu et nous avons réalisé encore deux entretiens afin de ne pas omettre de nouvelles données.

En ce qui concerne l'âge et le sexe des médecins, l'objectif n'était pas de diriger les résultats selon l'appartenance à un groupe afin d'avoir un panel varié. Nous nous sommes heurtés au refus de participer de deux médecins qui, après échange par mail, n'ont pas donné suite au vu d'une pratique gynécologique trop peu importante et d'un manque de temps.

Les praticiens exerçaient tous dans le département de l'Aude, le recrutement ayant été volontairement centré sur ce département.

4.3. Les facteurs influençant la prescription

La prescription est un acte complexe pour le médecin qui, au-delà de la mise en jeu des connaissances médicales, fait appel à ses propres représentations et croyances. La contraception est un excellent exemple de cette complexité de l'acte où, au-delà du savoir scientifique, il existe aussi un réel choix de pratique, faisant appel à quelque chose de l'ordre de l'intime. La norme intime du médecin fait d'ailleurs partie du domaine *état de circonstances cliniques* des trois composantes de la décision médicale selon l'EBM [40].

A. Une pratique influencée par les représentations du médecin sur les règles et l'aménorrhée, entre science, croyances populaires et débats de société

a. Les règles étaient perçues par les médecins comme un phénomène gênant et dispensable mais rassurant

Dans notre étude, les praticiens percevaient les menstruations comme une source de

souffrance, en évoquant par exemple les dysménorrhées ou l'endométriose. Ils envisageaient que les règles pouvaient être un simple inconfort quotidien, et il est intéressant de voir que leur vécu personnel rejoignait ces représentations, que ce soit chez les femmes, mais également pour les hommes. Ainsi, N6 évoquait les souffrances de sa sœur et avouait que ses prescriptions étaient réalisées en prenant en considération le vécu de la patiente *comme si c'était quelqu'un de sa famille en face*. Ceci est d'autant plus important que, dans certains pays, l'inconfort menstruel est le premier motif de consultation en gynécologie [1].

En comparaison, dans une étude française de 1999, sur 603 patientes, 25% d'entre elles se plaignaient de troubles menstruels, dont 63% étaient liés aux saignements et 77% à un syndrome pré-menstruel. Ces troubles étaient vécus comme un inconfort important, mais il est intéressant de voir que, hors troubles menstruels, 46% considéraient les règles comme un phénomène gênant au quotidien. Cette vision va donc de pair avec celle de nos médecins [6 ; 41]. Il serait intéressant, sur une autre étude, de comparer le point de vue du médecin et celui de la patiente sur ce vécu pour apprécier leurs concordances et étudier la façon dont le sujet est abordé en consultation.

Nos médecins décrivaient pour la plupart les règles à travers un discours médical, en évoquant des notions de physiologie. Ils n'étaient pas inquiets quant à une possible aménorrhée, et cela leur permettait d'avoir un discours de réassurance face aux craintes des patientes. Malgré tout, les menstruations restaient l'objet de croyances populaires profondément ancrées, même dans le corps médical. On retrouvait l'évocation de différents thèmes :

- La purification, décrite dans plusieurs anciens textes médicaux ou religieux. Cette idée persiste chez les professionnels, malgré les connaissances actuelles et l'apparition d'études prouvant l'absence de toxines ou de déchets nécessitant d'être éliminés [28].
- Un phénomène rassurant et symbole de bonne santé. L'aménorrhée a longtemps été considérée comme pathologique, dès les premiers écrits médicaux. La présence des règles représente encore un signe de bon fonctionnement du corps et d'une fertilité préservée. La contraception sans règles est donc associée à la crainte d'aller à l'encontre du fonctionnement d'un organe et de l'altérer, comme N9 l'expliquait en affirmant que les règles sont *une chose qui montre que le corps fonctionne bien* [42]. Pourtant, l'utilisation des progestatifs est maintenant courante et n'a pas montré d'impact sur la fertilité. Les études actuelles sur l'utilisation d'une

contraception oestro-progestative en continu sont également rassurantes quant au retour d'une fertilité normale à l'arrêt [28].

Ces croyances autour des menstruations sont également perceptibles à l'international, que ce soit aux États-unis (Sulak, 2006), en Angleterre (Sauer, 2013 et Loudon, 1977) ou en Afrique et en Asie (Glasier, 2003). Dans ces études, les praticiens ne se sentaient pas à l'aise en proposant une aménorrhée contraceptive, à cause d'une crainte d'un impact sur la fertilité ou de l'impression que les règles étaient essentielles [1 ; 3 ; 4 ; 5]. La perception des règles comme étant nécessaires est justement analysée, dans une étude américaine (Edelman, 2011) et dans l'étude de Glasier, comme étant un facteur limitant la prescription d'une contraception sans règles. Glasier explique d'ailleurs que les prescripteurs *surestiment l'importance des menstruations mensuelles chez leurs patientes*, et que *leur recommandation est liée à leurs propres perceptions plutôt qu'au désir réel des femmes*. Ces études confortent notre idée que la perception intime de ce phénomène joue un rôle fondamental dans les habitudes de prescription et représente un frein. Un travail sur les croyances dans la population pourrait donc être bénéfique de manière indirecte pour les médecins [1 ; 43].

b. L'aménorrhée contraceptive était considérée comme un bénéfice dont la pratique restait paradoxalement circonscrite

La thèse du Dr Weber cite une étude européenne, sur 1319 femmes, qui affirmait que la moitié (57%) souhaiterait un espacement des règles pour améliorer leur qualité de vie en terme de sexualité, d'activités sportives, mais également sur un plan socio-professionnel, souhait qui rejoint donc les notions de confort citées par nos praticiens [8].

Dans notre étude, l'aménorrhée contraceptive était perçue comme une prescription avec une balance bénéfique/risque favorable. Les médecins concédaient qu'un traitement hormonal soit source d'effets secondaires, mais, pour la plupart d'entre eux, la balance d'utilisation restait en faveur de son usage. Cette prescription était également vue comme une avancée médicale, en termes de choix pour la patiente qui peut envisager l'absence ou non de règles et d'avoir le choix d'une qualité de vie par le confort qu'elle procure, allant même jusqu'à parler d'un *modernisme de la médecine* d'après N8.

Pourtant, malgré ces perceptions, qui devraient être des facteurs motivant la

prescription, les indications évoquées en pratique chez nos médecins étaient essentiellement orientées vers un usage dans un cadre pathologique, et non à simple but de confort. Ces indications rejoignent celles de deux études américaines de 2006 et 2011 qui notaient chez des professionnels de santé une indication pour la COP en régime étendu, avec les saignements abondants (67% - 76%), les dysménorrhées (78% - 82%) ainsi que les symptômes pré-menstruels (67% - 71%). Mais il est intéressant de voir qu'ils proposaient aussi majoritairement cette prescription dans un but de confort (89% - 86%). Contrairement à nos praticiens, les médecins, aux Etats-Unis, semblent plus enclins à proposer une contraception sans règles durable, pour une indication de confort. Cette différence peut être liée en partie à une commercialisation plus ancienne d'un contraceptif ayant pour but une aménorrhée aux Etats-Unis, et à un rapport au médicament différent [5; 44]. Cette réticence évoquée dans notre étude est également soulignée ailleurs, notamment par Loudon en Écosse, qui indique que la moitié des médecins préféreraient rester sur une prescription de contraception classique. Loudon notait d'ailleurs que les praticiens semblaient nettement moins enthousiastes que les patientes quant aux avantages d'un régime sans règles [4].

Cette utilisation restreinte dans notre étude s'expliquait, entre autres, par une inquiétude de cacher une grossesse, notamment chez les plus jeunes dont l'inexpérience fait craindre un risque de mésusage difficile à évaluer. Elle était également due à la crainte de passer à côté d'une aménorrhée secondaire. C'est d'ailleurs pour ces mêmes raisons que les femmes ont massivement rejeté le schéma sans règles lors de la mise sur le marché de la pilule aux Etats-Unis en 1960.

Concernant la crainte d'une grossesse, le risque d'échec, évalué par l'indice de Pearls, est plutôt rassurant concernant les progestatifs. La question peut se poser avec la COP continue, et le CNGOF a sur ce point réalisé une revue de la littérature. Ils retrouvent des résultats comparables pour le calcul de l'indice de Pearls, que ce soit en utilisation classique ou continue. L'intérêt de cette contraception pourrait donc résider dans le moindre risque d'oublis après la pause de sept jours, rassurant face au mésusage. Le CNGOF appuie cette réflexion en citant l'étude de Miller, qui mettait en lumière une meilleure compliance des patientes sous COP continue. Durant les trois premiers cycles, 30% ont oublié au moins 3 comprimés en prise cyclique contre 15% en prise continue et, à un an, les chiffres sont de 32% contre 7% [29 ; 32].

La crainte de l'aménorrhée secondaire est également à considérer dans la prescription. Elle est évoquée par le Dr Grant (Gynécologue) dans une lettre de réponse aux études sur

l'aménorrhée dans *The Lancet* [45]. Il serait intéressant d'avoir des recommandations officielles quant à la conduite à tenir face à ce type de contraception. Est-il nécessaire d'arrêter ponctuellement cette aménorrhée pour s'assurer du bon fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique ? Un bilan systématique devrait-il être mis en place avant la prescription ?

c. La prescription de l'aménorrhée contraceptive était vécue comme un acte féministe permettant de lutter contre un paternalisme médical

Quelques médecins concevaient la prescription d'une contraception sans règles comme une source d'émancipation. Elle représentait une liberté pour la pratique des loisirs et du sport, sans contraintes, mais également concernant le développement personnel, pour choisir une carrière professionnelle difficilement compatible avec les menstruations, comme l'armée ou les métiers de l'art, pris comme exemples par quelques médecins. Mais c'est aussi une forme de liberté pour faire face à une ambiance de travail parfois exigeante et oppressante, comme le soulignait N9 avec l'exemple d'une entreprise limitant les *pauses pipi* des employées.

La thèse du Dr Bessaïh (Montréal, 2003) a étudié le phénomène des menstruations au travail [46]. Elle explique que, jusque dans les années 1980, la remise en cause des femmes au travail a été importante, car elles étaient considérées comme *moins performantes* durant leurs menstruations. Certains médecins, comme le Dr Katharina Dalton, poussaient même au traitement des menstruations pour des raisons économiques, en avançant l'argument de *la quantité d'argent perdue par les entreprises à payer des quasi-invalides*. Un sondage français de 2019 a souligné que « 65% des personnes sondées déclarent qu'il existe encore un tabou autour des règles dans le monde du travail » [47]. La médicalisation peut être critiquée, mais actuellement, elle répond à une revendication de certaines femmes. Dans une revue de la littérature anglaise de MacGregor (2017), nous retrouvons une étude où 270 femmes indiquaient que les règles interféraient avec leur vie sexuelle (75,6%), préféreraient ne pas les avoir au travail (28,8%) et affirmaient que cela les empêchait de pratiquer un sport (48,4%) [2]. L'image d'une aménorrhée source de liberté permet d'accompagner les patientes dans leurs désirs personnels et/ou professionnels et d'évacuer le tabou.

Un médecin a évoqué cette pratique comme écologiste, pour réduire l'impact de l'usage des protections intimes sur l'environnement. Cette idée pourrait être dans les

années à venir un argument supplémentaire, alors que certains critiquent le coût des protections et demandent leur remboursement. Ces notions font appel aux idées éco-féministes, lancées en partie par Françoise d'Eaubonne qui a créé le terme d'écoféminisme dans son ouvrage de 1974, *Le féminisme ou la mort*. Elle explique que la lutte pour l'environnement et les droits des femmes sont similaires, et ont pour ennemi commun le *capitalisme patriarcal* qui a progressivement imposé un contrôle et une vision négative à leur sujet. Ces mouvements ont également fait référence aux toxiques contenus dans les protections hygiéniques qui polluent non seulement la planète mais aussi le corps des femmes [48].

La notion de féminisme était également évoquée par les médecins lorsqu'ils décrivaient cette prescription comme une forme de lutte contre un paternalisme médical et contre une contraception imposée. Certains médecins avaient le désir de rendre la patiente actrice de la prescription, selon le troisième axe de l'approche centrée patient de Stewart (*s'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage de responsabilités*), ce qui les poussait à proposer toutes les alternatives de contraception existantes. Le choix des règles permettait, d'après eux, d'apporter une plus grande liberté aux femmes dans leur parcours contraceptif, une meilleure considération de leur vécu et, *in fine*, une plus grande maîtrise de leur corps (N3 : « *Plus d'égalité à mon avis [...] tout ce qui concerne les femmes, ce n'est jamais vraiment très pris en compte* »).

L'idée d'un paternalisme persistant n'est pas totalement erronée, puisqu'un document de l'INPES et du gouvernement français de 2007 parle encore d'une *norme médicale contraceptive*, et d'une *prescription très orientée par les médecins*, qui n'est pas forcément adaptée aux patientes. En s'appuyant sur l'étude COCON, ce document explique que deux tiers des grossesses non prévues surviennent chez des femmes déclarant un moyen contraceptif, et qu'elles attribuent ces échecs au fait qu'elles n'aient « *pas eu le choix de la méthode qui leur a été prescrite et qu'elle ne leur convient pas* » [49]. La lutte contre un paternalisme persistant permettrait donc de renforcer non seulement le rôle des patientes dans la décision de prescription mais aussi d'améliorer leur adhésion à celle-ci en évitant les échecs.

B. Une prescription influencée par la pratique du médecin et ses représentations : progestatifs habituellement malgré leurs inconvénients, oestro-progestatifs occasionnellement pour le confort

a. Une prescription par habitude orientée vers les progestatifs malgré leur profil imparfait

Dans la thèse du Dr Weber, les patientes sous progestatifs étaient une minorité (19%) à souhaiter conserver des règles, à l'inverse des femmes sous contraception oestro-progestative (49%). L'idée d'une aménorrhée sous progestatifs fait donc son chemin, même chez les patientes, qui semblent désormais demandeuses de cette contraception sans règles [8].

La thèse du Dr Lefebvre portant sur l'implant contraceptif notait que l'apparition de saignements prolongés était une cause d'arrêt anticipé du traitement, mais l'information préalable à la patiente sur les profils de saignement était associée à moins d'arrêts anticipés [50]. Tout comme dans notre étude, la mauvaise tolérance, avec notamment les *spottings*, reste un frein à l'usage des progestatifs dans l'aménorrhée contraceptive, mais l'information préalable à la patiente est un facteur d'adhésion, comme l'évoquaient nos médecins (N4 :« *Je trouve ça important d'en parler, c'est toujours mieux accepté* »).

b. Une aménorrhée mieux acceptée grâce à un usage plus fréquent de l'implant et du stérilet mais conditionnée à la pratique du médecin

L'étude Santé Publique France (2016) montre que, depuis 2010, l'utilisation de l'implant s'est développée, notamment chez les 15–25 ans, tandis que le DIU hormonal est préférentiellement utilisé chez les 20–30 ans [25]. Notre étude va dans le sens de cette évolution. L'aménorrhée provoquée semble améliorer l'acceptabilité chez les praticiens et les femmes.

Nous avons remarqué que l'absence d'actes techniques gynécologiques semblait liée

à la proportion faible d'activité gynécologique du praticien, évoquée lors du recueil socio-démographique. Les médecins l'attribuaient à une crainte de réaliser un acte relevant du spécialiste d'organe. Pourtant, ces méthodes sont simples d'utilisation et permettent d'accompagner les patientes à risques d'oubli. En consultant le site du CDOM, la carte de la démographie médicale audoise permet de constater que, sur le plan gynécologique, ce département fait partie des démographies les plus basses et paraît en péril, avec une majorité de praticiens âgés [51].

L'absence de pose d'implants ou de stérilets au cabinet représente donc un frein à son utilisation et sa prescription. Une plus grande formation des étudiants aux gestes en faculté serait donc bénéfique, comme j'ai pu le voir et l'expérimenter lors de la formation aux gestes techniques en gynécologie à la faculté de Montpellier. Le changement de la maquette de médecine générale imposant un stage en gynécologie pourrait également trouver son sens face à cette réticence.

c. Une utilisation des oestro-progestatifs dans l'aménorrhée méconnue ou compliquée pour les praticiens, malgré un usage ponctuel courant

Concernant les oestro-progestatifs, les médecins avouaient l'utiliser de manière détournée pour obtenir une aménorrhée de dépannage. Tous les médecins interrogés proposaient cette alternative à leurs patientes pour un événement de vie ou pour raisons personnelles.

Dans les études internationales, cette utilisation détournée est largement évoquée et a été abordée dans plusieurs études, que ce soit en Angleterre (Sauer en 2013) ou aux Etats-Unis (Sulak en 2006 ; Seval en 2011). Si nous prenons l'exemple de l'étude la plus récente, celle de Sauer, les praticiens interrogés étaient 62% à proposer de manière ponctuelle cette contraception pour convenance personnelle [3 ; 5 ; 44].

Lors de l'évocation d'une utilisation continue, la plupart de nos médecins connaissaient peu ou mal cette méthode, et seulement trois médecins étaient informés de l'existence d'une forme dédiée (*Seasonique*®). Pour ceux ayant connaissance de l'utilisation en continu, le frein principal à la prescription était le manque de connaissances et de références claires à ce sujet, notamment concernant les risques à long terme, qui sont source de crainte.

L'étude de Sauer & al en Angleterre (2013) a porté son attention sur l'avis des

médecins à propos de la COP en régime étendu. Elle souligne qu'une majorité de médecins, sur un panel de 105, avaient délivré une information sur la pilule en continu (84%), mais que seulement 29% ont délivré cette information à, au moins, la moitié de leurs patientes. Mais 34% déclaraient ne pas se sentir à l'aise en prescrivant une COP en régime étendu et avaient un désir fort d'informations et de recommandations, notamment sur les effets à long terme, ce qui va dans le sens de notre travail [3].

L'étude américaine de Seval & al (2011) se fonde, elle, sur un sondage de 799 professionnels de santé. Dans cette population, 92% avaient déjà recommandé un régime étendu et 82% pensaient que ce régime n'était pas lié à un surcroît de risques pour la santé, en comparaison avec un régime classique. Les craintes relevées étaient celles des risques thrombo-embolique et carcinologique, mais également l'impact sur la fertilité. Ils ajoutent qu'entre 2004 et 2008, la prescription de ces régimes a augmenté dans leurs études, probablement en lien avec l'autorisation par la FDA de plusieurs régimes étendus et l'apparition d'un plus grand nombre d'études depuis. Pourtant, quand les chercheurs se sont intéressés à leur pratique quotidienne, ils étaient finalement 73% à utiliser essentiellement des régimes classiques [44]. Les pratiques diffèrent donc selon les pays, mais les craintes face à l'utilisation de la COP continue persistent et l'absence de recommandations claires reste un frein majeur à cette utilisation. Pourtant, la plupart de nos praticiens se sont montrés intéressés, souhaitant recevoir de la bibliographie à travers cette thèse pour adapter leur pratique. Peut-être serait-il intéressant d'avoir des recommandations plus récentes, et à destination des médecins généralistes, pour faire le point sur cette pratique.

Le CNGOF a fait le point sur ces *contraceptifs saisonniers* en réalisant une revue de la littérature (2009). Pour eux, l'indication de cette pilule relève des désordres médicaux (*dysménorrhée, endométriose*) mais également du confort (*sport, vacances, profession, vie sexuelle*). L'usage d'une COP en régime étendu a une tolérance égale à celle de la prise cyclique pour eux, en offrant *une réduction des menstruations, une possible amélioration de la compliance et de la qualité de vie*. Pourtant, Seasonique® reste conditionnée pour avoir une hémorragie de privation à trois mois et aucune autre pilule OP n'a l'AMM en France pour un schéma avec aménorrhée.

Il existe un frein à la délivrance de la pilule en continu, avec des difficultés à obtenir l'intégralité des plaquettes nécessaires à une prise en continu ou un refus de délivrance, ce qui est à mettre en lien avec l'absence d'AMM.

C. La perception et le vécu des règles chez la patiente comme critère déterminant dans la pratique d'une aménorrhée contraceptive par le médecin

a. Le vécu des règles et le mode de vie des patientes influençaient la pratique du médecin

Certaines femmes détournent l'utilisation de leur pilule sans consulter leur médecin. Ce phénomène n'est pas exceptionnel ni récent, puisqu'une étude australienne de 1988 montrait que 43% des patientes déclaraient avoir déjà manipulé leur contraception pour éviter ponctuellement leurs règles [6].

Dans la littérature, une étude de 2009 sur 1224 patientes dans trois différents pays (Brésil, Allemagne et USA) soulignait que la demande d'une aménorrhée était essentiellement liée aux problèmes des dysménorrhées. Cette demande est donc plus importante chez les femmes dont les menstruations interfèrent avec leurs activités personnelles [52]. Ceci conforte donc l'avis de nos praticiens, et est appuyé par une revue de la littérature de 2013 qui explique que les femmes désirant un espacement des règles ont une perception négative des règles ou des symptômes cataméniaux gênants. À l'opposé, celles que la suppression des règles n'intéresse pas sont plus susceptibles de s'inquiéter de l'utilisation d'une aménorrhée, ce qui explique peut-être un usage prédominant de l'aménorrhée de façon ponctuelle dans les indications de confort. Une perception négative des menstruations dans la vie des patientes peut les pousser à se renseigner sur une aménorrhée durable, qui paraît donc plus acceptable face aux problèmes qu'elles subissent. Pourtant, la revue de 2013 citait une étude américaine dans laquelle une majorité de patientes n'avait jamais entendu parler de la possibilité d'une contraception sans règles, alors que les praticiens étaient informés sur cette méthode et semblaient être en faveur de son utilisation [6].

La thèse du Dr Mainguet (2006), étudiant le vécu et les représentations des patientes sur leurs règles, va également en ce sens. Les problèmes liés aux menstruations sont un motif fréquent de consultation. D'après ce document, 35% des adolescentes ont déjà consulté un médecin pour un motif de douleurs liées aux règles. Le chercheur stipule que ce résultat était probablement sous-évalué, car ce motif est peu évoqué en consultation puisque, parmi les femmes interrogées, la plupart vivaient ces douleurs passivement,

telles une *fatalité inhérente à la gente féminine*. Ce point est souligné par le Pr Sultant (endocrino-pédiatre au CHU de Montpellier) qui expliquait que plus de la moitié des adolescentes considèrent les dysménorrhées comme un phénomène normal et/ou ressenti comme une fatalité. Ce vécu est probablement lié au fait que, dès leur plus jeune âge, la transmission autour des règles évoque les douleurs et saignements comme normaux, avec le risque de pouvoir banaliser ceci [53]. Le praticien peut donc avoir une fausse idée du vécu de sa patiente, et il serait utile de revoir la façon dont nous abordons ce sujet en consultation pour dépister cet inconfort de manière plus sensible. L'approche centrée patient(e) selon Stewart est ici pertinente, en particulier pour envisager *l'exploration de la santé, la maladie et l'expérience vécue* des femmes, notamment en ce qui concerne leurs menstruations, pour finalement *s'entendre avec la patiente sur le problème, les solutions et le partage de responsabilités*, en proposant une contraception sans règles lorsque cela paraît utile [54].

b. Pour les médecins, il existait une dualité de la vision des règles en fonction de l'âge des patientes, avec règles pour les jeunes et sans règles pour les mères

Pour les praticiens, les menstruations participent chez la jeune femme à une construction identitaire qui leur permet de s'intégrer à un groupe social. La thèse du Dr Mainguet (2006) appuie ce discours, car les adolescentes interrogées évoquent les menstruations comme une étape importante et un *cap* permettant de se *conformer à une norme*, et donc au groupe social. L'auteur note que les adolescentes, dès 14 ans, n'ayant pas encore eu leurs menstruations, évoquent *l'arrivée des règles comme un soulagement*. Pour nos praticiens, les règles représentaient aussi une réassurance pour les jeunes femmes qui, n'ayant pas l'expérience de leur propre corps, se sentent soulagées quant à l'absence de grossesse. Dr Mainguet expliquait de manière similaire que les menstruations représentaient un véritable rythme pour certaines, qui en viennent à en tenir un agenda. Il est donc légitime de penser que le jeune âge est un facteur supplémentaire à intégrer dans la décision de prescription, pour ne pas aliéner ce processus individuel et social [53].

Au contraire, pour nos médecins, chez les femmes plus âgées, même si les règles pouvaient avoir une connotation positive par la crainte d'une ménopause qui approche, la

pratique d'une aménorrhée contraceptive semblait plus simple. Selon eux, les règles étaient perçues par les femmes de *35-40 ans qui sont dans la deuxième période de leur vie génitale* comme un inconfort inutile, car *elles sont moins influencées* et ont *une certaine lassitude d'avoir les règles*, comme l'expliquait N9. Une étude néerlandaise de 1999 relevait déjà à l'époque que le souhait d'une aménorrhée augmentait avec l'âge des patientes (26% entre 15-19 ans contre 50% entre 45-49 ans) et cela appuie la réflexion de nos praticiens [6]. Ainsi, l'expérience de la maternité et une meilleure connaissance de son corps avec l'âge permettraient à certaines de diminuer le poids des croyances qu'elles pouvaient avoir et la crainte à l'usage d'une contraception sans règles, facilitant ainsi la proposition de prescription.

c. L'influence socio-culturelle péjorative sur les croyances des femmes, à propos des règles, tenaillait les femmes, entre une aménorrhée libératrice et certaines traditions

Pour nos praticiens, les menstruations représentaient pour les femmes un symbole de bonne santé et de purification et une fatalité de la Nature inéluctable, ce qui était un frein à l'usage d'une contraception sans règles. Mais les menstruations étaient aussi un sujet tabou, dont la vision était influencée défavorablement par la culture et les croyances des patientes. N9 expliquait ainsi que les femmes cachaient leur venue en consultation gynécologique dans les quartiers pratiquants. Pour les médecins, ce tabou est véhiculé par l'image d'impureté associée à ce phénomène et cause une mise à l'écart de certaines femmes. Face à ces représentations, l'aménorrhée, qui devrait être inquiétante et bannie, apporte pourtant parfois une forme de liberté, comme le démontrait N9 en évoquant les femmes musulmanes désireuses d'une aménorrhée pour ne pas être évincées de célébrations familiales.

Certains médecins rappelaient l'influence délétère des médias, tels qu'Internet et les réseaux sociaux, qui véhiculent de fausses informations et agissent comme un amplificateur des croyances et des craintes des femmes. Ils mentionnaient également l'impact des représentations des règles, avec l'évocation du sang bleu des publicités pour protections hygiéniques, ce qui participe à maintenir le tabou. À noter qu'il est devenu rouge dans certaines publicités depuis quelques temps, signe peut-être d'une prise de conscience.

Le Dr Delfin a comparé les représentations culturelles et religieuses des menstruations à travers le monde. Selon lui, les représentations ont évolué avec les époques, passant d'un phénomène sacré et bénéfique dans la mythologie à quelque chose d'impur et négatif actuellement. Cette évolution, en lien avec la culture et la religion, dépend également des sociétés, de l'éducation et des médias, bien qu'il persiste une vision commune d'impureté. L'article note d'ailleurs que cette influence culturelle et religieuse est encore très présente actuellement et qu'elle est généralement péjorative quant à l'image des menstruations chez les femmes [15].

Une revue de littérature canadienne (2007) conforte cette réflexion en expliquant que la perception des menstruations est variable selon l'origine socio-culturelle : elle s'appuie sur une étude de l'OMS qui affirmait que les femmes avaient deux perceptions de leurs règles, celle qui est personnelle et celle imposée par la société. Les femmes percevraient leurs règles comme un moment de vulnérabilité, de dégoût ou de honte qui est pourtant nécessaire, car il est associé à un signe de fertilité et de purification. Cette dualité symbolique paraît être commune à plusieurs cultures car elle est aussi présente dans une étude brésilienne que la revue cite [28], mais également dans une étude allemande qui montrait par exemple que, sur un panel de 1195 femmes, 37 à 46% d'entre elles préféreraient une aménorrhée, mais que celles désirant garder leurs règles évoquaient la crainte d'une infertilité ou d'aller à l'encontre d'un phénomène naturel [37].

Peu d'études ont évalué l'acceptation de l'aménorrhée selon la culture des femmes. Un sondage américain (2007) sur 292 femmes montrait qu'environ 69% n'appréciaient pas la période de leurs règles, mais que les femmes caucasiennes, comparées aux femmes afro-américaines, semblaient plus enclines à choisir une aménorrhée contraceptive [55]. L'étude de Glasier portant sur quatre pays (Écosse, Niger, Chine et Afrique du sud) montrait que plus de la moitié des femmes chinoises et écossaises disaient ne pas aimer leurs règles, au contraire des Sud-Africaines. En revanche, la majorité des femmes, tous pays confondus, semblaient favorables à l'essai d'une contraception avec aménorrhée, l'origine culturelle seule n'étant donc pas un facteur nécessaire pour expliquer un refus [1].

D. Une prescription dépendante de l'approche centrée patient, clé de l'adhésion

Nous avons pu nous rendre compte que la prescription était influencée par des facteurs qui concernent les acteurs de la prescription que sont le médecin, la patiente et la relation de soin qu'ils entretiennent sur la scène médicale. La relation qui s'établit entre médecin et patient est influencée par la personnalité des protagonistes, leur histoire et leurs convictions, mais également par l'image que le médecin se fait de son rôle et de celui du malade [56].

a. La prescription était influencée par l'investissement du praticien dans un rôle d'éducateur pour la santé, facteur d'un choix libre et d'une adhésion des patientes à l'aménorrhée

Presque tous les médecins interrogés évoquaient le rôle primordial du généraliste dans l'éducation pour la santé gynécologique. La plupart des médecins proposaient des consultations dédiées à cette formation, en utilisant des supports visuels pour transmettre des messages clairs et rassurer les femmes sur les craintes qu'elles pouvaient avoir. Ce rôle pédagogique semble d'autant plus nécessaire quand on rappelle que, dans l'Aude, la démographie spécialisée est actuellement en baisse. Pourtant, malgré l'apparente nécessité de ces consultations, au vu de la quantité et de la complexité des informations à délivrer, quelques médecins précisait qu'elles étaient *de facto* chronophages, ce qui s'avère être un frein à l'usage d'une contraception sans règles. Un praticien avouait même avoir été satisfait de la revalorisation de cette consultation, qu'il réalisait déjà (cotation CCP depuis le 1er novembre 2017), appuyant donc leur volonté de s'investir. Cet investissement dans l'éducation reflétait le souhait de rendre les patientes actrices de leur parcours contraceptif, en les informant et en se rendant disponible, à l'image de ce praticien qui propose par exemple de retirer le DIU d'une patiente à tout moment si elle ne le supportait pas. Obtenir une meilleure adhésion des patientes demande un engagement du praticien pour prendre le temps de réassurer, revoir et accompagner les femmes. Il nous est apparu, en comparant le discours des médecins avec leur profil, que cet engagement était plus revendiqué chez les médecins féminins et/ou jeunes. Ceci pourrait être expliqué, selon nous, par le fait que les femmes et les jeunes médecins sont plus sensibilisés au problème que représentent les menstruations et au débat sur

l'émancipation des femmes.

Le baromètre santé 2010 de l'INPES montrait que la majorité des femmes entre 15 et 30 ans consultaient un gynécologue pour la contraception (75,7% contre 21,7% pour le généraliste) [57]. Pourtant, un sondage INPES BVA de 2007 explique que 95% des personnes interrogées estiment légitime la place du généraliste concernant la contraception et 43% ont plus confiance en ce professionnel pour obtenir des informations pertinentes (contre 37% pour le spécialiste d'organe) [58]. Au vu du rôle du généraliste en contraception, son avis à l'égard de l'aménorrhée contraceptive est important, car il conditionnera la proposition de prescription. Une étude américaine (2011) démontrait d'ailleurs que, après ajustement sur différents facteurs (âge, sexe, spécialité, lieu de pratique), la seule variable significative concernant la prescription d'une COP en continu était l'attitude du médecin à l'égard de l'aménorrhée contraceptive [43]. Ceci est d'autant plus important quand nous rappelons l'étude de Andrist (2004), dans laquelle, sur un panel de 1470 femmes, seulement 27% d'entre elles avaient entendu parler de la possibilité d'une suppression des règles alors que 81% des médecins interrogés connaissaient cette méthode [59]. Ceci appuie nos résultats. Tous nos praticiens n'informaient pas les patientes sur la possibilité d'une contraception sans règles et, lorsque ce choix était évoqué, la décision du contraceptif prescrit était orientée la plupart du temps par le praticien sur un progestatif sans évoquer les oestro-progestatifs dans cette indication.

Les médecins informant les patientes devaient réaliser une véritable éducation pour la santé gynécologique dans le but de les rassurer. Le CNGOF approuve cette volonté d'investissement des praticiens et s'appuie sur quelques études :

- Une enquête européenne sur 1137 femmes de 18 à 49 ans montrait que 50,5% des patientes disaient que leur contraception était une recommandation du prescripteur plutôt que leur choix.
- Une étude prospective sur 345 femmes montrait un taux de satisfaction inférieur lorsque le praticien avait pris la décision par rapport à une prise de décision partagée.
- Une étude longitudinale a permis de montrer que les femmes ayant eu l'impression d'avoir eu une démarche paternaliste sur le choix d'un implant contraceptif étaient plus nombreuses à abandonner cette méthode.

Ces arguments sont en faveur d'une relation médecin/patient informative et conforte l'intérêt de l'investissement évoqué par nos médecins. Le CNGOF recommande l'utilisation de la méthode BERCER qui introduit dans la relation médecin/patient la notion

de *counseling* et de *démarche éducative* [60]. Finalement, ces notions sont similaires à l'Approche Centrée Patient selon Stewart que nous utilisons en médecine générale [54]. Cette pratique permet une prise en compte de la demande d'informations et de participation du patient pour créer un parcours de soin personnalisé. Elle associe l'exploration de l'expérience vécue et des représentations du patient à son diagnostic de situation, en développant une relation collaborative. Ce partenariat bénéficie donc de l'expérience et des compétences du patient, et du médecin, à travers l'éducation thérapeutique pour aboutir à une décision adaptée et partagée [61].

b. L'évolution lente des mentalités des patientes sur l'aménorrhée contraceptive était dépendante du statut social et d'une expérience positive

Des travaux ont évalué les connaissances des femmes sur leur corps, comme le mémoire de Maëlle Corre Labat (sage-femme) qui confortait le point de vue de nos médecins, en notant également une méconnaissance persistante à ce sujet ainsi qu'à propos de la contraception. Le Dr Jugnon Formentin dans sa thèse (2015) expliquait cette méconnaissance par le fait que l'éducation scolaire sur ce plan était encore inférieure aux recommandations dictées par la loi, avec des femmes n'ayant parfois pas eu accès à un cours d'éducation sexuelle. Il est intéressant de voir que, dans ce travail, les 262 femmes interrogées évoquaient le généraliste comme un *interlocuteur privilégié* pour parler du corps féminin (96%) et pensaient qu'il était de son ressort d'évoquer la sexualité et la contraception (77%). Le médecin était d'ailleurs le premier interlocuteur qu'elles envisageaient avant même Internet (69% contre 44% pour Internet), l'école (63%) ou la mère (35%). Le rôle d'éducateur pour la santé, évoqué par nos médecins, prend alors tout son sens et permet non seulement de répondre à une demande d'accompagnement et d'écoute des patientes, mais aussi de favoriser leur libre expression, car elles se sentent *a priori* à l'aise avec le généraliste pour discuter de leurs craintes et représentations intimes.

Ce travail observait aussi qu'un faible niveau de connaissances était corrélé à un faible niveau d'études, à l'absence d'éducation sexuelle scolaire, mais aussi à l'absence de dialogue à ce sujet avec la mère. Le souhait d'informations des patientes par leur médecin est donc d'autant plus pertinent que les échanges familiaux sur ce thème sont parfois pauvres, ce qui est aggravé par un tabou familial ou social. De plus, les connaissances

des proches peuvent être de mauvaise qualité, et l'information acquise à l'école n'est pas forcément adaptée. La circulaire n° 98-237 du 19 novembre 1998 avait instauré des séances obligatoires d'éducation à la sexualité dès la 4ème pour faire passer des messages de prévention. Selon une enquête de 2016 du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 25% des écoles ne la respectent pas. De plus, cette démarche reste insuffisante en termes d'horaires et fait passer des messages généraux sans s'attarder sur les problèmes ou représentations de chacun(e). Ceci est d'autant plus important quand nous voyons dans cette thèse que le manque de connaissances était associé à l'absence d'utilisation d'un préservatif lors des premiers rapports, à l'absence de dépistage par frottis ou à une vision négative des femmes de leur propre corps [62; 63].

Dans notre étude, la possibilité d'expérimenter une contraception sans règles était un atout pour la réassurance et l'adhésion à long terme des femmes et les praticiens rapportaient d'ailleurs des retours positifs de leurs patientes. L'étude de MacGregor et celle de Loudon confortaient ce point de vue en expliquant que la majorité de leurs patientes souhaitaient conserver un régime sans règles après essai. Pour MacGregor, sur 220 femmes, 60% ont souhaité la poursuivre plus de deux ans, et chez Loudon sur les 107 femmes, 91% ont refusé de revenir au régime classique [2 ; 4].

Mais la possibilité d'expérimenter une contraception sans règles dépend de facteurs inhérents à la patiente, qui ont été évoqués par les médecins interrogés. L'Aude est une région en tension économique avec des populations modestes. L'influence du coût de la contraception est à considérer, d'autant plus quand nous savons qu'environ 5 millions de personnes vivent dans des ménages pauvres, ce qui peut représenter un frein pour certaines femmes. L'étude de Bajos & al (2012) a montré que les femmes en situation de précarité utilisaient moins les contraceptifs coûteux, comme peut l'être une COP en continu, et se tournaient logiquement vers des méthodes comme l'implant ou le stérilet, qui sont remboursés [64]. Le coût de la contraception peut représenter une trentaine d'euros pour des pilules de deuxième génération, ou quinze euros mensuellement pour l'anneau vaginal. Notons que Seasonique® ou le patch contraceptif ne sont pas remboursés. Cependant l'accès à la contraception s'améliore progressivement, avec la prise en charge à 100% de la contraception pour les moins de 15 ans.

Même si nos praticiens relevaient l'aspect économique défavorable, une contraception sans règles engendre une réduction de l'utilisation des produits d'hygiène menstruelle. Si l'on se concentre uniquement sur le prix des protections hygiéniques, qui reviennent en moyenne à 18 euros par mois, en partant du principe qu'une femme a ses règles 450 fois

dans sa vie, on obtient la somme de 8100 €, sans compter les antalgiques ou les sous-vêtements [28]. Selon l'enquête Fecond (2010), il existerait une relation entre la baisse de l'utilisation des pilules chez les jeunes et l'augmentation du chômage et de la précarité dans cette tranche d'âge depuis une dizaine d'années. Bajos évoquait d'ailleurs que seulement 43% des femmes en situation financière difficile bénéficiait d'une contraception remboursée. La prise en compte d'impératifs financiers est donc essentielle dans le choix d'une contraception et devrait être améliorée, que ce soit dans nos consultations, *via* la vigilance du praticien, ou dans les politiques de santé publique [64].

Mais l'essai d'une contraception sans règles est aussi corrélée, selon nous, au territoire d'exercice. Selon les populations et les cultures, la possibilité pour le médecin de proposer une aménorrhée contraceptive sera plus ou moins compliquée, avec la nécessité pour lui de parfois s'investir encore plus dans une démarche éducative. L'investissement nécessaire pour proposer une contraception sans règles et pallier à cette crainte pourrait être ressenti comme trop important pour le médecin, ce qui complique la possibilité de proposer toutes les alternatives de contraception. Dans certaines populations, finalement, l'aspect pratique et simple d'une contraception est une priorité pour les femmes, au détriment du choix d'avoir ou non ses règles. La proposition d'une aménorrhée contraceptive rendrait la prescription complexe, là où la contraception est déjà un problème en soi, et pourrait être source d'erreur ou de non-adhérence.

5. Conclusion

L'aménorrhée contraceptive, une proposition de contraception qui relève de la liberté de prescription et de pratique au sein des trois domaines de l'E.B.M

L'ensemble de notre travail s'articule autour de plusieurs axes qui se sont dégagés au fur et à mesure, permettant de comprendre un peu mieux les facteurs influençant la prescription d'une aménorrhée contraceptive par nos médecins généralistes. Il est intéressant de voir qu'ils rejoignent (alors que nous n'avons pas cherché à orienter notre travail en ce sens) les principes de l'EBM, comme définis par Sackett, et celui de l'approche centré(e) patient(e) selon Stewart [40 ; 54].

La prescription d'une aménorrhée contraceptive place le praticien entre un choix de pratique, à savoir l'intégration, ou non, du choix des règles, et thérapeutique, à travers le choix d'un contraceptif. Cette décision est influencée par la rencontre entre le médecin et sa patiente.

La proposition de prescription est influencée par le diagnostic de situation de la femme. Le médecin intègre dans la démarche décisionnelle plusieurs facteurs inhérents à la patiente : ses normes et représentations intimes liées à son milieu socio-culturel, son expérience vécue avec ses choix et ses plaintes, son environnement, ses connaissances sur le sujet et ses moyens financiers.

Mais cette réflexion va également dépendre de facteurs inhérents au médecin :

- Des facteurs intrinsèques : ils comprennent les données actualisées de la science, ses connaissances et ses habitudes de pratique en tant qu'expert, mais aussi, en tant qu'individu, son expérience vécue, ses croyances et ses représentations.
- Des facteurs extrinsèques : ils comprennent le territoire d'exercice, la durée de consultation, des impératifs financiers avec la cotation ou, entre autres, le remboursement des contraceptifs proposés.

Finalement, la prescription va être influencée par ces axes, qui vont conditionner le discours et la proposition de prescription par le praticien, lequel bénéficie d'une liberté de pratique à la frontière entre chacun de ces axes. Cette liberté explique que la prescription pouvait être variable d'un praticien à un autre et entre chaque consultation.

Bibliographie

Bibliographie

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

2 - MacGregor EA, Guillebaud J. The 7-day contraceptive hormone-free interval should be consigned to history. *BMJ Sex Reprod Health*. Juill 2018;44(3):214-20.

3 - Sauer U, Mann S, Brima N, Stephenson J. Offering extended use of the combined contraceptive pill : a survey of specialist family planning services. *IJWH*. Sept 2013;613.

4 - 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.

5 - Sulak PJ, Buckley T, Kuehl TJ. Attitudes and prescribing preferences of health care professionals in the United States regarding use of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. Janv 2006;73(1):41-5.

6 - This P. Diminuer la fréquence des règles : le point sur la contraception étendue. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juin 2013;41(6):381-7.

7 - The SCA Hygiene Matters Report 2016/17. WSSCC; 2017.

8 - Weber L. Avec ou sans règles ? Étude de la perception des menstruations et de son impact dans le choix d'une contraception. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2018.

9 - Thomas SL, Ellertson C. Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *The Lancet*. Mars 2000;355(9207):922-4.

10 - Lefebvre D. Le sperma : forme, matière ou les deux ? - Aristote critique de la double semence. *philosant*. 1 nov 2016;(16):31-62.

- 11 - Célérier M-C. Le sang menstruel. *Champ psychosomatique*. 2005;40(4):25.
- 12 - Hippocrate, Littré É. *Oeuvre d'Hippocrate : Des maladies des femmes - Livre I*. J-B Baillères. Vol. 8. Paris; 1853. 181 p.
- 13 - Pline L. *Histoire naturelle de Pline*. Chez la Veuve Desaint. A Paris. Vol. 3. Paris; 1771.
- 14 -Le Naour J-Y, Valenti C. Du sang et des femmes. *Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque*. *clio*. 1 nov 2001;(14):207-29.
- 15 - Tan DA, Haththotuwa R, Fraser IS. Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Avr 2017;40:121-33.
- 16 - Verdier Y. Les femmes et le saloir. *Ethnologie française, nouvelle serie*, T 6. 1976; (3/4,):349-64.
- 17 - *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. MEQUIGNON-MARVIS, J.-B. BAILLIÈRE. Vol. 14. Paris; 1835. 697 p.
- 18 - Raciborski A (dr). *Traité de la menstruation*. J-B Baillères. Paris; 1868. 672 p.
- 19 - Smith-Rosenberg C, Rosenberg C. The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and Her Role in Nineteenth-Century America. *The Journal of American History*. Sept 1973;60(2):332.
- 20 - Audouard C. *Histoire de règles : Entre religion et médecine*. CEFA asbl. 2010;10.
- 21 - Jñānavira D. A Mirror for Women - Reflections of the Feminine in Japanese Buddhism. 2004;11.
- 22 - De Graaf R. *Histoire anatomique des parties génitales de l'homme et de la femme*. A Bâle, chez Emanuel Jean George König (1699). Vol. 3T en 1 volume. 1699. 611 p.
- 23 - Coutinho EM. To bleed or not to bleed, that is the question. *Contraception*. Oct 2007;76(4):263-6.

- 24 - Bruner AB, Joffe A, Duggan AK, Casella JF, Brandt J. Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron-deficient adolescent girls. *The Lancet*. Oct 1996;348(9033):992-6.
- 25 - Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. *Santé Publique France*; 2017 sept p. 8. (Baromètre santé).
- 26 - Bargoin V. La contraception hormonale sans menstruation en pratique [Internet]. *Medscape*. 2015. Disponible sur: <https://français.medscape.com/voirarticle/3601862>
- 27 - Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. Août 2003;68(2):89-96.
- 28 - Guilbert E, Boroditsky R, Black A, Kives S, Leboeuf M, Mirosh M, et al. Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. juill 2007;29(7):S1-3.
- 29 - Quéreux C, Roche C, Defert S, Graesslin O. Nouveautés en contraception orale : contraceptifs saisonniers, pilules au 17 β -oestradiol. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 9 déc 2009;34(5):513.
- 30 - Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Fertility Regulation Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 29 juill 2014 [cité 17 juin 2020]
- 31 - Anderson FD, Gibbons W, Portman D. Long-term safety of an extended-cycle oral contraceptive (Seasonale): A 2-year multicenter open-label extension trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Juill 2006;195(1):92-6.
- 32 - Miller L. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*. Avr 2003;101(4):653-61.
- 33 - Foult M. Pénurie de gynécologues médicaux : Buzyn veut rattraper « vingt ans d'indigence » [Internet]. *Le quotidien du médecin*. 2018. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/penurie-de-gynecologues-medicaux-buzyn-veut-rattraper-vingt-ans-dindigence>

- 34 - Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Armand Collin. 2004. 127 p. (128).
- 35 - Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3ème. Armand Colin; 2012. 424 p. (U).
- 36 - 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.
- 37 - Wiegatz I, Hommel HH, Zimmermann T, Kuhl H. Attitude of German women and gynecologists towards long-cycle treatment with oral contraceptives. *Contraception*. janv 2004;69(1):37-42.
- 38 - Wiegatz I, Galiläer K, Sängler N, Rody A, Kuhl H, Schleußner E. Prescribing preferences and personal experience of female gynaecologists in Germany and Austria regarding use of extended-cycle oral contraceptives. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. déc 2010;15(6):405-12.
- 39 - Pompei LM, Fernandes CE, Steiner ML, Strufaldi R, Melo NR de. Attitudes, knowledge and prescribing habits of Brazilian gynecologists regarding extended-cycle oral contraceptives. *Gynecological Endocrinology*. Déc 2013;29(12):1071-4.
- 40 - Sackett DL, et al. Evidence-based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- 41 - Mimoun S, Le MG, Buhler M, Costa A, Hosansky F. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 11 sept 2000;28(12):904-12.
- 42 - Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 3 mars 2016;21(2):106-15.
- 43 - 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.

- 44 - Seval DL, Buckley T, Kuehl TJ, Sulak PJ. Attitudes and prescribing patterns of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. Juill 2011;84(1):71-5.
- 45 - Grant EC. Dangers of suppressing menstruation. *The Lancet*. Août 2000;356(9228):513-4.
- 46 - Bessaïh N. Que le sang coule ! Des femmes et leur expérience des menstruations. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada; 2003.
- 47 - Lorenzo S. Dossier spécial sur les règles au travail. *HuffPost*. 8 mars 2019;8.
- 48 - D'Eaubonne F. *Le féminisme ou la mort*. 2020. 336 p. (Boomerang).
- 49 - Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. INPES; 2007 sept p. 15.
- 50 - Lefebvre M. Les raisons de retrait anticipé de l'implant contraceptif liées à la patiente et au médecin: étude de 123 cas. [Paris]: Faculté médecine Paris Descartes; 2014.
- 51 - Mourgues J marcel. *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*. Paris: Conseil national ordre médecin; 2018 janv p. 369.
- 52 - Hardy E, Hebling EM, de Sousa MH, Kneuper E, Snow R. Association between characteristics of current menses and preference for induced amenorrhea. *Contraception*. Sept 2009;80(3):266-9.
- 53 - Mainguet A. *L'adolescente et ses menstruations. Vécu et représentations à travers le temps et les cultures. Enquête auprès de quinze adolescente*. [Nantes]: Faculté de médecine; 2006.
- 54 - Wang YY. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Second edition. *Int J Integr Care* [Internet]. 21 janv 2005 [cité 30 août 2020];5(1).
- 55 - Edelman A, Lew R, Cwiak C, Nichols M, Jensen J. Acceptability of contraceptive-induced amenorrhea in a racially diverse group of US women. *Contraception*. Juin 2007;75(6):450-3.
- 56 - Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.
- 57 - Beck F, Richard J-B. *Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010*. INPES éditions; 2013. (Baromètre santé).

58 - Gall B. Les Français et la contraception. INPES; 2007.

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

60 - Linet T. Consultation en contraception. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Déc 2018;46(12):792-8.

61 - Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 1977;196(4286):129-36.

62 - Corre Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Mémoire]. [Angers]: École de Sages-femmes René ROUCHY; 2012.

63 - Formentin LJ. Anatomie du sexe féminin : Évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhone-Alpes. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon; 2015.

64 - Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *INED*. sept 2012;4.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

Informations

- Age du praticien :
- Sexe : Masculin - Féminin
- Exercice médical
 - Milieu = Rural – Urbain – Semi urbain/rural
 - Mode = Seul – MSP – Salarié – Centre santé
 - MSU = Oui - Non
- Gynécologie
 - Activité gynécologique = Faible – Modérée – Importante
 - Moyenne d'âge de la patientèle féminine :
 - Avez-vous effectué des formations ? = DIU – FMC - DPC - Revue

Questions

- 1 - Que représente pour vous les règles de manière générale ?
 - Quel est leur place dans la prescription d'une contraception selon vous ?

- 2 – Décrivez-moi votre dernière prescription de contraception pour espacer ou supprimer les règles.
 - Qui a proposé cette prescription ?
 - Dans quelles conditions et pour quels motifs cela a t-il été proposé ?

- 3 – Voyez-vous des conséquences positives et/ou négatives à la suppression des menstruations ?
 - Est-ce un sujet avec lequel vous êtes à l'aise ?
 - Et en utilisant une contraception pour arriver à ce but ?

- 4 - Quelle contraception prescririez-vous à une patiente désirant ne plus avoir ses règles ?
 - Pourquoi ce choix ?
 - Pourquoi ne pas proposer également
 - (Citer les contraceptions non proposées par le praticien)
 - Est-ce une pratique adaptée à toutes les femmes selon vous ?

- 5 – Selon vous, quelles pourraient être les raisons motivant un espacement/arrêt des règles ?

- 6 – Au final, qu'évoque ce sujet, selon vous, concernant la place des femmes dans la société ? Et concernant l'idée du regard médical sur elles ?

- 7 – Aimerez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe 2 : Consentement de participation

Consentement de participation à l'étude

L'interne en médecine générale Moll-Ilobell Kévin m'a proposé de participer à une étude qualitative pour la faculté de médecine de Montpellier visant à comprendre les déterminants à la prescription d'une contraception pour induire une aménorrhée.

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et les ai parfaitement comprises. Il m'a été laissé le temps et la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au sujet de l'étude et du présent formulaire.

J'ai lu cette note d'information pour donner mon accord.

J'ai été informé que les données me concernant resteront strictement confidentielles et seront anonymisées. Je n'autorise leur consultation qu'au chercheur mentionné plus haut ainsi qu'à la faculté de médecine de Montpellier. Le chercheur s'engage à faire respecter la confidentialité des données conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978.

J'accepte que les données soient enregistrées à l'occasion de cette étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé par le chercheur ou pour son compte. J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 06 janvier 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, s'exerce à tout moment auprès du chercheur qui réalise cette étude.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et de me retirer à n'importe quel moment de l'étude. La signature de ce consentement ne décharge en rien le chercheur de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par les lois.

J'accepte que les résultats de l'étude soient publiés et communiqués aux autorités concernées par la faculté de médecine de Montpellier.

J'accepte que les résultats de cette étude puissent être utilisés à des fins de recherches.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans ce document.

En signant ce formulaire de consentement, je confirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts.

Le médecin participant

Dr

Date / /

Signature du médecin participant :

Annexe 3 : Exemple d'entretien

1 – Menstruation, règles (...) Que vous évoquent ces mots ?

[Rire] Des saignements tabous, c'est trop tabou pour l'instant. Dans tous les domaines, c'est tabou, c'est tabou en médecine, dans la famille ... Encore hier, une patiente a annulé la consultation parce qu'elle avait ses règles parce qu'elle devait changer son DIU, alors que justement, c'était très bien, ça aurait été plus facile. Et donc c'est trop tabou, la représentation qu'on en fait par exemple, à la télé, sur les publicités pour les serviettes hygiéniques ou les tampons, c'est jamais du sang, c'est bleu. C'est très éloigné, on voit pas le corps de la femme là-dedans, c'est très éthéré, finalement on ne voit pas de quoi on parle là. Alors que c'est juste du sang.

Le tabou, mais non seulement le tabou de quelque chose qui serait impur, impropre et cette façon de voir ... Je travaille beaucoup pour rassurer les femmes qu'elles ne sont pas sales quand elles ont leurs règles, que c'est naturel, que c'est bienvenu. C'est une chose qui montre que le corps fonctionne bien, que l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovario-utérin fonctionne bien. C'est le signe que tout va bien, c'est le signe de bonne santé d'avoir des règles. Mais j'ai beaucoup de mal, et encore plus dans la population musulmane que chez les catholiques, où il y a tout ce côté impureté du sang des femmes et de tout ce qui sort de la femme. Encore très présent actuellement, je trouve un peu trop.

Moi je suis assez neutre avec ça, je demande toujours aux femmes « Vous voulez des schémas avec ou sans règles ? » Souvent elles tombent des nues, « Ah on peut ne pas avoir de règles ? ».

Et souvent il y a l'idée fausse que si les règles ne sortent pas, ça va les empoisonner, « Elles vont où les règles, mais ce sang, il faut qu'il sorte c'est du sang pas bon. ». Je leur explique qu'il n'y a pas de sang qui se produit, il n'y a rien à sortir.

Et suppression des règles, à titre professionnel, je trouve qu'il faut le proposer systématiquement parce que les femmes ne le savent pas, et à titre personnel, bienvenue le Mirena !

2 – Décrivez-moi votre dernière prescription de contraception pour provoquer une aménorrhée.

Ben hier ... parce que tous les mardis après-midi, j'ai une consultation où je fais tout ça. C'est une femme de 43-44 ans qui a des cycles longs avec méno-métrorragies douloureuses et, à l'échographie, j'ai vu qu'elle avait pas mal de fibromes dont des sous-muqueux, donc je lui ai proposé de poser un Mirena qui a l'indication d'ailleurs pour la mettre en aménorrhée, surtout qu'elle arrive à la ménopause et qu'elle était en anémie avec une hémoglobine à 10, ça va l'aider un petit peu.

Moi, je pense en général, c'est des patientes plus âgées. Les jeunes, à ce que j'en perçois, ont du mal à s'imaginer sans règles. Quand j'arrive à les convaincre, parce que je ne force pas, quand elles en arrivent à avoir un implant parce qu'elles ont oublié la pilule plusieurs fois, je leur propose l'implant. Quand l'implant provoque une aménorrhée, elles sont du coup plus réticentes à revenir à

un schéma avec règles. Beaucoup plus réticente. Quand elles ont « goûté », si je puis dire, au schéma sans règles, les règles régulières, ça devient un peu plus fastidieux.

Mais en règle général la demande d'arrêt des règles vient, je pense, des femmes au-delà de 35-40 ans, qui sont dans la deuxième période de leur vie génitale, plutôt que chez les toutes jeunes chez qui les règles sont quand même récemment installées et font partie des choses de la normalité, il est normal d'avoir ses règles et elles veulent entrer dans cette normalité-là.

Oui il y a une crainte ! Elles me disent « Et comment je saurais si je ne suis pas enceinte ? ». Pourtant les méthodes qui provoquent une aménorrhée sont les plus sûres, donc peu de risque d'être enceinte et, d'autre part, c'est toujours cet imaginaire « Que devient le sang ? », j'explique qu'il n'y a pas de sang à sortir comme il n'y a pas eu de règles. Et souvent elles pensent que ce sang qui ne sort pas, ça peut les faire grossir, j'ai vu ça chez les jeunes qui me disent « Ma cousine m'a dit qu'elle a grossi parce que le sang ne sortait pas. ».

Il faut déconstruire toutes ces croyances et c'est là que je me dis, mais que fait l'éducation nationale ... Je pensais qu'elles avaient des cours de biologie mais bon ... Il y a une grande ignorance.

Elles sont moins influencées et, surtout, une certaine lassitude d'avoir les règles tous les mois. Surtout quand il n'y a plus de projet d'enfant. Tant qu'il y a un projet lointain ou pas et qu'on veut se sentir normal ... fertile ... Voilà, tu es une femme, tu as tes règles, tu saignes et tout va bien. Une fois qu'une femme a eu des enfants et qu'il n'y a plus du tout de projet de grossesse, « À quoi servent les règles ? ».

C'est plus facile, et elles sont plus facilement convaincues, quand elles ne savent pas qu'il y avait de méthode de contraception sans règles. À partir de 35-40 ans, quand elles ont atteint leur projet de maternité, certaines accueillent ça avec joie « Mais ça existe ? Pourquoi on ne m'en a pas parlé ? ».

Et pas de règles du tout, elles sont ravies, mais il y a un cap à passer. Cette demande est spontanée et devient plus facile à aborder chez les femmes d'un certain âge et au-delà de 35 ans, globalement une fois qu'elles ont eu leurs enfants.

Absolument pas mal à l'aise...

3 – L'aménorrhée, les règles ... [Silence] Quelle est leur place dans la prescription d'une contraception ?

Leur place ... Enfin, moi, j'essaye de partir de la représentation de la patiente et surtout de lui proposer et lui dire si elles veulent des règles ou pas. Une grande partie ne savent pas qu'il existe une contraception sans règles. La représentation ... je ne sais pas ... je dois faire très attention quand il s'agit de musulmanes, les femmes musulmanes sont impures le temps des règles, donc, n'a pas le droit de prier, n'a pas le droit d'aller à la mosquée et doit interrompre le *ramadan*. Donc si on a une période et une contraception sans règles, ça peut aller. Si il y a des *spotting*s et qu'elles ne peuvent pas prévoir, alors c'est très compliqué pour elles par rapport à la religion. Ou alors elles demandent de rendre les règles prévisibles, alors je leur explique et leur montre comment jouer avec les pilules. Elles prennent des pilules sur 6 semaines avec 1a semaine d'arrêt et, éventuellement, d'écourter ou prolonger les comprimés actifs pour pouvoir participer à la vie culturelle et la vie de famille parce que ça fait partie des choses dont on doit tenir compte.

Les règles chez les jeunes filles, j'essaye de préserver quand elles sont très jeunes, exemple de la

communauté gitane parce qu'elles sont en train ... on me les amène, elles ont 11-13 ans et le schéma corporel est en train de se reconstruire après la puberté avec cette histoire de règles, donc j'essaye de préserver ce côté, tu as des règles, voilà comment on fait pendant les règles. Un schéma sans règles dès l'âge de 13-14-15 ans, j'ai peur ... c'est peut-être bête, mais qu'elles oublient ce que c'est. Après, si elles me le demandent, moi, j'accorde, parce que, souvent, c'est une demande de la maman ou de la grand-mère, parce qu'elles sont mariées très vite et la jeune fille n'a pas son mot à dire. J'essaye de la recevoir seule, mais c'est très compliqué.

Je laisse un temps, parce que si elle vient juste d'avoir ses règles, elles sont encore en pleine croissance ... je ne sais pas ... je ne suis pas certaine.

J'ai eu 2 cas, une qui s'est terminée par une IVG avec une contraception par DIU au cuivre et la deuxième, ça a été d'emblée un DIU au cuivre.

Après, si ça devait se présenter, j'essayerais de préserver la fin de la croissance et préserver les premiers cycles, les premières années de cycles. Cela dit, je donne facilement la pilule sur des cycles douloureux, mais pas à 11 ans.

Après, c'est quand même exceptionnel et anecdotique, les demandes de contraception et d'aménorrhée avant la puberté.

Il y a eu une demande assez récente mais j'ai envoyé au pédiatre et à l'endocrinologue. Une jeune fille qui a été réglée à 9 ans et la maman demandait si on pouvait arrêter ça, la puberté était en route, elle était au moins S3 et la maman voulait un arrêt des règles, parce que c'est vrai qu'à 9 ans ... en CE2 ... c'est un peu compliqué. Donc là, je n'ai pas pris en charge, parce que je ne me voyais pas donner des hormones à cet âge-là et il aurait fallu voir, parce qu'il y avait une puberté précoce ... Ce n'est plus de mon domaine, là.

4 – Quelles sont les motivations pour utiliser une contraception afin de supprimer les menstruations ?

Alors, de la part des patientes, c'est souvent arrêter les règles quand elles sont douloureuses, longues ... Les femmes qui ont des règles de 3 - 4 jours d'un volume modéré et qui ne sont pas douloureuses sont peu demandeuses, surtout qu'elles sont bien régulières et peuvent anticiper.

La demande vient souvent de celles qui ont des règles irrégulières, longues, douloureuses et aussi celles qui sont liées à des métiers d'apparence. Chez des sportives ... hôtesse de l'air ... Je comprends, la pilule, c'est difficile à gérer avec le décalage horaire. Il y a aussi cette demande de ne pas avoir de règles ... il est vrai qu'il y a une nouvelle demande que j'aperçois récemment, c'est l'été, « Je ne veux pas de règles. ». Donc, c'est cette période-là, elles me demandent comment faire. Donc on fait ça ponctuellement avec une contraception orale ou un peu plus durablement avec un implant ou un Mirena. Ceci dit, l'implant et le Mirena, ça ne donne pas toujours une aménorrhée ... des règles pendant deux jours et après des *spottings*, donc un petit retour en arrière.

De ma part ... Je propose une aménorrhée quand les règles sont longues, quand il y a douleurs ou quand il y a endométriose, un fibrome sous-muqueux qui saigne ... La contraception est la solution. Quand il y a anarchie des règles, notamment en pré-ménopause et qu'elles ne savent plus, donc je propose et toujours les femmes disposent.

Pour l'instant, c'est plus une proposition.

Elles ont toujours des doutes et des questions. J'ai toujours une tablette avec moi où j'explique des schémas anatomiques, l'axe hypothalamo-hypophysaire, je m'adapte à la culture de chacun. Mais elles comprennent, une femme comprend, pour peu qu'on lui explique, elle comprend. Après, j'ai tout le temps des kits de démonstration de pose de stérilet, d'implant avec des utérus en plastique, donc je leur explique. Et des pilules factices en prise continue, la Seasonique (...) et en dernier, elles choisissent tout en respectant les contre-indications absolues et relatives et je dis « Voilà pour vous, il vous faut ça, ça et ça (...) ceci n'est pas indiqué dans votre cas parce que vous êtes diabétique, hypertendu (...). » et elles choisissent. Je leur laisse toujours la possibilité et toujours le dire de changer d'avis. Parce qu'elles pensent que mettre un stérilet, c'est pour 5 ans, non, non, vous avez toujours la possibilité de changer. Je leur dis « Attendez 2-3 mois que le corps s'y fasse et de vous y habituer. », mais je leur dis « Vous avez toujours la possibilité de changer d'avis et de moyen de contraception. ».

Elles sont envahies par des représentations fausses et Internet porte beaucoup de tort parce que ce qui vient en premier sur Internet, c'est tout ce qui se passe pas bien. C'est toutes les histoires de chasse des stérilets qui ressortent par les oreilles [Rire]. Il faut remettre les choses en place, parce que tout le monde connaît quelqu'un qui est tombé enceinte avec un stérilet, on a l'impression qu'elles sont légions alors que l'indice de Pearls est quand même meilleur sous stérilet que sous pilule.

5 – Voyez-vous des conséquences à la suppression des menstruations ?

Des conséquences ? Alors, sur la femme, je n'en vois pas, je leur démontre qu'elles ne prennent pas de poids, donc je les pèse régulièrement quand elles viennent en consultation, par contre le discours à deux reprises de l'homme c'est « Ah c'est tellement mieux quand il n'y a pas de règles ». Il y a pas de jours rouges donc ... voilà [Rire]. Après, de conséquences négatives ou positives, je n'en vois pas.

Du point de vue physiologique, j'ai essayé de me poser la question, est-ce que ça augmente la prévalence du cancer de l'endomètre ... Je n'ai trouvé aucun signe négatif, dans la littérature. Je n'ai peut-être pas cherché où il fallait non plus mais je n'ai pas trouvé de signal alarmant me disant que je ne devais pas continuer.

Alors ... Les chiffres ont démontré qu'il y avait un léger surcroît de cancer du sein mais le bénéfice est supérieur parce qu'il y a un effondrement du cancer de l'ovaire donc *in fine* sur la morbi-mortalité, il y a beaucoup moins de problème avec la contraception hormonale que sans, donc on reste pas mal bénéfique.

6 – Quelle contraception proposez-vous à une patiente désirant ne plus avoir ses règles ?

Mais tout dépend de l'âge et du souhait de la patiente. Eh bien, le DIU hormonal quels que soient l'âge et la parité de la femme. Un implant, sachant qu'il peut donner des *spottings*, mais il faut voir, comme je dis, elles essayent et peuvent changer d'avis.

La Seasonique, il faut qu'il y ait de temps en temps un saignement de privation, je la propose moins, je crois qu'elle est pas remboursée, donc on chapote avec Leeloo, Minidril (...) mais c'est le plus

souvent implant et DIU.

Alors la Seasonique, je l'utilise quand elles veulent moins de règles, mais qu'elles veulent quand même des règles parce que ça les rassure. Certaines femmes me disent ne pas vouloir de règles, « Mais de temps en temps ça me rassurerait. ».

Après celles-là, après je parle de mon expérience, mais au final, elles finissent par me dire « Non mais, finalement, je ne veux plus de règles du tout. ». Mais quand elles arrivent au bout de trois mois, je me dis ... on finit par finir sur une contraception autre que Seasonique.

Et il y a le problème du remboursement, donc on finit par bricoler des schémas avec les pilules qu'elles prennent habituellement. Mais ceci dit, ma pratique a beaucoup évolué et en première intention, je ne prescris pas d'oestrogostatifs. C'est en seconde intention. En première intention, c'est progestatif, c'est implant, stérilet ou DIU au cuivre. J'aperçois que j'ai évolué et la pilule, je la propose en deuxième intention. Parce que, finalement, c'est le système le moins, la protection la moins sûre, parmi toutes les contraceptions, on enlève le préservatif qui est vraiment anecdotique. Parce que j'ai affaire à des populations, la haute vallée, les gitans, le CADA (centre d'accueil de migrants) à qui on demande d'être réguliers dans leur vie alors que leur vie n'est pas régulière, n'est pas posée. Chez les SDF aussi, la contraception de la femme SDF, la pilule n'est absolument pas adaptée. Donc ma population, c'est plutôt une contraception de longue durée et surtout peu onéreuse. Je ne peux pas prescrire de pilule non remboursée, elles ne le prendraient pas.

Mais bon, la haute vallée, c'est très pauvre, c'est une population pauvre souvent peu instruite et peu riche. L'Aude est le troisième département le plus pauvre de France donc j'adapte ... Entre l'instruction, prendre la pilule tous les jours, ça peut revenir cher, on fume (...) j'adapte et c'est vrai. Dans ma pratique, la contraception orale n'est pas en première intention parce que, j'ai un biais, on va dire.

Arrêter les règles, c'est sans risque pour moi. L'exemple que je leur donne, c'est « Quand vous êtes enceinte, vous n'avez pas de règles, et ça se passe très bien. ». Après, j'ai un doute sur le tout début, quand les règles se mettent en place et l'endomètre commence à fonctionner, est-il licite d'aller perturber ça ?

Je m'adapte à la personne, au cas (...).

7 – Que vous évoque la suppression hormonale des règles au sujet de la place de la femme dans la société ? Concernant le regard médical porté sur la femme ? :

J'ai compris la question, mais je ne me la suis jamais posée ... [Silence] Dans la société, je ne sais pas. Dans certaines sociétés, oui ... Par exemple, les valeurs des femmes musulmanes ou juives, on en a beaucoup moins, c'est aussi le cas. Leur place dans leur société, leur famille et leur communauté, c'est la mise à l'écart. Et là, j'apprends aussi avec les migrants que je reçois souvent du Soudan ou de l'Érythrée, les femmes réglées sortent du village et vont dans une hutte à l'extérieur, pour ne pas souiller le village. Et ces femmes-là, je me dis, si elles n'avaient pas de règles, auraient peut être une autre place, mais ce n'est pas une généralité pour les Françaises.

Je ne sais pas si la place des femmes dans la société est donnée par les règles ou l'absence des règles. Il faudrait que ce ne soit pas du tout un motif à prendre en compte. Je pense que ça devrait

être anecdotique, il n'y a pas de raison ... mais il y a tellement d'autres choses.

Par exemple, j'ai effectué un remplacement à côté d'une entreprise qui limitait le temps de pauses pipi ou autres de ses employés, or, quand vous avez des règles, il faut faire des pauses plus souvent pour changer le tampon, la cup, la serviette hygiénique. Et ça leur a été décompté du temps de travail, alors, dans ces cas-là, franchement, la place de la femme réglée dans la société, on a envie qu'elle soit autrement. Elles avaient droit à deux pauses pipi, mais ce n'était pas assez.

Il ne devrait y avoir aucune incidence, or, ce n'est pas le cas.

J'ai encore trouvé ... Je m'entends moyennement bien avec mes confrères gynécologues qui disent aux femmes, les femmes, c'est fait pour enfanter, et pour enfanter, il faut avoir des règles. Ce sont les mêmes qui ne donnaient pas de contraception à la jeune fille, car elle n'est pas mariée. Les mêmes qui refusaient le stérilet à la nullipare, car il faut avoir des enfants. Et les mêmes qui refusent une ligature des trompes, à la deuxième parce que « Quand même, vous avez 37 ans, vous pouvez changer d'avis. », la femme, c'est connue ... girouette.

J'attends beaucoup de la nouvelle génération, de vous, entre autres, et de cette nouvelle génération très féminisée, pour changer ce regard et dissocier la femme de ses règles et dissocier la place de la femme de ce qui coule entre ses jambes, de ce qui sort de ses jambes, que ce soit des règles, du sperme ou un bébé. Si ça pouvait ne pas avoir d'influence, mais on en est encore très loin ...

8 – Aimeriez-vous rajouter quelque chose ?

Là, je suis un petit peu déçue, le planning de l'Aude s'est sabordé au mois de juillet, ils ont disparu en tant que planning. La place de la femme, et tout ce qui concerne la contraception et le suivi, est encore plus fragilisée dans un département qui l'est déjà beaucoup ...

Alors rajouter ... Je suis un peu militante, alors on va continuer. Je compte beaucoup sur les nouveaux internes, mais voilà. Si la formation en faculté et l'hôpital n'a pas évolué depuis que j'y étais, on va avoir à nouveau des robots machistes et j'espère qu'ils prennent en charge autrement les femmes, non pas comme des êtres mineurs où il faut imposer la contraception, le nombre d'enfants, la sexualité. Il y a toujours des jugements, c'est un peu pénible parce qu'il y a peu de formations à accompagner la femme. Moi, je me dis, je ne suis pas là pour dire aux femmes combien d'enfants et avec qui, mais je suis là simplement pour accompagner avec leurs idées, leur parcours, dans leur vie, elles font leurs choix et moi je les accompagne dans leurs choix. « Vous voulez une IVG, je vous accompagne, vous voulez ce bébé, vous voulez des règles. » (...) et là, jusqu'ici, on le voit pas beaucoup, on impose aux femmes et à tout âge.

Annexe 4 : Serment d'Hippocrate

קַדְמוֹת קַדְמוֹת קַדְמוֹת

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : L'aménorrhée contraceptive permet d'envisager et d'intégrer le choix des règles en contraception. Ceci est d'autant plus intéressant que l'inconfort menstruel est un motif fréquent de consultation. C'est un sujet d'actualité, avec l'arrivée de contraceptifs dédiés à cet usage et répond également à un souhait croissant des femmes d'espacer leurs menstruations pour des raisons médicales ou de confort. Pourtant, les études internationales montrent que peu de femmes se sont déjà vu proposer ces schémas, alors que les médecins étaient informés de cette possibilité. Le choix des règles en contraception semblent donc être dépendant de l'attitude du médecin envers l'aménorrhée contraceptive. Quels sont les facteurs pouvant influencer leur proposition de prescription ?

Matériel et Méthodes : C'est une étude qualitative de type théorisation ancrée. Les participants ont été recrutés auprès des médecins généralistes du département audois avec réalisation d'entretiens semi-dirigés basés sur un guide d'entretien.

Résultats : Les praticiens comprennent les bénéfices qu'apporte le choix des règles, mais tous n'en font pas une priorité. La pratique était dépendante de la représentation des médecins sur les règles et sur l'aménorrhée, oscillant entre science, croyances populaires et débats de société. Les habitudes de pratique impactaient la décision, faisant des progestatifs une référence malgré un profil imparfait et des oestro-progestatifs une forme de confort ponctuel. Les croyances du praticien, l'absence de gestes techniques et un manque de références claires s'avèrent être des freins à la proposition d'une aménorrhée.

La proposition dépendait également de la perception qu'avait le médecin du vécu, des connaissances et des représentations de sa patiente à ce sujet. Certains associaient à l'aménorrhée contraceptive une notion de liberté et une volonté de rendre la patiente actrice de sa contraception. Ils développaient une approche centrée patiente pour faire face aux différents freins, avec la réalisation d'une éducation pour la santé, favorisant l'essai d'une contraception sans règles, ce qui s'avère être un facteur de satisfaction et d'adhésion auprès des femmes.

Conclusion : L'aménorrhée contraceptive place le praticien entre un choix de pratique, avec l'intégration du choix des règles, et de thérapeutique, par le choix d'un contraceptif. Il bénéficie d'une liberté de prescription qui va être influencée par sa patiente (vécu, connaissances, milieu socio-culturel, ...), par sa propre condition en tant qu'expert (connaissances, habitudes de pratique, recommandations) et en tant qu'individu (croyances, expériences personnelles) ainsi que par des facteurs externes (temps de consultation, territoire d'exercice).

Mots-clés : Menstruation, Aménorrhée, Contraception, Règles, Prescription, Médecin