



HAL
open science

La contraception en pérимénopause : ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription : quelles solutions envisager ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados

Déborah Renouard

► **To cite this version:**

Déborah Renouard. La contraception en pérимénopause : ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription : quelles solutions envisager ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02321411

HAL Id: dumas-02321411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02321411>

Submitted on 21 Oct 2019

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 3 juillet 2019

par

Mme Déborah RENOUARD

Née le 9 Décembre 1987 à Rennes (35)

TITRE DE LA THÈSE :

**La contraception en périménopause.
Ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette
prescription. Quelles solutions envisager ?
Etude qualitative auprès de médecins généralistes des
départements de la Manche et du Calvados.**

Président : Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier

Membres : Madame le Docteur De Jaegher Sophie

Monsieur le Docteur Sainmont Nicolas

Madame le Docteur Morice Elodie « Directrice de thèse »

Madame le Docteur Semeraro Laura « Directrice de thèse »

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie-réa. et médecine péri-opératoire
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie-réa. et médecine péri-opératoire
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUI Jean-Luc	Anesthésiologie-réa. et médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie

M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Le Coutour, président du jury.

Veillez trouver ici toute ma reconnaissance d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci pour vos réponses rapides lors des échanges de mails nécessaires à l'organisation de ce travail.

À Madame le Docteur De Jaegher, membre du jury.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury. Soyez assurée de mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous porterez à ce travail.

À Monsieur le Docteur Sainmont, membre du jury.

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse et de prendre de votre temps pour être présent aujourd'hui. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Aux Docteurs Morice et Semeraro, directrices de thèse.

Merci à vous deux d'avoir accepté dès le début et sans hésiter de m'accompagner dans ce projet. Merci d'avoir pris de votre temps si précieux pour m'aider dans chacune des étapes de cette thèse. Merci à Elodie d'avoir commencé par m'offrir un café ! Merci à Laura pour ses conseils, les thèses qualitatives n'ont plus de secret pour toi ! Et surtout merci à vous deux de m'avoir laissé le temps de terminer cette thèse débutée il y a bien longtemps maintenant.

Au Docteur Vardon.

Pour votre aide et votre disponibilité dès les prémices de cette thèse. Merci pour votre relecture attentive et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au Docteur Cavanne.

Pour votre accueil si chaleureux en service de gynécologie. Merci pour votre relecture attentive.

Aux médecins qui ont accepté de répondre aux entretiens.

Sans vous ce travail n'aurait pas abouti. Merci de ces échanges très enrichissants.

À ma famille et ma belle-famille :

À mes parents.

Sans vous, rien de cela n'aurait été possible. Vous avez su m'inculquer la force et la détermination nécessaires afin de venir à bout de ces d'études. Merci pour ces heures passées à me soutenir et à m'encourager tout au long de ces quatorze dernières années. Je suis bien consciente que ces études ont été une épreuve pour vous comme elles ont pu l'être pour moi. Jamais je ne pourrais vous remercier à la mesure de l'engagement sans faille que vous avez su mettre en œuvre pour que je réussisse.

À ces gâteaux déposés sur mon bureau pendant mes révisions, à ces jours de congés posés pour m'accompagner à la porte de ma salle d'examen, à ces après-midis passés à me faire réciter, à ces nuits passées à me soutenir face à mon stress insurmontable, à ces balades autour de l'étang en attendant les résultats de première année, à votre joie de me savoir reçue... À tous ces moments qui ont rendu cet aboutissement possible aujourd'hui...

Maman, papa, ce travail est pour vous. J'espère que vous serez fiers de moi.

À mon frère, à sa femme Anne, à ma filleule Julia et au petit Robin.

Merci à toi Jean-Patrick de m'avoir supportée pendant toutes ces années d'étude. Merci d'avoir accepté de m'aider dès que tu le pouvais. Te voilà à présent si bien entouré avec Anne, Julia et Robin. Plein de belles choses à vous 4 !

À mes beaux-parents : Mijo et Georges.

Merci pour votre soutien et votre disponibilité. Merci de ne pas nous tenir rigueur de nos emplois du temps chargés entre les mémoires et les thèses. Bientôt s'ouvre pour Mijo, pour vous deux, de nouveaux horizons. Je suis convaincue que vous saurez mettre à profit chaque instant de cette nouvelle vie ! Longue route à vous deux, à vélo ou en camping-car, en gallo ou en Python, à la guitare ou à l'ordinateur, au jardin ou près du feu, ici ou ailleurs... Nul doute que dès que possible Marin et Augustin ne seront pas très loin pour profiter de tous ces tendres moments à vos côtés.

Aux Docteurs Cécile et Ronan.

À vous les vrais Docteurs qui savez faire une vraie thèse ! Merci pour vos encouragements toujours si chaleureux. Vous seuls pouvez mesurer à sa juste valeur l'engagement demandé par un travail de thèse. J'admire vos parcours respectifs. Si un jour vous lisez cette thèse en entier, je dois vous prévenir à l'avance : elle n'a rien d'une thèse de mécanique ou de physique des nanoparticules ! En attendant, notre porte reste ouverte, camping ou pas camping, trivial ou pas trivial ça restera une joie de vous accueillir ! Bon vent aux néo-propriétaires rennais !

À François, Loan et Tao.

La coloc' vivant au rythme des partiels, stages et autres soirées est bien loin à présent. Merci à toi François de nous avoir supporté avec Olivier durant notre externat. A présent parisien, que tes projets menés avec Loan aboutissent pour le bonheur de tous !

À mes amis :

Aux copains de Saint-Martin.

Comment ne pas commencer par vous ? Voilà dix-sept ans (!), nous découvrons la section européenne, M Coconnier et les autres...que de chemin parcouru !

À Tiphaine, Antho et leur petite Eléonore. Comme le Luxembourg a de la chance de vous avoir ! Je pense très fort à vous en ce moment.

À Héloïse et Cloé. Il est bien loin le temps où Héloïse première de la classe forçait le respect de Mme Daniel ! J'admire vos projets avec Cloé !

À Anne et Adrian, vous me ferez toujours rire ! Surtout devant un match du PSG !

À Jean-Jean, Laura et Gaspard. Que votre nouvelle vie à trois soit douce !

À Max, Anna et Florent. On se voit au baptême sous peu !

À Mathilde, David et Maël. Bientôt quatre à la maison. Hâte de rencontrer votre bout de choux.

À Paul et ses conseils hors pair en œnologie dijonnaise.

Aux copains Rennais.

Grâce à vous ces longues années d'études m'ont paru tellement plus légères. A nos soirées, à nos virées au Mont Saint-Michel, à nos concours de p'tit Lu, à nos représentations chez les scouts (toujours !), à nos fondues au chocolat dans le garage les veilles de repêche, à l'Ecosse et à bien d'autres choses encore...De cinq à la fac, nous voilà quinze à présent. A nous seuls le taux de natalité a fait un bon en avant. Elise, Nils, Martin, Loup et Augustine : bonne route vers Rome, comme vous avez raison ! Alex et Anne-Math, bienvenue au petit Mathurin, le dernier de la fratrie !

Aux copains Caennais.

Les belles rencontres Normandes. Nolwenn, JB et vos petites Margot et Adèle : promis on est en train de s'améliorer dans le zéro déchet. Noémie et Simon, Vicky et Alex, les Caennais en force ! Etienne et Camille les Francs-maçons, toujours au courant de tout sur tout, bon courage à vous pour vos thèses respectives !

À mes relecteurs et traductrices

À maman, Olivier et Georges.

Merci pour votre relecture attentive. Venir à bout de ces 140 pages n'était pas chose facile. Georges, une carrière de directeur de thèse s'ouvre à vous, merci pour vos remarques souvent très pertinentes !

À Tiphaine, Héloïse et Cécile.

Your English is so good! Merci de votre aide !

À ceux que j'oublie

Enfin et surtout :

À Marin et Augustin.

Vous êtes mes rayons de soleils. Pas un jour ne passe sans que je ne me félicite de vous avoir fait passer vous et vous seuls avant tout le reste. Vous avez transformé ma vie. Quel bonheur de vous voir grandir tous les deux.

À Olivier.

Ces dernières lignes sont pour toi et j'ai beau essayer, je n'arrive pas à les écrire. Tu es tout et je ne peux pas tout écrire. Jamais je ne pourrais te remercier assez d'avoir su me rassurer, m'apaiser, me reconforter, me donner confiance tout au long de ces si longues années d'étude. Jamais sans toi je n'y serais parvenue. Je suis si fière du mari, du père, du Docteur que tu es devenu.

Sommaire

INTRODUCTION

I.	PREAMBULE	2
II.	PROBLEMATIQUE	3
III.	CADRE CONCEPTUEL DE LA PERIMENOPAUSE	4
A.	MISE AU POINT, TERMINOLOGIE ET DEFINITIONS.	4
1.	Les stades de l'activité ovarienne au cours de la vie d'une femme	4
2.	La périménopause	4
3.	La ménopause	5
4.	La post- ménopause	6
B.	CHIFFRES, DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	6
1.	La périménopause en chiffres	6
2.	Données démographiques et épidémiologie.....	6
C.	PHYSIOPATHOLOGIE, CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DE LA PERIMENOPAUSE.....	11
1.	Physiopathologie et hormonologie	11
2.	Manifestations clinico-biologiques et pathologies en lien avec un état périménopausique.	13
D.	DIAGNOSTIC DE PERIMENOPAUSE	15
1.	Diagnostic clinique.	15
2.	Dosages hormonaux.....	15
E.	PRISE EN CHARGE DE LA PERIMENOPAUSE	16
1.	Prévention métabolique et gynécologique.....	16
2.	Investigations chez les femmes symptomatiques	16
3.	Traitements.....	17
F.	MOYENS DE CONTRACEPTION ET PERIMENOPAUSE	23
1.	Les dispositifs intra-utérins.....	24
2.	Les Pilules ŒstroProgestatives (POP).....	27
3.	Les progestatifs.....	31
4.	Contraception définitive féminine	33
5.	Autres méthodes contraceptives	34
6.	L'implant contraceptif.....	34
7.	En pratique : quelle contraception après 40 ans ? (5)	35
G.	QUAND ARRETER LA CONTRACEPTION ? REVUE DE LA LITTERATURE.....	35
1.	Cas du DIU au cuivre :	36
2.	Cas du DIU LNG.....	36

3.	Cas de la POP	37
4.	Cas des progestatifs	38
5.	Cas du traitement freinage substitution : quand passer au traitement Hormonal de la Ménopause ?.....	38
H.	QUELLE CONTRACEPTION EN CAS DE PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE, VASCULAIRE OU METABOLIQUE ? REVUE DE LA LITTERATURE.....	39
1.	En cas de risques cardiovasculaires.....	39
2.	En cas d'antécédent de cancer.....	39
3.	En cas d'endométriose.....	40
4.	En cas de pathologies bénignes du sein et de l'utérus	40

MATERIEL ET METHODE

I.	DESCRIPTION DE L'ETUDE	42
A.	TYPE D'ETUDE	42
1.	Pourquoi une méthode qualitative ?	42
2.	L'entretien semi-dirigé	42
3.	Elaboration du guide d'entretien	43
B.	POPULATION DE L'ETUDE.....	44
1.	Constitution de l'échantillon.....	44
2.	Limites de l'échantillon	45
3.	La taille de l'échantillon, triangulation et saturation des données	45
C.	RECUEIL DES DONNEES	45
II.	METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	46
A.	LA TRANSCRIPTION.....	46
B.	L'ANALYSE DES DONNEES.....	46
III.	DISPOSITIONS LEGALES.....	46
IV.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	47

RESULTATS

PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DU CORPUS	49
I. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	49
II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	49
A. ELEMENTS STATISTIQUES	51
B. PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE DANS L'ÉCHANTILLON	51
PARTIE 2 : ANALYSE DES ENTRETIENS	52
I. PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION EN PERIMENOPAUSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES .52	
A. PERCEPTION DE LA PERIMENOPAUSE	52
1. Définition	52
2. Une période charnière	52
3. Une tranche d'âge variable.....	52
4. Symptômes cliniques	53
B. PERCEPTION DE LA PRESCRIPTION DE MOYEN CONTRACEPTIF	53
1. Sentiments générés par cette prescription	53
2. L'approche des médecins généralistes	53
II. DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN PERIMENOPAUSE	56
A. DIFFICULTES LIEES AUX MOYENS CONTRACEPTIFS	56
1. Freins lors de la prescription de contraception	56
2. Freins lors de l'arrêt de la contraception	60
B. DIFFICULTES LIEES A LA PERIODE	62
1. Périménopause et ses complications : influence sur la contraception.....	62
2. La grossesse en périménopause.....	66
C. DIFFICULTES LIEES AUX MEDECINS GENERALISTES	68
1. Médecins généralistes et pratique de la gynécologie.....	68
2. Déficit de formation en gynécologie.....	69
3. Relation médecin-patiente	72
D. DIFFICULTES LIEES AUX FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	74
1. Facteurs intrinsèques : internes au cabinet de médecine générale.....	74
2. Facteurs extrinsèques : externes au cabinet de médecine générale	76

III. SOLUTIONS MISES EN PLACE ET PISTES A DEVELOPPER FACE A CES DIFFICULTES.....	80
A. SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR LE GENERALISTE.....	80
1. Le climat de confiance	80
2. L'éducation et la prévention.....	81
3. Le bilan biologique.....	82
4. L'avis spécialisé.....	83
B. PISTES A DEVELOPPER.....	84
1. Place des femmes médecins.....	84
2. Outil internet	84
3. Référentiels améliorés	85
4. Faciliter la collaboration entre professionnels de santé.....	85
5. Une consultation de prévention dédiée vers 40 ans.....	85
6. Intérêt des DIU* en gynécologie	86
7. Des médecins généralistes avec « une orientation » gynécologique.....	86

DISCUSSION

I. INTERET DE L'ETUDE.....	89
A. INTERET D'UNE APPROCHE QUALITATIVE.....	89
1. Triangulation.....	90
2. Les entretiens	90
3. L'échantillon	91
B. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	91
1. Les biais liés à l'enquêteur	91
2. Biais liés aux entretiens.....	92
II. DISCUSSION DES RESULTATS.....	93
A. LE MEDECIN GENERALISTE	93
1. Les difficultés du médecin généraliste	93
2. Les solutions mises en place par le médecin généraliste.....	97
B. LA PERIMENOPAUSE.....	99
1. Sexualité des femmes en périménopause	99
2. Grossesses en périménopause	99
C. LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	100
1. Facteurs intrinsèques	101
2. Facteurs extrinsèques	103

III. PROJET D'AMELIORATION	105
A. AMELIORER L'INFORMATION DES PATIENTES	105
B. AMELIORER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS.	106
C. DERNIERE CONSULTATION DE CONTRACEPTION	106
1. Une consultation de prévention difficilement réalisable	107
2. Une consultation de dernière contraception	107
D. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS	108
1. Les soins primaires	108
2. Collaboration médecine hospitalière et médecine de ville.	108
E. MEDECINS GENERALISTES AVEC UNE « ORIENTATION GYNECOLOGIQUE ».	109
IV. Ouvertures	112
Conclusion.....	113
Bibliographie	114
Annexes.....	122

Table des illustrations

Figures :

Figure 1 : Taux de fécondité des femmes de 40 à 49 ans et part des nouveau-nés dont la mère a 40 ans ou plus (15).	7
Figure 2 : Part des femmes de 40 ans ou plus dans la population féminine en France métropolitaine (15).	7
Figure 3 : Evolution des taux de recours à L'IVG en France métropolitaine de 1990 à 2017 (19).....	10
Figure 4 : Le cycle menstruel chez une femme en âge de procréer (22).	11
Figure 5 : Evolution de l'inhibine B et des œstrogènes en période de périménopause (25).	12
Figure 6 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (37)	24
Figure 7 : Contraception chez la femme de plus de 40 ans	35
Figure 8 : Perception de la contraception en périménopause par les médecins généralistes.....	55
Figure 9 : Difficultés liées à la prescription d'une contraception en périménopause	79
Figure 10 : Solutions mises en place et pistes à développer face aux difficultés rencontrées lors de la prescription d'une contraception en périménopause	87

Tableaux :

Tableau I : Les différents stades de l'activité ovarienne au cours de la vie d'une femme (5)	4
Tableau II : Avantages et Inconvénients des progestatifs de synthèse (17)	19
Tableau III : Schéma du Traitement Freinage Substitution (TFS) dans la prise en charge de la périménopause	21
Tableau IV : Posologies et modes d'administration des œstrogènes pouvant être prescrits lors d'un TFS de la périménopause. (36)	22
Tableau V : Principaux types de DIU au cuivre	26
Tableau VI : Associations œstroprogestatives utilisables en période de périménopause (11,17,33)	28
Tableau VII : Contre-indications absolues et relatives à la contraception œstroprogestative chez la femme de plus de 40 ans. (11).....	29
Tableau VIII : bénéfices non contraceptifs des pilules œstroprogestatives en particulier après 35 ans. (17) (43)	30
Tableau IX : Contraceptifs oraux microprogestatifs disponibles en France.....	32
Tableau X : Arrêt de la contraception selon la FSRH (38).....	36
Tableau XI : Caractéristiques de sexe, d'installation, d'exercice, de formation et de pratique de gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes interrogés	49
Tableau XII : Activité de gynécologie des médecins généralistes interrogés.....	51
Tableau XIII : Activité en gynécologie selon le sexe, « l'accessibilité » du territoire aux gynécologues libéraux, et la « spécialisation » au sein des groupes-Pays de la Loire (81)	111

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DCI : Dénomination Commune Internationale
DIU : Dispositif Intra Utérin
DIU* : Diplôme Inter Universitaire*
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DMO : Densité Minérale Osseuse
DS : Dérivation Standard
EPU : Enseignement Post Universitaire
FMC : Formation Médicale Continue
FRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire
FSRH : Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotein
IDM : Infarctus Du Myocarde
IOP : Insuffisance Ovarienne Précoce
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LDL : Low Density Lipoprotein
LNG : Lévonorgestrel
MeSH : Medical Subject Heading
NFS : Numération Formule Sanguine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
POP : Pilule Oestro-Progestative
PMI : Protection Maternelle Infantile
SPM : Syndrome Pré-Menstruel
TA : Tension Artérielle
TFS : Traitement par Freinage-Substitution
TG : Triglycéride
THM : Traitement Hormonal de la Ménopause
TSH : Thyroid Stimulating Hormon
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Glossaire

Taux de fécondité : Rapport du nombre de naissances vivantes annuelles à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (1).

Fertilité : Capacité d'avoir des enfants.

Espérance de vie à la naissance : Durée de vie moyenne (2).

Age médian : Age auquel la moitié d'une population donnée a déjà vécu un événement donné et l'autre non (3).

Fécondabilité : Probabilité de fécondation selon la période du cycle menstruel.

Incidence d'une maladie : Nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population (4).

Prévalence : Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens (4).

Adénomyose : Présence de glandes et de stroma endométriaux dans le myomètre (5).

INTRODUCTION

I. PREAMBULE

Les médecins généralistes, omnipraticiens, se retrouvent souvent en première ligne dans le suivi gynécologique des patientes en périménopause. Cette position centrale s'explique du fait de leur répartition sur le territoire, de leur relation privilégiée avec les patientes ou encore de leur fonction de prévention et d'engagement dans le système de soins primaires. A cela s'ajoute une démographie médicale en berne notamment dans le domaine de la gynécologie. Ainsi, de plus en plus de généralistes se retrouvent confrontés à des problématiques d'ordre gynécologique dans leur cabinet de médecine de ville.

La périménopause est une période clé dans la vie d'une femme. Période de transition à part entière, elle se caractérise par des modifications conséquentes tant sur le plan physiopathologique que clinique. Sa prise en charge thérapeutique est aussi délicate qu'essentielle. Un des piliers de cette prise en charge repose sur une adaptation thérapeutique en matière de contraception. Cette adaptation est capitale en terme d'amélioration des symptômes, de limitation des facteurs de risques ou encore de contrôle des contre-indications. Néanmoins, cette adaptation doit avant tout rester en accord avec le choix contraceptif de la patiente.

Peu de publications nationales ou internationales font échos aux interrogations des praticiens concernant la prise en charge contraceptive des femmes en périménopause. Que prescrire et jusqu'à quand ? Deux interrogations qui restent souvent sans réponse pour des généralistes peu épaulés dans cette démarche thérapeutique. Les conséquences de cette prise en charge sont pourtant capitales pour les femmes. Amélioration d'une symptomatologie retentissante, prévention cardio-vasculaire, limitation des IVG ou des grossesses à risques... autant d'éléments résultant de cette seule prise en charge contraceptive adaptée.

Régulièrement, les femmes en périménopause sous-estiment le risque de grossesse non désirée ou de complications inhérentes à ces grossesses menées à terme. Même si ce risque est minime, il persiste jusqu'à la ménopause confirmée. L'information auprès des femmes concernant les moyens contraceptifs est fondamentale.

Enfin, l'idée de cette étude a germé au cours de stages auprès de praticiens en médecine générale. Ce travail est parti d'un constat lors de consultations auprès de femmes en périménopause. Les interrogations sont souvent nombreuses et sans réponse face aux attentes des patientes et tout particulièrement lorsqu'est abordé le sujet de la contraception. Il a donc paru pertinent de recueillir le ressenti des médecins généralistes lors de cette prise en charge contraceptive afin de cerner au mieux la présence ou non de difficultés et les améliorations possibles.

II. PROBLEMATIQUE

Dans un premier temps, l'objectif de ce travail est d'étudier le ressenti et d'identifier les difficultés éventuelles des médecins généralistes lors de la prescription de moyens contraceptifs chez les femmes en périménopause. Il n'existe pas de pré-supposé avant l'élaboration de ce travail sur l'existence ou non de difficulté.

Dans un second temps, l'objectif de ce travail est de repérer les solutions déjà envisagées par les médecins généralistes et celles envisageables afin de répondre au mieux à leurs attentes face aux difficultés mises en avant.

L'objectif principal de cette recherche peut donc être énoncé en deux points :

- Connaitre le ressenti du médecin généraliste lors de la prescription de moyen de contraception chez les femmes en périménopause.
- Comprendre et identifier les difficultés liées à cette prise en charge si elles existent.

L'objectif secondaire de cette recherche est :

- Déterminer les solutions déjà mises en place ou à développer pour pallier aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Pour cette étude une approche qualitative phénoménologique est pertinente car elle se rapporte au vécu, aux sentiments des médecins généralistes.

III. CADRE CONCEPTUEL DE LA PERIMENOPAUSE

A. MISE AU POINT, TERMINOLOGIE ET DEFINITIONS

1. Les stades de l'activité ovarienne au cours de la vie d'une femme

Les différentes étapes dans l'activité ovarienne de la vie d'une femme se séparent en trois phases principales :

- Tout d'abord, une **période d'activité ovarienne « normale »**, la femme est en âge de procréer.
- Ensuite, une **période de transition** entre l'activité ovarienne « normale » et la ménopause : la **périménopause** (anciennement préménopause) (tableau 1)
- Enfin, la période **post ménopausique** ou ménopause confirmée.

Tableau I : Les différents stades de l'activité ovarienne au cours de la vie d'une femme (5)

Stades	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Terminologie	Années de reproduction			Transition ménopausique			Postménopausique	
	Précoce	Mature	Tardive	Précoce	Tardive		Précoce	Tardive
				Périménopause				
Durée du stade	Variable			Variable		1 an	4 ans	Variable
Cycles menstruels	Variables		Réguliers	Variables courts	Variables longs	Aménorrhée	Aucun	
Hormones	FSH normale		↑ FSH	↑ FSH			↑↑ FSH	

Fin des menstruations

2. La périménopause

La périménopause est une période de **durée variable** qui précède la ménopause physiologique. Elle correspond à la **diminution** progressive mais inéluctable de la **fonction exocrine ovarienne** avec des ovulations de plus en plus rares, ceci alors que la fonction endocrine persiste mais cependant de manière de plus en plus incomplète et dissociée.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la périménopause se définit comme « la période précédant la ménopause au cours de laquelle apparaît des signes cliniques et/ou biologiques annonçant la survenue de la ménopause et se poursuivant un an au-delà de l'arrêt des menstruations. »

La périménopause est une période qui se caractérise par plusieurs éléments importants :

- Une quasi « **anarchie** » **hormonale**, avec des phases initiales d'hyperoestrogénie secondaire à l'hyperstimulation endogène ovarienne puis secondairement des phases d'hypo ou d'hyper activité ovarienne.
- Une période reflétant une très grande **variabilité inter-individuelle** concernant son âge de survenue mais aussi son expression clinique.
- Une période à risque de développement ou d'aggravation de certaines **pathologies gynécologiques et œstrogéno-dépendantes**.

3. La ménopause

Le terme de ménopause vient du grec *menos* signifiant mois, menstrues et de *pausis* ou cessation. Littéralement, il s'agit donc de la « cessation des menstruations ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne (définition OMS, 1996). Cette définition est avant tout une définition rétrospective, puisqu'elle est basée sur une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois sans cause physiologique (grossesse...) ou pathologique évidente. De ce fait, l'âge de survenue de la ménopause n'est connu que rétrospectivement.

Ce phénomène « quasi » spécifique à l'espèce humaine (6–8) est en lien avec un épuisement de la réserve folliculaire, expliquant la carence oestrogénique totale dont résulte l'aménorrhée et le syndrome climatérique.

a) Insuffisance Ovarienne Prématurée (IOP) et ménopause tardive

La ménopause précoce ou **Insuffisance Ovarienne Prématurée (IOP)** devrait se définir par sa survenue à un âge de – 2 DS (Dérivation Standard) par rapport à la population de référence. En pratique, cette définition intéresse toute ménopause diagnostiquée **avant l'âge de 40 ans**. Cela représente 1 à 4 % des femmes (9).

Parfois, la ménopause ne s'installe qu'**après 55 ans**, on évoque alors une **ménopause tardive**.

b) Les différents « types » de ménopause

Il existe différents « types » de ménopause :

- La ménopause **naturelle**, spontanée.
- La ménopause **artificielle**, qui le plus souvent, résulte d'une prise en charge chirurgicale ou plus rarement d'un traitement par chimiothérapie ou irradiation.
- Des **états ménopausiques transitoires**. Ils sont induits par des chimiothérapies ou des traitements analogues de la LH-RH type Gosérelène ou Leuproréline, utilisés par exemple, dans le cancer du sein métastatique hormono-dépendant de la femme non ménopausée (10).

4. La post- ménopause

La post-ménopause ou ménopause confirmée est la période qui suit la périménopause et se poursuit jusqu'à la fin de l'existence.

B. CHIFFRES, DONNEES DEMOGRAPHIQUES

1. La périménopause en chiffres

L'âge médian d'entrée dans la périménopause est de **45,5 ans**. La durée moyenne de la périménopause est de **3,8 ans**. Seul 5 % des femmes rentrent en périménopause avant 39 ans et 5 % après 51 ans. Toute généralité reste malgré tout difficile à établir car la périménopause répond à une très grande variabilité inter-individuelle concernant l'âge de survenue, la durée et l'importance des symptômes (11).

2. Données démographiques et épidémiologie

a) Femmes de 40-55 ans dans la population générale et espérance de vie

En France, en 2018, les femmes de 40 à 55 ans représentaient **19,4 %** du total des femmes soit plus de 6.7 millions (12). Il est donc nécessaire d'organiser pour ces femmes, un suivi, un accompagnement sur le plan médical et plus particulièrement sur le plan gynécologique.

En 2018, en France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance d'une femme était de **85,3 ans** (13). L'augmentation de l'espérance de vie, expose de plus en plus les femmes à la ménopause ainsi qu'aux difficultés qui en résultent. Dans moins de 20 ans, plus de 50 % de la population féminine sera concernée par la ménopause et aura donc été confronté à la périménopause.

b) Age moyen de la maternité

L'âge moyen de la maternité croît régulièrement : il atteint **30,6 ans** en 2018 contre 29.8 ans dix ans plus tôt (13).

Cette évolution depuis les années 1980 s'explique par plusieurs facteurs : (14)

- L'augmentation progressive et continue du taux de fécondité dans les classes d'âge 30-34 ans, 35-39 ans et 40-49 ans. (Figure 2) (13)
- La part croissante des femmes de 40 ans et plus dans la population féminine française avec l'arrivée de la génération « baby-boom » (Figure 3)
- Une généralisation des méthodes de contraception avec des naissances de plus en plus « programmées ».
- Une évolution des normes sociales et familiales : familles recomposées, allongement de la durée des études chez la femme, mise en couple plus tardive

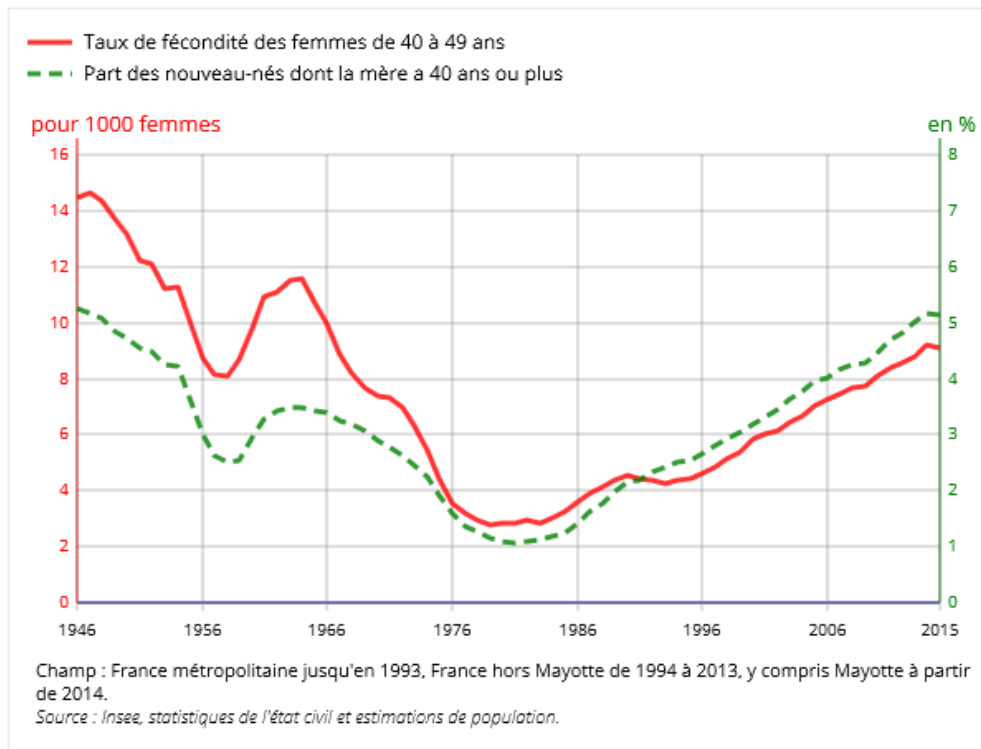


Figure 1 : Taux de fécondité des femmes de 40 à 49 ans et part des nouveau-nés dont la mère a 40 ans ou plus (15).

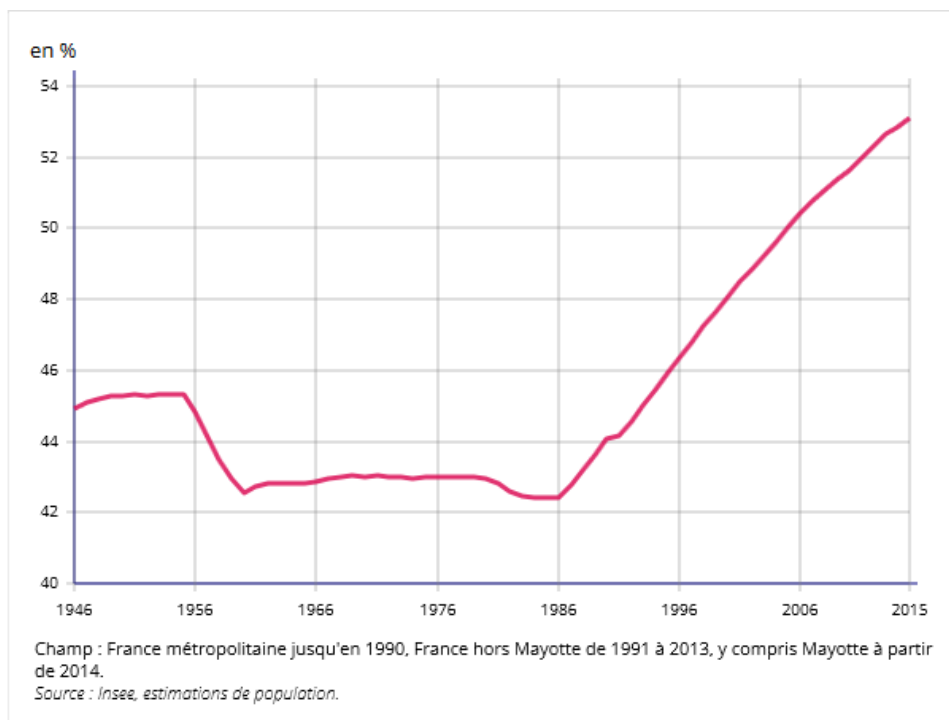


Figure 2 : Part des femmes de 40 ans ou plus dans la population féminine en France métropolitaine (15).

c) Grossesses en périménopause

L'augmentation de l'âge maternel s'accompagne d'une baisse significative de la fécondabilité et d'une hausse du nombre d'avortements spontanés. L'impact de l'âge maternel sur la fertilité se fait ressentir dès l'âge de 35 ans et devient important vers 40 ans et plus (14).

Ainsi, on peut estimer qu'une femme cherchant à avoir un enfant après 30 ans a 75 % de chances d'y parvenir en 12 mois, 66 % de chances si elle commence à 35 ans, et 44 % si elle commence à 40 ans (15).

Le taux d'avortement spontané augmente à partir de l'âge de 30 ans. Le taux de fausse couche est de l'ordre de 12% vers 25 ans, il passe à 20% à 37 ans et atteint les 30% à 43 ans (15). Deux raisons principales sont mises en avant :

- Une augmentation avec l'âge maternel de la fréquence des **anomalies chromosomiques** en lien probable avec une diminution de l'intégrité des ovules et du système endocrinien ovarien (14).
- Des **modifications utérines** en lien avec l'âge rendant la nidation et donc l'évolution de la grossesse plus difficile.

Par ailleurs, un âge maternel plus élevé favorise l'apparition de complications lors de la grossesse (16) :

- **Des complications maternelles :**
 - Majoration du nombre de grossesses multiples (en lien avec les traitements mis en place pour lutter contre l'infertilité) plus à risques de complications
 - HTA, éclampsie : complications hypertensives multipliées par 4 après 40 ans
 - Diabète gestationnel
 - Môle hydatiforme : risque multiplié par 20 entre 20 et 45 ans
 - Placenta prævia
 - Hématome rétro-placentaire
 - Augmentation de la mortalité maternelle avec l'âge : cette mortalité double de la tranche 30-34 ans à 35-39 ans. Les causes fréquentes de surmortalité vont être : la prééclampsie, le placenta prævia, l'hémorragie de la délivrance, l'embolie pulmonaire...
- **Des complications fœtales :**
 - Retard de croissance intra-utérin et souffrance fœtale chronique
 - Faible poids de naissance
 - Prématurité
 - Aberrations chromosomiques (entre autre, majoration des risques de trisomie 21 : risque évalué à 1/214 chez une femme de 38 ans, 1/128 à 40 ans et 1/10 à 45 ans) (17)
 - Majoration du risque de mort fœtale in utéro

Il est mis en évidence que malgré une fertilité en baisse, les grossesses désirées ou non chez les femmes en périménopause peuvent survenir et nécessitent une surveillance accrue.

d) Taux de fécondité et fertilité

Contrairement au taux de fécondité chez les femmes de 25-29 ans qui est en baisse depuis les années 2000, pour les femmes de 40 ans et plus ce taux augmente (13). Même si cela reste minime (de 2002 à 2018, pour 100 femmes de 40 à 50 ans, passage de 0.6 naissance à 0.9), il augmente malgré une baisse de la fertilité.

Ceci s'explique avant tout par une petite mise au point de vocabulaire, la fertilité ou fécondabilité est la capacité biologique à concevoir, tandis que la fécondité, notion démographique, est le nombre d'enfant mis au monde.

Ainsi, l'augmentation du taux de fécondité malgré une baisse de la fertilité peut s'expliquer par la **démocratisation de l'accès à la PMA** (Procréation Médicalement Assistée) et les progrès faits dans ce domaine.

e) Sexualité en périménopause

La fréquence des rapports sexuels diminue significativement avec l'âge, du fait essentiellement d'une baisse de la libido. Pour autant, ceci reste à nuancer. En effet, avec la démocratisation des divorces, séparations, remariages, un effet « stimulant » peut être noté sur la sexualité.

La sexualité est donc extrêmement variable chez les femmes de plus de 40 ans. Le besoin contraceptif devra donc être actualisé sans cesse en fonction :

- De la régularité des rapports sexuels
- De l'arrivée d'un nouveau partenaire sexuel

Une attention toute particulière est donc nécessaire de la part des médecins généralistes à l'égard de cette population en matière d'interrogatoire et de suivi gynécologique.

f) Contraception et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en périménopause

Les femmes de plus de 35 ans constituent plus de 20 % des utilisatrices de contraceptions d'après IPPF (International Planned Parenthood Federation) (18). Soit autant de femmes en questionnement potentiel qu'il est nécessaire d'informer par les professionnels de santé lors des consultations.

En 2017, en France métropolitaine, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chez les femmes de 15 à 49 ans était de 216 700. Pour la région Normandie en 2017, on comptait 12,1 IVG pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans. Le taux des IVG chez les femmes de 45 à 49 ans restait stable. (19)- (figure 5).

Pour autant, près de la moitié des grossesses au-delà de 40 ans ne sont ni planifiées ni désirées et il est estimé qu'environ la moitié d'entre elles se terminent par une IVG (20).

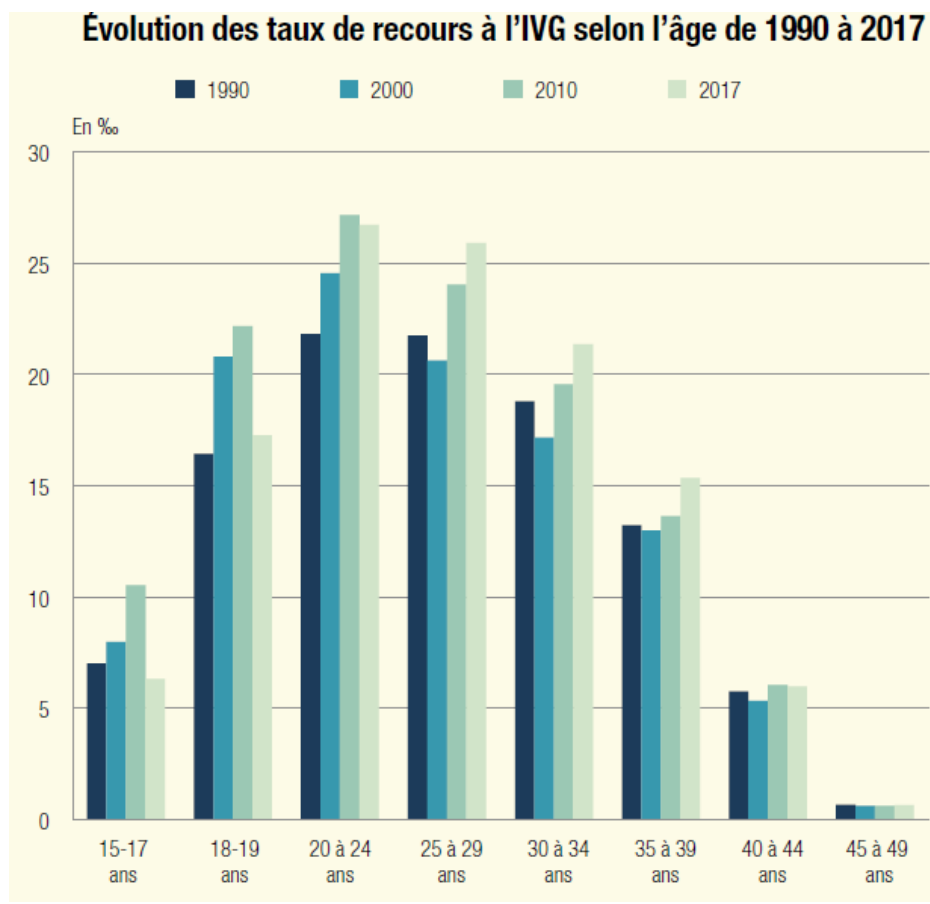


Figure 3 : Evolution des taux de recours à L'IVG en France métropolitaine de 1990 à 2017 (19)

C. PHYSIOPATHOLOGIE, CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DE LA PERIMENOPAUSE

1. Physiopathologie et hormonologie

a) *Rappel sur le cycle menstruel de la puberté à la ménopause (5)*

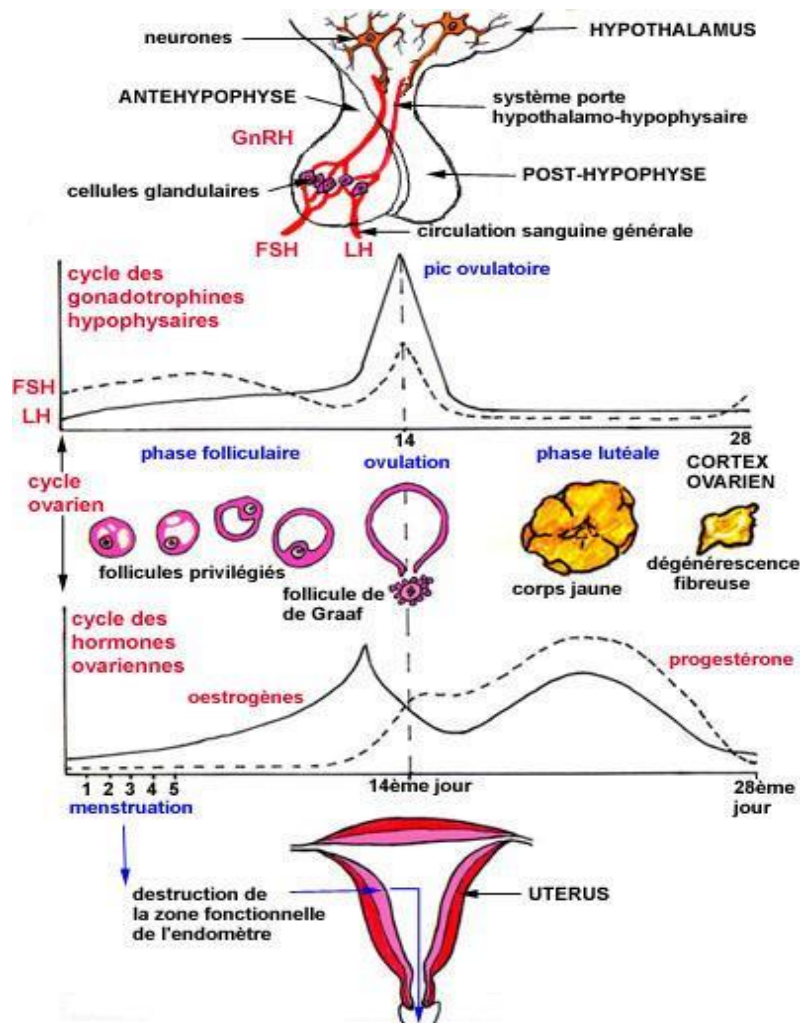


Figure 4: Le cycle menstruel chez une femme en âge de procréer (22).

Chez une femme en âge de procréer, lors de la **phase folliculaire**, la sécrétion de **FSH** va entraîner la maturation de follicules. Ces follicules sont responsables de la sécrétion des **œstrogènes** par les cellules de la granulosa. Les œstrogènes vont diminuer la synthèse de FSH par rétrocontrôle négatif sur le système hypothalamo-hypophysaire. Un seul follicule est sélectionné, le follicule de de Graaf, il devient très sensible à la FSH. L'ovulation se fait à la suite du pic de LH et FSH.

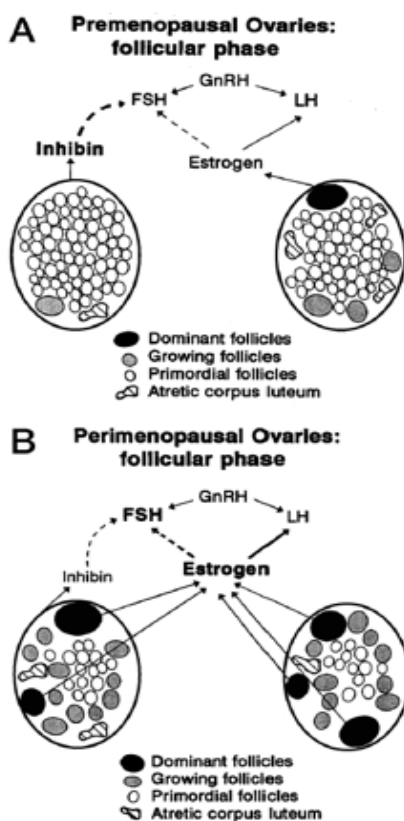
Débutent alors la **phase lutéale**, avec croissance puis régression (en l'absence de fécondation) du corps jaune à l'origine de la sécrétion de **progestérone**.

b) *Hormonologie et pérимénopause*

La pérимénopause est le reflet d'une période de perturbation hormonale intense. Cette période de la vie féminine peut être analysée en deux phases symptomatiques de durée variable. Une première phase **d'insuffisance lutéale** et **d'hyperoestrogénie relative**, puis une seconde phase **d'alternance** entre **hyper** et **hypoestrogénie**.

(1) *Le syndrome d'hyperoestrogénie prédominant*

Ce premier stade va être lié à un épuisement qualitatif et quantitatif progressif du capital folliculaire ovarien (21). De ce fait, la production d'inhibine B va diminuer. **L'inhibine B** est produite par les cellules de la granulosa et exerce un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH (22).



Au total, la diminution du stock folliculaire entraîne une production moindre d'inhibine B (comme montré sur le schéma B de la Figure 7), le rétrocontrôle négatif sur la FSH est donc moindre.

Ainsi, davantage de follicules vont maturer et sécréter davantage d'œstrogènes.

C'est **l'hyperoestrogénie relative**.

Figure 5 : Evolution de l'inhibine B et des œstrogènes en période de pérимénopause (25).

De façon concomitante à ce phénomène, il existe une diminution de la sécrétion de progestérone par altération de la qualité du corps jaune lors de la phase lutéale : c'est **l'insuffisance lutéale**. Ceci, favorise l'état d'hyperoestrogénie relative.

Enfin, au cours de cette phase, une diminution progressive de la sécrétion ovarienne de 17β -œstradiol (E2) est mise en évidence, entraînant des troubles de l'ovulation.

(2) L'alternance d'hyperoestrogénie et d'hypoestrogénie

Cette phase correspond à des arrêts puis des reprises de la fonction ovarienne oestrogénosécrétante. Avec le vieillissement ovarien, la réponse folliculaire aux gonadotrophines devient de plus en plus variable. Certains follicules, ne vont plus répondre à la FSH alors que d'autres vont répondre avec une sensibilité exagérée au taux de FSH circulant de plus en plus élevé.

Il existe alors des phases **d'hypofonctionnement ovarien** avec une hypoestrogénie résultante, il n'y a pas de réponse folliculaire à la FSH. Puis, des phases **d'hyperstimulation endogène** : un follicule redevient sensible de façon intense à la FSH. Il y a alors, une maturation pluri folliculaire et une hyperoestrogénie (21).

2. Manifestations clinico-biologiques et pathologies en lien avec un état périménopausique

a) *Symptômes de l'état d'hyperoestrogénie*

Les manifestations cliniques liées à l'état d'hyperoestrogénie relative sont :

- Une **perturbation du cycle menstruel** avec des cycles de plus en plus irréguliers, de durée anormale (spanioménorrhée, cycle courts) (23)
- L'apparition ou l'aggravation d'un **syndrome prémenstruel** (SPM) ou syndrome d'hyperoestrogénie associant : (21)
 - Une prise de poids par rétention hydrosodée (hyperminéralocorticisme secondaire à l'hyperoestrogénie)
 - Des mastodynies
 - Des troubles neurovégétatifs divers : troubles du transit, nausées, asthénie, malaises...
 - Une pesanteur pelvienne
 - Des troubles psychiques (anxiété, irritabilité...) faisant partie intégrante du DSM-IV (24)
 - Des céphalées d'allure migraineuse
- Apparition voire aggravation de **pathologies gynécologiques oestrogéno-dépendantes** :
 - Hyperplasie endométriale simple, sans atypie cellulaire, responsable de méno/métrorragies. (à noter qu'il s'agit d'un diagnostic d'élimination dans ce cadre, des investigations doivent être faites)
 - L'adénomyose et l'endométriose
 - Les fibromyomes utérins
 - Les mastopathies bénignes (25)

Les manifestations cliniques liées à l'alternance d'hyper et d'hypoestrogénie vont associer des phases de symptomatologie similaire à celle décrite ci-dessus avec des phases de sémiologie quasi similaire à une ménopause franche.

b) Symptômes de l'état d'hypoestrogénie

Le syndrome d'hypoestrogénie se manifeste quant à lui par (11) :

- Une aménorrhée
- Des bouffées vasomotrices
- Une asthénie physique et psychique
- Une sécheresse vaginale pouvant s'accompagner de dyspareunies
- Une baisse de la libido
- Des troubles de l'humeur : un état dépressif
- Des troubles du sommeil à type d'insomnie
- Des troubles génito-urinaires (recrudescence de cystites aiguës, incontinence urinaire d'effort, prolapsus...) (26)

c) Périménopause et modifications métaboliques

Divers changements métaboliques sont mis en évidence chez les femmes en périménopause :

- Une **majoration des adipocytes** (surtout viscéral) avec une répartition plus androïde des masses adipeuses.
- Un **bilan lipidique plus athérogénique** avec une augmentation des LDL, des TG, et une diminution des HDL.
- Une modification du **profil tensionnel**
- Une augmentation de la **glycémie** (27)
- Une hypoestrogénie entraînant une augmentation de **la résorption osseuse**

Autant d'éléments nécessitant une surveillance globale minutieuse par le médecin généraliste quant au dépistage de pathologies inhérentes à cette période de la vie d'une femme.

d) Périménopause et pathologies associées (5)

Avec la périménopause, on note une augmentation des pathologies gynécologiques, mammaires et vasculaires. Cette augmentation est en lien avec « l'anarchie hormonale » qui règne au cours de la périménopause. En période de périménopause on retrouve donc de manière plus fréquente :

Au niveau utérin :

- Des hyperplasies de l'endomètre et le développement de polypes muqueux qui vont se manifester par des épisodes de méno-métrorragies.
- De l'adénomyose et des fibromes utérins de plus en plus symptomatiques, responsables de ménorragies
- Des kystes fonctionnels ovariens
- De l'endométriose (pic de fréquence 35-45 ans) (16)

Au niveau **mammaire** :

- Des mastodynies caractéristiques du déséquilibre en oestroprogestatifs
- Des mastopathies fibro-kystiques
- Des adénofibromes
- Des néoplasies du sein

Au niveau **métabolique et vasculaire** : l'ensemble des facteurs de risques cardio-vasculaires augmentent avec l'âge créant un surrisque pour des pathologies comme :

- Le diabète
- Les dyslipidémies
- L'HTA
- Le surpoids

D. DIAGNOSTIC DE PERIMENOPAUSE

1. Diagnostic clinique

Le diagnostic de la périménopause est clinique. L'intérêt des dosages hormonaux n'est pas démontré dans ce contexte. En effet, la grande variabilité hormonale caractéristique de cette période rend l'interprétation de tout dosage hormonal très complexe.

2. Dosages hormonaux

Classiquement, le taux de **FSH** augmente lors de cette période. Pour autant, il reste extrêmement labile d'un cycle à l'autre et donc difficilement interprétable. Le dosage de **LH** est inutile. Concernant le dosage du **17 β œstradiol** ou **E2**, tout comme le taux de FSH, il est extrêmement fluctuant en périménopause et ne reflète qu'un « instantané » au moment de la prise de sang.

Ainsi, les dosages hormonaux peuvent conduire à diagnostiquer des ménopauses par excès ou négliger des périménopauses pour cause de bilan jugé faussement « normal ».

De plus en plus, le dosage de **l'hormone Antimüllérienne (AMH)** se démocratise afin d'évaluer la réserve ovarienne. C'est un dosage fiable et reproductible qui pourrait être utile au diagnostic de périménopause dans des situations cliniques douteuses (28,29). À ce jour, ce dosage est principalement utilisé couplé au compte folliculaire en cas de projet de grossesse. Le remboursement de l'AMH n'est rendu possible que s'il est prélevé dans certains centres (ex : CHU Caen).

Au total, un seul dosage hormonal peut avoir un intérêt franc en périménopause actuellement : **le dosage systématique des B HCG** en cas d'aménorrhée prolongée.

E. PRISE EN CHARGE DE LA PERIMENOPAUSE

La prise en charge des femmes en périménopause repose majoritairement sur une action de **prévention**. En effet, seules les femmes symptomatiques nécessitent des investigations et la mise en place d'un traitement en périménopause.

Ainsi, l'objectif de cette prise en charge repose sur la mise en évidence d'une **symptomatologie gênante**, la **prévention** de certaines pathologies (hyperplasie endométriale, syndrome métabolique, néoplasie mammaire...) et le **contrôle de pathologies bénignes préexistantes** (fibromyomes, adénomyose, mastopathies, kystes fonctionnels de l'ovaire...).

1. Prévention métabolique et gynécologique

Cette période doit pour le médecin généraliste, être l'occasion de faire le point afin :

- D'évaluer le suivi gynécologique : date du dernier frottis, nécessité d'un suivi mammographique précoce, adaptation de la contraception si nécessaire.
- D'évaluer le terrain métabolique : surveillance du poids, du **tour de taille**, de la Tension Artérielle (TA), prescrire un bilan biologique métabolique peut s'avérer utile.

A noter que la surveillance du **syndrome métabolique** a une importance capitale en périménopause. En effet, **la cause cardio-vasculaire est la première cause de mortalité chez les femmes ménopausées**. Le risque cardio-vasculaire doit être évalué et diminué en amont : lors de la périménopause. Grâce à des actions de prévention menées conjointement par le gynécologue et le médecin traitant auprès de cette patientèle, ce risque peut être amoindri. La surveillance du poids, du tour de taille, de la TA... sont autant de facteurs essentiels à traquer en périménopause.

2. Investigations chez les femmes symptomatiques

En fonction du contexte, de la symptomatologie décrite, des investigations peuvent être menées :

- Devant **des hyperménorrhées** : NFS, Ferritine, TSH à ne pas négliger afin d'évaluer le retentissement ou l'étiologie.
- Devant des **ménométrorragies** : en première intention examen clinique avec pose de spéculum et examen du col, échographie pelvienne puis si besoin hystérocopie diagnostique.
- Devant des **mastoses** : après un examen clinique attentif, une échographie mammaire ou une mammographie peuvent être envisagées.
- Dans un contexte évocateur de **facteur de risque d'ostéoporose** : Ostéodensitométrie (ODM). Selon les recommandations HAS (30), les facteurs de risque d'ostéoporose nécessitant une prise en charge dans la population générale (dont font parties les femmes en périménopause) sont :

⇒ Une affection ou un traitement inducteur d'ostéoporose :

- Corticothérapie systémique en cours, prescrite pour une durée **d'au moins trois mois** consécutifs, à une dose supérieure ou égale à **7,5 mg/jour** d'équivalent prednisone (de préférence au début du traitement) ;
- Antécédent documenté **d'hypogonadisme prolongé** (incluant l'androgénoprivation ou l'oestrogénoprivation chirurgicale [orchidectomie, ovariectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un agoniste de la Gn-RH]), **hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite.**

⇒ Des signes d'ostéoporose :

- Découverte ou confirmation radiologique d'une **fracture vertébrale** (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
- Antécédent personnel de **fracture périphérique de fragilité** (c'est-à-dire survenue sans traumatisme majeur – sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical). Devant des signes d'ostéoporose, les recommandations actuelles préconisent la recherche d'une maladie responsable d'une ostéoporose secondaire, ou d'une cause tumorale ou traumatique de fracture.

3. Traitements

Les femmes asymptomatiques ne relèvent d'aucun traitement. Un traitement est proposé uniquement aux femmes symptomatiques qui en font la demande. Cette prise en charge doit tenir compte du terrain métabolique de la patiente et des éventuelles contre-indications à certaines thérapeutiques. Il existe des thérapeutiques hormonales et non hormonales.

a) Les thérapeutiques hormonales

En première intention chez une femme peu symptomatique, une adaptation de son moyen de contraception doit être discutée (POP, DIU LNG, microprogestatif). Si cela n'est pas suffisamment efficace, un traitement hormonal de la périménopause par **progestatif seul** ou **Traitement par Freinage Substitution** (TFS) peut être prescrit.

Il est nécessaire de différencier les traitements hormonaux de la périménopause et le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM). Toute prescription de THM chez une femme en périménopause est contre-indiquée. Le THM se prescrit uniquement chez la femme ménopausée de façon certaine et définitive.

Le traitement hormonal de la périménopause a plusieurs objectifs :

- Diminuer les symptômes liés au syndrome d'hyperoestrogénie ou SPM
- Prévenir l'hyperplasie endométriale
- Diminuer les symptômes en lien avec l'alternance d'un syndrome d'hyper puis d'hypoestrogénie.

Le traitement hormonal de la périménopause comprend :

- Soit des **progestatifs seuls** en cas d'hyperoestrogénie relative au premier plan
- Soit une association oestroprogestative avec un **schéma freinage-substitution** en cas d'alternance d'hyperoestrogénie relative et hypoestrogénie

(1) Le traitement par progestatifs seuls

Il existe trois principaux types de progestatifs :

- Les progestatifs de synthèse ou **macroprogestatifs** : ils sont de deux types principalement : Prégnanes ou Norprégnanes.
- La **progestérone naturelle** (micronisée) : Utrogestan®, Estima®, Menaelle® et l'isomère de la progestérone naturelle : Duphaston® (31)
- Les **microprogestatifs**, type Désogestrel (Cérazette®/ Antigone®/ Optimizette®/Claréal®...) ou lévonorgestrel (Microval®). À noter que le lévonorgestrel est de moins en moins prescrit car remplacé par le Desogestrel ayant une activité anti-gonadotrope plus importante.

(a) Les macroprogestatifs

À noter qu'en Février 2019, l'**ANSM** (32) a émis des recommandations particulières concernant la prescription de **Chlormadinone** (Luteran®) et **Nomégestrol** (Lutenyl®) car des cas de **méningiomes** ont été observés lors de l'utilisation de ces médicaments à des doses thérapeutiques.

A présent de nouvelles recommandations concernant la prescription de ces médicaments sont applicables :

- L'utilisation d'acétate de chlormadinone ou d'acétate de nomégestrol est contre-indiquée en cas d'existence ou d'antécédent de méningiome.
- Si un méningiome est diagnostiqué chez une patiente traitée par de l'acétate de chlormadinone ou de l'acétate de nomégestrol, le traitement devra être arrêté immédiatement et définitivement, et la conduite à tenir devra être discutée avec un neurochirurgien.

Aussi, en cas de prescription d'acétate de chlormadinone ou d'acétate de nomégestrol, les professionnels de santé doivent à présent :

- **Inform**er les patientes de l'existence du risque de méningiome,
- (Ré)-évaluer la **balance bénéfique/risque** pour chaque patiente, en tenant compte du risque de méningiome,
- Vérifier auprès des patientes l'absence **d'antécédent de méningiome** ou de **méningiome en évolution** connu,
- Prescrire dans le respect des indications autorisées par l'**AMM**,
- Prescrire aux doses les plus faibles possibles et sur une durée la plus courte possible.

Tableau II : Avantages et Inconvénients des progestatifs de synthèse (17)

	Norprégnanes : 19 nor-progestérogène	Prégnanes : 17 méthyl ou α -hydroxyprogestérogène
Produits et posologies disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - Nomégestrol <i>Lutenyl</i>® (3.75/ 5 mg) - Promégestone <i>Surgestone</i>® (0.125/ 0.25/ 0.5 mg) 	<ul style="list-style-type: none"> - Médrogestone <i>Colprone</i>® (5 mg) - Chlormadinone <i>Lutéran</i>® (2/5/10 mg) - Acétate de cyprotérone <i>Androcur</i>® (50 mg)
Inconvénients et contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en tant que contraceptif - Contrôle imparfait du cycle 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en tant que contraceptif - Contrôle imparfait du cycle
Avantages et indications	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt en cas de contre-indication aux oestroprogestatifs - Intérêt en cas de pathologie utérine, ovarienne ou mammaire associée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne tolérance clinique et métabolique - Chlormadinone : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ intérêt en cas de contre-indications métaboliques ou cardio-vasculaires aux oestroprogestatifs selon la SFE (33). ⇒ Utilisation contre-indiquée uniquement en cas « d'accident thrombo-embolique en évolution » (34), une utilisation avec précaution est donc envisageable en cas d'antécédent thrombo-embolique(35) - Acétate de cyprotérone : intérêt en cas d'hyperandrogénies

(b) Les différents schémas de prescription des macroprogestatifs

- Soit **du 15^{ème} au 25^{ème} jour du cycle**, afin de régulariser le cycle, en l'absence de ménométrorragies et de désir de contraception. Cela permet une correction de l'insuffisance lutéale et des signes d'hyperoestrogénie mais pas d'effet contraceptif.
- Soit **du 10^{ème} jour (J10) au 25^{ème} jour (J25) du cycle** en cas de signes d'hyperoestrogénie plus importants chez la patiente.
- Soit, cas le plus classique, **du 5^{ème} (J5) au 25^{ème} (J25) jour du cycle**.

(c) Plusieurs éléments sont à prendre en considération lors de la prescription de macroprogestatifs :

- ⇒ Les macroprogestatifs ont un effet contraceptif à partir de **15 jours** de prises consécutives par mois, soit les schémas de prescription : J10-J25 du cycle et J5-J25 du cycle. Néanmoins, ces deux schémas de prescription **ne disposent pas de l'AMM en tant que contraceptif pur**.
- ⇒ La prescription d'un traitement macroprogestatif permet de protéger l'endomètre et prévient l'apparition d'une **hyperplasie endométriale secondaire à l'hyperoestrogénie et/ou à l'anovulation**. Plus la durée du traitement au cours du cycle est longue, plus l'efficacité sur les signes d'hyperoestrogénie est importante. Cependant, cela peut se faire au dépend d'une majoration de l'atrophie résultante sur le long terme.
- ⇒ Le compte des jours du cycle peut s'avérer être **fastidieux** pour des patientes dont les cycles sont de plus en plus irréguliers en périménopause.
- ⇒ Une alternative intéressante peut être la prescription **de macroprogestatifs à demi dose en continu** (par exemple, Promégestone (Surgestone[®]) 250 mg ou Chlormadinone (Lutéran[®]) 5 mg. Cela permet une aménorrhée complète et facilite l'observance.
- ⇒ La mise en place d'un traitement par macroprogestatifs peut être envisagé à la fois à visée contraceptive (hors AMM) mais aussi afin d'améliorer la symptomatologie de pathologies fréquentes chez les femmes de plus de 40 ans :
 - Mastopathies bénignes
 - Endométriose
 - Adénomyose
 - Hyperplasie de l'endomètre
 - Fibromyomes non chirurgicaux
 - Dystrophie ovarienne

(d) Place à part du Duphaston[®]

- ⇒ Le Duphaston[®] peut être utilisé comme test thérapeutique en périménopause. En cas d'aménorrhée installée depuis quelques mois, il est possible de prescrire un traitement par **Duphaston[®] 10 mg, 10 jours par mois pendant 3 mois**. En cas d'aménorrhée malgré 3 mois de traitement, la ménopause est confirmée.

(2) Traitement Freinage- Substitution (TFS)

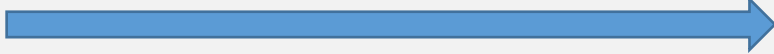


Pour le traitement hormonal de la périménopause par freinage substitution seuls les macroprogestatifs sont utilisés.

Il est tout particulièrement indiqué lors de la période « charnière » avec **alternance** de signe **d'hypo et d'hyperoestrogénie** ou encore chez une patiente traitée par macroprogestatif présentant des signes d'hypoestrogénie.

Il consiste en l'association :

- D'un **macroprogestatif** antigonadotrope pendant 20 jours sur 28 du cycle.
- Avec un **œstrogène naturel** (per os ou per cutané) durant 10 à 20 jours sur 28 du cycle, en seconde partie du traitement progestatif. Au fur et à mesure que la patiente avance dans sa périménopause, la durée d'administration de la séquence œstrogénique pourra être augmentée.

Tableau III: Schéma du Traitement Freinage Substitution (TFS) dans la prise en charge de la périménopause

Jour du cycle	J0	J10	J20	J28
Macroprogestatif Antigonadotrope				
Œstrogène : 17-β-estradiol				
Fenêtre thérapeutique				

Plusieurs éléments sont à prendre en considération lors de la prescription d'œstrogènes :

- ⇒ Le **17-β-estradiol** est majoritairement prescrit (molécule de référence)
- ⇒ La forme **percutanée** des œstrogènes sera préférée en cas d'antécédents personnels ou familiaux de facteurs de risque vasculaire ou métabolique afin d'éviter le passage hépatique des œstrogènes.
- ⇒ En cas de prescription d'œstrogènes, il est nécessaire de veiller à l'absence de contre-indications : (36)
 - Cancer du sein connu ou suspecté ou antécédents de cancer du sein.
 - Tumeurs malignes œstrogénodépendantes connues ou suspectées
 - Hémorragie génitale non diagnostiquée.
 - Hyperplasie endométriale non traitée.
 - Antécédent d'accident thromboembolique veineux idiopathique ou accident thromboembolique veineux en évolution (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire).
 - Accident thromboembolique artériel récent ou en évolution (angor, infarctus du myocarde).
 - Affection hépatique aiguë ou antécédent d'affection hépatique, jusqu'à normalisation des tests hépatiques.
 - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
 - Porphyrisme

Tableau IV: Posologies et modes d'administration des œstrogènes pouvant être prescrits lors d'un TFS de la périménopause. (36)

Œstradiol par voie orale	Œstradiol par voie locale	
Comprimés	Dispositifs transdermiques	Gels
ESTRADIOL 1-2mg ESTREVA 1.5mg ESTROFEM 1-2mg OROMONE 1-2mg PROGYNOVA 1-2mg PROVAMES 1-2mg	CLIMARA 50µg/24h DERMESTRIL 25-50-100µg/24h DERMESTRIL SEPTEM 25-50-100µg/24h ESTRADERM TTS 25µg/24h ESTRAPATCH 40-60-80µg/24h FEMSEPT 50-75-100µg/24h OESCLIM 25-37.5-50µg/24h THAIS 25-50-100µg/24h THAIS SEPT 25-50-75µg/24h VIVELLEDOT 25-37.5-50-75-100µg/24h	DELIDOSE 0.5-1mg ESTREVA 0.1% OESTRODOSE 0.06% OESROGEL 0.06%

b) Les thérapeutiques non hormonales

Elles sont indiquées en cas de contre-indications aux traitements hormonaux ou si la patiente refuse un tel traitement. Les thérapeutiques non hormonales reposent sur une prise en charge purement symptomatique.

(1) Le syndrome pré-menstruel

Les symptômes psychiques et physiques du syndrome pré menstruel peuvent être améliorés par un traitement par Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) tel que l'**Escitalopram** (Seroplex®)(37).

(2) Les bouffées vasomotrices

Les bouffées vasomotrices peuvent être améliorées par différentes prises en charges plus ou moins efficaces :

- Les règles hygiéno-diététiques : arrêt du tabac, limitation de l'alcool, limitation du café
- Les molécules non hormonales avec une efficacité discutable : β -alanine, véralipride, clonidine, α -méthyl dopa
- Les Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) tels que la **Venlafaxine** (Effexor®) dont l'efficacité a été démontrée lors de différents travaux sur la symptomatologie vasomotrice et dépressive des femmes en périménopause (38).

- Les ISRS, tel que l'**Escitalopram** auraient aussi des effets sur les bouffées vasomotrices.
- Les phytothérapies à base de lin, soja peuvent s'avérer plus utiles en péri-ménopause qu'en période de ménopause avérée, la symptomatologie y étant moins prononcée.

(3) Les troubles psychiques

Les bouleversements hormonaux et psychosociaux lors de cette « période charnière » peuvent déclencher chez les patientes des troubles allant de l'anxiété au syndrome dépressif. En cas de répercussion sur la qualité de vie de la patiente une prescription d'anxiolytique ou d'antidépresseur peut être envisagée.

(4) Sécheresse vaginale

Elle est souvent à l'origine de dyspareunies d'intromission difficiles à évoquer par la patiente. L'interrogatoire mené par le médecin est donc capital pour dépister ce type de symptomatologie. Plusieurs molécules peuvent être prescrites :

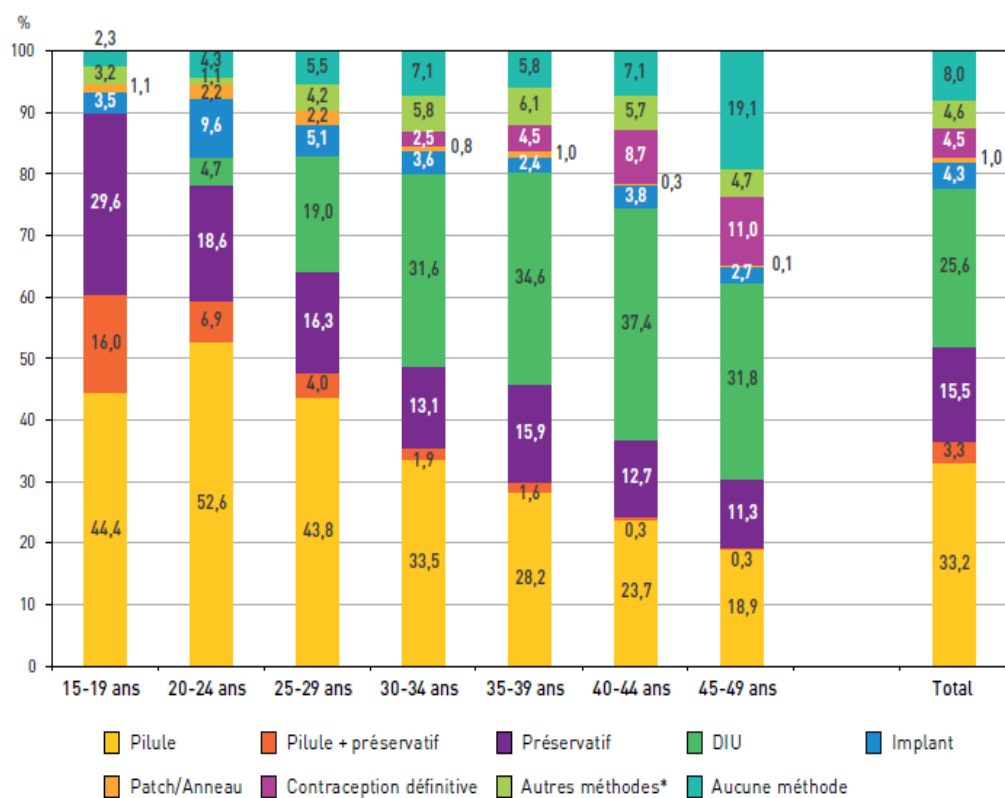
- Des gels lubrifiants simples à base d'eau (gel Ky[®], Prémicia[®], Sensilube[®], Taïdo[®])
- Des gels lubrifiants plus spécifiques de la sécheresse vaginale (Replens[®] et Monasens[®])
- Des oestrogènes à action locale stricte, administrés par voie vaginale, sous la forme de crèmes ou d'ovules (Colpotrophine[®], Trophigil[®], Physiogine[®]...), et dont le passage systémique est infime. En période de péri-ménopause, **les crèmes plus que les ovules** sont à privilégier car la **plainte** principale des femmes en péri-ménopause est souvent **vulvaire** (gêne au niveau de la commissure vulvaire postérieure).

F. MOYENS DE CONTRACEPTION ET PERIMENOPAUSE

En 2016, par ordre décroissant, les moyens de contraceptions privilégiés par les femmes de plus de 40 ans étaient :

- Le DIU
- La pilule
- Aucune méthode contraceptive
- Le préservatif
- La contraception définitive
- Les autres méthodes (diaphragme, cape, retrait, courbe de température, abstinence...)
- L'implant

À noter qu'en 3ème position arrive dans la classe des 45-49 ans, **l'absence totale de moyen contraceptif** mettant à nouveau en exergue l'importance du travail d'information et de prévention que doit mener le médecin généraliste auprès de cette patientèle.



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 6: Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (37)

1. Les dispositifs intra-utérins

En France, la première méthode de contraception après 40 ans est le Dispositif Intra Utérin (DIU). En 2016, 37,4% des femmes de 40 à 44 ans et 31,8% des femmes de 45 à 49 ans avaient choisi cette méthode contraceptive (39). Il existe deux types de DIU, le DIU au cuivre et le DIU hormonal au Lévonorgestrel (Mirena®).

a) DIU au Lévonorgestrel

(1) Indications

Le DIU au LévoNorGestrel (LNG) possède des indications particulièrement intéressantes en période de périménopause :

- Ménorragies fonctionnelles (40)
- Anémie
- Dysménorrhées
- Endométriose
- Adénomyose
- Fibrome selon localisation

La plupart de ces indications vont être en lien avec la capacité, grâce à ce dispositif, de réduire de près de 96% l'abondance du flux menstruel (41).

(2) Différents modèles : (31)

- Lévonorgestrel **19.5 mg** (KYLEENA®), efficace pour une durée maximale de 5 ans, anneau d'argent visible à l'échographie, couleur bleue des fils de retrait, structure en T avec sulfate de baryum pour le rendre visible à la radiographie. Il est prescrit en première intention.
- Lévonorgestrel **13.5 mg** (JAYDESS®), efficace pour une durée maximale de 3 ans, anneau d'argent visible à l'échographie, couleur marron des fils de retrait, structure en T avec sulfate de baryum pour le rendre visible à la radiographie. Il a peu de place en périménopause car s'adresse principalement aux patientes nulligestes.
- Lévonorgestrel **52 mg** (MIRENA®), efficace pour une durée maximale de 5 ans. En période de périménopause, il reste à privilégier par rapport à un KYLEENA® après exploration par échographie +/- hystérocopie diagnostique en cas :
 - D'hyperoestrogénie marquée
 - D'hypertrophie endométriale
 - De méno-métrorragies

(3) Effets indésirables

Il est nécessaire d'informer les patientes des effets indésirables possibles avant la pose :

- Les spotting
- Les irrégularités menstruelles
- Les hypo-oligo voire aménorrhée

Une période d'adaptation de **3 à 6 mois** est souvent nécessaire. Une meilleure information des patientes au préalable contribue souvent à une meilleure observance du DIU.

(4) Association DIU au Lévonorgestrel et estrogènes

Dans le cas particulier de la périménopause l'association d'un DIU au Lévonorgestrel et d'estrogènes est possible. Ainsi, en cas d'apparition de signe d'hypo-oestrogénie sous DIU au Lévonorgestrel, une prescription d'œstrogènes par voie orale ou percutanée peut être envisagée.

Du fait de son imprégnation hormonale en progestérone, le DIU LNG assure une « protection endométriale » contre l'hyperplasie. Il peut donc être prescrit en association avec des œstrogènes naturels, préférentiellement percutané (42). C'est une alternative au traitement par Freinage-Substitution.

b) *DIU au cuivre*

Sous un DIU au cuivre, les menstruations sont généralement plus longues et plus abondantes. Ce DIU revêt un intérêt majeur en péri-ménopause car il permet de s'affranchir de toute prescription hormonale. Cependant, en pratique, ce dispositif s'avère souvent mal toléré du fait de **l'hyperménorrhée** inhérente au stérilet chez des femmes connaissant déjà une hyperoestrogénie relative et des troubles du cycle induits par l'anarchie hormonale de la péri-ménopause.

(1) *Principaux types de DIU au cuivre*

Tableau V: *Principaux types de DIU au cuivre*

Type de pose	Nom du DIU	Hauteur	Largeur	Durée d'efficacité	Mise en place
<u>Pose en 2 temps</u>	NT 380 Short	24 mm	30 mm	5 ans	Inserteur souple à mémoire de forme (<i>Utérus rétroversé</i>)
	NT 380 standard	31 mm	33 mm		
<i>Les formes short conviennent particulièrement aux nullipares</i>	UT 380 short	24 mm	30.5 mm	5 ans	Inserteur rigide (<i>Col résistants</i>)
	UT 380 standard	31 mm	33 mm		
<u>Pose en 1 temps</u>	TT 380	34 mm	32 mm	10 ans	Inserteur rigide (<i>Multipares</i>)
	Gynelle 375	35 mm	20 mm	5 ans	Bras à flexion physiologique (<i>Utérus rétractiles</i>)

c) *DIU : quelle surveillance ?*

Une surveillance étroite doit être menée chez les patientes. Deux éléments semblent essentiels :

- Ne pas négliger le risque d'infections génitales hautes. Ce risque, même s'il reste rare (moins de 1 %) est majoré dans les 20 premiers jours suivant la pose. Il est évitable par un respect strict des règles d'asepsie lors de la pose (43,44)
- Veiller à ne pas attribuer de manière automatique au DIU d'éventuels troubles fonctionnels gynécologiques qui pourraient nécessiter des investigations plus complètes.

D'après les dernières recommandations du CNGOF (45), un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles (IST) n'est pas recommandé avant la pose d'un DIU (grade B). Il est en revanche recommandé de réaliser un dépistage des IST, concernant notamment **Chlamydia trachomatis** et **Neisseria gonorrhoeae**, en présence de facteurs de risque d'IST :

- Partenaire récent de moins de trois mois
- Partenaires multiples dans la dernière année
- Antécédents d'Infections Sexuellement Transmissibles
- Rapports sexuels non protégés.

Ce dépistage est effectué idéalement le jour de la prescription de la contraception intra-utérine mais peut être réalisé le jour de la pose du DIU sans en retarder l'insertion si la patiente est asymptomatique (grade B).

Trois types de prélèvements sont envisageables :

- Prélèvement vaginal et endocervical (privilégié par les recommandations de l'HAS en septembre 2018) (46)
- Urinaire
- Auto-prélèvement

2. [Les Pilules OestroProgestatives \(POP\)](#)

a) Revue de la littérature

Selon les recommandations du CNGOF et de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) :

- une contraception par POP peut être poursuivie après 40 ans en l'absence de facteur de risque (45)
- Aucune méthode contraceptive n'est contre indiquée formellement sur le seul critère de l'âge (47).
- Il n'y aurait pas de risque à poursuivre une contraception par POP jusqu'à l'âge de la ménopause avérée (48).
- En l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire ou de contre-indication à la prescription de POP, sur le seul critère de l'âge, il est possible de poursuivre une contraception par POP en péri-ménopause.

b) Quelle POP prescrire ?

Tableau VI: Associations oestroprogestatives utilisables en période de périménopause (11,17,33)

Génération	Dosage en éthynylestradiol (EE)	Progestatif (dosage)	Nom commercial
2 ^{ème} génération	EE 20 µg	Lévonorgestrel (100 µg)	Leelo [®] Lovavulo [®] Optilova [®]
	EE 30 µg	Lévonorgestrel (150 µg)	Minidril [®] Ludéal [®]
3 ^{ème} génération	EE 20 µg	Gestodène (75 µg)	Méliane [®] Harmonet [®] Carlin 20 [®]
	EE 20 µg	Désogestrel (150 µg)	Mercilon [®]
	EE 15 µg	Gestodène (60 µg)	Minesse [®] Mélodia [®]
4 ^{ème} génération	EE 20 µg	Drospirénone (3 mg)	Jasminelle [®] Jasminelle continu [®] Yaz [®]
4 ^{ème} génération (œstrogènes naturels)	Valérate d'estradiol	DiénoGEST	Qlaira [®]
	Estradiol	Nomégestrol	Zoely [®]

Pour l'HAS, les praticiens prescripteurs de POP aux femmes âgées de plus de 40 ans devraient considérer une pilule avec un **dosage inférieur à 30 µg d'éthinylestradiol en 1^{re} intention** (accord d'experts) (49).

Pour autant, les oestroprogestatifs de 3^{ème} ou 4^{ème} génération faiblement dosés en éthinylestradiol (15 µg à 20 µg) sont aussi utilisés de manière courante en seconde intention, du fait de leur bonne tolérance métabolique et tensionnelle (50).

On note tout particulièrement l'intérêt de la drospirénone du fait de son efficacité dans l'amélioration de la symptomatologie du SPM (51).

⇒ **Quelle place pour les pilules à base d'œstrogènes naturels ?**

Les pilules à base d'œstrogènes naturels telles que le valérate d'estradiol (**Qlaira[®]**) ou d'estradiol (**Zoely[®]**) semblent tout particulièrement indiquées à cet âge du fait de leur profil métabolique et hémostatique favorable. En effet, l'Éthinyl Estradiol, contrairement à l'œstrogène naturel favorise les dyslipidémies et les complications artérielles. Au final, peu d'études ont été menées pour le moment mais ces pilules semblent être **une alternative tout à fait intéressante** (16,52) même si la prudence reste de mise devant le faible nombre d'études menées jusqu'à présent.

c) *Contre-indications absolues et relatives des POP*

Tableau VII: *Contre-indications absolues et relatives à la contraception oestroprogestative chez la femme de plus de 40 ans. (11)*

Contre-indications absolues	
Antécédents personnels de cancers oestrogénodépendants	Cancer du sein, cancer de l'endomètre
Tabagisme actif	Plus de dix cigarettes par jour
Anomalies de l'hémostase connues (thrombophilies congénitales et acquises)	Lupus, syndrome des anti phospholipides, mutations des facteurs II et V ou du gène de la MTHFR ...
Antécédents personnels ou familiaux d'accidents vasculaires artériels ou veineux	Accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs... Thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires...
Contre-indications relatives	
Hypertension artérielle Diabète, intolérance aux hydrates de carbone Hypertriglycéridémie Hypercholestérolémie et/ou hypo-HDLémie Indice de masse corporelle $\geq 30\text{kg/m}^2$ ou tour de taille ≥ 88 cm	Composantes du syndrome métabolique

D'après les recommandations de l'HAS publiées en 2013, les seules contre-indications formelles à l'arrêt d'une POP après 35 ans vont être: (49)

- Le tabac > 15 cigarettes/jour
- Migraine avec ou sans aura
- HTA
- Obésité
- Diabète avec complications vasculaires
- Dyslipidémie.

d) *Surveillance*

(1) *Surveillance tensionnelle*

La pression sanguine doit être évaluée **avant** et au moins **6 mois après** le début de la prescription chez la femme de plus de 40 ans sous POP, et devrait être monitorée au moins annuellement (49). Plusieurs études indiquent qu'il existe davantage d'accidents artériels en lien avec la prescription de POP de 1^{ère} génération contrairement aux POP de 2^{ème} génération (53). Le Syndicat National des

Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) a d'ailleurs invité l'HAS à le notifier dans ses prochaines recommandations.

(2) Surveillance carcinologique

Il est discuté par certains praticiens l'intérêt d'une mammographie systématique avant la prescription de POP chez les femmes de plus de 35 ans. Pour autant, aucune recommandation formelle n'a été formulée dans ce sens.

À noter que le surrisque de cancer du sein augmenté initialement chez les patientes sous POP décroît progressivement à l'arrêt jusqu'à devenir nul à dix ans de l'arrêt (54,55).

(3) Réévaluation régulière

Selon l'HAS, l'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires en périménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans. Il est possible de poursuivre toute forme de contraception débutée avant cet âge, dans la mesure où la méthode est bien supportée par la patiente. Compte tenu de ses bénéfices non contraceptifs, cela concerne également une éventuelle contraception oestroprogestative.

Selon ANAES, la surveillance biologique des oestroprogestatifs n'a pas à être différente de celle préconisée en général.

e) Bénéfices secondaires

Les bénéfices secondaires des POP sont évoqués dans la littérature : (56)

- Le retardement de la déminéralisation osseuse
- La diminution des symptômes vasomoteurs de la périménopause
- La diminution du cancer de l'endomètre, des ovaires ou encore colorectal

Tableau VIII: bénéfices non contraceptifs des pilules oestroprogestatives en particulier après 35 ans. (17) (43)

Diminution des affections gynécologiques et non gynécologiques :	Diminution de troubles fonctionnels en lien avec la périménopause :
Diminution : <ul style="list-style-type: none"> - De la prévalence de certains cancers : endomètre, ovaire - Des kystes fonctionnels de l'ovaire - Des fibromes - De l'hyperplasie de l'endomètre - Des symptômes d'endométriose - Des mastopathies bénignes 	Diminution : <ul style="list-style-type: none"> - De l'irrégularité des cycles - Des ménorragies - Du syndrome prémenstruel (SPM) - Des dysménorrhées - Des hémorragies fonctionnelles - Des troubles vaso-moteurs

⇒ Prévention de la déminéralisation osseuse : rêve ou réalité ?

Plusieurs études ont été menées sur le sujet et les résultats sont peu concordants. Certaines évoquent un effet bénéfique avec une augmentation de la Densité Minérale Osseuse (DMO) lors de l'utilisation en péri-ménopause d'oestroprogestatifs (57) (58). L'HAS en Avril 2013, mettait en avant le fait que « la contraception hormonale oestroprogestative utilisée en période de péri-ménopause (pouvait) aider à maintenir la densité minérale osseuse ». Cependant, d'autres travaux menés évoquent seulement l'absence de surrisque fracturaire sous POP (59) ou encore ne retrouvent aucun effet de la pilule oestroprogestative sur la DMO chez les femmes de moins de 40 ans (60).

Au total, à partir des études existantes, l'influence de la contraception par oestroprogestatif sur la DMO semble encore difficile à établir (61). La dernière revue de la littérature faite par la Cochrane en Avril 2015 ne permet pas d'apporter de nouveaux éléments (62).

f) En pratique

En France, les pilules oestroprogestatives sont peu prescrites au cours de la péri-ménopause par crainte principalement des effets secondaires et de la tolérance métabolique et vasculaire. Pour autant, cette prescription chez les femmes en péri-ménopause ne présentant aucun facteur de risque cardio-vasculaire, ni aucune contre-indication, n'est pas déconseillée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (mise à jour 2017) (49).

La pilule oestroprogestative garde donc une place chez les femmes ne tolérant pas d'autre contraception, sans risque cardiovasculaire, non fumeuse, mince, sans antécédent médicaux particulier (52) et sous réserve d'une surveillance clinique et métabolique régulière.

3. Les progestatifs

a) Quel progestatif prescrire ?

(1) Les macroprogestatifs

Il existe un réel intérêt des macroprogestatifs dans la prise en charge de symptômes de la péri-ménopause. Pourtant, les macroprogestatifs n'ont pas d'AMM à visée contraceptive pure. Une recommandation par le CNGOF concernant les macroprogestatifs et leur utilisation hors AMM est prévue courant 2019-2020.

(2) Les microprogestatifs

Selon le CNGOF, la contraception microprogestative peut être proposée en raison de sa **neutralité sur les paramètres vasculaires, métaboliques et osseux**. Néanmoins, la qualité de vie peut être altérée dans cette population en raison de saignements intercurrents, de l'aggravation possible de signes d'hyperoestrogénie et de la non prise en charge des signes d'hypoestrogénie (45).

Tableau IX: Contraceptifs oraux microprogestatifs disponibles en France

Dénomination Commune Internationale (DCI) (dosage)	Nom commercial
Desogestrel (75 µg)	Antigone®
	Cerazette®
	Claréal®
	Désopop®
	Optimizette®
Levonorgestrel (30 µg)	Microval®

b) Risques des progestatifs

Selon l'HAS, il n'existe **pas de preuve concluante sur un lien entre cancer du sein et méthode progestative** (grade B). De plus, malgré des données limitées, les progestatifs ne semblent pas augmenter le risque d'AVC, d'IDM, et qu'il y a peu ou pas d'augmentation du risque de thrombose veineuse (grade B) (49).

Selon la FSRH, un **surrisque de cancer du sein** en cas de contraception par progestatif n'est pas totalement exclu mais les **données actuelles sont insuffisantes** pour confirmer ou infirmer cet élément. La FSRH, invite aussi les praticiens à **rester vigilant** chez une femme sous progestatif évoquant une modification récente de ses menstruations en termes d'abondance, de périodicité. Un bilan complémentaire est alors à envisager.

c) En pratique

En France, les pilules microprogestatives sont **peu prescrites** chez les femmes de plus de 40 ans, principalement du fait de leur tolérance gynécologique imparfaite (spotting, mauvais contrôle du cycle, métrorragies...). Pour autant, il semble important de noter qu'Outre-Manche, la micropilule progestative représente la première prescription de contraceptif oral chez les femmes de plus de 40 ans.

Par ailleurs, **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'émet aucune réserve quant à l'utilisation des microprogestatifs oraux en continu après 35 ans.** (63). En effet, la contraception par progestatifs purs peut être préférée dans cette période où le prescripteur est souvent confronté à des pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques, ce moyen de contraception ne connaissant que très peu de contre-indications, principalement des accidents thromboemboliques veineux évolutifs (31).

Cette prescription peut représenter une bonne alternative chez la femme en périménopause (52), cependant elle ne permettra pas de gérer les périodes d'hypoestrogénie qui peuvent apparaître chez les patientes. Elle peut donc être considérée comme **une solution transitoire intéressante**. Cependant, un élément doit être pris en compte : l'impact négatif que peut engendrer la pilule microprogestative sur la **libido**. Une information claire à ce sujet peut être nécessaire auprès de la patiente.

4. Contraception définitive féminine

a) *Revue de la littérature*

La stérilisation est peu démocratisée en France contrairement à d'autres pays où cette pratique est très largement majoritaire : les Etats-Unis, le Canada, le Chine ou encore le Brésil où plus de la moitié des femmes ont eu recours à la stérilisation (39).

Selon le CNGOF, la contraception définitive féminine ou masculine tient une place intéressante après 40 ans.

Seul le rapport de l'OMS de 2017 évoque en détail la stérilisation masculine (64).

b) *Aspect Légal :*

En France ce n'est que depuis **la loi du 4 juillet 2001** que la contraception définitive est autorisée. Un délai de réflexion de **4 mois** est nécessaire avec signature au préalable d'un consentement écrit après information claire et loyale des patients

Le Code de la santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure » et qu'« elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences » (65).

c) *Différentes méthodes*

(1) *Cas d'Essure*

Alors que la méthode était recommandée en première intention par l'HAS depuis 2013, l'efficacité et la sécurité du dispositif ont été mis en cause dans plusieurs pays (initialement Etats-Unis, Pays - Bas, Canada puis en France). En effet, il a été mis en avant l'apparition d'évènements indésirables d'ordre gynéco-obstétricaux et de troubles généraux variés chez les femmes porteuses d'implants Essure.

- ⇒ En juin 2016, devant une médiatisation de plus en plus importante un Comité Scientifique Spécialisé Temporaire (CSST) indépendant a été nommé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) afin de donner un avis sur le rapport bénéfice/ risque de l'implant Essure.
- ⇒ Le 30 mai 2017, le rapport est remis et ne remet pas en cause la balance bénéfice/risque favorable de l'implant (66).

Pour autant **le 7 Novembre 2017**, via la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS), l'HAS prononce **l'arrêt de commercialisation des implants Essure décidé par le laboratoire Bayer** (67).

(2) [Autres méthodes de stérilisation définitive féminine](#)

Les principales méthodes utilisées vont être à présent :

- Ligature-section tubaire bilatérale
- Electrocoagulation tubaire bilatérale
- Salpingectomie

A noter que les techniques par clips ou anneaux ont été quasiment abandonnées du fait de leur fort taux d'échec.

d) [Contraception définitive masculine ou vasectomie](#)

La technique consiste en la résection d'un fragment du canal déférent, sous anesthésie locale en ambulatoire. A noter qu'il existe un délai **de 3 à 7 mois** avant d'obtenir une azoospermie.

L'efficacité du geste varie entre 84 et 100 % selon la voie d'abord et le mode d'occlusion du déférent. Le taux de complications postopératoires est bas, inférieur à 10% (65).

5. [Autres méthodes contraceptives](#)

- ⇒ La contraception mécanique et locale : spermicides, préservatifs (masculins ou féminins). La moindre fertilité observée à cet âge en rend possible leur emploi. Elle sera tout particulièrement préconisée en cas d'activité sexuelle irrégulière. À noter qu'il peut parfois être malgré tout difficile de faire accepter le préservatif à ces patientes qui l'ont abandonné depuis longtemps.
- ⇒ Les méthodes naturelles : la méthode Ogino ou d'abstinence périodique, le retrait, la méthode des températures...

6. [L'implant contraceptif](#)

Le seul implant contraceptif sous cutané diffusant un progestatif disponible sur le marché en France est le Nexplanon®. En 2016, le Nexplanon représentait 3.8 % de l'ensemble des prescriptions de moyen contraceptif chez les femmes de 40 à 44 ans et 2.7 % pour les femmes de 45 ans à 49 ans (39).

Même si selon L'OMS et l'HAS, il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation du Nexplanon chez les femmes de plus de 40 ans, le principal inconvénient de ce mode de contraception reste un mauvais contrôle du cycle avec des **ménométrorragies fréquentes**. Ceci, du fait, de l'absence ou de l'insuffisance du freinage ovarien à l'origine d'une mauvaise tolérance gynécologique et mammaire (5).

Par ailleurs, avec ce moyen de contraception, aucun effet notable sur la symptomatologie de la périménopause n'est noté. Seules restent en attente, des études de longue durée sur l'impact de la mise en place d'un implant progestatif sur la DMO.

7. En pratique : quelle contraception après 40 ans ? (5)

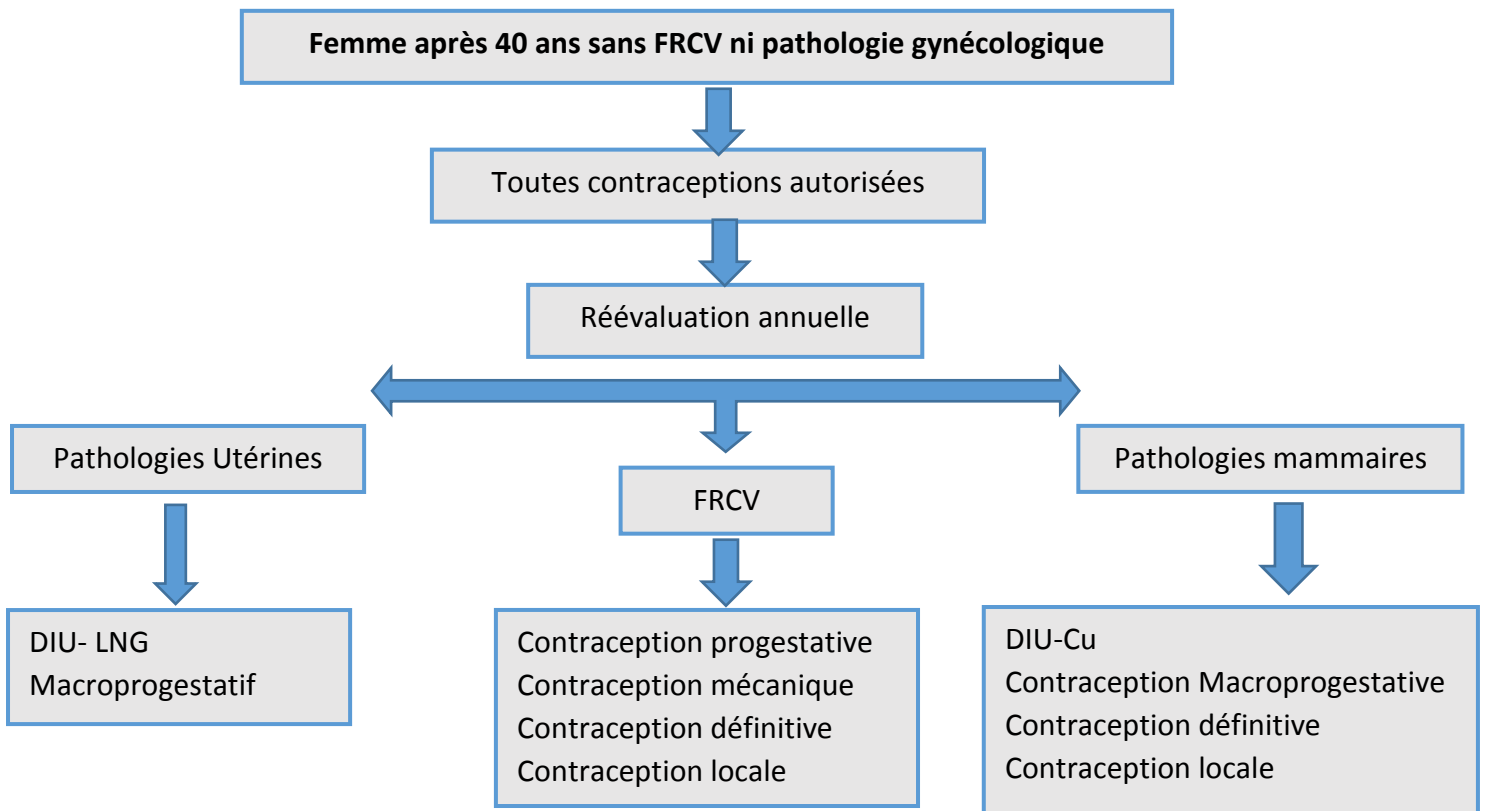


Figure 7: Contraception chez la femme de plus de 40 ans

G. QUAND ARRÊTER LA CONTRACEPTION ? REVUE DE LA LITTÉRATURE

Pour la « Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare » (FSRH), les femmes peuvent à partir de **55 ans** cesser toute méthode contraceptive. Le risque de grossesse au-delà de 55 ans est très exceptionnel et rares sont les femmes ayant encore des menstruations à cet âge (54).

Un tableau de recommandations a été établi par la FSRH résumant les modalités d'arrêt de la contraception chez les femmes en périménopause (*Tableau X*)

Tableau X : Arrêt de la contraception selon la FSRH (38)

Contraceptive method	Age 40–50 years	Age >50 years
Non-hormonal	Stop contraception after 2 years of amenorrhoea	Stop contraception after 1 year of amenorrhoea.
Combined hormonal contraception	Can be continued	Stop at age 50 and switch to a non-hormonal method or IMP/POP/LNG-IUS, then follow appropriate advice.
Progestogen-only injectable	Can be continued	Women ≥50 should be counselled regarding switching to alternative methods, then follow appropriate advice.
Progestogen-only implant (IMP)	Can be continued to age 50 and beyond	Stop at age 55 when natural loss of fertility can be assumed for most women.
Progestogen-only pill (POP)		<ul style="list-style-type: none"> ▶ If a woman over 50 with amenorrhoea wishes to stop before age 55, FSH level can be checked. ▶ If FSH level is >30 IU/L the IMP/POP/LNG-IUS can be discontinued after 1 more year. ▶ If FSH level is in premenopausal range then method should be continued and FSH level checked again 1 year later.
Levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS)		A Mirena® LNG-IUS inserted ≥45 can remain <i>in situ</i> until age 55 if used for contraception or heavy menstrual bleeding.

FSH, follicle-stimulating hormone; IU, international unit.

1. [Cas du DIU au cuivre](#)

Pour le CNGOF et la FSRH, le DIU au cuivre peut être laissé en place jusqu'à la ménopause s'il est posé **après 40 ans** (45). Il est malgré tout nécessaire de maintenir une surveillance jusqu'à la ménopause.

- Pour les femmes de **plus de 50 ans**, le DIU au cuivre est retiré après **un an** d'aménorrhée.
- Pour les femmes de **moins de 50 ans**, le DIU au cuivre est retiré après **2 ans** d'aménorrhée.

A noter qu'en post-ménopause tardive, le retrait du DIU peut se faire après une cure courte d'œstrogène afin de faciliter le retrait du dispositif.

2. [Cas du DIU LNG](#)

L'aménorrhée « induite » par le DIU au LNG rend souvent compliqué l'affirmation du diagnostic de ménopause et donc l'arrêt de cette contraception.

Selon la FSRH et l'HAS et en accord avec la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) :

- Un DIU au LNG posé à partir de **45 ans** peut être gardé **7 ans** à visée contraceptive ou en cas d'aménorrhée jusqu'à la ménopause. À noter que si le DIU a été posé en association avec des œstrogènes il est nécessaire de respecter la durée de vie de 5 ans afin d'éviter le risque d'hyperplasie endométriale (44).

- Les femmes utilisant le Miréna® à **visée contraceptive pure** et ayant moins de 45 ans au moment de la pose doivent le changer impérativement au bout de 5 ans, sans dépasser les 7 ans. Ceci doit se faire sans intervalle libre entre les deux poses successives et à l'appui d'un test de grossesse négatif.
- En cas d'utilisation d'un DIU au LNG 52 mg (Miréna®) pour des **méno-métrorragies** il peut être laissé en place aussi longtemps qu'il contrôle les symptômes de la patiente sans prendre en compte l'âge de la patiente au moment de la pose.
- En cas d'utilisation du Miréna® dans le cadre **d'un traitement hormonal substitutif de la périménopause**, il doit impérativement être changé tous les 5 ans.
- Il n'y a pas suffisamment de données concernant le **DIU LNG 13,5 mg** pour recommander son utilisation au-delà de la durée d'efficacité de 3 ans. Des études restent en cours.
- Comme le risque de grossesse au-delà de 55 ans est très faible, la contraception chez ces femmes peut être arrêtée même en cas de persistance de menstruations. Une femme qui pour des raisons d'amélioration d'une symptomatologie gynécologique souhaiterait garder son Mirena® au-delà de 55 ans doit être informée que le Mirena® ne pourra pas être laissé in situ, ceci pouvant entraîner à long terme des complications.

Pour le CNGOF, les recommandations sont moins détaillées :

- Le DIU au LNG 52 mg posé à partir de 45 ans, peut être laissé en place jusqu'à la ménopause. Son bénéfice pourrait s'étendre à la période ménopausique en association avec des œstrogènes percutanés.
- Chez les femmes utilisant une contraception progestative intra-utérine, une fenêtre peut être proposée en maintenant une contraception par méthode barrière pour confirmer la persistance d'une activité ovarienne (45).

3. Cas de la POP

a) Selon la FSRH

En cas de bonne tolérance clinique et métabolique, la FSRH, conseille de stopper la prescription de POP à **50 ans**, la balance bénéfice/risque évoluant en faveur d'un arrêt nécessaire. Il est alors conseillé de passer à une contraception par **progestatif pur** (54).

A noter que sous contraception oestroprogestative les cycles vont être réguliers et la symptomatologie de la périménopause quasi absente.

Dans ce contexte, le diagnostic de ménopause n'est pas évident à poser formellement. Pour la FSRH, une fois la POP stoppée pendant un mois, un dosage de FSH peut être effectué. Il faut un taux de **FSH supérieur à 30 UI/L**, pour établir le diagnostic de ménopause et arrêter définitivement le moyen de contraception.

b) Selon le CNGOF

A partir de **50 ans**, les femmes utilisant encore une contraception oestroprogestative doivent l'arrêter. Les dosages hormonaux sous contraception hormonale ne sont pas recommandés mais **une fenêtre thérapeutique** (pas de limite précise évoquée par le CNGOF) doit être proposée en maintenant une contraception par méthode barrière. En l'absence de ménopause, un relais par une contraception non hormonale ou progestative doit alors être mis en place (45).

c) Selon l'HAS

Les femmes âgées de plus de 50 ans qui sont aménorrhéiques et qui souhaitent arrêter leur POP peuvent avoir leur niveau de FSH évalué. Si le niveau est 0,30 UI/L, le dosage de FSH doit être répété après 6 semaines. Si le taux de FSH au second test est de 0,30 UI/L, la contraception peut être arrêtée après 1 an (accord d'experts) (49).

4. Cas des progestatifs

La FSRH conseille un arrêt à **55 ans**

Le CNGOF, invite à faire une **fenêtre thérapeutique** d'un an avec protection mécanique afin d'évaluer la possibilité d'arrêter les progestatifs.

5. Cas du traitement freinage substitution : quand passer au traitement Hormonal de la Ménopause ?

De la même façon qu'avec une contraception oestroprogestative, les signes de périménopause ne vont pas être ressentis par la patiente ne facilitant pas l'affirmation du diagnostic de ménopause avérée. Encore une fois il n'existe pas de pratique standardisée dans ce domaine. Deux méthodes peuvent être envisagées sans recommandation formelle :

- Interrompre le traitement en cours et faire un **test au progestatif**. Au bout de trois tests consécutifs, sur trois mois, avec une aménorrhée : le diagnostic de ménopause peut être posé. Dans ce cas de figure, une contraception mécanique doit être prescrite en attendant le diagnostic de certitude.
- Doser **l'estradiol** et la **FSH** le jour de la reprise du traitement oestroprogestatif dans le schéma freinage-substitution. Une FSH très élevée et une oestradiolémie basse indiquent une forte probabilité de ménopause. Cependant, aucun consensus formel n'a été établi concernant cette pratique.

En cas de diagnostic de ménopause établi, l'interruption du traitement par freinage substitution est envisagé et un traitement Hormonal de la Ménopause est discuté avec la patiente selon la symptomatologie.

H. QUELLE CONTRACEPTION EN CAS DE PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE, VASCULAIRE OU METABOLIQUE ? REVUE DE LA LITTERATURE

1. En cas de risques cardiovasculaires

Pour le CNGOF, les oestroprogestatifs sont contre-indiqués. A contrario, aucune augmentation significative du risque d'IDM ou d'AVC ischémique n'a été rapportée dans la littérature avec l'utilisation de contraception microprogestative per os, sous forme d'implant ou de DIU au LNG. Au total, les contraceptions microprogestatives, quel que soit le type, ne semblent pas associées au risque artériel (AVC, IDM).

Pour l'HAS, en cas de facteurs de risques cardio-vasculaires multiples ou de dyslipidémie, **le DIU au cuivre** est recommandé en première intention (68).

2. En cas d'antécédent de cancer

Pour le CNGOF, une contraception doit être systématiquement envisagée chez toute femme ayant été traitée pour un cancer et non ménopausée au diagnostic, y compris en cas d'aménorrhée chimio-induite.

- ⇒ Pour les femmes ayant un antécédent de **cancer du sein**, une contraception non hormonale doit être privilégiée, et parmi elles le **DIU au cuivre** doit être considéré comme la méthode contraceptive de première intention en raison de son caractère réversible, sa longue durée d'action, et sa très bonne efficacité (45).
- ⇒ En cas de **cancer de l'endomètre**, les indications de traitement conservateur n'induisant pas de stérilité sont exceptionnelles et sont réservées aux stades tumoraux très précoces chez des femmes jeunes désirant conserver leur fertilité. **L'utilisation des POP, des microprogestatifs, d'un DIU au cuivre ou au LNG est possible** en attendant le traitement du cancer de l'endomètre.
- ⇒ Après traitement conservateur de **CIN ou de cancer du col**, il n'existe **pas d'argument contre-indiquant les contraceptions**, qu'elles soient hormonales (oestroprogestative ou microprogestative) ou par DIU.
- ⇒ Pour les **cancers invasifs du col, cancers colorectal, l'hépatocarcinome, le cancer de la thyroïde**, les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour établir des conduites à tenir.

3. En cas d'endométriose

Selon la FSRH, les **progestatifs**, particulièrement le Désogestrel ou le DIU au LNG ont un intérêt tout trouvé dans la prise en charge de la douleur lors des menstruations en lien avec une endométriose. Ceci du fait d'un blocage de l'ovulation.

Pour le CNGOF et l'HAS, la contraception par **oestroprogestatifs** est recommandée en première intention dans la prise en charge médicamenteuse de l'endométriose douloureuse. En cas de dysménorrhée, le schéma de prescription de la POP en continu doit être privilégié.

4. En cas de pathologies bénignes du sein et de l'utérus

Pour le CNGOF (45), les pathologies bénignes du sein et de l'utérus ne sont pas en soi une indication aux oestroprogestatifs, qui ne sont pas contre-indiqués non plus (en l'absence d'atypie).

MATERIELS ET METHODES

I. DESCRIPTION DE L'ETUDE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude **qualitative** réalisée à l'aide **d'entretiens individuels semi-dirigés** à partir d'un échantillon de **médecins généralistes** des départements de la **Manche** et du **Calvados**.

1. Pourquoi une méthode qualitative ?

Lors de ce travail, l'objectif a été de discuter autour d'un **ressenti** lors d'une prescription et d'identifier la présence ou non d'un **sentiment** de difficulté lors de cette prescription. Ceci s'est fait en prenant en compte un contexte et un environnement bien particuliers : la prise en charge de la périménopause dans un cabinet de médecine générale.

Pour ce faire, la recherche qualitative semble être particulièrement appropriée. En effet, ce mode de recherche est inductif, il permet de créer des hypothèses, de tester des émotions et devient très intéressant lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement (69). La méthode qualitative correspond à un ensemble de techniques d'investigations qui explore à la fois le comportement et les perceptions en prenant en compte un contexte et un environnement (70). Elle va générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à mieux comprendre comment une situation est perçue par une population cible et permet ainsi de définir les opinions liées à cette question(71).

C'est pourquoi, pour ce travail, le choix d'une étude qualitative est apparu comme étant pertinent et le mieux adapté à la problématique posée.

2. L'entretien semi-dirigé

Dans le cadre d'une méthodologie qualitative, deux procédures sont envisageables, choisir un auditoire individuel (un **entretien**) ou un groupe de discussion (ou **focus group**).

Un focus group, grâce à une dynamique de groupe permet de générer des données de manière plus rapide et en plus grande quantité. Toutefois, cela se prête plus difficilement aux questions de ressenti, de sentiment. La crainte était de voir certains médecins généralistes inhibés dans la verbalisation de leurs difficultés, s'il en est, devant une assemblée de confrères.

L'instauration d'un climat de confiance laissant libre cours à la parole était nécessaire au bon déroulement de cette étude. Ce climat paraissait plus facile à obtenir en plus petit comité plutôt que lors de grandes assemblées. Le choix s'est donc logiquement porté vers des entretiens individuels.

Concernant les entretiens individuels, il en existe trois types différents : (72)

- L'entretien par questionnaire ou **structuré** qui consiste à interroger l'interviewé de manière standardisée au moyen d'un questionnaire fixe structuré prédéfini, de type questionnaire à choix multiples, par exemple.
- L'entretien **semi structuré** (ou semi dirigé) qui a une structure plus souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer à partir desquels l'intervieweur ou l'interviewé peuvent diverger pendant l'entretien pour développer une idée plus en détail.
- L'entretien « **en profondeur** » est moins structuré que les deux précédents. Il n'explore qu'un ou deux thèmes, mais plus en détail.

La méthode par questionnaire a été rapidement écartée. En effet, l'objectif des entretiens était de tenir une discussion, un discours avec les prescripteurs, avoir leur ressenti, les laisser maître de leur intervention avec des possibilités d'ouverture. Un questionnaire induit une réponse tandis que l'entretien produit un discours (72). Là se tenait tout l'intérêt de ce travail.

Les entretiens semi-dirigés ont semblé être le choix le plus judicieux compte tenu de la problématique. L'intérêt d'un entretien semi-dirigé est de laisser la personne interviewée parler, développer son point de vue sans chercher à lui imposer, en tant qu'intervieweur, une autre vision. C'est un moment **d'interactions** et de **paroles** (72).

3. Elaboration du guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés sont orientés par un guide d'entretien qui consigne la liste des **thèmes** à aborder lors de l'entretien. Ce guide n'a pas vocation à être un questionnaire (73), les questions ne doivent pas être posées dans un ordre prédéfini. Au fil du discours, d'autres questions, d'autres problématiques peuvent apparaître. Il est donc modifiable et évolutif tout au long de l'étude.

Le guide d'entretien a été réalisé en amont, à partir d'une **revue de la littérature** et des hypothèses en résultant. Ensuite, il a été retravaillé avec à chaque fois l'objectif d'améliorer la bonne compréhension, la justesse des thèmes et la possibilité d'ouverture vers un dialogue. Avant d'effectuer les entretiens individuels, le guide a été amélioré à trois reprises :

- Initialement avec l'aide de mes deux **directrices de thèse**
- Puis à la suite d'un **premier test auprès d'une médecin généraliste volontaire**, maître de stage, disposant d'un DIU en gynécologie.
- Enfin, avec l'aide du **Dr Vardon**, praticien hospitalier en gynécologie au CHU de Caen.

La majorité des modifications faites avant les entretiens ont porté sur des questions trop fermées.

Une fois les entretiens débutés, il a été modifié à deux reprises afin de supprimer des éléments non nécessaires à l'étude et ouvrir davantage la réflexion sur certains sous thèmes.

Au total, pour cette étude, on dénombre six versions différentes du guide d'entretien.

Le guide d'entretien peut se séparer en cinq parties différentes :

- La périménopause et ses **généralités** pour mieux poser le contexte
- Les **moyens contraceptifs** prescrits
- Les **difficultés**, le ressenti face à cette prescription
- Les **évolutions** possibles
- La **fiche d'identité** du médecin généraliste interrogé

Chaque partie se compose de différentes questions ouvertes définissant des **thèmes** et **sous thèmes** à explorer.

B. POPULATION DE L'ETUDE

1. Constitution de l'échantillon

Conformément au mode opératoire d'une étude qualitative, nous avons souhaité réaliser un échantillonnage qui soit le plus large possible afin d'obtenir une diversité suffisante au sein de la population examinée. La représentativité statistique n'est pas recherchée (72). L'échantillon est destiné à inclure autant que possible des individus porteurs de critères pouvant affecter la variabilité des comportements : c'est un **échantillon raisonné**.

Des médecins généralistes exerçants dans les départements de la Manche et du Calvados ont été recrutés pour cette étude. Le recrutement s'est fait par contact téléphonique à partir d'Aout 2016 via la liste des pages jaunes sous **un multiple de trois**. Un premier entretien téléphonique avait donc lieu afin de proposer au médecin de réaliser un entretien semi-directif.

Le sujet de la thèse et le mode de recueil par entretiens enregistrés était expliqué aux médecins généralistes par téléphone, ainsi que l'assurance de leur anonymat. Si le médecin était d'accord, un lieu et une date était fixé. En cas de désaccord un nouveau médecin était contacté via les pages jaunes toujours sous un multiple de trois.

Les entretiens se sont déroulés dans les départements de la **Manche** et du **Calvados** pour une raison personnelle de déménagement géographique mais aussi afin d'obtenir une meilleure diversité au sein de l'échantillon sélectionné. Une diversité en terme de médecine : rurale, semi-rurale et urbaine mais aussi en terme d'accessibilité fluctuante des spécialistes en gynécologie en fonction des secteurs étudiés.

Malgré de nombreux refus, essentiellement pour des raisons de manque de temps, le choix des médecins généralistes a été fait de façon à obtenir un échantillon **hétérogène**. Cet échantillon a pour vocation d'être représentatif de la population des départements de la Manche et du Calvados. Ceci, afin d'obtenir des réponses les plus diversifiées possibles.

2. Limites de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Exerçant en libéral dans tout type de structure, PSLA, collaboration, individuel...
- OU médecin remplaçant
- Exerçant dans le département de la Manche ou du Calvados
- Titulaire ou non d'une formation complémentaire en gynécologie
- Homme ou femme

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecin hospitalier
- Médecin retraité
- Médecin n'exerçant plus la médecine générale
- Médecin exerçant dans un autre département
- Être interne en médecine générale

3. La taille de l'échantillon, triangulation et saturation des données

La taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une étude qualitative est plus réduite que pour celle des études quantitatives.

La triangulation englobe des sous dimensions de temps, d'espace et de personnes participantes. (74,75).

- La triangulation **temporelle** considère la dimension évolutive du phénomène étudié.
- La triangulation des **participants** se fait grâce à des participants ayant des niveaux d'expérience différents.
- La triangulation de **l'espace** s'acquiert par des participants originaires de zones géographiques variées.

La saturation des données est obtenue à partir d'un certain nombre d'entretiens : les informations recueillies lors des nouveaux entretiens menés apparaissent redondantes et semblent ne rien apporter de nouveau à la problématique (60). Après deux entretiens successifs sans nouvelles données on parle de **saturation des données**. Au cours de cette étude, la saturation des données a été mise en évidence à partir du douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer de la réalité de cette saturation.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens se sont toujours déroulés au cabinet du médecin généraliste interrogé. A chaque fois, il était demandé lors de l'entretien téléphonique initial de prévoir une durée d'environ **20 min** par entretien, une plage horaire de consultation était donc systématiquement bloquée pour l'entretien.

Avec l'accord du médecin généraliste chaque entretien a été enregistré à l'aide d'une application dictaphone de téléphone portable.

À chaque fois, la personne interviewée a été informée de la garantie du respect de l'anonymat.

II. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

A. LA TRANSCRIPTION

Une retranscription intégrale de l'ensemble des entretiens a été faite manuellement sous libre office 5.1 : c'est le **verbatim** (76). Pour éviter la perte d'information, la retranscription s'est faite « au mot à mot ». Quelques annotations ont pu être rajoutées concernant le vécu de l'entretien. Les rires, les silences et les interruptions quelconques au cours de la discussion ont à chaque fois été indiqués dans le verbatim.

Les verbatims font chacun entre 4 à 10 pages.

B. L'ANALYSE DES DONNEES

La visée de l'analyse qualitative est la description d'un phénomène, d'un ressenti. **L'analyse phénoménologique** a été privilégiée dans les premiers temps de ce travail, car elle place au premier plan l'expérience, le vécu du sujet interrogé. C'est avant tout une attitude empathique et d'écoute. À aucun moment le questionnaire n'est là pour évaluer les pratiques des médecins de l'échantillon mais bien pour mieux cerner leur sentiment face à cette prescription.

Une **analyse transversale ou thématique** a ensuite été menée. Elle consiste à découper transversalement tout le corpus (72). La finalité est de trouver ce qui d'un entretien à un autre pourrait se référer à un thème commun. Par la suite, l'analyse thématique fait émerger une série de **sous-thèmes**. Tout ce processus correspond au **codage**, il a pour objectif d'extraire une analyse globale des différents entretiens menés.

Les entretiens, la retranscription et le codage ont été réalisés par une seule et même personne. Il n'y a pas eu de procédure de triangulation des données par une tierce personne.

III. DISPOSITIONS LEGALES

Cette étude a été déclarée à la CNIL. Il n'a pas été nécessaire de demander l'autorisation du comité d'éthique.

IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie a été réalisée à l'aide des mots clés MeSH :

- Contraception
- Périménopause
- Médecine générale
- Recherche qualitative

Ces mots clés ont été utilisés sous diverses combinaisons en utilisant les moteurs de recherche suivant : PubMed, Cismef, Sudoc, Cochrane, Portail documentaire de la Bibliothèque Universitaire, Cairn.

RESULTATS

PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DU CORPUS

I. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Quatorze entretiens ont été réalisés. Ils ont eu lieu entre le 3 Aout 2016 et le 10 octobre 2018. La saturation des données a été obtenue à partir du **douzième entretien**. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer l'absence de nouvelle donnée. Les échanges ont duré entre **17 min et 09 sec** pour le plus court et **39 min et 16 sec** pour le plus long. La durée totale des entretiens est de : **6 H 3 min et 44 sec**.

Les **huit** premiers entretiens ont été réalisés dans le **Calvados** et les **six** entretiens suivants l'ont été dans la **Manche** du fait d'un déménagement de l'intervieweur.

L'ensemble des entretiens représente un verbatim de **39 304 mots**.

II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Dans le département du Calvados, **21** médecins généralistes ont été sollicités par appels téléphoniques afin d'organiser les 8 entretiens. Dans le département de la Manche, **17** appels ont été nécessaires afin de réaliser les 6 entretiens. Au total **38** appels téléphoniques ont été nécessaires à la réalisation des 14 entretiens. Il y a eu 62 % de refus lors du premier contact téléphonique dans le département du Calvados et 64,7 % dans le département de la Manche. Au total, lors de cette étude, on enregistre un **taux de refus de 63,15%**.

Tableau XI: Caractéristiques de sexe, d'installation, d'exercice, de formation et de pratique de gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes interrogés

**Urbain : commune ou ensemble de communes présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2000 habitants (INSEE)*

***Rural : commune sans zone de bâti continu de 2000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (INSEE).*

Légende :

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DIU : Dispositif Intra Utérin*

E : Entretien

M : Masculin

F : Féminin

MOY : Moyenne

SCM : Société Civile de Moyen

	S E X E	Durée de pratique de la médecine générale (années)	Age (années)	Type d'installation	Type d'exercice	Nombre de consultations par jour (actes /jour)	Participation à des FMC	Formation complémentaire en gynécologie
E1	M	25	56	SCM	Urbain*	25	Groupe qualité	Formation IVG
E2	M	16	45	Seul	Urbain	20-25	Non	Non
E3	F	7	36	SCM	Urbain	15-20	Internet	DIU gynécologie
E4	M	23	53	Seul	Rural**	35-40	Groupe de pairs	2-3 EPU
E5	M	30	60	Seul	Rural	45-50	Internet, groupe de pairs	Non
E6	F	25	52	Seul	Rural	15	Groupe de pairs	Non
E7	M	18	49	SCM	Urbain	25	Groupe qualité, internet	Non
E8	M	3	34	Maison médicale	Semi- Rural	25-30	Groupe de pairs	Non
E9	M	23	55	Seul	Semi-Rural	30-40	Non	Non
E10	M	33	62	Seul	Semi-Rural	25	Groupe qualité	Non
E11	M	36	65	Seul	Rural	20-30	Non	Non
E12	F	28	57	Seul	Urbain	20	Groupe qualité	DIU gynécologie
E13	F	30	59	Seul	Semi-Rural	25-32	Groupe qualité	Non
E14	F	17	47	SCM	Semi-Rural	25-32	Groupe de pairs	Non
MOY		22,4	52,1					

A. ELEMENTS STATISTIQUES

- La moyenne de temps d'installation sur l'échantillon est de **18 ans**.
- La moyenne d'âge des médecins interrogés est de **52 ans**.
- La moyenne de la durée de pratique des médecins interrogés est de **22,4 ans**.
- **78,6 %** participent à des formations médicales continues de tous types.
- **28,6 %** ont une formation supplémentaire spécifique en gynécologie.
- Les médecins interrogés exerçaient à **28,6 %** en milieu rural et 35,7 % en milieu urbain et semi-rural

B. PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE DANS L'ECHANTILLON

Tableau XII : *Activité de gynécologie des médecins généralistes interrogés*

Médecin (M)	Stérilet (DIU)		Implant (Nexplanon®)		Frottis	Suivi de Grossesse	Suivi gynécologique
	Pose	Retrait	Pose	Retrait			
M1	-*	-	-	-	Oui	-	Oui
M2	-	-	-	-	Oui	-	-
M3	Oui	Oui	Oui	-	Oui	Oui	Oui
M4	-	-	-	-	Oui	Oui	Oui
M5	-	-	-	-	-	Oui	Oui
M6	-	-	-	-	-	-	-
M7	-	-	-	-	Oui	Oui	Oui
M8	-	-	-	-	Oui	-	Oui
M9	-	-	-	-	-	-	-
M10	-	-	-	-	Oui	-	Oui
M11	-	-	-	-	-	-	Oui
M12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
M13	-	-	-	-	Oui	Oui	Oui
M14	-	-	-	-	Oui	Oui	Oui

*- = Ne réalise pas

PARTIE 2 : ANALYSE DES ENTRETIENS

I. PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION EN PERIMENOPAUSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

A. PERCEPTION DE LA PERIMENOPAUSE

1. Définition

Quatre des quatorze médecins généralistes interrogés évoquent l'absence de difficulté à définir cette période : « La périménopause, simplement la période avant la ménopause » (E10), « c'est la période avant la ménopause, voilà, (silence), c'est tout » (E5), « c'est facile, la réponse, c'est la zone de turbulence » (E13), « c'est autour de la ménopause, voilà » (E14).

Pour les autres praticiens interrogés, établir une définition ne semble pas si aisé. Rapidement, des questionnements se profilent : « je ne sais pas s'il y a une définition officielle (...) c'est un peu vague » (E3), « est-ce que j'ai vraiment une définition, j'en sais rien (silence) voilà » (E1).

2. Une période charnière

Cette période est assimilée à « une période de transition » (E5) dans la vie des femmes. Une « zone de turbulence » (E13) nécessitant une surveillance accrue. C'est une « zone plus à risque de complications qu'une fois la ménopause installée. C'est aussi la période où tout se passe. La périménopause, c'est une zone de turbulence et d'instabilité qui est particulièrement à surveiller » (E13).

3. Une tranche d'âge variable

Lors des entretiens réalisés, il ne ressort aucune généralité en terme de tranche d'âge pour définir la périménopause. Il est évoqué une période qui va de « 40 à 50 ans, voire de 40 à 55 ans, voire de 35 à 55 ans (rires) » (E1), « ça dépend des femmes, je vais être très normand, ça dépend (rires) » (E5), « c'est un petit peu variable selon les femmes » (E10).

Pour la majeure partie des médecins interrogés c'est vers 45 ans qu'apparaissent les premiers symptômes en lien avec la périménopause : « je dirais, ouais, autour, au-delà de 45 quoi, 45 ans » (E7).

4. Symptômes cliniques

Les principaux symptômes de la périménopause évoqués par les praticiens interrogés vont être : les « troubles du cycle » et les « bouffées de chaleurs » (E7/11/12/13). Ensuite, sont décrites les conséquences psychiques avec « quelques troubles de l'humeur » (E4), « une modification du caractère » (E5), une « irritabilité » (E6), « des sauts d'humeur » (E8). Enfin arrive la « prise de poids » et les « troubles des phanères » (E5/9).

B. PERCEPTION DE LA PRESCRIPTION DE MOYEN CONTRACEPTIF

1. Sentiments générés par cette prescription

a) *Des praticiens déstabilisés*

Assez facilement, les médecins interrogés verbalisent le fait qu'ils se sentent déstabilisés lors de cette prescription : « oui oui, je suis toujours en difficulté, c'est pour ça que je botte en touche » (E5), « Non, sincèrement non, moins (à l'aise) que chez la jeune femme ou la jeune fille » (E7), « Je trouve que ça se complique un peu (rires) » (E7), « Je suis moins à l'aise que de gérer des diabètes et des hypertensions » (E8), « Moi tout ce qui est gynéco je ne me sens pas super, super à l'aise »(E10).

b) *Des praticiens inquiets*

La prescription de moyen contraceptif et plus particulièrement d'hormones chez les femmes en périménopause est un réel frein dans la prise en charge pour M9, M11, M12 et M14. Cette prescription hormonale est synonyme d'incertitudes.

- « Pour tout vous dire, même les pilules j'en prescris de moins en moins, j'envoie vers les gynécos, parce qu'il y a eu tellement de choses sur les pilules entre les deuxièmes, troisièmes générations, dix-huitièmes générations (rires) que, euh, (soupir), voilà » (E9),
- « Les pilules, elles ont beaucoup évolué par rapport à il y a 20 ans, donc j'avoue, je ne me sens pas hyper compétent pour tout ça. » (E9),
- « Je tends de plus en plus à essayer de limiter la contraception hormonale ou d'adapter les hormones à la patiente. Quand c'est possible de supprimer les hormones » (E12),
- « Après voilà (silence), tout ce qui est hormone je ne suis pas très à l'aise » (E14),
- « Les difficultés c'est plus (silence), parce que les hormones c'est tellement subtil, c'est trouver la bonne subtilité pour chaque femme, le bon produit ce qui lui va » (E13).

2. L'approche des médecins généralistes

Trois approches différentes de cette prescription sont mises en avant dans l'échantillon sondé. Ces approches reflètent le ressenti de chacun des praticiens concernant cette prescription.

À chaque fois, la prise en charge des femmes en péri-ménopause est abordée de manière différente et la prescription qui en découle évolue.

a) *Une approche attentiste*

Lors des entretiens E1/5/4/9/10, la prescription de contraception est appréhendée de façon pragmatique, sans nécessairement d'interrogation ou de prise d'initiative. C'est un renouvellement plus qu'une réévaluation d'ordonnance.

- « Ça se passe de façon relativement simple, il y a besoin d'une contraception : oui ou non ? (silence), les ¾ du temps il y en a besoin, après il en faut une, il en faut une ! (soupir) Et tant que les choses ne sont pas clairement définies, il y a besoin d'une contraception point » (E2),
- « Si elle a déjà une contraception, s'il n'y a pas de souci je la renouvelle sans arrière-pensée » (E1),
- « C'est un renouvellement un peu systématique de leur pilule » (E5),
- « Je lui demande qu'est-ce que vous donne votre gynéco d'habitude et je vous renouvelle votre ordonnance » (E9),
- « J'ai plutôt l'impression que c'est une prescription de renouvellement comme ça avec la même contraception orale qu'elles ont depuis des années » (E10).

b) *Une approche tournée vers le dialogue*

Pour M3, M6 et M7, cette prescription est l'occasion de dialoguer avec la patiente, de discuter de sa contraception, de son ressenti.

- « Si elles viennent me voir pour changer leur pilule au-delà de 45 ans, systématiquement je propose autre chose » (E3),
- « On pose la question de si elle utilise une méthode et si c'est oui, on discute de si c'est la bonne, si elle est contente, si elle veut continuer comme ça, si elle veut changer, s'il y a des alternatives » (E6).

Un échange vu comme l'occasion de faire le point, « celles que je suis depuis 10 ans, où elles en sont ? Si elles prennent toujours la pilule ? Tiens je ne la renouvelle plus ? Comment ça se fait ? Vous l'avez arrêtée ? Oui, non, (silence), euh, certes (réfléchit) alors après c'est finalement plus moi qui leur pose la question » (E7).

c) *Une approche interventionniste*

Pour M5, M8, M11 et M14, la réévaluation de la contraception se fait **dès l'apparition des symptômes de la péri-ménopause** : « quand il y a un dérèglement ou autre je leur dis, bon, on va peut-être changer, passer à autre chose c'est surtout ça » (E5).

Pour d'autres, la réévaluation va se faire **avant même l'arrivée de la péri-ménopause**, dès 35- 40 ans, « les habitudes de contraception auront déjà changé avant la ménopause, avant les symptômes de la ménopause » (E8), « vers la quarantaine quoi, (soupir), ouais, je commence à leur dire, ouais, la pilule tâchez d'arrêter quoi, il faut penser à autre chose, c'est vrai que j'y pense un peu avant quoi » (E11), « de toute façon déjà à 35 ans normalement on doit revoir » (E14)

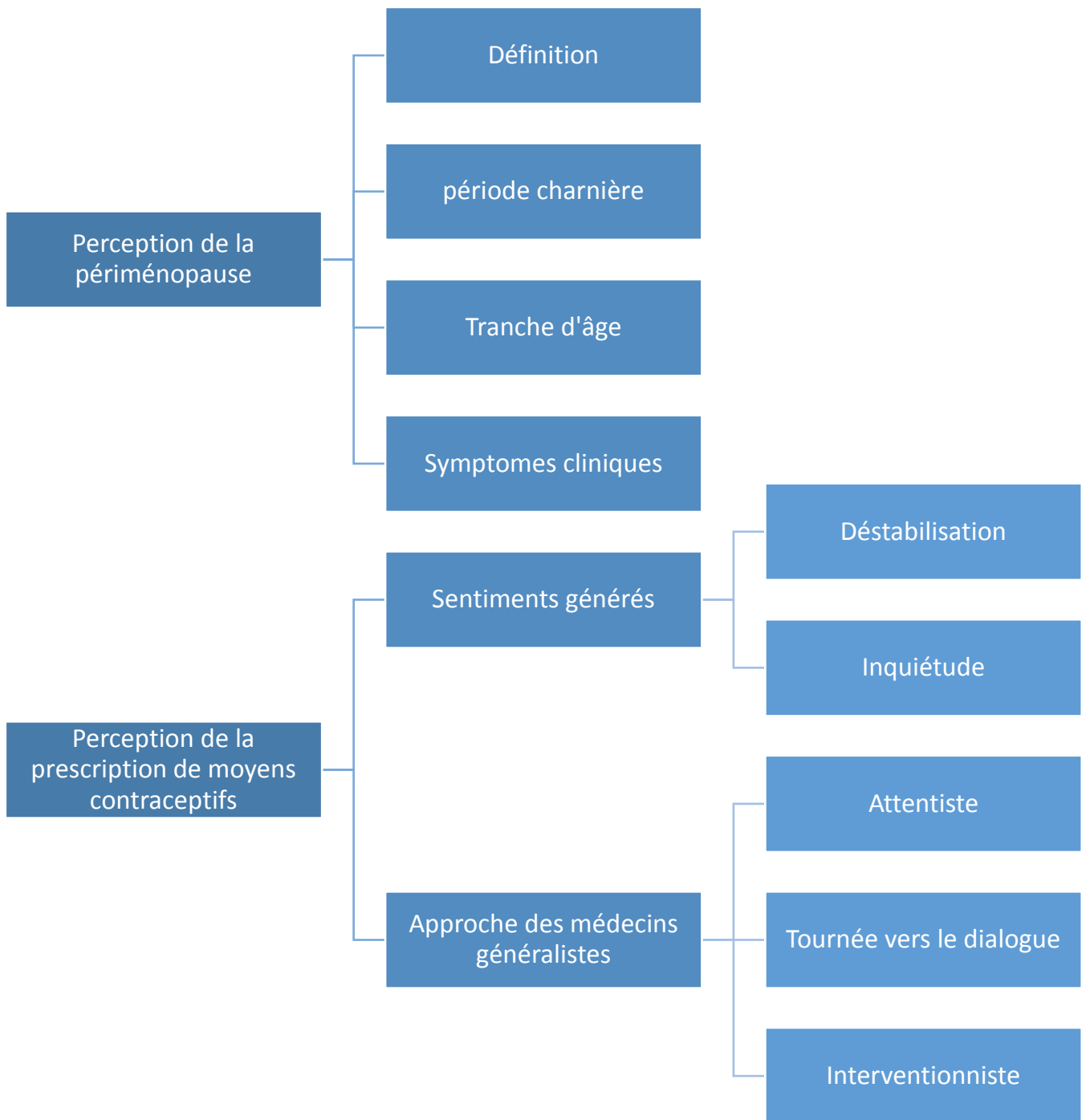


Figure 8 : Perception de la contraception en périménopause par les médecins généralistes

II. DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN PERIMENOPAUSE

Onze des quatorze médecins interrogés avouent se sentir en difficulté lors de cette prescription.

Pour les trois médecins restants dont un médecin (M12) ayant fait une formation complémentaire en gynécologie, cette prescription ne soulève pas de difficulté particulière : « Je n'ai pas de difficulté en tant que tel » (E9), « pfff, (soupir), pas plus que dans un autre domaine » (E11). M9 et M11 abordent cette prescription de manière sereine car, même si des difficultés apparaissent, un avis spécialisé est possible : « S'il y a des problèmes on fait les examens qu'il faut et puis on délègue quand il y a un truc hein » (E11), « Je n'ai pas de difficulté en tant que tel mais comme je ne m'estime pas suffisamment à jour, je préfère laisser la main, pas parce que je suis en difficulté, parce qu'il y a des gens, qui font ça très bien » (E9).

Pour M12, sa formation complémentaire en gynécologie joue un rôle prépondérant dans sa maîtrise du sujet et donc dans l'absence de sentiment de difficulté qui en résulte : « Oui je me sens à l'aise mais je suis biaisé avec mon DIU* de gynécologie » (E12).

Quelles sont les difficultés mises en avant pour les onze médecins généralistes de l'échantillon ?

A. DIFFICULTES LIEES AUX MOYENS CONTRACEPTIFS

1. Freins lors de la prescription de contraception

a) Difficultés liées au DIU

(1) Peu de pose en cabinet de médecine générale

A l'exception de M3 et M12, les praticiens interrogés ne posent pas de DIU, ils n'en prescrivent donc pas. C'est l'argument majeur avancé. « Tant que ce n'est pas moi qui le pose, ce n'est pas moi qui le prescris » (E2), « non, j'en prescris pas, je n'en pose pas » (E4), « non parce que je ne pose pas de stérilet donc je botte en touche, allez voir votre gynéco, il vous posera un stérilet » (E5), « bon déjà moi par exemple je ne pose pas de stérilet donc du coup » (E10).

(2) Un avis spécialisé nécessaire

Quasi systématiquement, les médecins questionnés évoquent la prise de conseil auprès d'un confrère gynécologue lors d'une consultation dédiée. « je l'envoie au gynéco, de toute façon, c'est lui qui va gérer, c'est pas moi qui vais le poser, c'est pas moi qui l'enlèverai, voilà je ne gère plus trop cette tranche d'âge » (E5), « la plupart des patientes qui portent déjà un stérilet, elle vient d'un gynéco qui l'a posé, qui a donné un RDV pour le changement » (E6), « je les envoie chez leur gynéco pour le poser » (E2), « hum, je vous dis sincèrement, ce n'est pas moi qui décide, c'est le gynéco,

parce que moi je ne pose pas le stérilet »(E6), « non je ne fais pas ça, je ne l'ai jamais fait alors bon je ne fais pas, j'adresse vers les gynécos » (E11). Cette demande d'avis rallonge les délais de prise en charge et rend plus difficile l'accès à ce moyen de contraception par les femmes tout particulièrement dans les zones sous dotées en gynécologues.

b) Difficultés liées aux pilules

(1) La pilule oestroprogestative (POP)

La difficulté première pour les médecins interrogés est de **traquer en permanence les contre-indications**. Ensuite, en l'absence de facteur de risque cardio vasculaire, plusieurs profils prescripteurs se détachent, reflet de prises en charges peu codifiées qui interrogent en pratique courante :

- ⇒ Certains, compte tenu de l'âge de la patiente ne vont pas prescrire de POP : « je ne me pose pas la question moi, je ne vais pas prescrire la pilule (oestroprogestative) à une femme de 45 ans, je vais lui prescrire autre chose » (E11)

- ⇒ D'autres, laissent en place cette méthode de contraception : « euh, oui, une femme sans trop de facteurs de risques cardio-vasculaires (silence), enfin et autre, (silence), oui on va rester sur une pilule oestroprogestative, oui, c'est plus simple, c'est peut-être pas le moins risqué mais c'est le plus simple » (E1), « s'il n'y a pas de contre-indication pour les œstrogènes c'est Ludéal® ou Daily gé®, Adépal® » (E6), « si elle tolère bien je la laisse sans problème » (E9).

(2) La pilule microprogestative

Les principales réticences lors de cette prescription vont être les **effets indésirables** pour la patiente :

- « Les dysménorrhées, les saignements (silence) tout ça qui sont un frein dans cette période-là » (E6)
- Le risque de kyste fonctionnel de l'ovaire : « car ils (les microprogestatifs) ne vont pas bloquer l'ovulation et ils ne vont pas être suffisant pour bloquer la formation du kyste en fait » (E13)
- La prise de poids : « elles peuvent avoir une très mauvaise réaction aux progestatifs (réfléchit) du style (silence) grosse prise de poids » (E13).

(3) Les macroprogestatifs et le traitement par freinage - substitution

La prescription de macroprogestatifs soulève de nombreux questionnements pour les praticiens de l'étude. Souvent laissée à l'appréciation des gynécologues cette prescription est loin d'être systématique en cabinet de médecine générale. M3, M5, M7, M8 et M10, déclarent réaliser uniquement ce type d'ordonnance en renouvellement d'un traitement initié par les gynécologues : « assez peu, non, vraiment rarement. Je les renouvelle, mais j'initie pas le traitement » (E7), « Moi

spontanément non, mais je renouvelle des fois, si c'est la prescription d'un spécialiste » (E3), « ah ça non, ça je (soupir) c'est pas mon truc (rires) » (E14).

Les raisons invoquées de cette non prescription de macroprogestatifs sont :

- Principalement un **manque de maîtrise** : « Rare, oui c'est rare, car je maîtrise mal » (E5), « j'en prescris de moins en moins, et donc quand on en prescrit moins, on oublie volontairement, j'avoue, je ne me lance pas dans des traitements compliqués » (E9).
- Mais aussi, « Un manque d'habitude, complètement, de compétence » (E7), « c'est pas une habitude que j'ai prise au final » (E8), « parce que je n'ai pas l'habitude et que je n'aime pas finalement manipuler enfin prescrire des médicaments dont je n'ai pas vraiment l'habitude quoi » (E10).
- Enfin, cela suscite des **interrogations** chez les praticiens concernant la légitimité de la molécule pour certaines patientes : « j'ai 2-3 patientes qui en ont mais prescrit par leur gynécologue, qui sont à plus de 15 -20 ans de prescription, voilà, alors après (soupir), alors-moi si on me demande de les represcrire je suis contre mais après, (silence), euh » (E8)

(4) Les œstrogènes et le traitement par freinage -substitution

La prescription d'œstrogène dans le cadre d'un traitement par freinage-substitution n'est faite que rarement ou de moins en moins par les praticiens interrogés ; elle pose question, soulève des **doutes** de façon quasi systématique lors des entretiens :

- « De moins en moins, à part des renouvellements à la limite, mais de moins en moins » (E5),
- « Non ça (la prescription d'œstrogènes) je n'en fais pas ! non ! » (E14),
- « Il y a 15 ans que j'en prescris plus du tout ! » (E11), « je ne sais pas trop quelle dose il faut faire ! » (E3).

Les médecins expriment des **réticences réelles et assumées** : « Peut-être plus par crainte » (E5). Ils ont du mal à identifier les situations où il faudrait en prescrire : « Et puis, c'est vrai qu'on est un petit peu embêté maintenant on ne sait plus trop quoi faire (silence), est-ce qu'il faut mettre le traitement hormonal ou pas » (E11) et surtout se pose de façon récurrente **le souci de responsabilité** de cette prescription : « On en fait plus, donc voilà, je ne veux pas prendre la responsabilité d'en mettre un, je dis, hop ! gynéco, comme le gynéco ne veut pas prendre la responsabilité d'en proposer ou très rarement, ben (rires) j'entendais un gynéco qui me disait « moi tant qu'on ne me demande rien je ne propose rien (rires) » » (E5).

Au final, cette prescription est décrite comme **relevant** quasi exclusivement **du domaine de la spécialité de gynécologie** : « Je laisse faire ça aux gynécos » (E9)

La frontière entre le traitement hormonal par freinage-substitution de la périménopause et le traitement hormonal substitutif de la ménopause est très mince et a été l'objet de nombreuses confusions lors des entretiens. Quasi systématiquement aucune différenciation n'était faite entre les deux. Lors d'un seul entretien, avec M12, ayant fait une formation complémentaire en gynécologie, une différenciation entre le traitement hormonal substitutif de la ménopause et le

traitement par freinage-substitution de la périménopause a été faite. L'occasion aussi pour M12 de préciser les indications de traitement hormonal substitutif de la ménopause : « Je ne prescris jamais de traitement hormonal substitutif tant que la ménopause n'est pas avérée » (E12).

c) *Difficultés de la stérilisation définitive*

(1) Une méthode peu relayée par les généralistes

« Ce n'est pas la première chose qui me vient à l'idée » (E2), « rarement » (E1), « je n'en parle pas, j'en parle très rarement, ce n'est pas moi qui vais la faire alors j'en parle pas (rires) » (E5).

A noter que lors de la majorité des entretiens la stérilisation définitive fait évoquer la procédure à la fois chez la femme mais aussi la vasectomie du conjoint : deux sujets qui restent malgré tout **rarement abordés en consultation** : « on voit peu les mecs déjà, ils ne viennent pas déjà (rires) et puis ça arrive, c'est rare » (E1), « je pense que la vasectomie du conjoint euh, ce n'est pas à moi de le proposer, je le dis souvent, mais je l'avoue, je le dis sous forme d'anecdote parce que je pense que c'est priver un homme de sa capacité à faire un enfant » (E12).

Pour M5, M7, M11 **la patiente évoque le sujet d'elle-même** lors de la consultation : « les femmes y pensent plus que moi » (E5), « c'est les femmes ou les hommes qui m'en parlent » (E5), « c'est plutôt à la demande des femmes » (E7), « c'est plus en général une demande de la patiente, moi je n'en parle pas » (E11). Cette communication difficile autour du sujet a fait l'objet d'une remise en question lors d'un entretien : « je devrais peut-être en parler » (E5).

(2) Raisons d'un manque de communication

Ce manque de communication autour de la stérilisation définitive est le fruit de réticences exprimées par les praticiens lors des entretiens. Plusieurs explications sont alors mises en avant :

- ⇒ Les appréhensions négatives de certains généralistes concernant cette méthode : « Je trouve ça un peu barbare » (E2), « c'est quand même chirurgical, je ne sais pas enfin » (E7).
- ⇒ Le débat que suscite cette méthode : la stérilisation définitive est source de réflexions pour les généralistes de l'étude : « J'ai une jeune femme de moins de 40, très jeune qui a eu, (silence), euh (réfléchit), 4 grossesses, 2 désirées, 2 non désirées, très rapprochées, sous contraception, elle a eu le droit d'avoir Essure® quoi ! (étonné), (silence), ça m'a étonné, elle a 29 ans. 29 ans, 4 enfants, et donc pour moi elle n'était pas candidate à euh » (E7), « pour moi c'est pas une méthode, (silence), enfin si c'est une méthode contraceptive, (silence), enfin définitive » (E7).

Concernant la vasectomie du conjoint le débat suscité est identique : « ce que je vais dire est ignoble mais si le conjoint la quitte et qu'il refait sa vie avec une jeune, lui, il a des spermatozoïdes valables pendant longtemps, il peut refaire des gamins » (E12).

- ⇒ Les retours négatifs de certaines patientes opérées: « J'ai eu une dame qui, (silence, réfléchit), à une époque on mettait des anneaux au niveau des trompes, des espèces d'élastiques, ça ne marchait pas très bien, j'ai eu une dame qui a eu une grossesse là-dessus (souffle) catastrophe ! » (E11).
- ⇒ Les raisons culturelles: l'approche de la stérilisation définitive chez l'homme versus chez la femme est différente. « C'est tellement inculqué chez nous que c'est à la femme de faire le boulot, je sais que dans d'autres pays c'est hyper courant, en Hollande, la moitié des hommes sont vasectomisés, c'est drôle c'est très culturel (...) c'est bizarre comme blocage » (E3).
- ⇒ Les questionnements concernant la limite d'âge pour proposer cette méthode. Ceci éveille une interrogation majeure lors des entretiens menés : « je dirais peut-être qu'à 46-47 ans je le proposerais peut-être moins parce que (silence, réfléchit) est ce que ça vaut le coup de faire une intervention ? » (E3), « la stérilisation définitive, je dirais, à partir de 45 ans, une femme qui est bien dans sa vie, qui a de grands enfants, euh, (...), je propose largement dans ce cas mais c'est vraiment du cas par cas » (E12).

2. Freins lors de l'arrêt de la contraception

a) *Conduite à tenir non codifiée*

(1) *Un arrêt « au feeling » (E4)*

Les médecins généralistes verbalisent très facilement leurs interrogations : faut-il arrêter la contraception ? Si oui, quand l'arrêter ? Si non, pourquoi ? Faut-il prendre en compte d'autres éléments ? L'âge de ménopause maternel ? Autant d'interrogations sans réponse préétablie, très régulièrement, les médecins, ont avoué faire au « feeling » face à cette problématique. Plus qu'une interrogation, l'arrêt de la contraception durant cette période est perçu comme une limite dans la prise en charge des femmes en périménopause.

- « C'est toute la question, à partir de quand on commence à faire les tests et savoir, quand il faut arrêter, je ne sais pas, (silence), je n'ai pas de réponse, c'est un petit peu au feeling » (E4)
- « C'est un peu au feeling : la date de ménopause de la maman, les cycles qui me paraissent peut-être être en train de s'atténuer (souples), les choses de ce genre (silence), on dit c'est peut-être le moment, (réfléchit), donc on arrête. » (E4)
- « Qu'est-ce que je leur dis, (souples) moi, (souples), euh, (réfléchit), ouais c'est une question effectivement, est ce que j'en ai toujours besoin (demande de la patiente concernant la contraception) et ben bonne question (rires) ». (E7)
- « Ben le problème de la ménopause, c'est que la vraie définition de la ménopause, c'est aménorrhée totale depuis plus d'un an et que bien souvent on a des aménorrhées de 4 mois, 6 mois et donc à ce moment-là s'il se passe quelque chose on fait quoi ? ». (E9)
- « Ça c'est une bonne question, parce que j'ai l'impression que c'est un peu au feeling » (E10)
- « C'est une période justement où on se pose la question de la contraception ou pas, se pose la question de à quel moment on l'arrête » (E5).

(2) Pas de consensus sur l'âge d'arrêt

Pour la majorité des praticiens aucun âge fixe ne peut être donné, c'est du cas par cas, renforçant l'idée d'une décision prise au « feeling » (E4/E9/E14) : « je ne vais pas le faire systématiquement parce que je me dis de toute façon, (silence), enfin voilà, c'est pas : pif ! 50 ans ! ménopausée donc euh, (silence), on va attendre un petit peu » (E14).

Seulement trois médecins interrogés vont se risquer à donner un âge plus ou moins précis, « 50 déjà on peut commencer à se poser des questions » (E10), « quarantaine je leur dis stop, enfin je leur dis tachez d'arrêter ça (la contraception) » (E11), « 50 ans, je pense, ouais, je crois, qu'il y a un peu une barrière psychologique de 50 ans, avant j'ose pas trop leur dire d'arrêter de peur qu'elle tombe enceinte, après je me dis, ah, (soupir) peut être ». (E3)

(3) Prises en charges hétérogènes

(a) Concernant le retrait du DIU

En fonction des entretiens, les prises en charges sont variables et **médecin-dépendant**.

- « Pfff (soupir), si elle me dit voilà, ça fait 4 ans, enfin j'aurais dû l'enlever il y a déjà, j'en sais rien (silence), bon je leur dis voilà, on va regarder, on va l'enlever, hein » (E7)
- « En général elles finissent par l'enlever dans la cinquantaine, qu'est-ce que je leur dis-moi (silence, réfléchit), euh, ouais c'est une question effectivement » (E7)
- « Ben tout dépend, pfff, (soupir) le Miréna[®], 47 /49 ans » (E13)
- « Je dirais que le Mirena[®], une femme qui a déjà eu un Mirena[®] qui vient à 45 ans pour un changement de Mirena[®] je lui remets un Mirena[®], au contraire, si elle a adoré n'avoir aucune règle pendant 20 ans, et qu'elle a 45 ans, elle va peut-être avoir sa ménopause dans 10 ans ou plus si affinité et que euh, elle est confortable avec je lui en remets un bien sûr » (E12)

(b) Concernant l'arrêt d'une pilule

De nouveau, les prises en charges sont variables et **médecin-dépendant**.

- « Quand ça se passe bien, ça se passe bien, donc ouais, why not (silence) oui, oui, j'ai des patientes qui sont sous Microval[®] jusqu'au bout quoi (soupir) je ne change rien » (E4)
- « Si elles vont bien et que je n'ai pas de symptôme je laisse » (E1)
- « Je leur propose d'arrêter pendant 3 mois, de voir s'il y a des règles qui viennent » (E3)

b) Un arrêt source d'appréhensions

Le questionnement des praticiens sur l'arrêt ou non d'une contraception chez une femme en périménopause suscite un sentiment de difficulté du fait des nombreux questionnements qui en découlent.

- ⇒ Quelle attitude face à une patiente de 50 ans sans contraception ? « j'ai eu une nouvelle patiente il n'y a pas longtemps (...) elle me dit j'ai un stérilet (rires), elle doit avoir 50 ans je crois (réfléchit) et donc ça devait faire 5-6 ans qu'elle l'avait, du coup je lui dit il va falloir revoir avec le gynéco, elle a vu un gynéco de Granville qui m'a envoyé un compte rendu hier,

euh, (silence), et donc voilà, lui, il lui l'a retiré, il a les signes effectivement de la ménopause mais il a dit on se laisse un an pour voir si il n'y a pas des cycles qui reviennent « *et donc là pendant 1 an il n'y a pas de contraception ?* » Et bien c'est ce que je me suis dit, hein hein, qu'est ce qui va se passer, donc euh, c'est la réflexion que je me suis faite en lisant le compte rendu » (E14)

- ⇒ Comment gérer l'angoisse des patientes face à cet arrêt ? : « il y a une espèce d'angoisse pour la femme de cet âge-là d'arrêter sa contraception » (E10).
- ⇒ Quelle est la réalité d'un risque de grossesse ? : « Je lui dis de conserver sa contraception car il y a quand même un risque de conception sauf s'il y a un désir mais ce sera de toute façon une grossesse compliquée » (E8), « je pense qu'il ne faut pas prendre de risque avec la contraception » (E14), « alors qu'on sait très bien que finalement le risque, après, (silence) arrivé à un certain âge, (réfléchit, hésite) le risque de grossesse quand même est très bas » (E10).
- ⇒ Comment prendre en compte le contexte personnel de la patiente ? : « si c'est une femme à 45 ans, bon il y a encore des rapports non protégés avec son mari ou avec un nouveau partenaire et qu'elle ne prend plus de pilule, qu'elle ne prend plus rien (...) et qu'elle ne fait pas gaffe » (E7).

B. DIFFICULTES LIEES A LA PERIODE

« *La périménopause (soupir) c'est toute cette période qui est assez difficile en soit* » (E5).

1. Périménopause et ses complications : influence sur la contraception

Au cours de la périménopause il existe une augmentation des **pathologies gynécologiques, mammaires et vasculaires**. Ceci entraîne des conséquences directes sur le plan de la contraception. Les généralistes de l'étude évoquent principalement, trois types de pathologies ou facteurs de risques, fréquemment retrouvés chez les femmes en périménopause :

- Les **facteurs de risques cardio-vasculaires**.
- Les **antécédents de cancers gynécologiques**.
- Les **pathologies gynécologiques « bénignes »** : fibromes utérins, adénofibromes mammaires, endométriose, syndrome d'hypoestrogénie.

D'autres pathologies ont été citées de manière plus anecdotiques et aléatoires au fils des entretiens : « les troubles urinaires » (E5), « les troubles veineux » (E10), « les troubles dépressifs » (E7) enfin les « troubles de la thyroïde » (E9). Pour une meilleure interprétation des résultats il n'a été pris en compte que les 3 principales pathologies ou facteurs de risques décrits comme fréquents par la majorité de l'échantillon.

Quelles sont les conséquences en matière de prescription de moyen contraceptif ?

a) Périménopause et Facteurs de Risques Cardio-Vasculaires (FRCV)

Pour 13 médecins sur les 14 interrogés, la périménopause est une période dans la vie des femmes au cours de laquelle vont se développer « essentiellement des problèmes cardio-vasculaires » (E2), avec le « tabac » (E2), « l'hypercholestérolémie, l'HTA, le diabète (...) la triade un peu métabolique et vasculaire » (E7, E6, E5 et E2), « le surpoids » (E12, E1, E3, E4, E5 et E6).

La présence ou non de facteurs de risques cardio-vasculaires influence les prescriptions des médecins généralistes en matière de contraception. « On va éviter les œstrogènes » (E3). Ils se tournent « plutôt sur des microprogestatifs » (E2, E3, E4, E5 et E8) ou vont « préconiser la contraception mécanique » (E9). En fonction de chaque situation clinique, une adaptation se profile.

Trois situations cliniques citées de manière quasi systématique lors de l'étude semblent mettre en difficultés les praticiens.

(a) La prise de poids

Une prise de poids va être l'occasion « de trouver une autre solution que la contraception qu'elles ont » (E4). Par exemple pour M3 « s'il y a des œstrogènes je vais essayer de les enlever ouais, hum, je vais essayer sans hormone ouais typiquement, un stérilet au cuivre ouais ça me paraît mieux qu'une pilule quand il y a une prise de poids en périménopause. » (E3)

(b) Le tabagisme

Le tabagisme est un élément récurrent au cours de l'étude, à chaque fois il fait l'objet d'une attention toute particulière en cette période où les autres facteurs de risques cardio-vasculaires peuvent apparaître.

Même si certains prérequis facilitent ce changement contraceptif : « S'il y a du tabac avec des facteurs vasculaires c'est sûr, j'en reste aux microprogestatifs ou à ce moment-là au DIU » (E2). Pour M13, l'association tabac et périménopause est synonyme de remise en questions et d'interrogations : « Le tabac c'est difficile, c'est compliqué parce que, (silence), euh, (silence), euh, on peut leur mettre des progestatifs et elles peuvent avoir une très mauvaise réaction aux progestatifs, du style, grosse prise de poids, donc tout est dans le dosage » (E13).

(c) Le diabète de type 2

M3 et M7 hésitent sur la conduite à tenir, se posent des questions : « Ah, hum, (silence), hum, je ne sais pas. Je dirais non (réfléchi), peut-être (silence) » (E3), « je n'ai jamais réfléchi, je n'ai jamais eu le cas, apparemment ou alors je suis passée à côté » (E3), « est ce qu'on peut lui laisser sa pilule parce que c'est vrai que quand même ça donne des hyperglycémies malgré tout » (E7).

Pour M6 et M4 : « la prise en charge de son diabète, paraît être la chose primordiale » (E4), un « équilibre du diabète » (E6) plus qu'une modification de la contraception semble être la clé de cette prise en charge, en effet, concernant la contraception « d'habitude on ne change pas » pour M6.

b) Périménopause et *antécédents de cancers gynécologiques*

(1) Prescriptions hétérogènes

Au cours des entretiens, un panel de prises en charge différentes est mis en avant :

- « À ces femmes là je leur donne plutôt un DIU au Cuivre » (E1),
- « Ce sont des femmes chez qui on ne mettra plus jamais d'œstrogènes » (E3),
- « C'est une contraception par soit les microprogestatifs, soit les contraceptions définitives ou soit rien du tout » (E4),
- « Soit le stérilet, plutôt Miréna® ou cuivre si elles n'ont pas trop de saignements soit l'implant. » (E6).

Cette hétérogénéité est le reflet d'un manque de repère, de certitude concernant cette prescription.

(2) Difficultés verbalisées

Ils expriment principalement des difficultés ne sachant pas quoi prescrire dans ce cas de figure :

- « Je ne veux pas faire de bêtises. » (E2),
- « Après j'espère que je ne fais pas une grosse boulette » (E3),
- « Ah oui compliqué, c'est vrai qu'une femme qui a eu un cancer du sein à 35 ans, donc 5 ans plus tard en rémission euh, oui la question peut se poser qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là » (E7),
- « C'est tellement compliqué maintenant que je laisse faire, donc une femme qui a un cancer du sein la contraception je n'y touche même pas je ne donne aucun avis » (E9).

c) Périménopause et *pathologies gynécologiques*

(1) Fibrome utérin : l'exception

Le fibrome utérin tient une place à part dans ce travail. Il correspond à la seule pathologie qui ne **soulève pas de questionnement** pour la quasi-totalité de l'échantillon. Les généralistes disent maîtriser sa prise en charge et son influence sur la contraception.

Pour 13 médecins sur 14 cette situation clinique ne pose pas de difficulté particulière. Chez une femme en périménopause ayant des fibromes utérins, la prescription d'un moyen contraceptif ne se révèle pas être une difficulté en soi pour les médecins de l'échantillon.

« Je mets souvent du Colprone® car je maîtrise pas mal » (E13), « ah ben le Lutényl® là c'est bien ça, (...), Lutenyl® 21 jours par mois » (E2), « plutôt la pilule micro progestative, oui je trouve que la progestérone agit mieux au niveau des saignements par rapport à l'œstrogène » (E8).

(2) Adénofibromes mammaires

En cas d'adénofibromes mammaires, le sentiment de difficulté lors de la prescription de la contraception chez une femme en périménopause est **médecin-dépendant**. Elle est clairement problématique pour M1, M2, M3 et M5 : « oui, humm, je ne sais pas, ça ne me tilt pas trop, je ne

sais même pas moi s'il faut enlever les œstrogènes, vous allez me le dire » (E3), « je n'ai pas la réponse, enfin je ne sais pas forcément » (E3), « ah ben s'ils (les adénofibromes) sont suivis par le gynéco il faut qu'elle continue ! (Rires) non, non je ne prends pas trop de risque quand je ne sais pas trop » (E5).

Pour autant, pour d'autres cela ne semble pas réveiller d'appréhensions particulières : « peut-être un peu moins d'œstrogène, mais comme d'hab' quoi » (E4), « On est plus sur des progestatifs mais alors voilà quoi » (E9), « ben on s'orientera plutôt vers un progestatif, à la limite ça ça pourrait éventuellement se gérer tout seul » (E10), « c'est pas parce qu'elle a des adénofibromes que je ne vais pas lui donner de contraception hormonale » (E12).

(3) L'endométriose

Pour l'endométriose, la situation est plus nette, cela relève d'une **prise en charge spécialisée** pour treize des quatorze médecins interrogés. Les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec la gestion de la contraception chez une femme en périménopause atteinte d'endométriose. « ben disons que je m'intéresse plus à la contraception à ce moment-là » (E1), « moi je fais de la gynéco chez les femmes qui vont bien. A partir du moment où il y a des trucs particuliers comme ça, euh » (E2), « ah bah c'est encore pire ! (rires) » (E5).

Cela peut même éveiller des craintes chez certains généralistes : « ah ça c'est quelque chose de très particulier, ce n'est pas simple et c'est vrai que ça peut être vraiment inquiétant l'endométriose et c'est pas simple » (E4), « je suis vraiment très prudent car c'est vraiment embêtant » (E4), « c'est les gynécos qui s'occupent de ça pour moi » (E4).

(4) Syndrome d'hypoestrogénie

La prescription de la contraception chez les femmes en périménopause ayant un syndrome d'hypoestrogénie symptomatique, ne met pas nécessairement en difficulté le praticien. L'avis spécialisé n'est pas évoqué de façon si nette et systématique que pour l'endométriose. Pour autant, **les prises en charge ne sont pas codifiées** et restent très hétérogènes :

- Certains évoquent un changement de contraception nécessaire face aux symptômes : « si elle avait l'habitude d'être avec un Microval® qu'elle a des gros troubles climatiques, on peut peut-être essayer de revenir à une pilule normale, pour essayer de calmer ça par exemple (réfléchit) micro dosée, oestroprogestative (silence) et ça peut fonctionner, ça apporte un peu d'œstrogènes, sur les syndromes pré-menstruels » (E4).
- D'autres ajoutent un traitement à base de phytothérapie ou d'homéopathie mais ne modifient pas la contraception nécessairement : « je propose soit de la phyto, soit de l'Abufen® » (E7), « Oui je lui prescris de l'homéopathie ! (rires) oui ! c'est un gynéco qui un jour m'a donné le tuyau, je l'applique bêtement, je n'y connais rien en homéopathie mais ça soulage » (E5).

- Ou encore certains ne changent rien à leur prise en charge en matière de contraception : « Pas nécessairement, c'est pareil, si c'est des signes modérés, et vivables entre guillemets non ça ne change pas » (E2).

C'est davantage une sensation de flou qui règne lors de cette prise en charge, les médecins se sentent mal accompagnés.

2. La grossesse en périménopause

a) *Réalité en cabinet de médecine générale*

Sur les 14 entretiens réalisés, **8** médecins généralistes racontent avoir été confrontés à des grossesses non souhaitées chez des femmes en périménopause (les cas des grossesses souhaitées après 40 ans étant mis à part dans cette étude (hors PMA)).

À ces huit praticiens s'ajoute M4 qui dit avoir déjà eu à prescrire des pilules du lendemain à des femmes dans cette tranche d'âge « alors après qu'il y en ait eu besoin réellement ou pas ça, je ne sais pas. » (E4). Un risque de grossesse malgré une fécondité en baisse persiste chez ces femmes : « elles risquent moins, mais bon, ça féconde encore donc » (E7).

b) *Raisons d'une grossesse en périménopause*

Dans la gestion de la contraception après 40 ans, les médecins généralistes se retrouvent confrontés à des problématiques diverses :

- Pour M5/7/12/3, ces grossesses sont mises en évidence chez **des femmes qui avaient arrêté leur contraception** d'elles-mêmes « des femmes qui pensaient justement qu'il ne se passerait rien » (E7), qui n'avaient plus de suivi gynécologique : « pas de contraception, pas de suivi gynéco et donc accident » (E3).
- Dans d'autres cas, ces grossesses sont le fruit **d'un arrêt de contraception après en avoir discuté avec le médecin** : « c'est parce qu'on avait décidé d'arrêter (silence) et puis les choses voilà, on n'avait rien mis en route, et puis elle (la patiente) se débrouillait toute seule, et puis (silence), oui c'est arrivé quelques fois » (E4).
- Ces grossesses sont aussi le reflet d'un **changement de vie** pour certaines femmes, de nouvelles « habitudes sexuelles peut-être » (E7), des nouvelles rencontres... Dans ces moments-là, la question de la contraception n'est pas nécessairement fondamentale pour les femmes : « des femmes voilà qui n'avaient plus de rapport, elles étaient divorcées, n'avaient personne dans leur vie et paf tout d'un coup un nouveau monsieur et malheureusement, la grossesse qui n'était pas attendue quoi » (E7), « Parce qu'en plus ce sont des femmes qui peut-être avaient mis des préservatifs quand elles avaient 20 ans mais ça leur vient moins à l'esprit à 40/ 45ans » (E7)

c) Prise en charge compliquée

Les médecins expriment souvent des **annonces de grossesses difficiles** car non prévues « l'annonce de la grossesse a été très difficile pas tant pour elle que pour le mari qui était très en colère » (E13). Avec souvent, un sentiment de détresse chez les femmes : « le souvenir que j'en ai de ces femmes là : (réfléchit) une détresse quand même : (en parlant des patientes) ça va pas être possible, j'ai déjà des gamins qui ont 20 ans, franchement » (E7).

Du fait d'une symptomatologie passée sous silence ou facilement mise sur le compte de la ménopause **les diagnostics sont tardifs** : « une femme qui n'avait pas ses règles depuis 4 mois mais qui s'était dit, je suis ménopausée, j'ai plus mes règles, enfants de 18 ans partis de la maison, je n'ai plus d'enfant, ne s'était même pas posée la question, j'ai plus mes règles donc je suis ménopausée, j'ai même des bouffées, je suis extrêmement fatiguée, je suis ménopausée et en fait non c'était une grossesse à 49 ans » (E13).

Alors, les prises en charge se font souvent sur le tard ou dans l'urgence car trop tardives : « Elle s'est mobilisée trop tard, quand elle est venue me voir on avait dépassé le terme d'IVG » (E13), « des demandes d'IVG à gérer assez rapidement » (E7).

d) Insatisfaction des praticiens

Les médecins interrogés évoquent un sentiment d'insatisfaction face à ces situations : « c'est vraiment trop bête des choses pareilles et je ne veux vraiment plus que ça arrive » (E3), avec parfois, une remise en question qui peut en découler : « je propose vraiment bien les stérilets » (E3).

Plusieurs évoquent la nécessité de toujours garder à l'esprit qu'une grossesse est possible : « péri-ménopause, 47-49 ans, aménorrhée, faut pas attendre les règles à venir, c'est B HCG obligatoire » (E13), « on a toujours dans l'idée que l'on peut tomber enceinte même à 47 ans passés, voilà, tout ça c'est important » (E13).

C. DIFFICULTES LIEES AUX MEDECINS GENERALISTES

Pour seulement un seul des quatorze médecins interrogés, la prescription de contraception chez les femmes en pérимénopause relève d'une consultation spécialisée auprès d'un gynécologue. La quasi-totalité de l'échantillon n'adresse donc pas les patientes aux gynécologues pour cette prescription.

Cependant, la majorité des praticiens évoque des **freins importants à la pratique de la gynécologie** dans leur exercice courant. La place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des patientes en pérимénopause est très hétérogène du fait de difficultés inhérentes et différentes pour chaque praticien interrogé.

1. Médecins généralistes et pratique de la gynécologie

Lors des entretiens, régulièrement, les médecins généralistes insistent sur leur rôle dans la prise en charge gynécologique des patientes en pérимénopause. Pour autant, ce rôle reste très **médecin généraliste-dépendant** et variable selon les pratiques et les lieux d'exercice des médecins interrogés. C'est la problématique du rapport qu'entretient chaque médecin généraliste avec la pratique de la gynécologie.

L'activité relative au suivi gynécologique des patientes en pérимénopause est fluctuante selon les cabinets de médecine générale étudiés. Au-delà de la période en question de la pérимénopause, l'activité de gynécologie dans un cabinet de médecine générale est très nettement médecin dépendant. On retrouve plusieurs profils dans l'échantillon :

- ⇒ Deux médecins généralistes (M2 et M9) qui **souhaitent** dans la mesure du possible **éviter de faire le suivi gynécologique** de leurs patientes de manière générale et pour qui la gynécologie n'est pas un domaine de prédilection. « D'ailleurs je leur dis franchement je ne fais plus de gynéco j'en ai fait il y a 20 ans je n'en fais plus (...) je ne veux plus en faire (...) c'est un choix personnel » (E9). Les patientes ont alors un suivi gynécologique fait par un spécialiste en gynécologie exclusivement : « la grande majorité de mes patientes ont un suivi (...) fait par un gynécologue » (E2).
- ⇒ Un médecin généraliste (M8) qui **souhaiterait faire davantage de gynécologie** dans son cabinet de médecine générale : « les patientes n'ont pas l'habitude donc elles sont quasiment toutes suivies par des gynécologues, je n'ai pas fait un seul frottis de l'année, pourtant ce n'est pas faute d'avoir proposé » (E8)
- ⇒ Deux médecins généralistes ayant fait le Diplôme Inter-Universitaire (DIU*) de gynécologie (M12 et M3), pour qui la gynécologie représente **une activité à part entière non négligeable** : « j'en fais pas mal, j'ai passé un DIU* de gynécologie, c'est peut-être aussi la raison, il y a deux ans » (E3), « Oui, depuis qu'en plus j'ai mon DIU* de gynéco, c'est le bouche à oreille aussi, comme je fais beaucoup de gynéco et je fais de plus en plus de gynéco seule, j'ai des patientes qui viennent que pour la gynéco et pas pour la médecine générale » (E12)

⇒ Un médecin (M14) qui exerce le **suivi gynécologique** des femmes en périménopause et ménopause plus **par défaut**, « oui : pilule, grossesse (soupir) mais la ménopause, ça ne me branche pas (soupir) mais s'il y a besoin je le fais » (E14).

Pour le reste de l'échantillon étudié, le **suivi gynécologique est proposé, exercé mais n'est pas exclusivement fait par le médecin généraliste** auprès de ses patientes. Cela reste un choix possible pour les patientes et une proposition faite par le médecin généraliste. « Moi je leur propose, je leur pose souvent la question quand ce sont des nouvelles patientes donc euh (...) si elles vont en gynéco (...) voilà, bon ben j'en fais pas, d'accord » (E7)

a) Milieu rural et gynécologie

Le médecin généraliste, particulièrement en zone rurale, reste pour les patientes **l'unique interlocuteur** dans une prise en charge gynécologique souvent complexe à mettre en place : « je sais que pour certaines patientes (...) en milieu rural c'est peut-être un peu simplet, simpliste comme appellation, mais je sais que si ce n'est pas moi qui le fait, ça ne sera pas fait » (E10). Le médecin généraliste est alors un pilier de la prise en charge gynécologique.

b) Rôle du généraliste dans le suivi gynécologique

Pour M1, M5, M7, M6 et M8 le suivi gynécologique, la **prescription de contraception dans cette période** reste **un des rôles majeurs du médecin généraliste** : « Dans le suivi et dans la contraception on reste quand même là, parler de la contraception, de la pilule (soupir) c'est quand même notre rôle » (E13), « C'est notre rôle aussi enfin (silence), pour moi c'est en plein dans la médecine générale » (E14).

Un rôle qui doit être **défendu** : « C'est vrai que moi je défends la médecine générale (...) sinon, on ne va plus être que des grattes papiers si on ne fait plus tout ça (soupirs), si on n'est pas capable de suivre une périménopause on fera quoi ? (soupir d'énervement). On va faire que de la gériatrie ah non ! » (E13), « C'est comme le généraliste quand les femmes sont enceintes : est-ce que vous pourrez suivre mon enfant ? oui et pas que le samedi ou le soir à 19H30 (soupir d'énervement), je peux vous voir aussi en journée quand il va bien (soupir agacé) non mais c'est pareil, la gynéco j'ai l'impression que c'est un peu pareil » (E14)

2. Déficit de formation en gynécologie

a) Socle universitaire remis en question

Plusieurs médecins interrogés, appartenant à des tranches d'âges différentes, évoquent un sentiment de difficulté au cours de leur pratique. Ceci du fait de lacunes liées à une formation initiale trop peu développée dans le domaine la gynécologie et tout particulièrement concernant à la fois la période de la périménopause mais aussi l'apprentissage des gestes techniques.

- « Je ne sais pas si j'ai fait 4 heures de gynéco au CHU dans tout mon cursus » (E4), « bien sûr, la formation n'est pas parfaite sur le sujet, pour les gens de ma génération c'est certainement vrai » (E4).
- « On n'a pas eu de formation du tout » (E7).
- « Mais on voit bien qu'on a un déficit de compétence aussi passé un certain âge (pour les patientes), je ne sais pas pourquoi, peut-être ce n'est pas très bien abordé en formation initiale, je n'ai pas tellement de souvenirs de la ménopause et périménopause (silence) c'était assez rapide, non (silence) je pense » (E7).
- « La part technique de la gynécologie est un obstacle pour nous généralistes » (E13).

Ceci a conduit à un **apprentissage** décrit par M4 et M7 comme étant **sur le tard et angoissant** : « moi c'est après 5 ou 10 ans d'installation que je me suis mis à faire des suivis de grossesses, je n'en avais jamais fait donc, ouais, (rires), non sans rire, c'est un peu comme ça, c'est pas si simple d'autant plus qu'on travaille un peu, donc il faut intégrer ses propres angoisses des choses qu'on ne connaît pas. » (E4), « Je n'ai pas de DIU* de gynéco, je n'en ai jamais fait énormément depuis que je suis installé non plus, donc ouais je me sens moins, compétent, moins à l'aise dans mes compétences », « c'est plus une histoire de connaissances, compétences » (E7).

b) Peu de gynécologie en formation continue

À de nombreuses reprises il a été exprimé l'importance majeure de la formation continue dans une activité de médecine générale : « il faudrait retourner à l'école » (E1), « comme toute spécialité en médecine générale il faut se poser, et puis voilà, se faire des trucs (...) je suis en train de faire les thématiques prescrire et là en ce moment on va attaquer la gynéco donc là je vais me replonger dans la gynéco » (E5).

Pour autant, les formations continues ont été décrites comme n'abordant pas des thématiques essentielles en pratique quotidienne de médecine générale. **Rarement la gynécologie et plus particulièrement la périménopause semblent abordées en formation continue** : « on fait toutes sortes de formations sur (...) des bêtises » (E6), « ça nous ferait pas de mal de faire un peu de formation là-dessus (rires), parce que (rires) » (E10), « après c'est un thème qui en formation médicale continue n'est pas très abordé, moi je suis président d'une FMC donc euh, ça fait à peu près dix ans que j'y vais, on avait fait un truc sur la gynéco chez la personne âgée, donc là on était plus qu'en périménopause, on était un peu plus tardif, mais je crois que c'est la seule fois où on a abordé la gynécologie d'un certain âge (...) c'est pas un thème qui revient beaucoup » (E7).

c) Moins de formation continue à l'approche de la retraite

À l'approche de la retraite, les généralistes souhaitent moins s'investir dans une formation médicale continue :

- « En fin de carrière, je n'ai pas envie de me plonger dedans (silence) je pourrais (silence) mais non je n'ai pas envie (rires) », « je ne veux pas me casser la tête je suis en bout de course » (E5),
- « « est-ce que s'il y avait des formations vous » (coupe la parole) ah non non, plus maintenant, non (rires) » (E13),

- « je n'ai pas envie de reprendre la main, voilà c'est personnel, mais il y a d'autres domaines dans lesquels je ne suis pas forcément super bon mais je n'ai pas envie de me réinvestir dedans. » (E9).

d) *Médecine générale, une discipline très vaste*

Un autre frein exprimé par les médecins généralistes interrogés est l'impossibilité de maîtriser l'ensemble des domaines que recouvre la spécialité : médecine générale. « Je n'ai pas envie de reprendre la main (...) je vais y passer des heures et des heures pour un retour personnel (...) que je n'estime pas, (hésitations), pas (réfléchit), pas favorable. En revanche je m'investis davantage sur d'autres domaines, je fais de la cardio, je fais de la rhumato, je fais de la méso rhumato par exemple où là je passe beaucoup de temps (...) on ne peut pas tout faire » (E9)

Plusieurs médecins interrogés évoquent la nécessité de **sélectionner sa pratique**, de connaître ses limites.

- « En médecine générale maintenant on fait de plus en plus de choses. Je fais de la cardio, de la rhumato, de la mésothérapie, je fais plein de trucs donc on ne peut pas être bon partout, donc moi plutôt que d'être moyen partout je préfère être bon dans certains domaines et puis pas du tout dans d'autres. » (E9),
- « Je pense qu'un médecin généraliste peut pas non plus faire tout, ça serait l'idéal mais c'est impossible (rires). » (E10),
- « Un moment il faut reconnaître ses limites et faut aussi savoir déléguer vers quelqu'un qui fera mieux que soi et ça c'est important. » (E10)

Le médecin devient **un chef d'orchestre** au milieu de tous les spécialistes et oriente les patients selon leurs symptômes et leur clinique : « on va vers une médecine qui va à mon sens être de plus en plus spécialisée, orientée, avec nous qui sommes là en chef d'orchestre global » (E9).

Chaque connaissance doit être pratiquée et entretenue pour être maîtrisée au mieux. C'est toute la difficulté de la médecine générale. « c'est sûr que quand on voit moins de gynéco, les réflexes, les automatismes, on les a moins que pour d'autres prises en charge forcément » (E10) « C'est pareil au niveau de ma surveillance je fais un peu de frottis mais pas énormément donc voilà du coup, comme tous les gestes qu'on ne fait pas assez on ne les fait pas moins bien mais euh, on a moins de réflexe quoi, sur les résultats, sur tout » (E10)

e) *Rôle des laboratoires*

M13 pose la question de la validité des informations véhiculées par les laboratoires lors de leurs passages en cabinet de médecine générale ou lors de congrès : « parfois on est confronté aux laboratoires mais euh (réfléchit), on est venu me vanter la progestérone naturelle alors le labo pourquoi pas, (silence), oui qu'est-ce qu'on en pense mais : est-ce qu'on est sûr que le Colprone® bloque bien les hémorragies ? » (E13)

3. Relation médecin-patiente

a) *Communication difficile*

(1) Praticiens mal à l'aise

La communication semble être la **Pierre angulaire** d'une prise en charge satisfaisante pourtant celle-ci n'est pas toujours facile à établir : « les femmes d'âge plus mûr sont moins pudiques, elles s'en foutent un peu que ce soit leur médecin généraliste (silence). Alors que chez la femme de 40-50 ans, ouais, je ne sais pas (soupir) c'est (silence) je ne sais pas pourquoi. C'est peut-être elles qui en parlent moins » (E7) « Alors qu'une jeune fille qui vient pour une primo prescription, je me sens plus à l'aise, je ne sais pas, j'arrive mieux à leur parler de ça » (E7)

(2) Convictions et communication

Certaines convictions peuvent rendre plus difficile l'échange médecin-patiente au sujet de la contraception. Au cours de trois entretiens, est évoqué le rôle prépondérant de la femme dans la démarche contraceptive. Une responsabilité quasi exclusive reposerait sur les épaules des femmes. « Il n'y a pas 50 000 moyens pour ne pas tomber enceinte, ou bien vous rentrez au couvent (rires) ou bien vous prenez quelque chose, ou bien vous faites attention » (E4), « donc il faut trouver une autre solution et après l'autre solution c'est l'abstinence » (E4), « enfin, à vous de faire gaffe » (E4), « si elles ne prennent rien, elles se débrouillent » (E11).

Pour d'autres, la responsabilité à sens unique de la femme dans le choix contraceptif est discutée « c'est tellement inculqué chez nous que c'est à la femme de faire le boulot » (E3)

b) *Les Femmes et leur contraception*

Les femmes ont des attentes concernant leur contraception. Ces attentes génèrent des questionnements chez les médecins afin de trouver une prise en charge adaptée au mieux pour chaque patiente. La relation médecin-patiente va contribuer à faciliter ce choix contraceptif. Toute la difficulté pour le généraliste est de prescrire une contraception répondant à la fois aux attentes de la patiente mais aussi aux critères médicaux dont il est le garant.

Trois attentes essentielles des femmes en périménopause concernant leur contraception ressortent au cours des entretiens :

(1) Choix de la patiente

Les patientes veulent choisir leur contraception. Les médecins interrogés insistent sur leur rôle d'information, d'explications, de présentation des différents moyens de contraception mais **le choix définitif se fait par la patiente** : « C'est vraiment la patiente qui décide hein, je suis là pour l'aider, je ne suis pas là pour l'obliger à faire un truc qu'elle ne veut pas » (E3).

Le choix de la contraception par la patiente est donc un élément essentiel lors de la prescription. Malgré tout, ce choix doit **s'intégrer dans une prise en charge globale** qui peut être difficile à argumenter auprès des patientes.

(2) Pas de volonté de changement

Les praticiens interrogés rapportent que les femmes semblent, au cours de cette période, avoir **trouvé un moyen de contraception qui leur convient** :

- « Le plus souvent mes patientes désirent poursuivre la contraception qu'elles ont depuis des années et avec laquelle ça se passe plutôt correctement » (E10),
- « Quand elles arrivent en périménopause (...) quand elles veulent changer de contraception c'est assez rare » (E2),
- « Ce n'est pas très souvent que je change parce que (silence), il y en a quand même beaucoup qui sont satisfaites de leur contraception même si c'est une pilule » (E3).

Leur moyen de contraception semble ne pas avoir changé depuis longtemps, « ben, souvent elles ont déjà une contraception depuis longtemps » (E11).

Par ailleurs, certains paradigmes présents chez les femmes semblent s'estomper avec l'âge : le DIU souvent source d'appréhensions et d'inquiétudes chez les femmes nullipares soulève moins de réticences chez les femmes en périménopause pour M14 : « alors au fur et à mesure des âges je trouve qu'elles sont plutôt stérilet, après c'est ce qu'on leur dit mais autant au début c'est oh, surtout pas et après en réfléchissant voilà » (E14)

Toute évocation de changement nécessaire sera donc à aborder de manière **prolongée** et **argumentée** auprès des patientes rendant cette prise en charge d'autant plus complexe.

(3) Périménopause et évolutions sociétales

Depuis quelques années, les femmes en périménopause semblent être le reflet d'une société en pleine mutation, de nouvelles habitudes de vie (démocratisation des divorces, des remariages) nécessitent **une contraception adaptée à ces évolutions**.

Autant d'éléments à prendre en compte qui contribuent à complexifier cette prescription. Les médecins interrogés rapportent des situations où les femmes restent en attente de réponses face à ces évolutions : « je viens de divorcer par exemple, j'ai rencontré un nouveau compagnon, bon qu'est ce qu'on fait ? » (E7) « j'ai pas envie de mettre de préservatifs, alors on va faire les tests par exemple, donc elles vont venir par exemple pour ça en disant bon alors, je voudrais faire des sérologies VIH » (E7).

D. DIFFICULTES LIEES AUX FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. Facteurs intrinsèques : internes au cabinet de médecine générale

a) *Aspect financier*

(1) Balance temps/rentabilité déséquilibrée

C'est une plainte récurrente pour douze des quatorze praticiens. La pratique de la gynécologie en cabinet de médecine générale n'est pas rentable avec des consultations à rallonge pour un retour financier moindre. Pour M9, « c'est trop long, c'est pas rentable, je vous dis ça franchement, il faut se débarrasser du matériel, enfin ça nous coûte de l'argent, tout ça pourquoi ? » (E9), « je n'ai plus malheureusement, 1/2 heure à passer par patient » (E9).

(2) Investissement matériel

Cet investissement est tout particulièrement nécessaire pour effectuer des gestes techniques en cabinet de médecine de ville. « J'en ai posé en tant qu'interne, Miréna[®], des stérilets au cuivre et là du coup, ce n'est pas le cas (soupir) ben, (soupir), du coup, j'avais du matériel stérile à usage unique qui bientôt arrive en fin de course, et ben voilà, je ne vais pas racheter des pozzis, je ne vais pas racheter des choses comme ça » (E8).

b) *La gestion du temps*

(1) Consultations chronophages

Sept (M4/5/6/7/9/10/13) des quatorze praticiens interrogés définissent ces consultations comme étant chronophages.

- « C'est sûr, ça ne peut pas être 5 min comme ça, ça c'est sûr, ¼ d'heure, 20 min, ouais chronophage, il faut le temps au temps » (E4),
- « La consultation de périménopause peut prendre beaucoup de temps, ça devrait, ça pourrait si on le faisait sérieusement, ça pourrait mais bon, on ne prend pas assez le temps pour chaque consultation, c'est toujours le même problème, ça ne s'arrange pas (soupir) » (E5),
- « on peut la bâcler mais la consultation de périménopause peut prendre beaucoup de temps » (E5).

Pour les autres praticiens de l'échantillon, les femmes parlent peu de cette période de leur vie de façon spontanée, ils ne se retrouvent donc pas face à des consultations à rallonge pour ce motif : « Comme elles n'en parlent pas beaucoup c'est tout de suite vu » (E11)

(a) Motif de consultation secondaire

C'est « une consultation de paillason » (E1) qui favorise le caractère chronophage de cette prise en charge. Pour la majorité des médecins généralistes interrogés (M3/4/5/6/7/9/12/13/14) la périménopause et encore davantage la contraception en périménopause sont des motifs de consultations secondaires : « c'est un truc qui vient souvent à la fin » (E7), « noyé dans une autre consultation » (E12), « des consultations de paillason, en fin de consultation » (E14).

Cela devient un **motif de consultation primaire en cas de symptomatologie prédominante et handicapante**, « plus les symptômes sont importants (...) plus ça va être un premier motif de consultation » (E12), « c'est une consultation secondaire, sauf s'il y a un gros symptôme » (E13).

Pour M3 et M5, ce constat est étonnant, « je fais pas mal de gynéco donc je suis assez étonnée de pas voir de périménopause (...) c'est bizarre, je ne m'attendais pas à ça » (E3). Ces consultations « pourraient être plus fréquentes mais je trouve que ça n'est pas si fréquent que ça » (E5)

(b) Consultations à tiroir

Une sensation de manque de temps accentuée devant des consultations à tiroirs : « c'est un peu compliqué et déjà qu'ils sont venus pour 2-3 motifs différents qui n'ont rien à voir, terminer par la péri ménopause moi ça ne m'intéresse pas du tout. Je vous le dis franchement » (E9).

Au final, pour certains médecins « c'est plus facile de dire, allez voir votre gynéco (...) c'est par question de temps » (E5).

(2) Un manque de formation par manque de temps

Le manque de temps freine les médecins généralistes interrogés dans leur quête de formation continue : « c'est peut-être aussi parce que les priorités ne sont pas là, il y a du boulot, il y a pas mal de choses à faire, on n'est pas dans les coins les plus favorisés, on court un peu à droite, à gauche. » (E4), M5 estime n'avoir « pas trop le temps de se poser » (E5) pour se former. À cela s'ajoute pour M14 des formations qui sont souvent faites dans les **grandes villes loin des lieux d'exercice**, les rendant peu attractives pour les médecins ruraux ou semi-ruraux : « Ben après il faut qu'on se forme, après il faut peut-être faire une formation sur Granville et pas à Caen ou à Rennes (rires) » (E14)

(3) Pas de réalisation de geste technique par manque de temps

« Les stérilets, j'en ai posé, je n'en pose plus depuis quelques années, par manque de pratique, plutôt par fainéantise aussi et par manque de temps » (E5)

« Quand je fais un frottis déjà moi je bloque 2 consults systématiquement donc si je fais ça plus des stérilets avec ma bouteille d'oxygène et puis pfff (rires), je ne peux pas (souples), donc euh » (E14)

c) *Les gestes techniques*

Le geste technique évoqué par la majorité de l'échantillon est la pose de DIU. Ce geste réveille de nombreuses réticences.

(1) *Un acte qui fait peur*

M13 et M14 ont fait le choix de ne pas poser de DIU après des mises en gardes de confrères :

- « Alors, il y a des femmes généralistes qui posent des stérilets (silence) moi je les enlève mais je ne les pose pas parce qu'il y a un danger (...) parce que quand je me suis installée, le gynécologue, Dr P, m'a dit ne le fais pas, ça peut être dangereux en cabinet médical alors je l'ai écouté, par contre je les enlève » (E13),
- « Quand je remplaçais moi j'en ai parlé aux gynécos du coin (silence) alors ça date hein, (réfléchis), c'était début des années 2000 on m'a dit : oh, il te faut une bouteille d'oxygène il te faut (soupirs) oh j'ai dit ouhlala ouh (rires). Je ne vais pas le faire, je ne vais pas me transformer en réa, je me suis dit ouhlala non je ne veux pas ». (E14)

(2) *Manque de formation concernant ce geste*

« Bon c'est un peu bête, moi je suis passée en service de mater, on ne m'a jamais appris c'est bête mais bon » (E14).

d) *L'absence d'imagerie*

Les médecins généralistes n'ont pas d'accès direct à l'imagerie dans leur cabinet, cela explique pour certains généralistes leurs réticences à exercer un suivi gynécologique de base chez les patientes en périménopause. « Nous c'est le problème de l'échographie, je suis très très très échographie nécessaire, ne serait-ce que pour contrôler les ovaires, vérifier, toujours au niveau ovarien, kyste ovarien, est-ce qu'il y a des ovaires ? est-ce qu'il y a un kyste sur les ovaires ? Comment sont les ovaires ? Toujours se méfier du cancer de l'ovaire moi j'en ai la trouille, il faut (silence) on est un peu impuissant parce qu'on n'a pas l'imagerie, c'est ça la différence. » (E13).

2. Facteurs extrinsèques : externes au cabinet de médecine générale

a) *Démographie médicale : la gynécologie*

(1) *Situation dans le Calvados et la Manche*

Les entretiens ont été réalisés à la fois dans la Manche et le Calvados, le constat est identique dans les deux départements. À chaque fois, les médecins généralistes évoquent des difficultés certes plus ou moins importantes selon leurs lieux d'exercice mais des difficultés malgré tout.

- « Ici il n'y en a pas, il y en a de moins en moins. » (E5)
- « Zéro, c'est de pire en pire » (E13)
- « Ah bah si ici tout est compliqué ici maintenant, gynéco, dermato, neuro...tout est compliqué, c'est hallucinant » (E11)
- « Avec la fermeture de Vire et de la maternité de Coutances c'est un peu (soupir) » (E4)
- « À Aunay il n'y a plus personne, à Vire, il y a un gynéco qui est un peu débordé (soupir), voilà » (E5)
- « Les cliniques il n'y en a plus, donc à l'hôpital, qui, voire même, ont du mal à (faire) suivre les grossesses » (E5)

La raison évoquée en premier lieu pour cette pénurie lors des entretiens est les **nombreux départs en retraite** : « Et puis ils sont tous âgés sur le départ, donc ça va être compliqué. » (E8), « Et puis d'ici peu cela ne va pas s'arranger, de toute façon » (E10), « Ben sur Granville il n'y en a plus tellement avec les départs en retraite » (E14)

(2) Influence sur la pratique des médecins généralistes

(a) Prise de RDV difficile avec les gynécologues

La conséquence directe de cette démographie médicale se ressent en termes de délais pour les prises de RDV avec les gynécologues. Une moyenne de trois mois de délai d'attente est donnée au cours des différents entretiens. « Ah ben il ne faut pas être trop pressé quand même (rire) » (E10), « non c'est compliqué, c'est très compliqué (...) c'est même pas qu'on arrive pas à passer la secrétaire c'est qu'on n'a pas la secrétaire » (E14).

(b) Avis spécialisés rares

Avec la dégradation des conditions d'accessibilité aux gynécologues, M4, M7 et M13 avouent **hésiter davantage à demander des avis spécialisés**, par peur de **déranger un confrère déjà débordé**. Les médecins généralistes sont plus hésitants à solliciter les gynécologues.

- « Les délais c'est trois mois facilement sauf si on insiste, mais on ne va pas insister pour tout » (E4),
- « Je le faisais au début et puis j'ai arrêté de les déranger, ouais de toute façon ils n'ont pas vu le patient (...) j'aime pas trop appeler en pleine consultation en fait » (E7),
- « Il ne faudrait peut-être pas charger trop toutes ces femmes gynécologues obstétriciennes qui ont autre chose à faire » (E13).

(c) Prises en charges fastidieuses

Cette pénurie de gynécologue dans les territoires des médecins interrogés conduit à des prises en charges plus longues et plus fastidieuses pour les médecins généralistes. En effet, les démarches pour obtenir un RDV, prendre un avis, contacter un service d'urgences sont davantage chronophages. « Alors déjà il faut que nous on les ait au bout du fil, déjà c'est pas gagné » (E14),

« bon ben c'est vrai, c'est toujours du temps pour nous à prendre les RDV nous-même » (E10), « on arrive à avoir mais c'est à nous de téléphoner » (E9).

Ce délai de plus en plus important pour des prises en charges spécialisées est souvent source d'incompréhension et d'insatisfaction pour les patientes. Le médecin généraliste est alors là pour expliquer, éduquer. « Tout le monde râle, si vous n'avez pas RDV à l'heure qui vous convient le jour qui vous convient, vous râlez et comme vous voulez toujours avoir un RDV pour l'heure d'après, les gens vont toujours râler. Vous avez beau leur dire que c'est dans une semaine que c'est pas grave elles vont trouver ça trop long. C'est le ressenti » (E9).

b) Collaboration entre acteurs du système de soin

La collaboration avec les autres professionnels de santé est essentielle à établir pour un généraliste. Il doit trouver sa place au milieu d'un système de santé en pleine évolution.

(1) Les sages-femmes

La collaboration avec les sages-femmes reste mesurée. Elle semble source d'une **ambivalence entre satisfaction et appréhension**. Pour M13 et M14, l'arrivée des sages-femmes sur leur secteur est une bonne chose : « ce qu'on a aussi sur le secteur c'est qu'on a de plus en plus de sages-femmes donc c'est bien » (E14).

Cependant cela soulève des questionnements, parfois des inquiétudes concernant leur activité de gynécologie à venir, l'influence que cela peut avoir sur leur pratique quotidienne : « en peu de temps on en a déjà eu trois sur Granville en libéral alors qu'on en avait qu'une donc euh (silence) » (E14), « c'est à dire que les sages-femmes euh (réfléchit) maintenant absorbent une partie de la patientèle généraliste sur le suivi gynéco pur. Alors il y a des médecins qui s'en fichent, il y en a d'autres qui aimeraient mieux s'en occuper alors » (E13). « Je pense qu'on ne va plus non plus avoir la main aussi » (E14)

Ceci est un phénomène qui reste à surveiller à l'avenir pour M14 : « j'ai quand même pas mal de patiente qui vont voir la sage-femme, alors c'est pas forcément des personnes que je voyais moi (...) je n'ai pas l'impression qu'il y a eu un transvasement, pour l'instant »

(2) Spécialistes et système de santé

M4 déplore un manque de considération du médecin généraliste dans le système de santé : « On nous a dit de toute façon vous adresserez aux gynécos, et puis on avait pas fait 3 ou 4 ans d'expérience qu'on nous disait oui mais il n'y a plus assez de gynécos alors (soupirs) » (E4)

M11 évoque des difficultés de collaboration dans certaines prises en charge « avant on nous avait incité à les mettre sous un traitement hormonal, on nous prenait pour des imbéciles parce qu'on ne les mettait pas sous traitement hormonal après on nous prenait pour des imbéciles parce qu'on les mettait sous traitement hormonal n'est-ce pas... hein...enfin, ça on a l'habitude (soupir) » (E11)

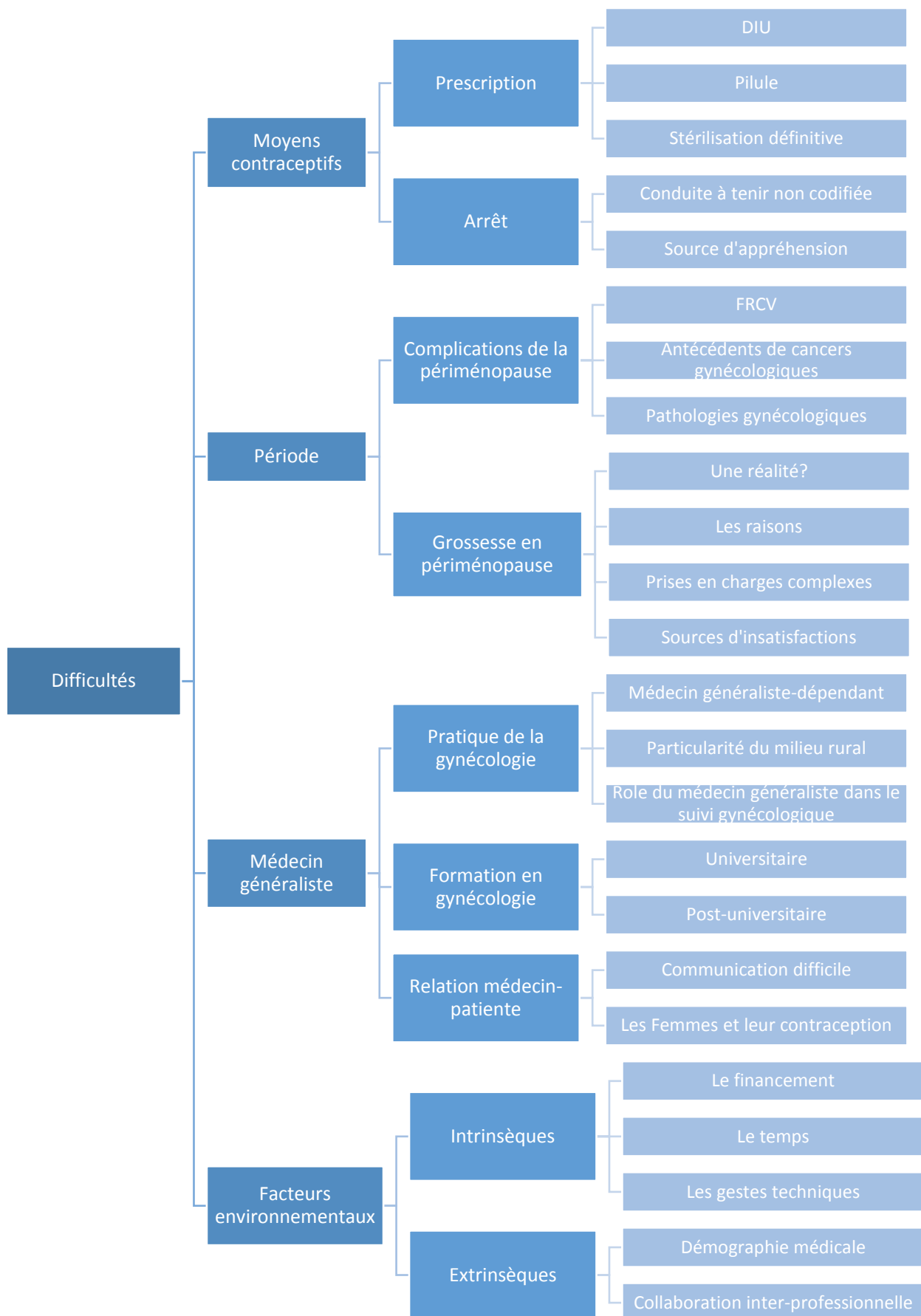


Figure 9 : Difficultés liées à la prescription d'une contraception en péri-ménopause

III. SOLUTIONS MISES EN PLACE ET PISTES A DEVELOPPER FACE A CES DIFFICULTES

Pour pallier aux difficultés mises en avant, les médecins de cette étude évoquent lors des entretiens, à la fois les solutions qu'ils ont déjà mises en place mais aussi les pistes qu'ils aimeraient voir se développer à l'avenir afin de faciliter leur pratique quotidienne dans ce domaine.

A. SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR LE GENERALISTE

1. Le climat de confiance

a) Renforce la communication médecin-patiente

Dans cette étude, il est mis en évidence que la relation de confiance instaurée par le médecin généraliste avec sa patiente semble être **la pierre angulaire** d'une bonne communication au cours de cette période. « C'est vrai, qu'il y a des patientes qui font confiance toujours à son médecin donc elle vient ici pour poser les questions » (E6), « il faut parler un peu, ça dépend du type de femme, certaines parlent moins facilement » (E7), « il faut aller le chercher, il faut poser la question » (E2), « c'est vrai que c'est encore un peu tabou presque dans les milieux ruraux voilà, moi je le vois bien, c'est presque des questions qu'on n'aborde pas, il faut le provoquer » (E10)

b) Permet d'aborder des symptômes gênants

Le rôle du médecin traitant avec les femmes en périménopause passe, entre autre, par une **aide à la verbalisation de symptômes gênants** grâce à la mise en place d'un dialogue en toute confiance :

- « La sécheresse je trouve qu'elles n'en parlent pas, j'ai plutôt l'impression que c'est moi qui vais chercher » (E14),
- « Quand elles me parlent des bouffées de chaleurs moi je leur pose d'autres questions, est-ce qu'il y a d'autres symptômes qui vous gênent, ça peut être des troubles de l'humeur aussi mais heu (silence), des troubles trophiques, vulvaires, des dyspareunies, voilà » (E7),
- « Des symptômes que les femmes n'expriment pas forcément beaucoup » (E11),
- « Ça arrive toujours à la fin, c'est toujours un peu comme les hémorroïdes (rires) » (E7).

Cette démarche semble aider **la verbalisation d'inconfort** chez les femmes au cours de « cette période qui peut être embêtante » (E2), les patientes peuvent alors en profiter pour évoquer des symptômes : « oui, oui effectivement maintenant que vous en parlez, j'ai des petites gênes à ce niveau-là » (E7), un inconfort : « les femmes ne se sentent pas forcément en forme, elles le disent elles-mêmes souvent, oh, je ne suis pas bien, j'ai des douleurs un peu partout » (E9).

c) *Un atout pour la prise en charge*

De manière récurrente, les praticiens interrogés insistent sur le fait qu'ils connaissent leurs patientes depuis longtemps et qu'ils sont les mieux placés pour les suivre dans cette « zone de transition » (E13). En effet, ils les suivent tout au long de leur vie « de la contraception jusqu'à l'accouchement et je suis encore un peu jeune (rire) pour, ça viendra (rire) pour jusqu'à la ménopause ». (E14), « On est censé bien les connaître par ailleurs, je pense qu'on devrait être en première ligne » (E7).

d) *Un climat à entretenir*

M1, M2 et M5, évoquent spontanément une remise en cause de leur mode de communication avec ces patientes au cours de cette période. « Peut-être je ne suis pas assez réceptif aux questions » (E1), « les femmes m'en parlent peu à moi, peut-être en parlent t'elles plus à leur gynéco » (E2), « c'est peut-être là que je ne m'interroge pas assez ? » (E5). Cette remise en question est évoquée comme étant nécessaire pour entretenir la communication avec la patiente.

2. L'éducation et la prévention

Un travail d'éducation, de prévention, d'explications, d'écoute concernant la contraception semble être essentiel pour ces patientes en pérимénopause.

a) *Un choix éclairé*

Le travail de **prévention, d'information** est essentiel, tout particulièrement auprès des patientes ayant une POP depuis de nombreuses années :

- « Celles qui viennent et qui ont leur Daily gé® depuis 18 ans et elles en ont 48 (rires) et elles ont toujours leur Daily gé® (rires) et elles veulent toujours leur Daily gé® (rires) ah c'est compliqué, (rires), donc effectivement j'essaie de les orienter vers uniquement une contraception progestérone en comprimé mais on a du mal, parce qu'elles sont bien avec leur contraception, celle qu'elles ont depuis toujours et ça se passe bien donc euh, (silence), après il faut expliquer » (E14),
- « Je vais discuter un peu, après voilà, elle, je ne vais pas la mettre dans les pattes du gynéco si ça va bien, je vais y revenir en plusieurs fois, on discute sur les biologies, on revoit ça, et puis on réfléchit et en général on arrive à nos fins (soupirs), mais bon c'est toujours un peu long (rires) » (E14).

Le médecin traitant est là pour accompagner certains choix faits par les patientes, cela entre dans le cadre de son rôle de prévention :

- « Par exemple Daily G® qui n'est pas non plus super top, à 49 ans, elle me dit non je veux la garder, bon bah ok, je vérifie qu'il n'y a pas trop de facteur de risque cardio vasculaire et je lui laisse si elle est contente et qu'il n'y a jamais d'oubli. » (E3)

b) Prévention

La majorité des généralistes interrogés insistent sur leur rôle dans la prévention :

- « On fait le sermon, 2 fois, 3 fois et puis après elles sont grandes » (E1),
- « C'est l'occasion aussi d'amener aussi, si jamais il y a du tabagisme, d'amener le sujet sur la table » (E8),
- « Alors des fois ça m'arrive de leur dire : vous allez droit à faire un infarctus alors faites gaffe il y a peut-être d'autres moyens » (E9),
- « L'attitude à avoir peut-être aussi de les stimuler dans ce sens-là, faire du sport, acheter un podomètre, modifier l'alimentation, surveiller le cholestérol. » (E12),
- « On va commencer avec tout ce qui est règles d'alimentation, hygiène de vie » (E6).

La réévaluation d'une contraception chez une femme en périménopause va être l'occasion de renforcer le dialogue avec la patiente, de faire de la prévention. L'interaction, la communication avec le médecin traitant reste essentielle lors de cette démarche : « J'essaie quand même de temps en temps de discuter » (E4).

Il faut pour le généraliste, **maintenir une vigilance constante** en abordant systématiquement le sujet auprès de ces patientes afin de mieux maîtriser une problématique naissante : « ça fait partie de mes questions systématiques oui » (E3), « on est vite fait à avoir un Minidril® ou un Adepal® à 60 ans » (E4).

Un dernier praticien avouera « faire l'autruche » devant ces problèmes : « si quand je l'aborde elle me pose des questions, elle va me demander des réponses, (silence), je sais pas où je ne peux pas lui apporter des réponses donc je ne pose pas la question je fais l'autruche, (silence), donc oui, (sourir), en médecine il y a beaucoup de questions qu'on ne pose pas, pour ne pas avoir à donner la réponse » (E5)

3. Le bilan biologique

Face à la problématique de l'arrêt de la contraception, tous les médecins interrogés, déclarent faire des dosages hormonaux pour orienter leurs prises en charge. Tous, sans exception ont évoqué cette solution : « On fait le bilan hormonal et puis on regarde » (E4).

a) Les dosages prescrits

Pour la majorité des praticiens la prescription est quasi automatique : de « bilan hormonal classique, FSH, LH, Œstrogène » (E11), pour d'autres cela nécessite des recherches : « Alors je vais vous dire ça, j'ai mon anti-sèche, œstradiol et puis FSH et après si des cas un peu plus compliqués avec la prolactine, la testostérone et TSH » (E8).

b) Réalisation des dosages

La réalisation des dosages hormonaux révèle un flou concernant deux éléments :

- Le **moment du cycle où ils doivent être réalisés** : « entre le 2ème et le 3ème cycle si c'est jouable » (E4), « on arrête 1 mois avant, on utilise une autre méthode pour qu'elle ne tombe pas enceinte et puis oui on fait la prise de sang » (E6).
- **L'arrêt ou non de tout traitement hormonal avant le bilan biologique** : « je le fais plus souvent si elles n'ont plus de pilule, ou pas de traitement hormonal, de Miréna®, d'implant sinon je suis perdu » (E7).

c) Interprétation des dosages

Le ressenti des médecins interrogés concernant l'interprétation d'un dosage hormonal est très fluctuant et médecin dépendant : certains semblent confiants « ça me donne une idée de la dysovulation (...) quand la FSH est vraiment haute » (E14), « non ben, (silence), avec ça (le bilan hormonal) on voit s'il n'y a plus rien ce n'est pas compliqué ! » (E11).

D'autres praticiens sont plus réservés dans leur approche : « Je regarde ce qu'il y a marqué sur le papier du laboratoire, euh, (silence), après il faut que ce soit, (silence), je sais que c'est en fonction des taux, (sourir), il faut que je me documente » (E8).

4. L'avis spécialisé

L'avis spécialisé auprès des gynécologues est souvent perçu dans les entretiens comme une alternative intéressante. Pour M4, l'avis d'un gynécologue est sollicité pour des situations non standardisées : « Imaginons qu'il y a une jeune femme un peu jeune, avant 45 ans, qui a des signes avant-coureurs, qui est un petit peu obèse, qui a fumillée dans le temps, ouais, là j'adresse aux gynécos, oui » (E4).

L'avis d'un spécialiste peut aussi être évoqué lorsque la prescription d'hormone devient compliquée ou contre indiquée : « ah bah si vraiment, (silence), si vraiment, j'ai des contre-indications importantes, je vais (...) orienter » (E10). Enfin, un élément important joue dans la sollicitation auprès des collègues gynécologues : la majorité des médecins généralistes interrogés ne posent pas de DIU, ainsi, dès qu'une prescription se fait ou doit se faire dans ce sens, la patiente est orientée vers un confrère gynécologue.

B. PISTES A DEVELOPPER

1. Place des femmes médecins

a) *Une oreille attentive*

Pour M13 et M14, une femme généraliste tient une place à part dans le suivi gynécologique des patientes : de par la relation de confiance établie ou non avec la patiente, de par son ressenti, de par sa propre expérience dans sa vie de femme, la gestion du domaine de la gynécologie va être différente.

- « Vous êtes un homme médecin, vous êtes une femme médecin, (silence) je suis sûre qu'on ne soigne pas pareil, je suis sûre qu'il y a une différence, je suis convaincue, mais convaincue mais avec C majuscule qu'une femme médecin va être beaucoup plus proche, c'est de l'intuition, même de sa propre expérience aussi, de (silence), de (silence), de la grossesse de tout ça...d'une femme qu'un homme médecin » (E13)
- « Pour moi, je suis convaincue qu'il y a une petite différence Homme / Femme, dans le ressenti des choses dans l'acceptation de ce qui est du rapport hormonal avec les femmes » (E13).

L'attitude d'une femme ou d'un homme lors d'une prescription peut être différente particulièrement dans le domaine de la gynécologie : « J'ai rarement vu des gynécos (homme) très très subtils sur la prescription de THS » (E13)

b) *Idées reçues sur la pratique des femmes médecins*

M14 tient à faire le point sur des **stéréotypes** concernant la pratique de la médecine générale par des femmes : « Il y a plein de gens (silence), il y en a plein qui, bon ben, je suis une femme alors je vais faire des frottis toute la journée, des bébés toute la journée, mais non ! Non ! (rires) Pas tant que ça (soupir) et puis je n'ai pas envie non plus (rire) j'ai pas envie de faire que ça (rires) » (E14).

De manière générale, les femmes médecins se sentent davantage impliquées dans la prise en charge des maux des femmes : « je dirais qu'on n'a pas trop le choix, nous femmes médecins généralistes de s'occuper de la périménopause, au moins en connaître les rudiments, quelques rudiments qu'on va faire rectifier après avec les spécialistes » (E13).

2. Outil internet

Trois médecins interrogés évoquent les bénéfices que pourraient leur apporter la mise en place d'outils internet adaptés à la prescription de contraception dans des situations particulières telle que la périménopause. **Un outil adapté à la pratique clinique quotidienne en médecine de ville.** Ceci, en passant via les « les outils internet classiques » (E14), « un style d'antibio clic de la prescription de contraception » (E4), « un site dédié avec quelques questions réponses, des choses comme ça » (E7)

3. Référentiels améliorés

Lors de la majorité des entretiens, il a été évoqué **l'absence de référentiel clair** sur cette période de la vie des femmes. Les recommandations ne semblent pas, dans l'état actuel des choses aider à une meilleure prise en charge des patientes en périménopause.

- « Après c'est les recos qui doivent être améliorées » (E14),
- « C'est vrai que si on avait un tableau peut être assez succinct on pourrait y arriver... voilà, on fait ci, on fait, ça, une espèce de pense bête pour vieux médecin. » (E5).
- M4 recherche : « des référentiels, plus précis, des cases » (E4).

4. Faciliter la collaboration entre professionnels de santé

La collaboration entre professionnels de santé est essentielle pour une prise en charge optimale des patientes : « Ben ce qui pourrait nous rendre à l'aise ça pourrait être les conférences, les petites réunions avec des généralistes, des gynécologues- obstétriciens et des sages-femmes » (E13).

« Les contacts avec les spécialistes » (E13) permettent de discuter des situations qui peuvent poser problèmes et **améliorer les prises en charge**. « Moi personnellement, c'est le (réfléchit) si j'avais une gynéco dans ma maison de santé je serais très contente, l'idéal c'est ça c'est d'avoir des gynécos à coté, c'est l'idéal et pouvoir s'entretenir, il n'y a rien de mieux » (E13).

5. Une consultation de prévention dédiée vers 40 ans

M7 évoque un **suivi gynécologique plus difficile à effectuer chez les femmes entre leur dernière grossesse et 50 ans**, âge de leur première convocation Mathilde. « Il y en a beaucoup qui ne font plus de frottis vers 45-50 ans. Quand on leur demande leur dernier frottis (rires) ouhlala, ben, c'était après ma dernière grossesse (silence) et il a quel âge votre dernier ? Ah ben il a 10 ans » (E7). « C'est entre le dernier enfant et 50 ans où là elles se laissent un peu (silence) ouais parce qu'elles sont speed, elles sont dans le boulot encore, avec les gosses (silence) » (E7). « Alors, passé 50 ans, ok elles reçoivent leur truc (convocation Mathilde) mais je trouve ouais, il y a une petite fenêtre » (E7).

M5 constate : « que la patiente reste en demande tant qu'on n'a pas ciblé et qu'on n'a pas convoqué pour une consultation spécifique » (E5) ou « on va leur parler des risques, des choses à venir, de la durée durant laquelle ça peut se faire, (réfléchit), leur parler de où elles en sont exactement, souvent de la réassurance quoi (silence) et des moyens qu'on peut avoir et voir si les choses les satisfont ou pas et si elles ont besoin d'être consultées par quelqu'un d'autre (silence) » (E5).

6. Intérêt des DIU* en gynécologie

M3 et M12 ont fait un DIU* de gynécologie, elles disent à présent se sentir **plus à l'aise avec la pratique de la gynécologie** dans leur cabinet. « Oui, cela facilite des choses, c'est plus simple maintenant, j'ai amélioré mes connaissances, j'ai pris plus en charge par moi-même depuis que j'ai fait le DIU, parce que je me sens plus compétente » (E12)

Pour M3 et M12, le DIU* de gynécologie représente une solution afin de surmonter une partie de leurs appréhensions concernant entre autre la prise en charge des femmes en périménopause. « Je pense que si je ne l'avais pas fait euh (silence) j'aurais pour le coup adressé aux gynéco (réfléchit) parce que je n'aurais pas su faire avec ce genre de patientes » (E3). « Je regarde mes notes et comme ça j'ai des noms de médicaments et des démarches à suivre donc oui ça m'a beaucoup servi » (E3).

Enfin, cette formation complémentaire en gynécologie semble jouer un rôle non négligeable dans **la prise de confiance du médecin généraliste concernant ses choix thérapeutiques** face à des patientes toujours plus demandeuses d'informations et de justifications : « Les patientes comme je disais urbaines, qui s'écoutent un peu, c'est pas péjoratif mais voilà, qui (réfléchit) que j'adressais aux gynécos parce que voilà, j'avais un peu peur ou peut-être, qu'elles m'impressionnaient un peu, et que je ne voulais pas faire une boulette (...) je ne les adresse plus » (E3)

7. Des médecins généralistes avec « une orientation » gynécologique

Au cours des entretiens plusieurs médecins généralistes ont évoqué comme solution la présence de médecins généralistes avec une « orientation gynécologique ». Ils sont décrits comme des **intermédiaires potentiels entre les gynécologues et les généralistes**. Ils pourraient répondre aux situations ne nécessitant pas une réelle prise en charge gynécologique hospitalière ou ambulatoire. « On a besoin par contre de médecins généralistes pas spécialisés mais orientés gynéco... ça ça serait parfait » (E10), « Quelqu'un qui a suffisamment de compétences, il y a des médecins qui n'ont pas forcément fait le DIU* mais qui se sont bien informés » (E12)

Un médecin généraliste plus au fait des choses dans le domaine de la gynécologie pouvant aider sur des questions ne relevant pas totalement du domaine de la spécialité gynécologique. « Des médecins généralistes plus compétents en gynécologie » (E5)

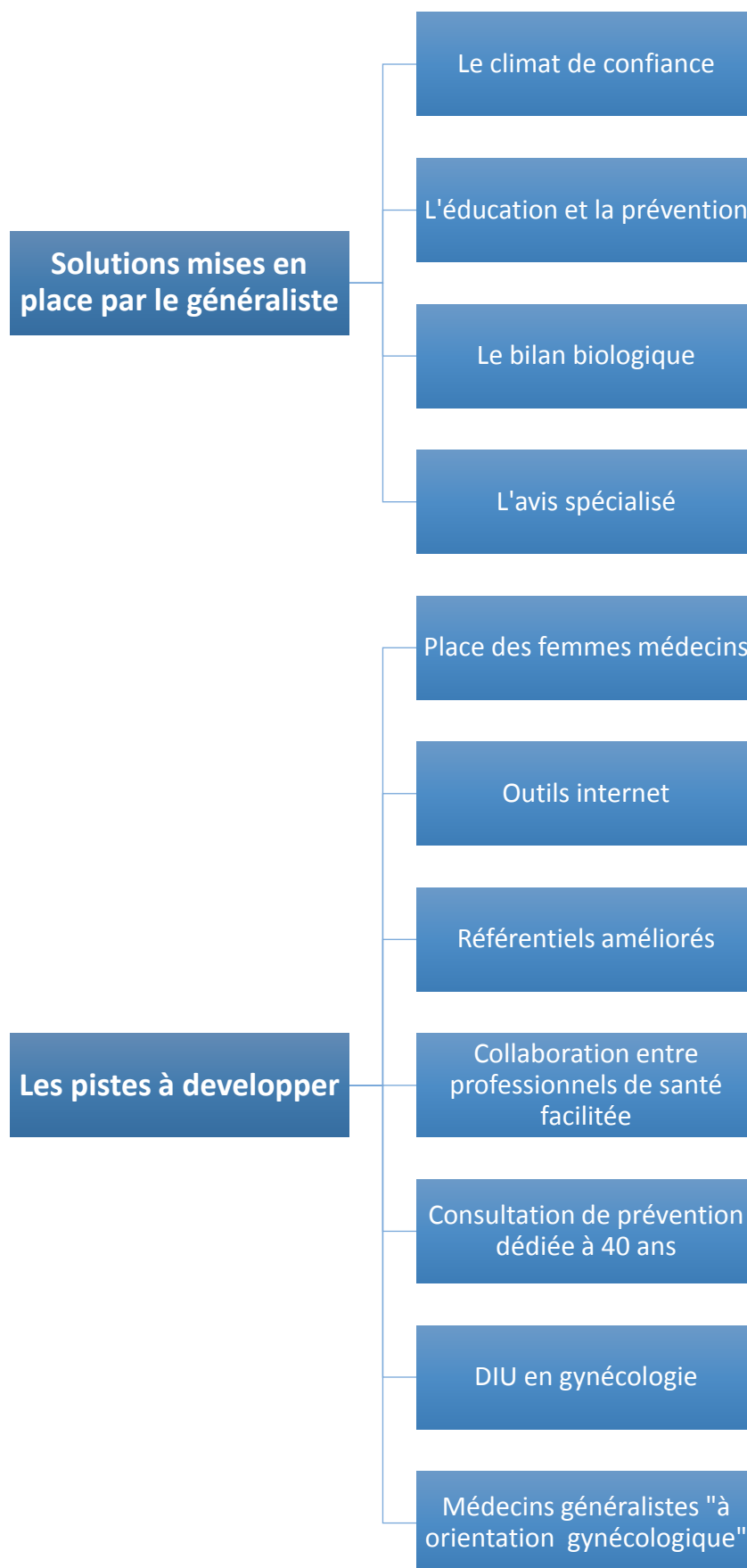


Figure 10 : Solutions mises en place et pistes à développer face aux difficultés rencontrées lors de la prescription d'une contraception en péri-ménopause

DISCUSSION

I. INTERET DE L'ETUDE

A. INTERET D'UNE APPROCHE QUALITATIVE

L'approche qualitative vise non seulement à répondre à une question **sans avoir de présupposé** mais s'attache aussi à la compréhension de phénomènes **sans jugement de la pratique médicale**.

L'objectif initial de l'étude était de connaître le ressenti des médecins généralistes lors de la prescription d'un moyen contraceptif chez une femme en périménopause et si oui ou non ils se sentaient en difficulté lors de l'élaboration de cette prescription. L'approche qualitative a permis de **mettre en évidence des difficultés** et de faire **émerger des solutions** ou des améliorations possibles : cela a permis d'**enrichir notre problématique**.

En effet, grâce **au caractère inductif** de la méthodologie qualitative certains thèmes ou sous-thèmes ont été abordés par les praticiens interrogés sans qu'ils ne fassent partie de nos hypothèses initiales de travail :

- Le débat suscité par la méthode de contraception définitive,
- L'aspect culturel de la contraception,
- L'implication parfois différente des femmes médecins versus les hommes médecins dans la contraception,
- La volonté de défendre le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique,
- Le positionnement ambigu de certains généralistes envers les sages-femmes...

Ce sont autant de thèmes et sous-thèmes qui ne faisaient pas partie des présupposés sur le sujet avant l'élaboration des entretiens. Sans cette méthode qualitative, **l'émergence d'idées** au cours d'une étude aurait été compliquée voire impossible à obtenir.

Par ailleurs, très peu d'études ont été réalisées dans le domaine de la périménopause et plus particulièrement concernant la prescription de contraception durant cette période. La méthodologie qualitative est intéressante dans ce contexte car elle permet une **approche ouverte** adaptée à ce type de **travail exploratoire**.

L'étude est **au cœur de la pratique médicale** de par son type de recueil de données que sont les entretiens semi-dirigés. Il est probable qu'avec un choix d'étude quantitative de type « *questionnaire anonyme* » les données recueillies auraient été plus formelles, plus standardisées. Les résultats n'auraient pas pu appréhender le ressenti propre à chaque médecin interrogé et l'expression de ses difficultés au quotidien.

1. Triangulation

La triangulation des données visant à restituer « *la richesse des points de vue, leur complexité et leur caractère évolutif* » (74) a été respectée. Cette triangulation englobe des sous-dimensions : le temps, l'espace, les personnes participantes et les chercheurs :

- La triangulation **temporelle** qui considère la dimension évolutive du phénomène étudié (74) a été respectée en sélectionnant des participants dont la durée de pratique de la médecine générale variait. Elle allait de 3 à 36 ans.
- La triangulation de **l'espace** a également été respectée avec des entretiens menés dans deux départements différents, chez des médecins exerçant en milieu rural, semi-rural et urbain.
- La triangulation des **participants** a été respectée en sélectionnant des médecins dont l'exercice variait avec des médecins installés depuis plus de 30 ans et à l'aube de la retraite, des médecins ayant des formations complémentaires en gynécologie ou encore des médecins pratiquant des activités annexes comme la chirurgie esthétique ou les IVG.

2. Les entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la **même personne** afin d'éviter un **biais de recueil** des données. La technique des entretiens semi-directifs individuels a été préférée à celle des « *focus group* » afin de limiter **l'interaction** et **l'influence** des autres participants.

Les entretiens ont été réalisés selon les disponibilités des médecins interrogés, à chaque fois dans leur cabinet respectif et à l'horaire souhaité. Pour chaque entretien, une plage horaire équivalente à une voire deux consultations était bloquée par le médecin généraliste à l'avance.

Les entretiens se sont quasiment **systématiquement prolongés au -delà des 20 min** annoncées lors du premier contact téléphonique. Lors d'un unique entretien (E9), il a été évoqué ouvertement la nécessité de mettre un terme à l'échange compte tenu de l'activité importante de consultations prévue dans les suites de l'entrevue. Dans tous les autres cas, les praticiens interrogés sont volontiers restés discuter du sujet, souvent au-delà de l'enregistrement. Preuve qu'un climat propice à l'échange s'était installé et que le sujet suscitait interrogations et réflexions.

Trois médecins généralistes ont refusé de ne pas répondre au téléphone pendant l'entretien. Ils ne disposaient pas de secrétariat et préféraient assurer la prise de RDV en continu. Il a donc été nécessaire de s'adapter lors de ces entretiens ; après chaque appel téléphonique, la question en cours était reposée systématiquement tout en veillant à instaurer de nouveau, un climat propice au dialogue et à l'échange.

3. L'échantillon

En méthodologie qualitative, **l'échantillon n'est pas représentatif** de la population étudiée. Les médecins ont été recrutés par **tirage au sort** initialement. La méthode de « *l'effet boule de neige* » n'a pas été utilisée pour éviter de sélectionner de manière indirecte un « *profil type* » de médecin généraliste interrogé.

Afin de limiter au maximum le biais de sélection, il est à noter **qu'aucun des médecins interrogés n'était connu de l'intervieweur** avant de mener l'entretien. De plus, **aucun des médecins interrogés n'était maitre de stage ou membre du département de médecine générale** à la faculté de médecine de Caen. Seul le médecin ayant testé le guide d'entretien était connu de l'intervieweur et maitre de stage en 1^{er} niveau.

Ce choix purement volontaire de prendre contact uniquement avec des médecins généralistes non connus de l'intervieweur ou ne faisant pas partie du département de médecine générale a engendré de nombreuses difficultés dans l'élaboration de cette étude. Ceci notamment, compte-tenu du nombre de refus important lors du premier contact téléphonique.

Pour autant, avoir un échantillon sans représentant du département de médecine générale ni maitre de stage nous semblait primordial car **limitant le biais de sélection**. En effet, ces-derniers, de la même manière qu'ils sont investis dans la formation des étudiants de la faculté de médecine le sont aussi régulièrement au sein d'organismes de formation continue. Leurs regards, leurs pratiques, leurs formations peuvent ainsi, être influencés.

De même, le fait de choisir des médecins côtoyés au sein d'un groupe de pairs ou lors de remplacements ponctuels sélectionne malgré tout un certain « profil » de praticiens pouvant se retrouver sur des modes de fonctionnements, des pratiques ou encore un environnement commun. Autant d'éléments qu'il nous semblait essentiel d'éviter lors de la sélection de l'échantillon.

B. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

1. Les biais liés à l'enquêteur

Le travail de codage et d'analyse phénoménologique est **chercheur-dépendant**. Selon **l'expérience, l'histoire personnelle** de ce dernier, certains thèmes ou sous-thèmes vont lui sembler plus pertinent à développer.

Dans notre étude, le chercheur exerce dans un département où le nombre de spécialistes en gynécologie a diminué de plus de 50% au cours des 4 dernières années, et plus spécifiquement dans une ville où d'ici 2020, plus aucun gynécologue libéral ou hospitalier n'exercera.

De ce fait, l'intérêt porté sur la **démographie médicale** et le **suivi gynécologique** mis en place par les médecins généralistes interrogés a pu être accentué.

Deux difficultés majeures favorisent le biais lié à l'enquêteur :

- Le caractère **chronophage** de l'analyse
- **L'abondance des unités de sens** produites nécessitant un travail majeur de synthèse pour une meilleure compréhension de l'étude.

L'ensemble de cette analyse a été menée par un seul chercheur. Il n'y a pas eu de triangulation des chercheurs. Ceci peut engendrer **des biais interprétatifs**.

2. Biais liés aux entretiens

a) *Conditions de l'enregistrement*

Il est envisageable que l'enregistrement des entretiens ait pu provoquer une certaine retenue chez certains médecins. Ceci en dépit du fait qu'il leur ait été assuré du caractère anonyme de l'entretien.

Par ailleurs, le temps que le médecin a consacré à l'entrevue peut également créer un **biais de recueil des données**.

Enfin, les trois médecins ayant poursuivi leur activité de prise de RDV au cours des entretiens ont pu être inhibés dans l'expression de leur ressenti.

b) *Parité Homme/Femme*

Malgré le fait qu'une étude qualitative n'ait pas vocation à être représentative d'une population, il faut noter que la parité Homme /Femme n'a malheureusement pas pu être respectée.

L'impact de cette absence de parité sur cette étude n'est pas évaluable. Cependant, il peut être nécessaire de prendre en compte que parfois, les femmes médecins, du fait de leur **vécu**, de leurs **expériences personnelles** peuvent avoir une prise en charge et une approche différente des femmes en périménopause. Ces éléments peuvent influencer les difficultés qu'elles peuvent rencontrer et donc potentiellement les résultats de cette étude.

Cependant, l'absence de parité Homme/Femme dans cette étude peut être argumentée en tenant compte de deux éléments :

- La proportion des femmes médecins généralistes dans les départements du Calvados et de la Manche : **44%** pour le Calvados et **40 %** pour la Manche (77).
- Le nombre important de refus lors du premier contact téléphonique avec les médecins généralistes tout particulièrement dans le département de la Manche rendant le recrutement particulièrement ardu.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

A. LE MEDECIN GENERALISTE

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patientes, c'est aussi l'acteur principal des soins primaires. La place tenue par le médecin généraliste est maîtresse dans le choix contraceptif des femmes en péri-ménopause. Il est à la fois observateur, accompagnateur et acteur dans ce choix. Alors que la prescription de contraception est trop souvent banalisée par les femmes, le médecin généraliste se doit de rappeler l'intérêt primordial de cette prescription. En effet, elle implique une remise en question systématique en fonction du contexte clinique, gynécologique ou encore métabolique de la patiente... Cette prise en charge nécessite une vision globale de la patiente, d'autant plus en péri-ménopause, avec de vraies interrogations à la clé, un examen clinique complet et la mise en place d'un dialogue.

Trop souvent, pour les femmes, renouveler une contraception rime avec demander une ordonnance en fin de consultation sur un coin de table. Le rôle d'information et de prévention du médecin généraliste est capital même s'il engendre des difficultés et nécessite la mise en place d'outils pour une prise en charge facilitée.

1. Les difficultés du médecin généraliste

a) *La formation universitaire et post universitaire*

- ⇒ Durant l'externat, la gynécologie est enseignée sur le plan théorique, à la fois par des cours magistraux et des stages hospitaliers.
- ⇒ Durant l'internat de médecine générale, la formation dans le domaine de la gynécologie se fait majoritairement lors de stages hospitaliers ou ambulatoires. À noter qu'avant 2017, la formation gynécologique n'était pas obligatoire. Le semestre en gynécologie était laissé au choix avec celui de la pédiatrie. Ainsi, un grand nombre d'internes en médecine générale terminait leur internat sans jamais, au cours des 3 ans de leur cursus, être passé dans un service de gynécologie-obstétrique.

Depuis 2017, suite au **décret du 25 Novembre 2016 (78)** et à **l'arrêté du 12 Avril 2017 (79)**, l'internat de médecine générale se déroule à présent en deux phases :

- La **phase socle**, la première année, comprenant un stage aux urgences adultes et un stage chez le praticien.
- La **phase d'approfondissement**, 4 semestres obligatoires, dont un stage en médecine adulte polyvalente, un stage « *Femme* » ambulatoire ou hospitalier, un stage « *Enfant* » ambulatoire ou hospitalier, un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS)

Le stage « Femme » est obligatoire. Il se déroule en milieu hospitalier ou en ambulatoire auprès d'un gynécologue libéral. Cependant, actuellement, compte tenu du faible nombre de gynécologues libéraux maîtres de stages, la majorité des stages se font encore en milieu hospitalier. Malgré tout, cela représente une avancée cruciale en faveur d'une formation gynécologique plus adaptée pour les internes en médecine générale.

⇒ Enfin, une fois le cursus universitaire achevé, pour le médecin généraliste débute la **formation médicale continue** par le biais de groupes de qualité, de groupes de pairs, d'EPU, de DIU*... Au cours des entretiens de cette étude, la carence voire l'absence de formations post universitaires dans le domaine de la gynécologie et plus particulièrement de la périménopause est régulièrement déplorée.

En 2010, près de la moitié des généralistes déclaraient avoir des formations ou des diplômes supplémentaires (80). En 2016, **25%** des médecins généralistes déclaraient avoir suivi une formation en gynécologie-obstétrique à la suite du cursus initial dans le cadre d'un Diplôme Universitaire (DU) ou d'une séance de Formation Médicale Continue (FMC) réalisée au cours des deux dernières années (81).

b) Recommandations et référentiels

À plusieurs reprises lors des entretiens, les médecins interrogés regrettent le manque de recommandations et de référentiels clairs établis sur le sujet. Ce manque de lisibilité et de clarté des recommandations peut impacter l'activité gynécologique d'un médecin généraliste.

(1) Recommandations nationales et internationales

⇒ L'historique des dernières recommandations Françaises concernant la prescription de contraception est la suivante :

- En 2010, la **Société Française d'Endocrinologie** a émis des recommandations spécifiques concernant la contraception hormonale chez les femmes à risque vasculaire. (82).
- En 2013, puis actualisé en 2017, la **Haute Autorité de Santé (HAS)** a rédigé des recommandations concernant la stratégie globale de choix contraceptif (49) mais aussi concernant la contraception chez la femme ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires (68).
- En 2018, le **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)**, a publié des recommandations pour la pratique clinique de la contraception (45). À noter qu'auparavant, jamais le CNGOF n'avait émis de recommandations globales sur la contraception. Il semble primordial de préciser que les dernières recommandations de 2018 du CNGOF n'étaient pas rédigées lors de l'enregistrement des premiers entretiens de cette étude.

⇒ Sur le plan international, les dernières recommandations de **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** en matière de contraception datent de 2015 (63) et 2017 (64).

⇒ Concernant spécifiquement la contraception des femmes en pérимénopause, la situation est plus disparate renforçant sans doute la sensation de « flou » évoqué par les médecins de notre étude.

- La dernière recommandation internationale est celle de la « **Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare** » parue en *octobre 2017* (54).
- La dernière recommandation française est celle du **CNGOF** concernant la contraception des femmes de plus de 35 ans, publiée en *Novembre 2002* (18)

Au total, comme le précise le CNGOF lui-même, **les données de la littérature sont pauvres en matière de pérимénopause et le niveau de preuve** des études portant sur le sujet est **limité**. Pourtant, les femmes en pérимénopause représentent une part non négligeable de la patientèle d'un médecin généraliste car c'est à présent, la génération des « *baby boomer* » qui arrive à cette phase de la vie (48).

De ce constat a germé l'idée de notre étude. L'objectif secondaire de ce travail est de faciliter la prise en charge contraceptive, par les médecins généralistes, des patientes en pérимénopause. Un **tableau récapitulatif (Annexe 1)** a été réalisé en ce sens. Il a été conçu afin d'adapter au mieux la **contraception** des femmes en pérимénopause aux **pathologies fréquemment retrouvées** durant cette période. Ce tableau a été travaillé à partir de l'ensemble des recommandations **des sociétés savantes**. Il a ensuite été relu avec l'aide précieuse du Dr Vardon, gynécologue au CHU de Caen et du Dr Cavanne, gynécologue au CH d'Avranches-Granville. Ce tableau fait aussi écho aux demandes formulées par les médecins généralistes d'une aide concrète à la prescription utilisable dans leur cabinet.

(2) Intérêt de recommandations spécifiques à la pérимénopause

Les données de la littérature mettent en avant la place à part que tient la situation contraceptive en pérимénopause en matière de contraception d'urgence, de contexte gynécologique et cardio-vasculaire ou encore d'observance. Autant d'arguments en faveur de l'élaboration de recommandations propres à la période de la pérимénopause en matière de contraception.

⇒ Tout d'abord, le taux de recours à la **contraception d'urgence** reste élevé pour les femmes de 35 à 54 ans. Les raisons de ce recours sont principalement : (83)

- L'absence de contraception (à 29,8%)
- Un problème de préservatif (27,7%)
- Une erreur dans les dates (14,9%)
- Un oubli de pilule (12,8%)

⇒ Ensuite, selon la «*Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* », les femmes à partir de 40 ans sont plus à risques sur le plan cardio-vasculaire, risque d'obésité, de cancer du sein, de pathologies gynécologique (54). Cela influence le choix des praticiens en terme de contraception et nécessite des recommandations particulières.

⇒ Enfin, **l'absence de contraception** ou la **mauvaise observance** de la contraception est habituelle chez les femmes en périménopause. Ainsi, Outre-Atlantique, une étude américaine, publiée dans la « *Women midlife's health* » en 2017, montrait qu'aux Etats Unis, près de ¼ des femmes entre 45-50 ans étaient à risque d'une grossesse non désirée du fait d'une mauvaise observance ou de l'absence de contraception (84). Ce défaut d'observance est à prendre en compte dans le cadre de recommandations spécifiques.

Preuve s'il en est, qu'il est encore et toujours nécessaire de faire de la **prévention** et de **l'information** chez ces patientes tout en tenant compte des contextes vasculaires, métaboliques et gynécologiques liés à cette période.

c) *Le suivi gynécologique médecin-dépendant*

Au fil des entretiens, certains généralistes semblent très impliqués dans le suivi gynécologique de leurs patientes alors que d'autres délèguent très facilement cette part de leur activité. À l'image de ces données, la réalité des chiffres trouvés sur ce sujet est très hétérogène.

Ainsi, une étude menée en 2016 à la demande de l'Observatoire Régional de la Santé - Pays de la Loire, montre que sur le plan national :

- **57%** des médecins généralistes « *disent voir au moins une fois par semaine des patientes pour un motif gynécologique* ». Et parmi ces consultations, dans **52%** des cas le motif est « *l'instauration ou le suivi d'une méthode contraceptive, hors urgence* ».
- **56%** des médecins généralistes partagent l'idée que réaliser des suivis gynécologiques fait partie de leur mission (81).

En janvier 2018, selon un sondage réalisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie, près de **90%** des médecins généralistes assurent « *tout ou partie du suivi gynécologique* » de leurs patientes et sont « *très attachés* » à ce volet de leur activité (85).

Une juste mesure semble nécessaire à trouver. Le manque de données homogènes sur ce sujet reflète avant tout une pratique très médecin-dépendant peu propice à la généralisation sur le sujet.

A contrario, **un manque d'intérêt pour la discipline** peut également expliquer l'absence de pratique de la gynécologie dans un cabinet de médecine générale. Deux médecins de l'échantillon déclarent avoir un manque d'intérêt pour la discipline. Comme l'évoque la littérature, ce manque d'intérêt pour la discipline entraîne nécessairement un manque d'appétence pour la formation gynécologique (86).

Cette prise en charge hétérogène de la gynécologie par les généralistes s'avère être une source de confusion auprès des patientes. Peu sont informées de la possibilité d'effectuer leur suivi gynécologique « classique » avec un généraliste.

2. Les solutions mises en place par le médecin généraliste

a) *La relation de confiance*

Au fur et à mesure des entretiens menés, la **communication** ressort comme étant la **clef de voûte** d'une relation de confiance médecin-patient. Différents sondages menés ces dernières années montrent que la confiance des patients envers leur médecin généraliste est constante. En 2010, **85%** des Français se déclaraient « *satisfaits* » ou « *très satisfaits* » de leur médecin généraliste et plus de **80%** des assurés sociaux avaient le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans (80). Pourtant, cette relation réciproque n'est ni immédiate ni assurée. Elle a besoin d'être construite et entretenue (87). En 2014, une enquête IPSOS confirmait cette relation essentielle, **95%** des Français déclaraient faire « *plutôt* » ou « *tout à fait* » confiance à leur médecin généraliste (88).

Notre travail a été mené auprès de médecins installés en majorité dans des **secteurs ruraux ou semi-ruraux**. La relation de confiance tissée avec le médecin généraliste y est souvent un peu différente voire accentuée. En effet, comme le déclarait déjà en 2010, l'ordre national des médecins, « *le nombre relativement faible de médecins en exercice dans ces zones-là (rurales), facilite les relations humaines, la connaissance des uns et des autres, rendant les contacts entre eux plus simples, plus directs, plus authentiques* ». Le rapport de confiance y est donc d'autant plus essentiel (89).

Pour que le médecin traitant reste un **interlocuteur de choix** dans la verbalisation de leurs interrogations, de leur ressenti, de leurs symptômes et de leur inconfort, un climat de confiance est nécessaire. Le dialogue peut être parfois difficile à initier mais est primordial une fois mis en place.

b) *Les bilans hormonaux*

Les bilans hormonaux sont sollicités par les médecins de l'étude afin de poser un **diagnostic de périménopause ou ménopause** ou encore au moment de **l'arrêt de la contraception**. Pourtant, le diagnostic de périménopause comme celui de la ménopause sont des diagnostics cliniques (11,54). Les médecins de l'étude regrettent l'absence de recommandations claires et unanimes sur le sujet. Ce flou ressenti par les médecins est retrouvé et mis en évidence dans la bibliographie.

⇒ Pour l'HAS : (49)

- La FSH (Hormone Folliculo-Stimulante) n'est pas un indicateur fiable de l'insuffisance ovarienne chez les femmes utilisant des hormones combinées, même si elle est mesurée pendant l'intervalle sans hormone (accord d'experts).
- Chez les femmes utilisant des hormones contraceptives, le niveau de FSH peut être utilisé pour aider à diagnostiquer la ménopause, mais doit être limité aux femmes âgées de plus de 50 ans et à celles qui utilisent des progestatifs seuls (accord d'experts).

- Les femmes âgées de plus de 50 ans qui sont aménorrhéiques et qui souhaitent arrêter leur POP peuvent avoir leurs niveaux de FSH évalués. L'HAS indique alors : « Si le niveau est 0,30 UI/L, la FSH doit être répétée après 6 semaines. Si le taux de FSH au second test est de 0,30 UI/L, la contraception peut être arrêtée après 1 an (accord d'experts). ». Cependant, il semble qu'une erreur se soit glissée dans les recommandations HAS. En effet, comme l'indique le CNGOF (90) ou encore la SFE (33), un taux de FSH, même s'il est très difficilement interprétable car connaissant une très grande variabilité au cours de cette période, est considéré comme évoquant une ménopause s'il est supérieur à 80 UI/L (pour la SFE) et à 20 UI/L (pour le CNGOF).

⇒ Pour le CNGOF et la FSRH, les dosages hormonaux sous contraception hormonale ne sont pas recommandés (45,54) et ne doivent pas influencer la prise de décision concernant l'arrêt ou non d'une contraception. Cependant, ces propos restent à nuancer pour la FSRH car comme pour l'HAS, chez les femmes en aménorrhée sous POP, un dosage hormonal peut être réalisé. Dans ce cas, il faut un taux de **FSH supérieur à 30 UI/L**, afin d'établir le diagnostic de ménopause et arrêter définitivement le moyen de contraception.

Tous ces éléments renforcent la sensation d'absence de recommandations claires décrite par les médecins généralistes dans le domaine. Ce manque de lisibilité influence directement leurs prescriptions en matière de dosage hormonaux. Ainsi par exemple, contrairement aux recommandations HAS, aucun des médecins de l'étude ne mentionne la possibilité de **renouveler le dosage après six semaines**, ni le fait qu'il faille **poursuivre la contraception pendant un an**.

Il est difficile pour les médecins de s'y retrouver parmi toutes ces recommandations. Ceci d'autant plus face à des patientes en quête d'éléments objectifs sur la mise en place d'une périménopause, ou d'une ménopause en devenir.

L'AMH permet d'évaluer la **réserve ovarienne**, elle n'est pas évoquée dans les recommandations actuelles dans un contexte de périménopause ou ménopause. Les données de la littérature mettent en avant l'intérêt de la réserve ovarienne dans les processus de **Fécondation In Vitro (FIV)** ou encore afin de mieux connaître l'impact de certains traitements (chimiothérapies) sur le nombre d'ovocytes (29).

Concernant une utilisation en périménopause, une étude a particulièrement contribué à forger l'intérêt scientifique de l'AMH. Cette étude prospective est parue en 2012 aux Etats-Unis. Elle a été menée par Freeman et coll durant 14 ans auprès de 401 patientes. Son objectif était de comparer l'AMH aux autres paramètres de mesure de la réserve ovarienne afin d'évaluer sa capacité à prédire l'âge de la ménopause. Il a été mis en évidence que l'AMH était l'examen avec la meilleure valeur prédictive (91). D'autres études ont confirmé ces résultats depuis. Cependant, l'utilité d'une telle mesure reste à confirmer en pratique clinique (28).

B. LA PERIMENOPAUSE

La périménopause est une étape placée sous le signe du quasi chambardement dans la vie d'une femme. De nombreux bouleversements physiques, métaboliques, psychiques ou encore sociaux interviennent au cours de cette période. La périménopause nécessite un suivi attentif du généraliste.

Cette période de transition nécessite un ajustement contraceptif chez les femmes afin de répondre aux **évolutions** et aux **risques** qui en résultent.

1. Sexualité des femmes en périménopause

Les données de la littérature sont formelles : cette période est le **reflet d'une évolution de la sexualité chez les femmes**. Une étude anglaise publiée dans le Lancet, a mis en évidence en 2013, que **8,9%** des femmes entre 45 et 54 ans et **4,4%** des femmes entre 55-64 ans ont eu, au cours de l'année précédente, au moins un nouveau partenaire sexuel (92).

Pourtant, entre gêne et pudeur, la sexualité des femmes fait rarement l'objet d'une attention particulière en consultation de médecine générale. Au cours des entretiens de cette étude, seulement trois praticiens vont l'évoquer. Cela confirme les données du baromètre de santé de l'INPES en 2009, selon laquelle, la vie affective et sexuelle des patientes fait partie des sujets les moins faciles à aborder pour **58,7%** des généralistes.

Aborder l'intimité est une mission délicate. Cette évocation pourra être facilitée grâce à une **relation de confiance de qualité**, basée sur le respect mutuel, mise en place de façon conjointe entre la patiente et le médecin. Les informations données seront alors potentiellement mieux comprises et le message éducatif plus efficace. Le dialogue autour de la sexualité reste difficile tant pour le médecin que pour la patiente, il est pourtant déterminant en vue d'adapter la prescription de contraception (83).

Les patientes semblent quant à elles équivoques entre le désir d'en savoir davantage sur le sujet et la pudeur entourant certains aspects de leur vie en particulier sexuelle. En 2013, l'HAS soulignait que certaines femmes pouvaient être réticentes à consulter un professionnel de santé par crainte de la réalisation d'un examen gynécologique ou d'aborder des sujets relevant de l'intime.

2. Grossesses en périménopause

À de nombreuses reprises au cours des entretiens, les médecins généralistes soulignent que le risque de grossesse en périménopause est très faible mais n'est pas nul. La diminution de la fréquence des rapports sexuels et la diminution de la fécondité entraînent une diminution du risque de grossesse (56).

Malgré tout, il existe toujours quelques **ovulations spontanées** et une femme qui ne désire pas une grossesse devrait avoir une contraception efficace jusqu'à sa stérilité naturelle avérée (58). La fertilité à cet âge est en déclin, mais le risque de grossesse persiste et est souvent sous-estimé.

Une contraception efficace en périménopause est d'autant plus nécessaire que les grossesses tardives après 45 ans sont **plus à risques de complications obstétricales et néonatales**. Ces complications sont d'autant plus fréquentes que l'âge maternel avance.

Au Royaume-Uni, le taux de mortalité maternel chez les femmes enceintes au-delà de 40 ans est trois fois plus important que chez les femmes enceintes de 20-24 ans. Malgré cela, outre-Manche, le nombre de naissance d'une mère de plus de 40 ans a doublé entre 2000 et 2015 (54).

En plus de l'augmentation des risques liés à ces grossesses tardives, la majorité sont non désirées et se terminent en **IVG** (55). Pour les médecins interrogés lors de notre étude, une IVG en périménopause est tout autant traumatisante qu'une IVG chez une femme plus jeune. Peu de données existent sur les taux d'IVG en périménopause ou sur leur vécu par les patientes. Une étude menée au Québec en 2002 montrait que chez les femmes en périménopause, la moitié des grossesses n'étaient pas planifiées, et que **60%** de ces dernières se terminaient par une IVG (48).

C. LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

La prise en charge contraceptive des femmes en périménopause par le médecin généraliste doit pour en cerner les méandres, être resituée dans son contexte. Un contexte de prise en charge globale dans un cabinet de médecine générale urbain, rural ou semi-rural avec ses avantages et ses inconvénients.

De la même manière que le spécialiste en gynécologie hospitalier ou libéral doit faire face à ses propres contraintes, le médecin généraliste doit, dans son cabinet libéral, répondre à toute une série d'impératifs. Des consultations aux motifs multiples qui s'enchainent, une disponibilité quotidienne dans le cadre du parcours de soins primaires dont il est le pilier, des prises en charge avec des patientes connues depuis de nombreuses années aux interrogations multiples, des installations et des équipements pas toujours adaptés, la pression d'une salle d'attente qui déborde... autant d'éléments à prendre en compte qui peuvent entraver cette prise en charge.

Pour autant avec une démographie médicale annoncée de plus en plus restreinte en terme d'accès aux gynécologues, l'obligation de soins envers les patientes va se faire ressentir de façon de plus en plus pressante pour les généralistes et ce malgré les contraintes que leur impose la pratique en cabinet de ville.

1. Facteurs intrinsèques

a) *Des consultations coûteuses*

(1) En matière d'équipement

Un médecin interrogé nous a interpellé sur le coût du suivi gynécologique et le manque de rentabilité imputable à cette activité. En effet, les particularités et surtout la position de l'examen gynécologique nécessite de se procurer du matériel adéquat afin d'obtenir un certain confort pour la patiente et de faciliter la pratique pour le professionnel :

- Une table d'examen adapté (environ 1500 à 3500 euros minimum)
- Un tabouret adapté (environ 90 euros)
- Lampe d'examen (environ 200 à 400 euros)
- Des spéculums de différentes tailles à usage unique ou en inox (environ 30 euros la boîte de 100)
- Des pinces Pozzi (environ 20 euros la pince)
- Des ciseaux mousse (environ 20 euros le ciseau)
- Des hystéromètres (environ 34 euros les 25)
- Des pinces Cheron (environ 25 euros la pince)
- Des pinces Foerster (environ 30 la pince)
- Des cytobrosses cervicales (environ 39 euros les 100)
- Des balais endocervicaux pour prélèvement (environ 25 euros les 50)
- Des compresses stériles (environ 3,50 euros les 200)
- Des gants et doigtiers (environ 5 euros les 100)
- Du gel lubrifiant (environ 24 euros les 100 sachets de 5g)
- Le nécessaire pour stériliser en cas d'équipements en inox : autoclave, chaleur sèche... (environ 90 à 800 euros)

Le coût de cet équipement peut être perçu comme un frein à son acquisition (93).

(2) En matière de temps

Les médecins généralistes interrogés ont souvent mentionné que la contraception en périménopause est évoquée lors de **consultations à tiroirs**. Le **manque de temps** et le **caractère chronophage** des **consultations gynécologiques** sont retenus comme **freins majeurs** lors de cette étude.

Cet élément est retrouvé dans les données de la littérature. L'observatoire Régional de Bourgogne (ORB) révèle que la gestion de multiples motifs de consultation est chronophage tout particulièrement dans le domaine de la gynécologie (94). Cela entraîne par ailleurs, **un rapport rémunération/temps passé et matériel utilisé** en consultation **défavorable** déploré par les médecins généralistes (93).

Un article paru en 2005 dans la revue Santé publique a décrit la pratique des médecins généralistes sur le plan gynécologique en Bretagne. Il mettait en évidence que dans 65% des cas la gestion de

multiples motifs de consultations était la principale difficulté retenue dans la pratique gynécologique des généralistes (95).

En pérимénopause, les femmes ont **beaucoup d'attentes** que les médecins pensent connaître mais qu'ils n'identifient pas totalement. Certains médecins de l'étude ont évoqué la nécessité d'aborder la **sexualité** en pérимénopause avec leurs patientes, ainsi que **l'hygiène de vie**, les symptômes du **syndrome climatérique** et les divers **bouleversements physiques et psychiques** de l'entrée en pérимénopause. Ces consultations à motifs multiples sont très difficiles à prendre en charge. Il est impossible de répondre à toutes les demandes des patientes sur une seule et même consultation de médecine générale.

b) Les gestes techniques

(1) Peu de pose en cabinet malgré des indications reconnues

En France, **6%** des médecins généralistes déclarent poser ou enlever au moins une fois par mois un dispositif intra-utérin et **4%** un implant contraceptif sous-cutané (81). La pratique de ces gestes techniques reste donc marginale en cabinet de médecine générale et ne demande qu'à être développée face à la pénurie annoncée de gynécologues.

Si la plupart des médecins de l'étude plébiscitent le DIU et plus particulièrement le DIU à la progestérone chez les femmes en pérимénopause, seulement deux praticiens les posent et les retirent. En effet, il peut parfois paraître difficile d'inclure ce type de pratique dans une activité quotidienne de médecine générale : par manque de **temps, d'expérience**, de **matériel** adapté ou de **motivation**. Cette pratique nécessite à la fois un équipement adapté et une anticipation en matière de planning.

(2) Législation et pose de DIU

Notons que deux médecins de l'étude pensent qu'il est nécessaire de disposer d'une bouteille d'oxygène pour poser un DIU au cabinet. La législation concernant la pose de DIU a connu de nombreuses évolutions.

La pose de stérilet est autorisée depuis la **loi Neuwirth**, promulguée le **19 décembre 1967**. Celle-ci précisait que « *l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être réalisée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé* ». Avec cette loi de 1967, des dispositions spécifiques nécessaires à la pose, avaient été mises en place ; notamment, une réglementation obligeant un médecin posant des dispositifs-intra-utérins à disposer d'un équipement médical spécifique tel qu'une bouteille d'oxygène ou du matériel de réanimation.

La **circulaire n° 8113 du 29 avril 1981** a abrogé les textes initiaux : « *l'évolution des connaissances des praticiens en matière de contraception est telle que la pose des DIU est aujourd'hui un acte médical qui ne nécessite plus l'application de règles particulières* ». Ainsi, ce texte a supprimé les obligations légales, entre autres, celle de posséder du matériel de réanimation et d'oxygénation.

Cependant, une vigilance doit être maintenue par les praticiens dans le domaine législatif. En effet, comme s'interrogeait déjà en 2009 la revue Prescrire sur le sujet (96), en cas d'accident grave exceptionnel, aucun texte de loi ne détermine le niveau de responsabilité qui pourrait être engagé concernant le praticien, dans le cadre d'une éventuelle faute ou d'un manquement aux dispositions réglementaires générales.

En 2013, l'HAS (49) évoquait dans ses textes les recommandations de la FSRH (97) sur la contraception intra-utérine : « *l'équipement d'urgence doit être disponible dans tous les contextes où la contraception intra-utérine est posée* ». Cependant, il n'est pas précisé si le contenu de cette recommandation est applicable au niveau français, entrant ainsi en opposition avec la circulaire de 1981 citée ci-dessus.

À ce jour, le seul texte de loi applicable concernant la pose de DIU est l'**Article L-5134-1** du **code de santé publique** qui spécifie que « *l'insertion de DIU ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme et qu'elle doit être faite soit au lieu d'exercice du praticien soit dans un établissement de santé agréé (98)* ». Il n'est pas fait mention d'équipement particulier nécessaire.

2. Facteurs extrinsèques

a) *Démographie médicale : médecine générale*

Deux éléments concernant la démographie médicale sont déplorés par les médecins généralistes de l'échantillon :

- L'absence de relai possible auprès des gynécologues de moins en moins présents sur leur territoire.
- La surcharge de travail qui leur incombe du fait d'une densité médicale de plus en plus faible.

(1) Au niveau national

Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) réalise chaque année un bulletin de la démographie médicale. Dans l'atlas de démographie médicale de 2018, on retrouve 296 755 médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins. Parmi eux : **43%** de femmes, **57%** d'hommes et une moyenne d'âge à **57 ans**. La moyenne d'âge la plus basse se situe dans le département de l'Ille et Vilaine avec 47 ans contre 55 ans pour la Creuse ; moyenne d'âge la plus haute (moyenne d'âge maximale) (99).

Etant donnée la pyramide des âges, les départs en retraites, le recul de l'âge de la première installation, il existe actuellement une diminution du nombre de médecins en France. En 2025, selon les estimations de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins en activité en France baisserait à 186 000 (100).

(2) Au niveau départemental

En 2017, selon l'INSEE, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants était de **138** pour la Manche et **166** pour le Calvados. A titre de comparaison, le département le plus doté en France en médecins généralistes est le département des Hautes Alpes avec **245** médecins pour 100 000 habitants et le département le plus désertique en terme de démographie médicale est la Seine et Marne avec **102** médecins généralistes pour 100 000 habitants (101).

En 2018, la Normandie a connu la plus forte baisse (hors territoire d'outre-mer) d'effectif de médecins généralistes en activité régulière – **1,78%** (99). Au premier mars 2019, on comptait **403** médecins généralistes libéraux dans la Manche et **657** dans le Calvados (102).

b) Démographie médicale : gynécologues

Concernant la démographie des gynécologues, l'atlas de démographie médicale de 2016 du CNOM recensait 1259 gynécologues-obstétriciens inscrits en activité régulière et 1212 gynécologues-médicaux. Ces derniers voient, tout comme les généralistes, leurs effectifs baisser régulièrement. La moyenne d'âge des gynécologues en 2015 en exercice était de **58 ans**, et près de **60%** de ces professionnels cesseront leur activité d'ici à 2020 (99).

En 2018, selon le rapport de l'ordre des médecins, la région Basse-Normandie recensait **42** gynécologues médicaux inscrits aux tableaux des ordres départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte. On note une **diminution de 9% de cet effectif** entre 2013 et 2018 (passage de 48 à 42 gynécologues spécialistes pour la région).

Avec un âge moyen de **59 ans** pour les gynécologues médicaux installés en Basse Normandie, les difficultés en lien avec l'accès aux gynécologues risquent de s'accroître sur les prochaines années (77).

c) Démographie des sages-femmes

Au cours des vingt dernières années, le nombre de sages-femmes a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. En 2017, d'après le conseil national de l'ordre des sages-femmes, **157** sages-femmes étaient inscrites au tableau de l'ordre dans la Manche et **357** dans le Calvados. Parmi elles, **33** exerçaient une activité libérale dans la Manche et **47** dans le Calvados (103).

D'après la DREES, l'activité libérale des sages-femmes est amenée à se majorer avec en **2030**, selon les estimations, **une sage-femme sur trois** qui travaillerait dans le secteur libéral.

A noter qu'en 2009, face à la pénurie annoncée des gynécologues et des généralistes, la **loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire** (HPST), a élargi les compétences des sages-femmes. L'objectif affiché était de répondre au mieux aux besoins des femmes en bonne santé concernant leur suivi gynécologique en terme de prévention et de contraception (104).

d) *Répercussions de cette démographie*

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), les gynécologues ne pourront pas à eux seuls prendre en charge toutes les femmes pour leur suivi gynécologique. Déjà en 2008, le CNGOF insistait sur la nécessité pour les femmes de **s'orienter vers les médecins généralistes ou les sages-femmes pour des examens systématiques ou de dépistage**. Il précisait même que : « Nul besoin d'avoir fait 15 ans d'études pour prescrire la pilule ou un traitement de la ménopause, ni pour pratiquer un examen gynécologique chez une femme en bonne santé, enceinte ou non. » (105).

Cependant, il reste nécessaire de **répartir au mieux les rôles** entre les médecins généralistes, les sages-femmes et les spécialistes gynécologues-obstétriciens. Les patientes ont le libre choix du praticien pour leur suivi gynécologique, que ce soit le médecin généraliste, le gynécologue médical, le gynéco-obstétricien ou la sage-femme.

Tous les médecins interrogés déplorent une démographie médicale en berne surtout dans le domaine de la gynécologie. Dans la Manche, les médecins généralistes seront de plus en plus amenés à réaliser des suivis gynécologiques à défaut de spécialistes présents aux alentours de leur cabinet. Il sera nécessaire pour eux **d'adapter leur pratique afin de suppléer au manque de gynécologues**.

III. PROJET D'AMELIORATION

Face à ces difficultés mises en exergue, des solutions doivent être apportées. L'objet de ce travail est aussi de mettre en avant les pistes, les améliorations envisageables afin que l'accès aux soins et la prise en charge contraceptive soient facilités en péri-ménopause.

A. AMELIORER L'INFORMATION DES PATIENTES

Pour de nombreuses patientes, le fait qu'un médecin généraliste puisse effectuer un suivi gynécologique simple et prendre en charge les symptômes de la péri-ménopause sans complication ne semble pas acquis. **Informé les patientes sur la possibilité, pour les généralistes, d'effectuer un suivi gynécologique standard** au cours de cette période est essentiel. Ceci permettrait, compte tenu de la démographie médicale à venir, de libérer des gynécologues pour des suivis spécialisés.

Le médecin traitant tient un rôle majeur dans le suivi gynécologique et contraceptif des patientes en péri-ménopause. Tant par son action de prévention que par ses prescriptions, il s'inscrit totalement dans la globalité de cette prise en charge. Une communication sur le rôle essentiel du médecin traitant dans cette période pourrait être valorisée par des **campagnes radios, télévisuelles, informatiques**, des **courriers** directement adressés aux femmes en période de péri-ménopause, ou encore sous forme de **dépliants** mis à disposition auprès des professionnels de santé.

Une autre idée valorisant l'information des patientes concernant cette activité de gynécologie exercée par certains généralistes pourrait être de **permettre aux médecins titulaires d'un DIU* de gynécologie-obstétrique d'en faire mention sur leurs ordonnances** ou leurs plaques. Ceci au même titre que les médecins titulaires de formations complémentaires en homéopathie, ostéopathie, sexologie, tabacologie...

B. AMELIORER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Le manque de formation en gynécologie a été évoqué de manière récurrente lors de cette étude.

Concernant la formation universitaire, une **avancée majeure** a été faite grâce à la **réforme de 2017** rendant **obligatoire le stage de gynécologie-obstétrique** lors de l'internat de médecine générale. D'autre part, le fait d'offrir aux internes en médecine la possibilité de suivre un **gynécologue libéral** et ainsi de cerner au mieux les méandres des problématiques inhérentes au suivi gynécologique en ambulatoire est tout à fait intéressante et formatrice.

Concernant la formation post-universitaire, des améliorations semblent encore possibles. Actuellement, seulement deux types de formations complémentaires en gynécologie sont accessibles aux médecins généralistes :

- Les DIU* de gynécologie obstétrique
- Les formations médicales continues de gynécologie via des groupes de pairs, des groupes qualité, des EPU...

A titre d'exemple, le DIU* de gynécologie obstétrique du CHU de Caen n'est réalisable sur Caen que **tous les trois ans** et refuse à chaque fois de nombreux candidats. Pourquoi ne pas augmenter l'accès à ces formations complémentaires ? D'autre part, à Caen, ce DIU* requiert pour sa validation un examen écrit validé, un mémoire rédigé, 42 demi-journées de consultations dans divers services de gynécologie ou PMI et une journée par mois de présence pour des cours théoriques durant l'année universitaire d'inscription. Ce temps de présence peut être parfois difficilement compatible avec le maintien d'une permanence de soins dans un cabinet de médecine générale.

C. DERNIERE CONSULTATION DE CONTRACEPTION

L'évocation d'une **consultation dédiée en période de pérимénopause** mêlant prévention et réévaluation de contraception est plébiscitée par certains médecins généralistes interrogés dans cette étude.

1. Une consultation de prévention difficilement réalisable

Une consultation de prévention simple dans cette tranche d'âge serait tout à fait nécessaire. Elle permettrait d'évoquer :

- Le dépistage du cancer du sein avec ré-information à la palpation mammaire
- Le dépistage du cancer du col
- Le dépistage du cancer colo-rectal
- Les FRCV, le syndrome métabolique et les règles hygiéno-diététiques nécessaires
- Les facteurs de risque de l'ostéoporose

Cependant sa mise en place pourrait entraîner quelques redondances avec un système actuel déjà mis en place chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans par l'Institut Inter régional pour la Santé (IRSA) ou la Mutualité Sociale agricole (MSA).

2. Une consultation de dernière contraception

L'idée d'une dernière consultation de contraception en péri-ménopause semble plus adaptée. Au même titre que la première consultation de contraception mise en place récemment pourquoi ne pas organiser avec l'aide de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) une dernière consultation de contraception chez les femmes en péri-ménopause ?

Le **manque de temps** et la **gestion de plusieurs motifs de consultation** sont de réels freins au bon déroulement d'une consultation de prescription de contraception chez une femme en péri-ménopause. Ce temps de consultation dédié permettrait au médecin :

- De recueillir des données au cours de l'**interrogatoire** et de l'**examen clinique** (palpation abdomino-pelvienne, examen gynécologique et notamment palpation mammaire, réalisation d'un FCU, d'un examen cutané).
- D'informer les patientes sur les **modalités de prescription des moyens contraceptifs adaptés** en fonction des tableaux cliniques, leurs avantages, leurs inconvénients, jusqu'à quel âge ils sont nécessaires et leurs modalités d'arrêt.
- D'informer les patientes sur la nécessité de **maintenir un suivi gynécologique** au cours de la péri-ménopause et au-delà, portant l'accent sur les dépistages de cancers gynécologiques.

Afin de favoriser l'accès des patientes à cette consultation dédiée à la contraception en péri-ménopause, une **convocation** pourrait être transmise au cours de la **45ème année** (âge moyen d'entrée en péri-ménopause) annonçant la gratuité de cet acte pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Ce courrier informerait sur la nécessité de suivi essentiel tant sur le plan gynécologique que général chez les femmes au cours de cette période de « transition » qu'est la péri-ménopause. Il permettrait aussi par la même occasion d'informer les patientes sur le fait que ce suivi puisse être réalisé par un médecin généraliste.

Une valorisation financière telle qu'une **cotation supplémentaire** pourrait compenser le caractère chronophage de ce genre de consultation comme cela peut-être le cas avec la première consultation de contraception. Un médecin généraliste cote actuellement une consultation de mise en place

d'une contraception par CCP (Consultation Contraception Prévention) à 46 euros. Cette consultation est entièrement prise en charge par la sécurité sociale et la patiente n'a pas à avancer les frais. Un modèle similaire pourrait être mis en place pour les femmes en périménopause.

La proximité relationnelle et géographique du médecin traitant est un atout majeur et pourrait favoriser le taux de participation pour cette consultation dédiée.

En cette période où l'heure est à l'anticipation des dépenses de santé via des démarches de prévention et d'information encore et toujours accentuée, la promotion de cette consultation pourrait totalement s'ancre dans un projet de loi santé.

D. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

Le médecin généraliste tient un rôle majeur dans le système de soins actuel car il est un des piliers de l'organisation des soins primaires. Pourtant, c'est souvent avec un regard extérieur inhérent à l'isolement de la médecine de ville qu'il suit les prises en charges hospitalières. Le lien ville-hôpital est difficile à établir. La communication est compliquée, les formations communes sont rares. Pourtant, c'est bien en travaillant ensemble que les prises en charge peuvent être optimales. Médecine de ville et hôpitaux sont dépendants les uns des autres et tout doit être fait pour faciliter leurs échanges.

1. Les soins primaires

Tout comme évoqué dans la définition de la Wonka (World Family doctor caring for people) en 2002, la médecine générale est « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (106).

A la manière d'un système de soins néerlandais ou anglais organisé autour du médecin généraliste, le système de soins Français s'organise autour des soins primaires. Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 le médecin traitant est chargé de la bonne **coordination des soins** des patients (107). La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 vise à faciliter le parcours de soins des patients (108).

2. Collaboration médecine hospitalière et médecine de ville

En 2010 déjà, un rapport de l'ordre des médecins préconisait de favoriser au maximum cette **collaboration ville-hôpital**. Plusieurs pistes étaient proposées : (89)

- Des **formations post-universitaires communes** entre les acteurs des soins primaires et les praticiens hospitaliers.
- Favoriser la communication via **des lignes de secrétariat ou des messageries dédiées**.
- Insérer dès le début de la formation universitaire des **stages en exercice libéral** quelque soit l'orientation future de l'étudiant. Ceci afin que chacun puisse mesurer à la fois les difficultés de l'exercice hospitalier mais aussi celles de l'exercice libéral.

Il faut **décloisonner la pratique hospitalière et la pratique libérale** afin de prendre en charge en bonne intelligence les patients. Les généralistes interrogés rapportent avant tout des sentiments **d'isolement** et de **manque de considération** de la part des hospitaliers. Cette situation peut parfois entraver la pratique des généralistes, les empêchant de pouvoir accomplir comme ils le souhaiteraient leur fonction de médecin traitant.

Les améliorations attendues dans ce domaine par les médecins généralistes sont : (109)

- Un **accès facilité à l'hôpital**
- Une **transmission** de l'information plus rapide
- Le développement de **rencontres interprofessionnelles** permettant un contact direct avec leurs interlocuteurs hospitaliers.

Les médecins généralistes accordent une grande importance aux actions de formation, dans un but de maintien ou de développement de connaissances, mais pas seulement. C'est aussi un moyen de **rencontrer physiquement ses confrères**. Ainsi, dans une étude interrogeant les généralistes : **74%** pensent que la FMC est un bon moyen d'améliorer les échanges et **75%** souhaitent que les spécialistes hospitaliers de leur région soient présents aux FMC (110). Les formations servent alors de lieu de rencontre et permettent de se connaître ce qui a un impact très favorable ensuite sur les échanges (109).

Un projet pouvant mener à une meilleure collaboration ville-hôpital pourrait être de faciliter la mise en place d'une double activité pour les médecins généralistes et hospitaliers. Ainsi, chacun pourrait mesurer au mieux les contraintes de l'autre, cela permettrait de renforcer le lien ville-hôpital et d'améliorer potentiellement les prises en charge. Actuellement, la politique gouvernementale tend à **faciliter la mixité de l'exercice médical**, mais les **différents statuts** entre médecins libéraux et hospitaliers demeurent un **obstacle majeur**. En effet, les prestations salariales hospitalières proposées aux médecins libéraux dans le cadre d'une activité mixte restent souvent peu attractives.

E. MEDECINS GENERALISTES AVEC UNE « ORIENTATION GYNECOLOGIQUE »

Certains praticiens de notre étude proposent de favoriser la mise en place dans le système de santé actuel de médecins généralistes à « orientation gynécologique ». Ainsi, de la même façon qu'il existe des généralistes avec une activité d'ostéopathie, de mésothérapie, d'addictologie ou encore d'homéopathie... les généralistes le souhaitant, pourraient développer une **activité de suivi gynécologique** au même titre que peuvent déjà le faire certaines sages-femmes libérales.

L'idée n'est pas d'ultra spécialiser la médecine générale, l'intérêt d'un médecin généraliste étant avant tout de garder une vision globale de son patient, mais plutôt de créer **un intermédiaire** entre le généraliste exerçant peu de gynécologie (que ce soit par choix, par manque d'intérêt ou par manque de temps) et le gynécologue spécialiste. Ceci, permettrait de pallier au manque croissant

de gynécologues et de favoriser la **diffusion des actions de prévention et d'information** auprès d'une plus large population de femmes en périménopause.

Un moyen concret de mener à bien ce projet pourrait être d'envisager des demi-journées de consultations spécifiquement dédiées au suivi gynécologique avec une organisation des plages horaires en conséquence. De ce fait, la problématique posée par le temps de consultation pourrait être atténuée.

Par ailleurs, il est probable que la **féminisation de la profession** aura un impact sur la prise en charge du suivi gynécologique classique. Les femmes exerçant une activité gynéco-obstétricale souvent plus importante seront peut-être davantage demandeuses d'approfondir cette activité de gynécologie.

Une étude nationale menée en 2015 (tableau XIII) par le ministère chargé de la santé et l'URML Pays de la Loire (81) montrait que :

- **44 %** des médecins installés en groupe ou faisant partie d'une maison de santé déclaraient avoir sur leur site un professionnel qui s'occupait plus particulièrement des consultations à motif gynécologique.
- Ces praticiens s'occupant plus particulièrement des consultations gynécologiques étaient **deux fois plus nombreux** à déclarer avoir suivi **une formation en gynécologie-obstétrique** à la suite de leur cursus initial et **76%** étaient des **femmes**.

De plus, cette étude de 2015 montrait une réelle majoration de la pratique des gestes techniques et des consultations à motif uniquement gynécologique chez les médecins généralistes « spécialisés » en gynécologie :

- **69%** réalisaient des frottis au moins une fois par semaine, contre **31%** pour les médecins généralistes non « spécialisés » en gynécologie
- **50%** posaient ou enlevaient des DIU au moins une fois par mois contre **18%** pour les autres
- **84%** posaient un spéculum au moins une fois par semaine contre **44%** pour les autres
- **42%** effectuaient un suivi pour un Traitement Hormonal de la Ménopause au moins une fois par mois contre **27%** pour les autres médecins généralistes.

Avec l'essor actuel que connaissent les maisons médicales ou autres projets de cabinet de groupe, le développement d'une telle pratique reste une opportunité envisageable. Ceci permettrait de pallier aux demandes croissantes de suivis gynécologiques dans les territoires peu pourvus en gynécologues hospitaliers ou libéraux.

Tableau XIII : Activité en gynécologie selon le sexe, « l'accessibilité » du territoire aux gynécologues libéraux, et la « spécialisation » au sein des groupes-Pays de la Loire (81)

	Sexe			« Spécialisation en gynécologie » au sein des cabinets de groupe		
	femmes (n=150)	hommes (n=287)	OR ^s	médecins «spécialisés en gynécologie» ¹⁰ (n=57)	autres médecins en groupe (n=225)	OR ^s
Pratique de certains gestes						
<i>Proportion⁷ de médecins généralistes déclarant réaliser...</i>						
un examen clinique des seins, au moins une fois par semaine	77 %	55 %	5,0	86 %	62 %	3,8
la pose d'un spéculum pour un examen du col, au moins une fois par semaine	71 %	34 %	11,1	84 %	44 %	6,6
un toucher vaginal, au moins une fois par semaine	68 %	35 %	7,8	77 %	44 %	3,2
un frottis, au moins une fois par semaine	57 %	22 %	8,6	69 %	31 %	3,6
la pose/l'ablation d'un dispositif intra-utérin, au moins une fois par mois	29 %	13 %	2,9	50 %	18 %	6,2
la pose/l'ablation d'un implant contraceptif sous-cutané, au moins une fois par mois	-	-	-	24 %	10 %	ns*
Consultations pour motif gynécologique¹						
<i>Proportion⁷ de médecins généralistes déclarant voir des femmes pour...²</i>						
un suivi contraceptif, au moins une fois par semaine ³	72 %	57 %	2,9	80 %	62 %	ns*
une symptomatologie pelvienne ⁴ , au moins une fois par semaine	50 %	43 %	1,8	62 %	41 %	2,5
une pathologie mammaire, au moins une fois par mois	67 %	59 %	1,9	-	-	-
un suivi pour un THM ⁵ , au moins une fois par mois	-	-	-	42 %	27 %	2,4
Opinions, formation						
<i>Proportion⁷ de médecins généralistes déclarant (que)...</i>						
selon eux, réaliser des suivis gynécologiques ⁶ fait partie des missions du médecin généraliste (réponses oui ou plutôt oui)	80 %	75 %	1,9	-	-	-
se considérer suffisamment formé pour réaliser des suivis gynécologiques ⁶ (réponse oui)	92 %	82 %	5,5	-	-	-
disposer d'un DU en gynécologie-obstétrique, ou avoir suivi une séance de FMC dans ce domaine au cours des deux dernières années	46 %	27 %	2,2	64 %	33 %	5,1

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (décembre 2014- avril 2015). ORS et URML Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé, DREES

IV. Ouvertures

L'arrêt de la contraception est une étape à part entière dans la prise en charge contraceptive des femmes en périménopause. Cet arrêt pose régulièrement question aux médecins généralistes. **Une recommandation unique et claire** pourrait les aider dans cette démarche.

La mise en place d'un **outil internet adapté** à la prescription de moyens contraceptifs chez la femme en périménopause pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de thèse. Ce travail pourrait aboutir à la mise en ligne d'un site dédié ayant pour objectif de guider les médecins généralistes dans leur choix contraceptif en fonction d'une situation clinique donnée. Ce site internet permettrait aussi de guider le généraliste lors de l'arrêt de la contraception. Au même titre qu'antibioclic, ophthlamoclic, thyrocllic, VIHcllic, gestacllic...pourquoi pas **contracepclic** ?

Les médecins généralistes sont très bien informés des contre-indications empêchant la prescription de POP. Néanmoins, ils n'évoquent que très peu les bénéfices secondaires des POP dans cette tranche d'âge et sont très frileux lors de cette prescription. Une explication pourrait être faite et relayée auprès d'eux. Ceci grâce à un document évoquant les bénéfices secondaires possibles de ce moyen de contraception.

Les consultations chronophages, à multiples motifs sont habituelles en période de périménopause. La mise en place d'une **consultation dédiée** pourrait faciliter le travail de prévention et d'explication du médecin généraliste auprès des femmes dans cette tranche d'âge.

Les médecins généralistes prescrivent très régulièrement des dosages hormonaux en périménopause. Un rappel sur le peu d'intérêt de ces dosages pourrait être fait. Ceci peut-être au moyen d'une nouvelle **campagne d'affichage** ou d'information à destination des médecins généralistes et des patientes demandeuses.

Afin de favoriser la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes, il pourrait être proposer **de revaloriser les honoraires des gestes techniques** ou des **actes de prévention** dans cette période.

La coopération inter-professionnelle pourrait être accentuée au moyen de **réunions** d'informations ou de **formations pratiques communes** aux médecins généralistes, aux sages-femmes et aux gynécologues (93).

Afin de faciliter l'accès des patientes à un suivi gynécologique de proximité il pourrait être envisagé d'offrir **une meilleure visibilité** aux **médecins titulaires de formations complémentaires en gynécologie**. Ceci au moyen d'une mention supplémentaire sur leurs ordonnances ou sur leurs plaques.

Seule la vision du médecin a été abordée dans cette étude. Il pourrait à présent être intéressant de connaître la **vision de la patiente** en périménopause sur cette prise en charge contraceptive.

Conclusion

La carence prévisible en gynécologues dans les prochaines années laisse supposer une plus grande implication future du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique des patientes. Parmi les étapes clés d'un suivi gynécologique, on compte la périménopause. Entre anarchie hormonale et modifications physiques, psychiques ou encore métaboliques, cette période est le reflet de nombreuses incertitudes à la fois pour le médecin généraliste et pour la patiente. La prescription d'un moyen contraceptif dans ce contexte se révèle souvent être une mission périlleuse et source de difficultés pour le médecin généraliste.

Une prescription de contraception doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale. La périménopause est une période de transition, pleine d'évolution tout particulièrement en matière de facteurs de risques. Adapter la prise en charge contraceptive est donc capital durant cette période.

Au cours de cette prise en charge, contraception rime avec prévention. En effet, c'est durant cette période que la prévention doit être faite auprès des femmes ; prévention des risques cardio-vasculaires, prévention et dépistage des cancers gynécologiques et colorectal, prévention en matière de règles hygiéno-diététiques... Autant de messages d'information et d'éducation qui ont une importance capitale face au bouleversement hormonologique que connaît la femme en périménopause.

Une mauvaise adaptation ou information concernant la contraception en cette période peut avoir des conséquences directes et non négligeables : IVG, grossesses compliquées, majoration des facteurs de risques cardio-vasculaires... Cette prise en charge est donc essentielle.

Ce rôle est souvent dévolu aux gynécologues. Cependant, force est de constater que le nombre de gynécologues médicaux décroît et que certaines femmes n'ont pas de suivi gynécologique. Le médecin généraliste se retrouve alors en première ligne en temps qu'interlocuteur principal de ces femmes. Il est donc indispensable, que nous, médecins généralistes, puissions également intervenir durant cette période de la vie des femmes. En allant dans le sens d'une prise en charge personnalisée et globale de la contraception des femmes en périménopause.

Afin de faciliter cette prise en charge souvent fastidieuse, chronophage et source d'angoisse pour les médecins traitants, pourquoi ne pas les accompagner ? Ceci au moyen d'une consultation dédiée, d'une valorisation des formations post-universitaires, de la mise en place de référentiels clairs et uniques ou encore d'outils internet dédiés... Autant de pistes intéressantes qui pourront faciliter la prescription, l'information, l'éducation en matière de contraception chez les femmes en périménopause.

Bibliographie

1. INSEE (Institut National de la statistique et des Etudes Economiques. Définition - Taux de fécondité / Quotient de fécondité / Quotient de fécondité [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1872>
2. Institut National de la statistique et des Etudes Economiques. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488>
3. Ined - Institut national d'études démographiques. Age médian [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/age-median/>
4. Ined - Institut national d'études démographiques. Incidence d'une maladie [Internet]. Institut national d'études démographiques. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/incidence-d-une-maladie/>
5. Brigitte Raccah-Tebeka. Geneviève Plu-Bureau. La contraception en pratique. de la situation clinique à la prescription. Elsevier-masson; 2013. 249 p. (Pratique en gynécologie-Obstétrique.).
6. Thomas Tully. CNRS - Institut écologie et environnement - Actualités de l'institut [Internet]. 2011 [cité 18 août 2018]. Disponible sur: https://www.cnrs.fr/inee/communication/breves/thomas_tully.htm
7. Thomas Tully, Amaury Lambert. The evolution of post-reproductive lifespan as an insurance against indeterminacy. 2011;
8. Rozenbaum H. Ménopause heureuse (La): Approche médicale et scientifique. Odile Jacob; 2004. 340 p.
9. Alain Tamborini-service de chirurgie cancérologique, gynécologique et du sein ; Hopital Européen Georges Pompidou, Paris. Ménopause : définitions – âge – diagnostic. Rev Genes [Internet]. nov 2014 [cité 14 août 2018];(181). Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/menopause-definitions-age-diagnostic/>
10. Institut National du Cancer. Agonistes de la LH-RH - Hormonothérapie | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie/Agonistes-de-la-LH-RH>
11. Robin G, Dewailly D. La transition ménopausique ou périménopause. 2008;10:12.
12. INSEE (Institut National de la statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
13. INSEE (Institut National de la statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2018 - Insee Première - 1730 [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693#titre-bloc-13>

14. Khoshnood B, Bouvier-Colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37(8):733-47.
15. Ined - Institut national d'études démographiques. La baisse de la fertilité avec l'âge [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/baisse-fertilite-age/>
16. David Serfaty. *la contraception.* ESKA. 2016. 651 p.
17. ACCES-ENS-Lyon. Données numériques sur le risque de trisomie 21 lié à l'âge de la mère — Site des ressources d'ACCES pour enseigner la Science de la Vie et de la Terre [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/sante/epidemiologie/depistage_trisomie21/Donnees-Illustrations/donnees_risque_age
18. Recommandation CNGOF, D. Serfaty. *Contraception des femmes de plus de 35 ans.* 2002;
19. DREES (Sylvie Rey) AV. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé. 28 sept 2018;(1081). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
20. Netgen. *Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs.* *Rev Médicale Suisse* [Internet]. [cité 2 août 2018]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-492/Contraception-en-periode-de-perimenopause-indication-securite-et-avantages-non-contraceptifs>
21. Prior JC. Perimenopause: The Complex Endocrinology of the Menopausal Transition. *Endocr Rev.* 1 août 1998;19(4):397-428.
22. Burger HG. Hormonal Changes in the Menopause Transition. *Recent Prog Horm Res.* 1 janv 2002;57(1):257-75.
23. B. Courbière- X. Carcopino. *gynécologie-obstétrique.* Vernazobres-Gregg. 2011. (Médecine KB).
24. American Psychiatric Association H. *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* P. Pichot. Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine. Masson, HI. 1996.
25. Gorins.A. le sein en périménopause. 1979;7(823):5.
26. Van Voorhis BJ. Genitourinary symptoms in the menopausal transition. *Am J Med.* déc 2005;118(12):47-53.
27. Kase NG. Impact of hormone therapy for women aged 35 to 65 years, from contraception to hormone replacement. *Gend Med.* 2009;6, Part 1:37-59.
28. van Rooij IAJ, Tonkelaar I den, Broekmans FJM, Looman CWN, Scheffer GJ, de Jong FH, et al. Anti-müllerian hormone is a promising predictor for the occurrence of the menopausal transition. *Menopause.* nov 2004;11:601-6.

29. Netgen. Dosage sérique de l'hormone antimüllérienne en gynécologie : indications et limites [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-403/Dosage-serique-de-l-hormone-antimuellérienne-en-gynecologie-indications-et-limites>
30. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'ostéoporose et indications de l'ostéodensitométrie [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194578/fr/prise-en-charge-de-l-osteoporose-et-indications-de-l-osteodensitometrie
31. VIDAL. Classification Vidal-macroprogestatifs [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/classifications/vidal/>
32. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Luteran (acétate de chlormadinone) et Lutényl (acétate de nomégestrol) et leurs génériques : des cas de méningiome rapportés - Point d'information [Internet]. 2019 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Luteran-acetate-de-chlormadinone-et-Lutenyl-acetate-de-nomegestrol-et-leurs-generiques-des-cas-de-meningiome-rapportes-Point-d-information>
33. SFE. La ménopause [Internet]. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/385/menopause>
34. VIDAL. LUTERAN 10 mg cp - Contre-indications [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/luteran-10355-contre-indications.htm>
35. Emile C. Contraception orale et thrombose veineuse profonde. /data/revues/09925945/00190399/12/ [Internet]. 10 juill 2008 [cité 26 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/177813>
36. VIDAL. PROVAMES 1 mg cp pellic - Contre-indications [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/provames-13912-contre-indications.htm>
37. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 juin 2013;(6):CD001396.
38. Ladd CO, Newport DJ, Ragan KA, Loughhead A, Stowe ZN. Venlafaxine in the treatment of depressive and vasomotor symptoms in women with perimenopausal depression. *Depress Anxiety*. 2005;22(2):94-7.
39. INPES. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
40. Fedele L, Bianchi S, Raffaelli R, Portuese A, Dorta M. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril*. sept 1997;68(3):426-9.
41. Milsom I, Andersson K, Andersch B, Rybo G. A comparison of flurbiprofen, tranexamic acid, and a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device in the treatment of idiopathic menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol*. 1 mars 1991;164(3):879-83.
42. Inki P. Long-term use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. juin 2007;75(6, Supplement):S161-6.

43. CNGOF. cngof_info_17-DIU_.pdf [Internet]. 2017 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Fiches-info-patientes/2017/cngof_info_17-DIU_.pdf
44. BROT-ROSSI C. DIU chez les nullipares : avantages/risques. *Rev Genes*. juin 2017;(194):6.
45. CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français). Recommandations pour la pratique clinique Contraception (texte court). 2018.
46. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
47. The ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40. *Hum Reprod Update*. 1 nov 2009;15(6):599-612.
48. Marquis Chantal. Contraception hormonale en périménopause. L'antidote à bien des maux. *Janv* 2002;37(1). Disponible sur: <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/063-067MARQUIS0102.pdf>
49. HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
50. Spitzer WO. Myocardial infarction and third generation oral contraceptives: aggregation of recent studies. *Hum Reprod*. 1 sept 2002;17(9):2307-14.
51. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception*. déc 2005;72(6):414-21.
52. Hardman SMR, Gebbie AE. Hormonal contraceptive regimens in the perimenopause. *Maturitas*. 20 juill 2009;63(3):204-12.
53. Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Maitrot-Mantelet L, Canonico M. Hormonal contraceptives and arterial disease: An epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 1 févr 2013;27(1):35-45.
54. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Guideline Contraception for Women Aged Over 40 Years. Oct 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhguidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
55. M T Wong,*MBBS, M Med, MRCOG, K Singh,**FAMS, FRCOG, MD. The Combined Oral Contraceptive Pill in Women Over Age Forty. 2003;32(624):31.
56. Allen RH, Cwiak CA, Kaunitz AM. Contraception in women over 40 years of age. *CMAJ*. 16 avr 2013;185(7):565-73.
57. d'Arcangues C. WHO statement on hormonal contraception and bone health. *Contraception*. mai 2006;73(5):443-4.

58. Hardman SMR, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* août 2014;28(6):903-15.
59. Burkman R, Bell C, Serfaty D. The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ratio. *Contraception.* juill 2011;84(1):19-34.
60. The ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. *Hum Reprod Update.* 2 août 2005;11(5):513-25.
61. Rousset-Jablonski C, Gompel A. Bénéfices non contraceptifs des contraceptions hormonales. 2009;11:10.
62. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, Curtis KM., Helmerhorst FM. Contraception hormonale et risque de fracture dans les études observationnelles. *Cochrane Library [Internet].* [cité 6 sept 2018]; Disponible sur: /fr/CD009849/contraception-hormonale-et-risque-de-fracture-dans-les-etudes-observationnelles
63. World Health Organization, Reproductive Health and Research, World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. [Internet]. 2015 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/>
64. Organisation Mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 2017 Troisième édition. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf?sequence=1>
65. La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé par, l'Agence nationale d'accréditation. ÉVALUATION DES TECHNIQUES DE STÉRILISATION CHEZ LA FEMME ET CHEZ L'HOMME DOCUMENT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE L'ANAES. 2005.
66. Sylvain Bouquet, Pascal Cohen, Odile Gagneur,, Thierry Rabilloud, Michel Tournaire. Rapport bénéfice risque du dispositif if de stérilisation définitive Essure®. 2017 mai.
67. HAS. COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ. 2017 nov.
68. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo-Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire- Juillet 2013. 2013.
69. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Initiation à la recherche qualitative. Exerc 200884142-5.
70. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflents Perspect Vie Econ.* 2014;Tome LIII(4):67-82.
71. Centre de recherche et de documentation en médecine générale. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? *Bibliomed Anal Cent Doc L'UNAFORMEC.*
72. Alain Blanchet, Anne Gotman. L'enquête et ses méthodes- L'entretien. 2 ème édition. Paris: Armand Colin; 2012.

73. Kaufmann Jean-Claude. L'enquête et ses méthodes-l'entretien compréhensif. 2ème édition. Paris: Armand Colin; 2011.
74. Savoie-Zajc L MA. Technique de validation par triangulation. Dictionnaire des méthodes qualitatives. Paris ; (Armand Colin collection; vol. U;1996).
75. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
76. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006 ;26:29.
77. Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale.Réalisé par Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Géographe de la Santé., Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION BASSE-NORMANDIE [Internet]. Ordre national des Médecins ; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/basse-normandie_2013.pdf
78. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
79. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
80. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste «médecin traitant». Fondation April. sept 2010; Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
81. Union Régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire OR de la S. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes. oct 2016; Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf
82. SFE. Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et métabolique : Recommandations de la Société française d'endocrinologie. 2010.
83. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé I (Institut N de P et d'éducation pour la S. Inpes - Communiqué de presse - Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. Octobre 2011. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/11/cp111026.asp>
84. Versie Johnson-Mallard1*, Elizabeth A. Kostas-Polston2, Nancy Fugate Woods3, Katherine E. Simmonds4,, Ivy M. Alexander5 and Diana Taylor6. Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US. 2017; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6299952/pdf/40695_2017_Article_27.pdf
85. FOULT M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. Quotid Médecin [Internet]. janv 2018 [cité 31 mars 2019]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/01/03/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role-central_853792

86. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013;(107):24.
87. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. /data/revues/17654629/v5i3/S1765462908000214/ [Internet]. 11 oct 2017 [cité 3 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1162020>
88. IPSOS L entreprises du médicament. Médicament: que disent aujourd'hui les Français? Observatoiresociétal du médicament. 2014.
89. Lucas DJ. LES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ. 2010;43.
90. Recommandation CNGOF. Dosages hormonaux en périménopause : mythe ou nécessité ?
91. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR. Anti-Mullerian Hormone as a Predictor of Time to Menopause in Late Reproductive Age Women. J Clin Endocrinol Metab. mai 2012;97(5):1673-80.
92. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). The Lancet. 30 nov 2013;382(9907):1781-94.
93. Brosset M. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale. 2014;1.
94. PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES. Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2013/09/Rap-freins-dep-kc-femmes.pdf>
95. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Sante Publique (Bucur). 2005;Vol. 17(1):109-19.
96. La revue prescrire. Dispositifs intra-utérins, alias stérilet. mars 2009;29(305):2002-206.
97. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Intrauterine Contraception. clinical effectiveness Unit. avr 2015;
98. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.
99. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale. 2018.
100. DREES (Sylvie Rey) AV. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. nov 2004;(352):12.
101. INSEE (Institut National de la statistique et des Etudes Economiques. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2017 [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements
102. Ordre National des Pharmaciens. Nombre de médecins généralistes libéraux - Cartes - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. 2019. Disponible sur:

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>

103. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
104. Ordre des sages-femmes CN. Référentiel métier et compétence des sages-femmes. 2010.
105. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Emile Darai, Dominique Luton, Jacques Lansac. Communiqué de presse du CNGOF : oui la santé des femmes est et sera assurée. [Internet]. 2008 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_66.html
106. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
107. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires. juill 21, 2009.
108. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
109. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. 14 mars 2016;68.
110. Cossec CL, Giacomelli M, Chambine S de. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. Sante Publique (Bucur). 7 août 2018;Vol. 30(2):213-24.
111. CNGOF : Leveque J, Brun J-L, Fritel X. Recommandations pour la pratique clinique : les tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. mise à jour 2013;
112. Grimes DA, Jones LB., Lopez LM, Schulz KF. Contraceptifs oraux pour le traitement des kystes de l'ovaire. 29 avr 2014; Disponible sur: </fr/CD006134/contraceptifs-oraux-pour-le-traitement-des-kystes-de-lovaire>
113. CNGOF : Pelage L, Fenomanana S, Brun JL, Levailant JM, Fernandez H. Diagnostic et traitements de l'adénomyose (hors grossesse). Mise à jour en 2013;34.
114. OMS (World Health Organization). Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2009;
115. Hamy AS, Abuelallah H, Hocini H, Coussy F, Gorins A, Serfaty D, et al. Contraception after breast cancer: a retrospective review of the practice among French gynecologists in the 2000's. Eur J Gynaecol Oncol. 2014;35(2):149-53.

Annexes

Annexe 1 : Aide à la prescription de moyens contraceptifs en péri-ménopause

<u>Pathologies</u>	<u>Contraception de 1^{ère} intention</u>	<u>Contraception de 2^{ème} intention</u>	<u>Contraception non recommandée ou contre-indiquée</u>
<u>FRCV</u>			
FRCV MULTIPLES (68)			
FRCV	<ul style="list-style-type: none"> - DIU Cuivre - Méthodes barrières* - Méthodes naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilule microprogestative - DIU LNG - Implant progestatif 	- Méthode oestroprogestative (POP, Patch, Anneau intravaginal)
DIABETE TYPE 2 (68)			
Diabète de type 2 sans complication vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> - DIU Cuivre - Méthodes barrières* - Méthodes Naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthodes oestroprogestatives (POP, Patch, Anneau intravaginal) - Pilule microprogestative - Implant progestatif - DIU LNG 	
Diabète de type 2 avec complications vasculaires (néphropathie, rétinopathie ou neuropathie) ou Diabète > 20 ans d'évolution	<ul style="list-style-type: none"> - DIU Cuivre - Méthodes barrières* - Méthodes Naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilule microprogestative - Implant progestatif - DIU LNG 	-Méthodes oestroprogestatives (POP, Patch, Anneau intravaginal)
DYSLIPIDEMIES (5,49,82)			
TG > 2g/L ou <i>En l'absence de traitement hypolipémiant :</i> <ul style="list-style-type: none"> - LDL > 2.2 g/L - LDL < 2.2 g/L + FRCV 	<ul style="list-style-type: none"> - DIU au cuivre - DIU LNG - Contraception progestative - Contraception définitive 		-POP
LDL < 2.2 g/L sans FRCV <i>En l'absence de traitement hypolipémiant</i>	-POP autorisée sous surveillance biologique		
Hypercholestérolémie traitée et contrôlée sans FRCV	-POP faiblement dosée autorisée sous surveillance biologique		

<u>Pathologies</u>	<u>Contraception de 1^{ère} intention</u>	<u>Contraception de 2^{ème} intention</u>	<u>Contraception non recommandée ou contre-indiquée</u>
FRCV			
HTA (68,82)			
HTA contrôlée ou TA < 159-99 mmHG	- Pilule microprogestative - Implant progestatif - DIU cuivre - DIU LNG - Méthodes barrières* - Méthodes naturelles		-Méthodes oestroprogestatives (POP, Patch, Anneau intravaginal)
HTA élevée (TA ≥160/100 mmHG) ou pathologie vasculaire	- DIU Cuivre - Méthodes barrières*	-- Pilule microprogestative - Implant progestatif - DIU LNG	-Méthodes oestroprogestatives (POP, Patch, Anneau intravaginal)
PATHOLOGIES OVARIENNES			
KYSTE FONCTIONNEL OVARIEN (5,111,112)			
Kyste fonctionnel ovarien : - Isolé - Asymptomatique - Récidivant ou non - Sans indication chirurgicale	- Toutes les stratégies contraceptives sont possibles (pas de lien avec la régression des kystes) - POP monophasique contenant > 35 µG EE - Macroprogestatifs**		-Pilules microprogestatives (augmentent l'incidence des images ovariennes liquidiennes)
PATHOLOGIES CERVICALES (5,16,45,63)			
- Lésions dysplasiques (CIN : Cervical Intra-epithelial Neoplasia) ou lésions condylomateuses	Toutes les contraceptions sont autorisées (POP, progestatives, intra-utérines)		-DIU si conisation prévue à court terme
Après traitement conservateur de CIN ou de cancer du col	Toutes les contraceptions sont autorisées (POP, progestatives, intra-utérines)		
Cancer invasif du col	Les données disponibles ne permettent pas d'émettre des recommandations sur les contraceptions hormonales (CNGOF 2018)		

<u>Pathologies</u>	<u>Contraception de 1^{ère} intention</u>	<u>Contraception de 2^{ème} intention</u>	<u>Contraception non recommandée ou contre-indiquée</u>
<u>PATHOLOGIES UTERINES</u>			
FIBROMES UTERINS (5,16,45)			
Fibrome utérin	- Macroprogestatifs** - DIU LNG (si fibrome interstitiel ou sous séreux)	- POP - DIU cuivre (en l'absence de ménométrorragies et/ou de dysménorrhées)	- Pilule microprogestative - DIU si myome sous muqueux ou déformant beaucoup la cavité
HYPERPLASIE ENDOMETRIALE (5,16)			
Hyperplasie Endométriale	- Macroprogestatifs** - DIU LNG		- DIU cuivre - Pilule microprogestative
ADENOMYOSE (5,113)			
Adénomyose asymptomatique	Toutes les stratégies contraceptives possibles		- DIU au cuivre - Implant progestatif - Pilule microprogestative
Adénomyose symptomatique	-DIU LNG -Macroprogestatif en continu	-POP en continue	- DIU au cuivre - Implant progestatif - Pilule microprogestative
ENDOMETRIOSE (5,16,45,49)			
Endométriose asymptomatique	Toutes les stratégies contraceptives possibles		
Endométriose symptomatique	- POP en particulier celles à climat progestatif (Adépal®, Minidril®) - Macroprogestatifs** - DIU LNG	- POP en continue (en cas de dysménorrhées particulièrement) - Macroprogestatif en continu**	-Pilule microprogestative -DIU cuivre - POP à climat oestrogénique dominant
<u>PATHOLOGIES MAMMAIRES</u>			
PATHOLOGIES MAMMAIRES BENIGNES (5,45,54,114)			
Sans atypie	Toutes les stratégies contraceptives possibles		
Avec atypie <input type="checkbox"/> ou Mastopathie à risque (hyperplasie épithéliale canalaire ou lobulaire avec atypies)	- DIU Cuivre - Méthodes barrières* - Méthodes naturelles	- Contraception hormonale (pas de contre-indication formelle en l'absence d'autre alternative)	

<u>Pathologies</u>	<u>Contraception de 1^{ère} intention</u>	<u>Contraception de 2^{ème} intention</u>	<u>Contraception non recommandée ou contre-indiquée</u>
MASTOPATHIE FIBROKYSTIQUE (16)			
Mastopathie fibrokystique mineure	- POP à climat progestatif (Adépal®, Minidril®) - Macroprogestatif ** discontinu temporairement		
Mastopathie fibrokystique majeure	-Macroprogestatif ** discontinu		
PATHOLOGIES MAMMAIRES MALIGNES (16,45,114,115)			
<u>Antécédents familiaux</u> de cancer du sein	Toutes les stratégies contraceptives sont possibles		
<u>Antécédent personnel</u> de cancer du sein - En cours de traitement	-DIU Cuivre		Toutes les méthodes hormonales sont contre-indiquées
	-DIU cuivre		Toutes les méthodes hormonales contre-indiquées*

*Méthodes barrières : préservatifs, spermicides, diaphragme, cape vaginale

**Hors AMM en contraception

Questionnaire d'entretien semi-dirigé

Je suis interne en médecine générale à la faculté de Caen.

- Cadre : l'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale.
- Objectifs : mettre en avant la présence ou non de difficultés lors de la prescription par les médecins généralistes, de moyens contraceptifs chez les femmes en périménopause. Une fois les difficultés identifiées, découvrir les solutions possibles afin de les atténuer.
- Justification : le médecin généraliste a un rôle clé dans la prise en charge contraceptive des patientes en périménopause face à une démographie médicale en berne dans le domaine de la gynécologie.
- Méthode : enquête qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados.

Cet entretien est enregistré. L'anonymat sera respecté lors de la retranscription des données. À tout moment il peut être interrompu. Il vous est demandé, dans la mesure du possible, de ne pas répondre au téléphone durant l'entretien. Vous remerciant par avance de bien vouloir participer à cette étude.

1/ Qu'évoque pour vous la périménopause ?

Sous thèmes, relances possibles :

- Tranche d'âge ?
- Modifications métaboliques ?
- Modifications cliniques ?

2/ La contraception : est-ce un motif de consultation pour les patientes en périménopause ?

Sous thèmes, relances possibles :

- Patientes demandeuses d'informations ? De façon spontanée ? Après l'avoir évoqué lors d'une précédente consultation ?
- Motif secondaire ?
- Femmes demandeuses d'un suivi sur le plan gynécologique au long cours ? Proposez-vous cette prise en charge ?

3/ Comment appréhendez-vous la question de la contraception chez les femmes en périménopause ? (En terme de prescription)

Sous thèmes, relances possibles :

- Prescription de DIU (cuivre ou Lévonorgestrel) ? Dans quels cas ? Jusqu'à quel âge ?
- Prescription de pilules micro progestatives ? Dans quels cas ? Jusqu'à quel âge ?
- Prescription de pilules macro progestatives ? Dans quels cas ? Jusqu'à quel âge ?
- Prescription de pilules oestroprogestatives ? Dans quels cas ? Jusqu'à quel âge ?
- Vous arrive-t-il d'évoquer la stérilisation définitive ? Hystérectomie ? Ligature des trompes ? Vasectomie du conjoint ? Dans quelle limite d'âge ?

4/ Avez-vous déjà eu à gérer des grossesses non désirées chez des femmes en périménopause ? Quelles en étaient les raisons ?

5/ Existe-t-il des pathologies ou des facteurs de risques récurrents chez vos patientes en pérимénopause ? Comment évolue votre conduite à tenir contraceptive dans ce cas ?

Sous thèmes : relances possibles

- Antécédent de cancer gynécologique ?
- Facteur de risque cardio-vasculaire (tabac, Diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, obésité, sédentarité...) ?
- Pathologies gynécologiques (fibromes utérins, endométriose, adénofibromes mammaires...) ?
- Syndrome climatérique débutant ?

6/ Vous considérez vous comme étant à l'aise avec ce type de prescription médicale ?

Sous thèmes, relances possibles :

- Abordez-vous facilement la problématique de la contraception avec vos patientes en pérимénopause ? De façon systématique ? Souvent ? Uniquement si elles vous questionnent ?
- Avez-vous l'habitude de prendre en charge la prescription de moyens contraceptifs chez vos patientes de tous âges confondus (renouvellement, initiation) ?

7/ Est-ce selon vous une prescription qui relève du domaine de la spécialité gynécologique ?

Sous thèmes, relances possibles :

- Est-ce votre rôle de prescrire un moyen de contraception chez une femme en pérимénopause ?
- Faites-vous appel à un spécialiste pour cette prise en charge ? Dans quelle mesure ?
- Quelles sont les possibilités d'accès aux médecins spécialistes (gynécologue) à proximité votre cabinet de médecine générale ? (Disponibilité des RDV, accessibilité géographique ?)
- *Si les praticiens ont effectué une formation complémentaire en gynécologie : cela modifie-t-il votre approche dans la prescription de contraception chez les femmes en pérимénopause ?*

8/ Si difficultés il y a, comment pourrait-on vous aider à les prendre en charge ?

Identification du médecin interrogé :

- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ? Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre type d'installation ? (Seul, collaboration, PSLA...)
- Combien de consultations faites-vous au cabinet par jour ? Représentation approximative de votre patientèle (retraités, CMU, actifs, pédiatrie...) ?
- Participez-vous à des groupes de Formation Médicale Continue ?
- Estimez-vous que la pratique de la gynécologie soit une activité courante dans votre exercice ?
- Effectuez-vous du suivi gynécologique au long cours chez certaines de vos patientes : suivi de grossesse ? Réalisation de FCV ? Suivi de prescription de contraception ?
- Le domaine de la gynécologie est-il un domaine qui vous intéresse tout particulièrement ?
- Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie ? Ou souhaiteriez-vous vous y inscrire ?
- Exercez-vous des gestes pratiques gynécologiques (Pose de DIU ? Retrait ou pose d'implant ? Réalisation de Frottis ?)

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

La contraception en pérимénopause. Ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription. Quelles solutions envisager ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados.

Introduction : La pérимénopause est une période charnière dans la vie d'une femme. Elle s'accompagne de bouleversements physiques et psychiques. La contraception doit s'adapter aux modifications inhérentes à cette période. Le médecin généraliste, acteur principal du système de soin et premier interlocuteur des patientes tient un rôle majeur dans cette prise en charge. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes et d'identifier la présence ou non de difficultés lors de la prescription de contraception en pérимénopause. L'objectif secondaire est de déterminer les solutions envisagées et envisageables afin d'améliorer cette prise en charge.

Méthode : C'est une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Basse-Normandie. Les verbatims ont été analysés suivant une approche phénoménologique puis thématique.

Résultats : Les difficultés évoquées sont liées aux moyens contraceptifs prescrits, aux spécificités de la pérимénopause, aux facteurs environnementaux mais aussi au rôle tenu par le médecin généraliste. La mise en place d'une relation de confiance, l'éducation, la prévention sont les démarches déjà initiées par les généralistes. Des évolutions restent à prévoir concernant la formation des praticiens, les référentiels et l'information des patientes.

Conclusion : La prise en charge contraceptive des femmes en pérимénopause s'avère difficile pour les généralistes car multifactorielle et chronophage. L'intérêt d'une dernière consultation de contraception en pérимénopause, ainsi qu'une valorisation des formations post universitaires dans le domaine de la gynécologie pourraient être discutés.

Mots clés : contraception, pérимénopause, difficultés, étude qualitative, relation médecin-patiente, médecin généraliste.

Contraception in perimenopause. Feeling and difficulties of general practitioners during this prescription. What solutions should be considered? Qualitative study with general practitioners in the French departments of Manche and Calvados.

Introduction : Perimenopause is a transitional period in a woman's life. It is accompanied by physical and psychological disruption. Contraception must be adapted to the inherent changes of this period. The general practitioner, being the main actor in the health care system and the first point of contact for patients, plays a major role in this matter. The main objective of this study is to evaluate the feeling of general practitioners and to identify the presence or absence of difficulties when prescribing contraception during perimenopause. The secondary objective is to determine contemplated and conceivable solutions in order to improve this health care.

Method : This is a qualitative study, based on semi-structured interviews with general practitioners in Basse-Normandie. The verbatims were analyzed according to a phenomenological and then a thematic method.

Results : The difficulties mentioned are related to the contraceptive methods prescribed, to the specificities of perimenopause, to environmental factors but also to the role played by the general practitioner. The establishment of a trusting relationship, education and prevention are steps already initiated by general practitioners. Developments should still be expected concerning the training of practitioners, standards and information to patients. **Conclusion:** Contraceptive care of women in perimenopause is difficult for general practitioners because it is multifactorial and time-consuming. The interest of a last perimenopausal contraceptive consultation, as well as the promotion of postgraduate training in the gynaecology field could be further discussed.

Key words : contraception, perimenopause, difficulties, qualitative study, doctor-patient relationship, general practitioner.