

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Freins à la prescription de pilule œstroprogestative en continu  
par les médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin à 16 heures  
au Pôle Formation  
par **Léopoldine ROMAIN-BEAUFILS**

---

**JURY**

**Présidente :**

**Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN**

**Monsieur le Docteur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Madame la Docteure Annie STANDAERT**

**Directrice de thèse :**

**Madame la Docteure Judith OLLIVON**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres leurs auteurs.**

## ABREVIATIONS

<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>COP</b>	Contraception œstroprogestative
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>DU</b>	Diplôme inter-universitaire ( <i>normalement DIU, mais simplification en DU pour éviter la confusion avec dispositif intra-utérin</i> )
<b>EE</b>	Ethinylestradiol
<b>FSH</b>	Hormone folliculo-stimulante
<b>FSRH</b>	Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
<b>GnRH</b>	Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires
<b>INED</b>	Institut National d'Etudes Démographiques
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>MSP</b>	Maison de santé pluri-disciplinaire
<b>LH</b>	Hormone lutéinisante
<b>LNG</b>	Lévonorgestrel
<b>PASS</b>	Post-authorisation safety study
<b>POP</b>	Pilule œstroprogestative
<b>RCOG</b>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
<b>TVP</b>	Thrombose veineuse profonde
<b>21/7</b>	Schéma de POP consistant en une prise de comprimés actifs pendant 21 jours, suivie de 7 jours sans prise hormonale.
<b>24/4</b>	Schéma de POP consistant en une prise de comprimés actifs pendant 24 jours, suivie de 4 jours sans prise hormonale.

# Sommaire

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
I) Physiologie du cycle menstruel et action de la pilule œstroprogestative.....	2
II) Les différents schémas de prises de pilule œstroprogestative.....	3
III) Genèse de la problématique.....	5
IV) Objectifs.....	5
METHODE.....	6
I) Type d'étude.....	6
II) Population étudiée.....	6
III) Recueil des données.....	7
IV) Traitement des données.....	8
V) Accords.....	8
RESULTATS.....	9
I) Caractéristiques socio-démographiques.....	9
II) A propos de la contraception en général.....	11
1) Des objectifs multiples.....	11
2) La POP comme contraceptif de prédilection.....	11
3) Schémas de prise de POP.....	13
a) Le schéma 21/7, une évidence.....	13
b) Pilules faussement continues : le cas des comprimés placebos.....	14
c) Citation de la POP continue.....	14
III) La POP continue, une option peu enthousiasmante.....	15
1) Présentation des médecins opposants.....	15
2) Un manque d'information.....	16
3) La nécessité d'une période de repos.....	17
4) Appel à la nature et à la féminité ; Le rôle des représentations personnelles.....	18
5) Crainte des effets indésirables.....	19
6) Un besoin de validation externe ; Le problème de la responsabilité.....	21
7) Peu d'entrain pour Seasonique®.....	22
8) Conséquence : le choix d'options substitutives.....	23
IV) Positions en faveur de la POP continue.....	24
1) Présentations des médecins favorables.....	24
2) Une information de source plus pratique que théorique.....	24
a) Expérience personnelle et pratique médicale.....	24
b) Formation théorique.....	25
3) Modalités d'enchaînement.....	26
4) L'absence d'effets indésirables connus.....	27
5) Indications pathologiques.....	27
6) Des avantages essentiellement pratiques.....	28
7) Une amélioration de l'observance ?.....	29
8) Ouverture à la question : Ambivalence et évolution du point de vue des médecins.....	30
a) Une réflexion palpable.....	30
b) Un sujet qui suscite l'intérêt.....	31
c) Accepter mais pas recommander.....	31
V) Réactions attendues des patientes.....	32
1) La POP continue correspond-elle à une demande des patientes ?.....	32
2) Une réaction patiente-dépendante.....	33

3) Importance des explications.....	35
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>36</b>
<b>I) Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>36</b>
1) Forces.....	36
a) Etudes existantes.....	36
b) Validité interne.....	36
2) Limites.....	37
<b>II) Retour des acteurs.....</b>	<b>38</b>
<b>III) Comparaison avec les données de la littérature.....</b>	<b>38</b>
1) Connaissance et prescription chez les autres médecins.....	38
2) Etudes des effets indésirables.....	39
a) Risque thrombo-embolique veineux.....	39
b) Sécurité endométriale.....	40
c) Autres risques à long terme.....	41
d) Spottings.....	41
3) Indications pathologiques.....	42
4) Efficacité contraceptive.....	42
5) Le point de vue des patientes.....	44
6) Appel à la nature : Quelle place pour les menstruations aujourd'hui ?.....	45
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>51</b>

## RESUME

**Contexte :** Depuis sa commercialisation, la pilule œstroprogestative est prescrite de façon à mimer le cycle menstruel, grâce à un intervalle libre sans hormone durant lequel survient une hémorragie de privation mensuelle. Cette hémorragie de privation n'a pourtant pas de justification scientifique, et des pilules à cycle dits étendus, continus ou encore flexibles ont vu le jour à travers le monde. Toute pilule œstroprogestative pourrait être proposée en continu pour améliorer le confort de vie, supprimer des symptômes menstruels gênants ou encore limiter le risque d'oubli. Cette option semble pourtant peu prescrite et peu connue par les médecins généralistes. Nous avons donc voulu identifier les freins à la prescription de pilule œstroprogestative en continu par les médecins généralistes.

**Méthodes :** Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens compréhensifs intégralement enregistrés, retranscrits et codés sur Nvivo® par théorisation ancrée.

**Résultats :** 11 médecins généralistes ont été interrogés. La majorité ne prescrivait la pilule œstroprogestative en continu, ni n'avait connaissance de cette possibilité. Ils redoutaient la survenue d'effets indésirables supplémentaires par rapport au schéma classique. Certains faisaient appel à la nature et à la féminité pour justifier la conservation de pseudo-règles. Ils craignaient également recevoir un accueil négatif de la part de la part des patientes. Ils reconnaissaient toutefois manquer d'informations à ce sujet, et que c'était leur principal frein. L'aval d'un gynécologue pouvait donc être un facteur facilitateur. Dans ce cas, les avantages perçus étaient principalement l'amélioration du confort de vie, mais aussi le traitement de pathologies comme les dysménorrhées et l'endométriose. A l'inverse, les médecins qui prescrivaient la pilule œstroprogestative en continu la voyaient comme une évidence, et étaient surpris que des réticences puissent exister à ce sujet.

**Conclusion :** La prescription de pilule œstroprogestative en continu semble loin d'être une pratique universelle en médecine générale, en raison de freins dominés par le manque d'information. Beaucoup de médecins sont pourtant ouverts à la question. Il serait donc bon d'informer les médecins généralistes sur cette possibilité, ses avantages et inconvénients, afin non pas de la rendre systématique, mais de pouvoir la proposer aux patientes intéressées.

# INTRODUCTION

## 1) Physiologie du cycle menstruel et action de la pilule œstroprogestative

Sous contrôle de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH), hypothalamique, l'hypophyse de la femme synthétise l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH).

Du premier au septième jour du cycle (J1-J7), la FSH stimule la croissance folliculaire, puis, à partir de J8, le follicule le plus sensible à la FSH devient follicule dominant. Le pic de LH survenant vers J12 entraîne une ovulation de ce follicule dominant à J14.

Au niveau ovarien, les follicules en croissance de la première partie de cycle sécrètent des œstrogènes et de l'inhibine B, qui ont un rétrocontrôle négatif sur l'hypophyse et l'hypothalamus, et donc sur la synthèse de GnRH, de FSH et de LH. Lorsque les œstrogènes dépassent un certain seuil plasmatique, leur rétrocontrôle devient positif, ce qui entraîne le pic de LH.

Après ovulation, le follicule régresse en corps jaune qui sécrète de la progestérone principalement, mais aussi de l'œstradiol et de l'inhibine A. Ils ont un rétrocontrôle négatif sur la production de FSH et LH. La progestérone maintient l'endomètre à une épaisseur stable, et stimule son activité sécrétoire pour permettre la nidation.

En l'absence d'ovulation, le corps jaune se sclérose et les taux de progestérone, œstradiol et inhibine A chutent. Cela entraîne les menstruations par desquamation de l'endomètre, et la ré-ascension de la FSH qui stimule la croissance folliculaire. C'est le début d'un nouveau cycle (1).

La pilule œstroprogestative (POP) est composée d'un œstrogène et d'un progestatif (dérivé de la progestérone).

Son effet contraceptif est principalement assuré par le progestatif. Il inhibe la LH, et donc le pic d'ovulation. Une sécurité supplémentaire est apportée par son rôle sur l'endomètre, qu'il amincit, et la glaire cervicale, qu'il épaisit.

L'œstrogène inhibe la FSH, et donc la croissance et le recrutement folliculaire. Mais il est surtout ajouté par « confort ». Il empêche les spottings qui surviennent par atrophie de l'endomètre en cas de prise de progestatif seul, ainsi que les effets indésirables de l'hypoœstrogénie liée à l'effet antigonadotrope du progestatif.

Sous POP, l'axe gonadotrope est donc inhibé. Il n'y a pas de croissance folliculaire, pas d'ovulation. Mais lors de la semaine d'arrêt de POP, le taux de FSH remonte, faisant entrer des follicules ovariens en maturation. Ces follicules ne régressent qu'après 7 jours de prise régulière de POP. Ils peuvent même parfois persister au-delà. C'est pourquoi les oublis de pilule la première semaine sont particulièrement à risque : à cause de cette nouvelle période sans hormone, l'un des follicules entrés en maturation la semaine précédente va pouvoir devenir follicule dominant, menant à l'ovulation (2).

D'autre part, lors de cette semaine d'arrêt, la chute des taux de progestérone et d'œstrogène entraîne la desquamation de l'endomètre, et donc un saignement semblable aux règles appelé hémorragie de privation.

## II) Les différents schémas de prises de pilule œstroprogestative

En 1960, la Food and Drug Administration délivrait l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la première pilule contraceptive Enovid®. Ce n'est qu'en 1967 que la France autorisera sa commercialisation (3).

A cette époque, la POP a été commercialisée sous forme d'une prise de 21 comprimés actifs suivie d'une interruption de 7 jours (schéma 21/7) afin de mimer le cycle menstruel physiologique. Le rôle de cette semaine d'arrêt était de rassurer les femmes et les médecins, en leur donnant l'impression que la pilule n'interférait pas avec le cycle menstruel, afin de la rendre plus acceptable. Par ailleurs, on ne disposait pas non plus de moyen fiable et rapide de diagnostiquer précocement une grossesse. Pour la femme prenant une POP, la survenue d'une hémorragie de privation lors de la semaine d'arrêt permettait donc de vérifier l'absence de grossesse indésirée (4).

En dehors de ces éléments, il n'y a aucune preuve du bénéfice de l'interruption de la POP tous les mois (4).

Dès 1977 (5), des études ont été menées sur l'administration de la POP en continu, sans toutefois donner lieu à de réels changements de pratiques malgré leurs résultats encourageants.

Au cours des 17 dernières années, de nouveaux schémas de prise de POP diminuant la fréquence des saignements ont vu le jour de façon officielle. On peut *stricto sensu* en différencier trois : étendu, continu et flexible (6). Par souci de simplification, dans la suite de cette thèse, l'appellation « continue » regroupera l'ensemble de ces 3 schémas.



- Le schéma **étendu** consiste à prendre des comprimés actifs pendant plus de 28 jours sans interruption. Une période d'arrêt est prévue à intervalle régulier, durant laquelle une hémorragie de privation survient. Ce schéma porte le plus souvent l'arrêt à une semaine tous les 3 mois.  
La semaine sans hormone peut également être remplacée par une semaine de comprimés ne contenant qu'un œstrogène à faible dose.
- Le schéma **continu** consiste à prendre des comprimés actifs tous les jours, toute l'année, sans interruption.
- Le schéma **flexible** est construit sur le même principe que le schéma étendu qui espace les hémorragies de privation, mais laisse décider aux femmes à quel moment elles souhaitent avoir ces hémorragies. Une période fixe de 24 jours avec comprimés obligatoires est imposée, puis la patiente peut réaliser un arrêt de 4 jours quand elle le souhaite (annexe 1) (7).

Pour chacun de ces schémas, une ou plusieurs spécialités ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché. Leurs caractéristiques sont résumées en annexe 2.

Une seule d'entre elles, Seasonique®, est commercialisée en France depuis 2015. Elle consiste en un schéma étendu, avec 84 comprimés actifs de lévonorgestrel (LNG) 150 µg et éthinyloestradiol (EE) 30 µg, suivis de 7 comprimés d'EE 10 µg. Elle n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale (8).

En réalité, la plupart de ces pilules ne sont que le conditionnement en schéma long de spécialités existant déjà sous la forme 21/7. Par exemple, en dehors des 7 comprimés d'EE trimestriels, Seasonique® a la même composition que Minidril®. On pourrait en fait enchaîner n'importe quelle POP monophasique (6,9).

En 2019, la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) du Collège des gynécologues et obstétriciens britanniques (RCOG) s'est positionné en faveur de la prise continue de POP. Dans un guide de bonnes pratiques, ils recommandent de présenter à chaque patiente souhaitant prendre une POP tous les schémas de prise possibles. Ils désignent l'ensemble de ces nouveaux schémas sous le terme de « tailored regimens », soit régimes sur mesure. Ils rappellent bien que même si cette pratique est hors AMM pour la plupart des spécialités, ils la soutiennent pour l'ensemble des POP monophasiques. (annexe 3) (9).

Les arguments pour la prise de POP en continu seraient une amélioration du confort, une plus grande efficacité contraceptive, ou encore le traitement de pathologies liées aux cycles menstruels, telles que les dysménorrhées ou les migraines cataméniales (10).

Les études existantes montrent un profil de sécurité identique à celui de la POP en schéma classique. En revanche, l'effet indésirable fréquemment rapporté est l'apparition de spotting, c'est-à-dire de saignements irréguliers de faible abondance (9,10).

### III) Genèse de la problématique

C'est lors de mon semestre de gynécologie en tant qu'interne que j'ai été confrontée pour la première fois à la POP continue. En consultation de gynécologie médicale, le médecin qui me formait m'a parlé de l'intérêt de la POP en continu par rapport au schéma classique 21/7. Je savais vaguement que c'était possible de façon ponctuelle, mais pensais que ce n'était pas quelque chose à recommander au long cours. Je lui ai fait part de mes réticences, craignant des effets indésirables au long cours en lien avec une dose d'œstroprogestatifs ingérée plus importante, auxquelles il a répondu.

J'ai trouvé interpellant qu'en tant que médecin mais aussi en tant que patiente, cette possibilité ne m'ait jamais été présentée. J'ai donc mené des recherches bibliographiques. A première vue, cette possibilité est peu évoquée dans les recommandations françaises. Mais ayant identifié les facteurs qui m'avaient initialement effrayée, j'ai pu vérifier par ma bibliographie qu'ils étaient infondés.

Par la suite, lors de certains remplacements en médecine générale, il m'est arrivé de proposer la prise de POP en continu à certaines patientes. Je me suis alors plusieurs fois heurtée à des réactions négatives de l'ordre de « Mon médecin / mon pharmacien m'a dit de ne surtout pas faire ça ! ». Ces réactions ont renforcé mon intérêt pour le sujet.

J'ai donc souhaité découvrir quel était le sentiment des autres médecins généralistes concernant la possibilité de POP en continu, et quelles pouvaient être leurs réticences.

### IV) Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins à la prescription de POP en continu par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les facteurs ou situations qui pourraient favoriser sa prescription.

## METHODE

### I) Type d'étude

Il s'agissait d'explorer les sentiments des médecins généralistes quant à la POP continue, et non pas de quantifier la prescription ou non de cette méthode. C'est pourquoi une étude qualitative a été privilégiée.

Les entretiens étaient individuels, de type semi-dirigé.

Un guide d'entretien a été utilisé comme fil conducteur. Dans sa forme initiale, il comprenait 7 questions sur la contraception en général, puis sur la POP continue plus spécifiquement (annexe 4). Ce questionnaire a été modifié au fil des entretiens pour s'adapter au mieux aux problématiques rencontrées. Dans sa version finale, une troisième partie apportant une information de la part de l'investigatrice sur les POP continues a été ajoutée. Elle informait les médecins de la commercialisation de certaines POP en schémas étendus, avec notamment Seasonique® en France (annexe 5). Cette partie permettait un nouveau développement du sujet.

Les questions étaient ouvertes et n'avaient pas de réponse attendue. Une large liberté était prise par rapport à ce questionnaire afin de tendre au maximum vers des entretiens compréhensifs, et de ne pas orienter les réponses.

Un entretien préliminaire mené auprès d'un premier médecin a permis d'affiner les questions et de perfectionner la menée de l'entretien. Cet « entretien zéro » n'a pas été inclus dans les résultats.

### II) Population étudiée

Un échantillonnage théorique a été effectué. Afin de recueillir les témoignages les plus variés possibles, la sélection des médecins suivait le principe d'échantillonnage à variation maximale. Le type de profil à interroger était déterminé d'après les données émergentes des précédents entretiens. Les profils recherchés devaient répondre aux pistes ouvertes par ces données. Autrement dit, selon les hypothèses, des profils similaires, complémentaires ou opposés aux précédents étaient recherchés.

Les médecins interrogés ont été sélectionnés par effet « boule de neige » dans l'entourage professionnel de l'investigatrice. Ils ont été contactés par SMS ou e-mail. Pour des raisons personnelles liées à l'investigatrice, les 2 premiers médecins ont été sélectionnés dans le Nord, puis les autres en Ille-et-Vilaine.

Etaient inclus dans l'étude les médecins généralistes exerçant en France, remplaçants ou installés, ayant une pratique de gynécologie quelle que soit sa fréquence, et quel que soit leur mode et lieu d'exercice. Il n'y avait pas de critère d'âge ni de sexe.

Les médecins ne prescrivant aucune contraception ont été exclus de l'étude.

La taille de l'échantillon n'était pas déterminée d'avance. Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données. Cette suffisance a été atteinte lors du dixième entretien, qui n'apportait pas de nouvelle donnée significative. Elle a été confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire, qui n'a pas montré non plus de nouvelle donnée significative.

Le sujet de la thèse n'était pas révélé à l'avance aux acteurs, afin de ne pas biaiser leurs réponses en induisant une documentation en amont. S'ils demandaient des précisions lors de la prise de contact, ils étaient simplement informés que le sujet relevait de la gynécologie.

### III) Recueil des données

Les entretiens étaient effectués par l'investigatrice. Ils se déroulaient en face-à-face dans un endroit neutre, au calme, sans sollicitation extérieure. Le plus souvent, il s'agissait du lieu de travail de l'interviewé, parfois du domicile de l'interviewé ou de l'intervieweur. Les deux derniers entretiens ont dû être réalisés par téléphone en raison du confinement lié au covid-19.

Ils étaient enregistrés en audio. L'enregistrement débutait lors du recueil des données socio-démographiques. Il était initialement arrêté après la réponse à la dernière question, mais à partir du 3ème entretien, il a été poursuivi jusqu'à ce que les 2 acteurs se quittent. En effet, lors des 2 premiers entretiens, de nouveaux éléments tus durant le reste de l'entretien émergeaient à la fin, lors de la partie la plus libre, et n'avaient donc pas pu être exploités.

A partir des enregistrements, les entretiens ont été retranscrits à l'écrit intégralement, mot à mot, par l'investigatrice, sur le logiciel TextEdit®. La retranscription était faite directement après chaque entretien, avant de mener l'entretien suivant. L'enregistrement était ensuite détruit.

Les données étaient anonymisées. Chaque médecin a été désigné par M + numéro d'entretien (M1, M2...).

#### IV) Traitement des données

Les données ont été analysées par théorisation ancrée. L'investigatrice s'est appuyée sur un ouvrage de méthodologie recommandé par la Faculté de Médecine et Maïeutique (11) Le logiciel NVivo 12® a été utilisé comme support de codage.

Les catégories du codage n'étaient pas déterminées à l'avance, mais issues des données des entretiens.

Une triangulation des chercheurs a été effectuée pour limiter les biais d'interprétation liés à l'investigatrice. Ainsi, les 4 premiers entretiens ont fait l'objet d'un double codage. La deuxième codeuse était une médecin généraliste remplaçante ayant l'expérience de sa propre thèse qualitative. Les résultats des 2 codeuses ont été mis en commun et comparés avant la poursuite du travail.

Chaque entretien était analysé avant de mener l'entretien suivant.

Un journal de bord a été tenu tout au long du travail afin d'assurer le lien entre le matériau issu des entretiens et la théorisation.

Une veille bibliographique était également mise en place, permettant les allers-retours entre matériau et littérature scientifique afin de réajuster les problématiques.

#### V) Accords

Cette étude a obtenu l'accord du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille, et a fait l'objet d'une déclaration au CNIL.

La non-opposition à l'enregistrement et à l'utilisation des propos a été recueillie oralement auprès de chaque médecin avant l'entretien.

## RESULTATS

### I) Caractéristiques socio-démographiques

11 entretiens ont été réalisés entre octobre 2018 et mars 2020.

Ils ont duré entre 12 minutes et 48 minutes. La durée totale cumulée était de 5 heures 16 minutes, avec une moyenne de 29 minutes par entretien.

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 2.

La fréquence de pratique de la gynécologie a été définie comme telle :

- Quotidienne : au moins une fois par jour
- Hebdomadaire : entre une fois par jour et une fois par semaine
- Rare : moins d'une fois par semaine

Les remplaçants dits fixes travaillaient de façon régulière dans le même cabinet, tandis que le remplaçant dit mobile remplaçait ponctuellement différents médecins.

Le qualificatif d'urbain, semi-rural ou rural était laissé à l'appréciation du médecin interrogé. Pour le remplaçant n'étant pas rattaché à un cabinet fixe, il s'agissait de son type de lieu d'exercice le plus fréquent.

**Tableau 2 :** Caractéristiques socio-démographiques des acteurs

	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Thésé</b>	<b>Formation complémentaire en gynécologie</b>	<b>Mode d'exercice</b>	<b>Autre pratique notable</b>	<b>Milieu d'exercice</b>	<b>Pratique de la gynécologie</b>
<b>M1</b>	H	29 ans	Non	/	Remplaçant fixe		Rural	Quotidienne
<b>M2</b>	F	29 ans	Oui	/	Remplaçante fixe		Urbain	Hebdomadaire
<b>M3</b>	F	36 ans	Oui	DU de gynécologie	Installée en cabinet de groupe		Urbain	Hebdomadaire
<b>M4</b>	F	57 ans	Oui	/	Installée en MSP		Semi-rural	Hebdomadaire
<b>M5</b>	H	28 ans	Non	/	Remplaçant mobile		Semi-rural	Quotidienne
<b>M6</b>	H	37 ans	Oui	/	Assistant en MSP		Rural	Rare
<b>M7</b>	H	65 ans	Oui	/	Installé en cabinet de groupe	Médecine humanitaire 1 mois par an	Urbain	Hebdomadaire
<b>M8</b>	F	64 ans	Oui	/	Installée en MSP	Homéopathie Phytothérapie	Rural	Quotidienne
<b>M9</b>	F	32 ans	Oui	DU de gynécologie	Installée en cabinet de groupe		Semi-rural	Quotidienne
<b>M10</b>	H	55 ans	Oui	/	Installé en MSP		Semi-rural	Quotidienne
<b>M11</b>	F	49 ans	Oui	/	Installée en cabinet de groupe	Salariée au Centre de l'enfance une demi-journée par semaine	Urbain	Hebdomadaire

*H : homme, F : femme*

*DU : Diplôme inter-universitaire*

*MSP : Maison de santé pluri-disciplinaire*

## II) A propos de la contraception en général

Plusieurs points soulevés spontanément par les médecins interrogés auraient pu laisser présager d'un intérêt pour la POP en continu : rôle libérateur de la contraception, utilisation dans les troubles menstruels, pilule préférée aux autres contraceptifs...

### 1) Des objectifs multiples

La contraception était perçue de façon très positive par les médecins interrogés. Certains l'ont présentée comme un moyen de libération de la femme. La contraception permettait de soulager les femmes du risque de grossesse qui repose sur elle dès leur ménarche.

*M2 : « Pour moi la contraception... c'est une bonne avancée ! (rires). Oui, c'est un... c'est un moyen pour les femmes d'être plus libres. »*

*M11 : « Quand elle est arrivée la pilule, c'était quand même extraordinaire pour les femmes quoi. »*

L'évitement des grossesses était toujours décrit comme premier objectif, mais il ne s'y limitait pas. D'autres rôles ont été cités, comme la régulation de troubles du cycle, l'antalgie dans les dysménorrhées, ou encore la lutte contre l'acné.

*M1 : « C'est aussi éventuellement un moyen de réguler des règles un peu... Ce qui est complexe, des cycles irréguliers, des règles trop abondantes, des choses comme ça. »*

*M5 : « J'ai déjà proposé sur des... des cycles très irréguliers, ou qui pouvaient être invalidants, soit douloureux, soit anémiant... voilà des trucs comme ça. »*

La première question posée par M3 et M4 lors de l'initiation d'une contraception était celle de l'objectif recherché par la patiente. Ils ne prenaient donc pas en compte que le but contraceptif pur.

*M3 : « La première chose que je fais, c'est que je demande pourquoi la contraception. »*

### 2) La POP comme contraceptif de prédilection

Tous les moyens de contraception n'étaient pas mis sur le même plan par les acteurs. La POP était le contraceptif de prédilection, celui qui était toujours évoqué en premier dans les entretiens. Elle était vue comme facile d'emploi, appréciée par les patientes, avec



un bon rapport bénéfice-risque. C'était aussi le seul moyen contraceptif avec lequel ils étaient tous à l'aise.

*M1 : « Y a des moyens avec lesquels j'ai plus l'habitude que d'autres ! La pilule, on la prescrit plus facilement, et puis entre guillemets, on connaît le bilan pré-thérapeutique... On s'y connaît un petit peu mieux. »*

A contrario, l'implant et surtout le dispositif intra-utérin (DIU) effrayaient plus certains médecins. Le frein principal résidait dans leur côté technique : tous n'en maîtrisaient pas la pose et le retrait. Certains reconnaissaient être aussi moins au clair sur le côté théorique. Pour certains, ils étaient associés à plus d'effets indésirables et de complications.

*M1 : « Après c'est vrai que bon, tout ce qui est... stérilet c'est, enfin, j'ai un peu plus de mal, enfin j'avoue que je m'y connais moins, et puis j'ai un peu plus de mal à bien orienter les patientes. Et puis après mon stage de gynéco, je... j'avoue que les stérilets, pour moi c'est plus, enfin... j'ai vu beaucoup plus de soucis sous stérilet que les autres moyens de contraception. »*

*M2 : « Le problème c'est que l'implant, comme je sais pas le retirer je sais pas le poser, du coup, enfin, je le pose pas. »*

*M10 « L'implant, pfff, je le laisse aux gens qui aiment bien utiliser cette technique là. Parce que faut bien la faire, et déjà faut arriver à le retirer. (...) Et j'ai eu des soucis de, d'extraction, donc je veux pas trop le conseiller. Et puis... Y a eu les histoires de migrations dans la veine cave, tout ça. C'est pas aussi sans danger qu'on le croit. »*

A l'inverse, M8 et M11 recommandaient en priorité le DIU. Elles y voyaient la balance bénéfice-risque la plus avantageuse.

*M8 : « Le stérilet au cuivre, parce qu'il y a pas d'effet généraux. Que c'est quand même une contraception qui marche bien. Finalement, c'est peut être là qu'on a le moins de grossesses, parce que les oublis de pilule chez les jeunes femmes, c'est quand même relativement fréquent. Et que, oui, c'est quand même une contraception sûre. »*

M8 était également favorable aux méthodes naturelles. Elle y voyait un moyen de rapprocher le couple et d'impliquer l'homme dans la contraception. En cela, elle se référait fortement à son expérience personnelle.

*M8 : « Pour un couple ça peut être très très chouette. C'est vrai. Ça peut être très très chouette, parce que là en fait, l'homme participe, l'homme doit participer là. Vraiment.*

*Donc c'est quelque chose qui peut vraiment souder un couple. »*

Plusieurs acteurs remarquaient tout de même une perte de terrain pour la POP. Les « hormones » étaient diabolisées par certaines patientes.

Ils constataient donc un regain d'intérêt pour les autres méthodes. Le DIU au cuivre, auparavant réservé aux multipares, était de plus en plus demandé par les nullipares. Il existait aussi une résurgence des méthodes naturelles ou du simple port du préservatif.

*M6 : « Il y a une espèce de défiance, après l'histoire des pilules de 4eme génération, sur la pilule en général. On en revient beaucoup à des... à des techniques un peu différentes. Je pense qu'il y a davantage de préservatifs que fut un temps. voilà, la pilule c'est plus le gold standard quoi. »*

Malgré cela, la POP restait très largement le contraceptif le plus prescrit, y compris par M8 et M11. Dans leur cas, cela s'expliquait par une large demande des patientes, en particulier jeunes.

*M8 « Bon, je crois que les jeunes filles préfèrent quand même la contraception œstroprogestative. »*

Même s'ils avouaient des préférences, les médecins essayaient de ne pas orienter les patientes. Elles devaient se sentir libres de leur choix.

*M3 : « J'essaie de pas orienter par rapport mon point de vue, j'essaie quand même de respecter ce qu'elles souhaitent. »*

*M9 : « Clairement, voilà, c'est la patiente qui a le dernier mot et qui choisit à la fin hein. »*

### 3) Schémas de prise de POP

#### a) Le schéma 21/7, une évidence

La POP était toujours prescrite en schéma 21/7 en première intention.

D'ailleurs, ce schéma n'était presque jamais explicité, tant les médecins le considéraient comme évident. Seul M4 l'a détaillé.

*M4 : « J'explique bien comment commencer la pilule, le premier jour des prochaines*

*règles, puis après... les 3 semaines avec euh.. un arrêt d'une semaine. »*

Au troisième entretien, il a été tenté de faire préciser ce point à M3, après qu'elle eut cité Leeloo® comme référence :

*Investigatrice : « Ok, et donc vous allez plutôt faire le schéma de Leeloo® où il va y avoir 3 semaines et puis ça s'arrête une semaine ? »*

*M3 : « Ouiiii ah ben bien sûr, ça je le dis bien ça. On arrête une semaine (rires), et pendant la semaine, les règles sont présentes, et on reprend, et on fait ça chaque fois quand c'est des pilules sur 21 jours. »*

#### b) Pilules faussement continues : le cas des comprimés placebos

L'appellation de « pilule continue » a été spontanément utilisée par M1, M4 et M7. Ils se référaient en fait aux POP avec comprimés placebo à la place de la semaine d'arrêt.

Ce terme peut donc prêter à confusion.

*M4 : « Sauf si on part sur quelque chose de continu, quelques fois elles ont d'emblée peur d'oublier, on part sur quelque chose... voilà, sans, enfin avec des fausses pilules, les placebos sur les derniers jours. »*

M2 et M5 prescrivait majoritairement des POP avec comprimés placebo. Ils les trouvaient plus simples d'utilisation, évitant l'oubli de comprimé à la reprise.

*M2 : « J'aime bien proposer cette formule là, parce que je pense que c'est plus facile pour elles de pas oublier de la reprendre toujours. »*

Les autres médecins ne la proposaient qu'en seconde intention, en cas de difficulté d'observance.

*M4 : « C'est plus souvent en seconde intention en fait, des jeunes femmes qui ont commencé, qui se sont aperçues qu'elles ont oublié plusieurs fois, et du coup ça les stresse, et là on part sur quelque chose en continu. »*

#### c) Citation de la POP continue

Deux médecins ont évoqué spontanément la POP continue dans le sens où nous l'entendons ici, avant que le sujet ne soit évoqué par l'investigatrice.

Chez M6, c'était pour la décrier. Il racontait être parfois confronté à des demandes d'enchaînement de plaquettes de la part de ses patientes. Il leur déconseillait alors.

*M6 : « Ah oui dernière chose qu'on peut dire aussi, c'est l'enchaînement des pilules. Quand c'est les vacances, quand elles veulent pas avoir leurs règles pendant un mois. (...) Je leur dis de pas trop le faire. »*

A l'inverse, M9 rapportait y avoir recours en cas de dysménorrhées non soulagées par la POP en schéma classique.

*M9 : « Après, voilà, les jeunes filles qui ont une endométriose, ou les femmes aussi, donc elles je leur dis d'enchaîner. »*

Chez les autres médecins, le thème n'était pas spontanément évoqué. On peut l'interpréter comme un témoin de la marginalité de la pratique selon eux.

### III) La POP continue, une option peu enthousiasmante

#### 1) Présentation des médecins opposants

La plupart des médecins interrogés ne recommandait pas la POP continue.

On pouvait schématiquement les classer en 2 groupes :

a) M5, M6, M7, M8 et M10 étaient totalement opposés aux schémas de POP continus.

On pouvait différencier 2 types d'opposition : par conviction, et par manque d'information.

- M8 et M10 étaient convaincus de la nécessité d'un arrêt mensuel de la POP. Cela relevait pour eux du « bon sens » (M10).

*M10 : « Vaut mieux pas donner en continu. Il me semble que c'est un peu évident. »*

- M5, M6 et M7 n'étaient pas formés à cette pratique, n'en avaient jamais entendu parler. Ils préféraient donc se cantonner à ce qu'ils connaissaient bien. Ils considéraient que cette prescription n'était pas de leur ressort.
-

b) M1, M2, M3 et M11 n'avaient jamais recommandé cette pratique non plus, car ils l'ignoraient. Ils avaient des réserves qu'ils ont expliquées, mais ils étaient plus ouverts à la question.

## 2) Un manque d'information

L'idée de la POP continue ne venait pas à l'idée des médecins sus-cités, puisqu'ils ne la connaissaient tout simplement pas.

*M5 : « J'avoue je me suis pas posé la question, mais ça, je dirais que non, faut pas le faire. »*

Ils reconnaissaient manquer de connaissances à ce sujet, et c'était même le premier frein à sa prescription. Ils préféraient s'appuyer sur leurs compétences. La notion d'habitude était mise en avant.

*M1 : « Je pense que je m'y connais pas assez pour le faire. »*

*M11 : « Enfin moi j'ai toujours pris l'habitude qu'il y ait, voilà, qu'il y ait une hémorragie de privation. »*

Ils ne s'estimaient pas informés sur ce sujet. Ils disaient n'avoir jamais entendu parler de cette possibilité au cours de leur formation.

*M3 : « On m'a pas du tout parlé de ça. (...) On nous dit pas du tout de conseiller d'enchaîner etc. »*

Certains mettaient en relation ce manque d'information avec des lacunes plus générales en gynécologie. Ils rapportaient manquer à la fois de temps de formation et de temps de consultation dans ce domaine. Les termes de « classique », « standard », « basique » revenaient chez plusieurs médecins pour décrire leur pratique gynécologique.

*M5 : « Je suis trop standard... Dès que ça sort du champ, faut que je réfléchisse parce que je le fais pas assez. »*

Pour eux, prescrire des schémas étendus de POP ne relevait pas de cette pratique basique.

*M2 : « C'est pas quelque chose que je vais recommander. Je reste dans le classique*

*parce que je maîtrise pas assez bien. »*

*M6 : « Je vais pas jouer l'apprenti sorcier »*

Certains essayaient de renvoyer au maximum les consultations de gynécologie vers leurs collègues. Ils se sentaient donc peu concernés par la question.

*M7 : « Souvent euh... Elles sont plus réticentes avec un homme, donc ma collègue qui a le diplôme de gynécologie, je l'oriente vers elle. »*

D'ailleurs, on sentait chez M7 un manque d'aisance mais aussi d'intérêt sur le sujet. Cela se remarquait à ses réponses courtes, à ses silences et à ses fréquents changements de sujets, ainsi qu'à son attitude non verbale (soufflements, raclements de gorge...). Ces non-réponses constituaient en elles-mêmes un élément de réponse.

### 3) La nécessité d'une période de repos

Plusieurs médecins considéraient la semaine d'arrêt de la POP comme une période de repos. Il leur semblait bénéfique à l'organisme de faire une pause hebdomadaire dans la prise de traitement hormonal. M1 parlait à ce sujet de « période de sèche », M7 de « fenêtre », M8 de « période de repos », M10 de laisser le corps « souffler ».

*M8 : « Et je pense que la phase de repos est importante. Moi ça me semble important oui, je pense. »*

*M10 : « La semaine où on prend pas d'hormones, le corps souffle un peu. »*

*M7 : « Ben... Avoir une fenêtre euh... Je crois que c'est mieux (...) Au point de vue œstroprogestatif, je crois que c'est mieux de prendre, d'arrêter et de reprendre. »*

M8 voyait cette semaine comme une « détoxification » du corps. Afin d'optimiser cette détoxification, elle prescrivait de la phytothérapie à base d'artichaut et de radis noir durant la semaine d'arrêt de la POP. Elle avait appris en formation de micro-nutrition que ces ingrédients avaient un rôle anti-œstrogénique. Elle avait à regret abandonné cette pratique, car les patientes n'étaient pas suffisamment observantes.

*M8 : « Moi je sais que à un moment donné, je le fais plus ça, mais pendant la période comme ça de règles, je donnais un détoxifiant hépatique. Pour effectivement, essayer de*

*détoxifier un peu l'organisme de ces œstrogènes quoi. »*

Les points de vue concernant les hémorragies de privation étaient mitigés.  
Tous étaient conscients qu'il ne s'agissait pas de vraies règles.

*M11 : « Les femmes elles ont l'impression que c'est naturel quand elles ont les règles, alors que c'est pas du tout naturel. »*

Plusieurs préféraient pourtant les conserver, même s'ils ne savaient pas forcément justifier leur utilité.

M8 associait leur suppression à une mécanisation du corps. Elle préférait ces pseudo-règles à aucune règle du tout.

*M8 : « Ce sont des hémorragies de privation, c'est sûr, mais on reste avec un cycle quand même, malgré tout. Y a cet espèce de chose qui nous... Oui... Qui... voilà. »*

*M8 : « On se sépare encore de quelque chose qui est du physiologique. Pour rentrer dans quelque chose qui va être une mécanisation du corps, quasiment, quoi. Et ça, ça me dérange. »*

#### 4) Appel à la nature et à la féminité ; Le rôle des représentations personnelles

Pour certains médecins, supprimer les menstruations sous POP était contre-nature.

*M10 : « Normalement, la femme jeune est faite pour avoir des règles en fait. (...) Les cycles naturels, faut les respecter. Même si on les comprend pas. Faut pas les... perturber. »*

De façon plus large, M8 valorisait fortement les règles, se référant à son expérience personnelle. Les règles, y compris sous POP, étaient pour elle un signe de féminité. Elle reconnaissait avoir une opinion minoritaire, surtout parmi les médecins, mais s'en étonnait.

*M8 : « Moi j'ai beaucoup aimé avoir mes règles. Je trouve que ça... C'est important. Ça fait partie de ma féminité. Vraiment. Et quand je les ai plus eues, j'ai pas du tout été contente (rires). Et j'ai du mal à penser, oui, qu'une femme soit contente de pas avoir ses règles ! De pas avoir ce cycle là, cette... cette relation à son corps. »*

*M8 : « Et justement, à une formation (...), j'étais la seule parmi toute l'assemblée à dire... Parce que la gynéco parlait effectivement que pour elle c'était extraordinaire le Mirena,*

*parce que les femmes n'avaient pas leurs règles, qu'il n'y avait plus cette contrainte... Et moi j'étais la seule à penser que... J'avais été très étonnée que... même toute cette population de femmes autour de moi... n'envisageait pas ça comme moi ! »*

S'ajoutait également un appel à la tradition et à l'exotisme. M8 s'appuyait sur l'expérience des menstruations chez les femmes amérindiennes.

*M8 : « La culture amérindienne avait de ça... Les femmes, dans les tribus comme ça, ben quand elles vivent ensemble, elles ont souvent leurs règles en même temps. Et elles appelaient ça leur fleuve rouge. Et elles faisaient des huttes. Des huttes de partage au moment où elles avaient leurs règles, elles se retrouvaient dans des huttes pour partager leur... enfin leur quotidien de femme, leurs problèmes de femmes, tout ça... »*

Les représentations personnelles jouaient donc ici un rôle prépondérant. L'opinion sur la question dépend des représentations du médecin autour des règles et de la contraception. Ces représentations ne font pas appel qu'à son expertise médicale, mais aussi à son vécu en tant qu'individu de population générale. On voit que la frontière est brouillée entre ces 2 rôles.

En ce sens, il était difficile pour certains médecins de sexe masculin d'émettre une opinion. Ils avaient du mal à imaginer quel était le vécu des menstruations, et ne se sentaient pas légitimes pour en parler. Dans l'extrait suivant, on voit d'ailleurs que M6 s'adresse à l'investigatrice en tant que femme et plus en tant que médecin.

*M6 : « Moi je suis un mec donc je... c'est difficile, je vois pas d'avantage particulier, après je peux concevoir qu'il y a des moments où c'est pas forcément le bon moment etc. Euh... C'est un peu difficile pour nous de nous prononcer je pense, parce qu'on l'a jamais vécu. On peut voir ça, les règles, comme un truc dramatique alors que ça l'est pas, ou au contraire complètement minimiser alors que ça peut être un problème pour certaines femmes. 'Fin... C'est très difficile, je trouve, de se mettre à votre place dans ce domaine là. »*

##### 5) Crainte des effets indésirables

Certains médecins redoutaient la survenue d'effets indésirables en cas de prise continue de POP. Ces effets n'étaient pas toujours bien définis.



M10 : « Si on perturbe ce, ce phénomène, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui va déc\*\*\*er plus tard. »

C'était surtout les œstrogènes qui les rebutaient. Le rôle du progestatif étaient rarement mis en cause, car ils avaient l'habitude de prescrire des contraceptions (pilule ou implant) délivrant des progestatifs en continu.

M2 : « Ouais ben je sais pas je me dirais qu'il y a peut être une surcharge en œstrogènes par rapport à ce qui est prévu (...) Ouais, ouais c'est plutôt ça, parce que je sais que les progestatifs se prennent en continu de base, donc ça ça me fait pas peur. (...) Mais donc du coup j'ai plus, ça serait plutôt les œstrogènes qui me freinent. »

Se posait la question de l'augmentation de la dose hormonale cumulée. Certains voulaient limiter la dose totale reçue, à la fois sur la fréquence et sur la durée du traitement. M8 faisait le parallèle avec le fait de ne pas prescrire une POP pendant plus de 10 ans.

M10 « Et sans parler des doses d'hormones hein. (...) Mettre pleine charge tout le temps tout le temps... On finit par augmenter les risques cardio-vasculaires, tumoral, tout ça. »

M8 : « Moi j'avoue que j'ai du mal, la pilule j'avoue que j'ai du mal à la donner pour une durée supérieure à 10 ans hein. (...) Quand les femmes l'ont prise 10 ans, je leur dis : « Bon, ben si vous pouviez... voir autre chose comme contraception, ça serait bien ». »

Les effets secondaires majoritairement cités étaient :

- Majoration du risque thrombo-embolique et cardio-vasculaire
- Majoration du risque de cancers hormono-dépendants

M3 : « Le risque de cancer, après... on est jamais sûr que ça augmente le risque de cancer hein, les pilules œstroprogestatives. Un petit peu je pense, quand même, si tu le fais en continu. »

- Effets sur l'endomètre : Certains redoutaient des effets utérins, avec des perturbations endométriales qu'ils avaient du mal à préciser. De ces modifications de l'endomètre découleraient des douleurs abdominales ou des saignements indésirables. Certains évoquaient des spotting, une autre des ménorragies à l'arrêt de la POP.

«M1 : « Parce que t'as quand même un utérus qui est du coup méga... avec plein d'œstrogènes, qui... Comme t'as pas de période de sèche. »

M2 : « Après dans mon imaginaire, je me dis peut-être que l'endomètre il va vraiment trop trop se développer et que... elle peut avoir des douleurs abdos voire des conséquences à ce niveau là. »

M5 : « Elle peut toujours avoir des pertes hein. Des spotting des choses comme ça... »

Et de façon plus marginale ont été citées une mastose, baisse de fertilité, dépression ou maladie auto-immune.

M3 : « Après je me dis... Le jour où elles veulent une grossesse... je sais pas ce que ça donne, je pense que ça change pas grand chose, mais peut être que les cycles vont avoir un peu plus de mal à se remettre quoi. »

M10 : « Même euh, 20 ans après... un suicide, une dépression, j'en sais rien, si ça peut... Ou une maladie auto-immune. J'en sais rien hein ! »

M10 regrettait que le risque de grossesse, la contraception et ses éventuelles complications restent une charge exclusivement féminine. Le risque supplémentaire qu'il attribuait à la POP continue l'inquiétait donc d'autant plus.

M10 : « En gros, c'est les femmes qui prennent le médicament, c'est ça que je veux dire. Et dans le couple, clac, c'est elle qui va se taper... la molécule, et les effets secondaires, voilà. L'homme, il est tranquille. Y a cet aspect là aussi. Dans la pilule. On a tendance à croire que c'est normal que la femme, ce soit à elle de prendre un médicament. C'est admis collectivement, mais c'est bizarre que ce soit admis aussi facilement en fait. »

#### 6) Un besoin de validation externe ; Le problème de la responsabilité

Certains médecins ne voulaient pas prendre l'initiative d'un protocole qu'ils n'estimaient pas validé par des références extérieures : AMM, revues médicales, médecins spécialistes.

Ils craignaient d'engager leur responsabilité.

M5 : « Parce que c'est pas recommandé de prescrire celle-là en première intention, donc je prescris pas celle-là en première intention. Je suis assez Prescrire® comme gars. »

M6 : « Je prendrais pas la responsabilité moi, d'enchaîner, parce que tu vois j'aime pas prescrire hors AMM dans un domaine où j'y connais rien. »

Chez ces médecins, cette réticence faisait écho à un manque d'assurance en gynécologie de façon plus large. M6 avait déjà rapporté qu'il préférait toujours s'assurer que ses patientes étaient suivies par un gynécologue. Il l'expliquait notamment par le fait qu'il ne fasse pas d'examen gynécologique. Savoir ses patientes suivies par un gynécologue le rassurait. Comme M5, il ne voulait pas prendre l'initiative de modifier des traitements contraceptifs seul.

*M6 : « Je suis plus à me couvrir en fait, vérifier que je fais pas une bêtise à la renouveler, et à lui dire « Bon ça serait peut être bien de revoir votre gynéco. Pour la prochaine fois, là je vous la renouvelle pour 6 mois, mais la prochaine fois faites les choses bien en allant voir un gynéco qui va vous faire votre examen ». »*

#### 7) Peu d'entrain pour Seasonique®

Une POP a justement l'AMM en France, il s'agit de Seasonique®. Mais ici, le problème évoqué par les acteurs était autre.

M4 la connaissait, et en a spontanément parlé. Bien qu'étant favorable à la POP continue, elle ne la prescrivait jamais en raison de son non-remboursement. Elle n'avait d'ailleurs pas retenu son nom.

*M4 : « Ben le fait que ce soit pas remboursé... Aucun intérêt à le prescrire, à faire payer les gens alors que y a quelque chose d'équivalent hein. »*

Dans les autres entretiens, la POP Seasonique® a été évoquée par l'investigatrice afin de faire développer le sujet aux acteurs. Certains ont posé la question du remboursement. M5 s'est souvenu l'avoir vu en cours de médecine générale, et a également soulevé ce point.

*M5 : « Après je sais plus du tout moi, si c'est, je sais pas si elle est pas remboursée entièrement, dans mes souvenirs elle était pas remboursée. Donc euh... Voilà. C'est toujours embêtant pour les patientes. Donc ça, ça joue aussi. (...) Et puis ça doit être cher, non? »*

Une médecin était rebutée par la prise de comprimés d'EE à la place de la semaine d'arrêt. Elle le voyait comme un risque d'effets secondaires supplémentaires.

M11 : « *Après c'est... Puisque en fait, plus on prend d'œstrogènes, plus on a d'effets sur les cancers et... Y a sans doute moins de risque avec seulement le Minidril® ?* »

Cette médecin voyait aussi un aspect marketing à Seasonique®. Elle faisait le parallèle avec une autre spécialité médicale vendue sous plusieurs noms à des prix différents, la doxycycline.

M11 : « *C'est comme le... Enfin c'est pas de la contraception, mais quand on a le Doxypalu® et le doxy euh voilà... Moi je prescris une doxycycline normale !* »

#### 8) Conséquence : le choix d'options substitutives

En cas de demande d'aménorrhée d'une patiente, les médecins opposants préféraient se tourner vers d'autres moyens contraceptifs. Ils choisissaient des moyens connus pour induire l'aménorrhée : DIU hormonal, implant, pilule microprogestative.

M1 : « *Plus proposer de passer sous... Si vraiment elle veut faire ça, passer sous microprogestatif.* »

M5 : « *Je dirais que c'est peut-être pas le bon moyen de contraception alors. Ca serait bien de passer à d'autres choses, qu'il y a des, que ça existe. Voilà euh, les implants, les stérilets...* »

Pour prendre en charge les dysménorrhées, ils préféraient également d'autres stratégies. Ce pouvait être un recours à des antalgiques, ou l'utilisation d'autres contraceptifs.

M3 : « *En fait souvent je vais essayer ça avec l'Antadys®. Pour voir déjà si, comment, si ça... parce que ça peut aussi suffire. Et si ça suffit pas, après je vais voir si je vais pas passer sur une progestative en fait, style Optimizette® en continu.* »

Certaines indications pathologiques étaient parfois minimisées.

M6 s'interrogeait sur l'intérêt de la POP continue pour traiter l'anémie sur ménorragies. Le problème lui semblait trop léger pour la justifier. Il préférait surveiller, et traiter l'anémie par supplémentation martiale une fois qu'elle était installée.

M6 : « *Mais bon l'anémie... tu peux aussi t'en sortir en donnant du Tardyferon® une fois de temps en temps, 'fin... De là à être anémiée chronique, à vie, sur ménométrorragies,*

*bon. C'est quand même pas souvent souvent. Souvent on trouve, je sais pas, une anémie à 10g, bon, on recharge, et puis elle est tranquille pour 5 ans. On dit « bah vous mangez peut-être pas assez de fer... ». »*

#### IV) Positions en faveur de la POP continue

##### 1) Présentations des médecins favorables

Deux des médecins interrogés étaient favorables à l'enchaînement de plaquettes de POP, et le recommandaient à leurs patientes. Il s'agissait de M4 et M9.

*M4 : « Aucun problème pour moi ! Je suis pas du tout réticente à ça. »*

Cette pratique était pour elles une évidence. Elles ont d'ailleurs été surprises d'apprendre le sujet de la thèse en fin d'entretien. Elles ne pensaient pas que certains médecins pouvaient être réticents à prescrire des POP en continu.

*M9 : « Ah oui ?? D'accord, y a carrément des réticences de certains médecins ! »*

Mais elles en avaient une expérience et une pratique différente.

Des arguments en faveur de la POP continue ont également été cités par les médecins opposants.

##### 2) Une information de source plus pratique que théorique

###### a) Expérience personnelle et pratique médicale

M4 ne savait pas exactement dire comment elle connaissait cette pratique. C'était pour elle quelque chose qui s'était toujours fait. Il semblait que son expérience personnelle en tant que femme se mêlait à ses connaissances de médecin, puisqu'elle faisait allusion à sa propre prise de POP.

Par ailleurs, Seasonique® lui avait été présenté en visite médicale de laboratoire pharmaceutique.

*M4 : « Han c'est vieux, oh ! Moi, enfin moi ça fait longtemps que je prends pas la pilule hein (rires) Mais euh... Même, ça m'est arrivé moi d'entendre ça, y a très longtemps en fait, qu'on pouvait enchaîner 2 pilules... 2 plaquettes de pilules, donc ça se faisait, enfin c'était dans les pratiques gynéco depuis très longtemps ça ! »*

M9 avait été informée de la pratique par un collègue gynécologue, dans le cadre de la prise en charge d'une de ses patientes.

*M9 : « C'est une gynéco qui m'avait dit qu'il fallait faire, que c'était mieux ouais, de faire ça. »*

Parmi les médecins ne prescrivant pas de POP continue, certains se souvenaient aussi avoir vu la pratique chez des spécialistes. Ils avaient observé les prescriptions parmi leurs patientes suivies en gynécologie.

*M6 :« Ah oui j'ai vu, j'ai vu une gynéco qui faisait ça, dans le coin, qui faisait 3 mois et une semaine d'arrêt. »*

L'un d'eux se référait à la sphère personnelle. Contrairement à M4, il ne s'agissait pas de lui-même, mais de sa sœur, atteinte d'endométriose. Il s'interrogeait sur le traitement qu'elle s'était vu prescrire. On devinait un argument d'autorité, avec l'aura du spécialiste ajoutée à celle de « Paris ».

*M5 :« Euh ça me dit quelque chose, parce que personnellement dans ma famille j'ai quelqu'un qui est atteint d'endométriose sévère et... (...) Je me demande si ma sœur elle a pas eu Seasonique®. Mais je sais pas. C'était à Paris, et peut-être qu'elle a eu ça. »*

#### b) Formation théorique

Les médecins favorables soulignaient que ce n'était pas en formation qu'elles avaient entendu parler de POP continue. M9 avait suivi le DU de gynécologie à Nantes, où elle ne se souvenait pas que le sujet eût été abordé.

*M9 : « Je suis sûre que c'est pas au DU que j'ai entendu ça, en tout cas. »*

En revanche, l'un des autres médecins avait été informé sur la POP continue, et en particulier sur Seasonique®, lors de ses cours de médecine générale à la Faculté de Rennes. Il s'en est souvenu lorsque l'investigatrice a évoqué Seasonique®. Ce cours avait été dispensé par une gynécologue médicale et un médecin généraliste. Il l'avait pourtant oublié.

La formation théorique semblait donc ici moins marquante que la formation pratique.

*M5 : « Je connaissais de nom, mais tu vois... Parce que le cours ça fait un an que je l'ai vu je crois, et... ça m'est sorti de la tête. »*

### 3) Modalités d'enchaînement

Les médecins favorables ne prescrivait pas de spécialité dédiée. M4 à cause du non-remboursement, et M9 parce qu'elle ne la connaissait pas.

Quand elles l'estimaient nécessaire, elles faisaient enchaîner leur POP habituelle à leurs patientes. Elles n'avaient pas de POP particulière en tête, restaient sur leurs prescriptions habituelles.

*M4 : « En général alors... tu sais chez les jeunes moi je prescris souvent Leeloo®. Donc on reste sur celle-là. »*

*M9 : « Bah après j'ai pas de pilule spéciale, de... Enfin, de toute façon je prescris que des deuxièmes générations, donc euh... deuxième génération quoi. »*

M9 recommandait à ses patientes atteintes de dysménorrhées des schémas étendus : prise de comprimés actifs durant 3 mois, suivis d'une semaine d'arrêt avec hémorragie de privation.

Elle prescrivait ce schéma étendu en seconde intention, si la POP en schéma classique ne suffisait pas à soulager les dysménorrhées. Elle ne voyait pas non plus d'inconvénient à enchaîner par confort ou choix personnel.

Dans tous les cas, elle pensait préférable de faire un arrêt tous les 3 mois afin de conserver une activité ovarienne minimale.

*M9 : « Les jeunes filles qui ont une endométriose, ou les femmes aussi, je leur dis d'enchaîner, et par contre je leur dis, tous les... 2-3 mois, de... de refaire une période de règles, voilà. Pour pas... pour pas mettre totalement les ovaires au repos non plus*

*quoi. »*

M4 n'avait pas de schéma en particulier. Les enchaînements de plaquettes se faisaient à la demande de la patiente, pour son confort personnel. Elle n'avait jamais pensé à prolonger l'enchaînement au-delà du ponctuel, mais n'y voyait pas d'inconvénient.

*M4 : « Pourquoi pas, oui. Ce serait... J'y serais pas opposée moi, à ça... Je vois pas pourquoi ça serait plus embêtant. »*

#### 4) L'absence d'effets indésirables connus

Les médecins favorables ne voyaient aucun inconvénient et aucun risque à enchaîner les plaquettes.

Elles ignoraient le risque de spottings. L'investigatrice les en a informées en fin d'entretien, ce qui les a surprises. Aucune de leurs patientes ne leur avait rapporté ce problème. Il leur semblait donc minime.

*M9 : « Surtout que pour le moment on m'a pas parlé, quand j'ai dit d'enchaîner, de... Enfin, de femmes qui m'ont dit qu'elles avaient des spottings. Ou peut-être que c'est pas... handicapant, quoi. Enfin ça doit être des petites, des toutes petites pertes. »*

Pour elles, ce n'était pas un frein au schéma continu puisque les spottings pouvaient arriver quelque soit le mode de prise.

*M4 : « Mais ça même en prenant la pilule... 3 semaines, il peut y avoir des spottings aussi donc... On est pas à l'abri de toute façon. »*

#### 5) Indications pathologiques

L'idée de POP en continu pouvait être acceptée par d'autres acteurs dans certaines indications.

Certains ont mentionné les dysménorrhées, et plus particulièrement l'endométriose.

*M2 : « Celles qui ont des menstruations douloureuses, je pense que ça pourrait avoir un intérêt. »*



Dans ce cas, M3 reconnaissait avoir constaté une nette amélioration des symptômes de ses patientes, mises sous POP continue par leur gynécologue.

*M3 : « Moi j'en eu 2 je crois, sur celles que je te parlais là, d'endométriose - c'est pas beaucoup hein, c'est 2 patientes - et c'est vrai qu'elles sont quand même beaucoup mieux quoi. Au niveau de la douleur et tout... »*

Ont également été cités divers symptômes pré-menstruels ou menstruels, une anémie ou de l'acné.

*M2 : « pour limiter un peu le syndrome péri-menstruel, même si normalement avec la pilule il est atténué. »*

*M4 : « Ou des femmes qui effectivement ont... des syndromes menstruels ou des migraines cataméniales, et ça leur espace d'autant les symptômes désagréables quoi. »*

*M6 : « Bah si elles sont anémiées... régulièrement, effectivement ça peut être quelque chose d'intéressant. »*

Mais certains considéraient que cette prescription était du ressort du gynécologue. La suspicion de pathologie sous-jacente justifiait d'autant plus le recours à un avis spécialisé.

*M3 : « Après si le gynéco en fait il a fait le bilan, il a dit ok, je vais le faire. Bien sûr. Mais moi toute seule, je vais pas le faire en première intention comme ça... sans avoir fait trop de bilan autour. »*

*M6 : « C'est prescription de spécialiste, dans un cas particulier, avec une maladie sous-jacente si tu veux. Donc voilà, la nana qu'a une endométriose, ça me gêne pas qu'on la bloque... Je comprends si tu veux. »*

## 6) Des avantages essentiellement pratiques

Le principal avantage que voyaient tous les médecins dans la prise de POP en continu était l'aspect pratique. La suppression ou l'espacement des règles améliorait le confort de vie des patientes.

*M6 : « C'est plus, je pense, plus une question de désir... pour la vie de tous les jours, le côté pratique quoi. »*

*M3 : « Eviter tout ce qui est, les protections... enfin vraiment le pur confort, et l'esthétique du truc quoi. »*

L'enchaînement de plaquettes permettait aux femmes de choisir quand avoir leurs règles. Ils trouvaient cela intéressant pour ne pas entraver une pratique sportive, des vacances, ou un évènement important.

*M2 : « Le confort de vie en fait hein, parce que quand elles partent en vacances, quand elles font du sport, tout ça, quand elles sont réglées elles sont pas toujours très bien. »*

*M4 : « Au moment d'un examen hein ! Genre des jeunes femmes qui ont un examen, elles ont pas envie d'être malades le (appuie sur « le ») jour de l'exam'. »*

Mais ce n'était pas pour tous une justification suffisante à la prescription de POP en continu. Certains estimaient la balance bénéfice-risque défavorable. Selon eux, le confort n'était pas un argument suffisant pour prendre le risque d'effets indésirables supplémentaires. M6 faisait l'analogie avec un traitement antitussif.

*M6 : « Tu vois on va me dire, la pholcodine c'est très bien comme antitussif, blablabla blablabla, oui sauf que dans un cas sur tant de milliers, ça donne des choc aux curares... Bon, est-ce-que ça vaut le coup ? »*

A l'inverse, dans le cas d'indication médicale, cette balance pouvait devenir positive.

*M6 : « Le bénéfice et le risque euh... Sur quelqu'un qu'a vraiment une indication à un blocage, je comprends tout à fait. Sur quelqu'un qu'a pas d'indication, que c'est juste du.. on va considérer ça comme du confort, je vais plus me poser la question de savoir si y a pas un peu plus d'effets indésirables. (...) Bon, est-ce-que ça vaut le coup ? »*

### 7) Une amélioration de l'observance ?

Certains acteurs pensaient que le mode de prise continu pourrait améliorer l'observance. Ils supposaient que le mode de prise continu serait plus simple et plus pratique pour la patiente. Les comprimés étant tous les mêmes, elles n'auraient pas de question à se poser, et ne seraient pas perturbées par les hémorragies de privation sous comprimés placebos. Il serait aussi plus simple à expliquer pour le médecin.

*M6 : « Si c'est régulier, rituel, on va dire qu'il y a moins d'oublis. Si c'est... qu'il y a pas les périodes... d'œstro-privation quoi, du coup pas de fausses règles, pas de...»*

*M1 : « C'est plus... facile à expliquer. »*

Mais ils n'y voyaient pas tous d'avantage par rapport à des POP avec comprimés placebo.

*M11 : « Ca permet de moins oublier. Mais dans ces cas là, les plaquettes avec les comprimés neutres... voilà, ça a ce rôle, pour moi. »*

A l'inverse, M5 pensait que ce nouveau schéma risquait de perturber les patientes, et donc de diminuer l'observance et l'efficacité du contraceptif.

*M5 : « Je pense qu'elle aura peut être plus de chances, si elle change sa façon de la prendre, d'oublier. »*

Concernant l'efficacité contraceptive en elle-même, les médecins estimaient qu'elle n'était pas altérée par le fait de prendre la POP en continu, sans en être certains toutefois.

*M1 : « Au niveau de l'effet contraceptif, je suis pas sûr que ce soit gênant. »*

## 8) Ouverture à la question : Ambivalence et évolution du point de vue des médecins

### a) Une réflexion palpable

La possibilité de prescrire une POP en continu est une question que la plupart des acteurs ne s'étaient jamais posée. Au fil de la discussion, certains se sont interrogés et ont été amenés à nuancer leur point de vue initial. La POP continue est donc passée d'un non-sujet à une option finalement envisageable.

*M1 : « Sur la physio du truc... ça me paraît pas inconcevable. »*

La réflexion de ces médecins était parfois audible dans leur propos, lorsqu'ils explicitaient leur raisonnement ou se corrigeaient eux même.

*M3 : « Mais après c'est vrai que moi c'est pas trop une situation que j'ai, mais pourquoi pas finalement, après réflexion, je me dis c'est vrai que... Pourquoi pas, peut-être ! »*

Certains réalisaient en évoquant d'autres contraceptifs que l'aménorrhée ne semblait pas être un problème en soi, contrairement à ce qu'ils avaient pu dire au sujet de la POP continue.

*M3 : « Et donc moi quand, ben je leur réponds qu'il y a pas de risque (d'ailleurs voilà, y a pas de risque !), pour euh... que ça coupe les règles... »*

*M6 : « C'est vrai que quand on prescrit un Mirena® et qu'il y a plus de règles, ou qu'il y a*

*une aménorrhée secondaire sous Optimizette®, au final ça nous chagrine pas. Donc euh... est ce que c'est vraiment un problème avec les œstroprogestatifs ? J'en sais rien. »*

Sans être convaincus, certains laissaient le bénéfice du doute à cette pratique. Ils attendaient d'avoir plus d'informations.

*M11 : « J'ai plutôt tendance à toujours prendre un peu de recul sur toutes ces nouvelles... pratiques. Mais après... si c'est, voilà, si c'est mieux, ben on verra, dans les années à venir. »*

Les médecins totalement opposants reconnaissaient ne pas avoir d'arguments en dehors de leur conviction personnelle. M8 admettait le doute sur ses propres pratiques.

Ils valorisaient l'empirisme, revendiquaient une pratique basée sur le ressenti et l'expérience personnelle.

*M8 : « Moi je leur dis que pour leur santé c'est pas souhaitable, je sais pas si j'ai des arguments valables, je sais pas si j'en ai d'ailleurs, mais... »*

#### b) Un sujet qui suscite l'intérêt

La plupart des médecins étaient intéressés par le sujet. Ils se sont documentés ou ont questionné l'investigatrice à la fin de l'entretien, sur l'état des connaissances actuelles, voire sur sa propre pratique.

C'était aussi le cas des médecins déjà favorables. Par exemple, M9 a souhaité noter le nom de Seasonique® dans son téléphone.

*M5 : « Faut que je regarde ce qu'ils disent sur Prescrire®. »*

*M6 : « Et au niveau surveillance, c'est comme n'importe quelle pilule ? »*

*M11 : « Et tu l'écris sur l'ordonnance, toi ? En continu ? »*

#### c) Accepter mais pas recommander

La plupart des médecins opposants à la POP continue avaient en fait une opinion peu tranchée. On pourrait la résumer par « Accepter sans encourager ».

Si une de leur patiente leur disait avoir enchaîné des plaquettes, ils n'étaient pas forcément alarmistes, mais recommandaient de l'éviter à l'avenir.

*M1 : « J'avoue que j'aurais demandé, enfin si elle arrive avec le fait accompli euh... je vais lui demander pourquoi (...) Enfin si elle me met devant le fait accompli, éventuellement, mais moi spontanément je le prescrirais pas. »*

*M3 : « Alors qu'est ce que j'en pense, que c'est pas forcément très bon de faire ça, que si elle l'a fait c'est pas non plus grave, et qu'elle peut faire de façon occasionnelle mais que c'est mieux d'éviter. »*

De la même façon, ils ne recommandaient pas spontanément l'enchaînement, mais certains pouvaient l'accepter si la patiente en faisait la demande.

*M11 : « Je vais pas le dire spontanément. Si elles me disent que, voilà, ça l'embête d'avoir des règles pendant leurs vacances, leur mariage ou je sais pas quoi... Oui, je vais les informer. »*

Dans cette même logique, ils acceptaient plus facilement qu'un enchaînement de plaquettes soit effectué ponctuellement plutôt qu'au long cours. Certains voulaient que ce soit réservé à des événements bien particuliers, comme des examens ou un mariage.

*M8 : « Je leur dis que pour une fois, oui, d'accord. Mais pas tout le temps quoi. Non. Pour une fois de temps en temps, très occasionnellement. »*

## V) Réactions attendues des patientes

### 1) La POP continue correspond-elle à une demande des patientes ?

Les avis des médecins divergeaient.

La majorité avait déjà été confrontée à une demande d'enchaînement ponctuel, mais jamais au long cours.

*M4 : « Non, 3 mois, pas plus... En général c'est ça que je propose, les 3 mois. Elles demandent, fin moi j'ai jamais eu de demande pour plus longtemps que ça hein ! »*

Certains disaient n'avoir jamais été confrontés à une demande d'enchaînement de POP. Ces médecins étaient eux-mêmes les plus opposés à la pratique. On peut donc supposer

que les opinions des médecins se projetaient sur les opinions qu'ils attribuaient à leurs patientes.

*M8 : « Ben, elles me posent pas la question de pas avoir leurs règles. Voilà. Elles me posent pas la question. Non. »*

*M10 : « Je pense qu'il y a pas beaucoup de gens qui y pensent. Parce que... les gens comprennent bien que le cycle naturel c'est d'avoir des règles. »*

Certains supposaient que des patientes enchaînaient leurs plaquettes de leur propre initiative, sans les prévenir.

*M6 : « Souvent elles le font, et puis elles disent... Quand tu demandes la date des dernières règles, pour n'importe quoi (...) elles disent « Oh bah je les ai pas eues depuis 2 mois, mais c'est normal j'ai enchaîné ». »*

*M11 : « Je pense que si elles le font, elles me le demandent même pas (rires) »*

Cette pratique pouvait être vue comme une astuce se transmettant par le bouche-à-oreille, entre femmes et sur internet.

*M6 : « en gros si elles ont une copine qui leur en a parlé, ou qu'elles ont lu ça sur internet »*

## 2) Une réaction patiente-dépendante

Que penseraient les patientes de la POP continue, selon les médecins interrogés ?

Ils s'attendaient à des réactions variées selon les patientes.

Selon eux, cette réaction dépendrait :

- de la clinique des règles : Plus les règles seraient symptomatiques, plus les patientes seraient favorables à la POP continue.

*M1 : « Ca dépend leur vécu, par rapport à leur règles précédemment. Si jamais c'est des patientes qui ont eu des règles horribles pendant toute leur adolescence (...), elles auront tendance à dire « quel miracle de pas avoir ses règles ». Après si c'est d'autres patientes qui ont souvent eu des règles pas plus gênantes que ça, et... ce sera plus souvent source de stress, elles y verront peut être moins le bénéfique que les autres. »*

- des représentations autour des règles : Ceci recouvrait plus de notions, et il était plus difficile d'identifier un profil type. On retrouvait notamment l'idée d'appel à la nature. Sans forcément partager cet avis, certains estimaient que ce pourrait être un argument de certaines patientes.

*M3 : « Alors en fait je pense qu'elles seraient pas forcément toutes ok, du tout ! Notamment parce que...quand on leur parle du stérilet... qui « coupe » les règles entre guillemets, y a beaucoup qui bizarrement disent : « Mais pourquoi j'aurais plus mes règles, c'est pas naturel... » voilà, c'est assez souvent ! »*

*M5 : « Ca dépend en fait, y a des personnes que ça choque, de pas avoir des règles... qui sont pas bien. Et d'autres que... qui sont plutôt bien. Je pense pas que ce soit une question de génération parce que ça varie, y a des jeunes comme des plus vieilles. »*

Plusieurs pensaient se voir opposer la crainte de méconnaître une grossesse débutante. Selon eux, il s'agissait du premier problème pour les patientes. Mais ce n'était pas une crainte qu'ils partageaient.

*M2 : « Je pense que pour beaucoup de femmes, le fait d'avoir ses règles c'est l'assurance tous les mois que tout va bien, qu'elles sont pas enceintes si elles veulent pas de grossesse. »*

*M4 : « Certaines, si elles ont pas de règles régulièrement, elles ont peur d'être enceinte. T'as beau leur dire (...) Celles qui n'ont plus de règles, certaines s'angoissent, parce qu'elles ont l'impression qu'elles peuvent être enceintes sans le savoir et... ça les stresse. »*

Ils mettaient également en avant le confort des patientes qui serait parfois diminué avec la suppression des règles, notamment sous contraception microprogestative et DIU.

*M3 : « Mais après y en a qui trouvent qu'elles sont ballonnées, euh... parce qu'elles ont pas eu les saignements, qu'elles se sentent, enfin en gros, parce que ça garde le sang. »*

Mais M9, qui prescrivait des schémas étendus à ses patientes, disait ne rencontrer que des réactions positives.

*M9 : « Oh bah elles sont contentes (rires). Elles, elles veulent plus souffrir ! Elles veulent plus avoir leurs règles, donc... »*

### 3) Importance des explications

Pour les médecins favorables, expliquer le fonctionnement du cycle menstruel et de la contraception était indispensable. Leur compréhension permettait de rassurer les patientes sur l'absence de règles, et de les impliquer dans leur choix de contraception.

M9 tentait d'être la plus pédagogue possible en questionnant ses patientes et en faisant appel à leurs connaissances pré-existantes.

*M4 : « Si elles intègrent bien que les menstruations sont des menstruations de privation, donc elles n'ont pas d'intérêt euh... particulier... Effectivement elles peuvent très bien s'en passer. »*

*M9 : « Je leur fais un petit schéma avec l'utérus où je montre que, voilà, y a la muqueuse, que du coup ça atrophie (appuie sur « atrophie ») la muqueuse, ça la rend plus fine (...) Quand, elles ont peur de ça en fait, quand elles ont plus de règles, je dis qu'un des effets, comme la muqueuse est atrophiée, c'est de plus avoir de règles, puisque les règles c'est la muqueuse qui s'en va par les voies génitales. Cours de SVT pour les ados, en général ça leur dit quelque chose. »*

On retrouvait aussi cette notion chez l'une des médecins initialement opposants. Elle supposait que donner aux patientes des explications sur la POP continue pourrait leur faire accepter cette option. Elle imaginait se voir d'abord opposer un refus, auquel la réponse secondaire pourrait finalement être favorable. Comme si son point de vue évoluait en même temps que celui des patientes imaginaires.

*M3 : « Je pense que la majorité pourrait dire ça, dans un premier temps, qu'elles pourraient dire qu'il faut les garder parce que c'est naturel, mais qu'en expliquant (appuie sur « expliquant »), on arriverait à... à ce que certaines acceptent de prendre la pilule en continu, je pense. »*



## DISCUSSION

### l) Forces et limites de l'étude

#### 1) Forces

##### a) Etudes existantes

Il n'existe pas d'étude française sur la prescription de POP en continu.

Les études menées à l'étranger s'intéressent plutôt aux spécialistes (gynécologues et sages-femmes) qu'aux médecins généralistes.

De plus, ces études sont exclusivement quantitatives, sur le modèle « connaissez vous la POP continue, la prescrivez vous ». On ne connaît donc pas le ressenti des médecins à ce sujet, les facteurs qui peuvent leur faire prescrire ou non la POP continue.

##### b) Validité interne

La grille de critères COREQ a été suivie pour la réalisation et la rédaction de l'étude (12) (annexe 6).

Le journal de bord a assuré la continuité du travail et le lien entre matériau et théorisation.

Un codage rigoureux a été effectué selon la méthode de la théorisation ancrée, en 3 étapes intriquées : codage ouvert, axial puis sélectif. Ce triple codage a permis l'émergence d'étiquettes et catégories non pré-conçues, mais déterminées à partir des données issues des entretiens.

Un extrait du premier entretien a fait l'objet d'une micro-analyse mot à mot afin de s'imprégner du point de vue de l'acteur, et mettre à distance les idées propres de l'investigatrice.

Une triangulation des chercheurs a été effectuée grâce un double codage des 4 premiers entretiens. Les codages des 2 chercheuses ont été mis en commun, afin de ne pas négliger de piste et de limiter les erreurs d'interprétation.

L'échantillonnage comportait des profils variés en terme d'âge, de sexe, de mode et milieu d'exercice et de pratique de la gynécologie, ce qui a permis d'obtenir des témoignages tout aussi variés.

## 2) Limites

- **Biais de sélection** : Seuls les médecins ayant un lien minime avec l'investigatrice ont accepté de répondre à l'enquête. Ce lien était généralement professionnel : médecins exerçant dans des cabinets où l'investigatrice avait effectué des remplacements. Pour les remplaçants, ce lien était une connaissance en commun. Il y avait donc probablement un biais dans le type de structure d'exercice. Par exemple, aucun médecin exerçant en cabinet seul ou en Planning familial n'a pu être interrogé, bien qu'ils aient été contactés à plusieurs reprises. Cela a pu écarter des points de vue différents.

Ce biais a été limité par l'échantillonnage à variation maximale concernant les autres critères : âge, sexe, modes et milieux d'exercice différents, régularité de la pratique de la gynécologie.

- **Biais d'influence, Biais de désirabilité** : Les questions étaient les moins orientées possible, mais le fait de s'attarder sur la POP en continu a pu interpeller les acteurs, et les conduire à remettre en question leur idées initiales. Comme presque aucun n'a parlé de la POP continue spontanément, le sujet a dû être abordé par l'investigatrice. Cela a probablement eu une influence sur leurs réponses.

Pour limiter ce biais, il était rappelé aux médecins avant l'entretien qu'il n'y avait pas de bonne réponse attendue, et que nous souhaitions connaître leur ressenti et expérience personnels. L'ouverture par le sujet plus vaste de la contraception permettait également de les mettre à l'aise, et de les faire se sentir légitimes sur le sujet.

- **Biais d'interprétation** : L'investigatrice a pu être influencée par ses propres représentations.

Ce biais a été limité par la triangulation des chercheurs, et par le respect de la méthode qualitative selon un ouvrage de référence recommandé par la Faculté de Médecine et de Maïeutique (11).

- **Entretiens téléphoniques** : En raison du confinement lié au covid-19, les 2 derniers entretiens prévus en face-à-face ont dû être réalisés par téléphone. Cela a pu limiter la qualité de ces entretiens. Le premier entretien téléphonique (M10) n'a duré que 15 minutes, faisant craindre une limitation de la parole à cause de l'échange non direct. Finalement, le second (M11) a duré 29 minutes et les idées du médecin ont été bien

développées. La qualité de l'entretien semblait donc plus liée au médecin et à son intérêt pour le sujet, qu'au moyen de communication utilisé.

## II) Retour des acteurs

Quatre mois après son entretien, M5 a recontacté l'investigatrice pour la remercier pour son sujet de thèse, lui faisant part d'un retour d'expérience. Il venait de recevoir une patiente partant en vacances en Guadeloupe. Elle l'avait interrogé sur la possibilité d'enchaîner ses plaquettes de POP afin de décaler ses règles. Il avait alors pu la rassurer à ce sujet et la conseiller.

Cela confirme l'intérêt des médecins pour le sujet qui avait été observé en entretien. Cela confirme aussi que la non-prescription de POP continue résulte surtout d'une méconnaissance de cette pratique.

Cette réaction est intéressante, puisque ce médecin était très réticent à la POP continue, même en fin d'entretien après avoir reçu des informations supplémentaires. Mais il s'était entre-temps documenté sur le sujet.

Les autres acteurs n'ont pas été recontactés par l'investigatrice.

## III) Comparaison avec les données de la littérature

### 1) Connaissance et prescription chez les autres médecins

Dans une étude américaine de 2003, 81% des prescripteurs spécialisés en gynécologie connaissaient la possibilité de prise continue de POP. La moitié la prescrivait réellement, principalement à la demande des patientes (13).

Une autre étude américaine s'est intéressée aux médecins généralistes en plus des gynécologues. Ils proposaient 3 fois moins la prise continue que les prescripteurs spécialisés en gynécologie (14). Cette étude a été menée une première fois en 2005 (14), puis à nouveau en 2011 (15). On observait ainsi qu'entre 2005 et 2011, le nombre de prescripteurs recommandant et prescrivant le schéma continu avait augmenté.

Le schéma continu le plus prescrit était celui de 84 jours d'affilée avec une semaine d'arrêt de 7 jours.

Bien qu'on ne puisse pas faire de statistiques à partir d'une étude qualitative, ces chiffres semblent assez éloignés de notre étude.

Il aurait probablement été plus intéressant de pouvoir comparer à des chiffres français, mais il n'existe pas d'étude similaire en France. Les chiffres donnés sont difficilement extrapolables à notre pays en raison de différences de culture et de pratiques. La commercialisation de plusieurs POP continues aux Etats-Unis, et ce depuis 2003, a sans doute contribué à faire accepter cette pratique. Ce qui n'est pas le cas en France où seule Seasonique® existe, et n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale.

## 2) Etudes des effets indésirables

Au delà du manque d'information, le principal frein identifié chez certains médecins de cette étude était la crainte des effets indésirables (en particulier évènements thrombo-emboliques, pathologie cardio-vasculaire, cancers hormono-dépendants et perturbations endométriales).

Les études existant à ce sujet sont rassurantes. Il en ressort un profil de sécurité identique à celui de la POP en utilisation classique. Toutefois, la diversité des spécialités et des schémas étudiés rend impossible une méta-analyse. On manque de recul sur certains effets indésirables, et de puissance pour étudier les évènements rares. De plus, chaque spécialité devrait pouvoir être étudiée individuellement.

### a) Risque thrombo-embolique veineux

La POP est effectivement connue pour majorer le risque thrombo-embolique veineux, surtout pendant la première année d'utilisation. La causalité de ce risque n'est actuellement établie qu'en lien avec la dose d'œstrogène, et pas la durée d'exposition (16).

Une revue de littérature Cochrane a été effectuée en 2014 sur les régimes continus de contraception œstroprogestative (COP) (17). Seize essais contrôlés randomisés ont été retenus. Ils comparaient l'administration d'une même spécialité (variable d'une étude à

l'autre) en schéma classique ou continu. Deux de ces études faisaient mention d'un évènement thrombo-embolique dans un groupe continu. Dans le premier cas, une patiente a fait une embolie pulmonaire sous Seasonale®. Elle avait 39 ans, était obèse, et avait récemment pris l'avion (18). Dans le deuxième cas, il ne s'agissait pas de POP mais d'anneau vaginal. Une patiente a fait une TVP sous anneau en schéma étendu. Elle s'est finalement avérée être porteuse de troubles de coagulation (19). Au total, il n'était pas possible de conclure à une majoration significative du risque thrombo-embolique.

Ce risque est toutefois celui qui retient le plus l'attention, puisqu'une étude post-autorisation (PASS) a été demandée en Europe afin de préciser le risque thrombo-embolique de Seasonique® (20).

Les preuves indirectes de la sécurité cardio-vasculaire sont également rassurantes. Les études ayant surveillé le bilan glucido-lipidique, la pression artérielle ou les paramètres hémostatiques sous schéma continu ne retrouvaient pas de différence significative avec le schéma classique (9).

#### b) Sécurité endométriale

Classiquement, on sait que la COP réduit le risque de cancer de l'endomètre. Cet effet protecteur augmente avec la durée d'utilisation (21). Il semble donc peu probable que le passage à un schéma continu rende la POP délétère sur l'endomètre.

Les études effectuées sur ce sujet sont effectivement rassurantes. Plusieurs ont évalué l'endomètre sous POP continue grâce à des échographies, parfois complétées par des biopsies. Quatre de ces études ont été retenues dans la revue Cochrane. L'épaisseur de l'endomètre était généralement inférieure à 5 millimètres à l'échographie. Lorsque des biopsies ont été réalisées, elles retrouvaient majoritairement un endomètre atrophique ou inactif. Aucun cas d'hyperplasie n'était noté (10,17).

L'ajout de la semaine d'EE à la place des comprimés placebo dans Seasonique® n'a pas non plus montré d'hyperplasie de l'endomètre. L'endomètre y est également majoritairement atrophique ou inactif, à la fois pendant les comprimés actifs et pendant les comprimés d'EE (22).

De plus, l'endomètre retrouve rapidement un aspect prolifératif ou sécrétoire à l'arrêt de la POP (22).

### c) Autres risques à long terme

Les données actuelles sur la fertilité sont rassurantes mais insuffisantes.

Une revue de littérature a été effectuée au sujet de la fertilité après une contraception par POP (23). Les études retenues montraient un retard de conception qui n'était limité qu'aux premiers mois suivant l'arrêt de la POP. Le taux de conception sur l'année suivant l'arrêt était superposable à celui des autres contraceptifs. Le peu de données disponibles sur les utilisatrices de POP en continu ne retrouvait pas de différence significative avec le schéma classique.

D'autres études montrent un retour rapide des menstruations (moins de 90 jours) et de l'ovulation (moins de 37 jours) après arrêt d'un schéma continu. Mais ce schéma n'avait été donné que pour une durée maximale de 6 mois (9).

Concernant le risque néoplasique, en particulier mammaire, il n'existe pas d'étude suffisamment longue et puissante pour l'étudier.

### d) Spotting

Plusieurs médecins ont soulevé des craintes concernant des saignements indésirables sous schéma continu. Le seul effet indésirable établi de la prise continue de POP est en effet l'apparition de spotting durant la prise des comprimés actifs.

Les laboratoires pharmaceutiques ont tenté de répondre à cette problématique avec l'ajout des 7 comprimés d'EE 10 µg à la place de la semaine d'arrêt dans Seasonique® et LoSeasonique®, et les doses ascendantes d'EE de Quartette®. Mais cette amélioration semble n'être que théorique, et n'a pas pu être prouvée dans les essais cliniques (24).

La seule option ayant fait ses preuves est celle de l'arrêt de comprimés en cas de spotting ou de saignements imprévus prolongés. Dans Yaz flex®, l'option choisie est celle d'un arrêt de 4 jours en cas de saignements durant plus de 3 jours. D'autres auteurs proposent un arrêt de 3 jours en cas de saignements durant plus de 7 jours. Les deux options ont montré une diminution significative du nombre de jours de saignements total (24).

L'ensemble des études réalisées sur les spotting en schéma continu montrent qu'ils tendent à régresser voire à disparaître avec le temps. Au total, il y a autant ou moins de jours de saignements, tous types confondus, qu'en schéma classique (9,10).

L'acceptabilité de ces spottings varie probablement selon les femmes. Certaines pourraient les tolérer, étant satisfaites d'avoir moins de saignements. Mais d'autres pourraient être gênées par leur imprévisibilité, et préférer des saignements plus fréquents mais prévisibles. Il semble donc important de signaler ce risque aux patientes qui seraient intéressées par un schéma continu.

### 3) Indications pathologiques

Certains médecins interrogés ont évoqué l'intérêt potentiel du schéma continu dans la prise en charge des dysménorrhées et de l'endométriose.

Concernant l'endométriose, la preuve de la supériorité du schéma continu par rapport au 21/7 est établie en post-opératoire. Il diminue significativement les dysménorrhées, les douleurs pelviennes chroniques et le risque de récurrence d'endométrioses. La HAS recommande donc la prescription de POP en continu après une prise en charge chirurgicale (25). La prescription de POP continue reste hors AMM dans les autres cas d'endométriose.

Dans la revue Cochrane, certaines études ont montré une amélioration sous schéma continu de symptômes liés aux cycles : dysménorrhées, fatigue et céphalées (17). D'autres études trouvent également une amélioration de l'humeur (9).

D'autres pathologies sont parfois associées aux variations hormonales du cycle menstruel, comme les migraines ou l'épilepsie, qui peuvent être exacerbées en période pré-menstruelle ou menstruelle. Certains auteurs suggèrent donc que la POP continue, en évitant les variations hormonales, pourrait être une option thérapeutique pour ces pathologies (10). Des essais cliniques sont nécessaires pour explorer ces hypothèses.

### 4) Efficacité contraceptive

Les médecins interrogés estimaient que la prise continue de POP pourrait améliorer son observance, et n'altérerait pas son efficacité contraceptive.

En effet, comme avec les comprimés placebos, la prise continue limite les risques d'oubli. La prise étant maintenue tout le mois, il n'y a pas de changement d'habitude et moins d'oubli de reprise après la semaine d'arrêt (10).

Concernant l'efficacité, les études existantes montrent même un meilleur blocage ovarien qu'avec le schéma classique 21/7. Cela a notamment été montré par une surveillance échographique hebdomadaire chez des patientes prenant une POP en continu durant 4 mois, comparées à des patientes en schéma classique. Aucun follicule dominant ne s'est développé dans le groupe continu, alors qu'il y en avait chez plus de la moitié des patientes du groupe classique, dont 2 ont mené à une ovulation. On comptait également moins de follicules de plus de 4 mm. Le nombre de follicules décroissait au fil des semaines dans le groupe continu, alors qu'il remontait à chaque semaine d'arrêt dans le groupe classique. A l'arrêt du traitement, l'ovulation survenait 5 jours plus tard dans le groupe continu que le groupe classique (26). De même, un autre essai retrouvait des taux plasmatiques d'œstrogènes endogènes significativement moins élevés dans le groupe continu, des follicules plus petits et des ovaires moins volumineux (27).

En pratique, dans la revue de littérature Cochrane, il n'a pas été retrouvé de baisse significative du nombre de grossesses avec différents régimes continus (17). Mais compte tenu de la rareté des grossesses sous pilule, une grande puissance d'étude est nécessaire pour mettre en évidence une différence significative.

La seule y étant parvenu est justement une étude observationnelle rétrospective menée sur plus de 75 000 patientes, sur une durée de 6 ans (28). Elle a retrouvé un taux de grossesse sous régime 84/7 significativement plus faible que sous régime 21/7 (4.4% vs 7.3% sur un an) et que sous 24/4 (4.4% vs 6.9%). Toutefois, le motif de prescription n'était pas connu, ce qui constitue un probable biais. Plus de patientes du groupe 84/7 auraient pu prendre la pilule à visée autre que contraceptive, par exemple pour traiter des dysménorrhées.

Alors que l'INED estime qu'une femme sur trois fait une IVG au cours de sa vie (29), et que 30 % des femmes faisant une IVG était sous contraception médicale (30), il s'agit tout de même d'un argument non négligeable pour la prise de POP en continu. En effet, malgré un indice de Pearl théorique à 0,3 % en utilisation parfaite, le taux de grossesse sous POP la première année est en réalité de 2,4 % en France (31). La plus grande cause de ces échecs sont les oublis, en particulier lors de la semaine de reprise (2). La POP continue pourrait donc être une des stratégies pour limiter le risque de grossesse indésirée.



## 5) Le point de vue des patientes

Ces entretiens présentaient une ouverture sur l'avis des patientes selon les médecins.

Une rapide recherche sur Google® de la question « Peut-on enchaîner 2 plaquettes de pilule » renvoie vers de nombreux articles de vulgarisation médicale, presse féminine et discussions sur des forums. On devine donc un réel intérêt des utilisatrices pour la question. Pourtant, selon les médecins interrogés, cette question leur était rarement posée. Comme souvent aujourd'hui, les patientes ne passent plus seulement par leur médecin pour rechercher des informations, mais se renseignent elles-mêmes sur Internet. Il serait intéressant de comprendre pourquoi elles ne s'orientent pas vers leur médecin traitant pour leur poser ces questions : Sont-elles gênées ? Perçoivent-elles un manque d'intérêt de sa part ?

Les études scientifiques menées auprès de patientes confirment que la majorité des femmes aimerait avoir moins ou pas de règles. Dans une étude allemande, seules 24 % des femmes souhaitaient avoir des règles mensuelles, tandis que 48 % souhaiteraient ne jamais en avoir. 18 % aimeraient espacer les règles. Dans ce cas, le schéma le plus souhaité était celui de règles tous les 3 mois (32).

Les motifs choisis (par question fermées à choix multiples) pour justifier le maintien des hémorragies mensuelles sous POP étaient par ordre de fréquence : la peur des effets indésirables, le fait que ce ne soit pas naturel, la peur de la grossesse, et la peur de l'infertilité. A l'inverse, les arguments pour diminuer la fréquence des règles étaient : la baisse de symptômes menstruels, l'hygiène, la qualité de vie, et moins de pertes de sang. Il existe donc une ambivalence au sujet de l'aménorrhée. Cette position des patientes est en adéquation avec celle qui a été retrouvée chez les médecins interrogés dans notre étude. Les règles sont considérées comme gênantes et invalidantes. Mais d'un autre côté, elles sont jugées inévitables, naturelles et rassurantes.

La part culturelle joue également, comme on le voit dans une étude internationale menée dans des centres d'orthogénie en Afrique du Sud, Chine, Ecosse et Nigeria (33). Les patientes nigérianes étaient les plus nombreuses à aimer avoir leurs règles, et à souhaiter les avoir tous les mois. On retrouvait l'idée que les règles mensuelles étaient naturelles, qu'elles permettaient d'éliminer le « mauvais sang », et de vérifier l'absence de grossesse. Dans une étude néerlandaise, le désir d'aménorrhée augmentait avec l'âge (10).

L'aspect pratique évoqué par les médecins de notre étude se retrouve chez les patientes. A leur propre initiative ou sur les conseils de leur médecin, elles enchaînent parfois leur POP afin de supprimer leurs règles lors d'un moment particulier : vacances, compétition sportive... Mais la pratique est difficile à quantifier. Dans une étude australienne, 43 % des femmes interrogées déclaraient avoir déjà manipulé leur POP afin de retarder ou de supprimer l'apparition de leurs règles (10). Ce chiffre monte dans des études portant sur des populations particulièrement actives. Par exemple, dans une étude australienne menée auprès de patientes sportives, il était de 74 %. Mais les compétitions sportives n'en étaient pas la seule raison, elles citaient également les événements spéciaux, vacances et commodité personnelle (34). Cela rejoint les pistes évoquées par les médecins de notre étude. Dans une autre étude portant sur des femmes militaires, 52 % des utilisatrices de POP la prenaient en continu durant les opérations sur le terrain (35).

Il existe donc une diversité de préférences des patientes. Mais la demande de suppression ou d'espacement des règles existe bien.

Pourtant, les médecins auraient tendance à surestimer l'importance des règles mensuelles pour leurs patientes (33). De ce fait, ceux qui connaissent la possibilité de POP continue n'en parlent pas toujours à leurs patientes (13).

Les études s'intéressant au point de vue des patientes sont exclusivement quantitatives. Une étude qualitative complémentaire serait intéressante, afin d'explorer plus en profondeur leurs représentations concernant la POP continue.

#### 6) Appel à la nature : Quelle place pour les menstruations aujourd'hui ?

« Nature », « naturel », sont des termes qui sont revenus à plusieurs reprises dans les entretiens, et que l'on entend aussi régulièrement en consultation. Il est difficile de répondre à ce concept, qui est finalement assez subjectif et dépend des représentations de chacun, médecin ou non.

Pourtant, la répétition des règles comme norme physiologique mérite réflexion. Le phénomène de menstruations fréquentes est en fait récent à l'échelle de l'humanité. En effet, avec l'évolution du mode de vie, le nombre de menstruations au cours de la vie d'une femme a fortement augmenté. On estime que, des populations chasseurs-cueilleurs

préhistoriques jusqu'au début des années 1900, la femme avait environ 160 cycles ovulatoires. A notre époque, la femme en pays industrialisé en présente 450, soit presque le triple (4). Les causes en sont multiples :

- une ménarche plus précoce : l'âge moyen des premières règles est passé de 16 ans à 12,5 ans en France
- un âge plus avancé de la première grossesse menée à terme : 19 ans contre 28,5 ans (36)
- des grossesses menées à terme moins nombreuses : 6 contre 1,9 (37)
- un allaitement moins fréquent, mais aussi moins prolongé : D'un allaitement universel de 3 ans en moyenne, on est passé à 59 % de femmes qui allaitent exclusivement à la naissance, pour une durée moyenne de 7 semaines (38)

D'un certain point de vue, ces cycles ovulatoires répétés sont même délétères, puisqu'ils occasionnent des troubles fonctionnels (dysménorrhées, syndrome pré-menstruel, anémie sur ménorragie...), voire des pathologies comme l'endométriose. Aux inconvénients médicaux et de confort s'ajoute un coût économique. Ce coût est à la fois personnel (protections hygiéniques) et sociétal (absentéisme, antalgiques) (4).

La question de la conservation des règles se pose d'autant plus que, sous POP, ces saignements ne sont de toute façon pas de vraies règles.

Certains auteurs alertent tout de même sur le risque de sur-médicaliser un évènement physiologique. Le risque serait de tomber dans un excès inverse de stigmatisation des règles, qui pourrait nuire aux femmes ne voulant ou ne pouvant les supprimer (4).

Par ailleurs, les médecins de notre étude constataient une demande croissante des patientes pour des méthodes contraceptives non hormonales. Proposer la POP continue semble donc assez éloigné des préoccupations actuelles de certaines patientes.

C'est pourquoi l'aménorrhée et la POP continue ne doivent pas non plus être vues comme une nouvelle norme, mais comme une éventualité parmi d'autres. La POP continue ne devrait pas être diabolisée, mais comprise avec ses avantages et inconvénients.

Des médecins suffisamment informés pourraient également informer leurs patientes, afin de leur laisser choisir le schéma qui leur convient le mieux, comme le préconise la FSRH (9).

## CONCLUSION

Evidence pour les uns, pratique à prohiber pour les autres, la question de la POP continue divisait les médecins interrogés. Son évocation déclenche encore de nombreuses crispations, en grande partie dues à un défaut d'information.

La plupart des médecins interrogés ne connaissaient pas la possibilité de prise de pilule œstroprogestative en continu. Ce n'était donc pas une pratique qu'ils plébiscitaient. Ils pouvaient l'accepter ponctuellement si la patiente en prenait l'initiative, ou à long terme si la prescription était initiée par un spécialiste.

Le manque d'information était donc un premier frein. Venait ensuite la crainte des effets indésirables, associée à celle d'engager sa responsabilité, *a fortiori* dans une prescription hors AMM. Certains médecins craignaient également un mauvais accueil de la part des patientes.

Bien que les médecins aient été interrogés en tant qu'experts, leurs représentations personnelles autour des règles et de la contraception jouaient parfois un rôle important. Touchant à l'intime, la frontière était parfois brouillée entre médecin, femme, ou proche de femme pour les hommes.

La plupart des médecins interrogés n'avaient toutefois pas de position arrêtée. Après réflexion, cette pratique semblait envisageable à certains, à condition de disposer d'informations suffisantes.

Il est vrai que l'absence de recommandations françaises à ce sujet rend difficile la réassurance de ces médecins. La peur des effets indésirables est recevable, puisqu'en dépit d'études rassurantes sur le sujet, on manque encore de recul à grande échelle.

Il existe toutefois une réelle demande de suppression des règles de la part de certaines patientes, que ce soit pour améliorer leur confort de vie ou pour supprimer des symptômes menstruels invalidants. De par sa facilité d'usage et sa grande fréquence d'utilisation en France, la pilule œstroprogestative devrait pouvoir être une option à considérer pour induire une aménorrhée.

Les médecins généralistes gagneraient donc à être informés des différentes possibilités de prise de pilule œstroprogestative, de leurs avantages et de leurs inconvénients, afin de pouvoir les exposer clairement à leurs patientes en fonction de leurs attentes et de leurs représentations.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF. Le cycle menstruel. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/cycle-menstruel>
2. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale: les leçons de l'étude GRECO. /data/revues/12979589/00340002/06000191/ ; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/39460>
3. Enovid: The First Hormonal Birth Control Pill | The Embryo Project Encyclopedia. Disponible sur: <https://embryo.asu.edu/pages/enovid-first-hormonal-birth-control-pill>
4. Thomas SL, Ellertson C. Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *The Lancet*. 11 mars 2000;355(9207):922-4.
5. 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. *Br Med J*. 20 août 1977;2(6085):487-90.
6. Benson LS, Micks EA. Why Stop Now? Extended and Continuous Regimens of Combined Hormonal Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol Clin North Am*. déc 2015;42(4):669-81.
7. Elliesen J, Trummer D. Adherence to a flexible extended regimen for oral hormonal contraception provided in a blister packaging compared with an adherence-supporting digital tablet dispenser: historical comparison of data from two clinical studies. *Int J Womens Health*. août 2016;Volume 8:351-6.
8. SEASONIQUE - EurekaSanté par VIDAL. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp5915-SEASONIQUE.html>
9. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception (January 2019, Amended July 2019) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>
10. This P. Diminuer la fréquence des règles: le point sur la contraception étendue. /data/revues/12979589/v41i6/S1297958913001306/ . 20 juin 2013 ; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/816717>
11. Lejeune Christophe. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck Supérieur. 2014. 152 p.
12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*. janv 2015;15(157):50-4.

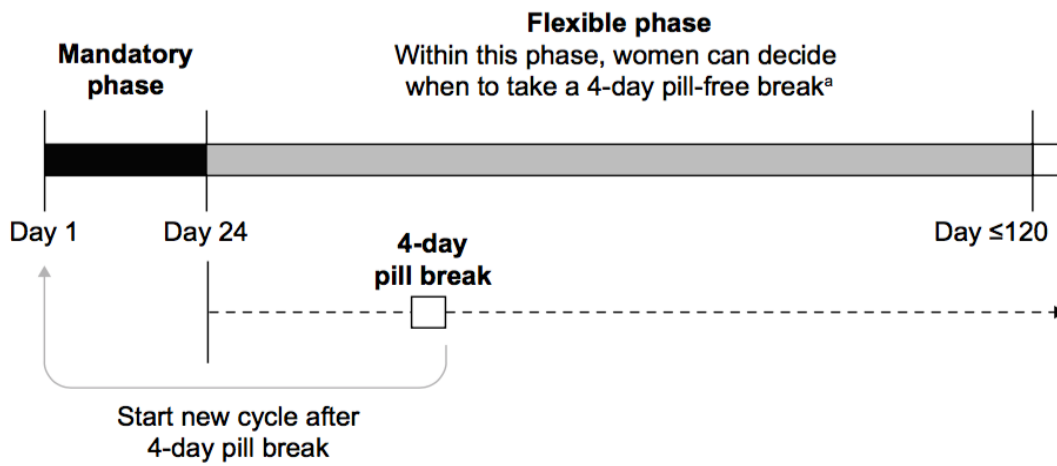
13. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D, Kaunitz AM, Musselman BL, Reiter S, et al. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. *Contraception*. nov 2004;70(5):359-63.
14. Sulak PJ, Buckley T, Kuehl TJ. Attitudes and prescribing preferences of health care professionals in the United States regarding use of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. janv 2006;73(1):41-5.
15. Seval DL, Buckley T, Kuehl TJ, Sulak PJ. Attitudes and prescribing patterns of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. juill 2011;84(1):71-5.
16. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 3 mars 2014;(3):CD010813.
17. 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 Syst Rev*. 29 juill 2014 ; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004695.pub3>
18. Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. août 2003;68(2):89-96.
19. Miller L, Verhoeven CHJ, Hout J in't. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. sept 2005;106(3):473-82.
20. European Medicines Agency. List of medicinal products under additional monitoring [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/additional-monitoring/list-medicinal-products-under-additional-monitoring\\_en-0.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/additional-monitoring/list-medicinal-products-under-additional-monitoring_en-0.pdf)
21. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. déc 2010;16(6):631-50.
22. 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.
23. Barnhart KT, Schreiber CA. + Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertil Steril*. mars 2009;91(3):659-63.
24. Nelson AL. An update on new orally administered contraceptives for women. *Expert Opin Pharmacother*. 12 déc 2015;16(18):2759-72.
25. HAS. Prise en charge de l'endométriose. Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise\\_en\\_charge\\_de\\_lendometriose\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf)
26. Birtch RL, Olatunbosun OA, Pierson RA. Ovarian follicular dynamics during conventional vs. continuous oral contraceptive use. *Contraception*. 1 mars 2006;73(3):235-43.

27. Legro RS, Pauli JG, Kunselman AR, Meadows JW, Kesner JS, Zaino RJ, et al. Effects of continuous versus cyclical oral contraception: a randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* févr 2008;93(2):420-9.
28. Howard B, Trussell J, Grubb E, Lage MJ. Comparison of pregnancy rates in users of extended and cyclic combined oral contraceptive (COC) regimens in the United States: a brief report. *Contraception.* janv 2014;89(1):25-7.
29. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population.* 2014;69(3):365.
30. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge, Women who resort to induced abortion : different profiles and treatment protocols. *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):116-47.
31. HAS. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
32. Wiegratz 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.
33. 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.
34. Schaumberg MA, Emmerton LM, Jenkins DG, Burton NW, Janse de Jonge XAK, Skinner TL. Use of Oral Contraceptives to Manipulate Menstruation in Young, Physically Active Women. *Int J Sports Physiol Perform.* 1 janv 2018;13(1):82-7.
35. Powell-Dunford NC, Cuda AS, Moore JL, Crago MS, Kelly AM, Deuster PA. Menstrual suppression for combat operations: advantages of oral contraceptive pills. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* févr 2011;21(1):86-91.
36. Insee. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
37. Insee. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291&q=natalité>
38. Wagner S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. :11.

# ANNEXES

## Annexe 1

### Mode de prise de Yaz Flex® (7)





## Annexe 2

### Récapitulatif des différentes POP continues sur le marché international

Schéma	Spécialité	Année de commercialisation	Composition	Détail du schéma de prise
<b>Etendu</b>	<b>Seasonale</b>	2003	LNG 150 µg / EE 30 µg	84 comprimés actifs + 7 comprimés placebo
	<b>Seasonique</b>	2006	LNG 150 µg / EE 30 µg	84 comprimés actifs + 7 comprimés d'EE 10 µg
	<b>LoSeasonique</b>	2009	LNG 100 µg / EE 20 µg	84 comprimés actifs + 7 comprimés d'EE 10 µg
	<b>Quartette</b>	2013	- 42 comprimés LNG 150 µg / EE 20 µg - 21 comprimés LNG 150 µg / EE 25 µg - 21 comprimés LNG 150 µg / EE 30 µg	84 comprimés actifs à dose ascendante + 7 comprimés d'EE 10 µg
<b>Continu</b>	<b>Lybrel</b>	2007	LNG 90 µg / EE 20 µg	365 comprimés actifs
<b>Flexible</b>	<b>Yaz Flex</b>	2012	Drospirénone 3 mg / EE 20 µg	J1 – J24 : comprimés actifs J25-J120 : comprimés actifs avec un arrêt à la demande pendant 4 jours Retour à J1 après l'arrêt

D'après les articles (6,7)

## Annexe 3

### Extraits des recommandations de la FSRH concernant la POP continue (9)

#### 6. How is CHC used?

##### Key information



**Tailored CHC regimens can reduce the frequency of withdrawal bleeds and can reduce withdrawal symptoms associated with the hormone-free interval (HFI); however, unscheduled bleeding is common.**

##### Clinical recommendations



**Women should be given information about both standard and tailored CHC regimens to broaden contraceptive choice.**



**Women should be advised that use of tailored CHC regimens is outside the manufacturer's licence but is supported by FSRH.**



**Women should have access to clear information (either written or digital) to support tailored CHC use.**

#### FSRH guideline: CHC



Traditional (standard) 21/7 CHC cycles were designed to induce a bleed each month, mimicking naturally occurring menstrual cycles. There is, however, no health benefit from a monthly withdrawal bleed, and the 7-day HFI has the following drawbacks:

- ▶ Withdrawal bleeding may be heavy, painful or simply unwanted.
- ▶ The HFI may be associated with symptoms such as headache and mood change.
- ▶ Ovarian suppression is reduced,<sup>20-26</sup> and follicular development occurs during the HFI, particularly with COC containing lower EE doses.<sup>20-23</sup> Errors in pill-taking (or patch or ring use) around the HFI could result in extension of the HFI, risk of ovulation, and thus potential risk of pregnancy.

Tailored (non-standard) CHC regimens reduce the frequency of HFI (extended regimens), abolish the HFI (continuous regimens) and/or shorten the HFI. Using tailored regimens, women can reduce or avoid HFI-associated symptoms and could potentially reduce the risk of escape ovulation and resulting contraceptive failure. Such regimens are as safe and as effective for contraception as standard 21/7 regimens.<sup>27,28</sup>

The GDG recommends that the tailored CHC regimens suggested in [Section 6.2.1](#) can be offered as an alternative to 21/7 CHC regimens to widen contraceptive choice. Women should have access to clear information (either written or digital) to support tailored CHC use.

### 6.2.1 Suggested tailored CHC regimens

A variety of regimens have been studied; however, data are currently too limited to recommend one approach over another. In some countries (but not the UK) COC are available that are intended to be taken as an 84/7 regimen, with a 3-monthly HFI. In the UK, some monophasic 24/4 COC regimens are marketed<sup>30,31</sup> and one quadriphasic COC with a 2-day HFI is available.<sup>32</sup> The FSRH supports off-label use of tailored CHC regimens such as those detailed in **Table 1** using **monophasic** CHC that are licensed to be taken as a 21/7 regimen. If the preparation includes placebo pills, these should be omitted. Multiphasic COC should not be used in tailored regimens.

**Table 1: Standard and tailored regimens for use of combined hormonal contraception (CHC)**

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

## Annexe 4

### Guide d'entretien initial

Les sous-questions constituent des questions de relance, et n'étaient pas toutes posées.

#### 1) Qu'est-ce-que pour vous la contraception ?

- Quels sont ses objectifs ?

#### 2) Comment prescrivez vous une contraception ?

- Quelles sont vos préférences ?
- Qu'en dites vous à vos patientes ?
- Concernant la pilule œstroprogestative, quels schémas de prise proposez vous à vos patientes ?

#### 3) Votre patiente vous explique qu'elle a enchaîné ses 3 dernières plaquettes de Minidril® pour décaler la survenue de ses règles pour « être tranquille pour l'été ». Que lui dites vous ? Qu'en pensez vous ?

- Potentiels effets indésirables ?
- Recommanderiez vous de le refaire ?

#### 4) Que pensez vous de la prise de POP en schéma étendu ou continu ?

- Que pensez vous de l'importance des règles mensuelles ?
- Selon vous, quel rôle joue et quelle importance à l'hémorragie de privation mensuelle chez une patiente sous POP ?
- Y a-t-il des POP que vous prescririez en continu plutôt que d'autres ?

#### 5) Qu'est ce qui pourrait vous freiner à prescrire une pilule œstroprogestative en continu?

- effets indésirables ?
- connaissances ?
- des patientes chez qui vous seriez particulièrement réticent ?

#### 6) Qu'est ce qui pourrait vous encourager à prescrire une pilule œstroprogestative en continu?

- avantages pour la patiente ?
- indications particulières ?

**7) Quel accueil recevez vous, ou imagineriez vous recevoir de vos patientes, si vous proposez une POP en continu ?**

- Pensez vous que les patientes souhaitent conserver leur règles ou plutôt les supprimer ? Pour quelles raisons ?
- Profil de patiente qui serait plus intéressée par la suppression des règles ?
- Est ce que des patientes vous ont déjà demandé conseil sur un enchaînement de plaquettes ?

**Fin de l'entretien :** Merci pour votre témoignage ! L'entretien est terminé pour moi, est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez ajouter ? Une conclusion à donner ?

## **Annexe 5**

### **Guide d'entretien final**

Les sous-questions constituent des questions de relance, et n'étaient pas toutes posées.

#### Première partie : La contraception en général

##### **1) Si je vous dis « La contraception », qu'est-ce-que ça vous évoque ?**

- Quels sont ses objectifs ?

##### **2) Comment prescrivez vous une contraception ?**

- Quelles sont vos préférences ?
- Qu'en dites vous à vos patientes ?

#### Deuxième partie : L'enchaînement de plaquettes

##### **3) Votre patiente vous demande si elle peut enchaîner ses 3 dernières plaquettes de Minidril® pour décaler la survenue de ses règles pour « être tranquille pour l'été ». Qu'en pensez vous ? Que lui dites vous ?**

- potentiels effets indésirables ?

##### **4) Et si cette patiente vous disait qu'elle était bien tranquille cet été, et souhaiterait continuer d'enchaîner pour ne plus avoir de règles du tout ? Qu'en pensez vous ?**

- Qu'est ce qui pourrait vous freiner à prescrire une une POP en continu?
- Des patientes chez qui vous seriez particulièrement réticent ?
- Qu'est ce qui pourrait vous encourager à prescrire une POP en continu?
- Y a-t-il des POP que vous prescririez en continu plutôt que d'autres ?

##### **5) Selon vous, quelle est l'opinion des patientes sur la prise de POP en continu ?**

- Est ce que des patientes vous ont déjà demandé conseil sur un enchaînement de plaquettes ?
- Quel accueil recevez vous, ou imagineriez vous recevoir, si vous proposez une POP en continu à vos patientes ?
- Pensez vous que les patientes souhaitent conserver leur règles ou plutôt les supprimer ? pour quelles raisons ?
- Profil de patiente qui serait plus intéressée par la suppression des règles ?

Troisième partie : Information de l'existence de POP continues

**6) Aux Etats-Unis notamment, il existe des POP commercialisées pour être prises en schéma étendu ou continu. L'une d'elle existe en France, elle s'appelle Saisonique®. Elle est faite pour être prise par cycles de 3 mois, avec un enchaînement de plaquettes et une hémorragie de privation tous les 3 mois seulement.**

**Qu'en pensez vous ?**

Fin de l'entretien : Merci pour votre témoignage ! L'entretien est terminé pour moi, est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez ajouter ? Une conclusion à donner ?

## Annexe 6

### Grille COREQ (12)

## Dossier

M. Gedda

### Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?



**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

**AUTEUR : Nom : ROMAIN-BEAUFILS Prénom : Léopoldine**

**Date de soutenance : 17 juin 2020**

**Titre de la thèse : Freins à la prescription de pilule œstroprogestative en continu par les médecins généralistes**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : contraception, pilule œstroprogestative, prise en continu, hémorragie de privation, médecine générale**

**Contexte :** Depuis sa commercialisation, la pilule œstroprogestative (POP) est prescrite de façon à mimer le cycle menstruel, grâce à un intervalle libre sans hormone durant lequel survient une hémorragie de privation mensuelle. Cette hémorragie de privation n'a pourtant pas de justification scientifique, et des pilules à cycle dits étendus, continus ou encore flexibles ont vu le jour à travers le monde. Toute POP pourrait être proposée en continu pour améliorer le confort de vie, supprimer des symptômes menstruels gênants ou encore limiter le risque d'oubli. Cette option semble pourtant peu prescrite et peu connue par les médecins généralistes. Nous avons donc voulu identifier les freins à la prescription de POP en continu par les médecins généralistes.

**Méthodes :** Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens compréhensifs intégralement enregistrés, retranscrits et codés sur Nvivo® par théorisation ancrée.

**Résultats :** 11 médecins généralistes ont été interrogés. La majorité ne prescrivait la POP en continu, ni n'avait connaissance de cette possibilité. Ils redoutaient la survenue d'effets indésirables supplémentaires par rapport au schéma classique. Certains faisaient appel à la nature et à la féminité pour justifier la conservation de pseudo-règles. Ils craignaient également recevoir un accueil négatif de la part des patientes. Ils reconnaissaient toutefois manquer d'informations à ce sujet, et que c'était leur principal frein. L'aval d'un gynécologue pouvait donc être un facteur facilitateur. Dans ce cas, les avantages perçus étaient principalement l'amélioration du confort de vie, mais aussi le traitement de pathologies comme les dysménorrhées et l'endométriose. A l'inverse, les médecins qui prescrivaient la POP en continu la voyaient comme une évidence, et étaient surpris que des réticences puissent exister à ce sujet.

**Conclusion :** La prescription de pilule œstroprogestative en continu semble loin d'être une pratique universelle en médecine générale, en raison de freins dominés par le manque d'information. Beaucoup de médecins sont pourtant ouverts à la question. Il serait donc bon d'informer les médecins généralistes sur cette possibilité, ses avantages et inconvénients, afin non pas de la rendre systématique, mais de pouvoir la proposer aux patientes intéressées.

**Composition du Jury :**

**Présidente : Professeur CATTEAU-JONARD**

**Assesseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Docteur Geoffroy ROBIN, Docteur Annie STANDAERT**

**Directrice de thèse : Docteur Judith OLLIVON**