

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Claire PROUST

Né(e) le 29 mai 1992 à Montpellier (34)

Prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu :
Étude de pratique professionnelle à partir d'un panel de gynécologues, médecins
généralistes et sages-femmes.

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2020 devant un jury composé de :

Président : Professeur Henri MARRET, Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres :

Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Pharmacologie Clinique, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Erwann DU ROUCHET, Gynécologie Médicale – Orléans

Directrice de thèse : Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Orthogénie, PH, CHU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra..... Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien..... Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas..... Cardiologie
DENIS Frédéric..... Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure..... Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe..... Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

Remerciements

Aux membres de mon jury :

A Monsieur le Professeur Henri Marret : vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie infiniment pour votre aide et votre soutien durant tout mon internat. Grâce à vous, la gynécologie médicale a de beaux jours dans notre région.

A Madame le Professeur Théodora Bejan-Angoulvant : vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assurée de ma gratitude.

A Madame le Professeur Clarisse Dibao-Dina : je vous remercie de votre participation à mon jury de thèse en tant que représentante de la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Erwann Du Rouchet : je vous remercie de participer à mon jury de thèse. Votre rigueur et votre implication auprès des patientes est un modèle pour moi. Je vous remercie de m'avoir partagé vos connaissances le temps d'un semestre.

A Madame le Docteur Nathalie Trignol-Viguié : je te remercie infiniment d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité et ton implication dans la formation des internes. Ces sept mois à tes côtés m'ont permis d'être encore plus à l'écoute des patientes, de leurs désirs et de leurs choix.

Aux personnes ayant participé à ma formation

Aux docteurs Parvine Bardon, Martine Roeser et Claire Kingué : merci pour votre aide précieuse dans l'avancée de cette thèse, votre compagnonnage et surtout pour votre accueil (et celui de vos familles). Votre implication auprès des patientes et votre désir de transmettre votre savoir à la jeune génération ont permis de confirmer mon envie d'exercer ce beau métier qu'est la gynécologie médicale.

Au Docteur Sylvie Mesrine : merci infiniment pour ton aide dans la création de cette thèse. Tes relectures précieuses et tes connaissances me permettent de présenter cette thèse aujourd'hui. Encore merci.

A tous les membres du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire et à sa présidente Madame le Docteur Élisabeth Paganelli : je vous remercie d'avoir permis que cette étude voie le jour. Merci également pour toutes les formations auxquelles vous m'avez conviée et votre investissement auprès des jeunes gynécologues.

A toute l'équipe du service d'Orthogénie de Tours : merci infiniment pour ce semestre à vos côtés. Votre bienveillance à l'égard de vos patientes et de vos confrères est un modèle pour moi. Je vous remercie également d'avoir accepté d'être les testeurs de cette étude. Votre joie de vivre et votre bonne humeur me manquent déjà.

A tous mes co-internes de ces 3 ans d'internat et à toutes les personnes ayant participé à ma formation, merci de m'avoir partagé vos connaissances.

A mes proches

A mes co-internes du service de PMA : à Claire F, Claire P merci pour tous les bons moments passés en votre compagnie. **A ma Judith**, merci pour tous tes conseils et surtout de m'avoir appris à dire « non » !

A mes chères assistantes sociales Virginie et Noémie, à Mélanie, Camille et Anne : merci pour votre écoute et vos conseils partagés autour d'une bonne tasse de café.

A Othilie et Justine : merci pour votre amitié et votre présence.

A Céline, Lucile et Marine : merci pour tous ces bons moments partagés ensemble des bureaux de consultation de Blois aux restos d'aujourd'hui.

A mes amies d'enfance : Mathilde, Sandra et Gwendoline, notre amitié qui dure depuis plus de 20 ans est une source irremplaçable de bonheur.

A Bérénice, Julie et Anaïs : je ne pouvais rêver meilleures amies avec qui passer ces années d'externat montpelliéraines. A ma Popi, merci pour ta présence et ton soutien à toute épreuve.

A Yannis : merci pour ces bons petits plats grecs et tes conseils durant ces 5 mois partagés.

A Mélanie : ta joie de vivre, ton soutien mais surtout tes conseils avisés font de toi une amie irremplaçable.

A Claire : mon binôme, merci pour ta présence dans les bons comme les mauvais moments et surtout pour ton indéfectible soutien.

A toute ma famille : merci pour votre soutien et votre présence.

A ma sœur Irina : merci de m'avoir obligée à faire mes devoirs en CP !

A mon père : merci pour tes conseils avisés et ton amour.

A ma mère : merci pour tout le soutien et tout l'amour que tu me portes.

**Prescription de contraception oestro-progestative en
schéma continu :**

**Étude de pratique professionnelle à partir d'un panel de
gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes.**

Résumé :

Introduction : De nouveaux schémas de prescription de contraception oestro-progestative (continu, étendu, flexible) se développent pour espacer voire arrêter les saignements afin de répondre aux nouvelles attentes des femmes et d'améliorer leur qualité de vie. Cependant, aucune recommandation n'existe sur la façon de les prescrire. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux de la prescription de ces nouveaux schémas.

Matériels et méthodes : L'étude observationnelle descriptive consistait à l'envoi d'un questionnaire à des gynécologues, médecins généralistes et des sages-femmes exerçant ou se formant en région Centre Val de Loire. Leurs habitudes de prescriptions et leurs connaissances sur les nouveaux schémas de prescription des contraceptifs oestro-progestatifs ont été évaluées puis comparées.

Résultats : L'échantillon était composé de 145 professionnels dont 83,5% étaient prescripteurs de nouveaux schémas de contraception oestro-progestative. Les principales indications de prescription étaient l'endométriose, les symptômes cataméniaux invalidants, le désir d'aménorrhée ainsi qu'une demande spontanée de la patiente. Le schéma « étendu » était celui le plus proposé. La présentation sous forme de plaquettes de 21 comprimés était le packaging le plus souvent prescrit. Leurs connaissances sur les indications et les bénéfices de ces types de schéma étaient satisfaisantes.

Conclusion : Les nouveaux schémas de contraception oestro-progestative sont proposés par de nombreux professionnels de santé mais avec une grande variabilité. Des études comparant la tolérance des différentes modalités de prescription sont nécessaires, permettant de guider les professionnels dans leur pratique et d'améliorer la qualité de vie de ces femmes désireuses d'aménorrhée.

Mots clés : contraception ; oestro-progestatif ; schéma continu ; schéma étendu ; prescripteurs.

**Continuous use of combined hormonal contraceptives:
prescribing habits of gynecologists, general practitioners
and midwives.**

Abstract:

Background: New combined oral contraception regimens (continue, extended or flexible) appear to space or stop the withdrawals bleedings to meet the new woman's expectations and improve her quality of life. However, there is no recommendation about the management of the prescription. The purpose of our study is to describe the habits of the new regimen oral contraceptive prescription.

Materials and methods: We realize a descriptive observational study. We send a questionnaire to gynecologists, general practitioners and midwives employed or trained in the region Centre Val de Loire. Their prescriptions habits and their new oral contraceptive regimens knowledges have been evaluated and compared.

Results: The sample was composed of 145 health professionals, 83,5% of whom prescribed new combined oral contraceptive regimens. The main indications were endometriosis, severe menstruation-associated symptoms, the wish to have amenorrhea or the request by patients. The extended regimen was the most used. The blister of 21 tablets was the packaging the most prescribed. Their knowledges about indications and benefits of those new regimens were satisfactory.

Conclusion: The new combined oral contraceptive regimens were proposed by the most of health professionals but with a large variability. Studies are necessary to compared tolerance of prescription status to guide professional practices et to improve women's quality of life.

Keywords : contraception, combined oral contraception, extended regimen, continuous regimen, prescribing habits.

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CGCVL : Collège de Gynécologie Centre Val de Loire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COP : Contraception Oestro-Progestative

CPP : Consultation de Première Contraception

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMPA : Depo-MédroxyProgestérone Acetate

EE : Ethinyl-Estradiol

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

IP : Indice de Pearl

LARC : Contraception à Longue Durée d'Action

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Question à Choix Multiple

RR : Risque Relatif

SIU : Système Intra-Utérin

TABLES DES MATIERES

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES	p16
I. INTRODUCTION	p18
II. GÉNÉRALITÉS	p18
1) La contraception hormonale	p19
a. Description des différentes méthodes contraceptives hormonales	p19
1. La contraception oestro-progestative (COP)	p19
2. La contraception progestative pure	p21
b. Saignements sous contraception	p22
1. Définition des menstruations	p22
2. Croyances et vécu des menstruations	p22
3. Profil de saignement sous progestatifs	p23
4. Profil de saignement sous COP	p23
c. Bénéfices des contraceptifs	p24
1. Efficacité contraceptive	p24
2. Bénéfices non contraceptifs	p25
3. Risques des contraceptifs hormonaux	p26
2) Prescription de la contraception en France	p27
a. Prescripteurs	p27
b. Accès à la contraception	p28
c. Comment prescrire ?	p28
d. Épidémiologie de la contraception en France	p30
3) Objectifs de l'étude	p31
III. MATERIELS ET MÉTHODES	p31
1) Caractéristiques de l'étude	p31
2) Population de l'étude	p31
3) Recueil de données	p33
4) Analyses	p35
IV. RÉSULTATS	p35
1) Inclusion	p35
2) Caractéristiques générales de la population	p36
3) Analyses statistiques descriptives de la population	p40
a. Profil de patientes	p40
b. Modalités de prescription des schémas de COP en continu	p49

c. Connaissances des professionnels de santé sur la prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu	p58
---	-----

V. DISCUSSION	p63
----------------------	------------

1) Population de l'étude	p63
a. Représentativité de l'échantillon	p63
b. Prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu	p65
2) Patientes-cibles de la contraception oestro-progestative en schéma continu	p66
a. Profil de patientes éligibles selon les prescripteurs	p66
b. Freins à la prescription	p68
3) Modalités de prescription	p70
a. Types de schéma en continu	p70
b. Types de packaging	p71
4) Connaissances des professionnels de santé sur la contraception oestro-progestative en schéma continu	p74
5) Limites de l'étude	p75

VI. CONCLUSION	p77
-----------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE	p78
----------------------	------------

ANNEXES	p84
----------------	------------

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau 1 : Classifications des contraceptions oestro-progestatives orales

Tableau 2 : Progestatifs ayant l'AMM en contraception

Tableau 3 : Caractéristiques générales de la population

Tableau 4 : Fréquence de proposition des COP en schéma continu selon le profil de patiente

Tableau 5 : Prescription des différents schémas de prise de COP

FIGURES :

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

Figure 2 : Pourcentage de réponse selon la spécialité

Figure 3 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu à toutes les patientes sans contre-indication

Figure 4 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes présentant des ménorragies sous schéma discontinu

Figure 5 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes présentant des ménorragies sans traitement hormonal

Figure 6 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes avec endométriose

Figure 7 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes présentant des symptômes cataméniaux.

Figure 8 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes avec des oublis répétés de prise en schéma discontinu

Figure 9 : Proposition de COP en schéma continu aux patientes en faisant la demande

Figure 10 : Proposition COP en schéma continu aux patientes désirant une aménorrhée

Figure 11 : Proposition des différentes modalités de prescription de COP en schéma continu

Figure 12 : Fréquence de prescription des différents types de packaging

Figure 13 : Prescription de plaquettes de 21 comprimés

Figure 14 : Prescription de plaquettes de 21 comprimés et 7 comprimés placebos

Figure 15 : Pourcentage de prescription de Seasonique®

Figure 16 : : Pourcentage de prescription d'anneau vaginal

Figure 17 : Pourcentage de prescription de patch transdermique

Figure 18 : Notes attribuées aux professionnels de santé selon leur spécialité

Figure 19 : Réponses des professionnels de santé concernant la contraception oestro-progestative en schéma continu

Figure 20 : Pourcentages de bonnes réponses selon la spécialité et le genre

Figure 21 : Pourcentages de bonnes réponses selon le type, la zone et la durée

I. INTRODUCTION

Depuis la légalisation en 1967 de la contraception en France par la loi Neuwirth(1), le choix contraceptif ne cesse d'évoluer. De nouveaux schémas de prescription de contraception oestro progestative (COP) émergent depuis plusieurs années. Ces schémas dit « continus » permettent d'espacer voire d'arrêter les hémorragies de privation. Au-delà de l'efficacité contraceptive et de la sécurité sanitaire, les bénéfices non contraceptifs et le confort de la femme deviennent de nouveaux objectifs à atteindre. Ces schémas continus ne correspondent pas à un schéma fixe de prescription comme celui en discontinu mais offrent de multiples possibilités (de durée, de formes, de molécules). Les dernières recommandations françaises sur la contraception mentionnent d'ailleurs la possibilité d'y avoir recours pour raisons médicales (notamment endométriose) mais également par convenance personnelle.

Des études étrangères (notamment allemandes et américaines) se sont intéressées aux modalités de prescription des professionnels de santé. Elles révèlent notamment que plus de 80% d'entre eux prescrivent ce type de schéma.

En France, le Baromètre Santé 2016 a montré que la pilule est la contraception la plus utilisée (36,5%)(2). Cependant aucune étude n'a évalué la prévalence des professionnels de santé prescripteurs ni leurs habitudes de prescription des COP en schéma continu.

Le slogan de l'INPES « la meilleure contraception est celle que l'on choisit » en septembre 2007, toujours d'actualité aujourd'hui, est-il respecté par les prescripteurs de contraception ? Le choix d'une méthode contraceptive est largement influencé par le discours du professionnel de santé et par le panel de contraception qu'il propose. Après le choix du moyen de contraception, le choix de son mode d'utilisation est-il proposé ?

La contraception oestro-progestative en continu est-elle communément présentée aux patientes ? Si oui, selon quelles modalités ? Quelles sont les connaissances des professionnels de ces types de schéma ?

II. GÉNÉRALITÉS

La contraception est l'emploi volontaire de moyens ou de techniques pour empêcher que les rapports sexuels n'entraînent une grossesse. La contraception est un sujet vaste comportant de

nombreuses facettes. Nous nous concentrerons donc sur celles les plus pertinentes pour notre sujet d'étude.

1) La contraception hormonale

a. Description des différentes méthodes contraceptives hormonales

1. La contraception oestro-progestative (COP)

En 1956, le Dr Gregory Pincus crée la première pilule contraceptive. Elle est commercialisée en France uniquement pour le traitement des dysménorrhées. En 1967, la loi relative à la régulation des naissances, dite « Loi Neuwirth »(1), autorise la fabrication et l'importation des moyens de contraception ainsi que leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale (carnet à souche), avec autorisation parentale pour les mineures (21 ans à l'époque). Elle permet l'abrogation de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle visant à repeupler la France après la 1^{ère} Guerre Mondiale.

Les oestro-progestatifs sont disponibles par voie orale (pilule), transdermique (patch) et vaginale (anneau). L'estrogène de référence des contraceptions oestro-progestatives est l'éthinyl estradiol (EE) : il s'agit d'un estrogène de synthèse associé à différents progestatifs, classés en génération de 1 à 3 quand le progestatif est un dérivé de la 19 nortestostérone. Lorsque l'estrogène n'est pas de l'EE mais de l'estradiol naturel, ou quand le progestatif n'est pas un dérivé de la 19 nortestostérone, ils sont classés en « autre génération » (Tableau 1). Le dosage quotidien peut être fixe « monophasique », ou variable « bi-, tri- ou quadriphasique ».

Les patches et anneaux sont apparentés aux formes orales de 3^{ème} génération.

Tableau 1 : Classifications des contraceptions oestro-progestatives orales.

Classe	Dosage d'éthinyl-estradiol	Type de progestatif	Remboursement
1 ^{ère} génération	35µg	Noréthistérone	Arrêt de commercialisation
2 ^{ème} génération	20 ou 30µg	Levonorgestrel	R
	30-40µg		
3 ^{ème} génération	20 ou 30µg	Désogestrel	NR
	15, 20 ou 30µg	Gestodène	
	30-40µg		
	35µg	Norgestimate	NR*
Autres générations	30µg	Acétate de chlormadinone	NR
	20 ou 30µg	Drospirénone	
	Estradiol	Dienogest	
		Acétate de nomégestrol	

R : remboursée

NR : non remboursée

** : classé en 3^{ème} génération mais apparenté aux pilules de 2^{ème} génération pour les risques thromboemboliques veineux (3)*

Les COP sont classiquement prescrites selon un schéma séquentiel (ou discontinu/cyclique) avec 21 jours de prise de contraceptifs suivis par 7 jours d'arrêt (ou de comprimés placebo) pour que surviennent des saignements appelés communément à tort « règles » alors qu'il s'agit d'une hémorragie de privation.

Ce schéma « traditionnel » n'a pas été créé pour des raisons biologiques mais pour mimer le cycle naturel rendant la prise de contraceptif acceptable dans la société des années 1950(4).

Progressivement, de nouveaux schémas de prise apparaissent pour diminuer la fréquence de l'hémorragie de privation dans un but thérapeutique initialement (traitement des dysménorrhées) (5) puis par convenance personnelle. Ces schémas que nous regrouperons sous le terme « continu », sont définis par une durée de prise de contraceptifs actifs supérieure à 28 jours d'affilée. Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) autorise en 2003 la mise sur le marché de la première pilule en prise étendue : Seasonale ® contenant 84 comprimés de 30 microgrammes d'EE associés à 150 microgrammes de levonorgestrel suivis par 7 comprimés placebo. En 2006, Seasonique ®, dans laquelle les comprimés placebo sont remplacés par 10 microgrammes d'EE pour améliorer la tolérance, est commercialisée. La France n'autorise Seasonique® qu'en 2015. Elle reste la seule contraception étendue bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) mais aussi la seule pilule de 2^{ème} génération non remboursée par la sécurité sociale.

2. La contraception progestative pure

D'autres contraceptions hormonales existent. Elles sont toutes composées de progestatifs seuls.

Celles microdosées sont appelées microprogestatives. Elles sont disponibles sous forme orale avec une prise quotidienne, sous cutanée d'une durée d'efficacité de 3 ans ou intra-utérine pour 3 à 5 ans selon le dosage (Tableau 2).

La particularité des microprogestatifs est leur usage continu exclusif, quelle que soit la voie d'administration.

Une nouvelle contraception progestative à base de drospirénone a été mise sur le marché français en 2019 (Slinda®) : c'est la seule contraception progestative discontinue puisqu'elle contient 24 comprimés dosés à 4 mg de drospirénone suivis par 4 comprimés placebo.

Un seul progestatif macrodosé a une AMM en contraception : l'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) en injection trimestrielle.

D'autres macroprogestatifs n'ont pas d'AMM en contraception bien qu'ils soient couramment utilisés (acétate de nomegestrol, acétate de chlormadinone, acétate de cyprotérone, promégestone). Pour cela, la prise doit être d'au moins 20 jours sur 28. Des recommandations émises par le CNGOF sont en cours d'élaboration.

Tableau 2 : Progestatifs ayant une AMM en contraception

Voie d'administration	Type de progestatif	Dose(mg)	Schéma de prise/Durée d'efficacité	Remboursement
Voie orale	Lévonorgestrel	0,03	Prise continue	R
	Désogestrel	0,075	Prise continue	R*
	Drospirénone	4	24 jours+ 4 jours de comprimés placebo	NR
Sous-cutanée	Etonogestrel	68	3 ans	R
Intra-utérin	Lévonorgestrel	52	5 ans	R
		19,5	5 ans	R
		13,5	3 ans	R
Injectable	Médroxyprogestérone	150	3 mois	R

R : remboursé

NR : non remboursé

** : seuls les génériques sont remboursés.*

b. Saignements sous contraception

1. Définition des menstruations

Les menstruations (appelées communément « règles ») correspondent à la phase de desquamation de la muqueuse utérine qui témoigne d'une ovulation non suivie par une implantation embryonnaire. Elles apparaissent en moyenne 2 ans après le début de la puberté et 2 années supplémentaires sont nécessaires à leur régularisation aboutissant à un cycle de 28 jours en moyenne. Les femmes ont donc classiquement un épisode de saignement par mois durant entre 3 et 6 jours, d'abondance variable, pendant les 35 à 40 années de leur vie reproductive.

D'après Thomas et al (4), le nombre d'ovulations dans la vie d'une femme moderne peut atteindre 450. En comparaison, les femmes préhistoriques en avaient en moyenne 160. Cette augmentation est due à l'avancée de l'âge de la ménarche (12,5 ans vs 16 ans), le recul de l'âge du premier enfant et de la ménopause, la diminution du nombre de grossesses par femme et de l'allaitement (entraînant classiquement une aménorrhée par anovulation). Cette augmentation du nombre d'ovulations entraîne donc une augmentation du nombre de saignements dans la vie d'une femme.

Les contraceptifs hormonaux ont tous un impact sur ces saignements, certains pouvant induire une aménorrhée complète.

Mais quel est le ressenti des femmes par rapport à leurs règles et à l'absence de celles-ci ?

2. Croyances et vécu des menstruations

Il existe une grande variabilité de la perception des menstruations selon l'époque, la culture, la religion et l'éducation.

Dans les croyances populaires, les menstruations étaient perçues comme un phénomène impur et malfaisant mais indispensable au bon fonctionnement des femmes(6). Bien que les connaissances sur la physiologie évoluent, dans les années 1970 avoir des menstruations tous les mois était perçu comme un phénomène normal permettant d'éliminer le « mauvais sang ». Elles permettent également de rassurer les femmes sans désir d'enfant sur l'absence de survenue de grossesse(7). Paradoxalement, elles les rassurent également sur leur fertilité puisque les menstruations sont le témoin d'une ovulation (ce qui n'est pas toujours vrai en pratique)(8).

Une étude française datant de 1999 montre une ambivalence des patientes : elles considèrent les règles comme un phénomène inévitable mais gênant(9). En effet, plusieurs symptômes peuvent survenir lors des saignements : douleurs pelviennes, mastodynies, ballonnements, ou

avant les saignements (syndrome prémenstruel). Une anémie peut survenir si les saignements sont abondants. Cela rend la période des menstruations difficile pour certaines femmes, jusqu'à empêcher la réalisation des activités de la vie quotidienne (activités professionnelles, activité sportive)(10).

De Tonkelaar et Oddens ont ainsi montré que 80% des femmes souhaitent au moins un changement dans leurs menstruations : moins de douleur, saignements moins abondants ou moins longs ou une aménorrhée(11).

Le désir de diminution de la fréquence des règles ou de leur suppression est corrélé à la présence de symptômes cataméniaux invalidants(7).

Les menstruations peuvent également avoir un impact sur la sexualité. Pour certains couples chez qui le sang des règles est perçu comme « sale », elles sont un frein aux rapports sexuels. L'aménorrhée induite par certaines contraceptions hormonales peut être vécue de façon variable selon les patientes. Pour certaines, la sécurité contraceptive associée à une disponibilité sexuelle accrue est un avantage indéniable, tandis que pour d'autres l'aménorrhée engendre une trop grande disponibilité sexuelle(12).

3. Profil de saignement sous progestatifs

La prise de progestatifs en continu permet de créer un amincissement de l'endomètre créant en théorie une aménorrhée complète. En pratique, une aménorrhée est présente seulement chez 10% des utilisatrices de progestatifs oraux. La moitié ont des saignements irréguliers et 40% des saignements mensuels(13). Leur survenue dépend du type d'hormones, de la voie d'administration et de la durée d'utilisation. Ils sont probablement liés à une atrophie trop importante de l'endomètre due à une hypoestrogénie relative bien que leur cause exacte reste inconnue. Cependant, ils sont gênants et entraînent un arrêt de la méthode contraceptive dans 5% des cas pour les SIU (Systèmes Intra-Utérins) et jusqu'à 53% des cas pour l'implant(14).

4. Profil de saignement sous COP

Dans le schéma de prise séquentielle, l'hémorragie de privation après 21 jours de prise est due à la chute hormonale liée à l'arrêt de la contraception. Elle ne correspond donc pas à des menstruations. Les saignements sont d'ailleurs moins abondants et ont une durée moyenne plus courte que lors des règles(15). L'ajout de l'œstrogène au progestatif permet une amélioration du profil de saignement par rapport aux progestatifs purs bien que des saignements survenant lors de la prise du contraceptif appelés « saignements intercurrents » (ou « imprévus ») soient

possibles. Leur survenue dépend de l'association oestro-progestative utilisée. Globalement, les pilules de 3^{ème} génération sont mieux supportées et il semble que plus le dosage d'EE et de progestatif est important, meilleur est le contrôle du cycle(16). Les formes bi-tri-quadrphasiques ont été proposées pour améliorer la tolérance. Cependant, une revue de la Cochrane comparant les préparations mono et triphasiques n'a pas montré de différence significative de tolérance (17).

Dans les schémas de prise continue, les hémorragies de privation sont absentes ou en nombre réduit. Une méta-analyse réalisée en 2014 montre que les saignements imprévus sont plus fréquents qu'avec un schéma discontinu mais de moindre abondance et ont tendance à diminuer avec le temps(18).

Le mécanisme physiopathologique des saignements imprévus semble varier selon le type de schéma. Ils seraient dus à une atrophie endométriale dans les schémas continus et à un blocage insuffisant secondaire à une reprise du développement folliculaire durant la période d'arrêt entraînant des fluctuations hormonales lors du cycle suivant dans les schémas discontinus.

Une étude a été réalisée pour trouver quelle association d'oestro-progestatifs en continu était mieux tolérée et à quel dosage (19). Elle a comparé la tolérance selon le type de progestatif administré (levonorgestrel et norethindrone acétate) et le dosage d'EE (20 ou 30 microgrammes) durant 180 jours de prise. L'ajout de 10 microgrammes n'a pas montré une amélioration de la tolérance. Par contre, le norethindrone acetate est mieux supporté que le levonorgestrel avec une augmentation de l'aménorrhée et une diminution du nombre de spotting. Cependant, il est non commercialisé en France.

c. Bénéfices des contraceptifs

1. Efficacité contraceptive

L'efficacité théorique des contraceptifs est évaluée avec l'indice de Pearl (IP) qui correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant la méthode contraceptive de façon optimale pendant un an. Il convient de différencier l'efficacité théorique (utilisation optimale de la méthode) et l'efficacité pratique (constatée en condition réelle d'utilisation) (Annexe 1). Cette différence est principalement due à des erreurs d'utilisation. En effet les dispositifs à longue durée d'action ont une efficacité théorique et pratique similaires (0,05 pour l'implant et 0,2 pour le SIU). Contrairement aux contraceptifs oraux, dont l'IP est de 0,3 alors qu'en pratique courante il est de 8.

Dans le schéma de prise de COP discontinu, une reprise de la folliculogénèse est possible durant la période d'arrêt(20), bien qu'aucune ovulation ne soit constatée. Cependant, si un oubli de reprise du contraceptif survient après les 7 jours d'arrêt, une ovulation est possible. C'est pour éviter cela qu'ont été commercialisées les formes avec 7 jours de placebo remplaçant la période d'arrêt, l'hypothèse d'une meilleure observance de par cette prise continue ayant été avancée. Par contre, si un oubli de pilule survient lors de la semaine précédant ou suivant la période de 7 jours d'arrêt (ou de comprimés placebo), une ovulation est également possible. En 2002, l'étude *Coraliance* a montré que 23% des femmes utilisant une COP oublient au moins une fois leur pilule en 6 mois, dont 42% durant la semaine suivant la période d'arrêt(21).

Les contraceptions en schéma continu permettraient de diminuer ce risque puisque les périodes d'arrêt sont moins fréquentes voir absentes, ce qui permet d'avoir une efficacité pratique et théorique proches (22). Seul l'essai de Coutinho *et al.* a montré une diminution significative du nombre de grossesses avec l'utilisation continue d'oestro-progestatifs par voie vaginale par rapport à l'utilisation cyclique(23). Aucune différence significative n'a été mise en évidence avec la forme orale, bien que le taux de grossesse soit très faible(18).

Les microprogestatifs à base de lévonorgestrel inhibent peu l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ils ont une action contraceptive surtout périphérique (épaississement de la glaire cervicale et atrophie endométriale). Cette faible action antigonadotrope entraîne un risque d'échec de la forme orale en cas de retard de prise de plus de 3 heures. Ceux à base de désogestrel ont une action anti-ovulatoire plus forte rendant un décalage de prise de 12 heures maximum possible(24). Cependant, une prise en continu est indispensable à leur efficacité.

2. Bénéfices non contraceptifs

Les COP en prise discontinue permettent de réduire le volume des ménorragies fonctionnelles (25), améliorent les dysménorrhées(26) et le syndrome prémenstruel(27). Ils sont recommandés en 1^{ère} intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse(28).

Cependant une étude a montré une augmentation des douleurs pelviennes, de la prise d'antalgiques, de mastodynies et de ballonnements lors de la période d'arrêt en comparaison avec la période de prise contraceptive(29). Les COP en continu ont l'avantage de diminuer ces symptômes (18) ainsi que le nombre de protections hygiéniques utilisées(30). Leur efficacité dans l'endométriose est peu évaluée. Une étude réalisée par Vercellini a montré que leur

utilisation permet de diminuer les dysménorrhées intenses après chirurgie en cas d'échec de COP en séquentiel(5).

Les COP ont une efficacité clinique sur l'acné(31). Seule une COP triphasique à base de norgestimate a l'AMM pour l'acné légère à modérée (Triafémi ®). Néanmoins, la prescription de COP n'est pas recommandée dans l'objectif de traiter l'acné en l'absence de besoin contraceptif (3).

Les bénéfices non contraceptifs des microprogestatifs oraux sont peu évalués, notamment sur les ménorragies fonctionnelles. Ils sont par contre recommandés en 2^{ème} intention dans le traitement médical de l'endométriose. Le SIU est lui efficace sur les ménorragies fonctionnelles, les douleurs pelviennes et est recommandé en 1^{ère} intention dans le traitement médical de l'endométriose.

L'aménorrhée induite par certains contraceptifs permet également une amélioration de la qualité de vie des patientes, notamment pour celles sportives ou avec un métier exigeant physiquement (exemple : militaire(32)).

Les contraceptions hormonales ont également un effet protecteur sur certains cancers. Les COP réduisent la survenue de cancer de l'endomètre (Risque Relatif RR 0,76), de l'ovaire (RR 0,73) et du colon (RR 0,81)(33).

Le SIU dosé à 52mg réduit la survenue de cancer de l'endomètre (RR 0,52) et de l'ovaire(34).

3. Risques des contraceptifs hormonaux

La prise d'oestro-progestatifs multiplie le risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) d'un facteur 3 à 6 par rapport à une non-utilisatrice(35). Cette augmentation du risque dépend du progestatif utilisé. Les contraceptifs contenant un progestatif classé en 3^{ème} ou autre génération ont un risque plus élevé que ceux contenant du levonorgestrel ou du norgestimate (appartenant aux pilules de 3^{ème} génération mais reclassé en risque faible par rapport au risque thromboembolique). Il faut cependant signaler que le risque de MTEV avec une COP reste inférieur à celui induit par une grossesse.

Les COP augmentent également le risque artériel (accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde) sans différence entre les générations(36). La prise en schéma continu n'a pas montré d'augmentation du risque vasculaire par rapport à une prise discontinue(18).

Les microprogestatifs n'ont pas de sur-risque vasculaire contrairement au DMPA par voie intramusculaire(37).

La contraception n'augmente pas l'incidence ni la mortalité par cancer(33). Cependant, une augmentation du risque de cancer du sein sous COP est retrouvée en cours d'utilisation (RR entre 1,2 et 1,6) mais disparaît à l'arrêt de celle-ci. Il n'existe pas assez de recul pour évaluer l'impact de la prise en continu. Il semblerait qu'il existe également un sur-risque de cancer du sein avec l'utilisation de microprogestatifs, mais les données sont contradictoires(38).

Une augmentation du risque de cancer infiltrant du col de l'utérus sous COP a été décrite, mais de nombreux biais existent (dont l'exposition à l'HPV)(39).

2) Prescription de la contraception en France

a. Prescripteurs

Les principaux prescripteurs de contraception sont les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes. Ainsi, en 2010, l'enquête *Fécond* a montré que 81% des femmes concernées par la contraception sont suivies par un médecin (77% par un gynécologue, 21% par un généraliste et 2% par un autre médecin(40)). En 2009, la loi HPST a donné la compétence aux sages-femmes de prescrire et de suivre la contraception des femmes en bonne santé dans le cadre de leur suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la femme au médecin en cas de situation pathologique(41).

Cependant, ces trois spécialités ont des formations en contraception différentes :

- La gynécologie médicale est la spécialité référente en contraception. Cependant, la majorité des gynécologues concernés par la prescription de contraception dans la région Centre ont une formation initiale en gynécologie-obstétrique (avec possiblement une activité mixte de gynécologie médicale et obstétricale). Cela est probablement dû à l'absence de formation de gynécologues médicaux dans la région durant plusieurs années (de 1984 à 2015).
- La médecine générale est une spécialité globale dont la formation comporte un stage obligatoire en santé de la femme de 3 à 6 mois depuis la réforme de l'internat de 2017. La formation théorique initiale des étudiants en médecine comporte seulement 4 heures de cours sur la contraception. Le manque de formation en gynécologie pousse les médecins généralistes intéressés par la gynécologie à avoir recours à des formations complémentaires (diplômes universitaires (DU), Formation Médicale Continue).
- Les études de maïeutique comportent une formation théorique et pratique en gynécologie et notamment en contraception. Depuis l'élargissement des compétences

des sages-femmes de 2009, les cours de contraception sont obligatoires et leur volume horaire a augmenté. Par exemple, le cursus à l'école de maïeutique de Tours comprend 40 heures de cours sur la contraception. La prescription de COP en continu est d'ailleurs abordée lors de ces cours. Le nombre de stages en consultation gynécologique a également augmenté. Les sages-femmes formées avant 2009 ont donc une formation initiale moins approfondie en contraception. Elles peuvent cependant enrichir leurs connaissances en participant à des DU de formation complémentaire en gynécologie.

b. Accès à la contraception

La plupart des contraceptifs sont remboursés à 65% par l'assurance maladie (voir tableaux 1 et 2), sauf pour les patientes mineures chez qui la délivrance de ces contraceptifs remboursables est anonyme et gratuite sans limite inférieure d'âge(42). En 2012, la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) reconnaît la pilule comme responsable d'un accident vasculaire cérébral survenu chez une jeune patiente porteuse d'une thrombophilie. En conséquence, en 2013, les COP classées en 3^{ème} et autre génération sont déremboursées.

Les principales méthodes contraceptives sont délivrées sur ordonnance, nécessitant par la suite un suivi médical régulier ou un geste technique (pose de SIU/implant), les patientes doivent donc avoir recours à une consultation médicale pour y accéder. Leur choix contraceptif est dépendant de leur capacité d'accès aux soins, de l'information donnée par le prescripteur, qui module son discours selon ses propres représentations.

c. Comment prescrire ?

Suite à la « crise de la pilule » de 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations pour la stratégie globale de choix contraceptif(43) suivie par le CNGOF en 2018(3).

La consultation en contraception doit fournir une information complète sur les moyens contraceptifs disponibles. Leur prescription doit être personnalisée et dépendante du choix de la patiente.

La satisfaction des patientes (souvent dépendante d'une bonne tolérance) permet d'accroître leur observance et de diminuer les arrêts de contraception(44).

Pour la prescription de contraception oestroprogestative, il est recommandé de débiter par une pilule contenant du lévonorgestrel ou du norgestimate avec un dosage minimal compte tenu du

moindre risque de MTEV. Si des problèmes de tolérance apparaissent (notamment des saignements imprévus), le médecin peut soit modifier la dose de la COP soit changer de progestatif et prescrire une pilule de 3^{ème} ou autre génération.

Le CNGOF ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(45) autorisent la prescription de schéma continu dans certaines circonstances médicales (symptômes cataméniaux, ménorragies fonctionnelles, endométriose) mais aussi par convenance personnelle. Les recommandations canadiennes stipulent que les professionnels de santé devraient connaître l'existence des COP en schéma continu et les proposer à leurs patientes (à visée contraceptive, médicale ou par convenance personnelle)(46). Les auteurs insistent sur le fait que les patientes utilisatrices devraient être informées du profil de saignement attendu (c'est-à-dire d'une augmentation des spotting imprévus mais d'une diminution du nombre et de l'abondance des saignements au long cours).

Cependant, aucune indication sur la manière de prescrire n'est donnée pour aider les prescripteurs.

Nous regroupons sous le terme « continu » plusieurs types de schéma de prescription :

- Le schéma « continu » qui correspond à la prise de COP sans période d'arrêt ;
- Le schéma « étendu » correspondant à une durée de prise de principe actif supérieure à 28 jours (exemple : prise de 3 plaquettes de pilule d'affilé) ;
- Le schéma « flexible » qui correspond à une prise de COP quotidienne avec un arrêt seulement lorsque des saignements imprévus surviennent.

En ce qui concerne le packaging des formes orales, les prescripteurs peuvent proposer aux patientes des plaquettes de 21 comprimés actifs ou des plaquettes de 21 comprimés actifs associées à 7 comprimés placebo. Pour le schéma continu, seule Seasonique® est disponible en France et regroupe dans une même plaquette 84 comprimés actifs et 7 comprimés d'EE. Néanmoins, en pratique, la prescription d'un schéma continu est possible en dehors de Seasonique®, soit en prescrivant des plaquettes de 21 comprimés à enchaîner soit en prescrivant une forme avec 7 jours de placebo (qui sont à prendre seulement quand la patiente souhaite avoir une hémorragie de privation). A noter que cette pratique est hors AMM. L'utilisation de patches(23) et d'anneaux vaginaux(47) en schéma continu est également possible, bien que peu étudiée.

La contraception progestative pure est le plus souvent prescrite en cas de contre-indication aux COP car elle est moins bien tolérée (voir les contre-indications aux COP en Annexe 2).

d. Épidémiologie de la contraception en France

D'après le Baromètre Santé 2016(2), 71,9% des femmes françaises sont concernées par la contraception, c'est-à-dire en âge de procréer mais non stériles ni enceintes ayant des rapports hétérosexuels et sans désir de grossesse. 8% d'entre elles n'utilisent pas de moyen pour éviter une grossesse. Parmi celles utilisant un moyen contraceptif, 71,8% ont recours à une contraception médicalisée. La plus utilisée reste la contraception orale (36,5%) malgré les événements de 2012. Son utilisation varie fortement avec l'âge. En effet, elle est de 59,5% chez les femmes de 20-25 ans puis diminue pour n'être plus qu'à 35% chez les 30-35 ans (qui se tournent vers les dispositifs intra-utérins) (Figure 1). La contraception par patchs et anneaux vaginaux est marginale (1,1% des femmes interrogées).

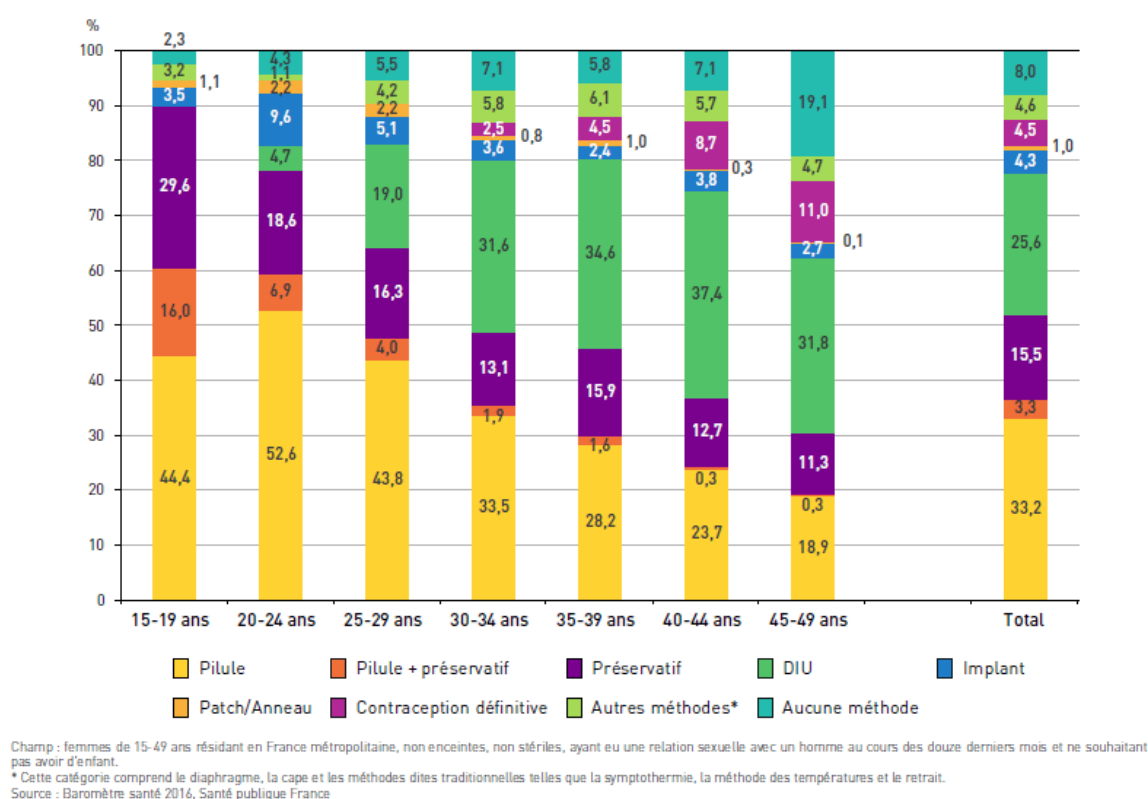


Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (selon le Baromètre Santé 2016)

Cependant, les auteurs ne différencient pas les différents types de contraception orale prescrites contrairement à l'étude *Fécond* de 2013 qui montre que 59% des pilules utilisées étaient des COP de 2^{ème} génération, 25% de 3^{ème} génération et 16% des pilules progestatives(48). Néanmoins, aucune étude française ne différencie les schémas de prise séquentielle et continue.

3) Objectifs de l'étude

La multiplication des schémas de prise associée à un nombre important de contraceptifs oestro-progestatifs sur le marché français (une cinquantaine) a considérablement augmenté les alternatives de prescription de contraception.

Avec ces schémas en continu, nous pouvons espérer que l'alliance de l'efficacité contraceptive à une diminution des épisodes de saignements permettra une amélioration de la qualité de vie de certaines femmes.

Cependant, il n'existe aucune recommandation en faveur d'une association oestro-progestative, de sa durée de prise, de sa posologie ou de sa voie d'administration.

Dans ce contexte, les professionnels de santé proposent-ils des COP en continu à leurs patientes ? Si oui, selon quelles modalités et quel en est leur niveau de connaissances ? L'objectif de notre étude est d'interroger les professionnels de santé sur leurs habitudes de prescription des COP en schéma continu, ainsi que sur leurs connaissances à leur sujet.

III. MATERIELS ET METHODES

1) Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale étudiant les habitudes de prescription des contraceptifs oestro-progestatifs en schéma continu. L'enquête s'est déroulée via un questionnaire entre le 24 mars 2020 et le 30 mai 2020 auprès de professionnels de santé concernés par la prescription de contraceptifs.

2) Population de l'étude

Les prescripteurs de contraception sont essentiellement les gynécologues, médicaux ou obstétricaux, les médecins généralistes et les sages-femmes. Notre population était

majoritairement concentrée sur la région Centre Val de Loire qui comprend les 6 départements suivants : Cher (18), Eure-et-Loir (28), Indre (36), Indre-et-Loire (37), Loir-et-Cher (41) et Loiret (45).

Le panel de professionnels constituant notre population a été sélectionné par l'intermédiaire des listings du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire (CGCVL), du conseil de l'ordre des sages-femmes de la région Centre et du secrétariat universitaire de gynécologie du CHU de Tours qui centralise les inscrits au diplôme inter-universitaire (DIU) de gynécologie pour le médecin généraliste de 2011 à 2020. Ce DIU est conjoint aux facultés de médecine de Tours et de Poitiers.

Ont été inclus :

- Les adhérents gynécologues et médecins généralistes au CGCVL à la date du 24 mars 2020 ;
- Les gynécologues et médecins généralistes participant aux journées de formation du CGCVL mais non adhérents ;
- Toutes les sages-femmes libérales inscrites à l'ordre des sages-femmes de la région Centre au 24 mars 2020 et les sages-femmes participant aux formations du CGCVL ;
- Les promotions de médecins généralistes du DIU de gynécologie pour le médecin généraliste inscrits à la faculté de médecine de Tours de 2011 à 2020.

Ont été exclus :

- Tous les professionnels sus-cités dont l'adresse mail était inexistante ou erronée ;
- Les médecins ou sages-femmes en formation (internes ou étudiants en maïeutique).
- Les adhérents au CGCVL non-gynécologues ni médecins généralistes ou retraités.
- Les participants aux journées de formation du CGCVL non-gynécologues ni médecins généralistes.
- Les promotions de médecins généralistes du DIU de gynécologie pour le médecin généraliste inscrits à la faculté de médecine de Poitiers de 2011 à 2020.

Les 3 sources d'adresses mail ont été retravaillées et assemblées sous la forme d'un seul mailing. Si un professionnel de santé apparaissait 2 fois, l'adresse mail la plus récente était retenue permettant un seul envoi du questionnaire à chaque fois. Pour les professionnels de santé en formation lors de leur participation au DIU, une recherche internet était effectuée : s'ils apparaissaient sous le titre de Docteur en médecine, ils étaient inclus dans l'analyse. S'ils

n'apparaissaient pas, leur nom était recherché dans la liste de choix des internes pour le semestre de mai à octobre 2020. S'ils apparaissaient, ils étaient exclus du mailing.

3) Recueil de données

Les données ont été recueillies via un questionnaire déclaratif (Annexe 3) envoyé par courrier électronique grâce à la boîte mail du CGCVL le 24 mars 2020, le 28 mars 2020, le 11 avril 2020 et le 27 mai 2020. Le début de l'enquête s'est télescopé avec la survenue de la crise sanitaire de la COVID et a fait que les 3 premiers envois de courrier électronique se sont déroulés lors de la période de confinement. Devant un nombre de réponses jugé insuffisant (132), une dernière relance a été faite 2 semaines après le confinement (le 27 mai 2020). Le courrier électronique contenait un lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne (sur le site GoogleForm®), mais également le questionnaire disponible en pièce jointe sous format Word (devant être rempli et renvoyé par mail).

Les données étaient directement anonymisées lors du remplissage du questionnaire. Pour les répondants ayant envoyé leurs réponses par mail, celles-ci étaient retranscrites sur le site GoogleForm® permettant leur anonymisation.

La lettre d'information accompagnant le mail et expliquant la définition de « schéma continu » aux professionnels de santé est disponible en Annexe 4.

Si le professionnel remplissait le questionnaire sur internet, il devait impérativement donner une réponse à la question posée pour pouvoir accéder à la question suivante.

Lors de son élaboration, le questionnaire a été testé sur les 6 médecins du centre d'orthogénie du CHU de Tours permettant de reformuler certaines questions et items des questions à choix multiples (QCM) pour éviter des ambiguïtés de compréhension.

Les données recueillies étaient orientées autour de 4 axes :

- Les caractéristiques des professionnels de santé ;
- La prescription des schémas en continu selon le profil des patientes ;
- Les modalités de prescription (type de schéma, packaging, voie d'administration) ;
- Les connaissances des professionnels de santé sur les schémas en continu.

Après avoir recueilli leurs caractéristiques, les professionnels de santé étaient triés selon leur prescription ou non de COP en schéma continu.

S'ils n'avaient jamais prescrit de schéma en continu, le questionnaire s'arrêtait. Ils pouvaient néanmoins exprimer le motif de cette absence de prescription sous forme de réponse ouverte.

Pour ceux ayant déjà prescrit une COP en schéma continu, le questionnaire se poursuivait.

Les questions étaient posées sous forme QCM, sauf celles portant sur le profil des patientes et sur le packaging de prescription qui étaient sous forme d'échelle de fréquence.

Dans le but d'apprécier les connaissances des professionnels de santé sur la prescription de COP en continu, 6 questions ont été posées : 3 concernaient les recommandations des sociétés savantes, une concernait les AMM et 2 concernaient les bénéfices attendus de ce type de schéma. Les réponses des professionnels de santé ont été transformées en note : une bonne réponse rapportait un point, une mauvaise enlevait un point, à la réponse « ne sais pas » aucun point n'était attribué ni enlevé. Les notes étaient donc comprises entre - 6 et + 6.

Le détail des questions et des bonnes réponses est :

A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu :

Question 1 : est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose (3):

Bonne réponse : Oui

Question 2 : est efficace sur les symptômes cataméniaux (18) :

Bonne réponse : Oui

Question 3 : diminue le risque de grossesse imprévue en cas d'oubli ou de vomissement (23):

Bonne réponse : Oui

Question 4 : a une AMM en contraception quel que soit l'oestro-progestatif :

Bonne réponse : Non

Question 5 : est recommandée dans les dernières RPC du CNGOF pour diminuer le nombre d'hémorragie de privation par convenance personnelle (3):

Bonne réponse : Oui

Question 6 : est recommandée par l'OMS (45) :

Bonne réponse : Oui

4) Analyses

Les données recueillies ont été extraites via le logiciel Google Sheets (Google®) puis copiées sur le logiciel de tableur Excel 2019 (Microsoft ®) pour faciliter les analyses statistiques.

Pour mettre en évidence des profils de prescripteurs, des analyses descriptives ont été réalisées grâce au site internet BiostaTGV (49) en utilisant des tests du Chi-deux et de Fisher. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

Lors des analyses, l'échantillon était divisé en différents sous-groupes selon :

- La spécialité ;
- Le genre du prescripteur ;
- Le type d'exercice ;
- La zone d'exercice ;
- La durée d'exercice.

IV. RÉSULTATS

1) Inclusion

Le questionnaire a été envoyé à 494 des professionnels de santé de notre population :

- 165 gynécologues :
 - 97 adhérents au CGCVL
 - 68 non adhérents au CGCVL
- 171 médecins non-gynécologues :
 - 101 médecins généralistes participants aux journées de formation du CGCVL,
 - 70 médecins généralistes inscrits au DIU de Gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire de Tours entre 2011 et 2019
- 158 sages-femmes :
 - 116 sages-femmes libérales ayant communiqué leur adresse mail à l'Ordre des Sages-femmes de la région Centre ;
 - 42 sages-femmes participant aux journées de formation du CGCVL.

Ont été exclus car ne répondant pas aux critères d'inclusion :

- 11 professionnels dont l'adresse électronique était fausse ou incorrecte (5 sages-femmes et 6 médecins ayant participé au DIU de gynécologie de Tours)
- 56 adhérents au CGCVL (non-gynécologues ni médecins généralistes, les professionnels retraités, internes ou adresse mail non communiquée) ;
- 110 professionnels non adhérents mais participants aux journées de formation du CGCVL (non-gynécologues ni médecins généralistes ou retraités ou adresse mail non communiquée) ;
- 106 sages-femmes inscrites à l'Ordre mais n'ayant pas communiqué leur adresse mail.
- 9 inscrits au DIU de gynécologie de la faculté de médecine de Tours (internes en formation).

2) Caractéristiques générales de la population

145 professionnels de santé ont répondu au questionnaire (soit 29,3% de la population). Afin d'obtenir des groupes d'effectifs comparables, nous avons regroupé les professionnels de santé en 3 groupes de spécialités : gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes (voir figure 2).

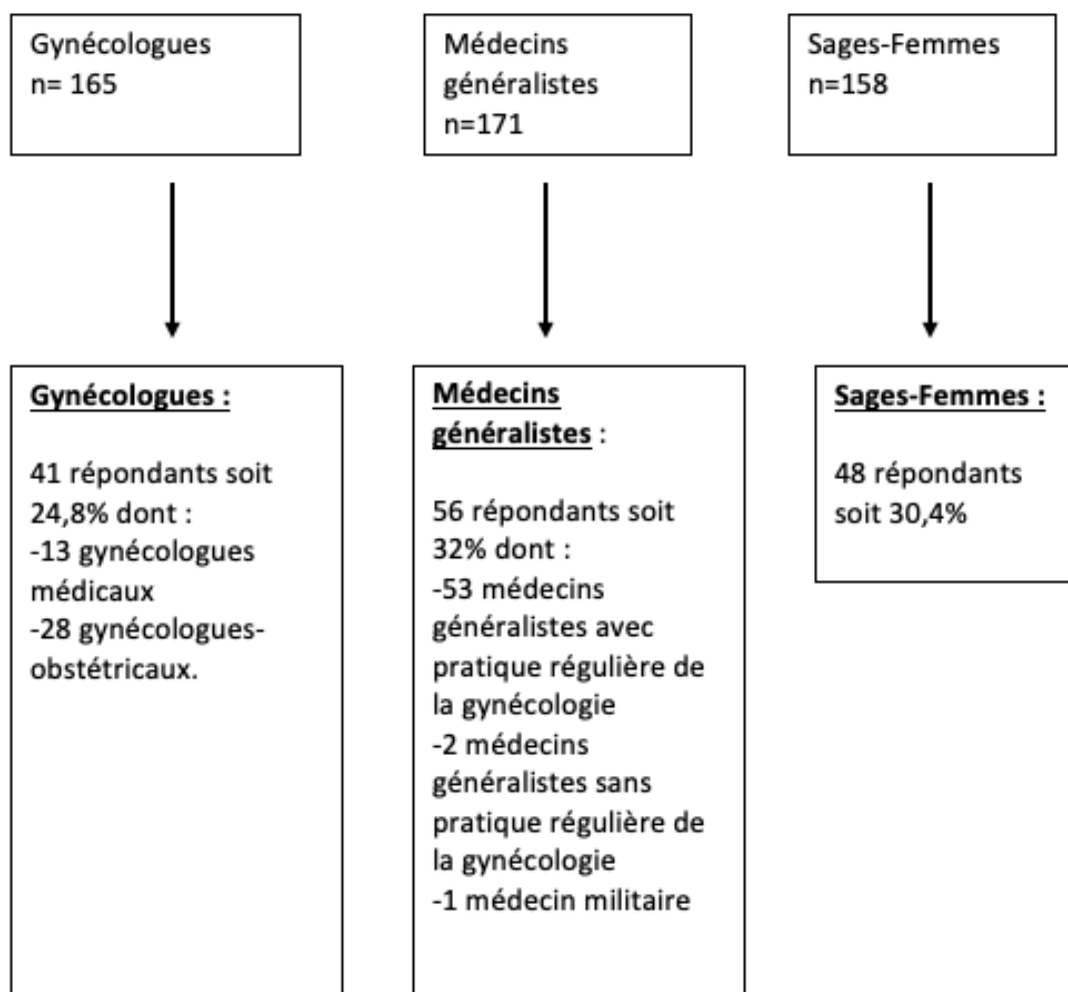


Figure 2 : Pourcentage de réponses selon la spécialité

Pour plus de clarté, nous avons regroupé les professionnels exerçant dans une structure hospitalière et en centre d'orthogénie ou de planification sous le terme « exercice public ». Nous avons également regroupé ceux exerçant en libéral « seuls » avec ceux « exerçant dans une structure regroupant plusieurs professionnels de santé » sous le terme « exercice libéral ». Ceux qui avaient un exercice en structure publique et privée étaient regroupés sous le terme « exercice mixte ».

Le tableau 3 montre les caractéristiques générales de la population de notre étude selon la spécialité.

La majorité des répondants étaient des médecins généralistes (38,6%), puis les sages-femmes (33,1%) puis les gynécologues (28,3%).

125 femmes (86,2%) et 20 hommes (13,8%) ont répondu au questionnaire. Leur durée d'exercice était en moyenne de 16,2 ans (avec une médiane à 13 ans). La majorité exerçait dans

une zone urbaine (59,3%). 45,5% des répondants exerçaient dans l'Indre et Loire (37) et 66,2% avaient une activité libérale exclusive.

Lors de la comparaison des groupes selon la spécialité exercée, on remarque que 95% des gynécologues répondants exerçaient dans une zone urbaine, alors que les médecins généralistes et les sages-femmes avaient une répartition plus équitable entre zone urbaine et semi-urbaine.

Les médecins généralistes avaient une durée d'exercice significativement plus courte (en moyenne 11,8 ans) que les sages-femmes et les gynécologues.

83,5% des professionnels de santé répondeurs avaient déjà prescrit une contraception oestro-progestative en schéma continu dont 90% des gynécologues, 84% des médecins généralistes et 77% des sages-femmes. Il n'y a pas de différence significative selon la durée, la structure ni le lieu d'exercice entre les prescripteurs et les non prescripteurs.

19 professionnels ont exprimé les raisons de leur absence de prescription de COP en schéma continu : 7 se sentaient non concernés par ce type de schéma car prescrivant une contraception seulement en post-partum, 5 ne le prescrivaient pas mais avaient des patientes qui utilisaient ce type de schéma de leur propre initiative. Les autres raisons évoquées étaient la méconnaissance de ce type de schéma, le non-remboursement de la seule pilule ayant une AMM, les effets secondaires (spotting) ou le choix de prescrire des microprogestatifs lors du désir d'aménorrhée.

Tableau 3 : Caractéristiques générales de la population

Caractéristiques de la population		Effectifs totaux (n=145)	Médecin généraliste n=56 (38,6%)	Gynécologue n=41 (28,3%)	Sage-femme n=48 (33,1%)	p-value
Genre	Femme	125 (86,2%)	50 (89,3%)	29 (70,7%)	46 (95,8%)	
	Homme	20 (13,8%)	6 (10,7%)	12 (29,3%)	2 (4,2%)	
Durée d'exercice moyenne (en année)		16,2 (±15,4)	11,8 (±10,2)	20,3 (± 12,2)	18 (±20,8)	
Durée d'exercice (en année)	≤10 ans	68 (46,9%)	36 (64,3%)	13 (31,7%)	19 (39,6%)	p=0,03
	>10 ans	77 (53,1%)	20 (35,7%)	28 (68,3%)	29 (60,4%)	
Type d'exercice	Public	38 (26,2%)	9 (16,1%)	15 (36,6%)	14 (29,2%)	p= 0,1
	Libéral	96 (66,2%)	40 (71,4%)	24 (58,5%)	32 (66,7%)	
	Mixte	11 (7,5%)	7 (12,5%)	2 (4,9%)	2 (4,2%)	
Département	Cher	4 (2,8%)	2 (3,6%)	0 (0%)	2 (4,2%)	
	Eure-et-Loir	12 (8,3%)	3 (5,4%)	2 (4,9%)	7 (14,6%)	
	Indre	4 (2,8%)	2 (3,6%)	0 (0%)	2 (4,2%)	
	Indre-et-Loire	66 (45,5%)	30 (53,6%)	18 (43,9%)	18 (37,5%)	
	Loir-et-Cher	25 (17,2%)	7 (12,5%)	2 (4,9%)	16 (33,3%)	
	Loiret	22 (15,2%)	5 (8,9%)	14 (34,1%)	3 (6,25%)	
	Autres (13,17, 33, 35, 42, 61, 72, 86)	12 (8,3%)	7 (12,5%)	5 (12,2%)	0 (0%)	
Zone d'exercice	Urbaine	86 (59,3%)	29 (51,8%)	39 (95,1%)	18 (37,5%)	
	Semi-urbaine	46 (31,7%)	20 (35,7%)	1 (2,4%)	25 (52,1%)	
	Rurale	13 (9%)	7 (12,5%)	1 (2,4%)	5 (10,4%)	
Prescription de COP en schéma continu	Oui	121 (83,5%)	47 (83,9%)	37 (90,2%)	37 (77,1%)	
	Non	24 (16,5%)	9 (16,1%)	4 (9,8%)	11 (22,9%)	

Les variables continues sont exprimées en moyennes ± écart-type et les variables qualitatives en nombres (n) et pourcentages.
COP : Contraception oestro-progestative

La part des prescriptions de schéma continu parmi les prescriptions de COP était inférieure à 25% dans 72% des cas. Les professionnels exerçant en zone urbaine ou dans une structure publique avaient significativement plus de 25% de leur prescription en schéma continu ($p=0,02$ et $p=0,04$ respectivement). Il n'y a pas de différence selon la durée d'exercice ($p=0,3$) ni la spécialité ($p=0,06$), bien qu'on note une tendance des gynécologues à prescrire plus de schéma

continu parmi leur prescription de COP (40% le prescrivaient à plus de 25% de leurs patientes sans contre-indication contre 17% des médecins généralistes et 30% des sages-femmes).

3) Analyses statistiques descriptives de la population

Dans le but d'obtenir des effectifs suffisants pour permettre les analyses statistiques descriptives ($n \geq 5$), nous avons regroupé certains sous-groupes : par exemple nous avons associé les sous-groupes de zone d'exercice « rurale » et « semi-urbaine » lors de l'analyse en fonction de la zone d'exercice permettant d'atteindre un effectif suffisant pour le comparer au groupe « urbaine ».

Concernant les fréquences de prescription selon le profil de patientes, nous avons regroupé les « jamais » et « rarement » ainsi que les « souvent » et « toujours » permettant d'obtenir 3 groupes : « jamais et rarement », « parfois » et « souvent et toujours ».

Pour les questions relatives à la fréquence de prescription selon le schéma et le packaging, nous avons regroupé en sous-groupes les « parfois » et les « souvent » pour permettre de les comparer au groupe « jamais ».

Concernant les analyses selon le type d'exercice, nous avons exclu les professionnels de santé avec une activité mixte car l'effectif était insuffisant ($n=11$).

a. Profil de patientes

22,3% des prescripteurs proposaient un schéma continu à toutes leurs patientes sans contre-indication aux oestro-progestatifs, cela sans différence significative selon la spécialité, le genre du prescripteur ni la durée, le type ou le lieu d'exercice (Figure 3).

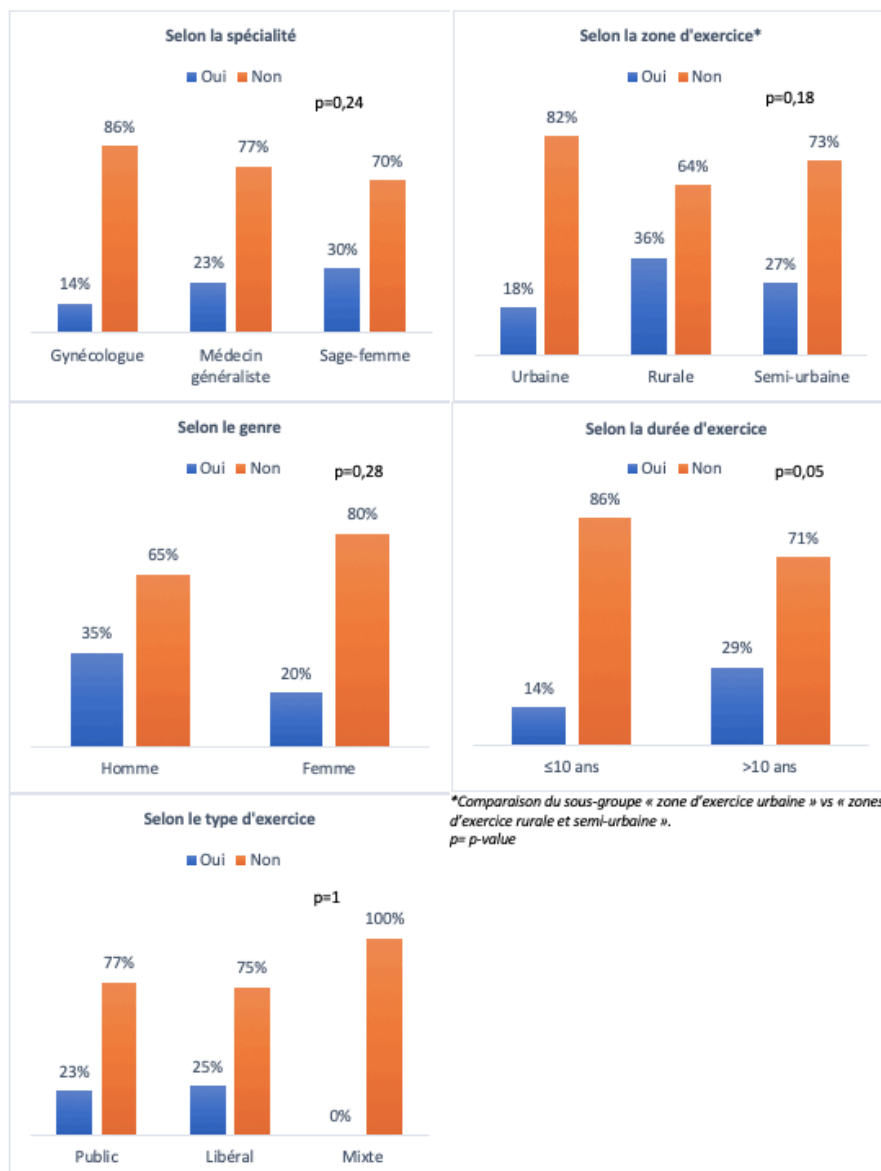


Figure 3 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu à toutes les patientes sans contre-indication.

Pour les 77.7% professionnels de santé qui ne proposaient pas un schéma en continu à toutes leurs patientes sans contre-indication, nous nous sommes intéressées aux profils de patientes qu'ils considéraient éligibles à ce type de schéma (Tableau 4).

Tableau 4 : Fréquence de proposition des COP en schéma continu selon le profil de patiente.

Situations cliniques	Fréquence de proposition		
	Jamais, Rarement	Parfois	Souvent, Toujours
Ménorragies sous COP en discontinu	26 (28%)	34 (36%)	34 (36%)
Ménorragies sans traitement hormonal	48 (51%)	33 (35%)	13 (14%)
Endométriose	14 (15%)	20 (21%)	60 (64%)
Symptômes cataméniaux	18 (19%)	29 (31%)	47 (50%)
Oublis répétés de COP en discontinu	35 (37%)	30 (32%)	29 (31%)
Demande spontanée de la patiente	14 (15%)	28 (30%)	52 (55%)
Désir d'aménorrhée	13 (14%)	29 (31%)	52 (55%)

Les variables qualitatives sont exprimées en nombre (n) et pourcentage.

COP : Contraception oestro-progestative.

Pour les patientes avec des ménorragies sous COP en discontinu, 28% des prescripteurs ne proposaient « jamais » ou « rarement » un schéma en continu, 36% « parfois » et 36% « souvent » ou « toujours ». Il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon la spécialité du prescripteur ni la durée, le type ou la zone d'exercice (Figure 4).

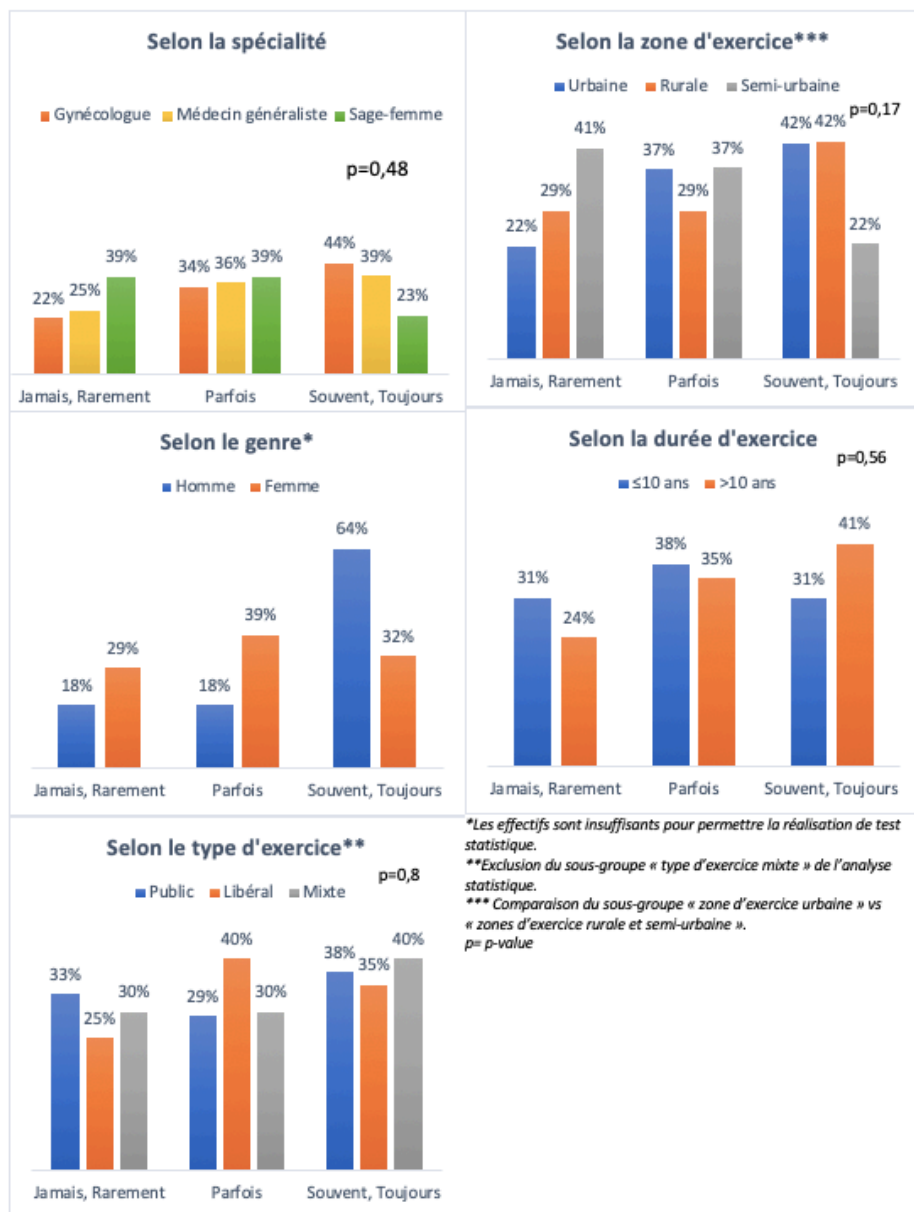


Figure 4 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes présentant des ménorragies sous schéma discontinu.

Pour les patientes présentant des ménorragies sans traitement hormonal, 51% des prescripteurs ne proposaient « jamais » ou « rarement » un schéma en continu, 35% « parfois » et 14% « souvent » ou « toujours » (Figure 5). Aucune analyse statistique n'a été possible compte tenu des faibles effectifs. Cependant, on remarque que près de 60% des médecins généralistes et des sages-femmes ne le proposaient « jamais ou rarement » alors que 40% des gynécologues le

prescrivaient « parfois » et 22% « souvent, toujours ». A noter qu'aucune sage-femme ne le proposait « souvent ou toujours » dans cette indication.

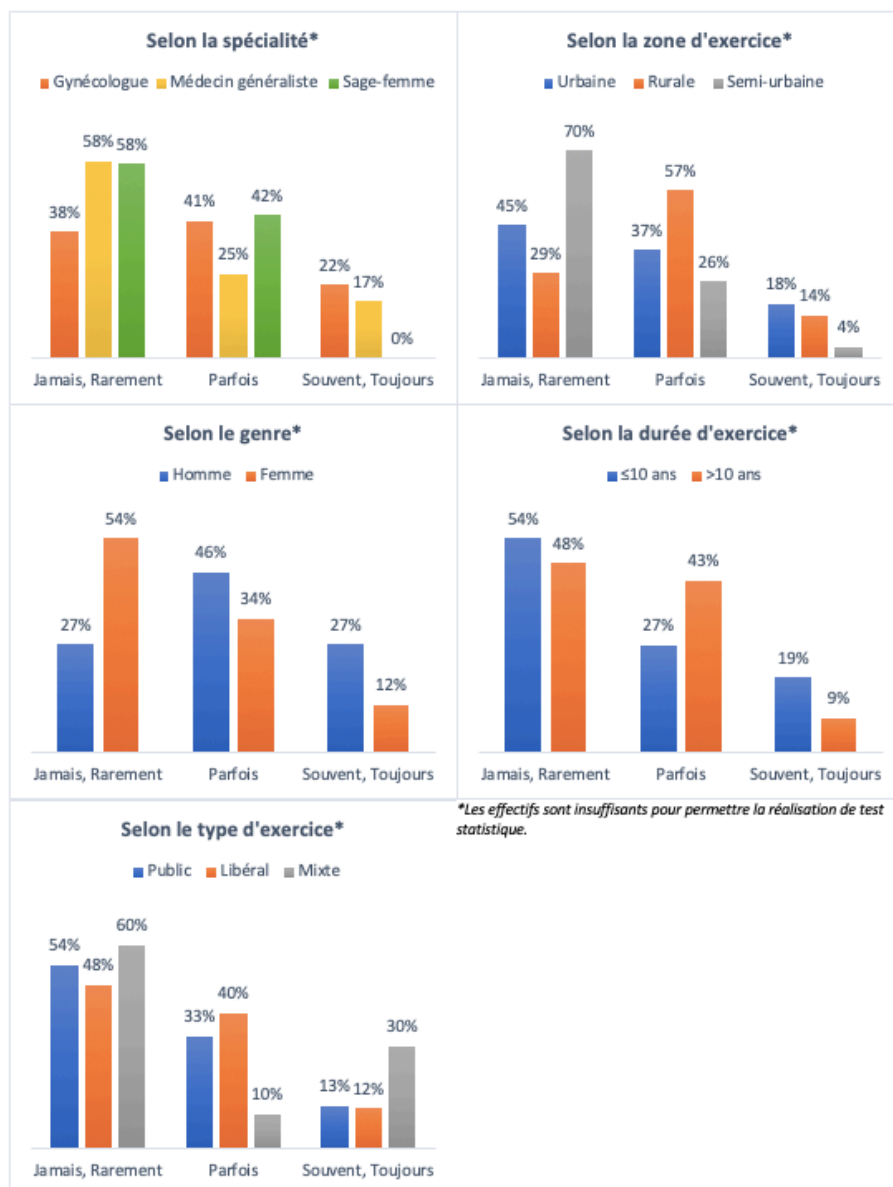


Figure 5 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes présentant des ménorragies sans traitement hormonal

Pour les patientes atteintes d'endométriose ou présentant des symptômes cataméniaux, la majorité des prescripteurs le proposait « souvent ou toujours » (64% et 50% respectivement). Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les différents sous-groupes analysés (Figures 6 et 7). Nous pouvons remarquer que 81% des gynécologues le proposaient aux patientes avec endométriose et 63% si elles présentaient des symptômes cataméniaux. Les professionnels de santé travaillant en zone urbaine avaient également tendance à prescrire plus

un schéma continu « souvent, toujours » en cas d'endométriose, sans différence significative cependant.



Figure 6 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes avec endométriose.

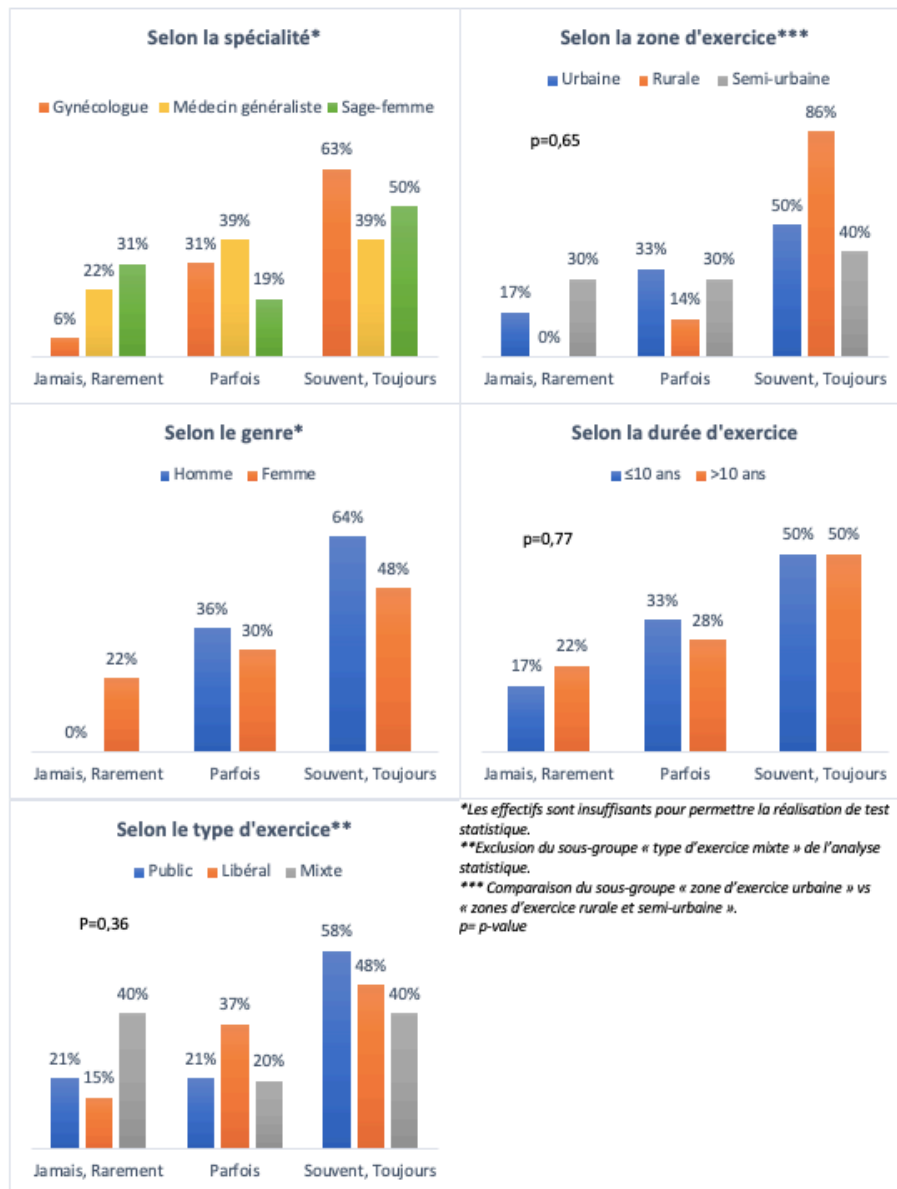


Figure 7 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes présentant des symptômes cataméniaux.

Pour les patientes ayant des difficultés d'observance sous COP discontinue, les comportements des professionnels de santé divergeaient : environ 37% le proposaient « jamais, rarement », 32% « parfois » et 32% « souvent ou toujours ». Il n'y a pas de différence significative de pratique selon la spécialité, le type, le lieu et la durée d'exercice (Figure 8). On peut remarquer que 47% des gynécologues ne le proposaient « jamais ou rarement » dans ce cas.

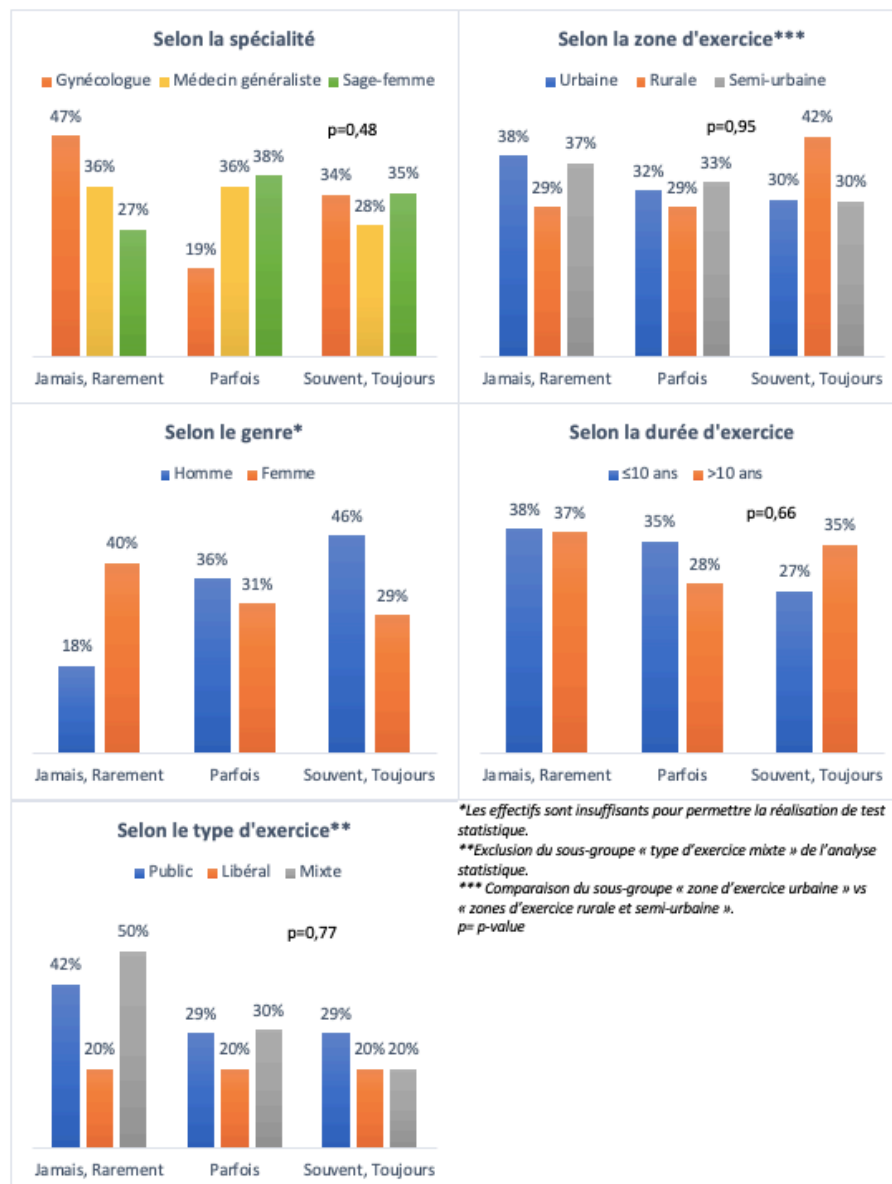


Figure 8 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes avec des oublis répétés de prise en schéma discontinu.

Dans les cas où les patientes avaient un désir d'aménorrhée ou si elles demandaient spontanément une COP en schéma continu, 55% des prescripteurs le prescrivaient « souvent ou toujours » (Figures 9 et 10). Les professionnels de santé exerçant en libéral prescrivaient significativement plus « souvent ou toujours » un schéma en continu si la patiente en faisait la demande que ceux exerçant dans une structure publique ($p=0,047$). On notera que 70% des sages-femmes le proposaient « souvent ou toujours » si la patiente le demandait et jusqu'à 80% si elle désirait une aménorrhée.

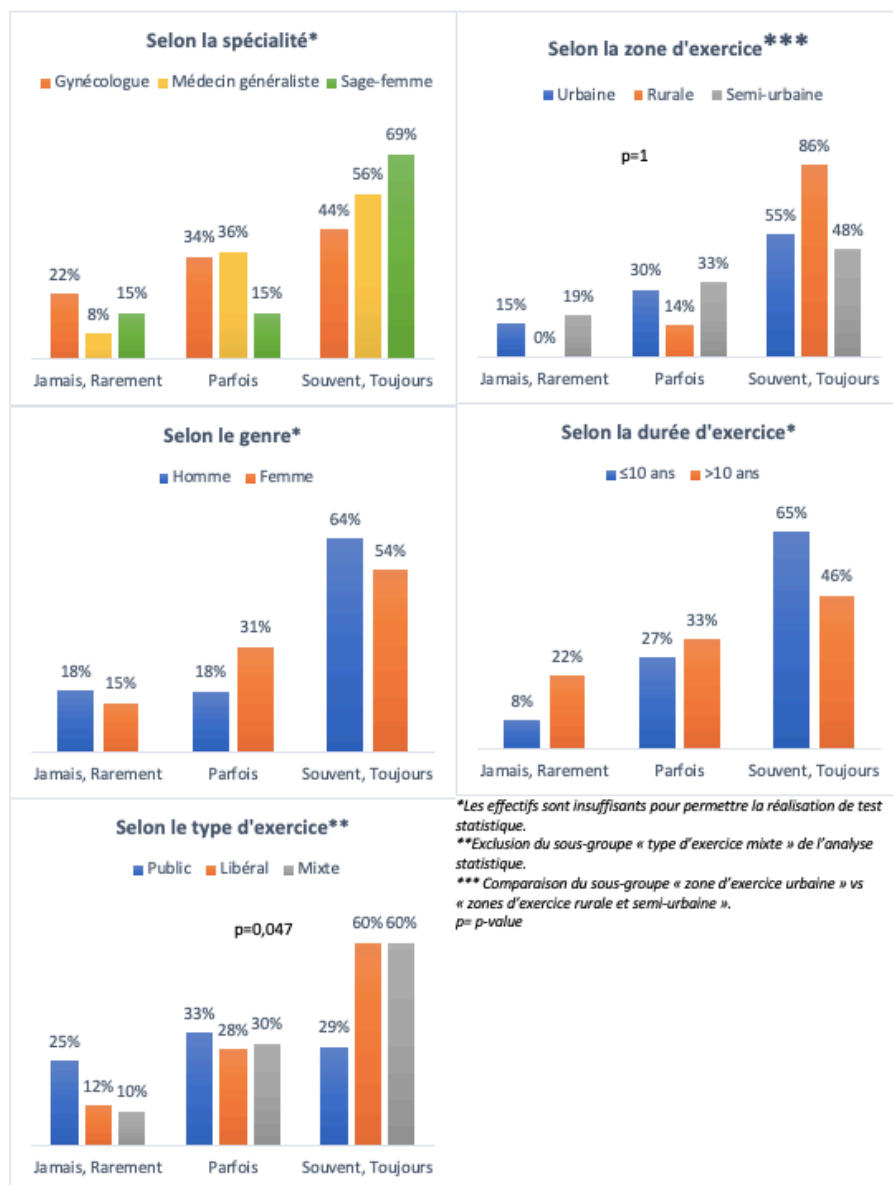


Figure 9 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes en faisant la demande.

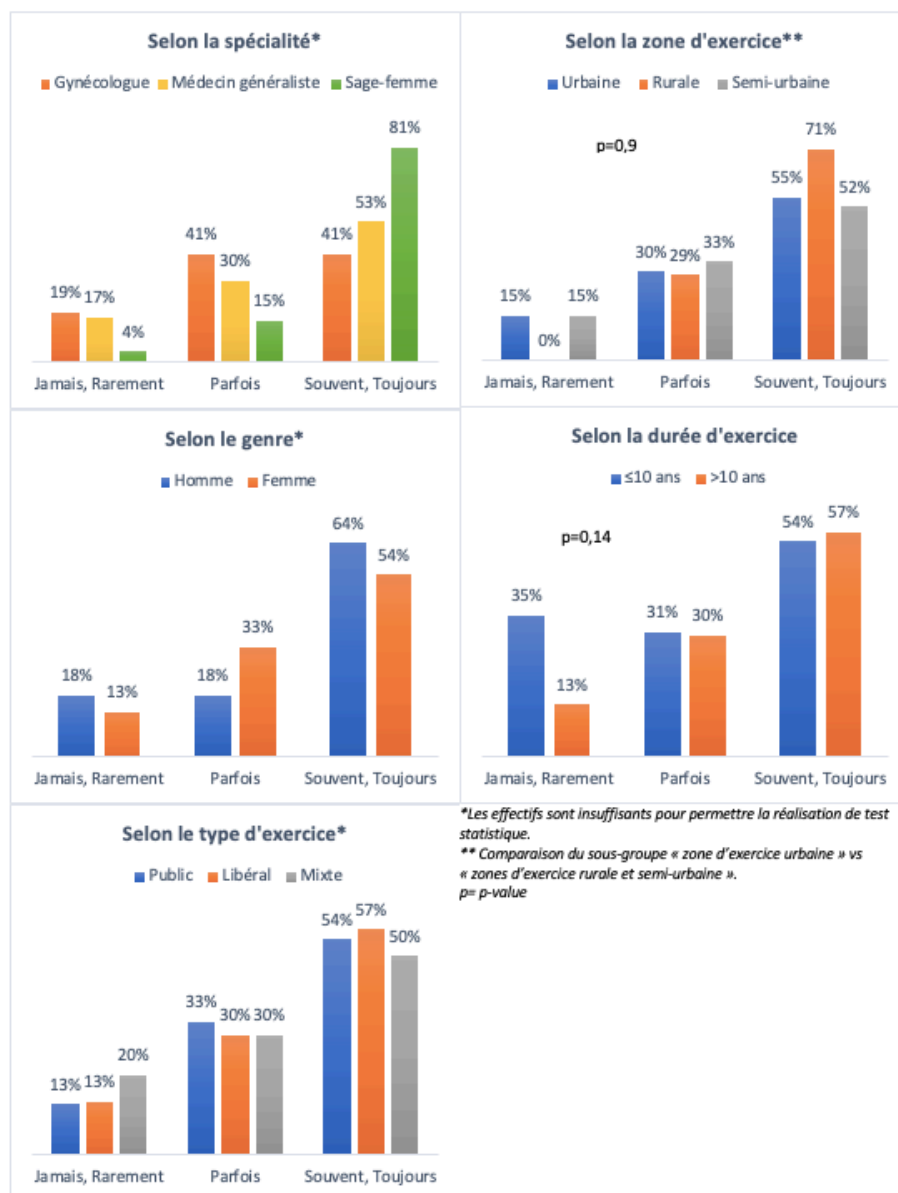


Figure 10 : Proposition de contraception oestro progestative en schéma continu aux patientes désirant une aménorrhée.

b. Modalités de prescription des schémas de COP en continu

Comme nous l'avons vu précédemment, les COP sont disponibles sous différentes voies d'administration et packaging. Les schémas en continu regroupent différents schémas de prescription (continu, étendu et flexible).

Le schéma le plus proposé par les professionnels de santé était celui étendu (70%) suivi par celui continu (56%). Seasonique® n'était jamais prescrite par 62% d'entre eux (Tableau 5).

Tableau 5 : Prescription des différents schémas de prise de contraception oestro-progestative.

	Schéma continu	Schéma étendu	Schéma flexible	Seasonique®
OUI	68 (56%)	85 (70%)	26 (22%)	46 (38%)
NON	53 (44%)	36 (30%)	95 (78%)	75 (62%)

Variables qualitatives en nombres (n) et pourcentages

La majorité des médecins généralistes proposaient un schéma étendu (80%). La moitié des gynécologues (49%) proposaient la pilule Seasonique® à leurs patientes, sans différence significative cependant (Figure 11).

Concernant le schéma en continu, il y avait significativement plus de prescripteurs exerçant en zone urbaine qu'en zone rurale ou semi-urbaine ($p=0,025$). Il n'y a pas de différence de prescription selon la spécialité, le genre, le type ni la durée d'exercice.

Bien que Seasonique® soit une pilule apparentée au schéma étendu, puisque tous les 3 mois il y a un arrêt des progestatifs avec une poursuite d'EE à faible dose permettant une hémorragie de privation, 14 professionnels de santé (29%) proposant Seasonique® ne proposaient pas de schéma étendu à leurs patientes. A l'inverse 53 professionnels (62%) proposaient un schéma étendu mais pas Seasonique® à leurs patientes.

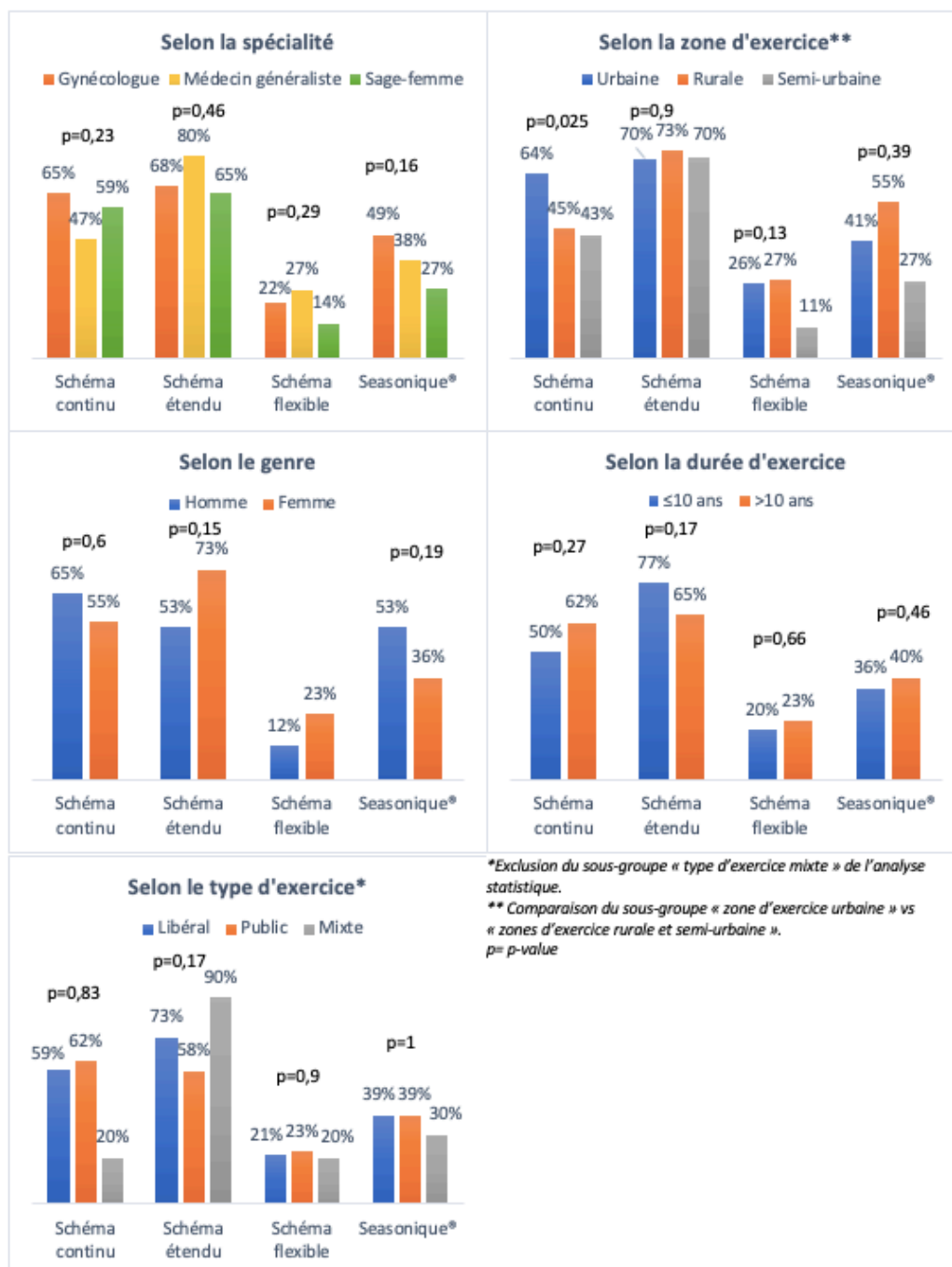


Figure 11 : Proposition des différentes modalités de prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu

Sur les 104 professionnels de santé prescrivant des schémas avec des périodes d'arrêt de contraceptif (schémas étendu et flexible), 84 (80,8%) recommandaient cet arrêt pendant 7 jours.

Les 20 autres répondants proposaient des périodes d'arrêt plus courtes (entre 3 et 6 jours) ou variables pour 9% d'entre eux.

Nous nous sommes ensuite intéressées au type de packaging que les professionnels de santé proposaient à leurs patientes ainsi qu'à la fréquence de ces propositions.

La voie orale sous forme de 21 comprimés était proposée « souvent » par 74% d'entre eux, tandis que 50% ne proposaient « jamais » Seasonique®. Les voies d'administration par patch transdermique et par anneau vaginal ne sont « jamais » proposées dans 57% et 46% des cas respectivement (Figure 12).

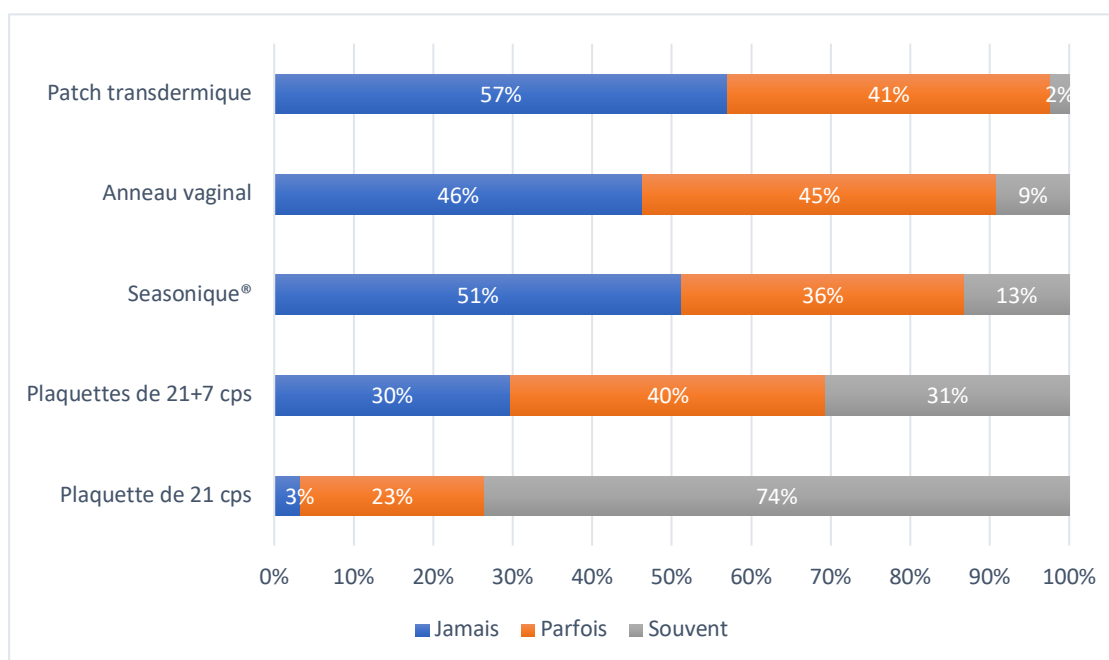


Figure 12 : Fréquence de prescription des différents types de packaging (en pourcentage)

Nous avons analysé les types de packaging proposés selon les caractéristiques des professionnels de santé. Comme dit précédemment, les sous-groupes « parfois » et « toujours » ont été regroupés lorsque cela était nécessaire pour permettre des analyses statistiques. Si

l'effectif du sous-groupe « jamais » ou « parfois, souvent » était inférieur à 5, l'analyse statistique n'était pas réalisée.

Concernant la pilule sous forme de plaquettes de 21 comprimés actifs, aucune analyse n'était possible compte tenu de sa prescription fréquente, les sous-groupes « jamais » n'avaient pas d'effectif suffisant (Figure 13).

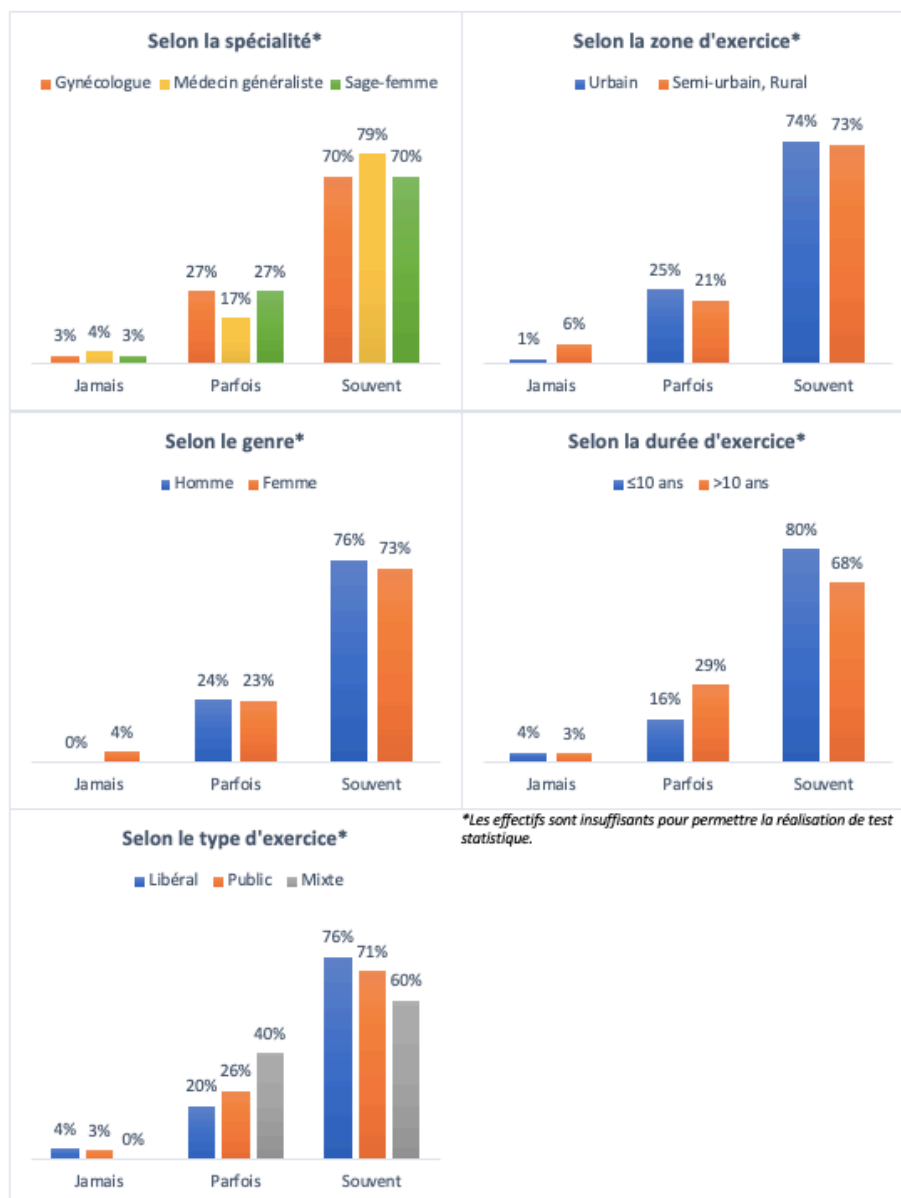


Figure 13 : Prescription de plaquettes de 21 comprimés.

La pilule sous forme de plaquette de 21 comprimés actifs suivis par 7 jours de comprimés placebo (à prendre seulement lors d'un désir d'hémorragie de privation) était significativement prescrite « souvent » par les sages-femmes ($p=0,007$). Les gynécologues ont plus tendance à la

proposer « jamais » ou « parfois » et les médecins généralistes « parfois ». Il n'a pas été mis en évidence de différence selon le genre, le type, la structure ni la durée d'exercice (Figure 14).

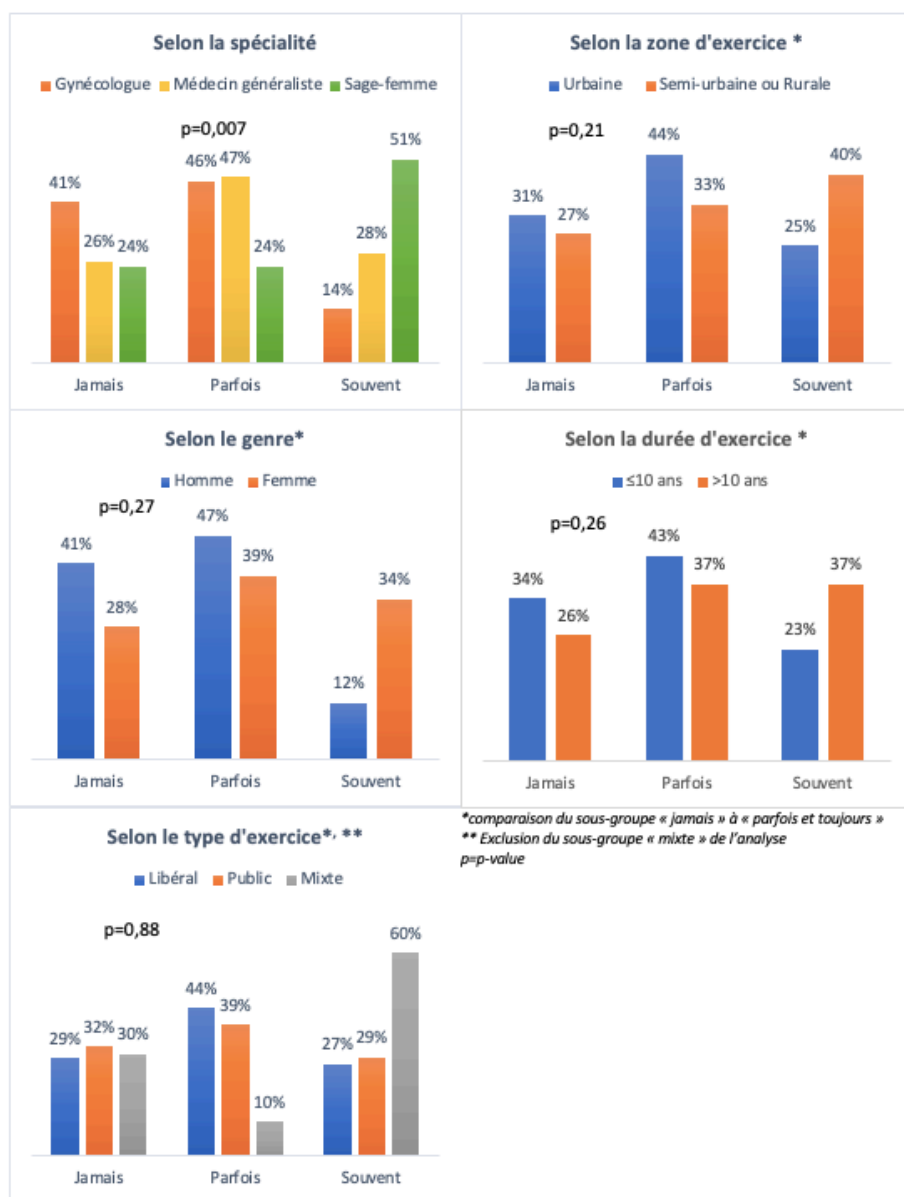


Figure 14 : Prescription de plaquettes de 21 comprimés et 7 comprimés placebos (à ne prendre que si désir d'hémorragie de privation)

La pilule Seasonique® n'était significativement « jamais » proposée par les sages-femmes ($p<0,03$) alors que les médecins généralistes et les gynécologues la proposaient « parfois ou

souvent » pour 52% et 62% d'entre eux respectivement. Il n'a pas été mis en évidence de différence selon le genre, le type, la structure ni la durée d'exercice (Figure 15).

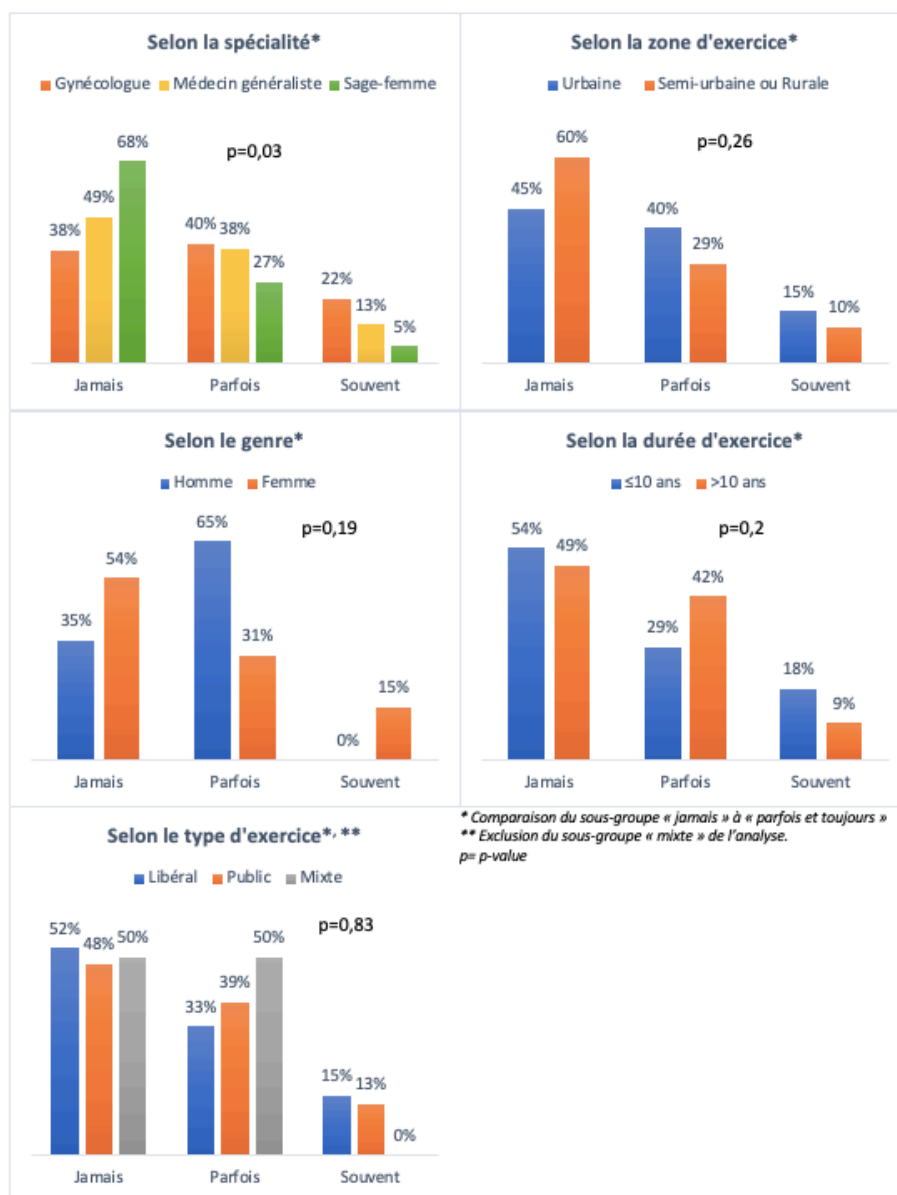


Figure 15 : Pourcentage de prescription de Seasonique®

La voie d'administration sous forme d'anneau vaginal était significativement prescrite « parfois, souvent » par les gynécologues et les sages-femmes alors qu'elle ne l'est « jamais » pour la majorité des médecins généralistes ($p < 0,001$). Il n'a pas été mis en évidence de différence selon le genre, le type, la structure ni la durée d'exercice (Figure 16). Nous pouvons cependant remarquer que sa prescription semblait varier selon la durée d'exercice. En effet, les professionnels exerçant depuis plus de 10 ans la proposaient « souvent ou toujours » dans 62%

des cas alors que 55% de ceux ayant une expérience inférieure ou égale à 10 ans ne la proposaient « jamais ».

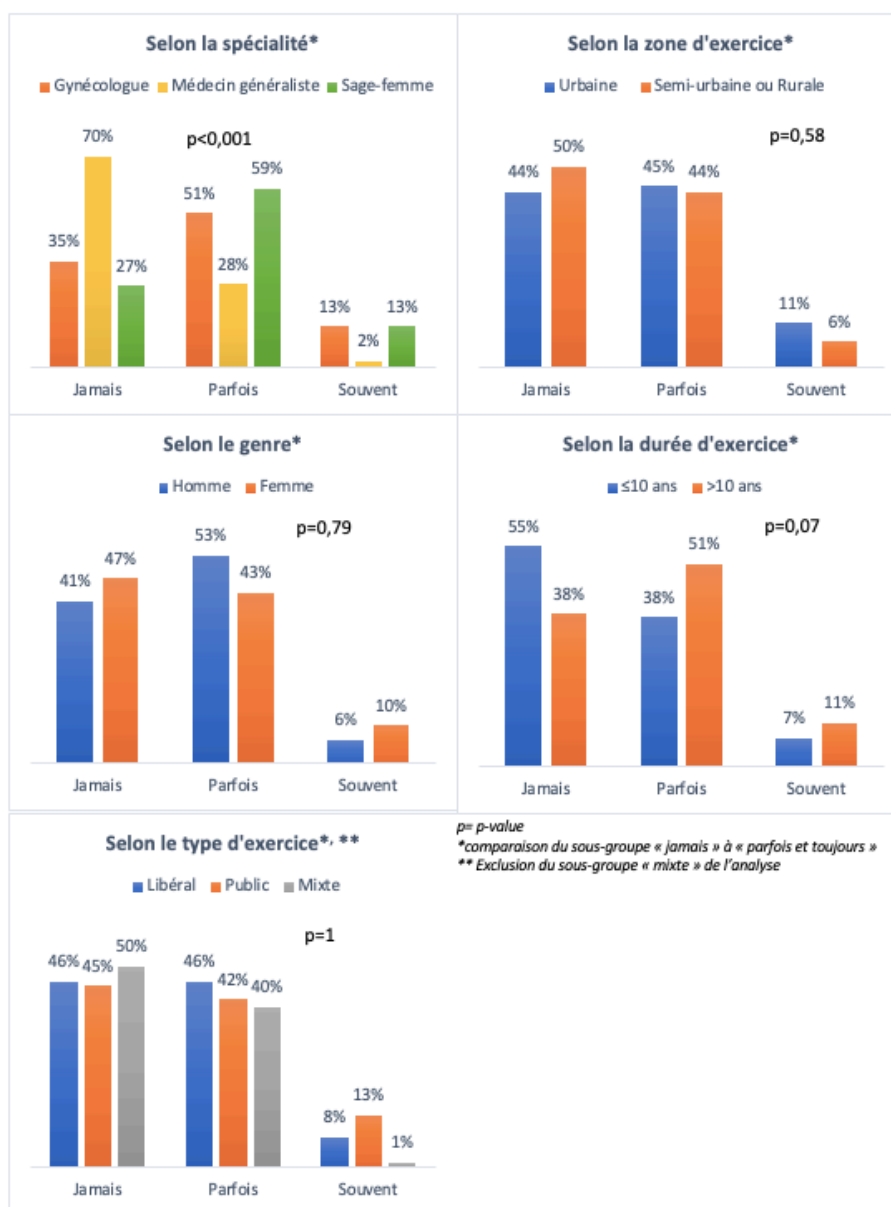


Figure 16 : Pourcentage de prescription d'anneau vaginal

Concernant le patch transdermique, il n'a pas été mis en évidence de différence selon la spécialité, le genre, le type, la structure ni la durée d'exercice (Figure17). Cependant, nous

pouvons remarquer que 70% des médecins généralistes ne le proposaient « jamais ». Il en est de même pour les professionnels exerçant en libéral puisque 61% ne le proposaient « jamais ».

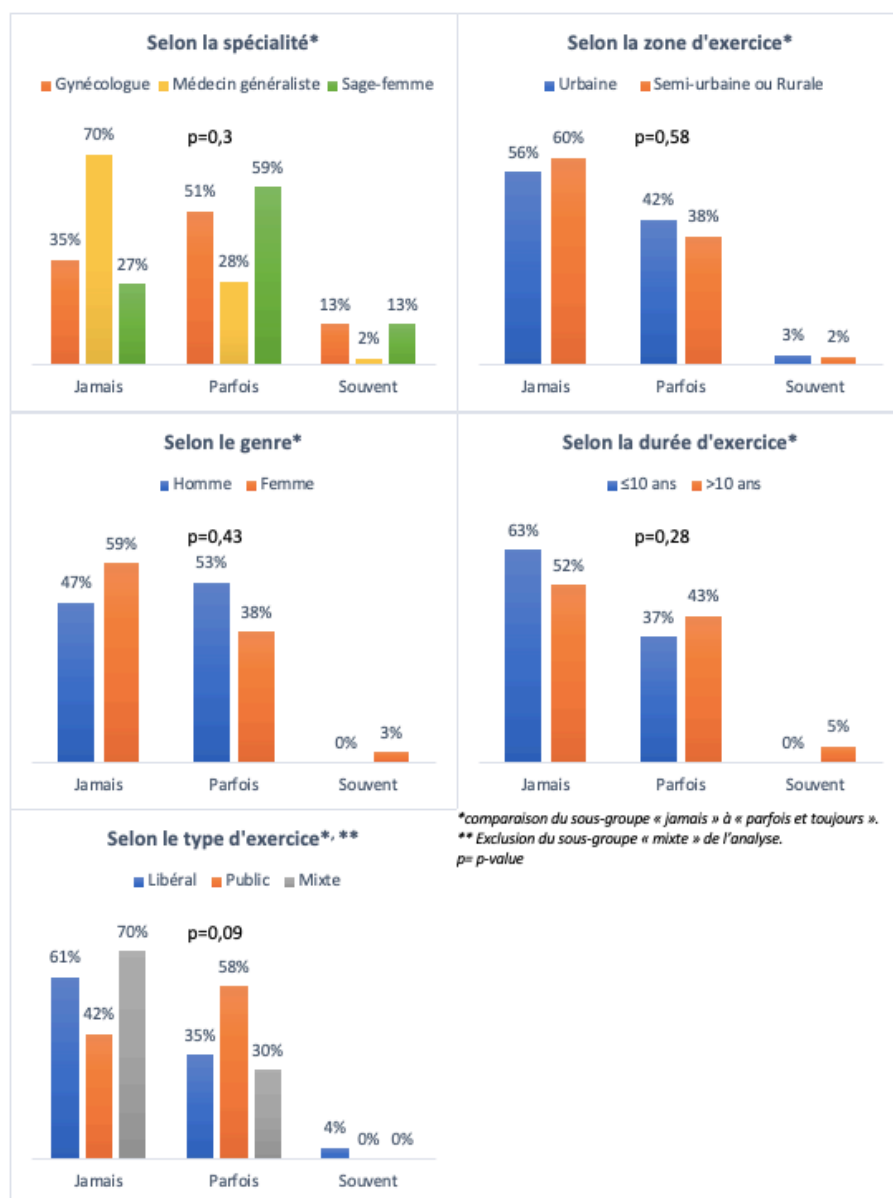


Figure 17 : Pourcentage de prescription de patch transdermique

c. Connaissances des professionnels de santé sur la prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu

Les professionnels de santé devaient répondre à 6 questions sur les oestro-progestatifs en schéma continu. Cela permettait de leur attribuer une note comprise entre -6 et 6. La note maximale obtenue par les professionnels était de 6 et celle minimale de -2.

Les résultats sont présentés dans la figure 18.

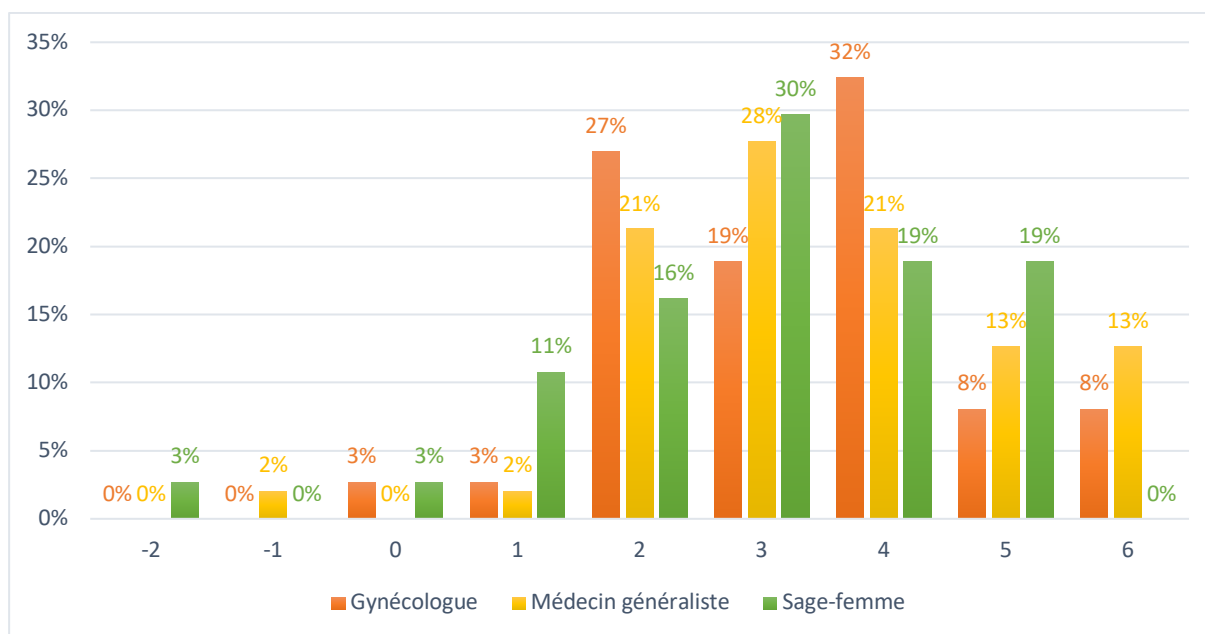
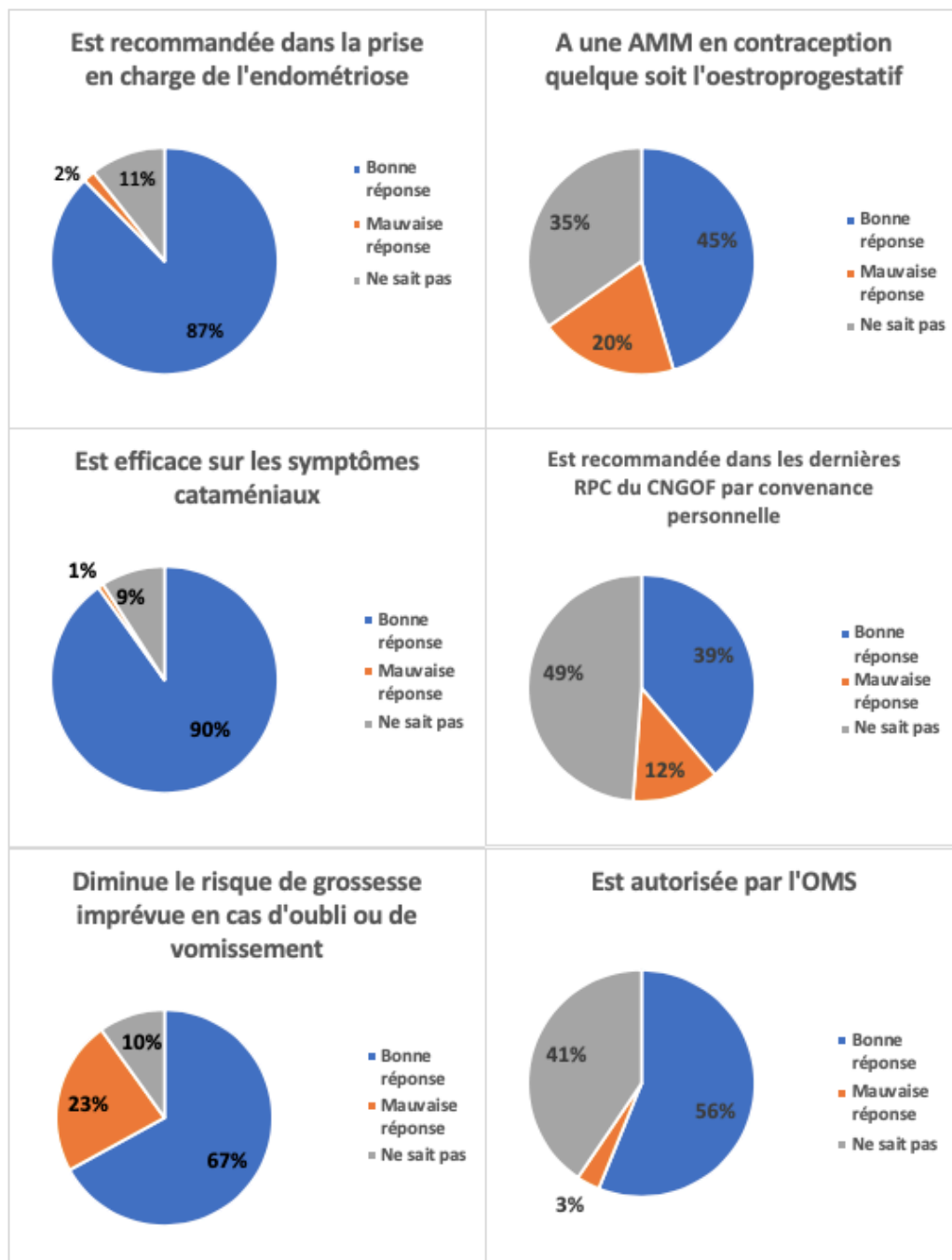


Figure 18 : Notes attribuées aux professionnels de santé selon leur spécialité.

Le détail des bonnes et mauvaises réponses selon les questions est visible figure 19.



AMM : Autorisation de mise sur le marché ; CNGOF : Collège National des gynécologues et obstétriciens français ; OMS : Organisation mondiale de la Santé ; RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

Figure 19 : Réponses des professionnels de santé concernant la contraception oestro-progestative en schéma continu (en pourcentage)

La moyenne était de 3,3 ($\pm 1,5$). Les sages-femmes ont une moyenne de 3 ($\pm 1,6$), les médecins généralistes de 3,5 ($\pm 1,5$) et les gynécologues de 3,3 ($\pm 1,4$).

Les bonnes réponses selon les différents sous-groupes sont visibles figures 20 et 21.

A la première question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose », 87% des répondants ont répondu la

bonne réponse : « oui ». Il n'y a pas de différence significative selon la zone ni la durée d'exercice.

A la question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu est efficace sur les symptômes cataméniaux », 90% ont répondu « oui », qui était la bonne réponse. Il n'y a pas de différence significative selon la zone d'exercice.

A la question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu diminue le risque de grossesse imprévue en cas d'oubli ou de vomissement », 67% ont donné la bonne réponse « oui » et 23% la mauvaise réponse. Il n'y a pas de différence significative selon le type, la zone ni la durée d'exercice.

A la question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu a une AMM en contraception quel que soit l'estro-progestatif », seuls 45% des répondants ont donné la bonne réponse qui était « non ». Il n'y a pas de différence significative selon la spécialité, le genre ni le type, la zone et la durée d'exercice.

A la question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu est recommandée dans les dernières RPC du CNGOF pour diminuer le nombre d'hémorragies de privation par convenance personnelle », 39% des répondants ont donné la bonne réponse « oui » et 49% ne savaient pas répondre à la question. Ceux exerçant en milieu urbain ont significativement mieux répondu que ceux en zone semi urbaine ou rurale ($p=0,017$) et les professionnels de genre masculin ont également mieux répondu que les femmes ($p=0,03$). Il n'a pas été mis en évidence de différence selon la spécialité ni le type ni la durée d'exercice.

A la dernière question : « A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu est recommandée par l'OMS », 56% ont répondu la bonne réponse « oui » et 41% ne savaient pas y répondre. Les professionnels exerçant dans des structures publiques ont significativement mieux répondu que ceux en libéral ($p=0,04$). Il n'a pas été mis en évidence de différence selon la spécialité, le genre ni la zone et la durée d'exercice.



p=p-value

Rappel des questions : A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu :

Question 1 : est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose

Question 2 : est efficace sur les symptômes cataméniaux

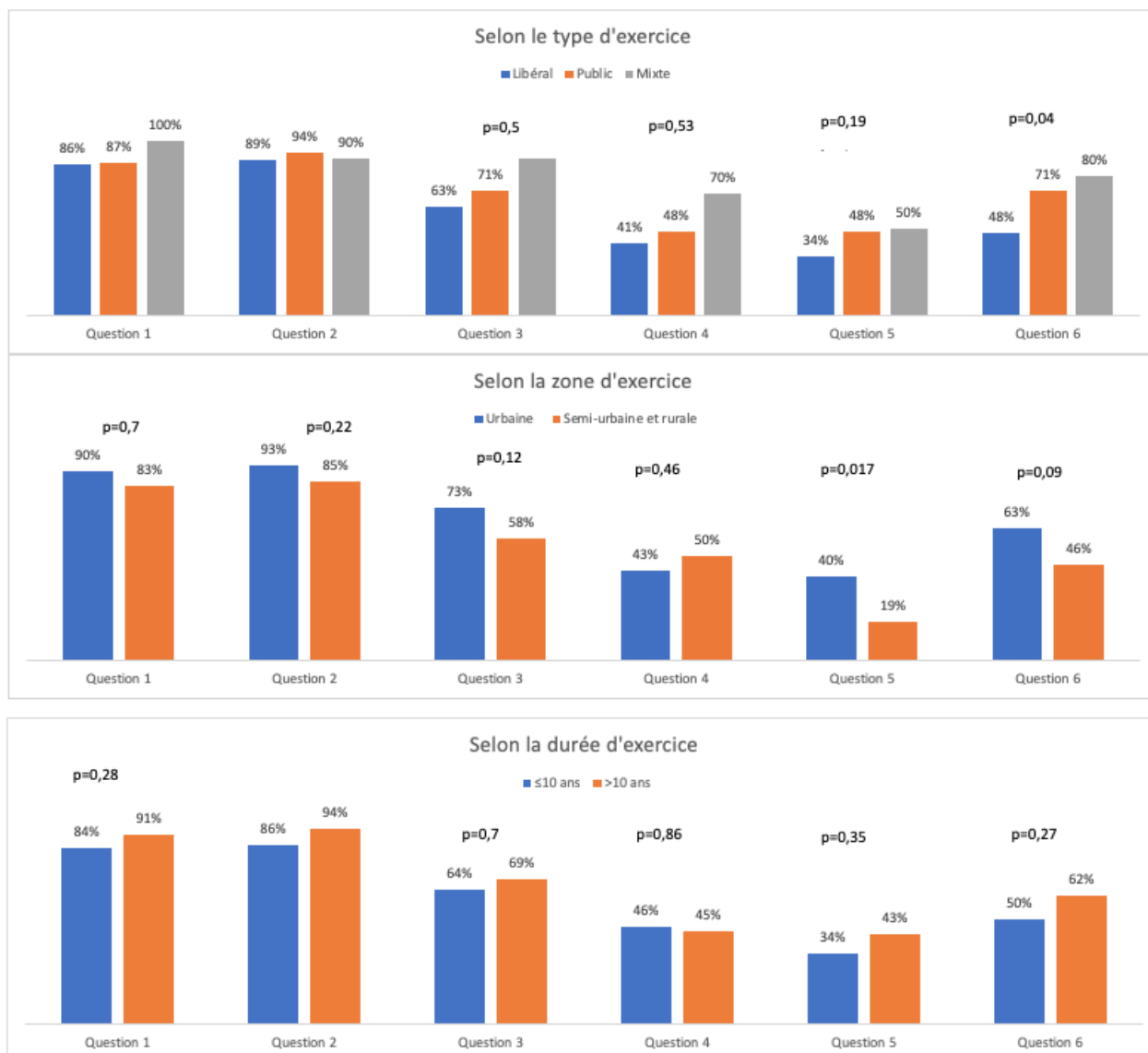
Question 3 : diminue le risque de grossesse imprévue en cas d'oubli ou de vomissement

Question 4 : a une AMM en contraception quel que soit l'oestro-progestatif

Question 5 : est recommandée dans les dernières RPC du CNGOF pour diminuer le nombre d'hémorragie de privation par convenance personnelle

Question 6 : est recommandée par l'OMS

Figure 20 : Pourcentages de bonnes réponses selon la spécialité et le genre



p=p-value

Rappel des questions : A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu :

Question 1 : est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose

Question 2 : est efficace sur les symptômes cataméniaux

Question 3 : diminue le risque de grossesse imprévue en cas d'oubli ou de vomissement

Question 4 : a une AMM en contraception quel que soit l'oestro-progestatif

Question 5 : est recommandée dans les dernières RPC du CNGOF pour diminuer le nombre d'hémorragie de privation par convenance personnelle

Question 6 : est recommandée par l'OMS

Figure 21 : Pourcentages de bonnes réponses selon le type, la zone et la durée d'exercice.

V. DISCUSSION

1) Population de l'étude

a. Représentativité de l'échantillon

La population interrogée était composée de médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, professions les plus concernées par la prescription de contraception.

L'Ordre des médecins a recensé en 2018 dans la région Centre-Val-de-Loire 201 gynécologues répartis en : 21 gynécologues médicaux, 148 gynécologues-obstétricaux et 32 gynécologues ayant une activité mixte (obstétricale et médicale)(50). Comme vu précédemment, ce sont principalement les gynécologues médicaux ou ceux ayant une activité mixte qui sont prescripteurs de contraception. Parmi eux, 60% avaient avec une activité libérale et 44% exerçaient dans l'Indre-et-Loire. En 2015, la gynécologie médicale était représentée par des femmes à 76% avec un âge moyen de 61 ans(51). Ces données sont concordantes avec celles de notre étude. En effet, 18% des gynécologues de la région ont répondu à notre questionnaire, dont 11 gynécologues médicaux (soit 52% des gynécologues médicaux de la région). 70% étaient des femmes, 58% exerçaient en libéral et leur durée d'exercice moyenne était de 20,3 ans. Nous pouvons donc penser que le recrutement via le CGCVL a permis d'avoir un échantillon représentatif des gynécologues prescripteurs de contraception de la région.

En 2018, l'Ordre des médecins a recensé 2725 médecins généralistes dont 57% avaient une activité libérale(50). Notre échantillon est donc composé seulement de 2% d'entre eux. Il est difficile de connaître la proportion de médecins généralistes pratiquant la gynécologie sur notre territoire. Une revue de la littérature a montré que 64 à 96% des médecins généralistes déclaraient avoir une activité gynécologique mais seulement 78% initiaient une contraception (52). Le recrutement de notre population par le biais du DIU de gynécologie de Tours et de la participation aux journées de formation du CGCVL a permis de sélectionner des médecins avec une pratique régulière de la gynécologie (53 des 56 médecins généralistes répondants). La réponse à la question liée à la pratique régulière de la gynécologie laisse à penser que cette pratique inclut la contraception mais ne nous permet pas de l'assurer car l'âge moyen de la patientèle de ces médecins est directement lié aux besoins contraceptifs ou non de ces femmes. 56% des médecins généralistes en région Centre étaient des femmes en 2018. La sur représentation des femmes dans notre étude (70%) peut être en partie expliquée par la

féménisation de la profession et par l'intérêt de ces professionnelles à la pratique de la gynécologie. En effet, 44% des médecins généralistes en groupe ou maison de santé déclarent un professionnel réalisant des consultations à motif gynécologique. Ces dernières sont majoritairement des femmes (76% des cas) et sont 2 fois plus nombreuses à avoir une formation complémentaire en gynécologie (52).

En 2016, l'âge moyen des médecins généralistes de la région était de 53 ans(53). Cependant, dans notre étude, leur durée moyenne d'exercice était de 11,8 ans. Celle-ci est inférieure à celle des gynécologues et des sages-femmes probablement en lien avec notre recrutement via le DIU de gynécologie. En effet, ce sont principalement des internes ou des jeunes médecins généralistes qui participent à cette formation. Bien que les médecins généralistes prescrivent des contraceptifs depuis longtemps, le non-remplacement des gynécologues médicaux lors de leur départ en retraite augmente la demande de prise en charge de la gynécologie par les médecins généralistes qui complètent leur formation initiale par un DIU de gynécologie.

Nous pouvons donc penser que notre étude n'est pas le reflet de la pratique contraceptive de tous les médecins généralistes de la région Centre mais celui de professionnels intéressés par la gynécologie, qui se sont formés (ou continuent à se former) pour améliorer leurs connaissances et les adapter à leurs pratiques.

En 2017, la région Centre Val de Loire comptait 780 sages-femmes dont 590 avaient une activité salariée et 139 une activité libérale exclusive(54). Le nombre de sages-femmes libérales a augmenté puisqu'en 2020 255 sages-femmes libérales étaient répertoriées dans la région Centre par l'Ordre National des Sages-Femmes(55). Nous ne savons pas si cette augmentation du nombre de sages-femmes libérales s'est fait au détriment du nombre de celles salariées ou s'il s'agit de nouvelles inscriptions à l'ordre de notre région. Dans notre étude, 67% des sages-femmes avaient une activité libérale ou mixte (ce qui représente 13,3% des sages-femmes de la région). Cette sur représentation des sages-femmes libérales est liée à notre recrutement basé en grande partie sur l'annuaire mis en ligne par l'ordre national des sages-femmes. Le pourcentage élevé de sages-femmes de sexe féminin dans notre étude (95%) est concordant avec les données de l'Ordre puisqu'en 2017 seulement 3,2% des sages-femmes étaient des hommes(54).

On ne peut pas savoir si notre échantillon est représentatif de la population des sages-femmes. Cependant, celles qui ont répondu sont majoritairement impliquées dans la prescription de contraception en général puisqu'elles sont au moins 77% à en prescrire.

b. Prescription de contraception oestro-progestative en schéma continu

Une large partie des professionnels avait déjà prescrit une COP en schéma continu (83,5%). Cela confirme les données de 2 études américaines réalisées en 2006 (56) et 2011 (57) qui montraient que 81% des prescripteurs proposaient une COP en schéma étendu (dont 30% fréquemment).

Cependant, la proposition de schéma en continu semble varier selon la spécialité (90% des gynécologues les prescrivaient contre 84% des généralistes et 77% des sages-femmes). Wiegratz et al (58) a montré que 99,5% des gynécologues allemands avaient déjà prescrit un schéma continu. Dans l'étude de Sulak et al (56), les gynécologues (médicaux et obstétricaux) prescrivaient également plus ce type de schéma que les autres spécialités (dont les médecins généralistes).

Selon les recommandations HAS de 2019 (43), la prescription de contraception doit résulter « du choix personnalisé de la patiente après une information éclairée ». En d'autres termes, le praticien doit exposer toutes les contraceptions auxquelles la patiente peut prétendre (dans le respect des contre-indications) pour que celle-ci puisse choisir celle la plus adaptée. Cependant, dans notre étude, seulement 22,3% des prescripteurs le proposaient à toutes leurs patientes sans contre-indication aux oestro-progestatifs. Cela confirme les résultats d'une étude américaine réalisée en 2004 montrant que 78% des femmes n'avaient jamais entendu parler de la possibilité de supprimer les saignements avec une COP(7). Pourtant en 1999, de Tonkelaar and Oddens(11) montraient qu'environ 70% des femmes souhaitaient avoir des menstruations moins d'une fois par mois (avec une augmentation de ce désir avec l'âge). Il en est de même dans une étude allemande qui montrait que seules 26-35% des femmes souhaitaient avoir des saignements mensuels (32-54% souhaitaient supprimer leur saignement sporadiquement et 11-14% pendant une période plus longue) (58).

L'absence de proposition systématique de ce type de schéma aux patientes éligibles peut être une des explications à la faible proportion de schéma en continu parmi les prescriptions de COP (inférieures à 25% pour 66% des professionnels). Nous ne sommes pas en mesure de savoir si les professionnels interrogés assurent leur rôle de counseling en proposant tout ce qui existe et en laissant le choix aux femmes de la décision finale, sous réserve des contre-indications médicales.

Le facteur temps est un des facteurs potentiellement limitant dans le conseil contraceptif et peut contribuer à la réduction des informations délivrées aux femmes pour éclairer leur choix. Une nouvelle cotation de consultation de première contraception (CPP valorisée 46€) a été mise en

place en 2017(59) afin d'offrir plus de temps aux professionnels. Cette consultation longue pourrait permettre, si le temps nécessaire a été bloqué par le professionnel sous réserve qu'il connaisse le motif de venue de sa patiente, de proposer ce type de schéma avec ses particularités, ses effets et ses limites afin de recueillir l'approbation de la femme à ce mode de prescription.

2) Patientes-cibles de la contraception oestro-progestative en schéma continu

a. Profil de patientes éligibles selon les prescripteurs

Les prescripteurs qui ne proposaient pas de schéma continu (77,7%) à toutes leurs patientes sans contre-indication étaient ensuite interrogés sur les profils de patientes qu'ils considéraient éligibles à ce type de schéma, en tenant compte de la fréquence de cette proposition.

Chez les patientes présentant des ménorragies, un schéma en continu n'était « jamais ou rarement » proposé en 1^{ère} intention que par 51% des prescripteurs. Par contre, si les ménorragies persistaient sous schéma discontinu, les prescripteurs étaient plus nombreux à proposer un schéma en continu (72%). Cela est particulièrement vrai pour les sages-femmes de notre échantillon, alors que les ménorragies sortent du champ de la physiologie. Il semble donc que les professionnels interrogés essayaient d'abord un schéma discontinu pour traiter les ménorragies et, seulement après échec de ce dernier, proposaient un schéma en continu. Pourtant, dans les recommandations du CNGOF(3), il n'est pas précisé qu'un schéma continu est envisageable seulement après échec d'un schéma discontinu.

L'endométriose et la présence de symptômes cataméniaux invalidants étaient des indications de COP en schéma continu pour de nombreux prescripteurs (64% et 50% le proposaient « souvent ou toujours » respectivement), dont la grande majorité des gynécologues. Cette forte proportion montre leurs connaissances des bénéfices médicaux du schéma en continu, peut-être en lien avec une formation récente du CGCVL (le 8/02/2020) portant sur la prise en charge de l'endométriose, durant laquelle un orateur a recommandé les COP en schéma continu. Cela a donc pu influencer les réponses des participants à la formation, bien qu'il nous soit impossible de connaître l'antériorité de leur pratique.

Bien qu'une analyse statistique n'ait pas été possible, l'écart de pratique entre les spécialités peut être lié à la fréquence des consultations pour prise en charge d'endométriose (puisque la question tenait compte de la fréquence de proposition). En effet, les sages-femmes ont

l'obligation d'adresser leurs patientes à un médecin puisque l'endométriose sort de leur champ de compétences. Elles sont donc moins confrontées à ce profil de patientes.

Comme l'a montré l'étude de Coutinho et al(23), la diminution du nombre de semaines d'arrêt permet, en cas d'oubli, de garder une efficacité contraceptive puisque la probabilité que l'oubli survienne autour de la période d'arrêt diminue. Cependant, les professionnels de santé étaient partagés concernant le bénéfice contraceptif apporté par un schéma en continu puisque 37% ne le proposaient « jamais ou rarement », 32% « parfois » et 31% « souvent ou toujours » dans ce but. On peut supposer qu'une partie d'entre eux préféreraient changer de voie d'administration en proposant des LARC (contraceptifs à longue durée d'action) qui ont une efficacité contraceptive en pratique supérieure à la prise orale (bien que dans l'étude de Kwiecien et al (60) l'indice de Pearl d'une prise de 100 microgrammes de levonorgestrel associée à 20 microgrammes d'EE en continu pendant 6 mois soit de 0,6. Ce chiffre est identique à l'IP du DIU au cuivre). Cela entraîne une fermeture dans le choix contraceptif offert aux patientes et peut les exposer à une grossesse non désirée (pour rappel : 42% des oublis de prise de COP en discontinu surviennent la semaine suivant l'arrêt (21)).

Les professionnels prescrivaient un schéma continu « souvent ou toujours » dans plus de 50% des cas lorsque la patiente en faisait la demande. Cela montre que seulement la moitié des professionnels interrogés respectent les demandes de leurs patientes. Ceux exerçant en libéral prescrivaient significativement plus « souvent ou toujours » un schéma en continu si la patiente en faisait la demande que ceux exerçant dans une structure publique.

Le désir d'aménorrhée est également un motif de prescription de schéma continu. En effet, 55% des répondants le proposaient « souvent ou toujours ». Cependant, 15% ne le proposaient « jamais ou rarement ». Peut-être se tournent-ils vers les autres contraceptions hormonales qui peuvent induire une aménorrhée ? Cependant, comme vu précédemment, l'aménorrhée sous microprogestatifs est très relative. Des saignements sont présents chez 90% des utilisatrices et peuvent être responsables de l'arrêt/changement de contraception(13). Il serait intéressant de comparer le profil de saignement sous COP continu et sous microprogestatifs pour savoir lequel est le mieux toléré.

L'attitude des professionnels respectait les recommandations du CNGOF(3) qui précisent « qu'il est possible de proposer un schéma continu dans certaines circonstances médicales (ménorragies fonctionnelles, symptômes cataméniaux, endométriose) mais aussi par convenance personnelle ». Dans l'étude allemande précédemment citée(58), les médecins

avaient les mêmes pratiques que les professionnels de santé de notre échantillon puisqu'ils proposaient un schéma continu principalement pour des raisons médicales (dysménorrhée, métrorragies, endométriose, syndrome prémenstruel) ou à la demande de la patiente mais pas pour augmenter l'efficacité contraceptive. Cette similitude de réponse est également retrouvée dans l'étude d'Andrist et al(61).

Il ressort des habitudes contraceptives des professionnels que l'indication médicale l'emporte sur le confort attendu par les femmes dans la prescription des schémas contraceptifs. La contraception est pourtant une des rares prescriptions médicales dont la finalité touche au désir de la patiente, à savoir se libérer d'une contrainte reproductive sur un temps donné pour privilégier l'aspect récréatif de la sexualité. Cette dimension semble occultée par la dimension médicale de la prescription.

b. Freins à la prescription

Dans notre étude, 24 professionnels n'avaient jamais prescrit de COP en continu.

4 se sentaient non concernés par la prescription de COP puisqu'ils ne prescrivaient des contraceptifs qu'en post-partum immédiat. Ils n'étaient donc pas la cible de cette étude.

Le non-remboursement par la sécurité sociale de la seule pilule ayant l'AMM en schéma continu est une autre raison évoquée. Cela entraîne un frein à l'accès des patientes à ce type de contraception : si le prescripteur connaît et respecte l'AMM, le non-remboursement de Seasonique® va pénaliser la patiente. Son médecin ou sage-femme pourrait présumer qu'elle ne voudra pas de contraception non remboursée et donc ne même pas l'informer sur l'existence de schéma en continu.

L'alternative aux COP en continu représentée par les microprogestatifs par voie orale pour induire une aménorrhée était préférée par certains professionnels bien que leur tolérance soit limitée. La patiente qui souhaite une aménorrhée sous contraception orale (pour convenance personnelle ou pour la présence de symptômes cataméniaux) se voit donc proposer une pilule dont la tolérance est moyenne et dont le risque de grossesse en cas d'oubli est supérieur (puisque inhibant pas ou peu l'axe hypothalamo-hypophysaire).

La réticence des prescripteurs et des patientes elles-mêmes étaient d'autres raisons évoquées au changement. Cela va dans le sens des études précédemment citées qui montraient que certaines femmes considéraient comme anormale une aménorrhée sous contraception. Une explication du principe d'une hémorragie de privation (c'est-à-dire un saignement artificiellement

provoqué) pourrait rassurer les femmes sur l'absence de nécessité de saignement mensuel qui, sous COP, n'est pas en lien avec la physiologie et la notion de fertilité.

La non-connaissance de ce type de schéma et l'absence de recul sur ce type de pratique étaient également des points soulevés par les non prescripteurs. Or, dans un essai en double aveugle comparant un schéma discontinu à un schéma à 168 jours de prise (62), les taux sanguins d'œstrogène endogènes étaient significativement plus bas en prise continu. Les ovaires et les follicules étaient de plus petite taille et les biopsies d'endomètre montraient plus souvent une atrophie endométriale probablement secondaire à un meilleur blocage ovarien. Cela montre la sécurité de l'emploi de schéma en continu bien que le risque de cancer reste à évaluer à long terme. La crise de la pilule de 2012 a renforcé la méfiance vis à vis des contraceptions oestro-progestatives puisque leur utilisation est passée de 50 % en 2010 à 41 % en 2013 (48). Cependant, aucun sur risque de la prise en continu par rapport à celle discontinuée n'a été montré(18). Bien entendu, le respect des contre indications des COP s'applique dans la prescription de ces schémas en continu.

Plusieurs professionnels signalaient que leurs patientes prenaient leur COP en continu, sans que cette pratique émane d'eux. Déjà en 1988, 43% des femmes interrogées signalaient avoir différé la survenue de leurs saignements en poursuivant la prise de COP(63). Lakehomer et al a interrogé des femmes sous COP(64). 17% d'entre elles manipulaient leur prise pour espacer les saignements. Seulement 47% d'entre elles avaient reçu les instructions par un professionnel de santé. 30% avaient entendu parler de ces techniques par des amies ou de la famille. La possibilité d'espacer les saignements provient donc parfois d'autres sources d'information (dont le bouche à oreille) que d'un professionnel médical dont le rôle est justement d'informer la patiente sur toutes ses possibilités contraceptives. Des erreurs de prise peuvent en résulter puisque la fiabilité de la source d'information ne peut être vérifiée.

Le point de vue des professionnels de santé vis-à-vis d'une aménorrhée induite impacte leur façon de prescrire. En effet, leur attitude favorable ou non à cette pratique est un facteur prédictif de prescription d'une COP en continu(65). Or, la possibilité pour les femmes d'accéder à une contraception sans règles est en partie conditionnée par l'information qui leur sera donnée. Dans l'étude de Fredericks et al(65), les médecins généralistes avaient plus d'a priori négatif sur la COP en continu, ce qui n'est pas retrouvé dans notre étude.

La place du professionnel dans l'intimité des femmes interroge : au-delà des contre-indications médicales qui engagent la prescription du professionnel et la santé de la femme, les

représentations personnelles des prescripteurs doit -elle impacter le confort quotidien et sexuel des femmes ? L'intérêt que portent les patientes aux expériences de leurs paires, l'accès grandissant à l'information via internet et les réseaux sociaux ne montrent-ils pas l'évolution des mentalités et le décalage qui s'installe entre les connaissances théoriques des professionnels et les attentes pratiques des usagères ? Une des particularités de la contraception est d'être un produit de confort sexuel avant d'être une thérapeutique pour laquelle l'acceptabilité des effets indésirables n'est pas la même.

3) Modalités de prescription

a. Types de schéma en continu

Ce que nous avons appelé « schéma en continu » regroupait 3 types de schéma de prise.

Les professionnels interrogés prescrivaient majoritairement des schémas de type étendu. Cela est retrouvé dans les études de Sulak et al(56) et Wiegratz et al(58) puisque les médecins préféraient prescrire 3 mois de prise d'affilé de contraceptif. Andrist et al(61) a d'ailleurs montré que la majorité des patientes intéressées par ces nouveaux schémas préféraient saigner tous les 3 mois plutôt que pas du tout.

Le schéma continu est le 2^{ème} schéma le plus proposé (56% des professionnels).

Bien que Seasonique® soit un schéma étendu, elle n'était jamais proposée par 55% des prescripteurs de COP en continu. Cela est probablement dû à son absence de remboursement ou à sa méconnaissance puisque sa commercialisation est récente (2015).

Le schéma flexible n'était pas proposé par 78% des prescripteurs. Cela tient peut-être à la méconnaissance de ce schéma. En effet, cette possibilité d'adapter les arrêts à la survenue de saignement imprévu n'est pas mentionnée dans les recommandations du CNGOF.

Pourtant, ce type de schéma semble bien supporté par les patientes. Jensen et al a comparé 2 types de schéma flexible à base de 3mg de drospérinone associé à 20 microgrammes d'EE durant 180 jours : un arrêt de prise de 4 jours devait être réalisé si des saignements imprévus survenaient pendant plus de 3 jours ou un arrêt de 4 jours était réalisé à n'importe quel moment selon le choix de la patiente. Ces 2 schémas étaient comparés à un schéma de prise discontinu (24 jours sur 28). Les 2 schémas flexibles permettaient une diminution des

saignements par rapport au schéma discontinu. Cependant, il n'a pas été réalisé de comparaison des 2 schémas flexibles entre eux(66).

Un autre essai a comparé 150mg de levonorgestrel/30microgrammes d'EE en schéma cyclique versus schéma flexible (arrêt de 7 jours si la durée des saignements était supérieure à 3 jours consécutifs) : bien que le nombre, la durée et l'intensité des saignements soient significativement moins importants avec le schéma flexible, le taux de satisfaction était supérieur dans le groupe de schéma de prise classique(67).

Un autre frein à la prescription du schéma flexible peut être les consignes de prise à respecter qui sont nombreuses et parfois complexes. Ceci peut rallonger la durée des explications à donner en consultation et risque d'augmenter les erreurs d'observance. D'ailleurs, dans les 2 essais sur les schémas flexibles, l'observance était mauvaise puisque seulement 50% des patientes respectaient les consignes de prise et de pause contraceptive. Cependant, ces erreurs concernaient le moment de la pause (certaines ne faisant pas d'arrêt malgré la survenue des saignements et d'autres n'attendaient pas 3 jours de saignements consécutifs avant de faire l'arrêt). Ces erreurs n'ont pas d'impact sur l'efficacité contraceptive puisqu'aucune augmentation du taux de grossesse n'a été mise en évidence.

Aucune étude n'a comparé les différents schémas de prise (étendu, continu, flexible) entre eux. La diversité du type d'hormones, des dosages, des voies d'administration et des schémas (notamment des schémas étendus) fait qu'aucune méta-analyse n'est possible.

La modalité de prescription la mieux tolérée reste donc inconnue.

b. Types de packaging

La grande majorité des pilules se présentent sous forme de plaquette de 21 comprimés. C'était d'ailleurs la forme la plus souvent proposée par les professionnels interrogés.

La forme avec 21 comprimés suivis par 7 comprimés placebos était significativement plus souvent prescrite par les sages-femmes. Ce packaging permet de conserver une prise quotidienne de comprimés visant à éviter les oublis, notamment de reprise, et ainsi faciliter l'observance. Cependant, en cas d'oubli d'un comprimé placebo, l'absence de risque peut être sous-estimée car son simple oubli n'a pas d'incidence mais l'absence de constat de l'oubli expose à une grossesse puisque l'intervalle sans comprimé actif sera de 8 jours et non 7. Dans

les schémas continus (sans placebo ni arrêt), l'oubli d'un ou plusieurs comprimés (maximum 7) n'expose pas à un risque de grossesse sous réserve que cet oubli ne survienne pas dans les 7 jours suivant le début de la prise de pilule.

Seasonique® est la seule pilule dont la présentation a été élaborée pour la prise étendue (les 3 mois de prise et les 7 jours d'EE sont présentés sous forme de 3 plaquettes assemblées). Pourtant, la moitié des prescripteurs ne la proposait jamais. L'une des raisons est probablement l'absence de remboursement. Les professionnels prescrivent donc des schémas en continu en utilisant des plaquettes de 21 jours qui n'ont pas l'AMM. Ils sont confrontés à un dilemme : les recommandations les autorisent à prescrire des COP en continu/étendu mais les AMM ne sont pas demandées par les laboratoires pour ce type de schéma. Les professionnels sont donc contraints de prescrire hors-AMM pour que leurs patientes puissent avoir une contraception en continu remboursée. (En théorie, ils devraient inscrire sur l'ordonnance « hors-AMM » et dans ce cas la COP ne serait pas remboursée. En pratique cela n'est pas fait)(68).

46% des professionnels ne prescrivaient jamais l'anneau vaginal en schéma continu. Cela varie selon la spécialité puisque ce sont les sages-femmes et les gynécologues qui étaient le plus souvent prescripteurs alors que 70% des médecins généralistes ne le prescrivaient jamais. Cela peut être lié à la voie d'insertion et à la technique de pose qui sont plus complexes à expliquer, surtout pour des praticiens dont l'exercice n'est pas exclusivement consacré à la prise en charge de la femme contrairement aux gynécologues et sages-femmes.

Le patch transdermique en schéma continu n'était jamais prescrit par 57% des professionnels interrogés, cela sans différence selon la spécialité.

Les voies d'administration transdermique et vaginale sont peu prescrites en France (1,1% des femmes les utilisent selon le Baromètre Santé 2016)(2). La possibilité de prise en continu n'augmente pas leur prescription.

Le patch et l'anneau sont classés en COP de 3^{ème} génération et ne sont donc pas à prescrire en première intention. De plus, ils sont non remboursés. Cela peut expliquer ce faible taux de prescription.

Le choix d'un packaging adapté à la patiente lors de la prescription de contraception est étroitement lié à la quête d'observance. En effet, une patiente sera plus à même d'adhérer et de poursuivre sa prise contraceptive si celle-ci n'occasionne pas de contrainte ou de difficulté de prise.

L'observance est étroitement liée à la satisfaction des patientes. Agostini et al(69), a étudié le taux de poursuite des différents types de contraceptifs en France entre 2006 et 2012. Le taux de poursuite des COP de 2^{ème} et de 3^{ème} génération était d'environ 30% à 2 ans. Celui des microprogestatifs par voie orale n'était que de 9,1%, probablement en lien avec leur tolérance moyenne.

L'un des buts des COP en schéma continu est d'améliorer la qualité de vie des patientes en diminuant le nombre d'épisodes de saignement. Cependant, la méta-analyse d'Edelman et al(18) a montré que le taux d'arrêt dû aux saignements était supérieur pour la prise continue dans 5 études comparant schéma continu et discontinu (et absence de différence dans les 6 autres études). Les saignements imprévus occasionneraient donc autant de gêne que des saignements mensuels parfois plus abondants mais prévisibles, bien que le taux de satisfaction soit élevé dans toutes les études l'ayant évalué. Bien qu'il soit impossible de connaître le discours tenu par les investigateurs de ces études, une information claire sur l'existence de ces saignements de survenue imprévisible pourrait les rendre acceptables, comme le préconisent les recommandations canadiennes(46). En effet, si les femmes pensent obtenir une aménorrhée complète et que des saignements surviennent, elles ne seront pas satisfaites puisque ce n'est pas ce qui avait été annoncé au départ.

Une revue de la littérature des stratégies pour diminuer ces saignements imprévus a été publiée(70). Il semblerait que réaliser une pause de prise de contraceptif de courte durée (3 jours de pause après 7 jours de saignements intercurrents ce qui correspond à un schéma flexible) permette de diminuer ces saignements par rapport à une absence de pause (donc à un schéma en continu). Ceci n'est pas proposé par 80% des praticiens de notre étude puisqu'ils recommandaient une période d'arrêt de 7 jours. La prise de doxycycline dès le début de prise d'une COP en schéma étendu permettrait d'obtenir une aménorrhée plus rapide (contrairement à la prise de doxycycline lors de la survenue des saignements imprévus).

Le remplacement des 7 jours de comprimés placebo de Seasonale® par 7 jours de prise de 10 microgrammes d'EE (Seasonique®) avait pour but d'améliorer la tolérance. Cependant, aucune étude n'a comparé Seasonique à Seasonale pour montrer cette amélioration.

Comme nous l'avons dit précédemment, peu d'études ont comparé la tolérance des différentes associations oestro-progestatives entre elles. Le norgestimate d'acetate paraît mieux supporté que le levonorgestrel (indépendamment de la dose d'EE associée). Cependant, cette association n'est pas commercialisée en France(19).

Les prescripteurs se retrouvent donc devant de nombreuses possibilités de prescription mais aucune d'entre elles n'a réellement montré sa supériorité par rapport aux autres.

4) Connaissances des professionnels de santé sur la contraception oestro-progestative en schéma continu

La proportion de professionnels ayant toutes les réponses justes était de seulement 7,4%. Ceci reflète certaines lacunes concernant leurs connaissances sur les nouvelles contraceptions (bien que les professionnels aient des notes satisfaisantes dans l'ensemble). En effet, les formations initiales des médecins généralistes et gynécologues-obstétricaux comportent peu de cours sur la contraception. Les schémas de prescription en continu sont récents, donc probablement non abordés dans la formation initiale de nombreux médecins (surtout au vu de leur durée d'exercice). Les sages-femmes ont une formation initiale plus approfondie qui aborde la prescription des COP en continu mais seulement depuis une dizaine d'année (et notre échantillon de sages-femmes a une durée d'exercice moyenne de 18 ans). La formation des gynécologues médicaux propose une formation approfondie sur la prescription de contraception. Cependant, ce DES est de nouveau disponible à en région Centre depuis 2015. La plupart des gynécologues médicaux, compte tenu de leur durée d'exercice, ont été formés avant 1985 (avant le développement des schémas de prise en continu).

Les médecins généralistes ont mieux répondu que les autres professionnels bien que l'écart de note soit peu élevé. Cela est peut-être en lien avec leur durée d'exercice moindre et donc avec leurs connaissances théoriques acquises plus récemment que les gynécologues ou les sages-femmes via leur participation au DIU de gynécologie de Tours qui, dans l'enseignement de contraception, aborde le schéma continu.

Les bénéfices non contraceptifs « médicaux » (amélioration des dysménorrhées et traitement de l'endométriose) et contraceptifs (amélioration de l'efficacité si oubli ou vomissement) de la contraception oestro-progestative en continu semblent connus par la plupart des professionnels comme en atteste les pourcentages de bonnes réponses aux trois premières questions.

Plus de la moitié des professionnels ne savait pas que seule Seasonique® a l'AMM pour la prescription de COP en continu et prescrivait donc hors AMM à leur insu. Mais l'absence d'AMM pour le schéma continu n'est pas précisé dans les recommandations du CNGOF.

Leurs connaissances sur les recommandations des sociétés savantes (hors celles sur l'endométriose), notamment celles du CNGOF étaient également limitées. Bien qu'elles soient disponibles en accès direct sur internet, les recommandations spécifiques sur les schémas de COP en continu ont été peu diffusées auprès des professionnels (notamment pas de formation spécifique organisée par le CGCVL, mais peut-être parce que ces recommandations sont très courtes et n'abordent pas la manière de les prescrire).

5) Limites de l'étude

Le taux de réponse des professionnels au questionnaire était faible (29,3%). Il était proche voire supérieur à celui de deux études ayant évalué les habitudes de prescription de COP en continu : celle de Frederick et al (taux de réponse de 32,7%)(65) et Wiegratz et al (taux de réponse de 18%)(58). Dans le volet médecin de l'étude Fécond réalisée en France en 2011(40), le taux de réponse était supérieur (45%), mais les auteurs avaient réalisé une relance téléphonique après deux lettres de relance. L'envoi de notre questionnaire par le biais du CGCVL laissait espérer une augmentation du taux de participation. Cependant, la crise sanitaire liée à la COVID a probablement limité le nombre de réponses.

Bien qu'il fût stipulé dans la lettre d'information (Annexe 4) que le questionnaire était adressé à tous les professionnels même ceux ne prescrivant pas de contraception en continu, les répondants étaient majoritairement des prescripteurs de COP en continu. Ceci peut être lié à un biais de volontariat : les professionnels se sentant concernés sont plus motivés pour répondre au questionnaire. Il est donc impossible de connaître la proportion exacte de prescripteurs de schéma continu.

Il faut également prendre en compte la diversité des pratiques. En effet parmi les gynécologues sollicités, certains devaient exercer en tant que gynécologues-obstétriciens et faire donc peu de contraception dans leur pratique courante (hormis en post-partum). On peut penser de même pour certaines sages-femmes qui, malgré leur installation libérale, ne réalisent pas toutes des consultations de contraception. Les médecins généralistes ont eux une activité plus transversale.

On peut donc penser que les professionnels se sentant concernés par la question de la contraception en continu ont probablement été plus nombreux à participer et que l'échantillon était plus représentatif de la population cible (comme en atteste le taux de prescription similaire à ceux retrouvés dans la littérature).

Le recrutement basé en partie sur les adhérents ou participants aux formations du CGCVL a peut-être limité la représentativité de l'échantillon puisque nous avons recruté des professionnels se formant régulièrement et donc au courant de l'évolution des pratiques contraceptives (pour rappel : aucune formation centrée sur la contraception oestro-progestative en continu n'a été réalisée).

L'utilisation d'un questionnaire déclaratif entraîne inévitablement un biais de mémoire et de mesure. Cependant, c'était la manière la plus fiable de connaître les habitudes des professionnels de santé puisque les prescriptions en continu ne peuvent pas être spécifiées dans les bases de données de l'assurance maladie (entre l'absence de mention « Non Remboursé » par le prescripteur et la liberté que les femmes se laissent d'adapter leur schéma de prise contraceptive à la prescription qui leur est faite).

L'effectif peu important a limité la réalisation d'analyses statistiques comparatives qui étaient alors non possibles ou dont la puissance n'était probablement pas suffisante pour mettre en évidence des différences significatives entre les sous-groupes analysés.

Pour tenter de palier à cela, nous avons regroupé les professionnels selon une certaine logique : sous-groupes de spécialités, de type de structure d'exercice, de catégories d'âge et les zones d'exercice « semi-urbaine » et « rurale » ont été associées et comparées au groupe « urbaine ». Nous avons cependant dû exclure les professionnels avec activité mixte car l'effectif était insuffisant et l'incorporer au sous-groupe « activité libérale » ou « publique » aurait été un non-sens.

L'analyse des fréquences de prescription a également été réalisée en regroupant des sous-groupes de réponse :

- Celles concernant les profils de patientes éligibles au COP en continu ont été réalisées en regroupant les réponses « jamais » et « rarement » ainsi que « souvent » et « toujours ». Cela a entraîné une diminution de la précision des réponses.
- Celles concernant les différents packagings proposés ont été réalisées en opposant les « jamais » et les « parfois » et « toujours », permettant de comparer les caractéristiques des non prescripteurs aux prescripteurs bien que cela entraîne une perte de précision.

Malgré ces limites, les réponses obtenues sont proches voire similaires à celles retrouvées dans la littérature. On peut donc penser que notre étude a permis d'avoir une connaissance assez

juste des habitudes de prescription des COP en schéma continu des professionnels concernés par cette prescription.

VI. CONCLUSION

Le paysage contraceptif français a vu apparaître, depuis plusieurs années, de nouveaux modes de contraception oestro-progestative offrant aux femmes la possibilité de supprimer ou d'espacer les hémorragies de privation.

La littérature montre que de nombreuses femmes seraient intéressées par cette aménorrhée médicalement induite (pour des raisons médicales comme par convenance personnelle).

La majorité des professionnels de santé de notre étude proposaient ces nouveaux schémas de prise. Cependant, leurs pratiques étaient hétérogènes : le profil de patientes éligibles, la durée de prise ainsi que les modalités de prescriptions variaient, sans différence majeure selon la spécialité et malgré leurs connaissances théoriques satisfaisantes dans l'ensemble.

Un travail comparatif des différentes modalités de prescription des COP en schéma continu serait intéressant et permettrait de guider les prescripteurs dans la prise en charge de ces femmes désireuses d'aménorrhée.

On peut également se demander si la flexibilité offerte par ces nouveaux schémas est une ouverture vers une autonomisation de la femme dans la contraception hormonale ? Son initiation reste dans le champ du médical mais ses indications sont aux confins du médical, du sexuel (dans sa dimension récréative) ou simplement du personnel. Le slogan de l'INPES de 2007 : « la meilleure contraception est celle que la femme choisit » est toujours d'actualité. Encore faut-il que le professionnel ait les moyens de donner un éclairage suffisant aux femmes pour qu'elles s'approprient ce choix au regard de leur santé et de leur confort personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;
3. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique Contraception. 2018;
4. Thomas SL, Ellertson C. Nuisance or natural and healthy: should monthly menstruation be optional for women? *The Lancet*. 11 mars 2000;355(9207):922-4.
5. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril*. sept 2003;80(3):560-3.
6. Coutinho EM. To bleed or not to bleed, that is the question. *Contraception*. 1 oct 2007;76(4):263-6.
7. Andrist LC, Hoyt A, Weinstein D, McGibbon C. The Need to Bleed: Women's Attitudes and Beliefs About Menstrual Suppression. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2004;16(1):32-8.
8. This P. Diminuer la fréquence des règles : le point sur la contraception étendue. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juin 2013;41(6):381-7.
9. Mimoun S, Le MG, Buhler M, Costa A, Hosansky F. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 déc 2000;28(12):904-12.
10. Kaunitz AM. Menstruation: choosing whether...and when. *Contraception*. déc 2000;62(6):277-84.
11. Tonkelaar I den, Oddens BJ. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception*. 1 juin 1999;59(6):357-62.
12. Trignol-Viguié N. Place de la contraception dans la sexualité: liberté ou contrainte? 2010;
13. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):443-50.

14. S D, Casner T, Secura GM, Peipert JF, Madden T. Characteristics Associated With Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraception Within the First 6 Months of Use. *Obstet Gynecol.* déc 2013;122(6):1214-21.
15. Larsson G, Milsom L, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception.* 1 oct 1992;46(4):327-34.
16. Gompel A. Métrorragies sous contraceptifs : attitude thérapeutique. 5 déc 2008;
17. Vliet HAV, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;(11).
18. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 29 juill 2014;(7):CD004695.
19. Edelman AB, Koontz SL, Nichols MD, Jensen JT. Continuous oral contraceptives: are bleeding patterns dependent on the hormones given? *Obstet Gynecol.* mars 2006;107(3):657-65.
20. Baerwald AR, Olatunbosun OA, Pierson RA. Ovarian follicular development is initiated during the hormone-free interval of oral contraceptive use. *Contraception.* nov 2004;70(5):371-7.
21. Aubeny, E.; Buhler, M.; Colau, J-C.; Vicaut, E.; Zadikian, M.; Childs, M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coralliance study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.* 2002;7:155-161.
22. Anderson FD, Gibbons W, Portman D. Safety and efficacy of an extended-regimen oral contraceptive utilizing continuous low-dose ethinyl estradiol. *Contraception.* 1 mars 2006;73(3):229-34.
23. Coutinho EM, O'Dwyer E, Barbosa IC, Zhi-Ping G, Shaaban MM, Aboul-Oyoon M, et al. Comparative study on intermittent versus continuous use of a contraceptive pill administered by vaginal route. *Contraception.* 1 juin 1995;51(6):355-8.
24. Rice CF, Killick SR, Dieben T, Coelingh Bennink H. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily. *Hum Reprod.* avr 1999;14(4):982-5.
25. Jensen JT, Parke S, Mellinger U, Machlitt A, Fraser IS. Effective Treatment of Heavy

- Menstrual Bleeding With Estradiol Valerate and Dienogest: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. avr 2011;117(4):777–787.
26. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(4).
27. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception*. 1 déc 2005;72(6):414-21.
28. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze P, Borghese B, et al. Management of endometriosis CNGOF/HAS clinical practice guidelines. 2017;
29. Sulak PJ, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol*. févr 2000;95(2):261-6.
30. Miller L, Notter KM. Menstrual reduction with extended use of combination oral contraceptive pills: randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 1 nov 2001;98(5, Part 1):771-8.
31. Thiboutot D, Archer DF, Lemay A, Washenik K, Roberts J, Harrison DD. A randomized, controlled trial of a low-dose contraceptive containing 20 microg of ethinyl estradiol and 100 microg of levonorgestrel for acne treatment. *Fertil Steril*. sept 2001;76(3):461-8.
32. Schneider MB, Fisher M, Friedman SB, Bijur PE, Toffler AP. Menstrual and premenstrual issues in female military cadets: a unique population with significant concerns. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. nov 1999;12(4):195-201.
33. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 juin 2017;216(6):580.e1-580.e9.
34. Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Cancer Risk in Women Using the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System in Finland. *Obstetrics & Gynecology*. août 2014;124(2):292-9.
35. Rosing J, Curvers J, Tans G. Oral contraceptives, thrombosis and haemostasis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. avr 2001;95(2):193-7.
36. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke.

37. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. févr 2013;27(1):25-34.
38. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*. 7 déc 2017;377(23):2228-39.
39. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update*. 1 nov 2010;16(6):631-50.
40. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*. sept 2012;(492):4.
41. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
42. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.
43. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Haute Autorité de Santé. 2015.
44. Belsey EM. Vaginal bleeding patterns among women using one natural and eight hormonal methods of contraception. *Contraception*. août 1988;38(2):181-206.
45. Organisation Mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2017.
46. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. No. 329-Canadian Contraception Consensus Part 4 of 4 Chapter 9: Combined Hormonal Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 avr 2017;39(4):229-268.e5.
47. Miller L, Verhoeven CHJ, Hout J in't. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. sept 2005;106(3):473-82.
48. 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 ? *Population & Sociétés*. 2014;N° 511(5).
49. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr>

50. Bouet P. Approche territoriale des specialites medicales et chirurgicales. 2018;
51. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie en Région Centre: Situation en 2015. 2015;
52. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Faculté de Santé université d'Angers; 2018.
53. Observatoire de l'Économie et des Territoires - Conseil départemental du Loiret. L'organisation territoriale de la santé de proximité à l'échelle du Loir-et-Cher et du Loiret. 2017.
54. Données démographiques de la profession - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
55. Annuaire des sages-femmes libérales [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 12 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairelib/>
56. Sulak PJ, Buckley T, Kuehl TJ. Attitudes and prescribing preferences of health care professionals in the United States regarding use of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. janv 2006;73(1):41-5.
57. Seval DL, Buckley T, Kuehl TJ, Sulak PJ. Attitudes and prescribing patterns of extended-cycle oral contraceptives. *Contraception*. juill 2011;84(1):71-5.
58. Wiegratz I, Hommel HH, Zimmermann T, Kuhl H. Attitude of German women and gynecologists towards long-cycle treatment with oral contraceptives. *Contraception*. janv 2004;69(1):37-42.
59. Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
60. Kwiecien M, Edelman A, Nichols MD, Jensen JT. Bleeding patterns and patient acceptability of standard or continuous dosing regimens of a low-dose oral contraceptive: a randomized trial. *Contraception*. janv 2003;67(1):9-13.
61. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D, Kaunitz AM, Musselman BL, Reiter S, et al. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. *Contraception*. 1 nov 2004;70(5):359-63.
62. Legro RS, Pauli JG, Kusanman AR, Meadows JW, Kesner JS, Zaino RJ, et al. Effects of Continuous Versus Cyclical Oral Contraception: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. févr 2008;93(2):420-9.

63. Rutter W, Knight C, Vizzard J, Mira M, Abraham S. Women's attitudes to withdrawal bleeding and their knowledge and beliefs about the oral contraceptive pill. *Med J Aust.* 17 oct 1988;149(8):417-9.
64. Lakehomer H, Kaplan PF, Wozniak DG, Minson CT. Characteristics of scheduled bleeding manipulation with combined hormonal contraception in university students. *Contraception.* sept 2013;88(3):426-30.
65. Frederick CE, Edelman A, Carlson NE, Rosenberg KD, Jensen JT. Extended-use oral contraceptives and medically induced amenorrhea: attitudes, knowledge and prescribing habits of physicians. *Contraception.* oct 2011;84(4):384-9.
66. Jensen JT, Garie SG, Trummer D, Elliesen J. Bleeding profile of a flexible extended regimen of ethinylestradiol/drospirenone in US women: an open-label, three-arm, active-controlled, multicenter study. *Contraception.* 1 août 2012;86(2):110-8.
67. Stephenson J, Shawe J, Panicker S, Brima N, Copas A, Sauer U, et al. Randomized trial of the effect of tailored versus standard use of the combined oral contraceptive pill on continuation rates at 1 year. *Contraception.* 1 oct 2013;88(4):523-31.
68. Direction de la sécurité sociale. Etat des lieux de la prescription hors AMM. 2011.
69. Agostini A, Godard C, Laurendeau C, Zoubir AB, Lafuma A, Lévy-Bachelot L, et al. Two year continuation rates of contraceptive methods in France: a cohort study from the French national health insurance database. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* 2 nov 2018;23(6):421-6.
70. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of unscheduled bleeding in women using extended- or continuous-use combined hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 1 mai 2013;87(5):567-75.

ANNEXES

1) Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS (2011)

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

2) Contre-indications des contraceptifs oestro-progestatifs (d'après le document de la HAS : *Méthodes Contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* paru en Mars 2013 et modifié en Novembre 2020)

Contre-indications (cf. RCP)

La liste ci-dessous reprend les contre-indications figurant dans les RCP de l'ensemble des COEP. Pour plus d'informations se reporter au RCP de chaque spécialité.

Les contraceptifs oraux de type combiné (COC) ne doivent pas être utilisés dans les conditions citées ci-dessous. En cas d'apparition d'une de ces affections pendant la prise d'un COC, l'utilisation de contraceptifs oraux doit cesser immédiatement :

- présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse (thrombose veineuse profonde, phlébite profonde, embolie pulmonaire) avec ou sans facteur déclenchant ;
- présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose artérielle (par exemple accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) ou signes précurseurs de thrombose (par exemple angor, accident ischémique transitoire) ;
- présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle, notamment :
 - valvulopathie, troubles du rythme thrombogènes,
 - diabète compliqué de micro- ou de macro-angiopathie, diabète déséquilibré,
 - hypertension artérielle,
 - dyslipoprotéinémie sévère.
- prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles, telle que la résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, hyperhomocystéinémie et syndrome des anticorps antiphospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anticoagulant lupique) ;
- pathologie oculaire d'origine vasculaire ;
- troubles sensoriels aigus, notamment troubles de la vue ou de l'audition ;
- antécédents de migraine avec signes neurologiques focalisés tels que l'aura ; symptômes primaires de maux de tête migraineux ou apparition plus fréquente de maux de tête exceptionnellement aigus ; migraine accompagnée de troubles de la sensation, de la perception ou du mouvement (migraine accompagnée) ;
- troubles moteurs (en particulier parésie) ;
- crise d'épilepsie répétée ;
- opérations chirurgicales planifiées (au moins 4 semaines à l'avance) et pendant la période d'immobilisation, par exemple après un accident (notamment plâtre) ;
- troubles du métabolisme lipidique ;
- t-tumeur maligne homonodépendante connue ou suspectée (organes génitaux, sein) ;
- tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne ;
- douleur épigastrique aiguë, hypertrophie du foie ou symptômes d'hémorragie intra-abdominale ;
- tumeurs hypophysaires ;
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère, en l'absence de normalisation des tests fonctionnels hépatiques (également maladie de Dubin-Johnson, maladie de Rotor, troubles du flux biliaire) ;

6. Nombre de grossesses observé pour 100 femmes traitées pendant 1 an.

- ictère cholestatique (cholestase ictérique) de grossesse ou jaunisse au cours d'une utilisation antérieure de COC ;
- prurit généralisé, cholestase ;
- pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère ;
- saignements vaginaux d'étiologie inconnue ;
- hyperplasie endométriale ;
- aménorrhées inexpliquées ;
- insuffisance rénale sévère ou aiguë ;
- connectivites ;
- apparition ou réapparition de porphyrie (les trois formes, en particulier la porphyrie acquise) ;
- dépression sévère ;
- antécédents d'otospongiose survenue au cours de grossesses précédentes ;
- hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients ;
- en association à l'éfavirenz, la névirapine, le lopinavir, le ritonavir, le nelfinavir, le millepertuis, le bosentan.

3) Questionnaire adressé aux professionnels de santé (format document Word).

**QUESTIONNAIRE POUR ANALYSE DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES
OESTROPROGESTATIFS EN CONTINU**

Quelques questions vous concernant

Vous êtes : une femme ☐ un homme ☐

Votre année de début d'exercice :

Vous exercez en tant que (une seule réponse possible) :

Médecin généraliste avec pratique régulière de la gynécologie : ☐

Médecin généraliste sans pratique régulière de la gynécologie : ☐

Gynécologue chirurgical.e-obstétricien.ne : ☐

Gynécologue médical.e : ☐

Sage-femme : ☐

Autre : précisez :

Quel est le type de structure dans laquelle vous exercez (plusieurs réponses possibles) ?

Hospitalière : ☐

Libérale : ☐

Si libérale : dans une structure regroupant d'autres professionnels pratiquant
la gynécologie : oui ☐ non ☐

Centre Orthogénie/ centre planification : ☐

Autre (précisez) :

Quel est le numéro du département dans lequel vous exercez ? :

Vous exercez dans une zone : Rurale (<2000 habitants) : ☐

Semi rurale (entre 2000 et 10000 habitants) : ☐

Urbaine (> 10 000 habitants) : ☐

Avez-vous déjà prescrit une contraception oestro-progestative en continu ? oui ☐ non ☐

Si la réponse est non, pourriez-vous indiquer pourquoi vous ne les prescrivez pas
(facultatif) :

Vous avez atteint la fin du questionnaire :

Un grand merci pour votre participation !

Si oui, merci de répondre aux questions ci-dessous

Parmi vos prescriptions d'oestro-progestatif, quel est le pourcentage de prescription sous
forme de schéma continu ?

<25% : ☐ entre 25 et 50% : ☐ entre 50 et 75% : ☐ >75% : ☐

Proposez-vous un schéma en continu à toutes les patientes sans contre-indication aux
oestro-progestatifs ? oui ☐ non ☐

Si non, le proposez-vous en cas de ?

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS
ménorragies sous schéma discontinu					
ménorragies sans traitement hormonal					
symptômes cataméniaux					
endométriose					
oublis répétés sous COC discontinu					
demande spontanée de la patiente					
désir d'aménorrhée					

Parmi les modalités suivantes de prescription d'un schéma en continu, le(s)quelle(s) proposez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) :

- De prendre le principe actif sans aucun arrêt (enchaînement plaquettes ou patchs ou anneaux) : oui : ☐ non : ☐
- De prendre le principe actif avec des arrêts pas tous les « mois » (enchaînement 2, 3, 4... plaquettes ou patchs ou anneaux) : oui : ☐ non : ☐
- D'arrêter le principe actif seulement lors de la survenue de saignements :
oui : ☐ non : ☐
- D'utiliser l'association de 81 cps actifs + 7 cps d'éthinyl estradiol (SEASONIQUE[®]) :
oui : ☐ non : ☐
- Aucune de ces propositions : ☐

En cas de schéma avec arrêt, combien de jours d'arrêt prescrivez-vous (une seule réponse possible) ?

1 : ☐ 2 : ☐ 3 : ☐ 4 : ☐ 5 : ☐ 6 : ☐ 7 jours : ☐ Variable : ☐ Non concerné : ☐

Sous quelle(s) forme(s) (packaging) avez-vous l'habitude de prescrire ce type de schéma ?

	Jamais	Parfois	Souvent
Plaquettes de 21 comprimés			
Plaquettes de 21 comprimés + 7 comprimés placebos avec prise des placebos quand les patientes souhaitent avoir leurs « règles »			
Seasonique [®] car la seule à avoir le packaging adapté à la prise en continu			
Anneau vaginal			
Patch transdermique			

A votre avis, la prise d'oestro-progestatifs en continu :

- Est recommandée dans la prise en charge de l'endométriose :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐
- Est efficace sur les symptômes cataméniaux :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐
- Diminue le risque de grossesse non prévue en cas d'oubli ou vomissement :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐
- A une AMM en contraception quel que soit l'oestro-progestatif :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐
- Est recommandée dans les dernières RCP sur la contraception par le CNGOF pour
diminuer le nombre d'hémorragie de privation par convenance personnelle :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐
- Est autorisée par l'OMS :
oui : ☐ non : ☐ ne sait pas : ☐

Vous avez atteint la fin du questionnaire :

Un grand merci pour votre participation !

Claire PROUST

Le lien pour accéder au questionnaire sur la plateforme GoogleForm® est :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeHytZBLe06BuFPw-wHcTTUZ6NtH4ABhR1qXhtBAX2Sk7yUcw/viewform?usp=sf_link

4) Lettre d'information envoyé par mail accompagnant le questionnaire

Bonjour à tous,

Merci d'accorder quelques minutes de votre précieux temps pour répondre à un questionnaire portant sur les contraceptifs oestro-progestatifs.

Le Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire aide à la formation et à l'installation des internes de gynécologie depuis quelques années déjà.

Dans la continuité de cette pratique, nous les aidons également dans leur projet de thèse. C'est pourquoi, nous vous adressons un mail de la part de Claire Proust, interne en 5^{ème} semestre de gynécologie médicale.

La crise sanitaire du COVID ne doit pas empêcher nos internes de poursuivre leur thèse, bien au contraire. Nous avons besoin d'eux.

Répondez nombreux à son questionnaire.

Cordialement

Le bureau du CGCVL

Je suis interne en Gynécologie Médicale en 5^{ème} semestre dans le service d'Orthogénie du CHU de Tours. Je sollicite votre aide par le biais d'un bref questionnaire pour mon projet de thèse sur la prescription des oestro-progestatifs en continu.

Vos réponses me seront très précieuses, ***que vous prescriviez ou non ce type de contraception.*** Pour rappel, il s'agit de prescription d'oestro-progestatifs dans laquelle l'arrêt de prise n'est pas effectué chaque mois, le but étant de diminuer le nombre d'hémorragies de privation. Elle n'inclut pas la prescription de 21 jours de prise suivis par 7 comprimés placebos.

Ce modèle de prise est récent et peu d'études ont évalué leur mode de prescription et les connaissances des professionnels de santé les concernant.

Bien entendu, vos réponses seront traitées de façon totalement anonyme et il ne vous faudra que 5 minutes pour répondre à ce questionnaire,

soit via le lien suivant https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeHytZBL06BuFPw-wHcTTUZ6NtH4ABhR1qXhtBAX2Sk7yUcw/viewform?usp=sf_link

soit en complétant le questionnaire (disponible en pièce jointe) et en me l'envoyant par mail.

Merci à l'avance de votre participation précieuse !

Si vous souhaitez envoyer le questionnaire par mail ou connaître les résultats de cette étude ou encore en savoir plus, vous pouvez me contacter à l'adresse : claire.proust23@gmail.com.

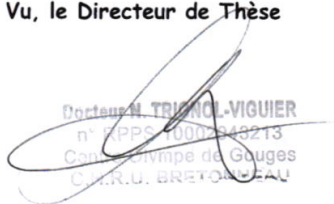
Vous pouvez à tout moment demander la rectification, la communication ou l'effacement de vos données personnelles en accord avec la législation actuelle de protection des données.

Claire Proust

Interne de Gynécologie Médicale

Faculté de médecine de Tours

Vu, le Directeur de Thèse


Docteur N. TRIENOL-VIGUIER
n° FPPS 10002948213
Commissaire de Gages
C.M.R.U. BRETONNEAU

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Proust Claire

93 pages – 5 tableaux – 21 figures

Résumé :

Introduction : De nouveaux schémas de prescription de contraception oestro-progestative (continu, étendu, flexible) se développent pour espacer voire arrêter les saignements afin de répondre aux nouvelles attentes des femmes et d'améliorer leur qualité de vie. Cependant, aucune recommandation n'existe sur la façon de les prescrire. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux de la prescription de ces nouveaux schémas.

Matériels et méthodes : L'étude observationnelle descriptive consistait à l'envoi d'un questionnaire à des gynécologues, médecins généralistes et des sages-femmes exerçant ou se formant en région Centre Val de Loire. Leurs habitudes de prescriptions et leurs connaissances sur les contraceptifs oestro-progestatifs en continu ont été évaluées puis comparées.

Résultats : L'échantillon était composé de 145 professionnels dont 83,5% étaient prescripteurs de contraception oestro-progestative en continu. Les principales indications de prescription étaient l'endométriose, les symptômes cataméniaux invalidants, le désir d'aménorrhée ainsi qu'une demande spontanée de la patiente. Le schéma « étendu » était celui le plus proposé. La présentation sous forme de plaquettes de 21 comprimés était le packaging le plus souvent prescrit. Leurs connaissances sur les indications et les bénéfices de ces types de schéma étaient satisfaisantes.

Conclusion : La contraception oestro-progestative en continu est proposée par de nombreux professionnels de santé mais avec une grande variabilité. Des études comparant la tolérance des différentes modalités de prescription sont nécessaires, permettant de guider les professionnels dans leur pratique et d'améliorer la qualité de vie de ces femmes désireuses d'aménorrhée.

Mots clés : contraception ; oestro-progestatif ; schéma continu ; schéma étendu ; prescripteurs.

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Membres du Jury : Professeur Théodora BEJAN-ANGOULVANT
Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Docteur Erwann DU ROUCHET

Date de soutenance : 15 octobre 2020