

**ANNEE 2022**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Enjeux liés à la prise en continu d'une contraception oestro-  
progestative : le point de vue des femmes

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08/09/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PERRIN-FROIDUROT née FROIDUROT Maëlle

Née le 04/12/1990

A Montbéliard

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2022**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Enjeux liés à la prise en continu d'une contraception oestro-  
progestative : le point de vue des femmes

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08/09/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PERRIN-FROIDUROT née FROIDUROT Maëlle

Née le 04/12/1990

A Montbéliard

**Doyen :**

Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
			(Retraite au 1 <sup>er</sup> Novembre 2022)
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
(Disponibilité)			
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
(Disponibilité pour convenances personnelles)			
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEAURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Benoît	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

### **COMPOSITION DU JURY**

Président : Pr SIMON Emmanuel

Membres : Pr DOUVIER Serge  
Pr CHARRA Clément  
Dr PETIT Benjamin

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patientes et les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigente et l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes consœurs et mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les femmes et les hommes, mes consœurs et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."*

## Remerciements

Pr Emmanuel Simon, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, et d'avoir accepté cette charge.

Pr Serge Douvier, merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci de votre implication dans ma formation en gynécologie, durant mon semestre à Nevers et le DIU à Dijon.

Pr Clément Charra, merci pour ton aide précieuse durant ce long travail. Mais surtout, merci pour ce que tu m'as apporté durant mon internat, lors des GEP, je te dois beaucoup dans ma pratique quotidienne.

Dr Benjamin Petit, c'est pour moi une grande émotion de pouvoir écrire ton nom dans mon jury de thèse. D'abord ta marraine, aujourd'hui c'est toi qui me guides vers la fin de mon cursus étudiant. Je suis heureuse de t'avoir auprès de moi pour cette grande étape. Merci d'avoir accepté cette tâche un peu ingrate de devoir juger le travail des autres, surtout d'une amie.

Dre Sina Holl, Dre Sarah Arnoud et Dre Flore Pihouée, merci de m'avoir aidée pour ce travail. Et merci du fond du cœur de votre amitié.

Dre Agnès Peltier et Dre Julie Legrand, merci de m'avoir tant guidée dans cette aventure de la recherche qualitative. Grâce à vous, j'ai réussi à être contente du travail réalisé, et à prendre plaisir à le faire. Au plaisir de vous rencontrer « in real life » j'espère. Plus largement, merci à la twittosphère médicale qui m'est à la fois soutien, guide, et formation continue.

Mme Fabienne Froment, un immense merci pour votre réactivité, votre compréhension et votre accompagnement pour accomplir toutes les démarches administratives nécessaires à finir ce travail. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Dr Albert Jacob, tu as été le premier à m'emmener sur les pas de ce métier de médecin. Tu m'as fait un très beau cadeau, merci.

Dr Ekundayo Williamson-Taylor, you made me discover with all your heart Sierra Leone and your specialty, obs & gynae. The time I spend with you is forever in my thoughts. I can't thank you enough for what you gave me.

Drs Bettinger, Deschamps et Lacharme, merci de m'avoir fait confiance et donner confiance en moi, pour me permettre de m'épanouir en médecine générale. L'idée de cette thèse a germé dans vos cabinets.

Dre Noëllat Nathalie, merci de m'avoir accompagnée durant mon semestre au CeGIDD. J'y ai appris plus qu'ailleurs à mener un entretien ouvert et sans jugement, compétence indispensable pour cette thèse comme pour mon quotidien professionnel.

Merci à toutes les participantes à ce travail. C'était un plaisir de vous rencontrer et d'échanger avec vous.

Maman, papa, pour cette thèse je vous remercie pour l'accompagnement, le soutien, les relectures. Pour le reste, ce que vous êtes pour moi et ma famille, quelques lignes dans ce manuscrit n'auraient pas assez de sens. Merci.

Stéphanie et Sébastien, merci entre autres pour votre aide informatique, et pour votre soutien. Bruno et Lisa, merci d'avoir été là durant ces longs mois de travail.

Dimitri, merci pour tes nombreuses relectures, ton écoute dans les moments de doute, la gestion de notre quotidien et des enfants pour me libérer du temps pour travailler, ton soutien indéfectible durant ce travail. Merci d'être professionnellement mon meilleur collègue, mon interlocuteur privilégié, mon pilier dans les moments les plus complexes. Merci d'être mon conjoint, mon mari.

Quelques dédicaces...

A mon pépé Gilbert, ma mamie Gisèle et mon pépé Jean-Pierre. A Brigitte, à Fabrice et Anaïs.

A ma belle-famille : Aline, Bérangère et Alan, Alexis et Florence, Ivan et Maeva. A Lise.

A la tripotée de neveux et nièces : Ethan, Liam, Zita, Aude, Merlin, Mikel, Jules et Eoline.

A mes ami·e·s de médecine, d'avant, d'après : Mathilde, Tania, Quentin, Aurélien, Clémence, Brice, Cécé, Franck, Cham, Vincent, Nanou, et toutes celles et ceux que j'oublie très probablement.

A celles et ceux qui ne sont plus là pour voir la fin de ce travail. Surtout celle et celui qui en ont vu le début : mamie Denise et Fabrice, à l'approche de finir ce manuscrit, vous êtes dans mes pensées.

A mes enfants, Jolan et Adriel : si un jour vous lisez ces lignes, sachez que vous n'êtes pas dans les remerciements car vous remercier pour ce travail n'aurait aucun sens. Sans vous, il serait fini depuis environ 4 ans ! Mais sans vous, finir cette thèse n'aurait pas la même saveur, et ma vie n'aurait pas les mêmes couleurs : celles du bonheur d'être votre mère, chaque jour. Je vous aime.

# Sommaire

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>8</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>10</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b>	<b>12</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b>	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>14</b>
<b>METHODE</b>	<b>16</b>
<b>I. TYPE D'ETUDE</b>	<b>16</b>
<b>II. POPULATION</b>	<b>16</b>
<b>III. EXPLICITATIONS DES PRESUPPOSES DE LA CHERCHEUSE</b>	<b>16</b>
<b>IV. RECUEIL DES DONNEES</b>	<b>17</b>
<b>V. ANALYSE DES DONNEES</b>	<b>17</b>
<b>VI. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES</b>	<b>17</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>19</b>
<b>I. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE</b>	<b>19</b>
<b>II. HISTOIRE CONTRACEPTIVE DES PARTICIPANTES</b>	<b>19</b>
<b>III. COMPLEXITE DU RAPPORT AU CYCLE, AUX REGLES</b>	<b>22</b>
1. L'attachement au cycle	22
2. Charge et contraintes	23
<b>IV. COMPLEXITE DU RAPPORT A LA CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE</b>	<b>24</b>
1. La charge de la contraception	25
2. La COC synonyme d'effets indésirables gênants	25
3. La COC, synonyme de confort	25
4. Une dénéigation de la maladie, représentée par la prise d'un médicament	25
<b>V. CRAINTES ET INQUIETUDES FACE A LA PRISE CONTINUE</b>	<b>26</b>
1. Des questionnements face à cette « inconnue »	26
2. La crainte d'un déséquilibre	26
3. Innocuité à court terme, prise de risque à long terme	26
4. Des risques dépendants de la méthode plus que du schéma de prise	27
<b>VI. CONFIANCE, RASSURANCE ET RECHERCHE DE COMPREHENSION : DES BESOINS INTRIQUES POUR OSER SORTIR DU SCHEMA CONNU</b>	<b>27</b>
1. Besoin de confiance	27
2. Besoin de comprendre	29
<b>VII. LA PRISE CONTINUE, SYNONYME DE LIBERATION ET DE LIBERTE</b>	<b>31</b>
1. Libérée de la charge contraceptive	31
2. L'aménorrhée choisie, une forme de liberté	31
<b>VIII. DE L'IMPORTANCE D'AVOIR LE CHOIX</b>	<b>32</b>
1. Une balance bénéfices-risques personnelle	32
2. Revendiquer le droit de choisir	32
3. Le pouvoir donné par le choix : volonté de (re)prendre le contrôle	33
<b>IX. LA PRISE CONTINUE, UN CHOIX A ASSUMER</b>	<b>33</b>
1. Le sentiment de manquer de légitimité	33
2. La crainte du jugement des professionnels de santé	33

<b>DISCUSSION</b>	<b>35</b>
<b>I. RESULTATS PRINCIPAUX</b>	<b>35</b>
<b>II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE</b>	<b>36</b>
1. Biais de confirmation	36
2. Défaut d'itération	36
3. Difficultés de recrutement	36
4. Conduite des entretiens	37
5. Analyse en trois temps	37
6. Triangulation	38
7. Etude originale et ancrée dans la pratique	38
<b>III. MISE EN PERSPECTIVE PAR LA LITTERATURE</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 1 : EXTRAITS CHOISIS DU JOURNAL DE BORD</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN, DERNIERE VERSION</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATIONS</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 4 : EXTRAITS SUPPLEMENTAIRES DE VERBATIM</b>	<b>51</b>
<b>FIGURE 2 : SCHEMA EXPLICATIF COMPLET</b>	<b>56</b>

## ***Table des figures***

FIGURE 1 : SCHEMA EXPLICATIF.....	35
FIGURE 2 : SCHEMA EXPLICATIF COMPLET.....	56

## ***Table des tableaux***

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES.....	21
---	----

## ***Liste des abréviations***

COC	Contraception orale combinée oestro-progestative
EE	Ethinyl-estradiol
DIU	Dispositif intra-utérin
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens de France
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
DPO	Délégué à la protection des données
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
OMS	Organisation mondiale de la santé
HAS	Haute autorité de santé

# Introduction

Depuis la mise au point de la première pilule contraceptive dans les années 1950, les femmes du monde entier ont largement plébiscité la contraception orale combinée oestro-progestative (COC) (1). En 2010 en France, la COC était utilisée par plus d'une femme sur deux (2,3).

La plainte en 2012 d'une patiente contre un laboratoire pharmaceutique, suite à un accident vasculaire cérébral survenu sous COC de 3<sup>ème</sup> génération et qui l'a laissée lourdement handicapée, a ouvert un débat très médiatisé sur la sécurité des COC, et sur la contraception hormonale de manière générale (4,5). Si les surrisques des COC étaient connus auparavant par certains professionnels de santé, cette « crise des pilules » les a mis en lumière auprès du grand public et a modifié durablement le paysage contraceptif français, avec une baisse importante du recours à la COC (- 18% de 2010 à 2013, passant de 50 à 41% de femmes utilisatrices) et report sur le dispositif intra-utérin (DIU), le préservatif ou les méthodes dites « traditionnelles » ou « naturelles » (retrait principalement). Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de moyen de contraception à la suite de ce débat médiatique (6,7).

Malgré cela, aucune désaffection de la contraception n'a été observée : seules 3% des femmes concernées par un besoin contraceptif n'utilisent aucune contraception, chiffre stable depuis 2010. De plus, la COC reste le moyen de contraception le plus utilisé en France en 2016, avec plus d'une femme sur trois sous COC (5).

Lorsque la première pilule contraceptive a été inventée, il a été choisi d'introduire une semaine de pause hormonale tous les 21 jours de prise, afin de mimer un cycle naturel de 28 jours et de favoriser l'adhésion des femmes à ce nouveau mode de contrôle des naissances. Cette semaine d'arrêt de la COC toutes les 3 semaines ne reposait donc pas sur une nécessité médicale mais sur la supposition que les femmes trouveraient des saignements mensuels, appelés hémorragies de privation, rassurants (8,9).

Plus récemment, d'autres régimes de prise de la COC que ce schéma classique « 21/7 » ont été proposés. Le régime étendu est défini par la prise pendant plus de 21 jours d'affilée de la COC avant de faire une pause dans la prise hormonale (souvent schéma « 84/7 »). Le régime étendu à la demande, dit aussi régime flexible, propose de déclencher une pause de 7 jours ou moins seulement quand elle est souhaitée (souvent en cas de petites pertes de sang, appelées spotting, afin de les stopper par un écoulement sanguin franc quelques jours). Enfin, le régime est dit « continu » lorsqu'il n'y a aucune pause hormonale, l'utilisatrice prend quotidiennement et sans interruption la COC. Il n'y a alors pas d'hémorragie de privation (2).

La sécurité d'utilisation de ces régimes de prise de la COC est comparable à celle de la COC en schéma classique dans les revues de la littérature sur le sujet (8,10–12). L'efficacité contraceptive est équivalente, voire meilleure, par le maintien de l'effet progestatif et une plus grande tolérance à l'oubli (8,10,13,14). La satisfaction vis-à-vis du traitement et l'observance, facteurs majeurs d'efficacité de la COC, sont meilleures dans les études en vie réelle chez les femmes sous régime étendu ou continu (15). Le retour à la fertilité n'est pas impacté par le type de régime, non plus que la fréquence des effets indésirables fréquents et banals (mastodynies, nausées, douleurs abdominales...) (10,13). Par ailleurs, les régimes étendu et continu sont associés à une diminution des plaintes

menstruelles et prémenstruelles type céphalées, irritation génitale, asthénie, ballonnements et dysménorrhées (10,16). Le profil de saignements est nettement modifié sous régime étendu ou continu, comme attendu, avec une diminution du nombre annuel total de jours de saignements et de spottings. Les saignements non programmés et les spottings, qui restent la plainte principale des utilisatrices de ces régimes, diminuent en fréquence et en intensité avec le temps passé sous traitement, pour retrouver des valeurs équivalentes au schéma classique au bout de 3 à 9 mois de régime étendu ou continu (10).

Si ces régimes de prise peuvent être prescrits, de nombreux indices suggèrent qu'ils sont fréquemment adoptés par les femmes elles-mêmes pour éviter ou repousser les saignements menstruels (occasion spéciale, week-end, vacances, etc). Cette volonté de diminuer la fréquence des règles ou de choisir de ne pas avoir de saignements est cependant récente : dans les années 1970, la majorité des femmes refusait l'idée d'une contraception induisant une aménorrhée, et le même résultat a été retrouvé en 1990. C'est à partir des années 2000 que la tendance s'est inversée, avec plus d'un tiers des femmes interrogées favorables à une aménorrhée induite par la contraception, voire plus de la moitié d'entre elles dans certains pays (Ecosse, Afrique du Sud) (17).

Dans ses recommandations concernant la contraception hormonale en pratique publiées en 2018, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) écrit qu'il « est possible de proposer l'administration des contraceptions œstroprogestatives selon des schémas étendus ou continus dans certaines circonstances médicales (symptômes cataméniaux, ménorragies fonctionnelles, endométriose), mais aussi par convenance personnelle (grade B) » (18). Cependant, la proposition de ce type de prescription reste encore faible. Dans une étude observationnelle récente réalisée en Centre Val de Loire, si 83% des prescripteurs avaient déjà prescrit une COC en régime continu ou étendu, seuls 22% d'entre eux proposaient ce type de prise à toutes leurs patientes éligibles à la COC. Cette prescription était le plus souvent liée à une pathologie (endométriose notamment) ou des difficultés avec les hémorragies de privation (handicap mental, psychiatrie, addictologie) (19,20). Du côté des utilisatrices, la littérature sur le sujet de la COC en prise continue reste pauvre ces dernières années, notamment en France, et les implications de la modification de leur rapport à la contraception sont peu documentées (6,19).

Cette étude se propose d'explorer le ressenti des femmes concernant la contraception oestroprogestative prise en schéma continu ou étendu, afin de comprendre quels sont pour elles les enjeux liés à cette utilisation.

# Méthode

## I. Type d'étude

Une recherche qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, a été réalisée. Ce choix d'approche découlait de la question de recherche et permettait de répondre à son objectif : construire un modèle explicatif, par l'analyse d'un phénomène social dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche (21).

## II. Population

La population a été sélectionnée par échantillonnage raisonné théorique, en appliquant le principe d'itération dans la mesure du possible (difficultés de recrutement et d'organisation des entretiens dues au contexte sanitaire notamment, avec nécessité d'enchaîner parfois plusieurs entretiens avant d'en avoir fait l'analyse approfondie).

Le recrutement s'est fait via deux cabinets médicaux (Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Embrun et MSP de Guillestre, Hautes-Alpes), par « effet boule de neige » en sollicitant les connaissances des participantes précédemment interviewées, et grâce aux réseaux sociaux très actifs dans le bassin de vie de l'Embrunais et du Guillestrois (groupe Facebook).

## III. Explicitations des présupposés de la chercheuse

Avant la conduite des premiers entretiens, l'auteure s'est soumise à un auto-questionnement sur le sujet de recherche, en utilisant l'outil « 7 questions » proposé en préambule du principal guide méthodologique utilisé (21). Ceci a été réalisé afin de mettre en avant les *a priori* sur le sujet.

Un premier entretien *test* a été réalisé, sans être intégré au matériau de la recherche, mais utilisé pour travailler sur l'impact des présupposés dans le recueil du matériau. Le guide d'entretien a pu être testé ainsi que le matériel d'enregistrement.

Ces éléments ont été consignés à mesure dans le journal de bord, qui a également servi de support aux réflexions préliminaires au travail de recueil des données. Des extraits sont présentés en Annexe 1.

## **IV. Recueil des données**

Des entretiens ont été conduits individuellement, sous forme semi-dirigée. Il s'agissait d'une écoute active, autour d'un guide d'entretien évolutif à mesure des entretiens. La dernière version du guide est présentée en Annexe 2.

Le lieu de rencontre a été laissé au choix des participantes. Les entretiens pour lesquels l'organisation en présentiel n'a pas été possible ont été réalisés en visioconférence grâce au logiciel en ligne Zoom®. Les entretiens présentsiels ont été enregistré via le dictaphone d'un smartphone, ceux en distanciel directement via le logiciel Zoom® (audio et vidéo). Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel en ligne Otranscribe® et anonymisés.

A l'issue de chaque entretien, le déroulement de l'entretien et les premières impressions sur le sens du discours étaient consignés dans le journal de bord.

Le nombre d'entretiens a été défini *a posteriori* par la suffisance des données : le recueil a été stoppé après deux entretiens supplémentaires, permettant de vérifier l'absence d'idées nouvelles importantes.

## **V. Analyse des données**

L'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheuses (MPF et SH). L'étiquetage initial, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Nvivo 12®.

La découverte des étiquettes, propriétés et catégories dans le *verbatim* des entretiens s'est inspirée de la méthode proposée par Christophe Lejeune (22).

## **VI. Aspects éthiques et réglementaires**

Une fiche d'information a été remise aux participantes plusieurs jours à semaines avant l'entretien, leur expliquant l'objectif et le déroulé de la recherche, ainsi que leurs droits en tant que participantes à un projet de recherche en santé (Annexe 3). Leur consentement a été recueilli oralement avant le début de l'entretien.

L'anonymisation des données a été assurée par modifications ou suppressions des noms de lieux et de personnes, et par modifications des événements exceptionnels de vie pouvant rompre l'anonymat. Un code simple de désignation de chaque participante a été utilisé (Px). Une table d'anonymisation a été créée, et stockée sur ordinateur avec le matériau audio et vidéo dans un dossier protégé par un mot de passe généré aléatoirement.

Cette recherche a fait l'objet d'une déclaration au Centre Hospitalo-Universitaire de Dijon-Bourgogne auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'établissement. Une déclaration à la CNIL a été déposée, et un avis du comité local

d'éthique a été sollicité par le DPO (recherche hors loi Jardé, ne nécessitant pas d'avis du comité de protection des personnes).

# Résultats

## I. Description de la population étudiée

Douze entretiens ont été réalisés entre janvier et mai 2022. Sept entretiens ont eu lieu dans des lieux calmes, à la convenance des participantes (salons de thé, terrasses, domicile). Pour des questions d'organisation, quatre entretiens ont eu lieu en visioconférence. La durée moyenne des entretiens était de 38 minutes, et variait individuellement de 15 (P13) à 68 (P4) minutes.

Les douze participantes se définissaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 29,7 ans. Les caractéristiques des participantes sont présentées dans le Tableau 1.

Les participantes étaient informées du statut de médecin généraliste de l'investigatrice qui a conduit l'ensemble des entretiens. Elle n'était pas leur médecin traitant mais trois participantes l'avaient rencontré ponctuellement en consultation médicale.

## II. Histoire contraceptive des participantes

La COC était le mode d'entrée dans la contraception pour la grande majorité des participantes. La participante P10 a elle débuté d'emblée par de l'acétate de nomégestrol (en traitement de dysménorrhées avec métrorragies et syndrome prémenstruel handicapant), la participante P11 avec la pose d'un implant.

Une participante était ménopausée (P10) et une en péri-ménopause (P8, sous Dydrogestérone pour troubles de l'humeur et syndrome climatérique handicapants).

Différents moyens de contraception étaient représentés dans l'histoire des participantes : COC, implant contraceptif, DIU au cuivre, DIU hormonal, progestatifs seuls et préservatifs masculins. Seules les participantes P5 et P13 n'ont connu que la COC, mais elles étaient également les deux femmes à avoir une contraception depuis le moins de temps (3 et 2 ans respectivement).

Le nombre moyen d'années depuis la première prise de contraception, au moment de l'entretien, était de 13 ans, avec une grande variabilité individuelle dans l'échantillon : de 2 ans à 35 ans. L'âge moyen de début de prise d'une contraception était de 16,5 ans, allant de 14 à 21 ans dans l'échantillon.

Les changements de moyens de contraception, ou de molécules pour celles qui restaient sous COC, étaient souvent guidés par une mauvaise tolérance : troubles de l'humeur et baisse de la libido sous COC, prise de poids sous COC et sous implant, persistance de dysménorrhées et de ménorragies sous COC, métrorragies sous implant. La volonté d'arrêter la prise hormonale avait guidé en partie des pauses dans la contraception ou des changements de méthode pour certaines participantes. La participante P8 a eu un parcours contraceptif plus normé : COC du début de sa vie sexuelle active à son premier arrêt de contraception pour grossesse, puis COC ou DIU entre les grossesses, puis DIU jusqu'à la péri-ménopause. La participante P4 avait arrêté la COC pour une difficulté à

avaler les comprimés (problème retrouvé avec l'ensemble des traitements per os qu'elle pouvait être amenée à prendre).

Seules 4 participantes se disaient vraiment satisfaites de leur contraception : la participante P3 sous COC (Ethinyl-estradiol – EE – 30-40 µg/lévonorgestrel 150/200 µg), la participante P4 sous implant progestatif, la participante P12 sous COC (EE 35 µg/acétate de cyprotérone 2mg) et la participante P13 sous COC (EE 20 µg/lévonorgestrel 100 µg). Les autres avaient un avis plus mitigé, ou étaient plutôt insatisfaites.

Une participante, P7, avait utilisé la COC en continu pendant plus de 8 ans en cumulé (interrompue pour désir de grossesse) et une autre, P5, avait enchaîné une fois ses plaquettes de COC avec seulement 3 jours de pause (dans le but de ne pas avoir de règles). Les autres participantes n'avaient jamais expérimenté ce mode de prise.

**Tableau 1 : Caractéristiques des participantes**

<i>Px</i>	<i>Âge</i>	<i>Lieu de vie</i>	<i>Niveau d'études</i>	<i>Métier-occupation</i>	<i>GxPy</i>	<i>Âge de la 1ère contraception</i>	<i>Connaissances antérieures sur la prise en continu</i>	<i>Suivi gynécologique</i>
P2	31	Autre	Bac + 9	MG <sup>1</sup>	G2P1	16	quelques	Gynécologue + SF <sup>2</sup>
P3	22	Embrunais	Bac	ATSEM <sup>3</sup>	G0P0	17	aucune	MG
P4	29	Embrunais	Bac +3	EJE <sup>4</sup>	G0P0	16	quelques	MG + SF
P5	22	Guillestrois	Bac +2	Assistante de gestion	G0P0	19	quelques	MG
P6	26	Embrunais	Bac	Dirigeante camping/femme de chambre	G0P0	15	aucune	Gynécologue + SF
P7	27	Autre	Bac + 9	Pédopsychiatre	G0P0	15	nombreuses	Gynécologue
P8	50	Embrunais	Bac +5	Professeure d'anglais	G4P3	15	aucune	Gynécologue
P9	23	Embrunais	Bac +3	Community manager	G0P0	16	quelques	Gynécologue + MG + SF
P10	55	Embrunais	Bac +5	Chargée de communication - FPE <sup>5</sup>	G1P0	21	quelques	Gynécologue + MG + SF
P11	25	Embrunais	CAP	Restauration	G1P0	14	quelques	CPEF <sup>6</sup>
P12	26	Autre	Bac +5	Enseignante	G0P0	16	aucune	Gynécologue + MG
P13	20	Embrunais	CAP	Aide à la personne	G0P0	18	quelques	Gynécologue + MG

<sup>1</sup> Médecin généraliste

<sup>2</sup> Sage-femme

<sup>3</sup> Agent territorial spécialisé des écoles maternelles

<sup>4</sup> Educatrice de jeunes enfants

<sup>5</sup> Fonction publique d'état

<sup>6</sup> Centre de planification et d'éducation familiale

### III. Complexité du rapport au cycle, aux règles

Les ressentis exprimés sur la prise en régime étendu ou continu (dite « prise en continu » dans la suite du manuscrit, pour plus de lisibilité) étaient directement soutenus par le ressenti complexe du cycle et des règles.

#### 1. L'attachement au cycle

- L'assurance psychique de l'absence de grossesse

Les règles étaient régulièrement présentées comme une assurance psychique, un témoignage visuel et rassurant, de l'absence de grossesse. La connaissance du fonctionnement des règles et des hémorragies de privation, ne garantissant pas l'absence de grossesse, ne supprimait pas totalement cette assurance.

*P13 « C'est plus [...] pour être rassurée que si j'ai un rapport et que après j'ai pas mes règles est-ce que je me pose la question de si je suis enceinte. Non moi ça me rassure plus de les avoir ! »*

*P5 : « Mais ça peut aussi être rassurant. Même si on peut être enceinte et avoir ses règles. »*

- Un besoin naturel, une nécessité fonctionnelle

Les règles étaient souvent présentées comme un rappel naturel du corps, qui a un besoin d'élimination mensuel, voire de renouvellement. Cette cyclicité était alors vue comme une nécessité pour le corps, un gage de bon fonctionnement, même sous contraception.<sup>7</sup>

*P9 « Mais après les règles c'est naturel quand même donc si je les ai plus ça veut dire qu'il y a quelque chose de pas naturel qui se passe »*

*P11 « Ben vu que dans le cycle naturel on est quand même censée avoir une semaine où on saigne, où on perd euh ce qu'il faut à l'intérieur. [...] Même si ce ne sont pas des règles naturelles, je me dis au bout d'un moment le corps d'une femme il est peut-être fait pour avoir des saignements quand même tous les mois. »*

- Un besoin psychique, la recherche de normalité

Le cycle était pour certaines participantes rassurant psychologiquement, parce que symbolisant la normalité. Un rythme stable et connu avait un côté rassurant. Elles exprimaient alors ce besoin psychique de retrouver un semblant de normalité, un semblant de cycle, sous contraception.

*P3 « C'est juste vraiment c'est psychologique surtout quoi, pour moi en tout cas. [...] Pour moi ce n'est pas normal de ne pas les avoir en fait. [...] Alors qu'en vrai 'fin c'est des fausses règles quoi [...] c'est nous faire croire... c'est psychologique. »*

*P8 « Pas forcément par les manifestations physiques, parce que je sais que c'est faux en fait ce qu'il se passe. C'est plutôt : est-ce que c'est bon [...] que tout soit bloqué tout le temps ? »*

---

<sup>7</sup> Des extraits supplémentaires de verbatim, illustrant davantage les résultats, sont présentés en Annexe 4.

- Le respect de son corps, de sa nature

Les règles étaient parfois vécues comme une nécessité pour respecter son corps. Même les inconvénients du cycle, sur la sexualité par exemple, étaient accueillis comme une évidence. Plusieurs participantes semblaient ainsi minimiser leurs dysménorrhées, jugées normales car faisant partie de leur nature.

*P5 « Pour moi il fallait quand même respecter un peu ce cycle, notamment au niveau des règles et des saignements. Euh... voilà. J'étais un peu restée sur cette idée qu'il fallait respecter ça. »*

*P9 « Il y a des mois où j'ai vraiment mal, à vraiment être couchée au lit, mal au dos, mal au ventre... [...] après ça dure un ou deux jours maximums donc c'est pas non plus... »*

- Un marqueur de sa féminité

Le cycle était ressenti comme un caractère définissant la féminité, et les règles comme une preuve de la capacité à enfanter. Il faut cependant noter que la réciproque n'était pas vraie : la féminité ne se définissait pas seulement par l'existence du cycle, et son absence ne les rendait pas moins femme.

*P5 « Malgré tout en tant que femme on est constituée comme ça, je pense que je garderais cette idée que voilà il faut quand même, alors peut-être pas forcément tous les mois, mais garder quand même un cycle aussi. »*

*P10 « Moi je l'associe quand même à un caractère intrinsèque de ma féminité, le fait d'avoir ses règles c'est pouvoir enfanter. »*

## 2. Charge et contraintes

- Les saignements, une charge mentale lourde

Qu'il s'agisse de règles ou d'hémorragies de privation, les saignements mensuels étaient ressentis comme une charge importante, nécessitant une organisation pratique et une anticipation permanente en période de saignements. Les participantes notaient la nécessité de prévoir les protections hygiéniques, la recherche de lieux pour se changer proprement en cas de déplacement, la vérification régulière de l'absence de tâches (sur soi, dans les draps), le temps pris pour gérer les lessives, et plus globalement le temps et l'énergie à accorder à cette organisation.

*P12 « Ben... c'est pas pratique. Parce qu'il faut quand même pouvoir se changer régulièrement donc euh aller aux toilettes. Moi la nuit ben voilà dès que je me réveille faut que je vérifie si mes draps sont pas tâchés. [...] Et puis la journée euh j'ai un peu peur parfois d'avoir des tâches donc je mets des pantalons noirs. »*

*P2 « Faut anticiper à chaque fois d'avoir ses règles parce qu'il faut avoir ce qu'il faut dans le sac à mains, euh, faut avoir ce qu'il faut au boulot, faut avoir ce qu'il faut à la maison... »*

- Des contraintes dans de nombreuses sphères de la vie

Les participantes rapportaient un impact de leurs saignements sur leur vie professionnelle, avec la difficulté à gérer les changes de protections hygiéniques selon l'organisation des locaux et des temps de travail, mais aussi l'inconfort de cette période en termes de concentration, ou de douleurs physiques pour certaines.

Les loisirs étaient concernés : soit parfois par un évitement complet de certains loisirs (piscine), soit par une diminution de l'intensité (sports) ou un malaise voire une perte de plaisir à leur réalisation.

La vie intime devait s'ajuster du fait d'une perte d'envie ou d'une gêne à avoir des rapports sexuels pendant les saignements. Même pour les femmes qui ne restreignaient pas leurs rapports durant cette période, il était mis en avant une perte de spontanéité, de liberté dans l'acte.

Enfin, elles pouvaient ressentir une gêne sociale, notamment par rapport au risque de saignements apparents. Cette gêne pouvait entraîner un retrait forcé des relations sociales pendant cette période, afin de ne pas prendre ce risque.

*P3 « Moi je travaille en crèche, des fois on a même pas le temps de faire pipi, donc euh aller changer un tampon un machin un truc on a pas le temps. »*

*P10 « j'avais moins de désir. non, j'avais pas envie. »*

*P2 « Avoir ses règles c'est quand même beaucoup beaucoup beaucoup de contraintes. »*

- Des troubles liés au cycle

Les dysménorrhées étaient souvent vécues comme une contrainte majeure, car impactant à la fois la vie professionnelle et personnelle. Le syndrome prémenstruel pouvait représenter les mêmes contraintes que les saignements eux-mêmes. Mais ce sont surtout les troubles de l'humeur l'accompagnant qui étaient ressentis le plus lourdement, avec des conséquences pour soi et aussi pour les autres.

*P10 « C'était vraiment handicapant quoi, si je faisais du sport ou quoi j'avais très très mal aux seins »*

*P7 « Le syndrome prémenstruel qui dure un tiers du mois c'est pas possible ! C'était l'angoisse. 'fin non pis j'étais méchante, hyper irritable, je pleurais pour une mouche qui mourrait... [...] Pis je me sentais sur les nerfs H24. »*

- Une charge financière

Les saignements représentaient une charge financière par l'achat régulier de protections hygiéniques. Cette charge était d'autant moins bien vécue que la situation financière était précaire.

*P2 « Ben c'est que tu es pas obligée d'avoir tes protections à changer [...] toutes les 3 semaines. Acheter du matos ben c'est quand même un coup financier non négligeable. »*

## **IV. Complexité du rapport à la contraception oestro-progestative**

De même que pour le cycle et les règles, les ressentis concernant la prise continue découlaient directement du rapport des femmes à la contraception oestro-progestative (orale pour les participantes).

## 1. La charge de la contraception

Indépendamment de la méthode utilisée, la contraception pouvait être vécue comme une charge à porter tout au long de sa vie. La préoccupation permanente, même discrète, pour son efficacité et la responsabilité de son observance ajoutait à la charge mentale de leur quotidien.

*P2 « Toi par contre tu dois réfléchir à ce que tu vas faire tout le temps [avec ta contraception], tout au long de ta vie, en fonction de l'âge que tu vas avoir, de tes besoins à l'instant t »*

*P8 « Si on la reprend pas le bon jour. Qu'on se trompe dans le nombre de jours. »*

## 2. La COC synonyme d'effets indésirables gênants

Les troubles de l'humeur étaient décrits comme impactant profondément le quotidien. Une baisse de libido pouvait également être évoquée, ainsi que des troubles comme la prise de poids ou la persistance de l'acné. Ces effets étaient directement imputés à la prise d'une COC par les participantes qui les décrivaient, et pouvaient conduire à l'arrêt complet de cette méthode de contraception.

*P6 « Ben la pilule j'avais un peu des boutons des trucs comme ça mais euh c'était pas non plus excessif. C'était vraiment plus le moral. Et toujours ce côté triste. »*

*P12 « Je prenais du poids. J'ai pris 6kg en 3-4 mois. Sans avoir changé d'alimentation et c'était de la cellulite complètement. Donc à force d'avoir essayé, j'ai arrêté, parce que c'était pas possible.»*

*P2 « Y a des effets secondaires qui sont non négligeables, la liste est quand même très longue. Et y a beaucoup de femmes qui s'en plaignent. »*

## 3. La COC, synonyme de confort

La COC répondait parfois à un sentiment de confort : régularisation du cycle chez les plus jeunes et donc diminution des contraintes liées aux règles, diminution voire suppression des dysménorrhées et donc amélioration de la qualité de vie, amélioration de l'acné. Il y avait ainsi un attachement à leur COC pour certaines participantes, même lorsqu'elles avaient depuis changé de contraception.

*P12 « eh ben au niveau de l'acné ça a été miraculeux, au niveau des douleurs ça dépend des mois, y a des mois où j'ai pas mal et des mois où j'ai un petit peu mal »*

*P11 « c'est vrai que c'était... c'était quand même pas mal la pilule... »*

## 4. Une dénégaration de la maladie, représentée par la prise d'un médicament

La COC pouvait être vue comme un médicament, associé à la maladie. Il y avait alors une forme de rejet de ce traitement, les participantes ne voulant pas se sentir malade.

*P4 « De devoir prendre un cachet tous les jours, d'avoir son traitement, de devoir se le trimballer partout, de... ouais non ouais moi je suis pas malade. 'Fin... J'ai vraiment du mal avec l'aspect médicament »*

## **V. Craintes et inquiétudes face à la prise continue**

### **1. Des questionnements face à cette « inconnue »**

La prise en continu d'une COC représentait souvent une méthode inconnue ou peu connue, ressentie comme « sortant des sentiers battus », ce qui créait une inquiétude ou *a minima* une méfiance. L'usage habituel de la pilule était nécessairement justifié dans l'imaginaire des participantes, avoir une utilisation différente était donc pressentie comme un danger.

*P12 « Comme c'est pas l'usage qui est recommandé on peut se poser des questions. »*

*P9 « Non je savais pas que c'était vraiment faisable au niveau médical. Enfin je pensais pas que c'était super bon quoi. »*

*P7 « Au tout début j'avais cette crainte de "si c'est pas prescrit comme ça c'est qu'il y a une raison et c'est peut être médical la raison". »*

### **2. La crainte d'un déséquilibre**

Si le cycle était ressenti comme un besoin physiologique, il en découlait une crainte d'un déséquilibre, d'un dérèglement du corps, et d'une accumulation d'hormones en cas de suppression de la semaine d'arrêt de la contraception. Cette pause était envisagée comme un sevrage, un repos pour le corps, lui permettant de se remettre de l'épreuve que lui impose cette prise hormonale.

*P5 « Il y aurait effectivement ce dérèglement, par rapport aux règles, et par rapport aux hormones, qu'on accumule. »*

*P4 « J'avais l'impression que ça mettait mon corps en pause, et d'être prête pour recommencer. »*

### **3. Innocuité à court terme, prise de risque à long terme**

A court terme, les effets secondaires suspectés étaient de l'ordre du symptôme gênant, sans présenter de gravité. Il s'agissait par exemple de la crainte d'une aggravation de troubles de l'humeur, une prise de poids plus importante, ou une moins bonne tolérance cutanée. Il existait un questionnement sur les conséquences en termes de saignements imprévus, mais sans vraie crainte : il s'agissait plus d'un problème de confort le cas échéant.

*P12 « Par contre si c'est pour les avoir de temps en temps sans trop savoir quand, ça peut être pénible. »*

La prise en continu inquiétait surtout sur le long terme. Il y avait des craintes concernant une augmentation du risque de cancers ou de pathologies gynécologiques graves, mais principalement la suspicion d'un risque pour la fertilité future. Ce risque était expliqué par l'absence de cycles (le corps ne sachant plus comment faire ensuite pour reprendre), par un blocage du corps ou par une accumulation d'hormones rendant le système inopérant. Cette question de la fertilité n'était pas forcément une crainte : les participantes ne souhaitant pas d'enfant avait cette suspicion sans en avoir peur pour autant.

*P11 « Dans le domaine gynécologique, ben voir si à long terme ça développe pas des choses qui faut pas, je sais pas des cancers, 'fin ce genre de choses quoi ! »*

P10 « Si j'avais souhaité une grossesse, j'aurais eu une crainte par rapport au fait que ce soit plus difficile. »

P11 « Si je pense juste au moment présent je me dis ouais c'est free, et puis après sur le long terme je me dis "bon, je sais pas trop". »

#### **4. Des risques dépendants de la méthode plus que du schéma de prise**

Indépendamment du type de risques, l'inquiétude portait plus sur la méthode contraceptive utilisée que sur le schéma de prise avec lequel elle était utilisée. La COC inquiétait en elle-même, mais une fois le choix de cette contraception fait, le schéma de prise continue n'était pas forcément source de craintes supplémentaires.

P8 « Je me dis qu'à partir du moment où on prend des hormones, qu'on les prenne en continu ou pas le risque certainement est pas plus important. »

## **VI. Confiance, rassurance et recherche de compréhension : des besoins intriqués pour oser sortir du schéma connu**

### **1. Besoin de confiance**

- L'importance de la relation avec le professionnel de santé

Cette relation était ressentie comme un des pivots de ce besoin de confiance. Elle pouvait être construite avec le temps et l'expérience commune, ou acquise par tradition, le médecin étant vu comme une personne de confiance d'emblée du fait de sa fonction. La qualité de cette relation pouvait permettre une meilleure acceptation des désagréments liés à la pilule. En revanche, une mauvaise expérience avec un professionnel de santé ou une relation insatisfaisante pouvait apporter l'effet inverse, allant jusqu'à un rejet des différentes contraceptions proposées.

P6 « [Ma sage-femme] m'a mis vachement en confiance, super gentille, dès que j'ai une question je retourne la voir, [...] franchement ça m'a fait vachement de bien, elle est super à l'écoute. »

P6 « Je pense moi c'est un peu pour ça aussi que j'étais un peu réticente à pas mal de contraception, c'est que j'avais une gynéco avec laquelle je m'entendais pas... assez âgée, très carrée, très stricte... »

- Un besoin d'être en confiance, pour oser questionner

Être capable de questionner, de rechercher ainsi les connaissances et la compréhension, nécessitait d'être en confiance. Cela impliquait d'une part d'être en confiance avec le professionnel de santé, suffisamment pour exprimer ses inquiétudes et ses interrogations. D'autre part, cela dépendait du degré de confiance en soi, et donc de sa capacité à oser poser des questions, quitte à donner l'impression de discuter la prescription.

*P4 « Ça lui paraissait évident, la gynéco de ma mère, tout lui paraissait évident, donc j'avais pas trop envie de lui poser des questions, j'étais hyper mal à l'aise elle m'avait pas trop expliqué en quoi ça consistait, donc j'avais juste envie de partir. »*

- Un ressenti lié à l'âge

La confiance en soi et la capacité à être en confiance étaient reliées à l'âge, avec la notion de passage d'une étape. Les participantes évoquaient leur adolescence comme une période de moindre confiance : en soi, en leur corps, en leurs connaissances. La tolérance des désagréments du cycle s'améliorait avec l'âge, en même temps que la connaissance de son corps. Elles déploraient le manque d'informations concernant les questions gynécologiques, qui leur aurait permises d'avoir plus d'aisance avec leur contraception. Il leur était aussi plus difficile d'avoir une relation qu'elles jugeaient équilibrée, moins hiérarchique, avec les professionnels de santé. Il était évoqué que la période de l'adolescence était probablement celle où la prise continue présentait le plus d'avantages : régularisation des cycles et diminution des douleurs fréquentes à cet âge, diminution de la charge représentée par les règles parfois difficile à gérer dans les établissements scolaires, suppression de la gêne à avoir des saignements pour le sport, la piscine, etc.

La confiance en son corps grandissait avec la femme, avec sa capacité à se connaître, et ainsi à être en confiance sur les questions gynécologiques. Elles étaient alors capables de mieux comprendre et exprimer leurs besoins en termes de contraception.

*P4 « Pis au collège on est pas très à l'aise avec ça, c'est le début. »*

*P7 « Je comprenais rien à mon corps honnêtement. »*

*P8 « Très honnêtement je pense quand même qu'il y a un déficit d'informations des jeunes filles. [...] C'est pas toujours très... très bien fait. »*

- Un besoin de faire confiance à sa contraception, à la médecine

Le médecin pouvait représenter la figure sachante, détenteur du savoir et en qui la confiance est acquise. En découlait une confiance en ses prescriptions, qui n'étaient pas critiquées, en termes d'efficacité et de sécurité. La prescription aurait proposé une prise continue, elle aurait été acceptée sans crainte.

Par ailleurs, la confiance en l'efficacité de la contraception semblait évidente pour l'ensemble des participantes, l'efficacité contraceptive était un prérequis et n'était pas questionnée. Le schéma de prise n'influait pas sur cette confiance, voire la renforçait : la prise continue était supposée plus efficace encore.

*P5 « Parce que je me dis que quand même le but principal de la pilule c'est d'empêcher les grossesses, donc voilà malgré tout, j'aurai pas d'inquiétudes par rapport à ça. »*

*P7 « Pour moi c'était clairement beaucoup plus efficace comme ça. »*

La confiance en la sécurité de la COC dépendait directement du rapport aux hormones des participantes, avec un sentiment qui allait graduellement de l'inquiétude à la confiance « aveugle ». Ce rapport aux hormones semblait un préalable à la réflexion de chacune, et était sous-tendu par leurs opinions plus que par leur expérience ou leur tolérance personnelles de la prise hormonale. La méfiance vis-à-vis des hormones pouvait être considérée comme un fait évident, mais aussi comme un « effet de mode » qui ne concernait que les autres. Ce degré de confiance en la prise hormonale allait de pair avec la capacité à envisager une prise continue.

P4 « *Moi je fais confiance, j'ai pas l'impression que ça m'abîme le corps* »

P4 « *Après je sais que j'ai pas mal d'amies qui sont un peu euh pas anti-contraception mais antihormones. C'est un peu la grande mode du moment aussi. [...] Le fait de prendre des hormones moi ça me tracasse pas plus que ça.* »

P9 « *De toute façon les hormones c'est jamais trop bon d'en infliger à son corps.* »

La confiance en la médecine impliquait la certitude d'une justification scientifique, d'une nécessité médicale, à avoir une pause d'une semaine toutes les trois semaines dans la prise de la pilule. L'absence de nécessité médicale sous tendant ce schéma classique paraissait incompréhensible, et pouvait être ressentie comme une trahison du corps médical jusque-là.

P5 « *On nous dit que c'est 3 semaines - 1 semaine, c'est que... c'est que c'est fait pour. C'est qu'il y a quand même eu des retours là-dessus aussi.* »

- **Pouvoir se laisser guider**

Être en confiance impliquait aussi de pouvoir se laisser guider, pour oser sortir du schéma connu : par le professionnel de santé en qui la confiance a été placée, par sa confiance en la contraception et en la médecine. Le rôle de l'entourage était important, notamment des amies et des mères et sœurs. L'expérience des proches servait de modèle et mettait en confiance plus facilement quand elle était positive. A contrario, lorsque l'avis était plutôt négatif, il ne semblait pas y avoir de conséquences sur le choix fait.

P3 « *Ma maman elle avait pris la même, [...] elle m'a dit moi aussi je l'avais bien supporté, et voilà.* »

Pouvoir se laisser guider vers un schéma inconnu nécessitait également d'être rassurée, et impliquait une recherche de compréhension et de connaissances.

## **2. Besoin de comprendre**

- La recherche d'explications, de preuves scientifiques, pour se rassurer et pouvoir faire confiance

Le manque de connaissances sur les conséquences de la prise continue, voire souvent de la possibilité de prendre la COC en continu, conduisait à un manque de repères sur ce type de prise, et donc à l'absence de confiance pour oser ce schéma. Il était nécessaire pour envisager une prise continue d'avoir des explications sur son fonctionnement et d'avoir la garantie qu'il y avait des preuves scientifiques de l'innocuité de ce type de prise au long cours. Ces explications étaient attendues du corps médical, mais pouvaient être délivrées par l'entourage, ou recherchées de manière autonome.

A l'inverse, lorsque les *a priori* négatifs sur la prise continue étaient trop marqués, il n'y avait aucune recherche d'explications sur le sujet, les participantes partant du principe que c'était de toute façon un risque trop grand. Elles reconnaissaient cependant qu'elles pouvaient manquer de connaissances, et étaient prêtes à les recevoir. La posture était plus passive, mais restait ouverte sur le sujet, avec parfois une méfiance persistante vis-à-vis des résultats scientifiques du fait des débats médiatisés autour de la contraception, par le passé.

P5 [à propos de la prise continue] « J'ai pas forcément la connaissance des effets négatifs entre autres. euh... voilà donc c'est aussi pour ça que je préfère éviter si possible. »

P10 « Et je me disais "ohlala, pfiou, ne plus avoir de règles, mais le rêve !". Mais en même temps y avait un peu une crainte quand même. [...] Et du coup j'ai jamais même posé la question. »

P6 « Ben y a eu les histoires de pilules d'ancienne génération qui n'étaient pas bonnes pour le corps, alors je me dis "est-ce que celles de maintenant est-ce que dans des années on se rendra compte que c'était pas bon non plus". »

- **Un besoin de comprendre pour oser la prise continue**

La compréhension simple du fonctionnement de la COC et donc de la prise continue permettait d'envisager un passage à ce type de prise. Ce savoir acquis représentait le pouvoir de choisir, la possibilité de faire un choix éclairé.

P7 « Je lui ai dit "mais t'es sûre, mais t'es certaine qu'il y a pas de risques ? Mais en même temps s'il faut l'arrêter c'est peut être qu'il y a une raison ?" Enfin je savais strictement pas. J'ai fini par regarder des trucs sur internet qui disaient qu'on s'en battait la rate, et du coup je l'ai prise en continu. »

P4 « Quand je prenais ma pilule et que j'avais mes règles, c'est ce que je disais à ma soeur, « je saurais comme ça si je suis enceinte ou pas » et elle m'a dit "mais non rien à voir". Et moi "comment ça ??!", alors là ça sert vraiment à rien, vraiment faut passer à autre chose, on va vraiment arrêter ça. Si ça sert vraiment à rien du tout on va arrêter ça. »

- **Un manque d'informations données vécues comme une privation**

L'absence d'informations concernant la prise continue délivrées au cours de la vie contraceptive était ressentie comme une privation de la part du corps médical, voire comme une injustice. Le manque de connaissances ne permettait pas de faire un choix éclairé, ce choix revenait donc de fait au prescripteur, renvoyant le sentiment d'en déposséder l'utilisatrice.

P7 « Et c'est une copine qui m'en a parlé, y a jamais un médecin qui m'en a parlé. Jamais. Absolument jamais. »

P8 « Ça m'a pas dérangé parce que c'était comme ça. C'était comme ça, et comme on m'a jamais suggéré que ça pouvait être différent... [...] C'est quand même incroyable parce que ça c'est quand même des informations que personne n'a ! »

- **La mission d'éclairer et de rassurer son entourage**

L'acquisition des connaissances et d'une plus grande aisance avec la prise continue pouvait impliquer le sentiment de devoir partager à son entourage sa « révélation », d'avoir cette mission. Ce sentiment semblait également relié à l'âge : d'une grande sœur envers sa petite sœur, d'une (future) mère à ses enfants. Il pouvait être positif, avec la volonté de réaliser cette mission avec enthousiasme en l'absence de tabou, ou presque négatif, avec une notion de difficultés à communiquer ces informations pourtant jugées essentielles. Dans ce deuxième cas, la participation du corps médical à l'instruction des plus jeunes sur le sujet de la prise continue était d'autant plus fortement attendue.

P7 « La dernière à qui j'en ai parlé c'est ma petite sœur qui l'a prise en continu derrière et à qui on a jamais dit qu'on pouvait la prendre en continu. »

P8 « En tant que parent c'est un peu délicat, c'est un peu difficile quoi. [...] Je suis relativement à l'aise avec mes filles, mais je pense que ça m'aurait mis mal à l'aise malgré tout. »

## **VII. La prise continue, synonyme de libération et de liberté**

### **1. Libérée de la charge contraceptive**

La prise continue rassurait sur l'efficacité contraceptive : l'absence de pause hormonale était supposée plus efficace pour bloquer l'ovulation et donc diminuer le risque de grossesse. De plus, la prise continue était vue comme facilitatrice de l'observance : il était supposé qu'il serait plus simple de penser à une prise quotidienne que de faire une pause toutes les trois semaines avec le risque d'oublier de la reprendre, d'oublier quand faire la pause, de diminuer l'automatisme de prise. La prise continue était donc ressentie comme une potentielle libération de la charge mentale contraceptive importante décrite par les participantes, en diminuant la préoccupation constante de l'efficacité et de l'observance de leur moyen contraceptif.

*P7 « Moi j'étais franchement plus rassurée à l'idée de la prendre en continu, en me disant que pas d'oubli, au moins l'ovulation est méga archi bloquée c'est sûr »*

*P8 « Ben déjà de pas avoir de semaine de pause, on garde l'automatisme, donc y a moins de risques d'oublis à mon sens. »*

*P2 « T'oublies pas de la prendre, parce qu'il y a jamais de pause, donc y a moins de risque que tu l'oublies parce que c'est une prise quotidienne en fait. [...] C'est pratique, t'y penses bien tous les jours, y a pas d'arrêt. »*

### **2. L'aménorrhée choisie, une forme de liberté**

L'aménorrhée, lorsque qu'elle était un choix, était vécue comme une libération de la charge représentée par les règles. Pour le côté pratique déjà, l'aménorrhée était imaginée comme offrant une plus grande liberté dans les loisirs et la vie sociale, qui n'étaient alors plus contraints par ces périodes de saignements. Pour le côté confort personnel, l'aménorrhée était décrite comme une amélioration majeure du confort global. Elle était également un frein de moins pour la liberté et la spontanéité dans les rapports sexuels.

Cette absence de saignements prévus pouvait être une solution aux troubles du cycle persistants sous COC en schéma classique, comme les dysménorrhées, les céphalées, l'irritabilité au moment des hémorragies de privation, l'asthénie. Elle était alors une liberté supplémentaire personnelle mais aussi une amélioration dans la vie professionnelle, avec possiblement une diminution des difficultés au travail (concentration, confort), voire une diminution de l'absentéisme.

L'aménorrhée choisie représentait finalement une décharge complète de cette préoccupation permanente que sont les règles et les hémorragies de privation, la liberté de ne plus avoir à y penser.

*P2 « Ben ouais c'est cool de pas avoir ses règles quoi. C'est quand même le but de beaucoup de femmes aujourd'hui ! »*

*P4 « Pis en fait surtout moi je me vois plus avoir de règles tous les mois, [...] j'ai plus du tout envie. C'est une libération, mais vraiment hein, c'est le bonheur. »*

*P7 « Moi j'avais la sensation d'être vachement plus libre ! Je faisais ce que je veux, au moment que je voulais, quand je voulais, que ce soit sur ma vie quotidienne comme sur ma sexualité quelque part. »*

## VIII. De l'importance d'avoir le choix

### 1. Une balance bénéfices-risques personnelle

Les inquiétudes exprimées concernant les risques de la prise continue étaient d'intensité variable, liée à la méfiance initiale vis-à-vis de la prise d'hormones, et plus globalement de ce qui était considéré comme « non naturel ».

L'importance des bénéfices attendus de la prise continue dépendaient d'une part de la tolérance des règles et du cycle (une mauvaise tolérance impliquait souvent une plus grande attirance vers les bénéfices), et d'autre part de la tolérance de la COC indépendamment du schéma de prise (une mauvaise tolérance impliquait souvent une réticence majeure à la prise continue).

Concernant les risques supposés de la COC, il existait une certaine forme de résilience. Cette contraception, comme les autres contraceptions connues des participantes, était destinée à présenter des risques de mauvaise tolérance et d'effets à long terme *a minima*, et il leur fallait accepter cette évidence pour faire le choix de leur contraception.

Il résultait de cette analyse une certaine ambivalence entre les risques inéluctables et les bénéfices attrayants de la prise continue. Cette ambivalence pouvait être résolue à l'échelle individuelle, aidée par l'acquisition de connaissances adaptées. La compréhension des principes de base de la prise continue permettait d'être en confiance et rassurée sur les questionnements individuels que cette prise soulevait. Finalement, le choix de la contraception devait pouvoir s'adapter à chaque individu.

*P3 [à propos du risque d'effets secondaires] « Mais en même temps je me dis que c'est comme ça, et puis c'est tout quoi. »*

*P7 « Pis j'ai toujours en tête aussi qu'on est tous différents et que ben... y en a qui ont de la chance et d'autres pas de chance. »*

### 2. Revendiquer le droit de choisir

La possibilité de choisir le régime de prise de la COC était revendiquée comme un droit, ainsi que les moyens de faire ce choix. Il était proposé que les informations nécessaires pour choisir la prise continue soient systématiquement délivrées lors de la prescription de ce mode de contraception : avant tout, expliquer l'existence de ce mode de prise en régime étendu ou continu, mais aussi développer succinctement les avantages et inconvénients. Chaque femme devait pouvoir se sentir libre de faire ce choix : avoir ou non des saignements, suivre le schéma classique ou choisir un autre régime de prise.

C'était la liberté de choisir pour soi qui était réclamé, une forme d'autonomisation de la femme face au choix de sa contraception : en se connaissant mieux que personne, les femmes se sentaient les plus à-mêmes de décider ce qui leur convenait le mieux, pour autant que les clés permettant de faire ce choix leur soit proposées. Elles revendiquaient finalement le droit de faire un choix éclairé.

*P7 « Ça devrait être expliqué et laissé au choix. Je trouve pas ça logique qu'on dise "c'est comme ça tu dois saigner tous les mois". [...] Je trouve que ce serait plutôt logique de dire à une gamine de 15 ans qui vient demander sa première contraception "écoute y en a plusieurs, t'as aussi le choix de plus avoir tes règles". [...] On est au 21ème siècle, si on a le droit de savoir quand on veut des gosses, on a peut-être le droit de savoir quand est-ce qu'on veut saigner aussi ! »*

### **3. Le pouvoir donné par le choix : volonté de (re)prendre le contrôle**

Avoir le choix représentait une forme de pouvoir sur son propre corps et sur les conséquences de la contraception sur sa féminité. La femme pouvait décider pour elle-même de ce qu'elle acceptait comme contraintes contraceptive et menstruelle, et de ce qu'elle mettait en avant comme bénéfices attendus, selon ses convictions et ses sensations.

Pouvoir choisir c'était aussi prendre ou reprendre le contrôle sur une contraception qui était ressentie comme quasiment imposée, que ce soit par l'entourage (la mère principalement), les prescripteurs ou la norme contraceptive française (préservatifs en début de vie sexuelle, puis pilule jusqu'à avoir des enfants, puis DIU après la 1<sup>ère</sup> grossesse). La charge contraceptive, quelle que soit la contraception, était nettement mieux acceptée lorsque la méthode de contraception était choisie individuellement, par rapport à son ressenti personnel plus que sur des critères uniquement médicaux ou objectifs.

*P10 [à propos du ressenti global sur la prise continue] « De liberté et de choix. Ouais c'est ça. De maîtrise. »*

*P2 « Donc c'est aussi une certaine forme de libération du côté de la femme en fait. Chacun fait ce qu'il veut quand il a envie de le faire. »*

*P4 « Ah oui ma mère c'est pareil, elle ne m'avait rien expliqué, elle m'avait dit t'as un copain je t'emmène chez ma gynéco. A l'époque elle ne m'a pas laissé le choix, elle m'a pas demandé, elle m'a dit voilà une pilule. »*

## **IX. La prise continue, un choix à assumer**

### **1. Le sentiment de manquer de légitimité**

La prise continue pouvait être associée à un traitement de symptômes, donc s'adressant à des femmes « malades », souffrant en tout cas de leurs saignements ou de leurs cycles. Elle pouvait aussi être associée à une liberté offerte aux femmes ayant des vies plus exceptionnelles nécessitant de s'affranchir de cette contrainte menstruelle. Cela se traduisait par un sentiment de manquer de légitimité à vouloir choisir une prise continue « simplement » pour son confort personnel.

Ce sentiment pouvait être lié à l'âge, au même titre que la confiance en soi et la capacité à être en confiance (cf *supra*) : il était plus difficile de s'imaginer assumer un choix de prise continue à l'adolescence ou jeune âge adulte qu'en tant que femme plus âgée.

*P10 « Je savais que ça devait pouvoir se faire je dirais. Par exemple pour des sportives de haut niveau, [...] pour les femmes qui font beaucoup de sport, qui font de la compétition, qui voyagent... »*

### **2. La crainte du jugement des professionnels de santé**

Les femmes rapportaient fréquemment un sentiment d'infantilisation de la part des professionnels de santé. Elles déploraient l'absence d'échanges concernant leur contraception surtout en début d'histoire contraceptive et des remarques parfois

condescendantes sur leurs critères de choix contraceptif jugés non pertinents, voire des échanges directs avec leur accompagnant en consultation (mère, conjoint) plutôt qu'avec elles.

Ces attitudes majoraient la crainte d'être jugée négativement de faire le choix d'une prise continue de la COC par le corps médical. Cette crainte s'appuyait sur des expériences passées avec des professionnels de santé, où les participantes avaient ressenti ou craint un jugement de leurs pratiques contraceptives

La prise continue semblait être une méthode de contraception qu'il était nécessaire d'assumer ensuite face au corps médical. Il pouvait y avoir un sentiment de quasi-interdit selon le niveau d'autonomie de la participante vis-à-vis de la prescription initiale (toujours en schéma classique) : la prise continue était envisagée comme une transgression. Faire ce choix impliquait donc une certaine confiance en soi, en ses connaissances et compétences pour faire un choix éclairé, parfois en opposition avec son prescripteur de contraception.

*P4 [à propos d'un besoin de contraception d'urgence] « Quand j'étais à la pharmacie, ben je me sentais vachement coupable, et honteuse de demander ça. [...] Je me suis dit je vais être jugée de demander ça. Ou alors on va se dire ben elle prend pas sa pilule. [...] Je voulais qu'il me croit. Que c'était un accident, que ça arrivait pas souvent... »*

*P7 « J'avais vraiment l'impression de faire quelque chose qui était pas bien. C'était pas comme il fallait faire. Et c'est bête, mais derrière le ressenti profond que j'avais c'était on va me dire que c'est pas comme ça qu'il faut faire et que c'est pas à moi de décider. [...] Je le vivais un peu comme une injonction : "c'est pas comme ça qu'il faut faire et c'est moi médecin qui te dit que c'est pas comme ça qu'il faut faire". »*

# Discussion

## I. Résultats principaux

Cette étude avait pour but d'explorer les enjeux liés à l'utilisation de la COC en prise continue, afin d'apporter un éclairage sur le ressenti des femmes concernant cette pratique et pour mieux les accompagner en consultation de contraception. L'analyse axiale et sélective des données a permis de produire un schéma explicatif proposé en Figure 1.

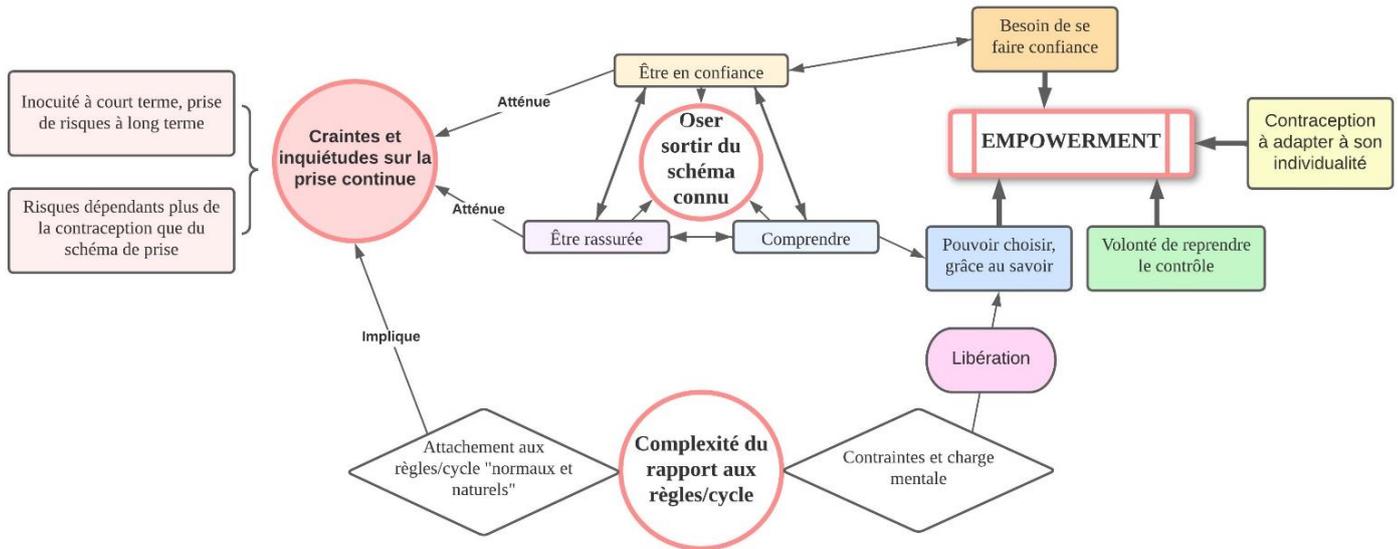


Figure 1 : Schéma explicatif

Un schéma plus complet est proposé en Figure 2, après les annexes. Les catégories et liens présentés ici sont les axes principaux ressortant de l'étude après analyse sélective.

Avoir le droit à un choix éclairé et personnel, pouvoir choisir son mode de prise et reprendre le contrôle sur sa contraception étaient des propriétés très présentes dans les entretiens, et amenaient à la notion d'*empowerment*. L'*empowerment*, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'accroissement du pouvoir d'agir des individus », était une demande constante des participantes, qui faisaient toutes le constat de la difficulté d'accéder à l'information en matière de prise continue de la COC (23). Le droit de choisir ou non la prise continue était une revendication qui allait de pair avec la nécessité d'avoir les moyens de ce choix.

La prise continue était fantasmée ou vécue (P7) comme une libération des contraintes menstruelles et contraceptive, mais également comme une source d'inquiétudes. La question de l'acceptation de la prise continue que soulevait cette ambivalence se résolvait individuellement et dépendait notamment de la méfiance initiale vis-à-vis de la prise hormonale.

## **II. Forces et faiblesses de l'étude**

### **1. Biais de confirmation**

Le travail préliminaire de l'étude a été notamment de traquer les préjugés de l'investigatrice concernant le ressenti possible des femmes par rapport à la prise continue. Ce travail a été consigné dans le carnet de bord, afin de pouvoir s'y référer à chaque étape de la recherche, et de minimiser au mieux l'impact de ces préjugés. Il a fallu également prendre un peu de distance avec la littérature. Cela a conduit en début de travail à la modification du sujet initial qui portait sur les « freins à la prise de la COC en continu », pour se questionner plutôt sur les « ressentis » et les « déterminants ». Ces termes plus neutres devaient permettre d'influencer les participantes le moins possible dans leur expression, et s'ouvrir aux découvertes originales. Cependant, les participantes connaissaient le statut de médecin de l'investigatrice voire l'avaient côtoyé pour la première fois lors d'une consultation médicale en tant que patientes. La question de l'influence sur le discours se posait. Un possible biais de confirmation est à envisager sur ces entretiens (les participantes étaient potentiellement plus enclines à évoquer des informations qui pourraient selon elles convenir à ce qu'attendait l'investigatrice). Afin de minimiser ce biais, il avait été anticipé, et discuté avec les participantes avant chaque entretien. De plus, pour les participantes en présentiel, il leur était proposé de choisir elles-mêmes le lieu de rendez-vous pour leur donner un peu plus d'ascendant dans la relation, en les laissant amener l'investigatrice dans « leur domaine ».

### **2. Défaut d'itération**

Pour des raisons pratiques, l'analyse de chaque entretien afin de guider la tenue du suivant, selon le principe d'itération en théorisation ancrée, n'a pas pu être effective pour six des douze entretiens analysés (21). En cause, des difficultés d'organisation entre les agendas professionnels et personnels des participantes et de l'investigatrice qui ont été régulièrement bouleversés par la crise sanitaire due au Covid19 au moment des entretiens. Ce défaut d'itération a été en partie contrebalancé par une analyse approfondie de chaque entretien avant de débiter l'analyse du suivant (bien qu'il ait déjà eu lieu), et par une tenue stricte du journal de bord à l'issue de chaque entretien et en cours d'analyse.

L'échantillonnage théorique a été réalisé en s'appuyant soit sur les analyses des entretiens lorsque c'était possible, soit sur les analyses *a minima* consignées méthodiquement après chaque entretien dans le journal de bord. Il aurait semblé intéressant en cours d'analyse de pouvoir réaliser un entretien de groupe, mais il a été choisi de ne pas tenter ce type de recueil de données devant l'inexpérience de l'investigatrice à l'animation de tels groupes (risque éthique à colliger des données inexploitable), les difficultés d'organisation à prévoir d'un point de vue sanitaire, et la difficulté de recrutement pour l'étude.

### **3. Difficultés de recrutement**

Il n'y a eu aucun refus de participer clair. Plusieurs personnes contactées en consultation par l'investigatrice ou ses collègues et ayant acceptées de participer lors de la première proposition n'ont ensuite pas répondu ou ont arrêté de répondre lorsqu'il s'agissait de convenir d'une date d'entretien. L'investigatrice étant médecin remplaçante dans la MSP

où ces femmes consultaient régulièrement, il a été fait le choix de ne pas les relancer dans les cas où elles ne donnaient pas suite, pour ne pas risquer lors des relances qu'elles se sentent contraintes à accepter un entretien afin d'assurer la suite de leur suivi médical (risque éthique).

Pour contourner cette difficulté, le recrutement a ensuite été mené hors du cadre des MSP, via un groupe local sur un réseau social très utilisé dans le bassin de vie (groupe Facebook d'échanges). L'échantillonnage théorique a été nettement facilité par ce recrutement, qui permettait de cibler précisément et à mesure les profils intéressants pour avancer la compréhension du phénomène étudié.

Aucun entretien n'a eu lieu avec des femmes mineures malgré la mise en évidence d'une relation à l'âge des ressentis concernant la prise continue, ce qui suggérait un intérêt à recruter un public jeune. Ce choix a été fait pour des raisons éthiques à nouveau : le consentement éclairé à participer à une étude est plus complexe pour des participantes mineures.

#### **4. Conduite des entretiens**

La durée moyenne des entretiens était de 38 minutes. Ils ont été riches et variés, malgré la difficulté pour l'investigatrice de mettre en œuvre des techniques spécifiques avec les participantes les plus introverties pour recueillir un discours spontané. Il était parfois difficile d'éviter complètement les questions fermées notamment. Ce défaut des entretiens a pu conduire à un appauvrissement du recueil.

Un entretien test, dont l'analyse n'a pas été intégrée à la thèse mais qui a servi de base réflexive, puis dix entretiens ont été menés avant d'atteindre la suffisance des données. Deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés et analysés afin de s'assurer de cette suffisance et pour limiter l'impact d'un éventuel appauvrissement des données.

Le guide d'entretien a été rédigé volontairement de manière peu directive afin d'éviter la modélisation des résultats sur la matrice du guide dans l'analyse.

#### **5. Analyse en trois temps**

L'investigatrice n'étant pas expérimentée en recherche qualitative, un temps substantiel a été dédié à la formation aux méthodes spécifiques de ce type de recherche, préalablement et tout au long de l'étude. L'analyse ouverte a d'abord été décortiquée en utilisant les propositions pédagogiques des ouvrages de référence : étiquetage de l'ensemble du *verbatim* en deux colonnes, l'une avec les étiquettes thématiques (ce qui correspond à de l'indexation, « de quoi parle la participante »), l'autre avec les étiquettes expérientielles (celles sur lesquelles il est intéressant de travailler, « que dit-elle de ce sujet »). Cette méthode didactique avait pour but d'éviter de choisir des étiquettes thématiques, en les écrivant clairement d'emblée. Après quelques entretiens, ce système d'étiquetage n'a plus été nécessaire. La conceptualisation en propriétés puis en catégories a été réalisée selon le principe d'itération, avec de nombreux remaniements.

L'analyse axiale et l'analyse sélective ont été guidées par des personnes plus expérimentées en recherche qualitative et en direction de ce type de travail, dont le directeur de thèse, permettant de limiter l'impact de l'inexpérience de l'investigatrice principale. Ces dernières étapes ont permis de produire un schéma explicatif complet du travail présenté en Figure 2. Une sélection des catégories les plus porteuses de sens

dans l'analyse a été effectué pour rendre ce schéma plus accessible (Figure 1). Ces schémas ont été présentés aux personnes qui ont participé à la guidance méthodologique et modifiés à mesure, jusqu'à ce que la compréhension en soit satisfaisante sans explication textuelle.

Chaque choix significatif pour l'analyse a été consigné dans le journal de bord, permettant un suivi d'ensemble et la possibilité de revenir en arrière.

## **6. Triangulation**

La triangulation a été réalisée avec une personne ayant déjà réalisé une étude qualitative dans le cadre d'une thèse d'exercice, l'analyse a donc pu s'appuyer sur son expérience. La résolution des divergences a été menée par confrontation des hypothèses à mesure.

## **7. Etude originale et ancrée dans la pratique**

La littérature sur le ressenti des femmes concernant la COC en continu est relativement pauvre. Dans les quinze dernières années, aucune étude française retrouvée n'explore cette méthode contraceptive selon le prisme de leurs utilisatrices, premières concernées (recherche dans les bases Pubmed, theses.fr, Lissa, Doocteur, Cairn, Google Scholar, Exercer en décembre 2021, juin et juillet 2022). Cette question a des applications pratiques évidentes en médecine générale et en gynécologie, lors des prescriptions de contraception. L'étude présentée ici est donc originale et ancrée dans la pratique quotidienne de médecin généraliste.

# **III. Mise en perspective par la littérature**

L'analyse de ce travail souligne l'importance de la représentation des règles dans le choix de la méthode contraceptive. Ce n'est pas tant le vécu physique et psychique des règles que la représentation négative ou positive des saignements qui amènent à envisager, ou non, un choix de contraception induisant une aménorrhée. Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude qualitative sur ce sujet, réalisée en France et publiée par Fernandez-Sala et al en 2019 (24). Dans notre étude, cette notion est bien illustrée par l'histoire de la participante P9, qui souffre de dysménorrhées depuis son adolescence mais conserve une représentation positive et essentialiste des saignements (« *les règles c'est une semaine par mois, il n'y a jamais personne qui est mort* »). La participante P7, quant à elle, a fait le choix de l'aménorrhée par la prise continue sans avoir de mauvaise tolérance de ses saignements (« *c'était pas pour éviter la douleur, c'était pas pour plus être anémiée : c'était pour plus avoir de règles* »). Ce critère de choix de la prise continue peut sembler contre-intuitif pour les prescripteurs, qui orientent plus leur prescription de contraception selon les troubles du cycle ou les défauts d'observance anticipés, que selon les préférences personnelles des utilisatrices (20). Ainsi, l'instauration d'une prise continue par des prescripteurs du Centre Val de Loire est presque uniquement envisagée lors de troubles du cycle jugés invalidants, et alors prescrite comme un traitement de ces troubles (19). Cette pratique semble à contre-courant des attentes des utilisatrices de contraception. Notre étude suggère l'intérêt d'échanger avec les femmes sur leur représentation du cycle et des règles lors des consultations de contraception. Il semble aussi important d'explorer ce qu'elles

acceptent comme contraintes menstruelles et contraceptive et ce qu'elles recherchent comme bénéfices secondaires à la contraception. Ceci permettrait de connaître les critères de choix qui leur importent le plus, et de leur présenter plus aisément les contraceptions qui pourraient leur convenir. La haute autorité de santé (HAS) propose depuis 2014 un guide d' « aide à la décision médicale partagée » qui incite les femmes à donner leurs ressentis et à expliciter les bénéfices secondaires attendus de la contraception au prescripteur, afin que le choix de la contraception soit adapté à chacune. Ce document est une base intéressante qui questionne plusieurs aspects et conséquences de la contraception, dont la volonté d'avoir ou non des saignements. Son utilisation peut permettre aux femmes de se sentir d'emblée prise en considération et « écoutées », ce qui semble un prérequis important de la relation de confiance avec le prescripteur (25).

Chez les utilisatrices de contraception les plus jeunes, la phase d'échanges avec le prescripteur semble complexe, par manque de confiance en soi et du fait d'un sentiment d'illégitimité à donner son avis en rapport à l'âge. Le passage par un support papier ou numérique, donné à remplir en dehors de la consultation par exemple, pourrait donc être un soutien pertinent. Ce manque de légitimité ressenti se traduit également par une plus grande difficulté à envisager des bénéfices secondaires comme une aménorrhée, en l'absence de pathologies du cycle. La capacité des femmes les plus jeunes à oser une prise continue de la COC semble directement affectée. Dans leur étude sur l'impact des représentations du sang menstruel dans le choix de la contraception, Fernandez-Sala et al retrouvent également une meilleure acceptation de l'aménorrhée induite chez les femmes plus âgées, qui se représentent l'absence de saignements comme une conséquence plutôt qu'un effet secondaire de la contraception choisie, à l'inverse des femmes plus jeunes (24). La population des femmes jeunes, qui pourrait apparaître cible privilégiée de la prise continue par les prescripteurs car plus sujette aux dysménorrhées, n'est donc pas la plus encline *a priori* à envisager ce mode de prise de la COC (19,26).

Les inquiétudes des femmes en rapport avec la prise continue semblent également un sujet de déconnexion entre utilisatrices et prescripteurs. Les craintes globales sur le « risque des hormones » sont régulièrement mises en avant, et sont très présentes également sur les forums en ligne (27). Les craintes à plus court terme, concernant la tolérance de la COC, semblent des critères majeurs de décision : problèmes de peau, prise de poids, baisse de la libido, troubles de l'humeur notamment. Les femmes qui rapportent le plus ces effets secondaires sous COC en schéma classique sont celles qui envisagent le moins une prise continue. Ces problèmes de tolérance sont même retrouvés comme des facteurs d'arrêt complet de la COC dans la netnographie (analyse qualitative s'appuyant sur les données de communautés virtuelles sur internet) (27). A contrario, ces préoccupations ne sont que peu mises en avant dans la littérature scientifique, et les professionnels de santé les évoquent rarement lorsqu'interrogés sur les critères de choix de la contraception prescrite (20). En revanche, les risques thrombo-emboliques, quasiment absents du discours des participantes de notre étude ou de la netnographie, sont les plus représentés dans la littérature, les recommandations professionnelles et les inquiétudes des prescripteurs (10,19,27).

Ce décalage entre les préoccupations des utilisatrices et des prescripteurs peut être perçu par les femmes comme une négation de leur vécu lors des consultations de gynécologie. Dans notre étude, le manque d'informations délivrées sur la prise continue est vécu comme une frustration, en empêchant un choix éclairé et une prise de contrôle de l'utilisatrice sur sa contraception. Selon Fonquerne L., ce défaut d'information et la

sous-estimation du vécu des femmes peut être assimilé à une violence médicale, comme l'infantilisation, le jugement et le paternalisme médical régulièrement décrits dans les entretiens (28). Les recommandations de la HAS de 2013 proposent des leviers aux prescripteurs pour se prémunir de ces travers : information loyale et adaptée à la personne, prise en compte des ressentis par exemple. D'autres facteurs favorisant de ces situations sont mis en avant : manque de formations des prescripteurs et influence des industriels du médicament, manque de temps attribué au paiement à l'acte de ces consultations chronophages (29). Fonquerne L. met également en lien les situations de violences en consultation de contraception avec la conception normative de la contraception par la société : à chaque étape de la vie correspond un moyen de contraception (préservatifs en début de vie sexuelle, COC avant les premières grossesses, puis DIU). Dans cette norme, le but de la contraception est de prévenir les naissances, les femmes devraient être reconnaissantes d'avoir cette possibilité, sans rechercher plus de bénéfices. Le défaut d'informations est ainsi expliqué en partie par le présumé des prescripteurs que la patiente rentre dans cette norme. Plusieurs pistes sont proposées pour se prémunir de violences médicales en consultation et se recoupent avec les propositions de la HAS. Sont développés par exemple écoute active des patientes sans appliquer de préjugés médicaux sur les situations (ne pas supposer d'emblée que l'aménorrhée est un souhait chez une femme présentant des dysménorrhées), partage d'informations loyales, exploration du ressenti des femmes sans le nier (baisse de libido et prise de poids régulièrement citées comme contestées par le corps médical). Ces propositions doivent permettre une anticipation et une identification des situations violentes pour mieux les éviter (28,29).

La source d'informations sur la prise continue a plusieurs origines possibles selon les points de vue : si pour les femmes, la source principale d'informations est représentée par les prescripteurs, ces derniers comptent en grande partie sur l'information préalable par des collègues, les journaux, les programmes éducatifs et les recherches conduites par les femmes elles-mêmes (30). L'écart entre les attentes des utilisatrices de contraception et les pratiques des prescripteurs est illustrée par ce défaut dans le partage des informations : plus de 70% des femmes dans des patientèles du Centre Val de Loire n'ont jamais ou très peu entendu parler de prise continue, alors que plus de 80% des prescripteurs concernés ont des connaissances correctes voire solides sur ce type de prise (19). Ainsi, la communication des informations aux usagères n'est pas un problème de connaissances ou de formation des prescripteurs. D'ailleurs, ces chiffres publiés en 2022 n'ont pas évolué depuis les débuts de commercialisation du régime étendu dans les années 2000 (30).

Finalement, il semblerait pertinent de s'intéresser aux raisons de ces divergences ou incompréhensions entre les prescripteurs et les utilisatrices de contraception. Cela pourrait permettre d'apporter des solutions en consultation pour mieux accompagner les femmes dans leur projet contraceptif.

En pratique clinique, ce travail suggère l'importance pour les prescripteurs de contraception d'évoquer la prise en régime étendu ou continu avec les femmes sollicitant une prescription de contraception, et d'en expliquer succinctement le fonctionnement, afin de leur laisser l'opportunité d'en faire ou non le choix, par elles-mêmes. Mais il serait intéressant d'évaluer ce type d'intervention, du point de vue des femmes d'une part, et de celui des prescripteurs d'autre part, pour en évaluer l'accueil et l'efficacité.

**UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

**THESE SOUTENUE PAR Mme PERRIN-FROIDUROT Maëlle**

**CONCLUSIONS**

Les ressentis concernant la prise continue d'une COC sont intimement liés au rapport que chaque femme entretient avec ses règles et son cycle. Si la prise continue peut être imaginée comme une libération des contraintes des règles, l'attachement à ce cycle « normal et naturel » implique des craintes à le supprimer. Cependant, le sentiment de prendre des risques est surtout dépendant de la COC elle-même, plus que du schéma de prise continu ou classique. Oser sortir de ce schéma de prise connu pour une prise ressentie comme en dehors de la norme nécessite confiance, rassurance et compréhension de cette prise. Le rôle des prescripteurs est central pour construire ces trois éléments. Le choix de la prise continue devrait ainsi être guidé, en donnant aux femmes les compétences nécessaires pour agir par elles-mêmes, renvoyant à la notion d'empowerment. Encore peu proposée par les prescripteurs, la prise continue est un mode de prise marginal. Il semble ainsi que les pratiques en consultation de gynécologie soit éloignée des attentes actuelles des utilisatrices de contraception, particulièrement concernant la prise de la COC en régime étendu ou continu (12,28). Il serait intéressant d'étudier les moyens à mettre en œuvre en consultation pour se rapprocher de ces attentes.

Le Président du jury,



Pr. E. SIMON

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 5 Septembre 2022  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

# Bibliographie

1. Watkins ES, Watkins PES. *On the Pill: A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*. Johns Hopkins University Press; 1998. 218 p.
2. Benson LS, Micks EA. Why Stop Now? Extended and Continuous Regimens of Combined Hormonal Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(4):669-81.
3. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? : *Popul Sociétés*. 2012;N° 492(8):1-4.
4. Haute Autorité de Santé. *Contraceptifs oraux : préférez les « pilules » de 1ère et 2ème génération. Bon usage du médicament*; 2012.
5. Santé Publique France. *Baromètre santé 2016 - Contraception*. 2016;8.
6. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2018;46(12):777-85.
7. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés*. 2014;511(5):1-4.
8. MacGregor EA, Guillebaud J. The 7-day contraceptive hormone-free interval should be consigned to history. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018;44(3):214-20.
9. This P. Diminuer la fréquence des règles : le point sur la contraception étendue. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013;41(6):381-7.
10. 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*. 2014;
11. Davis MG, Reape KZ, Hait H. A look at the long-term safety of an extended-regimen OC. *J Fam Pract*. 2010;59(5).
12. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyat F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2022;
13. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(2):106-15.
14. 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*. 2014;89(1):25-7.
15. Nappi RE, Lete I, Lee LK, Flores NM, Micheletti MC, Tang B. Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: the National Health and Wellness Survey. *BMC Womens Health*. 2018;18:22.
16. Mendoza N, Lobo P, Lertxundi R, Correa M, Gonzalez E, Salamanca A, et al. Extended regimens of combined hormonal contraception to reduce symptoms related to withdrawal

- bleeding and the hormone-free interval: A systematic review of randomised and observational studies. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19(5):321-39.
17. 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*. 2003;67(1):1-8.
  18. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2018;46(12):845-57.
  19. Proust C, Trignol-Viguié N, Marret H. Prescription de contraception estroprogestative en schéma continu/étendu/flexible : étude de pratique professionnelle dans la région Centre Val de Loire. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2022;
  20. Garnier F, Bilgorajski C, Vallée J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. *Exercer*. 2014;25:8.
  21. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Lustman M, médecine.) AM (directeur de thèse de, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. *Global média santé*; 2021. 192 p.
  22. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
  23. Amsellem-Mainguy Y, Azorin C, Benrekassa J, Boussoua M, Douiller A. Empowerment et santé des jeunes. 2018;(446):10-4.
  24. Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange PE, Chiaroni J, Courbière B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2019;47(9):662-71.
  25. Haute Autorité de Santé. Choisir sa contraception avec un professionnel de santé : aide à la décision médicale partagée. 2014.
  26. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2016;64(2):134.
  27. Duquesne C, Vallée J. « J'arrête la pilule » : que répond la science ? Netnographie versus revue de la littérature. *Exercer*. 2019;(153):217-27.
  28. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». *Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. Santé Publique*. 2021;33(5):663-73.
  29. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse; 2013.
  30. 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*. 2004;70(5):359-63.

## ***Annexe 1 : Extraits choisis du journal de bord***

### Auto-questionnement sur le sujet

Vendredi 10 décembre 2021

Cf livre d'initiation à la recherche. Utilisation de l'outil "7 questions" en préambule.

#### 1. Quelle est ma question initiale ?

Pourquoi les femmes choisissent-elles d'avoir des hémorragies de privation alors qu'elles pourraient enchaîner les plaquettes de pilules pour ne pas avoir ce désagrément ?

J'avais alors plusieurs préjugés : d'une part que c'était un choix de ne pas enchaîner les plaquettes (alors qu'en fait les femmes ne sont pas toujours au courant de cette possibilité, ou s'inquiètent des conséquences de le faire) et d'autre part que c'était forcément une volonté de ne pas avoir de saignements, que n'importe quelle femme préférerait s'en affranchir si c'était possible (préjugé personnel, "les femmes" ne sont pas un groupe homogène quant à cette question).

Donc évolution de la question ==> Quels sont les freins éventuels à la prise de la COC en continu ?

Mais freins : terme clivant ? d'emblée péjoratif en tout cas. Le frein principal pourrait être de ne pas avoir assez de points positifs ? Terme plus neutre à trouver. « Ressentis » ? « Déterminants » ?

#### 2. Comment en suis-je venu à me poser cette question ?

Antécédent personnel de dysménorrhées très handicapantes, donc prise de COC sans pause pendant 8 ans. Constatation dans mon entourage personnel et professionnel de la faible proportion de femmes faisant de même.

Cela m'a directement guidé dans mon choix de sujet pour le mémoire bibliographique du DIU de gynécologie : les conséquences de la prise en continu d'une COC.

Volonté de poursuivre le travail autour de ce sujet pour la thèse. Au départ, volonté de créer un outil pour répondre aux questions des patientes en consultation, et de travailler pour cette thèse à évaluer cet outil auprès des patientes. Mais travail préalable nécessaire : celui d'interroger les patientes sur les ressentis qu'elles ont, elles, pour ne pas partir des miens. La création d'un outil visuel à utiliser en consultation pourra découler de ce travail (à proposer en discussion ?).

#### 3. Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

Mes freins avant le travail du mémoire :

- Risque de "surcharge" hormonale ?
- Risque de cancer ?
- Modification de l'efficacité ? Comment gérer les oublis comme il n'y a plus de semaines différenciées dans la prise ? (on m'expliquait à l'époque ce que je devais faire en cas d'oubli en S1/S2 ou S3)
- Coût supérieur de la contraception (pour les non remboursées)

Après le travail de mémoire :

- Coût supérieur de la contraception (pour les non remboursées)
- Plus d'inquiétudes pour le reste

Et mes ressentis positifs :

- Règles = douleurs, ne pas les avoir est forcément un point positif

#### 4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

Long temps entre le début du travail de thèse et la reprise actuelle du travail, ayant permis des discussions régulières avec les patientes et les femmes de mon entourage, proche ou non, sur la question de la contraception au sens large et des hémorragies de privation ou des règles.

Sujet choisi initialement presque par militantisme (les femmes « doivent pouvoir virer leurs règles »). Evolution avec les années et mon expérience personnelle (je ne suis plus concernée directement par le sujet par exemple), volonté plus informative d'aller sur ce sujet, de creuser cette option parmi toutes les options existantes (perte du caractère "exclusif" de cette solution pour moi libératrice).

#### 5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participantes ?

Ressentis personnels, scientifiques ou non, à la prise d'une COC en continu. Un des freins pouvant être de n'en avoir pas envie. L'intérêt qu'elles y verraient aussi. Si pas de douleur, finalement, est-ce si intéressant ? Et pouvoir en découvrir les implications aussi. Le but est de pouvoir « faire quelque chose » des résultats en consultation ensuite.

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participantes ?  
??? Pas de mauvaises réponses sur un sujet personnel...

7. Quelle est finalement ma question de recherche ?  
Quels sont les ressentis des femmes par rapport à la prise de la COP en continu ?

## Entretien 1

Vendredi 28 janvier 2022

Avec une personne bien connue, via zoom. Trop compliqué de faire du présentiel avec l'épidémie dans le secteur. Entretien court, moins de 30min. Je connaissais déjà son passé contraceptif et toutes les informations « administratives » nécessaires, cela doit jouer. Pas besoin de la mettre en confiance non plus. Pas de souci pour l'enregistrement, installation correcte à reprendre.

Femme plus vraiment concernée par la contraception oestro-progestative selon elle, donc avis assez peu "émotionnel", rapide à donner ses idées de fait. Sujet dont elle a déjà parlé et réfléchi aussi avec moi ou d'autres personnes.

Amélioration du guide d'entretien : laisser la participante parler autant que possible sur la 1<sup>ère</sup> question « d'accroche », qui doit permettre de répondre à une bonne partie des questions suivantes.

## Entretien 2

Mardi 8 mars 2022

Malgré de nombreux messages de relance, très très compliqués d'avoir des entretiens...

Hier, 1er entretien "réel". Via zoom, les restrictions actuelles compliquent trop le présentiel. Difficile au début de me mettre dans le "rôle", mais en quelques minutes c'était bon. Histoire de contraception assez « normée », avis intéressant, riche, bien développé.

De mon côté, difficultés à formuler des questions ouvertes. Je reste beaucoup sur les "est-ce que ?". A corriger.

Retranscription : longue, le débit de parole est rapide. Mais pas de souci particulier, phrases construites et simples à relire.

Idée principale : « si seulement j'avais su avant que l'on pouvait faire du continu, je l'aurais fait, surtout plus jeune ». Notion de contraintes et de charge mentale importantes pendant les règles. Charge de la contraception aussi : devoir y penser tout le temps, toute sa vie. Injustice ressentie de devoir gérer la contraception, et jamais les hommes. Alors qu'aucune contraception ne lui convient, elle a toujours une intolérance ou une autre. Finalement, préfère être enceinte !

## Entretien 3

Mercredi 9 mars 2022

En terrasse à Embrun, au soleil. Jeune femme assez ouverte, pas de taboo. Mais finalement peu de choses à dire : histoire contraceptive courte, avis assez neutre sur les règles, pas de craintes sur la COC, mais pas vraiment attirée non plus. Et difficile de déterminer ce qui la rend « neutre ». A revoir durant l'analyse approfondie si c'est plus riche que supposé.

De mon côté, meilleure approche avec les questions ouvertes. Problème : avec cette participante, plus facile de la faire parler en débutant par une question fermée à "choix multiples" en laissant la question un peu en suspens. A voir ce qui sera exploitable à l'analyse. Avis très différent de l'entretien 2 donc il y aura matière.

## Entretien 5

Mardi 22 mars 2022

L'évolution du guide d'entretien a été bénéfique ! Intéressant. J'ai essayé de rester vraiment fixée sur notre sujet, de ne pas la laisser dévier trop loin du thème de la contraception au moins. Problème : quasi aucune connaissance sur la COC en continu donc quasi aucun avis dessus. Se sent jeune, inexpérimentée peut être pour se lancer dans une prise qui ne lui est pas prescrite. Notion d'obéissance à la prescription. Les règles sont naturelles, on ne doit pas y toucher. Mais envie paradoxale : on ne doit pas, mais ce serait bien de pouvoir le faire.

Donc pour la suite : dans l'idéal trouver une participante qui a plus de connaissances initiales sur le sujet ou ayant déjà pris sa COC en continu. Et aussi une femme plus âgée pour explorer le ressenti en fonction de l'âge. Et une femme avec un avis plus négatif du cycle.

## Entretien 6

Mardi 5 avril 2022

Entretien prévu un peu au dernier moment avec cette participante qui ne répond pas trop aux sms. Elle choisit le lieu : un bar genre "pmu". Pendant que je l'attends je vois une jeune arriver avec son chien, se commander un blanc (à 16h), et s'asseoir. Bon, en fait c'était elle, je ne l'avais pas reconnu sans le masque.

Un peu logorrhéique, probablement pas le premier verre de la journée. Mais des éléments de discours intéressants quand même.

La retranscription va être compliqué en revanche...

Un avis très tranché sur les règles, leur côté naturel et positif, l'accomplissement que c'est de les avoir finalement. Liberté pour les autres, sa belle-sœur notamment qui souffre de dysménorrhées, mais nombreux développements sur ce qui ne l'attire pas dans une prise continue. Lien évoqué avec l'âge, effleuré à l'entretien précédent, confirmé ici : « avant j'étais trop jeune je ne savais pas, maintenant j'ai grandi je me connais mieux, et du coup je gère mieux ». Confiance en sa sage-femme qui semble primordial dans ce contexte : à explorer dans les entretiens qui suivent.

## Entretien 7

Mardi 12 avril 2022

Entretien en visio, à nouveau rattrapée par les problèmes liés au covid. Expérience longue avec la contraception en continu. Cependant avis peu démarqué des autres qui fantasment ce type de prise. Vision assez positive de la prise continue, mais très impactée par les effets secondaires de la COC.

Notion d'amélioration de l'observance. Notion importante de libération des craintes lorsqu'on a les informations sur le fonctionnement de la COC en continu. On retrouve un « avant » les connaissances et un « après ». A explorer dans les entretiens suivants.

## Entretien 8

Mercredi 11 mai 2022

Entretien au soleil. Femme plus âgée, péri-ménopausée. Mère d'une des participantes. Règles jamais douloureuses ou autres, mais charge qu'elle est bien contente de ne quasi plus avoir. Mise en avant de l'importance de l'âge, du passage d'étape à prendre confiance en son corps. Importance de la confiance en le corps médical, par tradition. Obéissance à la prescription également, mais pour ne plus avoir de règles, aurait été prête à « affronter » un avis contradictoire. Notion de l'effet négatif d'une mauvaise expérience médicale aussi : à explorer par la suite. Notion de passation d'informations une fois qu'on les a reçues (biais du métier : enseignante). Pour autant, difficultés à discuter de cela en détails avec ses filles. Persistance de tabous, semble-t-il liés à la génération.

## Travail d'analyse axiale

Mercredi 1er juin 2022

Idées en vrac qui ressortent comme les notions fondamentales :

- Volonté d'avoir le choix : avoir les infos pour, et pouvoir choisir seule
- Il faut explorer le ressenti des règles pour comprendre le ressenti par rapport à la prise continue
- Empowerment

Questionnements sur le choix de la méthode. GTM semblait la plus adaptée à élaborer une théorie utilisable ensuite pour aider la compréhension du ressenti de la COC en continu par les médecins qui en sont prescripteurs.

Mais finalement, à l'analyse des données, je me questionne sur ce choix. La contraception est une expérience individuelle, qui aurait pu être explorée par le prisme de l'analyse phénoménologique interprétative.

Concernant l'échantillonnage, il faut noter une certaine homogénéité au regard de la population générale : que des femmes. Mais grande variation parmi elle : jeunes, mères réglées, femmes ménopausées. Intérêt à compléter par des entretiens masculins ? Après tout, il s'agit de leur corps, demander à nouveau l'avis des hommes sur un phénomène qui clairement ne les concerne pas chez les conjoints des participantes (plainte systématique des femmes interrogées : les hommes ne s'y intéressent pas, et ne se bougent pour discuter contraception que quand on leur dit qu'il faut repasser au préservatif, ce qui les rebute). Il semble probablement plus logique de rester sur une analyse féminine pour ce sujet.

Mise en œuvre du travail de catégorisation :

- Regroupement par grands thèmes, dont les titres ne sont là que pour rassembler quelques propriétés côte à côte. Passage en revue de toutes les propriétés (724).
- Dans le même temps, schéma mental poursuivi au brouillon pour la partie la plus avancée dans ma réflexion du codage axial
- Reprise thème par thème, mise à l'écart des propriétés qui n'aident pas à comprendre le phénomène étudié, catégorisation par thème et intra-thème

(tip : pour avancer dans le travail, arrêter de remettre en cause tout ce qui a été fait jusque là en fustigeant la qualité de mon travail serait probablement opportun...)

## Modèle explicatif

Mercredi 22 juin 2022

Réécriture sur papiers mobiles de l'ensemble des catégories et sous catégories les plus pertinentes pour le travail. Carte mentale réalisée en associant les catégories entre elles et en cherchant les liens. Nombreuses modifications, une dizaine de schémas différents (dossier photos) avant d'arriver au dernier, encore trop étoffé. Triple lecture avec 2 autres personnes n'ayant pas travaillé sur la catégorisation. Questionnements pour atteindre un schéma clair et compréhensible. On fait plusieurs aller-retours.

On finit avec un schéma encore complexe, mais qui semble rendre compte de toutes les idées principales. A garder donc, mais coupes franches pour obtenir un schéma simplifié, plus facile à découvrir dans le manuscrit. Le schéma complexe ira en annexe.

## **Annexe 2 : Guide d'entretien, dernière version**

- Présentation : Maëlle Perrin-Froidurot, recherche conduite dans le cadre de ma thèse de médecine
- Consignes simples : pas de bonne ou de mauvaise réponse, exploration des ressentis (*ce que vous pensez, ce que ça vous évoque, ce que ça vous inspire*), refus possible de répondre à une question ou d'éviter un sujet.  
*Je suis soumise au secret professionnel, et tout ce qui est dit ici sera anonymisé avant d'être traité.*
- Sujet : la contraception oestro-progestative en continu
- *Avant de commencer, je vous propose de reprendre rapidement les informations du formulaire que je vous ai proposé de lire avant cet entretien. On parle de la contraception oestro-progestative, c'est-à-dire celle qui contient 2 types d'hormones différentes, un œstrogène et un progestatif. Ce type de contraception existe sous plusieurs formes, la plus connue c'est la pilule à prendre tous les jours, mais il y a aussi le patch ou l'anneau vaginal. Le plus souvent, le traitement hormonal est continu durant 3 semaines, puis on fait une semaine de pause, ce qui entraîne « les règles ». Et en fait, il est possible de la prendre autrement, sans faire cette semaine de pause. Le plus souvent, c'est pour stopper les écoulements de sang justement.*
- *Si vous le voulez bien, je vous propose maintenant qu'on débute l'entretien.*

### 1<sup>ère</sup> question

Pouvez-vous me parler de votre expérience de la contraception jusqu'à maintenant ?

### Questions/thèmes à aborder

*Aide-mémoire : amorces de phrases possibles :*

- *Que pensez-vous personnellement de ... ?, quelle est votre expérience personnelle de ... ?, quelles craintes ou hésitations avez-vous ... ?*
- *Pouvez-vous me parler de...?, à quelle occasion avez-vous été confrontée à..?, quelle a été votre réaction à..?, en quoi consiste..?, racontez-moi...*
- Que **pensez**-vous de la prise en continu de la contraception oestro-progestative ?
- Quelles **informations** aviez-vous sur la prise en continu de la COC avant notre rencontre ?
- *Pour les personnes ayant déjà pris une COC : Vous est-il arrivé de sauter cette pause d'une semaine dans votre prise de COC ? Si oui, pouvez-vous me parler de votre **expérience personnelle** de ce type de prise ?*
- Quelles **craintes** ou **hésitations** avez-vous par rapport à la prise en continu de la COC ?

**D'où** vous viennent ces informations ? (*proches, milieu médical, recherches persos...*)

*Relancer sur les différents thèmes : que pensez-vous des risques de ... ?*

- *Risques carcinologiques*
- *Risque de grossesse « ignorée »*
- *Risques liés à l'absence de règles, nécessité d'avoir ses règles*
- *Risque global pour la santé, état non naturel*
- *Risque pour la fertilité future*

- *Augmentation des saignements non prévus*
- Voyez-vous personnellement des **avantages** à une prise de la COC en continu ?  
*Relancer sur les différents thèmes : que pensez-vous des conséquences sur ... ?*
  - *Contraintes type piscine, sorties, voyages...*
  - *Aspect financier*
  - *Observance*
  - *Ecologie*
  - *Douleurs/inconfort menstruel*
  - *Sexualité*
- *Comment vivez-vous vos règles ?*
- Comment abordez-vous la contraception avec vos/votre **partenaire** ?
- Que **représente** pour vous la contraception ?
- Avec quel.le **professionnel**.le avez-vous géré votre contraception jusqu'à maintenant ?  
Quelle **relation** avez-vous avec ellui ?

### Caractéristiques de la participante

Avant de conclure notre entretien, je souhaiterais avoir quelques renseignements plus généraux sur vous.

- Pouvez-vous me dire votre âge ?
- Quel est votre niveau d'études ?
- *(le cas échéant)* Quel est votre métier ?
- Avez-vous déjà été enceinte / Combien avez-vous eu de grossesses ? *(pour définir GxPy)*
- Combien d'années et quelles contraceptions *(si non ressorti plus tôt)* ?

### Conclusion

Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez évoquer concernant la COC prise en continu ?

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps pour cet entretien et m'aider dans cette recherche. Si vous le souhaitez, vous pouvez me laisser votre mail pour que je vous envoie les résultats de mon travail quand je l'aurais terminé.

J'espère que vous avez passé un bon moment, et vous remercie encore pour votre participation.

## **Annexe 3 : Fiche d'informations**

### Type de projet

Recherche pour une thèse d'exercice de médecine

### Sujet

**La contraception oestro-progestative prise en continu**

### Détail du projet

La contraception oestro-progestative (c'est-à-dire contenant 2 types d'hormones sexuelles : un œstrogène et de la progestérone) existe sous différentes formes : pilule à prendre quotidiennement, patch, anneau vaginal. Dans la plupart des cas, elle est prescrite en régime dit « classique », c'est-à-dire 3 semaines d'hormones actives suivies d'1 semaine sans hormone (pas de prise de comprimés ou prise de comprimés placebo, ou retrait du patch/retrait de l'anneau).

Il est cependant possible de prendre ce type de contraception en régime dit « étendu », c'est-à-dire sans faire de pause toutes les 3 semaines dans la prise hormonale, et cela habituellement dans le but de stopper les écoulements sanguins survenant chaque mois. Ce régime étendu est dit « à la demande » lorsque la femme choisit si elle fait des pauses dans la prise, et si oui, quand. Elle respecte alors plusieurs règles afin de conserver l'efficacité contraceptive de sa méthode :

- Prise de la méthode en continu pendant 21 jours au moins avant une pause
- Pause, si souhaitée par la femme, pendant 3 à maximum 7 jours consécutifs

**Ce projet de recherche se propose d'étudier le ressenti sur ce type de prise des personnes concernées par la contraception, afin de mieux comprendre et accompagner les femmes dans leur choix de contraception.**

L'étude sera effectuée par des entretiens individuels, qui seront enregistrés (audio). Les enregistrements seront retranscrits avant d'être définitivement supprimés, ainsi que toutes données à caractère personnel pouvant permettre d'identifier les participants. L'ensemble du travail sera anonymisé.

### Contact

Vous êtes intéressé.e.s par cette étude et vous souhaitez y participer, vous pouvez contacter Maëlle Perrin-Froidurot (médecin généraliste) par mail : [perrinfroidurot.maelle@gmail.com](mailto:perrinfroidurot.maelle@gmail.com).

## **Annexe 4 : Extraits supplémentaires de verbatim**

### **III. Complexité du rapport au cycle, aux règles**

#### **Attachement au cycle**

- Un besoin naturel, une nécessité fonctionnelle

*P6 « Est-ce que si on arrête le cycle naturel du coup, qui en quelque sorte renouvelle le sang [...] ouais peut être un truc sur les ovules, sur l'utérus, qui se renouvellent, peut être que ça pourrait faire un changement »*

- Un besoin psychique, la recherche de normalité

*P3 « Je suis rythmée, c'est tout le temps au même moment, c'est à peu près tout le temps pareil [...] depuis la pilule »*

- Un marqueur de sa féminité

*« M : Et est-ce que là vous vous sentez moins femme de ne plus avoir vos règles ?  
P10 : Mmmh c'est une bonne question. Non c'est vrai, pas forcément. Non c'est vrai, non. »*

#### **Charge et contraintes**

- Les saignements, une charge mentale lourde

*P10 « La contrainte que ça représente de devoir se changer, changer de tampon et de serviette plusieurs fois par jour, y compris dans des situations quelque fois où c'est pas pratique. Les tampons bon voilà, pas pouvoir se laver les mains correctement avant de... toujours le risque de fuites avec "mince mon pantalon est tâché, est ce que ça va se voir" 'fin ce genre de trucs quoi. »*

- Des contraintes dans de nombreux domaines de vie

*P12 « Pendant longtemps quand j'avais mes règles c'était "oh mince je peux plus aller à la piscine, je peux plus nager, je peux plus..." »*

*P9 « Je peux pas faire de sport. 'fin c'est juste impossible. »*

*P9 « On fait pas l'amour quand j'ai mes règles. »*

*P6 « Bon moi je sais que pour les rapports ça ne nous gêne pas spécialement, mais on a pas les mêmes rapports du coup, c'est plus euh... carré, binaire on va dire. »*

*P2 « La société actuelle est pas faite pour qu'on facilite la vie des femmes à ce moment-là. »*

- Des troubles liés au cycle

*P2 « Y a des jours où je peux me mettre à pleurer parce que le lave-vaisselle il a pas bien lavé quoi. Le syndrome prémenstruel [...] mon conjoint il sait très bien quand j'ai mes règles. Il le sait. [...] C'est chiant en fait, c'est chiant d'être pas toujours égale, [...] même au quotidien c'est pas très agréable pour les proches, pour soi. »*

## **IV. Complexité du rapport à la contraception oestro-progestative**

### **La charge de la contraception**

*P10 « Après ben je trouvais ça contraignant alors j'ai fait quelques tentatives d'arrêter à des périodes où j'étais seule et j'avais pas besoin de contraception »*

### **La COC, synonyme d'effets indésirables gênants**

*P3 « Alors on m'avait dit oui c'est normal au début, faut s'habituer et tout, mais je sais pas je... je ouais je me sentais pas bien »*

*P6 « Le fait de ne pas avoir de libido [...] ça me travaillait vraiment, j'étais tendue, stressée, c'était quelque chose de trèèèès compliqué »*

### **La COC, synonyme de confort**

*P11 « J'ai pris la pilule pendant un bon moment. [...] Et bon ça se passait bien hein, c'était réglé c'était carré. »*

## **V. Craintes et inquiétudes face à la prise continue**

### **La crainte d'un déséquilibre**

*P11 « Je me dis que si on fait ça en continu, sans jamais... ben sans jamais avoir de règles, sans jamais saigner, il va peut-être se passer des choses à l'intérieur [...] qui sont pas naturelles. »*

*P3 « Peut-être [...] de se dire moi pendant une semaine [...] je fais un espace de sevrage. »*

### **Innocuité à court terme, prise de risque à long terme**

*P2 « Après je sais aussi que commencer une OP c'est des FDR cardio qui sont ajoutés, c'est pas forcément bon non plus. Donc euh je sais que je le ferais une fois éventuellement mais pas non plus plusieurs fois »*

*P5 « Ben après voilà c'était une seule fois donc je me dis que pour une fois c'était pas grave, après peut être sur plus long terme... »*

*P6 « Parce que notre corps a arrêté un cycle naturel, peut être que du coup ça pourra avoir un impact sur le long terme... »*

### **Des risques dépendants de la méthode plus que du mode de prise**

*P2 « Non je pense pas je pense qu'il est surtout augmenté la première année de prise, quel que soit le type de prise, en continu ou en discontinu. Après que t'en prenne une semaine de plus ou de moins par mois, je vois pas pourquoi ça augmenterait le surrisque de thrombose, enfin je comprends pas la logique. »*

*P7 « C'est un peu ça qui est pourri. Mais je pense pas que ce soit le fait de la prendre en continu, c'est la pilule tout court. »*

## **VI. Confiance, rassurance et recherche de compréhension : des besoins intriqués pour oser sortir du schéma connu**

### **Besoin de confiance**

- L'importance de la relation avec le professionnel de santé

*P12 « Et de toute façon le contact que j'avais eu avec ce gynéco là ne m'a absolument pas plus, donc je dois avouer que j'ai une réticence assez énorme à aller voir un gynéco. »*

- Un besoin d'être en confiance, pour oser questionner

*P4 « C'est vraiment bien plus tard, au centre de santé, où je suis tombée sur une femme formidable, où là j'ai posé plus de questions, qu'elle m'a plus expliqué. »*

- Un ressenti lié à l'âge

*P7 « Donc mes cycles ont aussi bouger et je suis moins embêtée par rapport à ça. »*

*P12 « C'est quand même beaucoup moins handicapant que quand j'étais beaucoup plus jeune . »*

- Un besoin de faire confiance à sa contraception, à la médecine

*P4 « Je me dirais que si c'est pris en continu c'est encore mieux. Ce qui n'est peut-être pas du tout le cas, mais je me dirais que c'est encore mieux, ça réduit encore plus le risque. »*

*P9 « Ben je sais pas, mais si y a une semaine de pause, c'est pas pour rien. »*

### **Besoin de comprendre**

- La recherche d'explications, de preuves scientifiques, pour se rassurer et pouvoir faire confiance

*P4 [à propos de la prise continue] « Je pense que je savais pas tout simplement. »*

*P6 « Pourquoi pas en soit, tant qu'il y a aucun effet secondaire, et qu'il n'y a aucune mauvaise retombée, pourquoi pas. »*

*P11 « Ben oui j'aimerais bien savoir vraiment, quels sont les risques, [...] qu'est-ce qu'il en ressort quoi. »*

*P6 [à propos de la prise continue] « Après si y a des études etc pour montrer que ça le fait, pourquoi pas. [...] Si c'est des choses bien étudiées... »*

- Un besoin de comprendre pour oser la prise continue

*P9 « Si je sais, si c'est normal de pas les avoir [les règles] parce que justement ma contraception fait ça, je m'inquiéterai pas. »*

*P2 « Moi si j'avais pu le faire à l'époque je l'aurais fait, si je l'avais su je l'aurais fait. Ça m'aurait beaucoup arrangé sur plein de moments »*

- Un manque d'informations données vécues comme une privation

*P7 « Au tout début j'avais cette crainte de "si c'est pas prescrit comme ça c'est qu'il y a une raison et c'est peut être médical la raison". Je m'étais jamais dit que c'est comme ça pour faire croire aux dames*

que tout va bien. [...] En fait c'est tellement peu dit qu'on s'imagine tout un tas de trucs autour de ça, alors que c'est vachement plus simple quoi. »

## **VII. La prise continue, synonyme de libération et de liberté**

### **Libérée de la charge contraceptive**

P8 « C'est peut-être plus risqué de faire une pause quelque part. »

P2 « Tu sais que tu la prends, que tu la prends tous les jours, et t'as pas à te dire "rala c'est la semaine où j'arrête, c'est la semaine où j'arrête pas, j'arrête combien de temps". »

P6 « Même pour quelqu'un qui est tête en l'air je pense que c'est pas mal ouais d'avoir un truc continu. »

P7 « Et puis quand j'arrêtais de la prendre j'oubliais de la reprendre. C'était pas dingue ! [...] Je l'ai vachement moins oubliée à partir du moment où je l'ai prise en continu. »

### **L'aménorrhée choisie, une forme de liberté**

P10 « Et je me disais "ohlala, pfiou, ne plus avoir de règles, mais le rêve !". »

P12 « Alors si c'est pour pas les avoir du tout, ça serait génial. Ah ouais, ça serait super. [...] Vraiment si c'est pour plus avoir de règles moi c'est une recette miracle ! »

P8 « Le fait de ne pas avoir ses règles c'est quand même confortable hein, parce qu'il y a personne qui aime ça, je pense pas. »

P7 « Et c'est bête mais sur le plan charge mentale de la femme, tu vas à la piscine comme tu veux, tu te poses pas la question "ohlala si j'ai mes règles ça va se voir et la ficelle qui va dépasser, et nin nin". T'as plus ça quoi, juste tu vis ta vie et t'es vachement plus tranquille. »

## **VIII. De l'importance d'avoir le choix**

### **Revendiquer le droit de choisir**

P2 « L'implant c'est en continu, le stérilet c'est en continu, je vois pas pourquoi la pilule ça devrait pas l'être. »

### **Le pouvoir donné par le choix : volonté de (re)prendre le contrôle**

P3 [à propos de certains effets secondaires bénins depuis un changement de contraception : passage de l'implant bien toléré à la pilule moins bien tolérée] « Et en même temps, ça m'embête pas, parce que j'ai l'impression d'avoir le contrôle. »

P7 [à propos du passage de l'implant à une COC] « Parce que oui je voulais régérer ma contraception, parce que je voulais plus que ce soit un truc que je gérais pas du tout moi. »

## **IX. La prise continue, un choix à assumer**

### **La crainte du jugement des professionnels de santé**

*P12 « On avait été voir le médecin ensemble, le généraliste, pour je sais plus quoi, et le généraliste avait dit que la diane était un peu... pas dangereuse mais euh...*

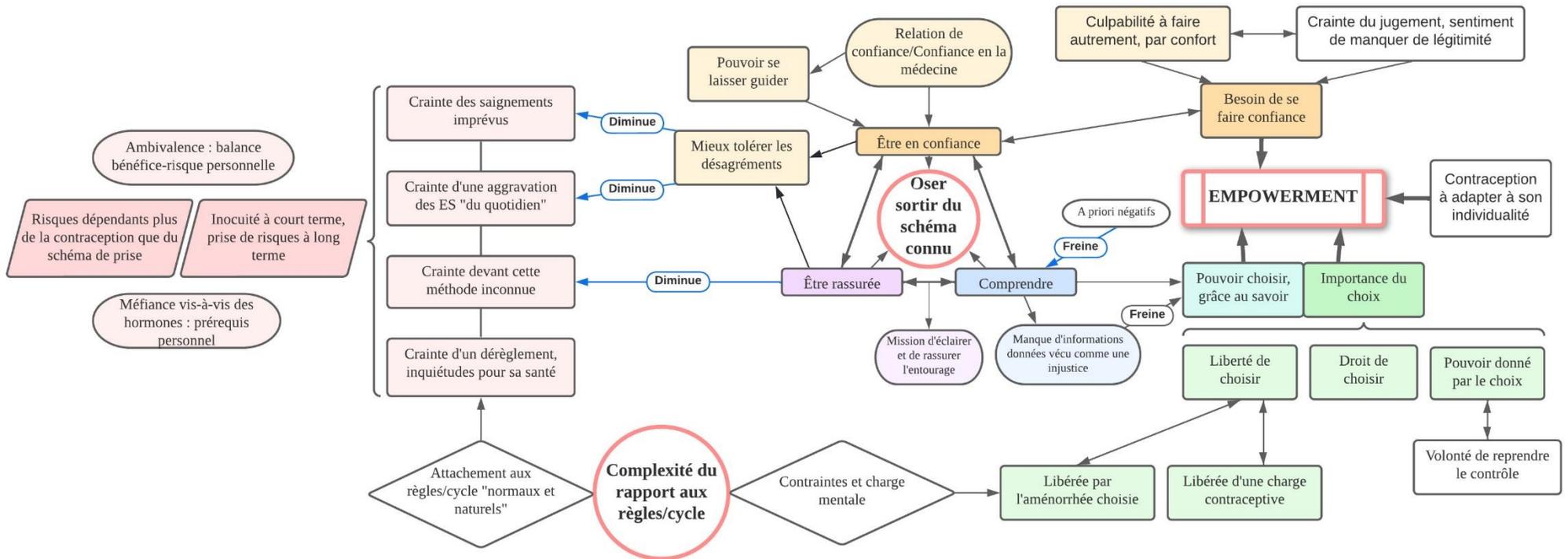
*M : A votre copain ?*

*P12 : Ouais voilà [...] c'était le médecin qui m'avait dit justement "oui vous savez qu'il y a justement des risques de fertilité, de machin", j'ai dit "oui oui je suis au courant". J'avais envie de lui dire "je suis pas débile"... »*

*P7 « Y a une pharmacienne un coup qui m'avait dit : "mais vous revenez souvent quand même !" mmmh, ouais. Je trichais un peu, ça m'est arrivé de dire "j'ai perdu une plaquette".»*

*P7 « C'était bizarre, j'avais l'impression de faire un truc qui était interdit. [...] C'est pas [...] un truc que je disais spontanément quoi. Je disais pas "ouais je prends la pilule et pis tous les jours et pis je l'arrête jamais", je disais "ouais je prends la pilule", voilà. »*

**Figure 2 : Schéma explicatif complet**





**TITRE DE LA THESE :** Enjeux liés à la prise en continu d'une contraception oestro-progestative : le point de vue des femmes

**AUTEUR :** PERRIN-FROIDUROT Maëlle

**RESUME :**

**Contexte :** La contraception orale combinée oestro-progestative (COC), prescrite le plus souvent en schéma classique (21 jours de prise hormonale, 7 jours de pause), peut être prise en continu, sans pause, dans le but de supprimer les hémorragies de privation. Peu proposée, cette option semble de plus en plus attirée les femmes. L'objectif de cette étude était d'explorer les ressentis des femmes concernant cette modalité de prise, pour en déterminer les enjeux de leur point de vue.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée entre janvier et mai 2022 incluant des femmes recrutées dans l'Embrunais et le Guillestrois en cabinet médical et sur un réseau social. L'échantillonnage raisonné théorique a permis la réalisation de 12 entretiens semi-dirigés retranscrits et analysés selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Les ressentis concernant la prise continue d'une COC étaient intimement liés au rapport au cycle de chaque femme. L'arrêt des règles pouvait être imaginée comme une libération, mais la suppression du cycle « naturel » pouvait induire des craintes. Oser sortir du schéma connu nécessitait donc rassurance, compréhension, confiance. La possibilité de choisir ou non la prise continue selon ses propres critères était revendiquée comme un droit pour chaque femme, ainsi que les moyens de faire ce choix.

**Conclusion :** Les ressentis des femmes concernant la prise continue de la COC indiquaient une volonté de pouvoir agir pour elles-mêmes, en réclamant les compétences nécessaires à un choix éclairé, et adaptable tout au long de leur vie contraceptive. Il serait intéressant d'étudier les moyens à mettre en œuvre en consultation pour répondre à ce besoin.

**MOTS-CLES :** Contraception orale combinée, contraception oestro-progestative, prise continue, régime étendu, régime flexible, aménorrhée induite