



HAL
open science

Analyse des pratiques de prescription de pilule oestroprogestative en continu pour convenance personnelle : comprendre les décisions médicales

Anouk Barraud

► To cite this version:

Anouk Barraud. Analyse des pratiques de prescription de pilule oestroprogestative en continu pour convenance personnelle : comprendre les décisions médicales. Gynécologie et obstétrique. 2024. <dumas-04661364>

HAL Id: dumas-04661364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04661364v1>

Submitted on 24 Jul 2024

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.



HAL Authorization

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**ANALYSE DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DE PILULE
OESTROGESTATIVE EN CONTINU POUR CONVENANCE PERSONNELLE :
COMPRENDRE LES DÉCISIONS MÉDICALES**

**MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Anouk BARRAUD

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 22/05/2024

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Claire BAUDON

Membres :

M. le Dr Grégoire THÉRY (vice-président)

Mme le Dr Caroline PIBAULT (directrice de mémoire)

M. Lionel CURTO (co-directeur de mémoire)

Mme Justine NAUMIN

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

**ANALYSE DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DE PILULE
OESTROPROGESTATIVE EN CONTINU POUR CONVENANCE PERSONNELLE :
COMPRENDRE LES DÉCISIONS MÉDICALES**

Résumé

Objectif : Il s'agissait de comprendre pourquoi les professionnels de santé prescrivent peu la pilule oestroprogestative en continu pour convenance personnelle des femmes.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative à partir de neuf entretiens semi directifs auprès des sages-femmes, médecins généralistes et médecin gynécologues de la région Auvergne Rhône-Alpes de novembre 2023 à février 2024.

Résultats : Les professionnels de santé ont objectivé des freins à la prescription de pilule oestroprogestative en schéma continu. Le manque de formation et de recommandations ainsi que la préférence pour une pilule microprogestative en cas de recherche d'aménorrhée ont été cités. Les praticiens avaient une attitude prudente sur ce schéma d'utilisation pour le confort et préféraient le prescrire face à une indication médicale et pour une courte durée. La communication occupait une place centrale lors de la consultation, mais les informations fournies aux femmes ne leur permettaient pas toujours de prendre une décision éclairée concernant la présence ou l'absence de leurs règles.

Conclusion : La prescription de pilule oestroprogestative en schéma continu n'est pas systématiquement proposée pour le confort des femmes. Une exploration exhaustive des préférences en matière de menstruation, ainsi qu'une information loyale et précise, pourraient permettre aux femmes de faire un choix éclairé concernant leur schéma de prise.

Mots Clefs : Prescription de pilule oestroprogestative – schéma continu – convenance personnelle des femmes.

ANALYSIS OF CONTINUOUS COMBINED CONTRACEPTIVE PILL PRESCRIBING PRACTICES FOR PERSONAL CONVENIENCE: UNDERSTANDING MEDICAL DECISIONS

Abstract

Objective: The aim was to understand why health professionals rarely prescribe continuous combined contraceptive pills for women's personal convenience.

Methods: We conducted a qualitative study based on nine semi-structured interviews with midwives, general practitioners, and gynaecologists in the Auvergne Rhône-Alpes region from November 2023 to February 2024.

Results: Healthcare professionals identified barriers to prescribing continuous combined contraceptive pills. Lack of training and recommendations, as well as a preference for mini-pills when seeking amenorrhea, were mentioned. Practitioners had a cautious attitude towards this usage pattern for comfort and preferred to prescribe it in response to a medical indication and for a short duration. Communication took a central place during consultations, but the information provided to women did not always allow them to make an informed decision about the presence or absence of their periods.

Conclusion: The prescription of continuous combined contraceptive pills is not systematically offered for the comfort of women. A comprehensive exploration of menstrual preferences, along with truthful and precise information, could allow women to make an informed choice about their intake pattern.

Keywords: Prescription of continuous combined contraceptive pills - continuous regimen - women's personal convenience.

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- **Mme Claire BAUDON**, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA

- **Docteur Grégoire THÉRY**, Gynécologue Obstétricien, Chef de Service, Centre Hospitalier de Thonon les Bains

- **Docteur Caroline PIBAULT**, Médecin généraliste, Centre d'orthogénie - Centre de Planification et d'Éducation Familiale - Service de Gynécologie Obstétrique HCE

- **M Lionel CURTO**, Sage-Femme Enseignant, Département de Maïeutique, UGA

- **Madame Justine NAUMIN**, Sage-femme Coordinatrice des consultations gynéco-obstétricales et grossesses pathologiques, Centre Hospitalier Métropole Savoie

Je remercie plus particulièrement :

- Docteur Caroline PIBAULT, Médecin généraliste, Centre d'orthogénie - Centre de Planification et d'Éducation Familiale - Service de Gynécologie Obstétrique HCE :

Pour le temps consacré, ainsi que son aide précieuse dans la recherche de nouveaux interrogés.

- M Lionel CURTO, Sage-Femme Enseignant, Département de Maïeutique, UGA :

Pour ses nombreuses relectures et ses précieux conseils.

- M. Laurent Gaucher, Sage-Femme Enseignant-Chercheur, Haute École de Santé de Genève, HES-SO :

Pour avoir rendu l'analyse qualitative plus claire à mes yeux, pour sa disponibilité ainsi que ses conseils toujours pertinents.

- Mes camarades de promotion :

Merci d'avoir rendu ses années d'étude si agréables, j'y ai trouvé des amies pour la vie.

- Ma famille et mes amis :

Merci pour leur soutien depuis et pour toujours. Maman, merci de m'avoir relu d'innombrables fois.

Table des matières

Abréviations	1
Introduction	2
Méthodes.....	4
I. Type d'Étude.....	4
a) Schéma d'étude	4
b) Population d'étude et recrutement	4
c) Critère d'inclusion/exclusion.....	5
d) Échantillonnage.....	5
e) Taille de l'échantillon	5
II. Méthodologie	6
a) Entretien semi-directif	6
b) Grille d'entretien	6
c) Modalité d'entretien	7
d) Retranscription	7
e) Modalité d'analyse des données	8
f) Aspect éthique et réglementaire.....	8
Résultats et Discussion	9
I. Caractéristiques des professionnels interrogés.....	9
II. Analyse des résultats et discussions	11
Partie 1 : Les freins à la prescription en continu.....	11
a. Le manque de formation.....	11
b. Les représentations des femmes sur l'aménorrhée induite.....	12
c. Effets indésirables, risques et accessibilité du schéma continu	13
(1) Les spottings	13
(2) La validité de l'ordonnance.....	14
(3) Les risques	14
d. La place des microprogestatifs	15
e. Les recommandations.....	16
Partie 2 : Influence de l'environnement	18
a) Habitue de prescription.....	18
b) Un profil type ?.....	19
c) Entre connaissance et prudence.....	20

d) Le temps	21
Partie 3 : La femme au centre de la consultation	23
a) Informer	23
(1) Le cycle menstruel.....	23
(2) Déconstruction des croyances.....	25
b) Écouter	26
c) La communication comme clé d'une décision partagée	27
III. Forces et faiblesses	29
Forces	29
a) Méthodologie	29
b) Diversité des profils	29
Faiblesses	30
a) Biais de sélection.....	30
b) Sous-représentation des médecins gynécologues.....	30
c) Absence de triangulation	30
d) Durée et qualité des entretiens.....	31
Conclusion	32
Références bibliographiques.....	34
Annexe I	36
Annexe II :.....	37
Annexe III :.....	39

Abréviations

CHC : Contraception Hormonale Combinée

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

CNOSF : Conseil National Ordre des Sages-Femmes

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

ECOC : Extended Cycle Oral Contraception

FSRH : Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

SFE : Société Française d'Endocrinologie

UGA : Université Grenoble Alpes

Introduction

Selon le Baromètre santé de 2016 ⁽¹⁾, la pilule oestroprogestative est le moyen de contraception le plus utilisé en France.

Le régime habituel dit “cyclique” prévoit 21 jours de comprimés actifs et 7 jours de pause ou de comprimés placebos provoquant des hémorragies de privation. Ces saignements ont été créés dans le but d’imiter le cycle naturel. Ils ne représentent pas des menstruations physiologiques. Lorsque ce régime est étendu, on obtient ainsi une aménorrhée.

Cette méthode, dite de “prise en continu” (extended cycle oral contraception, ECOOC) est principalement proposée pour des raisons médicales par exemple dans le cadre de patientes souffrant d’endométriose pour diminuer les dysménorrhées⁽²⁾. Ces schémas correspondent à une prise de comprimés actifs supérieure à 28 jours.

Depuis 2015, l’unique autorisation de mise sur le marché pour une contraception oestroprogestative à cycle étendu est Seasonique ⁽³⁾.

Une récente publication de la FSRH (Faculty of Sexual & Reproductive Helthcare) démontre que la prise en continu ne présente aucune nocivité pour la femme et pourrait ainsi permettre de supprimer les “symptômes problématiques associés à l’intervalle sans hormones” ⁽⁴⁾.

L’utilisation continue des CHC (Contraception Hormonale Combinée) présenterait un meilleur effet contraceptif, dû à une meilleure observance ⁽⁶⁾ (la plupart des oublis ayant lieu au moment de reprendre les comprimés actifs) et diminuerait les symptômes menstruels (céphalées, asthénie, ballonnement) ⁽⁵⁾.

Les schémas de prise continus ont pour principal inconvénient la survenue plus fréquente de saignements imprévus « spotting ». Ils sont cependant de moindre abondance et auraient tendance à diminuer avec le temps ⁽⁵⁾.

Toutefois, malgré ces effets bénéfiques, la méthode de prise en continu est aujourd'hui peu proposée aux femmes pour convenances personnelles. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Dans ce contexte, il semblait pertinent de comprendre les raisons pour lesquelles certains professionnels de la santé proposent rarement la pilule œstroprogestative en continu pour convenance personnelle. Quels sont les mécanismes de réflexion qui conduisent à la prescription de pilule œstroprogestative, et comment le contexte de vie et les souhaits des femmes influencent-ils cette décision ?

Méthodes

I. Type d'Étude

a) Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative analytique multicentrique n'impliquant pas la personne humaine. L'approche était descriptive puis compréhensive, inspirée de la méthode sociologique par théorisation ancrée (10). Les entretiens ont été menés de novembre 2023 à février 2024.

b) Population d'étude et recrutement

Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de la contraception de la région Auvergne Rhône Alpes : sages-femmes, médecins généralistes et médecin gynécologue. Ils ont été recrutés sur la base du volontariat via un mail (annexe I) envoyé par mes soins. Les adresses mails ont été récupérées via plusieurs méthodes :

- Adresses mails sur l'annuaire des sage-femmes libérales consultables sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sage-Femmes (CNOSF).
- Courriels envoyés aux secrétariats des plannings familiaux de la région grenobloise
- Réseau de connaissance de mes directeurs et co-directeurs de mémoire.

c) Critère d'inclusion/exclusion

Inclusion :

- Volonté de l'interrogé
- Sage-femme, médecin généraliste, médecin gynécologue
- Professionnels de santé avec une pratique gynécologique

Exclusion :

- Professionnels de santé sans activité gynécologique

d) Échantillonnage

Pour respecter le principe de la variation maximale, plusieurs professionnels de même spécialité, mais avec des caractéristiques différentes ont été interrogés : genre, nombre d'années de pratique, secteur d'activité, formations complémentaires.

e) Taille de l'échantillon

Le nombre d'entretiens n'était pas prévisible, car le but était d'arriver à saturation des données, c'est-à-dire au stade où aucun nouveau thème pertinent ne serait abordé lors de nouveaux entretiens.

II. Méthodologie

a) Entretien semi-directif

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Une grille d'entretien a été travaillée en amont afin de regrouper les différentes questions en lien avec le thème abordé. Chaque partie comportait une question ouverte et générale permettant à l'interviewer de s'exprimer librement, puis des questions de relances, plus précises, permettant d'aborder des sujets intéressants pour l'étude, mais non évoqués par les professionnels.

b) Grille d'entretien

La grille d'entretien (annexe II) a été organisée en six thèmes :

- Caractéristique de l'interrogé
- Pratiques habituelles
- Informations données lors de la prescription de pilule contraceptive
- Aménorrhée pour convenance personnelle
- Prise de pilule en continu
- Difficultés du praticien

Chaque entretien a été mené selon cette grille. Dans un premier temps, le but était de faire connaissance avec le professionnel afin de mieux comprendre son profil et ses expériences. Dans un deuxième temps, il s'agissait de nous renseigner sur ses pratiques habituelles, en mettant l'accent sur toutes les informations fournies lors de la prescription d'une pilule œstroprogestative.

La partie centrale de notre étude portait sur l'aménorrhée pour convenance personnelle. L'objectif était de comprendre la perspective du professionnel sur cette notion et d'évaluer s'il considérait la méthode de prise de pilule œstroprogestative comme appropriée.

Notre entretien se terminait sur la recherche des éventuels freins à la prescription de pilule oestroprogestative en continu pour convenance personnelle.

Un premier entretien test a été effectué afin de vérifier la cohérence et la pertinence de la grille.

c) Modalité d'entretien

Le lieu des entretiens était choisi par le professionnel interrogé : ils ont été réalisés soit sur le lieu d'exercice du professionnel, soit en distanciel via le logiciel ZOOM, soit par téléphone.

En préambule, une information claire et complète a été donnée à tous les participants afin de recueillir leurs consentements oraux.

d) Retranscription

Les fichiers audios ont été enregistrés via un dictaphone puis retranscrits intégralement par mes soins sur mon ordinateur. Les données ont été supprimées après la retranscription et l'analyse.

e) Modalité d'analyse des données

Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour la retranscription et l'analyse. Les verbatims ont été codés en étiquettes expérientielles puis en propriétés. Ces propriétés ont été classées dans un tableau sous forme de sous-thèmes, et de grands thèmes ont ainsi émergés. Ce processus a été répété pour tous les entretiens nous permettant d'effectuer une analyse verticale puis horizontale.

f) Aspect éthique et réglementaire

Tous les entretiens ont été anonymisés et tous les évènements particuliers ont été supprimés afin de garantir l'anonymat des participants. Une lettre correspondant à leur profession leur a été attribuée ainsi qu'un numéro choisi aléatoirement. Afin de garantir l'aspect réglementaire de ce travail de recherche, une déclaration à la CNIL a préalablement été faite par le directeur du Département de Maïeutique de l'Université Grenoble Alpes : M. Di Marco.

Résultats et Discussion

I. Caractéristiques des professionnels interrogés

Neuf entretiens ont été réalisés, incluant un entretien « test ». Un entretien s'est déroulé au cabinet du professionnel, sept via l'application ZOOM et un par téléphone.

A l'issue des neuf entretiens, la saturation des données était atteinte. En effet, lors du dernier entretien, aucun thème nouveau n'est apparu.

La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes : le plus court a duré dix minutes et le plus long une heure et 19 minutes.

Tableau 1 : caractéristiques des professionnels interrogés :

	Profession	Genre	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'exercice et nombre d'années	Formations complémentaires
S1	Sage-femme	F	2003	Centre de santé sexuelle dans un hôpital (10ans)	Conseillère conjugale et familiale DIU de gynécologie pour les sage-femmes DIU prévention sur les violences faites aux femmes
S2	Sage-femme	F	2020	Cabinet libéral et activité hospitalière dans une clinique (3ans)	Formation rééducation périnéale Formation Entretien prénatal précoce
S3	Sage-femme	F	2003	Cabinet libéral (10ans)	DIU échographie DIU contraception DIU pleine conscience
G1	Médecin gynécologue	M	1984	Clinique (33ans)	Diplôme de médecine du sport DIU de psychosomatique Formation de chirurgie pelvienne
M1	Médecin généraliste	F	2019	Centre de santé sexuelle dans une clinique (4ans)	DIU de colposcopie DIU Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance Diplôme formation complémentaire pour le médecin généraliste en gynéco et obstétrique.
M2	Médecin généraliste	F	1995	Cabinet libéral (24ans)	Formation IVG médicamenteuse en cabinet libéral
M3	Médecin généraliste	F	2020	Cabinet libéral (3ans)	DIU IVG contraception et sexualité DIU médecine de montagne DIU échographie DIU médecine tropicale et méditerranéenne
M4	Médecin généraliste	M	2019	Cabinet libéral (3ans)	
M5	Médecin généraliste	M	2015	Cabinet libéral (3ans)	DIU médecine du sport DIU traumatologie du sport

II. Analyse des résultats et discussions

Partie 1 : Les freins à la prescription en continu

Lors des entretiens, les personnes interrogées ont toutes identifié des obstacles similaires à la prescription de pilules oestroprogestatives en schéma continu. Nous les avons organisés en plusieurs parties détaillées ici.

a. Le manque de formation

Sur les neuf personnes interrogées, seule une sage-femme affirme avoir reçu une formation sur la prise de contraceptif oestroprogestatif en schéma continu dans sa formation initiale.

Aucun des médecins généralistes interrogés ne dit avoir reçu d'informations claires à ce sujet « *Non non, on n'a pas de cours là-dessus du tout. On a des cours sur la contraception mais on ne nous dit pas que l'on peut la prendre en continu, en tout cas pas pendant mon internat.* » (M1).

Des éléments similaires sont évoqués lors de l'entretien du M5 « *Je pense que je m'y suis intéressé au moment où mon ex-copine voulait faire ça, mais sinon dans tout mon parcours je pense pas qu'on m'en ait parlé une seule fois* ».

Pour M4 les informations données sont peu explicites « *Ces choses qui sont dites à l'oral, mais ce n'est jamais posé de manière très très claire* ».

Le flou autour de ce schéma de prise pourrait expliquer la faible prescription par les médecins généralistes.

Pour le médecin gynécologue G1, l'internat est le problème « *une filière beaucoup plus pratique que théorique, on ne se préoccupait pas forcément beaucoup de la physiologie des choses (...) Moi la gynécologie je l'ai apprise sur le tas* » Pour lui, lors de la formation, l'organisation est autour de la pratique, au dépourvu de la théorie.

De fait, le déficit d'information sur le schéma continu durant la formation initiale pourrait entraver la prescription de cette méthode.

b. Les représentations des femmes sur l'aménorrhée induite

Au cours des entretiens, il est apparu que l'aménorrhée provoquée par le schéma continu était considérée comme un obstacle à l'adoption de cette méthode par les femmes.

« Ça les rassure » pour S1. « *Il y a quand même pas mal de patientes qui aiment bien psychologiquement avoir des saignements une fois par mois* » nous dit M1.

L'aspect psychologique semble déterminant dans le choix de contraceptifs par les femmes. Pour certaines l'absence de menstruations « *est un frein aux pilules progestatives ou à l'implant.* » (M4).

La sage-femme 2 a cherché une explication dans la définition même du genre « *peut-être qu'elles se sentent moins femme, mais il y en a que cela dérange* ».

Nos résultats semblent corroborer une revue de littérature de 2018 qui rapportait que pour certaines femmes la suppression des menstruations était anormale et entraînait des conséquences négatives sur la santé. (11)

Le choix de proposer une aménorrhée en utilisant une contraception oestroprogestative en continu semble aller à l'encontre du désir de certaines femmes d'avoir des règles.

c. Effets indésirables, risques et accessibilité du schéma continu

Lors des entretiens, les professionnels de santé revenaient fréquemment sur des problématiques liées à l'utilisation du schéma continu.

(1) Les spottings

Le risque de « spotting » a été largement décrit par les professionnels : « *je crains un peu qu'il y ait des spottings à un moment donné.* » (S1), « *je trouve que c'est un inconvénient.* » (S2), « *à force il est possible qu'elle ait des spottings en continu.* » (M3). Cependant certains interviewés précisait que « *ça arrive avec les oestroprogestatifs et les micros.* » (M2). Et qu'il existe des solutions « *il fallait s'arrêter s'il y avait des saignements, donc voilà la solution était toute trouvée.* » (M1).

La littérature mentionne l'existence de ce risque de spotting, mais il semble diminuer avec la durée de l'utilisation du schéma continu. En effet, plus ce schéma est suivi sur une longue période, moins il y a de saignements inopinés (5).

(2) La validité de l'ordonnance

Deux professionnels de santé ont fait part de leur doute sur l'acceptation d'une ordonnance de pilule oestroprogestative en schéma continu par les pharmaciens d'officine. « *Si je mets une pilule tous les 21 jours, est ce que c'est une plaquette pour 3 mois ? Je ne sais pas si j'aurais un appel de la pharmacie, ça m'interroge.* » (M4).

Pour M1, ce fut un problème « *les pharmaciens refusaient (...) mais maintenant quand on écrit « prise en continu » pour la plupart ils donnent des plaquettes en plus.* »

Nous observons ici une adaptation des professionnels de santé à ces nouvelles pratiques.

Dans cette perspective, en 2019, la Haute Autorité Scientifique publiait une recommandation de bonne pratique sur la contraception hormonale et sa dispensation en officine ⁽¹²⁾. Cette recommandation stipule la possibilité de fournir des comprimés pour une période supplémentaire de six mois maximum, sous certaines conditions : quand la durée de validité de l'ordonnance est expirée, quand la totalité des contraceptifs prescrit a été délivrée, ou quand la prescription date de moins d'un an.

(3) Les risques

« *Je pensais en tant que sage-femme dans les services que c'était dangereux une prise en continue* » (S1). Aujourd'hui de nombreuses études sont rassurantes quant à l'utilisation continue de la pilule œstroprogestative. Le risque cardiovasculaire déjà connu avec l'utilisation d'une pilule oestroprogestative n'est pas augmenté avec une prise en continu⁽⁵⁾.

Il n'existe pas d'effets indésirables sur l'endomètre associé à une prise quotidienne d'œstrogène à la place des comprimés placebos (13).

La fertilité des femmes n'est pas non plus impactée par une prise quotidienne de comprimé actif (14).

Par conséquent, le schéma continu ne comporte aucun risque pour la santé des femmes ; au contraire, il est associé à une meilleure gestion des symptômes liée à l'intervalle sans hormones tels que les céphalées, les ballonnements et l'asthénie (5).

Le FSRH, résume les caractéristiques de ce schéma dans un tableau (annexe III).

d. La place des microprogestatifs

Lors d'une mise en situation, chez une femme de moins de 35 ans, sans contre-indication aux oestroprogestatifs et ne souhaitant pas avoir de règles certains professionnels ont opté pour une pilule microprogestative.

« Je les bascule sur une progestative pure. » (S3), « Pour moi c'était des progestatifs. » (M3), « je leur parle des progestatifs quand même plus tôt. » (S2). Pour le médecin gynécologue, les microprogestatifs représentent le contraceptif adapté. « Si c'est vraiment un problème d'absence de règle et d'aménorrhée, le type de pilule le plus adapté c'est la microprogestative. » G1.

Cependant une récente publication de la Société française d'endocrinologie concluait :
« En l'absence de contre-indication absolue aux œstroprogestatifs, de lésion

gynécologique et/ou de troubles des règles qui nécessitent une exploration diagnostique préalable, si le choix de la patiente est une contraception hormonale, il est recommandé d'utiliser une pilule œstroprogestative (< 40 µg d'éthinyl-œstradiol) avec un progestatif de deuxième génération. » (15).

Les recommandations sont similaires pour le Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France : « *Les contraceptions œstroprogestatives contenant du lévonorgestrel ou du norgestimate sont recommandées en première intention chez les patientes souhaitant s'orienter vers une forme orale* ». (16)

Il semble donc opportun que les professionnels de santé actualisent leurs connaissances afin de fournir aux femmes des informations complètes leur permettant de prendre des décisions éclairées.

e. Les recommandations

En France, actuellement, il n'existe pas de recommandations officielles sur le schéma de prise de la contraception oestroprogestative. Il revient au prescripteur de décider s'il propose ou non ce schéma à ses patientes.

Pour certains professionnels, le manque d'indication représente un obstacle. « *Je n'ai pas de reco, enfin en tout cas pas à ma connaissance de faire de l'oestroprogestative en continu.* » (S3). De plus la présentation des pilules oestroprogestatives « *a été faite avec cette nécessité, enfin souvent, d'hémorragie de privation.* » (M2), « *si elle est en discontinu c'est pas pour être prise en continu.* » (G1).

Cependant en 2019, le CNGOF publiait « *Il est possible de proposer l'administration des contraceptions œstroprogestatives selon des schémas étendus ou continus dans certaines circonstances médicales (...) mais aussi par convenance personnelle* » ⁽¹⁶⁾.

Il est donc nécessaire de diffuser ces informations pour permettre aux professionnels de santé de rendre ce mode de prise plus accessible.

Partie 2 : Influence de l'environnement

Au cours des entretiens, nous avons remarqué que divers facteurs influençaient la prescription de la pilule lors des consultations de contraception. Il s'agissait de l'habitude de prescription, le profil individuel de la patiente, l'attitude des professionnels de santé, ainsi que la durée de la consultation. La combinaison de ces éléments orientait les professionnels de santé vers un schéma spécifique de prescription.

a) *Habitude de prescription*

Les professionnels de santé interrogés ont été sélectionnés en se basant principalement sur le critère selon lequel la consultation de contraception était une pratique courante pour eux.

Pour certains interrogés, la prise en continu n'était pas un usage qu'ils proposaient couramment « *non je ne vais pas le proposer spontanément* » (M4), « *la prise en continu c'est vrai que je ne l'aborde pas systématiquement* » (S2).

Pour le médecin gynécologue, la pilule oestroprogestative c'était toujours en schéma discontinu « *Oui c'était une habitude de prescription, et on ne se posait pas de question.* » (G1). A l'inverse pour une médecin généraliste, la prise en continu « *c'est moi qui leur en parle initialement* » (M1).

On peut donc envisager que l'habitude du professionnel envers cette pratique influence sa décision de la proposer ou non aux femmes.

b) ***Un profil type ?***

Un autre élément semble affecter le choix du professionnel de santé : il s'agit du profil de la patiente.

« *Ça vient de moi que si, vraiment sur des critères comme les dysménorrhées invalidantes, vraiment (...) j'en ai une qui est très sportive et qui souvent en compétition avait des règles très douloureuses et du coup c'était plus pour couper ses règles effectivement* ». (S1). « *C'est vraiment sur les femmes qui même sous pilule ont des règles douloureuses* ». (S3). Les dysménorrhées sont donc un critère reconnu comme valable pour proposer une prise en continu. En effet plusieurs études ont montré que ce schéma améliorerait les douleurs liées à l'intervalle sans hormones ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Le professionnel recommande donc ce schéma pour un certain profil de femme : « *Des patientes jeunes, sportives, qui ne fument pas, qui n'ont pas d'autres soucis, et avec une surveillance annuelle régulière en gynécologie* ». (M2).

La vision de la sage-femme 3 semble partagée par d'autres « *ce n'est pas une info que je délivre au tout venant, c'est vraiment au cas particulier* ».

On constate donc que certains éléments inhérents aux femmes influent sur la décision de discuter ou non de ce mode de prise. Ces facteurs peuvent être objectivés par le professionnel ou bien inconscients, « *Je ne saurais pas analyser à qui j'en parle* ». (S2).

Dans ce contexte, on comprend que les professionnels se basent sur des éléments médicaux du dossier de la patiente pour décider de recommander ou non une prise de

pilule oestroprogestative en continu. Ils recherchent une indication afin de prescrire le schéma le plus adapté.

c) ***Entre connaissance et prudence***

Au cours des entretiens, il apparaît que les professionnels de santé font part d'une certaine prudence quant à ce mode de prise.

« J'avais notion qu'il ne fallait pas le faire trop souvent et trop d'affilée, parce qu'après on avait un risque de spotting. Donc qu'une fois ou deux elles pouvaient mais pas plus » (M3). Une période définie était privilégiée *« Je leur conseille de faire trois mois d'enchaînement de plaquettes et de faire quand même une pause tous les trois mois. Je trouvais que c'était plus ... ça me semblait plus naturel »* (M2). *« Pas plus de trois plaquettes, et faire une semaine de pause toutes les trois plaquettes »* (S3). *« C'est vrai que au bout de trois mois quand même c'est bien de faire une pause d'une semaine »* (S2).

Une étude de 2005 évaluant la microstructure de l'endomètre après un régime prolongé d'utilisation de pilule oestroprogestative conclue qu'aucune pathologie endométriale ni changement n'est observé chez les femmes ayant ensuite repris un cycle naturel, (17). Les hémorragies de privation induites par l'arrêt des comprimés actifs ne sont donc pas obligatoires.

La proposition du régime continu était souvent proposé dans un contexte particulier *« si elles vont me parler d'un voyage au soleil, je me dis « ah il ne faut pas qu'elles aient leurs règles » »* (S2) *« plus souvent l'été, plus avant les vacances ou si il y a un événement particulier »*(M2). Cette méthode n'était donc pas destinée à être

poursuivie sur du plus long terme « *mais si c'est un mode de contraception continu, je ne sais pas, il faudrait que je me renseigne un peu plus, je pense qu'il n'y a pas de souci non plus mais c'est pas quelque chose sur lequel je suis trop informé* » (M5).

De même, alors que cette pratique semblait réservée à une période particulière, la sage-femme 2 exprimait des interrogations face à sa prescription pour le confort des patientes. « *Ce n'est pas juste pour le confort (...) c'est vrai qu'effectivement pour le confort de tous les jours ce n'est pas quelque chose que je fais* » Ainsi, ce mode de prescription suscite des interrogations chez les professionnels de santé.

La réserve des professionnels à l'égard de la prise de pilule oestroprogestative en continu peut être attribuée au fait que le CNOGF n'a décrit cette méthode que très récemment, en 2019. Elle est qualifiée comme « nouvelles modalités d'administration » ⁽¹⁶⁾. Cette « nouveauté » peut encourager une approche plus réservée ; certains praticiens préférant attendre d'avoir plus de recul avant de recommander cette modalité de prescription.

d) **Le temps**

Au cours de nos entretiens, il apparaît que le temps joue un rôle significatif.

En effet, plusieurs praticiens ont objectivé que la durée de consultation ne permettait pas toujours d'approfondir certaines notions. « *Je n'ai pas forcément tout le temps de prendre ça en détails* » Ainsi, s'exprime le médecin généraliste 3 à propos des explications concernant la prise des comprimés actifs et placebos.

De même pour (M1), « *C'est long ! On repart du début et on réexplique tout* » sur les mécanismes d'action des hormones sur le cycle menstruel.

Pour la sage-femme 2, « *je passe beaucoup de temps à réexpliquer le fonctionnement d'un corps de femmes, les hormones tout ça* ».

Cependant, la prise de comprimés de pilule oestroprogestative en continu nécessite une information supplémentaire sur le cycle menstruel puisqu'elle induit une aménorrhée qui n'est pas toujours comprise par les femmes.

Pour le médecin généraliste 4, il existe un manque d'information des patientes sur ce schéma de prise car « *Il faudrait enclencher une discussion, et parfois dans une journée on n'a pas beaucoup de temps* ». Il semble donc que le temps soit une variable non négligeable lorsqu'on s'interroge sur la pratique des professionnels de santé.

En 2019, selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 18 minutes. ⁽¹⁸⁾. Cela paraît court, quand on sait que lors d'une consultation, le praticien doit faire un état des lieux des envies, des besoins et connaissances des femmes sur la contraception, assurer une prescription acceptable et adaptée aux antécédents médicaux et habitudes de vie de la patiente, tout en effectuant une mission de prévention.

Partie 3 : La femme au centre de la consultation

À la suite de nos entretiens, nous avons constaté que l'information fournie, sa qualité ainsi que la relation entre la patiente et le soignant étaient des éléments qui jouaient un rôle dans la décision partagée du choix de schéma de prescription.

a) Informer

(1) Le cycle menstruel

Au cours des entretiens, nous avons demandé aux praticiens quelles informations ils donnaient aux femmes sur le cycle menstruel et l'impact d'une prise de pilule oestroprogestative.

Certains ne rentraient pas dans les détails « *j'explique ce que c'est une pilule oestroprogestative, mais j'explique pas vraiment le fonctionnement, sauf si c'est une demande de la patiente* » (M4). « *C'est vrai que je rentre pas dans les détails de l'hémorragie de privation tout ça* » (M5). « *Je dis qu'elles vont avoir des saignements de privation (...) non je vais pas trop dans les détails* » (S3)

D'autres sont plus précis et utilisent des planches anatomiques comme support « *il y a d'ailleurs le schéma de la femme naturelle et le cycle modifié par les hormones et du coup on dit qu'il n'y a plus le pic de LH et FSH. Je m'en sers aussi quand elles ne connaissent pas trop leur corps et le fonctionnement de leurs cycles* ». (S2). « *Je leur explique comme ça, que la différence c'est que quand on fait une semaine de pause,*

et bien ça mime en fait la chute de la progestérone et que ça saigne, mais pas comme des vraies règles parce que l'endomètre n'a pas poussé autant. » (M1)

Il advient donc que l'information délivrée n'est pas la même pour toutes. Cependant c'est avec ces informations que les femmes construisent leurs choix contraceptifs.

Pour le médecin généraliste 1 « *Il y a un manque d'informations sur les contraceptifs et sur l'éducation à la santé sexuelle (...) les patientes, elles ne se connaissent pas, parce qu'on ne leur apprend pas, donc elles ne peuvent pas connaître leurs cycles » (M1).*

La méconnaissance des patientes sur leur cycle menstruel ne permet pas le choix éclairé d'un schéma de prescription. En effet, l'utilisation d'un schéma continu implique que la femme comprenne son cycle, l'effet des hormones sur celui-ci, ainsi que la possibilité de modifier ses apports hormonaux à des fins de convenance.

Selon une étude datant de 2018⁽¹⁹⁾, les femmes ne font pas de différence entre les saignements sous pilule et le cycle naturel. Une explication claire sur la différence entre menstruation physiologique et hémorragie de privation permettrait une meilleure connaissance des femmes sur leur cycle. Elles pourraient ainsi être initiatrice d'une demande de schéma continu, et le professionnel serait alors plus enclin à le proposer.

(2) Déconstruction des croyances

Il apparaît lors des entretiens que nombre de croyances existe autour des menstruations sous pilule et de l'aménorrhée induite.

« *Ne plus avoir ses règles est-ce que dans le temps cela n'aurait pas un impact sur la fertilité ? j'ai déjà eu cette crainte-là (S2) « l'image que potentiellement ça pourrait toucher à la fertilité » (M4).* Les saignements qu'il soient naturels ou induits par la prise de comprimés placebos sont synonymes de fertilité pour les femmes. « *« Non je préfère avoir mes règles tous les mois comme ça je sais que je ne suis pas enceinte. » (M1).* Cette méconnaissance est un frein à l'utilisation d'un schéma continu par les femmes.

De même les saignements *ça les purifie (...) si elles ont pas les règles, elles ont l'impression qu'elles sont sales. » (M2).* Cette notion de « purification mensuelle » date de l'Antiquité ⁽²⁰⁾ époque où l'on considérait le flux menstruel comme un signe de bonne santé et un équilibre essentiel entre santé et maladie.

L'aménorrhée induite se heurte aux croyances des femmes. Par conséquent, les praticiens pourraient ne pas proposer systématiquement ce schéma à leurs patientes, sachant qu'il est moins bien accueilli par certaines d'entre elles.

b) Écouter

Durant les entretiens, nous avons pu remarquer qu'un des critères qui orientait la prescription de schéma continu était la volonté des femmes.

« Je leur propose que si c'est un désir pour elle de vouloir enchaîner les plaquettes, si c'est pas le cas je propose pas. » (M5) « Si c'est la demande de la patiente, oui » (M4). « Je n'en parle pas à toutes systématiquement, c'est vraiment si on m'en fait la demande » (M2).

Les patientes désireuses de ce mode de prescription sont donc plus susceptibles de se voir le prescrire. Cependant, pour les autres, si elles n'expriment pas cette volonté, les praticiens ne vont pas spontanément le proposer.

Une étude pour évaluer les attitudes des femmes à l'égard de la suppression menstruelle par l'utilisation prolongée de contraceptif oraux a été menée aux États-Unis. ⁽²¹⁾ Sur les 1470 participantes, 59 % souhaitaient ne pas avoir leurs règles tous les mois et un tiers souhaitait ne jamais avoir leurs règles. L'aménorrhée induite semble donc attirer certaines femmes, reste aux praticiens de la proposer au plus grand nombre.

c) La communication comme clé d'une décision partagée

La consultation de contraception est définie par l'HAS comme « *une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.* » (22).

La communication a donc une place centrale.

Pour la sage-femme 3 « *sur les très jeunes des fois, c'est long avant que ça se décoince, qu'elle puisse poser la vraie question de pourquoi elles sont là (...) donc finalement en faisant connaissance, en posant des questions (...) elles ont plus le temps pour se poser, et pour se sentir en confiance* ». Instaurer la confiance permet aux adolescentes d'exprimer plus clairement leurs besoins.

Une approche empathique facilite également la proposition du schéma continu « *C'est déjà assez difficile d'être une jeune femme, mais en plus s'il y a des règles douloureuses et qu'on peut améliorer ça c'est quand même sympa* » (M1). De même pour la sage-femme 2, lorsque qu'on lui demande à quel type de femme elle peut proposer le schéma continu. « *Peut-être celles qui me font comprendre que leurs règles c'est pas cool. Je pense que je le fais au feeling* ».

Ceci souligne l'importance de la relation entre le professionnel de santé et la femme.

La sage-femme perçoit les signaux de communication non verbale de la patiente, ce qui lui permet de lui suggérer une méthode susceptible d'améliorer sa qualité de vie.

Parfois, écouter les patientes peut enrichir les connaissances du praticien « *J'ai eu des patientes qui sont venues, qui étaient suivies avant par des gynécos qui leur*

*avaient prescrit en continu et qui ont dit « moi je fais comme ça, j'en suis contente. »
J'ai essayé de me renseigner par moi-même et comme je n'ai pas trouvé
d'inconvénient particulier je me suis dit que je pouvais le prescrire sans danger. (M2).*

Le dialogue est donc au cœur de la consultation de contraception. C'est à travers la communication directe ou indirecte que des éléments peuvent émerger, incitant ainsi les professionnels de santé à proposer une méthode plus adaptée aux besoins de la femme.

En revanche, en l'absence de cette communication, il existe un risque de passer à côté d'informations importantes et de ne pas répondre à toutes les problématiques de la patiente.

Le modèle de « patient-centered medicine » développé par McWhinney et Stewart va dans ce sens ⁽²³⁾. En cherchant à « *explorer la santé, la maladie et l'expérience* » notamment en ce qui concerne les menstruations, on peut parvenir à « *s'entendre avec la patiente sur le problème, les solutions, et le partage des responsabilités* » en proposant un schéma continu lorsque cela paraît utile.

III. Forces et faiblesses

Forces

a) Méthodologie

Le choix d'une méthode qualitative a été pertinent pour répondre à notre problématique. En effet, poser des questions ouvertes nous a permis d'explorer en profondeur les attitudes, les perceptions et les expériences des participants. À travers nos entretiens, nous avons pu contextualiser le sujet selon les perspectives des interviewés, ce qui nous a offert une meilleure compréhension des divers facteurs qui influencent les décisions des professionnels. Dans le but de recueillir un maximum de données qualitatives, notre objectif était d'établir un dialogue empathique favorisant le partage et la confiance mutuelle.

b) Diversité des profils

Le processus de recrutement a permis d'inclure une population variée, présentant des différences sur plusieurs aspects. En effet, nous avons interrogé des praticiens de différents genres, ayant suivi des formations médicales variées en raison de l'année d'obtention de leur diplôme. Les lieux d'exercice étaient également divers, et tous ne bénéficiaient pas du même niveau d'expérience.

Faiblesses

a) Biais de sélection

Cela est intrinsèque à la méthode qualitative. En effet, la participation à notre étude était volontaire, ce qui suggère que les praticiens interrogés étaient probablement intéressés par le sujet. Afin de minimiser ce biais, nous avons délibérément évité de mentionner directement la prise de pilule oestroprogestative en cycle continu. Nous avons plutôt présenté notre étude comme une recherche sur la prescription de pilules par les professionnels de santé.

b) Sous-représentation des médecins gynécologues

Sur les neuf entretiens, un seul a été fait avec un médecin gynécologue. Nous avons eu des difficultés pour contacter ces praticiens, certains n'ont pas répondu à nos sollicitations et pour d'autres les emplois du temps de chacun ne permettaient pas de se rencontrer.

Il existe donc une sous-représentation de cette spécialité pourtant au centre de la prescription de contraceptif oral.

c) Absence de triangulation

Le codage des verbatim ainsi que l'analyse qui en a déduit a été réalisé par une seule personne, laissant ainsi une grande place à l'interprétation.

d) Durée et qualité des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes, ce qui est relativement court pour une étude qualitative menée à l'aide d'entretiens semi-directifs. Il advient que certains entretiens auraient pu être prolongés afin d'approfondir la collecte de données qualitatives. De plus, lors des entretiens plus longs, il arrivait parfois que les praticiens s'écartent du sujet de notre étude.

Conclusion

Notre étude a permis de mieux comprendre les choix des professionnels de santé en matière de schéma de prescription de pilule œstroprogestative.

En effet, nous avons pu observer qu'il existait des obstacles à l'utilisation continue des contraceptifs hormonaux combinés pour répondre au confort personnel des femmes.

Le manque de formation des praticiens sur ces schémas et la tendance à privilégier l'utilisation des microprogestatifs sont des facteurs qui entravent cette prescription. De même, l'absence de directives claires sur la prescription pour convenance personnelle est un problème identifié.

Nous avons également souligné l'importance de l'environnement lors des consultations sur la contraception. En effet, le choix d'un schéma de prescription repose sur des indications spécifiques propres à chaque patiente et est étroitement lié à l'attitude du professionnel de santé envers la méthode.

Enfin, notre travail de recherche a mis en lumière l'importance primordiale de la communication lors des consultations sur la contraception. C'est par le biais du dialogue que le praticien et la patiente parviennent à convenir d'un schéma de prescription adapté. Néanmoins, la manière dont l'information est transmise, sa compréhension ainsi que les préférences des femmes ne sont pas toujours prioritaires, ce qui pourrait compromettre la proposition d'une méthode de prise en continu pour le confort des patientes.

De façon globale, le soignant est au cœur du choix contraceptif, son rôle est d'accompagner les femmes vers la méthode qui lui semble la plus adaptée. La

consultation de contraception doit donc être un temps d'échange où le professionnel recherche les désirs, motivations et appréhensions des femmes. L'information doit permettre aux femmes de comprendre le fonctionnement naturel de leur cycle, afin de leur permettre de le modifier, si elles le souhaitent.

Des efforts de sensibilisation et d'information pourraient être envisagés afin d'aider les professionnels à mieux comprendre les besoins et préférences des femmes en matière d'aménorrhée induite afin de favoriser des décisions de prescriptions plus individualisées et centrées sur la patiente.

De plus, il conviendrait d'expliquer aux femmes ces « nouveaux » schémas de prescription, afin qu'elles puissent bénéficier de toutes les possibilités offertes par la pilule œstroprogestative. L'aménorrhée induite pourrait ainsi potentiellement contribuer à leur émancipation et à leur liberté en termes de contrôle de la fertilité et de qualité de vie. L'absence de menstruations favoriserait alors une approche plus positive et inclusive de la santé reproductive féminine.

Au regard de notre étude, il pourrait alors être pertinent d'étudier l'impact de la prise en continu de pilule œstroprogestative sur la qualité de vie des femmes, Quelles sont les difficultés rencontrées et quels sont les avantages observés ? Il serait également intéressant d'explorer si ce mode de prise influence leur perception et la connaissance de leur corps.

Références bibliographiques

- 1) Delphine R. Baromètre santé 2016 Contraception. 2016;
- 2) Caruso S, Iraci M, Cianci S, Fava V, Casella E, Cianci A. Comparative, open-label prospective study on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain on 2 mg dienogest/30 µg ethinyl estradiol continuous or 21/7 regimen oral contraceptive. J Endocrinol Invest. août 2016;39(8):923-31.
- 3) Notice patient - SEASONIQUE 150 microgrammes/30 microgrammes + 10 microgrammes, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64977368&typedoc=N>
- 4) FSRH Guideline (January 2019, amended October 2023) Combined Hormonal Contraception. BMJ Sex Reprod Health. janv 2019;45(Suppl 1):1-93.
- 5) Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 29 juill 2014;2014(7):CD004695.
- 6) MacGregor EA, Guillebaud J. The 7-day contraceptive hormone-free interval should be consigned to history. BMJ Sex Reprod Health. 26 juin 2018;bmjsrh-2017-200036.
- 7) Seval DL, Buckley T, Kuehl TJ, Sulak PJ. Attitudes and prescribing patterns of extended-cycle oral contraceptives. Contraception. 1 juill 2011;84(1):71-5.
- 8) Sauer U, Mann S, Brima N, Stephenson J. Offering extended use of the combined contraceptive pill: a survey of specialist family planning services. Int J Womens Health. 30 sept 2013;5:613-7.
- 9) 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. 1 oct 2011;84(4):384-9.
- 10) Barney Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative, 1967
- 11) Polis CB, Hussain R, Berry A. There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. Reprod Health. déc 2018;15(1):114.

- 12) Eric D. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. 2019;
- 13) Anderson FD, Feldman R, Reape KZ. Endometrial effects of a 91-day extended-regimen oral contraceptive with low-dose estrogen in place of placebo. *Contraception*. 1 févr 2008;77(2):91-6.
- 14) Barnhart K, Mirkin S, Grubb G, Constantine G. Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertil Steril*. mai 2009;91(5):1654-6.
- 15) Item 36 - Contraception [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-36-contraception/>
- 16) Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 1 sept 2019;48(7):441-54.
- 17) Anderson FD, Hait H, Hsiu J, Thompson-Graves AL, Wilborn WH, Williams RF. Endometrial microstructure after long-term use of a 91-day extended-cycle oral contraceptive regimen. *Contraception*. 1 janv 2005;71(1):55-9.
- 18) Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
- 19) Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange PE, Chiaroni J, Courbiere B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 sept 2019;47(9):662-71.
- 20) Hippocrate. Des Maladies des Femmes « Gynaikeia ». Vème siècle av JC.
- 21) 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*. 1 nov 2004;70(5):359-63.
- 22) Eric D. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2019;
- 23) Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). *Health Expect*. juin 2004;7(2):181-2.

Annexe I

« Bonjour,

Je suis actuellement en cinquième année d'étude de sage-femme à Grenoble. Dans le cadre de mes études je réalise un mémoire sur le thème de la consultation contraceptive et plus particulièrement la pilule oestroprogestative. En effet, je m'interroge sur les différents modèles de réflexion utilisés par les professionnels de santé dans le cadre d'une prescription de pilule oestroprogestative.

Pour ce travail je suis accompagnée par le Dr. Pibault, médecin généraliste au centre d'Orthogénie de l'Hôpital Couple Enfant à Grenoble et de M.Curto, enseignant à l'école de Sage-femme de Grenoble.

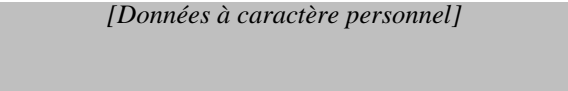
Je viens vers vous car je suis à la recherche de professionnels de santé acceptant de participer à mon étude. Seriez-vous prêt à m'accorder une heure de votre temps pour répondre à quelques questions en face à face ou en distanciel ?

Je reste à votre disposition si vous désirez de plus amples informations et vous remercie pour l'intérêt que vous porterez à ce message.

Cordialement

Anouk BARRAUD
École de sage-femme de Grenoble 5ème année

[Données à caractère personnel]



Annexe II :

Guide d'entretien

Date de l'entretiens :
Durée de l'entretien :
Ressenti :

Contrat de communication :

Bonjour, je suis Anouk Barraud, étudiante en 5ème année de sage-femme à Grenoble et dans le cadre de mes études je réalise un mémoire sur le thème de la prescription de pilule oestroprogestative par un professionnel de santé.

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions, je vous rappelle que cet entretien est enregistré et sera retranscrit par mes soins. Vous pouvez à tout moment décider de mettre fin à celui-ci ou à l'accord donné pour l'utilisation ou le recueil des données.

Êtes-vous toujours d'accord pour effectuer cet entretien ?

Thème 1 : Caractéristique de l'interviewé

Profession	
Genre	
Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none">• Année d'obtention du diplôme :• Structures où vous avez travaillé :• Formation complémentaire :
Structure de travail actuelle	<ul style="list-style-type: none">• Pourquoi l'avoir choisi ? Quel type de population ?

Thème 2 : Pratique habituelle

Concept à aborder

“Pourriez-vous m'expliquer de la manière la plus précise possible la dernière fois qu'une patiente est venue vous voir pour une prescription de pilule oestroprogestative ? “	<ul style="list-style-type: none">• Chronologie précise du RDV• Infos clé pour la prescription• Choix de la patiente et/ou du prescripteur
<u>Question de relance</u> (si concept non abordé naturellement par l'interviewé) <ul style="list-style-type: none">• Par quoi débutez-vous votre entretien ?• Quelles sont les informations importantes que vous demandez à votre patiente et qui vous permettront de faire votre prescription ? ATCD ? Âge ? FDR ? Situation maritale ? Parcours contraceptif ?• Comment le choix de cette méthode de contraception s'est-il fait ?	

Thème 3 : Prescription de pilule contraceptive**Concept à aborder**

<p>“Concernant la prescription de pilule en elle-même, quelles sont les informations que vous donnez à votre patiente ?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise discontinu ou continu ou les deux • Hémorragie de privation • En cas d’oubli
<p><u>Question de relance</u> (si concept non abordé naturellement par l’interviewé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment expliquez-vous précisément la prise du médicament ? • Comment expliquez-vous les hémorragies de privation • Que faire en cas d’oubli ? 	

Thème 4 : L'aménorrhée pour convenance personnelle**Concept à aborder**

<p>“Vous est-il déjà arrivé qu’une patiente vous parle d’enchaîner les plaquettes de pilule pour ne plus avoir ses règles pour son confort”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le confort de la patiente
<ul style="list-style-type: none"> • Si oui : Qu’en pensez-vous ? • Si non : Que répondriez-vous à une patiente qui vous le demanderait ? 	

Thème 5 : Prise de pilule en continu**Concept à aborder**

<p>“Avez-vous déjà eu une femme qui venait pour une demande de prise de pilule en continu, pouvez-vous m’en parler”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance théorique • Habitude de prescription ? • Pour qui ? • Avantages • Inconvénient
<p><u>Question de relance</u> (si concept non abordé naturellement par l’interviewé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment vous expliquez ce mode de prise ? • Avez-vous l’habitude de parler de ce mode de prise à vos patientes ? • Pour quel type de patiente le recommanderiez-vous ? • Quels sont pour vous les avantages de la prise en continu ? • Les inconvénients ? 	

Thème 6 : Difficulté du praticien**Concept à aborder**

<p>“Avez-vous l’impression qu’il existe un manque d’informations quant à la prise en continu de pilule oestroprogestative ?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information suffisante sur ce mode de prise • Recherche personnelle ? • Aisance du professionnel • Difficultés ?
<p><u>Question de relance</u> (si concept non abordé naturellement par l’interviewé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours de votre formation initiale vous a-t-on parlé de ce mode de prise ? • Avez-vous effectué des recherches sur ce type de prise ? • Vous sentez vous à l’aise ou éprouvez des difficultés face à ses demandes de patientes ? Si oui quelles difficultés ? 	

Annexe III :

FSRH guideline: CHC



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

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