



HAL
open science

La prise en charge contraceptive des femmes, de plus de 40 ans, en période de transition ménopausique. Recueil auprès de médecins généralistes haut-normands

Justine Barret

► To cite this version:

Justine Barret. La prise en charge contraceptive des femmes, de plus de 40 ans, en période de transition ménopausique. Recueil auprès de médecins généralistes haut-normands. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02333602

HAL Id: dumas-02333602

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02333602v1>

Submitted on 25 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.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018- 2019
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie Clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, je vous remercie de l'attention que vous portez à mon travail.

À Monsieur le Professeur Hermil,

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail et d'en présider le jury. Veuillez trouver en ces mots l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Professeur Mauviard,

Merci de m'avoir accordé du temps pour l'organisation d'un focus group dans votre maison de santé. Merci d'avoir vous-même participé à mon étude. Je vous suis très reconnaissante aujourd'hui d'accepter de juger mon travail.

À Madame le Docteur Pellerin,

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

À Monsieur le Docteur De Golmard,

François, merci d'avoir dirigé mon travail de thèse. Merci pour l'aide apportée durant cette année. Comme je vous l'avais déjà dit (et cela vous a déjà fait rire), j'ai débuté mes études de médecine avec vous, en découvrant la médecine générale en temps qu'externe et je termine ma formation à vos côtés : "la boucle est bouclée". Merci encore pour m'avoir guidé pour mieux définir mon sujet et pour avoir toujours pris en compte mes désirs dans la réalisation de ce travail. Je vous suis également très reconnaissante pour les nombreux conseils, votre disponibilité, et votre présence pour diriger les focus groupes.

À l'ensemble des médecins qui ont participé à ce travail de thèse,

Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer un peu de votre temps à la réalisation de mon étude.

À mes tuteurs médecins généralistes,

Madame le Docteur Calerot, Monsieur le Docteur Hennart, Monsieur le Docteur Lemarié,
Madame le Docteur Lainé, Monsieur le Docteur Chantre,

Vous avez participé à ma formation médicale en m'accueillant dans vos cabinets médicaux.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes remerciements sincères.

Aux services ayant participé à ma formation médicale,

De médecine Interne du Centre Hospitalier de Dieppe,

Des Urgences du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf et de Louviers,

Des Urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen,

De Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf et de Louviers,

Au C.A.S.P. de Rouen,

Au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Rouen.

À mes parents, pour votre soutien infailible, pour avoir su gérer mes peurs et mes angoisses au cours de mes études, et pour avoir toujours eu confiance en moi ;

À Inès, Marion et Clément, enfin une occasion de venir ensemble dîner à l'appartement ;

À mes amis, pour tous les bons moments passés et ceux à venir ;

À mes amies « contra phobiques » merci de m'aider au quotidien à gérer mes incertitudes, et répondre à mes questions incessantes, merci pour votre soutien et votre présence ;

À mes co-internes, l'internat fut encore meilleur avec vous ;

À Alexandre, (ou G.C. ou P.C. comme tu préfères) parce que toi aussi tu as le droit à ta petite phrase, et que c'est également toi qui me supportes et me soutiens le plus au quotidien.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION.....	18
I. PRE REQUIS : GENERALITES SUR LA TRANSITION MENOPAUSIQUE	19
A. <i>Définitions</i>	19
B. <i>Physiologie</i>	20
C. <i>Présentation Clinique et Diagnostic</i>	22
II. DIMENSION FEMININE DE LA PERI MENOPAUSE	23
A. <i>Vécu des femmes</i>	23
B. <i>Attentes des femmes</i>	24
1. Les attentes en matière de contraception :	24
2. Les attentes vis-à-vis de leur médecin	26
a. Une place du médecin généraliste encore ambivalente	26
b. Un choix au centre des préoccupations	27
c. Une contraception personnalisée	28
d. Devenir des grossesses chez les femmes de plus de 40 ans.....	29
e. Un pilier de l'information : le « médecin accompagnateur »	32
INTÉRÊT DE NOTRE ÉTUDE.....	33
MÉTHODOLOGIE	34
I. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE THEME	34
II. MODE DE RECUEIL : FOCUS GROUP	35
A. <i>Choix de la méthode</i>	35
B. <i>Guide d'entretien</i>	35
C. <i>Constitution de la population de l'étude</i>	36
D. <i>Déroulement des entretiens</i>	36
E. <i>Traitement et analyse des données</i>	37
RÉSULTATS.....	38
I. DONNEES GENERALES	38
A. <i>Caractéristiques des entretiens</i>	38
B. <i>Caractéristiques de la population d'étude</i>	39
1. Caractéristiques socio démographiques	39
2. « Expérience face au sujet ».....	40
II. RESULTATS DE L'ÉTUDE	41
A. <i>Les compétences médicales</i>	41
1. Une définition variée	41
2. Une thématique abordée par le médecin	42
3. Des compétences techniques	42
B. <i>Le rôle du médecin généraliste : au-delà d'une prescription ?</i>	45
1. L'anticipation.....	45
2. L'information et L'accompagnement pour	45
3. L'écoute.....	46
4. La négociation	46
C. <i>Une continuité et coordination des soins</i>	47
1. La collaboration entre différents acteurs de soins.....	47
2. L'organisation d'une consultation dédiée : une lutte ?	47
3. L'organisation du suivi gynécologique à cette période de la vie : une difficulté ?.....	48
D. <i>L'exploration des différents déterminants de la contraception : l'approche globale</i>	49
1. L'approche centrée patiente.....	49
a. Une période « Tabou » ?	49
b. Une alliance thérapeutique	51
2. L'approche du couple.....	52

a.	La sexualité : ses préjugés et ses réalités	52
b.	La place de l'homme.....	53
ANALYSE ET DISCUSSION		54
I.	ANALYSE DE LA METHODE ET DES BIAIS	54
II.	ANALYSE DES RESULTATS	55
A.	<i>Aborder la contraception en période de transition ménopausique : une nécessité</i>	<i>55</i>
1.	Aborder la contraception et la pré ménopause : le rôle du médecin	55
2.	La consultation de contraception : un enjeu	57
3.	Une prise de risque : la confrontation avec les patientes.....	58
B.	<i>Le choix de la méthode contraceptive en pré ménopause : de l'information à la décision.....</i>	<i>59</i>
1.	Une information incontournable par le médecin référent en santé.....	59
2.	Arrêter les œstro-progestatifs à tout prix.....	60
3.	Les alternatives contraceptives en pré ménopause : la pilule micro progestative et le stérilet.....	61
a.	La pilule micro progestative	61
b.	Le stérilet.....	61
C.	<i>La contraception définitive : le retour des hommes dans la prise en charge contraceptive</i>	<i>63</i>
CONCLUSION.....		64
BIBLIOGRAPHIE		65
ANNEXES.....		70
I.	GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL.....	70
II.	GUIDE D'ENTRETIEN AVEC MODIFICATION APRES DEUX FOCUS GROUPES.....	71
III.	QUESTIONNAIRE DE RECUEIL « DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES »	72
IV.	CARTE CONCEPTUELLE N'VIVO : EXTRAIT DES RESULTATS	73
V.	RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	74
RÉSUMÉ		75

Liste des Abréviations

ANAES	: Agence Nationale de l'accréditation et de l'évaluation en Santé, regroupée depuis 2004 en une commission au sein de l'HAS
HAS	: Haute Autorité de Santé
LH-RH	: Luteinizing Hormone Releasing Hormone (gonadolibérine)
FSH	: hormone Folliculostimulante
LH	: hormone lutéinisante
IST	: infections sexuellement transmissibles
DIU	: dispositif intra utérin
URML	: Union Régionale des Médecins Libéraux
IVG	: Interruption volontaire de grossesse
DU	: Diplôme Universitaire
GNP	: Grossesse non prévue
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
CNGOF	: Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français

INTRODUCTION

La période pré ménopausique est souvent considérée comme un chamboulement dans la vie d'une femme, comme une sorte de puberté à l'envers. C'est une période charnière de la vie génitale de la femme, qui marque « la fin » ou plus durement, « le déclin » de la vie reproductive.

Cette période de transition est complexe, de par ses multiples représentations pour les femmes, les interrogations qu'elle suscite, son panel varié de symptômes. Autant de caractéristiques qui font que la prise en charge, par les médecins, peut s'avérer difficile.

Le vécu des femmes est alors très variable, allant de l'absence de symptômes chez certaines jusqu'à l'apparition de manifestations très invalidantes. Cette période est, d'autant plus complexe, qu'elle se voit fréquemment associée à des modifications de l'environnement familial, social, et professionnel. Sa gestion devient alors déterminante pour améliorer la qualité de vie des femmes et favoriser une entrée sereine dans la période de ménopause.

Par définition, la péri ménopause concerne les femmes à partir de l'âge de 40 ans, avec un âge moyen de survenue estimé à 47,5 ans (1). C'est à partir de cet âge, que l'ANAES, recommande une « réévaluation de la contraception » (2).

Le médecin généraliste, premier interlocuteur de soins voué à une activité de gynécologie croissante, est amené à être confronté quotidiennement à cette situation clinique. On retrouve dans la littérature, le recueil de l'avis des femmes, des patientes, quarantennaires sur leurs attentes et besoins, vis-à-vis de leur contraception.

Cependant, le point de vue des médecins généralistes n'a jusqu' alors, jamais été exploré. La multitude de paramètres, tant médicaux, qu'environnementaux, sociaux, familiaux représentent-ils un obstacle, pour les médecins généralistes ?

Au cours de mes premiers mois d'exercice en tant que remplaçante, j'ai été confrontée à des situations de renouvellement de contraception où les patientes exprimaient des difficultés en lien avec ces changements hormonaux, impactant leur vie quotidienne quand nous discutons de la tolérance de leur contraceptif. J'avais la sensation de ne pas pouvoir leur apporter de réponses ou solutions concrètes à leurs problématiques, par manque de connaissance technique. Je me retrouvais alors souvent avec pour seule option de prendre un temps d'explication sur les variations qu'elles étaient en train de connaître ou encore qu'elles allaient traverser. Ma réflexion s'est alors portée sur le vécu de mes pairs : Comment accompagnent-ils leurs patientes ? Comment gèrent-ils, adaptent-ils la contraception ?

Cette thèse s'intéressera, donc, à recueillir le ressenti, les méthodes de gestion, les avis, et potentielles difficultés des médecins généralistes concernant la contraception des femmes en période de transition ménopausique.

I. Pré requis : Généralités sur la transition ménopausique

A. Définitions

La ***péri ménopause*** est définie selon l'OMS, comme étant la période pendant laquelle apparaissent des signes cliniques et/ou biologiques annonçant l'approche de la ménopause (3), et se termine une année, au moins après les dernières règles (4). Elle correspond à la période de transition entre l'activité ovarienne « normale » et la ménopause (4). Elle est une étape obligatoire dans la vie génitale de la femme, dont l'âge moyen d'entrée est estimé à 47,5 ans. Elle dure entre deux et quatre ans (1).

Il s'agit donc d'une période durant laquelle survient une variabilité des cycles et/ou le début des symptômes de réduction de l'activité ovarienne. Physiologiquement, elle est marquée par un déclin progressif de l'activité folliculaire (5).

La ***pré ménopause*** est souvent distinguée de la péri ménopause, comme étant la période de début de modifications hormonales, débutant avant 40 ans (6).

La ***ménopause*** quant à elle, correspond à l'arrêt des menstruations par arrêt de l'activité folliculaire. Elle est la conséquence d'une insuffisance ovarienne acquise. Son diagnostic repose sur une aménorrhée de plus de douze mois. On estime que son âge de survenue est de 50 ans à 51 ans et demi (5).

B. Physiologie

Pour mieux appréhender le mécanisme de la péri ménopause, revenons succinctement sur la physiologie du cycle menstruel.

Le cycle menstruel dure en moyenne 28 jours. Il est composé de trois phases : la phase folliculaire, l'ovulation et la phase lutéale. Ce cycle répond à un contrôle hormonal.

La phase folliculaire ou phase pré ovulatoire correspond à la prolifération de l'endomètre et au développement du follicule dominant par stimulation œstrogénique.

Elle correspond à la période allant du 1^{er} au 14^e jour du cycle. Sous l'action de LH-RH, secrétée par l'hypothalamus, l'hypophyse va sécréter à son tour de la FSH et LH. Celles-ci vont avoir pour effet de stimuler la croissance des follicules primordiaux, à l'origine de la sécrétion d'œstrogènes.

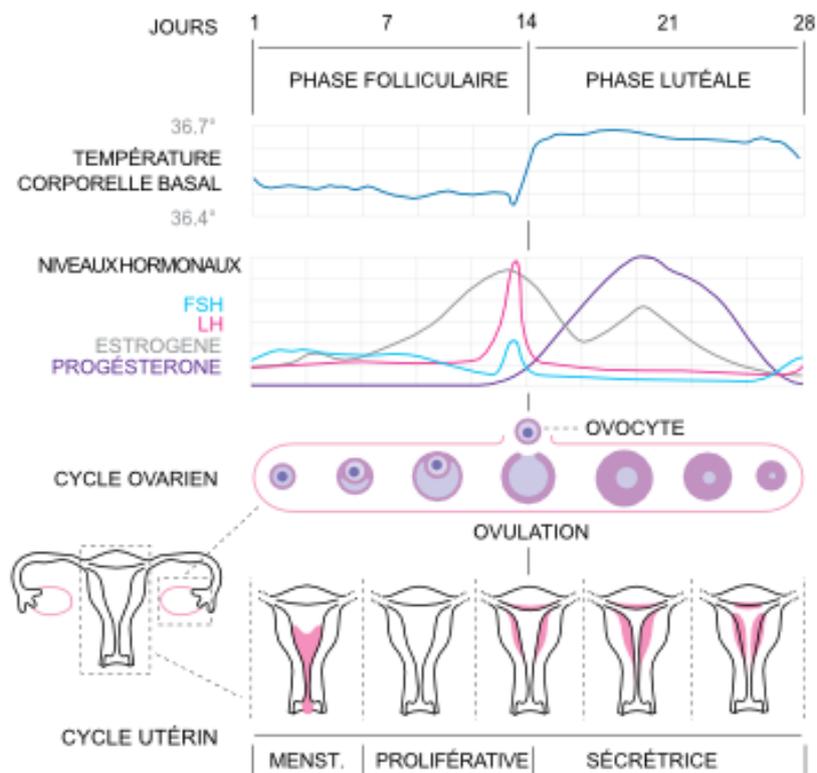


Figure 1 : Le cycle menstruel (7)

À partir d'un certain seuil d'œstrogènes, le rétrocontrôle négatif sur l'hypophyse va s'interrompre, entraînant une décharge de LH.

L'ovulation a lieu après le pic sécrétoire de LH. Ce phénomène a lieu en moyenne, au 14^e jour du cycle.

Lors de **la phase lutéale**, du 15^e au 28^e jour, le follicule dominant impliqué dans l'ovulation, se transforme en corps jaune. Celui-ci va sécréter de la progestérone et des œstrogènes. Son involution se fera en quatorze jours, en l'absence de fécondation.

La chute progressive des stéroïdes sexuels (progestérone et œstrogènes) va ainsi, stimuler l'axe hypothalamo-hypophysaire pour débiter un nouveau cycle (8).

Au cours de la péri ménopause, on distingue deux phases : une phase d'insuffisance lutéale, avec hyper œstrogénie puis une phase d'alternance d'hypo-œstrogénie et reprise d'activité ovarienne (3). Leur durée est variable d'un sujet à l'autre.

La phase d'insuffisance lutéale correspond à une période d'hyper-œstrogénie relative. Elle est caractérisée par un appauvrissement du stock folliculaire, entraînant une élévation de la FSH. Cette élévation a pour conséquence l'augmentation de la production d'œstrogènes, entraînant une accélération de la maturation folliculaire, expliquant le raccourcissement des cycles (3). Les cycles deviennent anovulatoires ou avec des ovulations de moins bonnes qualités. Le corps jaune produit secrète en conséquence, moins de progestérone (4).

Par la suite, on retrouve une alternance de périodes d'hypo fonctionnement des ovaires responsable d'hypo œstrogénie, et de périodes d'hyperstimulation des ovaires responsables de syndromes prémenstruels.

Au fur et à mesure du vieillissement ovarien, le nombre de follicules décroît. Ils deviennent résistants à la stimulation par FSH, expliquant l'hypo œstrogénie qui s'installe. Il arrive cependant, que certains follicules répondent à la stimulation par FSH, entraînant une maturation pluri folliculaire, responsable d'hyper œstrogénie (4).

Cela abouti à un épuisement complet de la réserve folliculaire ovarienne, entraînant un arrêt du fonctionnement des ovaires. La ménopause correspond donc à une carence œstrogénique définitive. Biologiquement, on retrouve un effondrement de l'œstradiol et élévation des gonadotrophines concernant surtout la FSH (par absence de rétrocontrôle) (9).

C. Présentation Clinique et Diagnostic

La symptomatologie découle des perturbations hormonales (4)(3)(1). Les manifestations cliniques d'hyper œstrogénie sont :

- Mastodynies
- Pesanteur pelvienne
- Prise de poids
- Manifestations neuro végétatives (asthénie, nausées, trouble du transit...)
- Céphalées
- Trouble anxieux (irritabilité, agressivité, angoisse)
- Pathologies gynécologiques œstrogéno-dépendantes : hyperplasie endométriale, adénomyose, fibromyomes utérins

Dans un second temps, apparaissent les manifestations d'hypofonctionnement ovarien soit d'hypo œstrogénie, en alternance avec des phases d'hyper œstrogénie :

- Bouffées vasomotrices
- Dyspareunies par sécheresse vaginale
- Troubles de l'humeur
- Troubles du sommeil
- Baisse de la libido
- Troubles génito-urinaires (cystites à répétition, incontinence urinaire...)

Considérant les variations et fluctuations hormonales expliquées précédemment, on comprend aisément que le diagnostic de péri ménopause ne peut se faire sur des tests biologiques. Il repose sur la prise en compte des signes cliniques, des antécédents menstruels et de l'âge de la patiente (6)(10).

II. Dimension féminine de la péri ménopause

A. Vécu des femmes

La période de transition ménopausique est considérée comme une période difficile pour certaines femmes tant par les manifestations cliniques sus- citées mais également du fait d'un environnement familial et socio professionnel pouvant devenir instable ou incertain.

En effet, on peut observer à cette période de la vie des bouleversements familiaux comme le décès ou maladie de parents proches, le départ des enfants, ou encore l'installation de difficultés conjugales (3)(11).

Cette période est considérée comme « charnière » compte tenu des variations extrinsèques (environnement) et intrinsèques à chacune. Parmi les difficultés rencontrées, on retrouve notamment la modification de leur image corporelle, le sentiment de manque d'attractivité, l'image qu'elles renvoient à la société, à leur conjoint en lien avec les craintes générées par la perte de féminité en perdant la capacité de fécondation (12)(13).

Dans la littérature, plusieurs études ont étudié l'impact de la péri ménopause sur la qualité de vie des femmes. Ce phénomène est important à comprendre au vu de son caractère universel. Les femmes ne se soucient plus seulement de vivre longtemps, mais de vivre mieux : en bonne santé, sans maladies ou symptômes désagréables empêchant de profiter de leurs relations, travail et loisirs (11)(14).

L'implication de la péri ménopause sur la qualité de vie est en lien avec les changements hormonaux mais surtout en lien avec les changements environnants accompagnant cette période de la vie (15). Cela se comprend sur la définition même de la qualité de vie qui est « un état de bien-être physique, mental et social complet et non simplement l'absence de maladie, d'infirmité » (16).

Les modifications hormonales ont un rôle d'amplificateurs des problèmes du quotidien : troubles du sommeil dus aux symptômes vaso-moteurs, humeur dépressive et anxiété en lien avec un syndrome pré menstruel sévère, insatisfaction dans leur couple par diminution de libido, dyspareunie... (17)(18)(19)(20).

B. Attentes des femmes

1. Les attentes en matière de contraception :

La contraception tient une place importante dans la vie des femmes et cela quel que soit l'âge (21). Avec la contraception, ce sont la fécondité et la fertilité qui s'expriment et implicitement la jeunesse.

C'est notamment, lors de la transition ménopausique que les femmes ne veulent plus se « tracasser » pour leur méthode contraceptive, pour pouvoir se concentrer sur d'autres aspects de leur vie, comme par exemple vivre pleinement leur sexualité (22) (23).

Cependant, les attentes en matière de contraception évoluent avec l'âge. Les femmes les plus jeunes répondent souvent à un stéréotype contraceptif compte tenu de leur situation affective, l'absence d'enfant et leur futur désir de grossesse.

Leur contraception se porte initialement sur le préservatif puis sur la pilule contraceptive, ne laissant que peu de place au DIU, implant... Cela évoque une situation « normée », « standardisée ». La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif dans l'entrée dans la sexualité puis par la prise d'un contraceptif oral (24)(25). Celui-ci dans l'esprit collectif est transitoire, n'impact pas la fertilité, ne fait pas prendre de risque d'infertilité (26)(27). L'objectif de la contraception est alors sa réversibilité rapide (si désir de grossesse ou contraception devenue inutile) et son moindre impact sur le corps. Bien évidemment, cela est associé à la recherche du moins d'effets secondaires possible (prise de poids, nausées...) et une facilité de prise.

Les femmes de plus de 40 ans ont un passé contraceptif et leurs attentes évoluent en fonction de leurs expériences. Elles attendent de leur méthode contraceptive : une efficacité, conscientes du risque de grossesse, un confort d'utilisation et un confort dans leur vie sexuelle (22). Les patientes aspirent à une contraception sans contraintes, qui puisse améliorer les potentiels symptômes de péri ménopause (28).

Dans une étude menée sur les femmes de plus de 40 ans et leur contraception (2008, Angers), il était mis en avant que les trois méthodes de contraception les mieux connues par ces femmes étaient : la pilule, le stérilet et le préservatif.

Pour le panel interrogé, la pilule était la mieux connue, car « apprivoisée » souvent depuis le début de leur vie contraceptive. Le DIU pouvait encore soulever des craintes quant à la gêne liée à la présence d'un corps étranger, ou encore quant au risque infectieux voir au risque de déplacement. Le préservatif quant à lui ne semblait pas adapté, vécu comme un frein à l'épanouissement de leur vie sexuelle, difficile à envisager dans une vie de couple stable (22). Malgré son caractère protecteur vis-à-vis des IST reconnu par les femmes, elles estimaient le préservatif être une « contraception de jeunes ».

Par ailleurs, la contraception définitive y était abordée. Elle n'était pas considérée comme une contraception usuelle mais comme un acte chirurgical issu d'une décision médicale. L'évocation de cette stérilisation soulevait des craintes de perte de féminité, des peurs de revenir sur leur décision.

DIU, contraception orale et préservatifs sont donc les contraceptifs les mieux connus par les femmes comme le confirme une autre étude menée en Loire Atlantique (23). Ils sont par ordre de fréquence, les trois moyens de contraception les plus utilisés par les femmes de 35 à 44 ans, comme le montre l'enquête « Baromètre Santé 2016 : contraception », en France comme en Europe (29) (21). Par ailleurs, l'absence de contraception prend une place prépondérante à partir de 45 ans. (27)

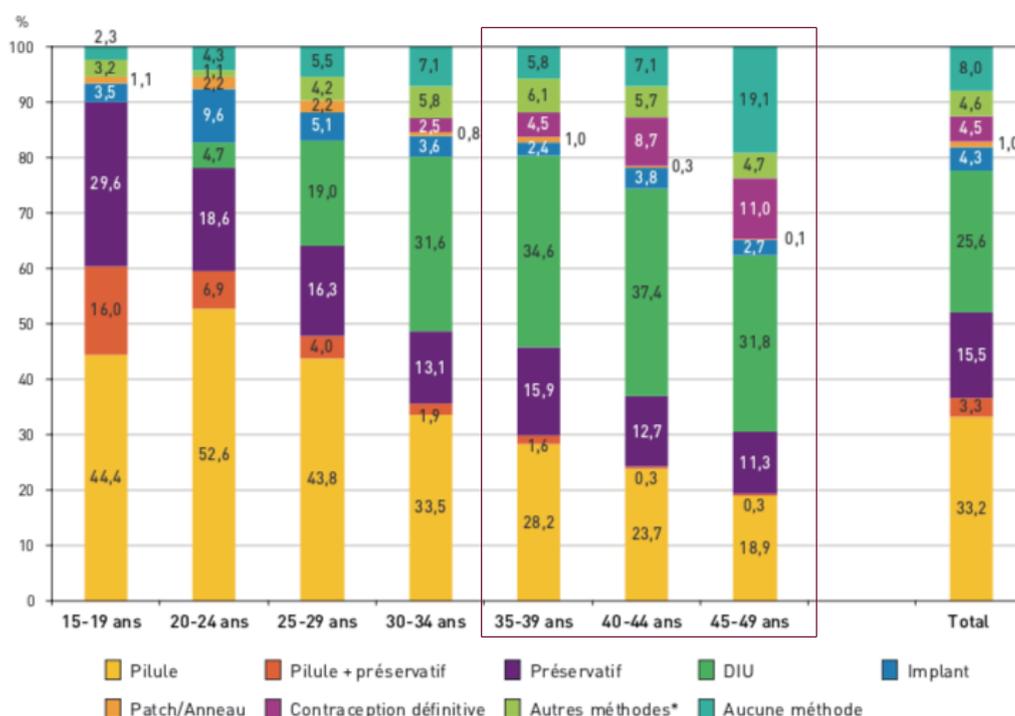


Figure 2 - Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes selon leur âge (11)

2. Les attentes vis-à-vis de leur médecin

a. Une place du médecin généraliste encore ambivalente

En France, la majorité des actes de gynécologie sont réalisés par les gynécologues (30). Cependant, l'activité de gynécologie des médecins généralistes est vouée à être croissante de par le profil démographique de la population de gynécologues.

En France en 2016, 1212 gynécologues médicaux exerçaient sur le territoire, avec une densité médicale de 3,5 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes. A l'horizon 2030, les projections montrent une tendance à la diminution avec une évolution moyenne de – 22% des effectifs sur le territoire. Parmi les raisons à cela, on retrouve le vieillissement de la population de gynécologues en exercice avec un âge moyen de la profession en 2016 estimé à 60 ans. De plus, on remarque un rapport entrant/ sortant qui déjà en 2013, était sur le négatif : 22 entrants pour 98 sortants.

En Normandie (Calvados, Eure, Manche, Orne, Seine Maritime) on comptait en 2018, 36 Gynécologues Médicaux inscrits au CNOM (conseil national de l'ordre des médecins) (31). La densité médicale de gynécologues médicaux était de 2,3 pour 100 000 femmes (32). Au vu des projections de la spécialité de gynécologie, l'URML de Normandie lançait une enquête auprès des médecins généralistes normands en 2017, montrant que 90% d'entre eux assuraient tout ou une partie du suivi gynécologie, 89% étaient attachés à cette pratique et 99% assuraient des consultations de contraception.

Selon l'observatoire Thalès, en France, le nombre moyen de consultations pour un motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an. Ce chiffre croit avec l'âge (33). Parmi leurs actes de gynécologie, 35% à 50% sont consacrés à la contraception. Les médecins généralistes sont les prescripteurs de plus de 50% des contraceptifs (34).

Cependant, il existe une réticence de la part des patientes à effectuer leur suivi gynécologique auprès de leur médecin de famille. D'après un sondage de l'institut BVA, les femmes méconnaissent les compétences en matière de gynécologie du médecin généraliste (30). Il semble que les patientes redoutent d'évoquer les questions qui relèvent de l'intime avec leur « médecin de famille » mais également, redoutent un examen gynécologique (35).

Effectivement, une étude d'opinion réalisée auprès de patientes, en Midi-Pyrénées (2010) soulignait que 53% des patientes (sur 337 incluses) n'hésiteraient pas à consulter leur médecin pour un motif de gynécologie. Cependant, 45% d'entre elles préféreraient consulter un gynécologue si elles bénéficiaient de cette possibilité. Parmi les femmes interrogées, les plus réfractaires à une consultation de gynécologie « non urgente » chez leur médecin généraliste étaient la catégorie 31- 45 ans (36).

b. Un choix au centre des préoccupations

Dans une étude française sur la contraception des femmes de 15 à 45 ans, 96% des interrogées (total interrogées 5963) considéraient comme important le choix de leur méthode contraceptive (21).

Les patientes sont au centre du choix. Les femmes ont montré un désir d'autonomie et contrôle du choix de leur méthode contraceptive. Pour cela, elles ont besoin de confronter leur connaissances et expériences à celles de leur médecin (22).

La finalité étant l'obtention d'une contraception adaptée à leur mode de vie. Une expérience positive avec sa méthode contraceptive est le garant d'une bonne observance, une meilleure satisfaction et donc un moins grand nombre d'échec (37) (38).

Dans l'optique d'un choix de contraceptif toujours plus adaptée, une étude menée sur les femmes Européenne (France, Allemagne, Suède, Roumanie, Royaume Uni) a montré qu'elles avaient des lacunes sur les mécanismes d'action des méthodes contraceptives. Elles souhaitent que les médecins pallient à ce manque de connaissances afin de mieux les comprendre, et de mieux les aider à les utiliser (29).

c. Une contraception personnalisée

En 2004, l'ANAES réaffirmait la nécessité de réévaluer l'adéquation de la contraception à partir de 35- 40 ans (2). La méthode contraceptive des femmes doit évoluer pour « prendre en compte outre ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications »(39). L'enjeu et la difficulté de la prescription de la contraception est sans nul doute son caractère multidimensionnel.

Le médecin doit s'attacher à trouver une méthode adaptée sur le plan purement médical aux antécédents, aux facteurs de risques nouveaux, et aux symptômes de dys-régulation hormonale, tout en prenant compte les critères psycho sociaux (compréhension de la méthode, vie affective, vie sexuelle, niveau de vie ...) spécifiques à chacune.

Cette décision doit se prendre de façon conjointe avec la patiente, où finalement le professionnel de santé doit pouvoir donner des conseils adéquats pour guider la patiente dans ses choix.

Certaines femmes cependant, n'auront aucune volonté de s'impliquer dans cette décision et s'en remettront entièrement au choix du professionnel de santé (40). L'objectif est d'obtenir une bonne acceptation d'une contraception la plus personnalisée possible (41), dans le but d'éviter une grossesse non désirée.

d. Devenir des grossesses chez les femmes de plus de 40 ans

Pour le « baromètre santé, contraception » en 2016, environ 20% des femmes âgées de 45 à 49 ans déclaraient n'utiliser aucune contraception, soit le double comparativement à la moyenne (8%) pour les 15-49 ans (27).

Des proportions similaires ont été retrouvées dans une enquête réalisée auprès des femmes de plus de 40 ans en 2012. En effet, les non utilisatrices de contraceptif était 23% (32 femmes sur 134 interrogées) (23).

L'absence de désir de grossesse évolue alors conjointement à l'absence de contraception, comme illustré ci-dessous.

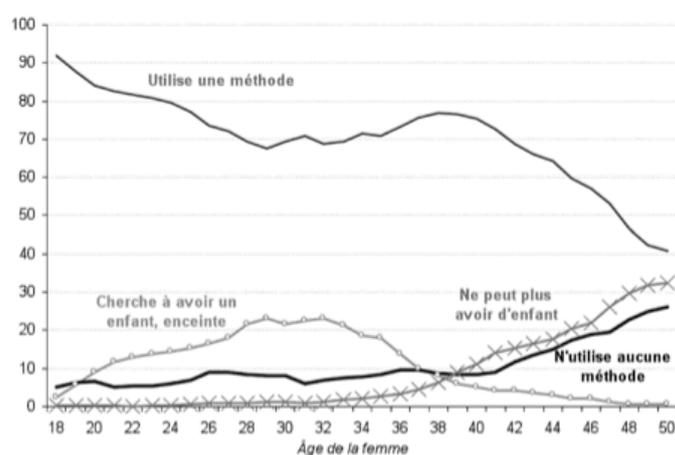


Figure 3 - Prévalence contraceptive selon l'âge de la femme (42)

Les idées reçues des couples sur leur propre fertilité apparaissent être un frein au recours contraceptif (35). Pour eux, l'âge avançant, le risque devient marginal (42). Effectivement, la fertilité diminue avec l'âge. On considère qu'elle chute à partir de l'âge de 40 ans et s'effondre à partir de l'âge de 45 ans.

Cependant, le risque n'est pas nul. Le nombre de grossesse chez les femmes de plus de 40 ans, est passé de 8 000 naissances par an en 1976 à 43 000 en 2016. Les taux de grossesses non prévues (GNP) sont plus élevés aux âges extrêmes : moins de 20 ans et plus de 40 ans. Pour ces dernières, les GNP sont sources d'une demande fréquente d'IVG (43).

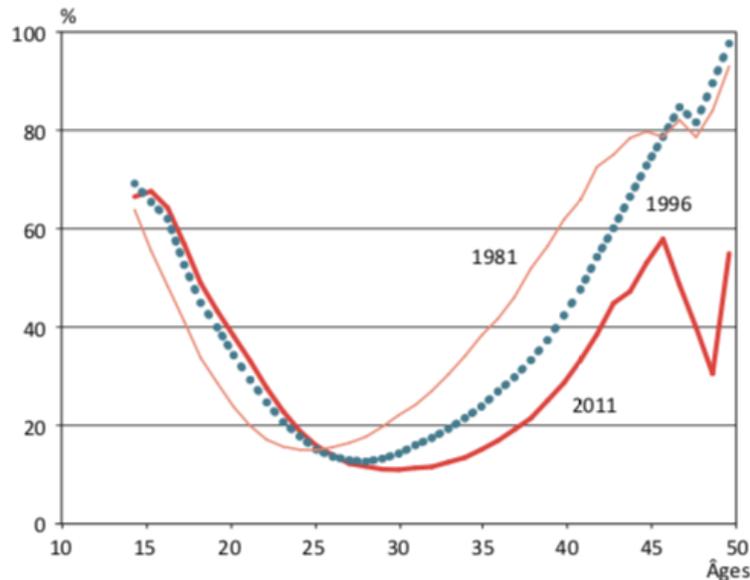


Figure 4 - Part d'IVG pour 100 grossesses (exclusion des fausses couches spontanées et enfants mort-nés)(44)

L'IVG fait alors encourir un risque certes physique mais surtout psychique. Ces femmes peuvent se retrouver bouleversées par cette décision. Elles qui n'y avaient jamais eu recours, se trouvent confrontées à cela. Leur vie a évolué et l'arrivée d'un nourrisson n'est pas souhaitée, leurs objectifs et envies de vie étant différentes.

En 2015, on dénombrait 14,4 IVG pour 1000 femmes (chiffres stables depuis 2006). Les IVG étaient plus fréquentes pour la tranche d'âge des 20 – 24 ans.

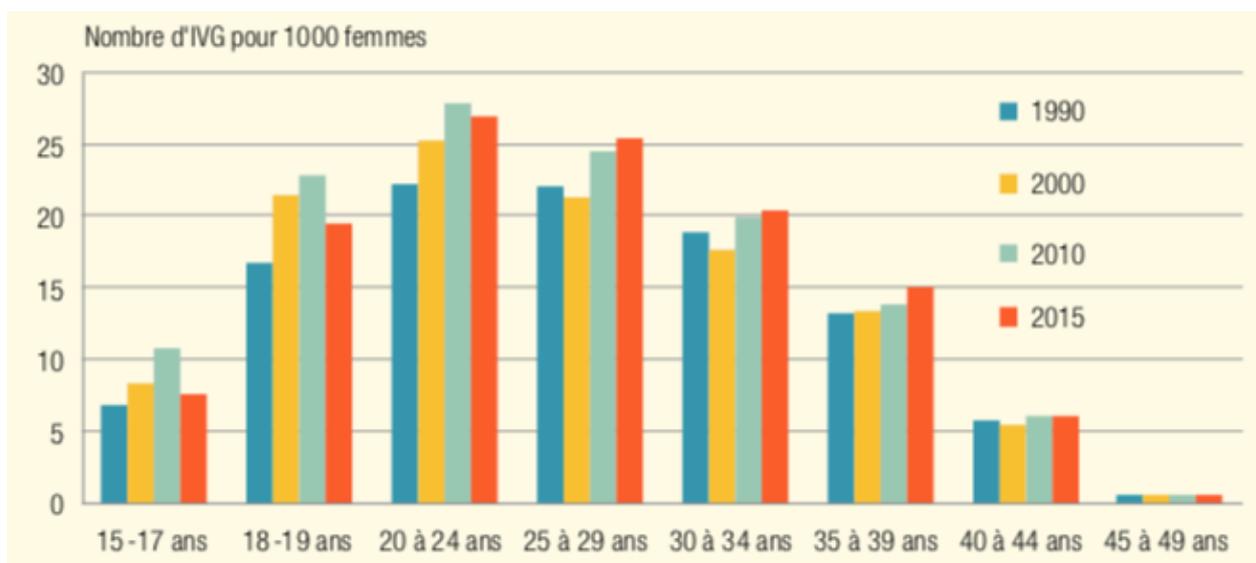


Figure 5 - Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2015 (45)

En 2005, on remarquait un rapport IVG – Naissance encore à 50 IVG pour 100 naissances chez les femmes de plus de 40 ans. Pour nuancer ce résultat, il existe une nette diminution de ce rapport depuis les années 90.



Figure 6 - IVG par naissance de 1990 à 2009 (46)

Les grossesses après 40 ans si elles sont poursuivies exposent au risque de « grossesse tardive ». Celles-ci sont des grossesses à risque de complications (28). L'âge constituant un risque maternel (hypertension gravidique, diabète gestationnel, hémorragies post-partum, césarienne...) et foetal (aneuploïdie, fausse couche spontanée, prématurité...) (17).

e. Un pilier de l'information : le « médecin accompagnateur »

Le professionnel de santé joue un rôle majeur puisqu'il est la principale source d'information dans le domaine de la contraception (29). Dans une étude, menée en Loire Atlantique, les patientes âgées de plus de 40 ans, déclaraient pour 86% d'entre elles, avoir reçu des informations en matière de contraception par leur médecin. Les autres sources d'informations retrouvées étant les médias et l'entourage (respectivement 33% et 25%) (23). Ces modes d'informations sont beaucoup plus développés pour les jeunes femmes.

Ces données se confirment dans la littérature en France. En effet, dans une étude de satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraception, sur les 5963 femmes interrogées 93% d'entre elles pensaient qu'il fallait parler du choix de contraception avec leur médecin mais seulement 79% d'entre elles le faisaient réellement (21).

Le médecin pour aider la femme à choisir sa contraception doit s'intéresser à savoir « ce qu'elle a », « ce qu'elle fait », « ce qu'elle sait », « ce qu'elle croit », « ce qu'elle ressent » et « ce dont elle a envie » (40).

Par ailleurs, à cette période de la vie, le temps de prescription de la contraception est également un temps dédié à l'information, l'enseignement, et les explications des modifications hormonales à venir. La péri ménopause est une période souvent méconnue des femmes, confondues avec la ménopause, qui est elle-même source d'idées reçues (47)(48). Dans une revue de la littérature portant sur les interventions psycho-sociales en péri ménopause, on retrouve une volonté des femmes à être informée de ces changements et leurs conséquences (49). Une meilleure compréhension permet d'avoir une expérience plus positive de cette période, et diminuer l'inconfort. Par le biais de l'information, les femmes sont plus engagées dans leur santé et participent activement à leur propre bien être (49). La compréhension apportée semble permettre l'amélioration de symptômes pré ménopausiques (15).

A cette période de la vie, les règles hygiéno-diététiques comme l'arrêt du tabac, l'équilibre alimentaire et l'activité physique semblent jouer un rôle important dans le contrôle des symptômes pré ménopausiques et font donc partie intégrante de la prise en charge (49)(47).

De plus, les qualités d'écoute et d'empathies sont les qualités que les patientes attendent de leur médecin généraliste lors de la péri ménopause, au-delà de la prescription elle-même (12)(49).

L'écoute, les conseils, les explications et l'anticipation apparaissent essentiels. Il s'agit de consultations « où la femme est considérée dans son ensemble, où la malade est plus importante que la maladie, où l'écoute prend – s'il le faut prend le pas sur cette ordonnance qui souvent reste lettre morte » (50).

INTÉRÊT DE NOTRE ÉTUDE

Les patientes en période de transition ménopausique ont des attentes vis-à-vis de leur contraception qui semblent être différentes des jeunes femmes. Il semble que la contraception doive non seulement s'adapter aux modifications physiques mais aussi aux possibles bouleversements psychologiques, sociaux, familiaux, économiques, liés à cette période de la vie.

Il apparaît nécessaire que le temps de consultation dédié à la contraception soit systématiquement associé à un temps d'informations et d'explications pour les femmes sur les changements à venir dans le but d'améliorer leur perception de leur qualité de vie. Cependant, les données de la littérature nous révèlent que les femmes méconnaissent ou ont des connaissances erronées de la transition ménopausique tant sur ses symptômes que sur ses possibilités de prise en charge.

L'implication actuelle et à venir des médecins généralistes dans la prise en charge gynécologique des femmes nous fait nous interroger sur leur vécu dans l'abord et la gestion de la contraception des femmes à cette période de leur vie.

L'objectif de notre étude était d'explorer les ressentis des médecins généralistes au sujet de la contraception en péri ménopause : son abord, les compétences nécessaires pour sa gestion et les difficultés ou facilités à prendre en compte les différents champs de la vie des femmes qui sont impliqués et évoqués via la contraception.

MÉTHODOLOGIE

I. Méthode de recherche bibliographique sur le thème

Nous avons élaboré une liste de mots clés puis cherché leur correspondance dans le langage MesH français et anglais, via DocCismef, présentés dans le Tableau 1. Cela nous a ainsi, permis d'élaborer différentes combinaisons de recherche sur les sites de référence anglophones et francophones :

PubMed,
BDSP (Banque de Données en Santé Publique),
EMC (Encyclopédie Médico Chirurgicale),
Sudoc,
Google Scholar,
DocCismef,
Revue médicales,
Catalogue de recherche de la bibliothèque Universitaire de Médecine et Pharmacie de Rouen.

Mots Clés	MesH français	MesH Anglais
Contraception	Contraception Méthode contraceptive Contrôle de la fécondité	Contraception Birth Control Fertility Control
Pré ménopause	Pré ménopause Période pré ménopausique	Premenopause Period Pre menopausal
Péri ménopause	Péri ménopause	Perimenopause
Ménopause	Ménopause Retour d'âge	Menopause Change of life, female
Médecine Générale	Médecine générale Médecin de famille	General practice
Qualité de vie	Qualité vie QdV	Life Quality Health Related Quality of Life

Tableau 1- Mots clés et correspondances MesH

II. Mode de recueil : Focus Group

Nous avons fait le choix de la méthode qualitative pour répondre à notre question de recherche. Le recueil des données se faisant par entretiens de groupe ou « groupe d'expression », encore nommés « focus group ».

A. Choix de la méthode

La recherche qualitative présente un intérêt pour la description, l'observation et l'exploration des interactions entre les phénomènes sociaux, psychologiques, et bio médicaux (51). Elle permet de mettre en avant les déterminants des comportements, intervenants dans la prise en charge médicale (52).

Notre choix s'est porté sur les Focus Groupes du fait de l'obtention par ce type d'entretien d'une dynamique de groupe, stimulant les différents points de vue, révélant les expériences individuelles et partagées. Cela permettant de mieux comprendre les opinions, motivations et comportements (53).

B. Guide d'entretien

La réalisation des entretiens de groupe a nécessité la réalisation préalable d'un guide d'entretien. Celui-ci, présenté en Annexe, visait à orienter et relancer la discussion par des questions ouvertes, organisé en 3 axes :

1. Introduction au sujet de la péri ménopause : ce qu'elle représente pour le médecin et son abord en consultation
2. Si la modification de contraception paraissait nécessaire : quels types de contraception proposer ? quels facteurs influençant le choix ?
3. Quelles sont les difficultés et freins de la prise en charge contraceptive à cette période de la vie de la femme ?

Le guide d'entretien a évolué, au fur et à mesure de la progression de la recherche, pour être adapté aux Focus Groupes et répondre au mieux à la question de recherche.

C. Constitution de la population de l'étude

Le panel de médecins interrogés se voulait hétérogène, permettant d'obtenir un grand nombre d'expériences et de points de vue sur le sujet.

Les critères d'inclusions étaient :

- Être Médecin généraliste en Haute Normandie
- Femme ou homme
- Avoir une activité en cabinet de ville
- Être médecin installé ou remplaçant

Le critère d'exclusion était :

- Exercer dans une autre région

D. Déroulement des entretiens

Les séances se sont tenues dans des lieux neutres, qui se voulaient conviviaux et agréables. Comme le veut la méthode, afin de stimuler la discussion les participants se plaçaient autour d'une table, permettant de se voir les uns les autres (54).

Après avoir effectué une brève introduction de la question de recherche, nous avons remis aux participants un questionnaire, présenté en Annexe. Celui-ci nous a permis de recueillir des données socio démographiques (âge, sexe, lieu d'exercice...) et « l'expérience face au sujet ».

Le but de ce recueil n'était pas d'en faire une analyse quantitative mais des précisions sur la composition de notre échantillon.

Les séances ont été animées par un modérateur qui gérait la dynamique de groupe, relançait, recentrait la discussion, gérait le temps et les objectifs. Pour l'ensemble des réunions, ce rôle a été tenu par notre directeur de thèse qui avait une certaine expérience du sujet. Il était également chargé de faire préciser certaines questions, rebondir sur les remarques et questions des participants au besoin, pour ne pas qu'elles restent sans réponses. Une observatrice l'accompagnait, dont le rôle était de noter les messages et réactions non verbales des participants. Le modérateur et l'observatrice ont pris soin de ne pas donner leur point de vue au cours des entretiens pour ne pas influencer les réponses et réactions.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à deux enregistreurs numériques placés au centre de la table. Les participants étaient informés du respect de l'anonymat dans l'exploitation des données, au début de chaque enregistrement.

Le nombre de Focus group n'était pas déterminé à l'avance mais poursuivi jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle idée n'ait émergé.

E. Traitement et analyse des données

Les données obtenues, lors des entretiens, ont été retranscrites dans leur intégralité, sans reformulation, annotées des réactions non verbales. Ces retranscriptions constituaient les verbatim, servant de base pour l'analyse.

Elle consistait en une analyse thématique. Les verbatim ont été découpés et classés en fonction de l'idée ou les idées qu'ils représentaient. Ces catégories ont, ensuite, été organisées en thème. Cela a permis de générer une arborescence, répondant à la question de recherche.

Le codage du premier focus group a été réalisé par deux enquêteurs afin de limiter la subjectivité de l'analyse, et confronter les principales idées retenues.

L'ensemble du travail d'analyse a été réalisé avec le logiciel N'Vivo.

RÉSULTATS

I. Données générales

A. Caractéristiques des entretiens

Quatre focus groupes, présentés dans le Tableau 2, se sont déroulés de Avril à Juin 2019.

Focus Group	Date	Lieu	Nombre de participants	Durée
1	24/04/2019	Rouen	6	38 min
2	01/05/2019	Rouen	7	54 min
3	16/05/2019	Grand Quevilly	4	41 min
4	07/06/2019	Romilly sur Andelle	4	37 min

Tableau 2- Présentations des Focus Groupes

- Participants : 21 médecins ont participé aux entretiens
- Lieu : Le recueil de données a été réalisé pour deux d'entre eux au domicile de l'un des médecins participants et pour les deux autres au cabinet médical des participants.
- Durée : en moyenne, la durée a été de 42,5 minutes.
- Entretiens : les groupes d'entretiens ont été formés sur la base de groupes de pairs pour deux d'entre eux, les deux autres ont été réalisés avec des confrères d'un même cabinet médical, dont un avec des participants indépendants.
- Classification : chaque Focus Group s'est vu attribué, par ordre chronologique, une lettre et chaque médecin participant un nombre
 - Focus group 1 : participant de A1 à A6
 - Focus group 2 : participant de B1 à B7
 - Focus group 3 : participant de C1 à C4
 - Focus group 4 : participant de D1 à D4

B. Caractéristiques de la population d'étude

1. Caractéristiques socio démographiques

La population de médecins interrogés était composée de 16 femmes et 5 hommes. L'âge moyen des interrogés était de 41,9 ans, avec des âges extrêmes de 28 ans et 62 ans. La tranche d'âge des 25-40 ans était la plus représentée avec douze participants sur vingt et un, suivi des plus de 51 ans à hauteur de six participants, les 41- 50 ans étaient au nombre de trois.

L'ancienneté d'exercice, présentée en Figure 7, variait de 6 mois à 32 ans.

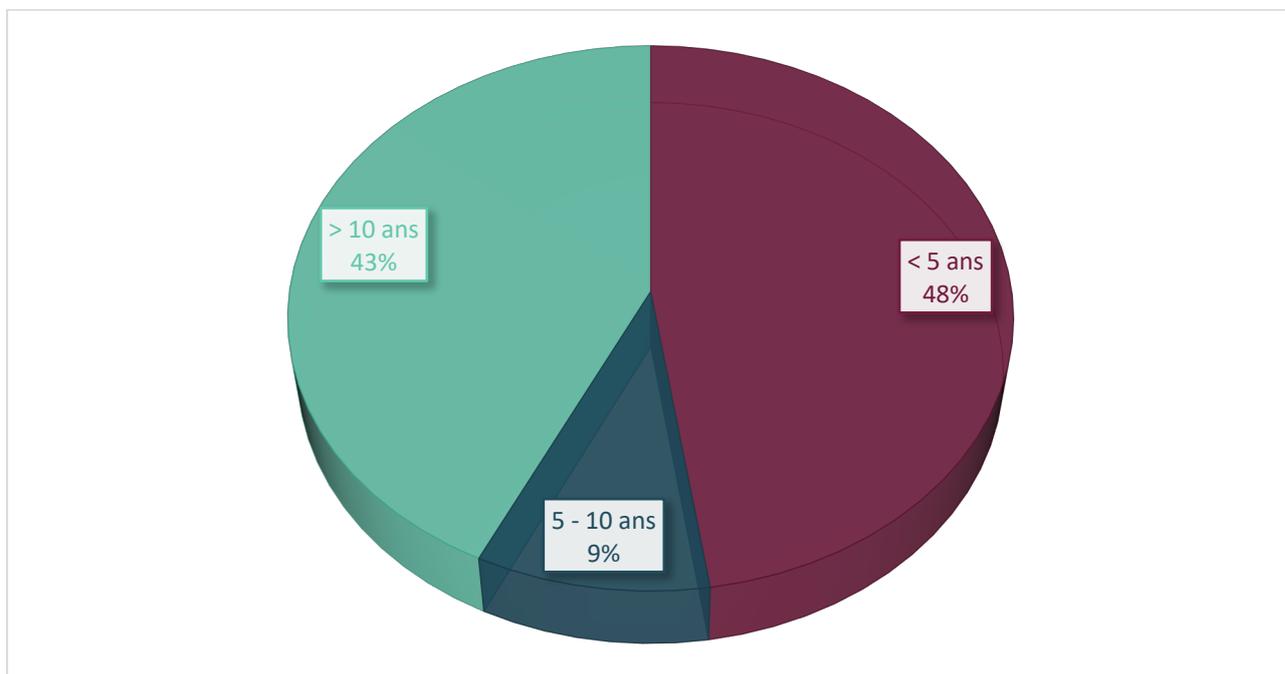


Figure 7 - Ancienneté d'exercice

Tous les participants travaillaient en cabinet de groupe. La majeure partie de l'échantillon était composée de médecin installé, deux participants étaient remplaçants.

Parmi les dix-neufs médecins installés, neuf estimaient exercer en milieu urbain, neuf autres en milieu semi-rural, et un en milieu rural.

Les deux médecins remplaçants avaient un exercice dans des cabinets principalement situés en zone urbaine pour l'un d'entre eux, et en zone semi rurale à rurale pour le second.

Treize médecins étaient maîtres de stage, sans distinction entre l'accueil d'externe et/ou d'interne.

2. « Expérience face au sujet »

La pratique de la gynécologie « au sens large » représentait une activité quotidienne pour 57% des interrogés.

La fréquence des consultations pour un motif gynécologique est présentée en Figure 8.

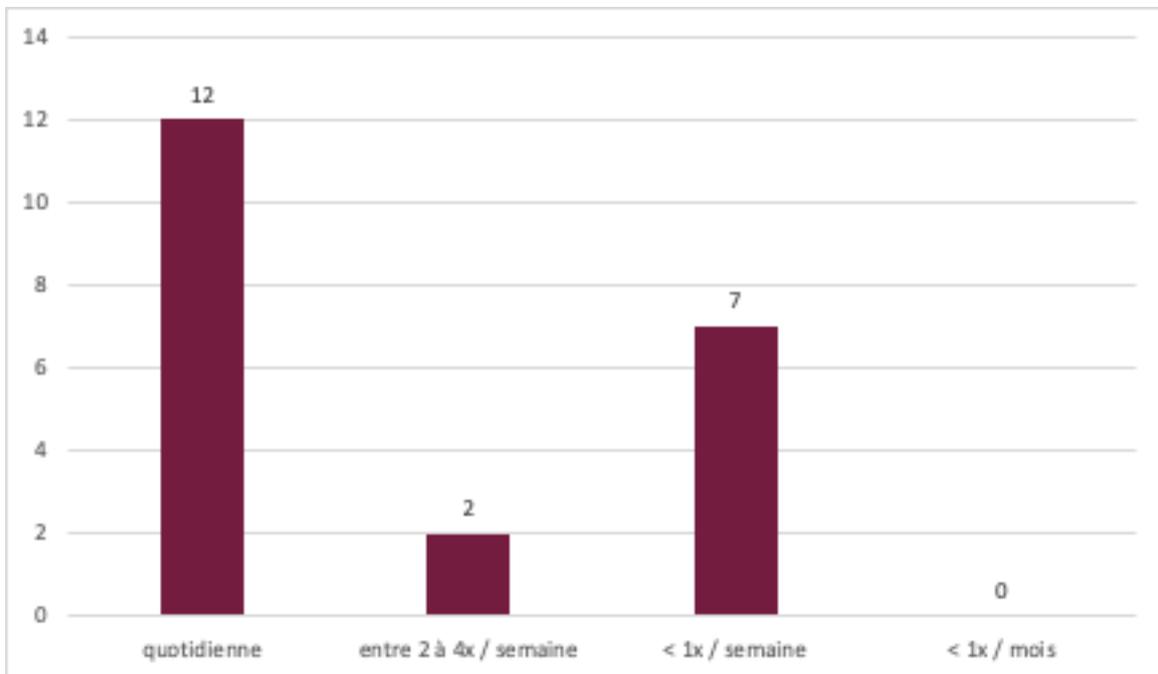


Figure 8 - Fréquence de pratique de Gynécologie

Au cours de leur internat, treize médecins ont pu bénéficier d'un stage en service de Gynécologie. 2/3 des participants, soit la majorité, n'étaient pas titulaires d'un Diplôme Universitaire de Gynécologie et n'avaient jamais participé à une formation complémentaire abordant la thématique de la péri ménopause.

La moitié des médecins ayant une pratique quotidienne de la gynécologie étaient détenteurs du DU de Gynécologie et/ou avaient participé à une formation traitant du sujet.

Sur les sept médecins ayant participé au Diplôme Universitaire, deux n'avaient pas terminé la formation. Les détenteurs du diplôme étaient majoritairement âgés de moins de 35 ans.

II. Résultats de l'étude

L'analyse thématique nous a permis d'organiser les résultats de notre étude en quatre grands axes de réponse : les compétences médicales, le rôle du médecin généraliste : au-delà d'une prescription, une continuité et coordination des soins, et une exploration des différents déterminants de la contraception : l'approche globale.

A. Les compétences médicales

1. Une définition variée

La définition de la péri ménopause s'est avérée différente selon les participants. Pour la majorité d'entre eux, la définition reposait sur l'âge de la patiente.

A5 « la péri ménopause, oui, à partir de 40 ans »

A1 « Moi je voyais, on parlait de 35, 40 ans, je trouvais que c'était un petit peu jeune pour parler de péri ménopause »

B7 « mais oui je vois plutôt 45- 50 ans, voir plus tard d'ailleurs »

Pour certain, cette période de vie était plutôt basée sur une définition en lien avec les symptômes pré ménopausiques.

D3 « je ne suis pas sûre qu'on puisse définir un âge de péri ménopause (...) l'âge ça serait, ça serait l'âge des symptômes de péri ménopause »

Une « étape de vie » avec une nécessité contraceptive

Pour la plupart des médecins interrogés, la période de transition ménopausique représentait une période de vie encore fertile avec en conséquence une importance à accorder à la contraception.

C2 « on a intérêt à avoir une contraception qui fonctionne »

Cette prise en charge nécessitait une réévaluation régulière, une reprise des éléments médicaux comme cela peut être fait dans les prescriptions de contraceptions chez les plus jeunes.

A6 « (...) je réévalue, de façon annuelle tout ce qui est contraception, sexualité, dépistage, enfin je réinterroge sur les antécédents familiaux (...) »

A5 « (...) la contraception de la femme de plus de 40 ans, c'est un peu comme la contraception de l'adolescente, vous savez ou on doit expliquer plein de choses (...) je reprends un peu les choses plus ... basiquement, pour euh... pour essayer de trouver quelque chose de plus... plus adapté à elles »

2. Une thématique abordée par le médecin

Pour les médecins, aborder la péri ménopause faisait partie de leur rôle. Le temps de renouvellement de contraception représentait un temps adapté à cela.

D2 « (...) les moments où on renouvelle la contraception ça peut être un moment où on peut en effet aborder les symptômes de péri ménopause »

Le moment de l'examen gynécologique était, pour d'autres, un moment dédié pour parler de l'intime et aborder plus facilement cette période de la vie des femmes et ses symptômes.

B3 « je leur pose la question quand je les examine sur le plan gynéco (...), quand je dois faire le frottis ou que je fais un examen gynéco, qu'elles viennent pour ça je vais facilement aborder le sujet ne serait-ce que pour préparer mon examen, mon speculum de savoir s'il y a des sècheresses, des (...) gênes urinaires »

3. Des compétences techniques

La prescription repose sur la connaissance des différentes méthodes contraceptives. Nos entretiens ont révélé que les choix contraceptifs étaient centrés sur les contre-indications médicales.

A5 « y'a des contre-indications, parce que on a des modifications physiques, hormonales, etc... qui font que les pilules, euh, sont à modifier »

B6 « voilà moi ce qui me fera changer la contraception c'est plutôt le tabac... plutôt que ces symptômes péri ménopausiques »

Les contraceptifs privilégiés étaient la pilule progestative et le DIU.

D3 « en proposant aussi un peu plus des DIU (...) pour cette période aussi... »

C3 « en péri ménopause... je partirai plus ba... en fonction des envies de la patiente, soit micro progestatif soit un stérilet au cuivre »

Le Stérilet semblait privilégié car moins diabolisé par les femmes. Il répondait à leur demande de contraception longue durée. Par ailleurs, les médecins avaient une impression de bonne tolérance de cette méthode, ainsi qu'un intérêt pour le stérilet cuivre, celui-ci permettant de « visualiser » la ménopause, pour en faciliter le diagnostic.

D1 « proposer les stérilets au cuivre ou même les stérilets au progestatifs qui sont plutôt bien toléré j'ai l'impression »

« (...) la contraception de choix c'est quand même le, les contraceptions non hormonales, parce que (...) ça permet d'avoir une visibilité sur la ménopause qui s'installe »

Par ailleurs, la pose des stérilets par le médecin généraliste était un facteur facilitant ce choix.

B5 « en plus on propose nous la technique, les poses de stérilet, les poses d'implants au cabinet, etc... ça facilite quand même beaucoup la discussion avec les patientes... »

Quant à la pilule progestative, elle présentait un « confort » pour les femmes grâce à l'aménorrhée induite et un « confort » pour les médecins compte tenu de l'absence de retentissement cardio vasculaire.

A1 « Sinon moi je trouve que les progestatifs minidosés à la progestérone ils sont quand même supportés par une majorité de femmes »

B1 « je me dis on a beaucoup moins de risque que les OP »

La contraception définitive faisait partie des choix contraceptifs envisagés.

B7 « (...) éventuellement même des méthodes définitives, ligature des trompes etc... »

Qu'elle soit féminine ou masculine :

B1 « quand on parle de contraception définitive, je parle aussi, ba l'homme il peut aussi y'a pas ... que la... la stérilisation féminine, y a aussi la stérilisation masculine, elles en parlent à monsieur »

Il existait des méthodes contraceptives mises de côté. Notamment, le préservatif vécu comme une contrainte par les patientes.

C4 « (...) une contraception euh... type préservatif c'est pas simple quand on est marié depuis 20 ans »

B6 « elles me répondent toutes « mais on va pas mettre un préservatif ?! » »

B5 « (...) remettre un préservatif ça les freine aussi pour leur libido, derrière ça pose un problème de couple (...) »

Certains participants évoquaient également la possibilité d'arrêt de contraception par les patientes sans avis médical préalable. Cela mettait en avant qu'il existait peut-être une proportion sous-estimée de patientes sans contraceptifs.

C1 « il suffit de pas venir pour arrêter la contraception en fait (Rires) »

La pilule œstro-progestative était quant à elle, considérée comme trop risquée tant sur le plan cardio vasculaire, que sur le plan des risques de néoplasie mammaire.

B3 « (...)c'est rare qu'on trouve pas de solution pour rester sur une œstro-progestative après 40 ans... »

De façon récurrente, l'âge de 35 ans et la pilule œstro-progestative étaient rédhibitoires.

D2 « si elles sont sous œstro-progestatifs à cet âge-là, à partir de 40 ans c'est vrai qu'on est plus amené à se poser la question d'un changement de contraception, parce qu'au-delà de 35 ans normalement c'est déjà une indication à mettre des progestatifs seuls donc on se pose plus la question, en effet, en évaluant les risques de la patiente »

Certains médecins interrogés exprimaient rencontrer des impasses thérapeutiques lors de la prescription des contraceptifs. Effectivement, il était difficile d'adapter la contraception aux différents symptômes de péri ménopause : de par leurs diversités, leurs intrications avec les symptômes créés par la pilule elle-même.

C1 « c'est un la barbe un, quand même tous ces symptômes (...) quand on change de contraception c'est un peu compliqué et en fait ça se mélange avec les symptômes de la ménopause qu'elles vont évoquer... »

Il arrivait que certains médecins, avoue un manque de connaissance face à cela et limite l'abord de la question péri ménopause par manque de solutions ou réponses à proposer aux patientes.

D1 « (...) je sais pas comment on médicalise ces troubles-là chez la femme qu'est pas tout à fait ménopausée qu'a encore une contraception hormonale »

B7 « la contraception ça vient forcément, et je leur demande forcément si... euh... si ça leur convient, s'il y'a des oublis etc.... euh par contre la ménopause j'aborde jamais, jamais le sujet... peut-être parce que je suis pas très à l'aise aussi et que j'ai pas forcément de réponses à leur donner, donc... Si elles en parlent pas... très bien »

B. Le rôle du médecin généraliste : au-delà d'une prescription ?

La période de transition ménopausique faisait pour les participants, appel à diverses qualités de communication du médecin.

1. L'anticipation...

... des modifications de contraception à prévoir...

B2 « j'anticipe un peu, comme tu disais, à partir de 30-35 ans... (...) j'anticipe un peu les choses pour pas quelles tombent des nus du jour au lendemain » (en parlant de l'arrêt de la contraception œstro-progestative)

... des symptômes pré-ménopausiques à venir :

D4 « moi je pense qu'on peut commencer à en parler autour de la quarantaine, (...) on peut toujours poser la question (...) »

2. L'information et L'accompagnement pour ...

... enseigner :

B1 « on est quand même dans une autre ère aujourd'hui, ou, on est plus du tout dans le paternalisme mais qu'on est plutôt justement à expliquer pourquoi on prescrit tel ou tel médicament, et comment ça se prend, et comment ça se reprend et qu'est ce qui se passe si on l'oublie et qu'est ce qu'on doit faire etc... »

... faire des choix éclairés :

A1 « donner des informations, leur apporter, les éléments qui vont les aider à choisir LEUR contraception, parce que c'est quelque chose de très personnel, surtout à cet âge-là »

... rassurer :

D3 « on peut en parler par ce que y a des symptômes des choses qui sont normales (...) souvent c'est parce que y a des désordres hormonaux, (...) faut se permettre d'en parler et de rassurer sur la normalité »

On remarquait alors, pour certains participants que la communication autour de la péri ménopause prenait autant, voire plus, d'importance que la thérapeutique :

C1 « même si on est pas prescripteur derrière...fin y'a tout un tas de choses qui vont arriver et des facteurs de risques qui arrivent, (...) c'est peut-être pas plus mal qu'elles aient un interlocuteur pour en parler quoi »

3. L'écoute

Cette période de la vie de la femme semblait nécessiter une capacité à se rendre disponible et faire comprendre aux femmes que l'instant venu ils seraient présents pour les écouter :

D2 « on peut en effet aborder les symptômes de péri ménopause etc... qu'est ce qu'elles peuvent commencer à ressentir quels vont être les changements 'fin les rassurer par rapport à ça, voilà les informer de venir nous voir si elles ont des questions pour en rediscuter mais ça peut être déjà une entrée en matière et comme ça elles peuvent revenir des quelles ont des symptômes »

4. La négociation

Il est apparu que la négociation revenait très fréquemment au cours des consultations pour les femmes en péri ménopause, notamment sur le sujet de contraception.

C1 « c'est une négociation âpre »

Effectivement, quand le médecin estimait devoir modifier le contraceptif, ne l'estimant plus adapté, il pouvait se retrouver confronter aux convictions de la patiente et son absence d'envie de changements.

D4 « la patiente qui a toujours eu son œstro progestatif qui la tolère bien elle est pas toujours enclin à nous écouter et...et à vouloir changer aussi »

La persévérance paraissait alors essentielle pour faire cheminer les idées.

C3 « ces patientes si elles sont bien (...) avec ce traitement là c'est difficile de leur faire changer d'avis (...), mais ça va être un travail de longue haleine un petit peu pour faire, modifier la contraception si y'a besoin en tout cas »

C. Une continuité et coordination des soins

1. La collaboration entre différents acteurs de soins

Il est apparu qu'il y avait une large collaboration des médecins généralistes entre eux mais aussi avec les sages-femmes et les gynécologues pour des gestes techniques non réalisés ou non réussis.

C3 « même s'il y a des difficultés pour une pose de stérilet on peut toujours adresser à un confrère (...) »

B1 « je pose pas d'implants, je pose pas de stérilets mais j'explique et j'oriente si elle veut... (...) vers une consœur ou un confrère qui en pose »

2. L'organisation d'une consultation dédiée : une lutte ?

Le renouvellement de la contraception à cette période de la vie de la femme semblait faire face à une réalité : il était souvent fait entre 2 portes, ou au cours de la consultation d'un autre membre de la famille, ou noyer dans une consultation pour de multiples demandes, ou en toute fin de consultation.

B4 « renouvelé entre deux portes « au fait faut me renouveler ma pilule » » ;

C4 « elles viennent pour renouveler la pilule, puis un autre traitement, puis une angine, d'autres choses » ;

A5 « oui, la main sur la porte »

A2 « ... quand tu as fini ... » ;

B3 « ou la consultation de leur fille... »

Cela s'avérait être une pratique notamment à cette période de la vie des femmes.

A2 « le faire sur un bout de comptoir, ce que je fais aussi hein... je ... je ... moi je faisais, surtout à cet âge-là je pense. »

Il revenait alors fréquemment l'idée de la nécessité d'un temps, d'une consultation dédiée à cette prise en charge

A2 « pour ces patientes là il faut vraiment reprendre un temps propre dédié à ... à ce renouvellement »

C4 « j'aime bien leur dire aussi de revenir pour faire une consultation frotti, sein, contraception, pour vraiment avoir le temps (...) »

Ce temps dédié paraissait alors plus systématique chez les jeunes générations de praticiens.

A6 « je me demande, si c'est pas aussi un peu une question générationnelle, je suis une peu plus jeune que vous, mais c'est Voilà c'est... y'à des consultations vraiment... dédiées à ça »

Il apparaissait également l'idée que cette prescription faisait l'objet d'une prise en charge de routine pour laquelle l'intervention d'un œil « nouveau » d'un remplaçant ou d'un interne avait son intérêt.

C1 « alors que vous forcément vous regardez le dossier, vous voyez l'âge voilà quoi, moi j'aime bien avoir un œil neuf sur les dossiers pour ça »

3. L'organisation du suivi gynécologique à cette période de la vie : une difficulté ?

La difficulté d'obtenir des consultations dédiées au renouvellement de la contraception, met finalement en exergue le fait qu'une fois passée la période de procréation, les femmes oublieraient leur suivi gynécologique.

C1 « la vraie difficulté à cette époque-là c'est de continuer le frotti...c'est de continuer (...) le suivi gynéco ...(...) Arriver à les motiver euh... c'est pas simple », « et là « ah au fait, j'ai des seins, j'ai un utérus... oh merde j'avais oublié »

D. L'exploration des différents déterminants de la contraception : l'approche globale

1. L'approche centrée patiente

a. Une période « Tabou » ?

La période de transition ménopausique semblait assimilée, pour certains médecins, à une période rendue tabou par les patientes, passée sous silence.

C1 « (...)elles n'ont pas envie d'être ménopausée, elles ont pas envie trop d'en entendre parlé quoi (...) »

Les femmes tairaient volontairement leurs symptômes et plaintes.

C2 « j'ai des surprises assez souvent de femmes qui ont l'air assez soulagées qu'on leur propose, parce qu'elles osent pas demander... »

Les explications à cela seraient le vieillissement que cela implique pour les femmes, la fin voire le « deuil » de la période de fertilité.

C4 « ce qui les bloque surtout c'est le fait de se dire que quelque part c'est fini cet âge, cette période-là de la vie donc aussi passer à autre chose et que c'est pas évident pour elles »

Il apparaît également que souvent pour les patientes, cette période de la vie présente ses contraintes, ses gênes, mais que cela rentre dans une « normalité ».

B2 « c'est tabou entre guillemets parce qu'on va pas parler des fuite urinaires parce que c'est normal, à mon âge, le fait d'avoir une baisse de libido parce que c'est normal à mon âge (...) »

Au-delà de la part féminine aux silences sur ce sujet, quelques participants n'abordaient pas le pré ménopause avec leurs patientes.

B2 « (...) c'est tabou, pour nous aussi finalement »

Aborder l'intime avec les patientes pouvait ne pas être chose évidente et facile :

C1 « (...) on sait pas où on met les pieds quoi »

A3 « c'est pas forcément toujours évident, à tout moment, d'aborder les problèmes de sexualités, d'aborder les problèmes de sentiments que les gens peuvent ressentir »

Il revenait alors l'idée que connaître ses patientes pouvait représenter un frein.

A1 « moi ça m'arrive de temps en temps de... chez des gens que je connais bien, je connais bien les couples et... d'avoir peut-être un petit peu de mal à leur poser des questions très intimes »

C1 « en fait moi je me demande si ça me complique pas la vie de les connaître (...) on connaît aussi la famille, elles ont des réticences « ba pourquoi elle me parle de ça... il s'est plaint ou quoi... » »

Le sujet pouvait provoquer une peur pour le médecin : peur de rompre une entente, et relation de confiance avec sa patiente. Aborder la pré ménopause et le vieillissement que cela sous-entend pouvait générer une peur de vexer pour le médecin.

B1 « (...) elles vont croire que les prend pour des vieilles, avant l'âge, donc c'est peut-être aussi pour ça que j'aborde pas la question »

B2 « j'ai pas envie non plus qu'elles se sentent mal à l'aise par rapport à ce sujet-là ou quelles se sentent vieilles »

Au contraire, pour certains connaître ses patientes représentait un facteur facilitant la prise en charge à cette période de la vie :

A5 « c'est une période qui est moins, en fait qui pose moins de problèmes que l'adolescent, parce que ce sont des gens la plupart du temps qu'on connaît depuis 107 ans, qu'on fréquente depuis très longtemps donc on sait jusqu'où on peut aller, on les connaît suffisamment bien pour, euh... ba pour pouvoir oser poser plein de questions »

Au-delà du facteur facilitant la discussion, connaître ses patients paraissait important parce que cela semblait influencer sur les décisions thérapeutiques.

C3 « (...)le fait de connaître leur histoire de vie ça peut aussi influencer (...) sur notre choix et... si... en connaissant un peu l'antériorité de l'histoire de vie ça peut quand même nous aider à... orienter notre choix »

Quoi qu'il en soit, pour certains participants, la discussion autour de la transition ménopausique avec leurs patientes n'était ni une difficulté ni un tabou, cela semblait faire partie du rôle du médecin généraliste.

B1 « on est plus ou moins à l'aise... mais je dirais pas que c'est un tabou, c'est une période de la vie, quel que soit la vie et c'est le moment d'en parler et c'est important »

b. Une alliance thérapeutique

Au fil des entretiens, on remarquait que la prise en charge contraceptive des femmes à cette période de leur vie, nécessitait la prise en compte des connaissances des femmes.

D1 « maintenant j'ai l'impression que ça évolue quand même (...) elles sont plus au courant des différents modes de contraception »

Connaissances qui s'avéraient parfois être erronées.

C1 « après oui y'a tout le rôle d'information de remise au carré, parce que... 'fin pour les lectrices de la... la... presse féminine etc.... y'a sûrement pleins de notions qui se mélangent, de prises de position (...) c'est pas forcément simple pour elles d'interpréter tout ce qui est écrit quoi »

Cela mettait aussi en évidence, le caractère générationnel des choix de méthode contraceptive.

A5 « (...) je rebondis sur le côté générationnel, c'est-à-dire que les femmes qu'on 40 ans maintenant sont des femmes qui sont nées dans la fin des années 70 c'est-à-dire que la pilule était encore considérée comme un moyen de contraception (...) pratique, (...) en revanche dans les générations qui suivent... (...) on est passé d'une contraception orale... euh... désirée à une contraception orale qui est chianté quoi, tous les jours... (...) »

A3 « subis oui... »

A1 « les hormones »

La contraception pouvant alors répondre à une mode.

C1 « alors en ce moment la presse féminine ils sont très euh... anti pilule (...) »

Dans cette alliance, il s'avérait important de respecter : les angoisses des femmes vis-à-vis de leur modification corporelle, les peurs vis-à-vis des traitements et en conséquence respecter leurs envies de non médicalisation, pour gérer seules la période pré ménopausique.

C4 « moi j'ai remarqué que, effectivement c'était quand même compliqué parce qu'elles se posent beaucoup de questions (...) ce passage là même pour nous c'est un peu un casse-tête, parce qu'on a envie qu'elles soient bien et tout se passe bien (...) », « ça les angoisses aussi beaucoup oui, surtout la prise de poids chez les femmes, ça c'est la grosse inquiétude »

B7 « je trouve qu'effectivement je crois qu'il y a eu un tel tapage médiatique sur les THS, que y'en a plein de femmes qui préfèrent finalement ba vivre, gérer ça de leur côté sans médicaments ou avec, je sais pas, de l'homéopathie ou peu importe, plus naturellement »

D4 « (...) y a des patientes qui sont beaucoup moins demandeuses et qui euh...qui d'elles même disent je ne veux pas de traitement « c'est normal » »

2. L'approche du couple

D3 « après tout (...), la consultation contraception, elle se centre pas sur la contraception... (...) j'essaye de l'ouvrir sur, la génitalité »

a. La sexualité : ses préjugés et ses réalités

Au cœur de la prise en charge contraceptive, la sexualité des patientes à cette période de la vie semblait faire l'objet d'idées reçues. Les médecins rapportaient différentes prises de conscience dans leur pratique quotidienne : une sexualité qui change, s'épanouie ou au contraire perd de l'intérêt.

D3 « ... c'est aussi un moment dans le couple de parler de la contraception mais aussi de la sexualité du couple à ce moment-là, de cette période-là, pas ça pose des problèmes mais ça change, les femmes ont beaucoup de questions par rapport à ça aussi, et si on ouvre le sujet parfois on a des surprises »

C1 « la sexualité des femmes peut s'épanouir à ce moment-là probablement, pour toute sorte de raisons euh... Mais peut aussi perdre complètement de l'intérêt », « 'fin je sais pas, j'imagine pas ces personnes, si elles font encore beaucoup de... l'amour ou pas... ba je sais pas... j'arrive pas (Rires) je confesse donc du coup je suis moins impliquée dans la contraception qu'une jeune femme »

Cela met en exergue le fait que cette contraception outre son intérêt purement contraceptif doit aussi prendre en compte : la limitation de son impact sur la vie sexuelle et son caractère protecteur du point de vue des risques infectieux toujours présents.

A6 « euh... on sait qu'avec certains progestatifs la libido est diminuée »

A4 « c'est pas très fréquent, mais j'ai deux couples qui sont libertins, qui fréquentent des clubs euh..., c'est eux qui me l'ont dit parce que j'aurai pas du tout pensé, mais et euh... y'a un risque infectieux »

b. La place de l'homme

La réalité évoquée par les différents médecins était l'absence des hommes lors des consultations de contraception.

A1 « ça devrait être un abord de couple, mais dans la grande majorité des cas c'est, le problème de la femme, (...) c'est dans 99% le problème de la femme »

C1 « oui, c'est une tranche d'âge où on voit pas beaucoup les hommes... »

Cette absence paraissait adaptée pour certains et d'autres « luttait » pour les inclure dans la prise en charge.

A5 « la contraception (...) c'est extrêmement personnel quoi, c'est à dire que c'est elle qui ressent les tensions mammaires, les bouffées de chaleur... les douleurs de ventre, euh, la baisse de la libido, les cheveux qui tombent, qui graissent... »

A4 « et plus je pense que c'est pas très glamour dans le couple, dire euh... oui euh... effectivement je perds mes cheveux tout ça machin, c'est pas forcément le coté médical de la contraception que tu vas évoquer chez le médecin, tu as pas forcément envie que ça soit avec ton conjoint quoi »

B3 « moi je, j'essaye, j'ai à cœur d'impliquer le couple dans la contraception mais c'est vraiment pas évident »

La place et l'avis de l'homme apparaissait cependant souvent sous-entendu, provoquant parfois des complications dans les prescriptions contraceptives.

B4 « quand il y a des symptômes chez la femme et que ça impact les rapports sexuels, la sécheresse la libido ou sur les humeurs (...) l'homme est rarement là pour en parler, elle en parle mais en disant « mon mari n'est pas content... » »

B1 « ça peut impliquer le couple mais des fois l'homme il dit aussi «ba écoute tu te démerdes, change ta contraception, fais quelque chose » »

La particularité de cette période de la vie résidait dans la présence des hommes dans les contraceptions de « dernier recours ». En effet, les médecins étaient confrontés à des demandes spontanées de vasectomie, au moment où la contraception des femmes devenait compliquée, mal tolérée.

D4 « (...) le mari se sentait impliqué dans l'histoire parce qu'il voyait que femme finalement elle supportait pas la contraception, ça devenait compliqué de mettre les préservatifs et euh... du coup le premier il est venu spontanément, « ba voilà j'aimerais avoir un courrier pour aller voir un urologue parce que on a bien réfléchi avec ma femme on voudrait une vasectomie » »

D3 « (...) il peut y avoir justement des problèmes à cette période-là de contraception, ou on a des difficultés à trouver la bonne contraception (...) et euh... euh ba de re impliquer le couple dans la contraception la gestion de ça... »

ANALYSE ET DISCUSSION

I. Analyse de la méthode et des biais

Le choix de la méthode qualitative nous a paru le plus adapté pour répondre à notre question de recherche. Effectivement, cette méthode permettait de créer une dynamique de groupe avec l'objectif de voir émerger des idées, des échanges sur différents points de vue et ainsi obtenir une richesse d'avis. La méthode qualitative de par son caractère exploratoire était souhaitée pour la thématique de recherche. A notre connaissance, le sujet n'avait jusqu'alors jamais été exploré du point de vue des médecins généralistes. Ainsi, les focus groupes révélaient une grande diversité de point de vue, vécus, impressions, difficultés et facilités.

Le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable lors d'un entretien exploratoire pour limiter les ambiguïtés et incompréhensions de certaines questions, cela pouvant constituer un biais de recueil. Cependant, le guide fut adapté dès le second focus group et n'a plus évolué par la suite, attestant de l'impression que nous avons de sa pertinence pour la thématique abordée.

L'échantillon de médecins interrogés se voulait diversifier. Cependant, on remarque qu'il existait une majorité de femmes, et une majorité de médecin exerçant en zone urbaine. Cela rend la reproductibilité et l'extrapolation à la population générale limitée.

La majeure partie des focus groupes fut constituée sur la base de groupes de pairs ou de médecins qui se connaissaient exerçant dans le même cabinet. Cela pouvait constituer une force et à la fois une faiblesse. Une force parce que cela permettait de créer un climat de confiance et une faiblesse car cela pouvait limiter la parole de certains par autocensure. Par ailleurs, nous avons pu constater que le groupe formé par des médecins de différents horizons fut moins prolifique avec la nécessité de relance régulière et plus fréquente de la part du modérateur.

Un des biais connus de la méthode qualitative par entretien de groupe fut également rencontrée lors de notre étude, à savoir la prise de parole « monopolisée » par certains participants. Le rôle du modérateur a permis alors, de mobiliser les sujets les plus « timides » et redistribuer la parole. Pour cette raison, la connaissance par le modérateur de certains participants fut un atout pour la discussion. L'ambiance voulue conviviale des réunions avait également pour objectif de créer un climat de détente pour les participants.

Par ailleurs, la thématique des focus groupes fut révélée notamment pour les sujets contacts qui ont permis l'organisation des soirées, impliquant alors un biais de recueil. Ils avaient alors pu se « préparer », au risque d'obtenir des réponses moins spontanées.

II. Analyse des résultats

Dans notre étude, les médecins généralistes interrogés révélaient avoir pleinement conscience des modifications de vie tant sur le plan physique, que psychique que les femmes pouvaient rencontrer en période de transition ménopausique.

Ils confirmaient l'importance de la contraception à cet âge et leur rôle primordial pour l'aborder avec leurs patientes.

Ils montraient les difficultés rencontrées dans leur pratique quotidienne pour lutter contre la banalisation de la prescription contraceptive par les femmes.

Ils accordaient une attention particulière à l'information des patientes pour le choix de leur méthode contraceptive. Cependant, les prescriptions de notre panel de médecins excluaient de façon quasi systématique les œstro-progestatifs pour leurs préférer le stérilet et la pilule micro progestative.

A. Aborder la contraception en période de transition ménopausique : une nécessité

1. Aborder la contraception et la pré ménopause : le rôle du médecin

A4 « C'est nous qui abordons le sujet (...) c'est notre boulot »

Dans notre étude, les médecins affirmaient l'importance de leur rôle pour aborder la contraception avec leurs patientes en péri ménopause. Ils se devaient d'initier les conversations sur ce sujet du fait des réticences des patientes. Pour notre panel, le lien inhérent de la contraception et de la pré ménopause à la sexualité et l'intimité représentait un obstacle pour les femmes.

La littérature confirme l'importance du rôle des médecins généralistes à aborder la contraception et ses déterminants. Dans son rapport portant sur l'état des lieux des pratiques contraceptives en France, la HAS soulignait que le recours à la contraception pouvait être freiné par l'appréhension des femmes à devoir répondre à des questions relevant de l'intime avec leur médecin, ainsi que par peur de l'examen gynécologique (35).

Les médecins de notre étude insistaient sur la nécessité d'évoquer avec les femmes l'apparition des symptômes de pré ménopause. Ils constataient le soulagement des patientes quand ils prenaient l'initiative de cette conversation. Les patientes taisaient souvent certains symptômes comme par exemple la sécheresse vaginale.

La littérature sur l'évaluation des symptômes de l'atrophie vulvo-vaginale nous apprend cependant que cette thématique est peu abordée par les médecins. Dans une étude européenne menée en Italie, Allemagne, Espagne et au Royaume uni, seulement 10% des

professionnels de santé étaient à l'initiative d'une conversation sur ce sujet (55). L'étude REVIVE américaine retrouvait des statistiques similaires. Ils dénombrèrent par ailleurs qu'environ 40% des patientes attendaient de leur médecin qu'il fasse le premier pas (56).

Certains médecins de notre étude questionnaient tôt les patientes sur l'apparition des symptômes de pré ménopause. Ils anticipaient de cette manière les modifications hormonales, montrant ainsi aux femmes leur disponibilité à ce sujet.

Dans la littérature, cela semble répondre aux besoins des patientes. Dans une thèse réalisée en 2012, en Midi Pyrénées, les patientes interrogées étaient demandeuses d'une information anticipée sur la ménopause pour être mieux préparées à cette étape de leur vie (12).

A1 « y'a des adolescents pour qui c'est très difficile et qui ont besoin d'un coup de main psychologique et puis d'autres pour lequel ça passe tout seul ».

Dans notre panel les médecins reconnaissaient que le vécu de la transition ménopausique était variable d'une femme à une autre. Ils y voyaient un parallèle avec l'adolescence. Ainsi seulement une certaine proportion des patientes avait besoin d'aides.

Dans son travail de thèse, le Dr H. Paquentin montrait également que les médecins avaient le sentiment d'avoir peu de femmes symptomatiques dans leur patientèle. Parmi ces femmes, ils trouvaient que la plupart des patientes refusaient une prise en charge considérant la ménopause comme un évènement naturel, qu'elles gèreraient seules comme leurs mères et sœurs avant elles (57).

B2 « (...) j'ai pas envie non plus qu'elles se sentent mal à l'aise par rapport à ce sujet-là ou qu'elles se sentent vieilles »

Au cours de nos entretiens, malgré la confirmation du rôle primordial des praticiens pour aborder la contraception en période de transition ménopausique, il s'est avéré que certains médecins pouvaient eux-mêmes ressentir des difficultés. Le sous-entendu au vieillissement et à la fin de la vie de procréation pouvait représenter un frein face aux patientes.

B7 « Si elles en parlent pas... très bien »

Certains médecins avouaient également ne pas être à l'aise soit par impression de manque de solutions à apporter aux femmes face à certains symptômes, soit par impression de manque de connaissances, ou encore par peur des risques que font encourir les thérapeutiques disponibles.

Le manque d'implication dans la contraception était également lié aux préjugés de quelques médecins sur la sexualité des femmes autour de la ménopause. Ils pensaient que les femmes avaient une perte d'intérêt pour la sexualité. Cette idée est confirmée comme étant un frein dans la prise en charge contraceptive en France (35).

Cependant comme l'évoquaient certains médecins interrogés, ils avaient été surpris par la vie sexuelle de leurs patientes. En conséquence, il fallait insister sur la nécessité de l'utilisation du préservatif.

2. La consultation de contraception : un enjeu

B4 « (...) entre 2 portes « au fait faut me renouveler ma pilule » »

Pour notre panel de médecins, les femmes à cette période de leur vie, plus particulièrement, demandaient des renouvellements de contraceptions lors de consultations non dédiées. Souvent ce renouvellement était demandé en toute fin de consultation ou encore lors de consultations à demandes multiples. Il arrivait également que la prescription de contraception soit faite au comptoir du secrétariat. De plus, certaines patientes sollicitaient les médecins pendant la consultation d'un autre membre de la famille.

Parmi les médecins que nous avons interrogés, les plus jeunes générations montraient un intérêt pour réaliser une consultation annuelle dédiée à la gynécologie.

En France, des études montraient que les médecins généralistes étaient d'accord avec l'idée de mettre en place ce type de consultation dédiée. On retrouvait cet avis favorable partagé par des médecins de l'Indre, dans la Thèse du Dr C. Dubrasquet pour des consultations spécifiques sur le thème de l'arrêt de la contraception œstro-progestative (47). La consultation dédiée à la ménopause avait également suscité l'intérêt des médecins interrogés en 2013 en Midi Pyrénées (58). Ils voyaient comme avantage le gain de temps de ces consultations à demande ciblée, pour pouvoir répondre au mieux aux attentes des patientes. Par ailleurs, les renouvellements de contraceptions en consultations non dédiées semblaient plus souvent associées à des prescriptions sans vérification des antécédents, ni prise tensionnelle ou encore proposition de suivi exposant ainsi au risque d'erreurs de prescription (59).

Cependant, cette mise en place s'avère difficile dans la réalité du quotidien des consultations de médecine générale. Les patientes viennent chez leur médecin généraliste la plupart du temps pour des motifs multiples, contrairement aux consultations dans les autres spécialités. Une autre étude montrait que les patientes déclaraient ne pas voir l'intérêt d'une consultation dédiée pour le renouvellement de la contraception s'il n'y avait aucune demande de modification de leur part (60).

C1 (...) « ah au fait, j'ai des seins, j'ai un utérus... oh merde j'avais oublié ».

Lors de nos entretiens, les médecins insistaient sur la nécessité d'aborder les examens de dépistage lors des consultations de contraception. Les médecins faisaient remarquer que les femmes une fois passée leur vie procréatrice semblaient oublier leur génitalité.

Dans la littérature cependant, si l'on considère le frottis du col utérin comme donnée mesurable pour la prévention en santé des femmes, sa réalisation régulière, au moins tous les deux ans, concerne plus de ¾ des femmes de 40 à 50 ans (61).

3. Une prise de risque : la confrontation avec les patientes

D1 « (...) essayer de la faire cheminer c'est pas toujours simple, ça reste de la négociation et on gagne pas toujours dans la négociation »

Dans notre étude, si les médecins estimaient devoir modifier la contraception, ils pouvaient se retrouver confrontés à la patiente. Ils évoquaient la nécessité de souvent devoir discuter, négocier voire insister auprès des patientes, pour intervenir sur leur méthode contraceptive. Pour les médecins interrogés, les patientes à cet âge ne mesuraient pas les risques que pouvait faire encourir la contraception, et n'avaient pas conscience de l'augmentation des risques cardio vasculaire et cancérigènes.

Dans une thèse de 2014, les médecins généralistes interrogés sur la décision médicale partagée en matière de contraception évoquaient la « manque de recul » des patients sur les risques et effets secondaires des traitements (62).

La HAS confirmait que la sur ou sous-estimation des risques par les patientes vis-à-vis de leur contraception était un frein à son accès (35).

B. Le choix de la méthode contraceptive en pré ménopause : de l'information à la décision

1. Une information incontournable par le médecin référent en santé

A1 « (...) donner des informations, leur apporter les éléments qui vont les aider à choisir LEUR contraception, parce que c'est quelque chose de très personnel, surtout à cet âge-là »

Dans notre étude, la majorité des médecins reconnaissaient l'importance de la communication et de l'information tant sur le plan contraceptif qu'au sujet de la péri ménopause. Ils remarquaient que trop souvent les femmes méconnaissaient certains aspects de leur propre contraception. Ils rassuraient les femmes inquiètes de l'aménorrhée induite par la pilule micro progestative. Ils étonnaient leurs patientes en montrant la taille réelle du stérilet qu'elles portaient. L'idée d'information rejoignait alors l'idée d'accompagnement des femmes.

Dans le travail de thèse du Dr Lobies L., la prescription contraceptive passait par un recueil des envies de la patiente, un dialogue et un échange informatif avec elle, avant de la laisser la patiente décider de son moyen de contraception (62).

Dans la littérature, l'information des patientes est déterminante pour la contraception (35). En 2013 dans ses fiches synthèses, la HAS recommandait aux praticiens d'avoir une approche éducative et rappelait l'importance du conseil et de l'accompagnement des patientes. Le médecin se doit de centrer sa prise en charge sur la patiente et doit notamment s'enquérir de « ce qu'elle sait », « ce qu'elle croit » et « ce dont elle a envie » (40). L'acceptation de la méthode contraceptive par les patientes passait par les explications de ses effets secondaires, ses risques et bénéfices, comme le confirme une thèse sur les attentes des femmes de plus de 40 ans en matière de contraception (22). Dans une étude française, parmi les 2 802 patientes interrogées sur les connaissances vis-à-vis de leur contraception, 76% s'estimaient bien informées (63).

C1 « pour les lectrices de la presse féminine etc.... y'a sûrement pleins de notions qui se mélangent (...) qui sont sûrement à remettre au point »

Lors de nos entretiens, les médecins montraient la nécessité d'être le référent pour leurs patientes en matière de santé. Ils reconnaissaient voir évoluer les attentes des femmes. Les patientes demandaient plus de contraceptions non hormonales pour plus de naturel.

Le rejet de la médicalisation dans le domaine de la contraception est un frein souligné par la HAS. Les méthodes contraceptives médicamenteuses sont parfois considérées par les femmes comme « anti naturelles » avec une volonté de limiter leur prise (35).

2. Arrêter les œstro-progestatifs à tout prix

B7 « (...) les œstro-progestatifs des fois à partir de 30 ans je leur dis qu'à un moment donné elles pourront pas garder cette contraception »

C1 « Merde, elle est toujours sous œstro-progestatif et on en est à 48 ans »

Lors de chaque focus groupe les propositions contraceptives excluait de façon quasi systématique et rédhitoire la contraception œstro-progestative. Les médecins affirmaient devoir modifier cette prescription à partir de 35- 40 ans. Ils la présentaient comme une méthode trop risquée pour les patientes, compte tenu de l'augmentation du risque cardio vasculaire.

Une thèse réalisée dans l'Indre, montrait la même réticence partagée par les médecins généralistes. Ces derniers donnaient le sentiment d'être pressés d'arrêter les œstro progestatifs à partir de 35- 40 ans. Ils connaissaient tout comme dans notre étude, les contre-indications aux œstro- progestatifs, mais les surestimaient certainement (47).

En France, selon les recommandations de la HAS, les œstro-progestatifs ne sont pas contre indiqués sur un simple critère d'âge. Ces prescriptions nécessitent la réévaluation des facteurs de risques cardio-vasculaires. Les contre-indications résidents dans l'association de l'âge de plus de 35 ans avec l'un de ces facteurs de risque (64). La littérature mondiale s'accorde sur la possibilité d'utilisation de ce type de contraceptif après 40 ans, comme le rappelle le CNGOF en 2018 (65).

A5 « si elle supporte bien qu'elle est 40, 45 ou 50 ans, qu'elle a pas de facteurs de risque personnel, je change rien ... même si c'est un œstro-progestatif »

Un seul médecin de notre étude évoquait la possibilité de laisser la contraception œstro-progestative en pré ménopause. Les médecins abordaient cette méthode contraceptive uniquement sur les risques qu'elle peut faire encourir aux patientes. Au total, les prescriptions contraceptives des médecins interrogés étaient surtout basées sur les aspects biomédicaux.

La littérature nous rappelle que pour la contraception des femmes de plus de 40 ans, la crainte des prescripteurs vis-à-vis des méthodes contraceptives à risques cardio-vasculaires peut représenter une difficulté. La principale conséquence est alors le risque d'inertie thérapeutique, exposant au risque d'une contraception mal acceptée, mal adaptée, et à terme des grossesses non désirées (66). Par ailleurs, dans ses recommandations de 2018, le CNGOF ré affirmait les bénéfices non contraceptifs des œstro-progestatifs à cet âge de la vie (prévention de la minéralisation osseuse ou encore meilleur contrôle des symptômes de carences œstrogéniques débutantes) (65).

3. Les alternatives contraceptives en pré ménopause : la pilule micro progestative et le stérilet

C3 « en péri ménopause... (...) en fonction des envies de la patientes, soit micro progestatif soit un stérilet au cuivre »

a. La pilule micro progestative

Pour les médecins de notre étude, le micro progestatif était un choix adapté. Ils trouvaient que cette pilule présentait l'avantage d'être moins risquée contrairement aux œstro-progestatifs. De plus, ils avaient le sentiment que la plupart des femmes appréciait l'aménorrhée induite. Néanmoins les médecins reconnaissaient que le pilule micro progestative n'étaient pas toujours bien supportée par les femmes, du fait des possibles spotting ou du fait de la peur de méconnaître une grossesse par absence de cycles artificiels.

En France, ce type de pilule est effectivement privilégiée après 40 ans, compte tenu de sa neutralité vasculaire et métabolique. Le CNGOF reconnaît également la possible altération de la qualité de vie des femmes à cet âge par aggravation de l'hyper œstrogénie et non contrôle de l'hypo œstrogénie (65).

Dans notre étude, les macro-progestatifs étaient rarement évoqué comme une possibilité thérapeutique. Dans la littérature, ils sont fréquemment proposés aux femmes en période de péri ménopause, présentant des contre-indications aux œstrogènes et en proie à des troubles du cycles comme des méno-métrorragies. Ils n'ont par contre pas l'AMM dans l'indication contraceptive, expliquant peut être leur absence comme option thérapeutique pour notre panel (64).

b. Le stérilet

Pour les praticiens interrogés, la seconde option contraceptive privilégiée était le stérilet. En France et en dans le monde il est la seconde méthode contraceptive la plus utilisée (67). Son utilisation par les françaises est croissante à partir de l'âge de 35 ans (21). C'est la méthode contraceptive la plus utilisée chez les femmes de 45 à 49 ans. Le stérilet prend par ailleurs une place toujours plus importante dans la paysage contraceptif des femmes de 15 à 49 ans depuis 2010 au détriment de la pilule, qui reste néanmoins la principale méthode contraceptive des françaises (27).

Dans notre étude, cette méthode contraceptive répondait aux attentes de contraception de longue durée des femmes. Elle semblait moins crainte par les femmes qu'auparavant. Les stérilets semblaient bien tolérés par les patientes. Cependant, les médecins interrogés avaient une préférence pour le stérilet au cuivre. Cette préférence s'expliquait par son caractère non hormonal. Le stérilet cuivre apportait l'avantage de visualiser la ménopause et donc d'en faciliter le diagnostic.

La littérature confirme l'intérêt pour cette méthode contraceptive à cette période de la vie des femmes de par sa longue durée d'action (65).

En résumé, les médecins prenaient l'initiative d'aborder la contraception en période de pré-ménopause avec leurs patientes. Ils prenaient le temps de s'enquérir de leurs envies et de leur apporter les informations utiles et nécessaires à leur prise de décision. Ils montraient, donc qu'ils souhaitaient laisser le choix à leurs patientes. Cependant, ces choix s'avéraient déjà pré-établis.

Dans notre étude, la stérilisation tubaire faisait partie des méthodes contraceptives abordées mais restait minoritaire. Comme le confirme la littérature, en France cela reste peu répandu dans la population féminine, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays européens ou dans le monde (27). Selon le baromètre santé de 2010, la contraception définitive représentait 3 à 5% des choix des méthodes contraceptives pour les femmes françaises de plus de 35 ans (68). Dans le monde, pour les femmes de 15 à 49 ans, la stérilisation est la méthode contraceptive la plus répandue et concerne en moyenne 19% des femmes (67).

Enfin, comme dans la littérature, les médecins de notre étude ressentaient la réticence des patientes à l'utilisation du préservatif, vécu comme un frein au bien être sexuel (35).

C. La contraception définitive : le retour des hommes dans la prise en charge contraceptive

A4 (en parlant des symptômes de pré ménopause) « c'est pas très glamour (...) tu as pas forcément envie que ça soit avec ton conjoint »

Dans notre étude, les médecins affirmaient que les hommes étaient absents la plupart du temps au cours de consultations de contraception. Pour certains participants, la contraception était un problème de femmes. Ils justifiaient l'absence des hommes par le fait que la femme était la première concernée par la prise d'une contraception et par le fait que parfois certains symptômes touchant la féminité devraient être tus au conjoint. Les patientes excluaient alors volontairement les hommes.

L'impression de notre panel se confirme dans la littérature, où la contraception semble perçue pour la population générale comme une affaire de femme (25).

B4 « l'homme est rarement là pour en parler, elle en parle mais en disant « mon mari n'est pas content... » »

Les médecins interrogés remarquaient que les hommes étaient présents mais seulement au travers des remarques des patientes : « mon mari n'aime pas », « mon mari ne veut pas ». Comme le signale la littérature, l'avis de l'homme est alors souvent perçu comme un facteur limitant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. Il représente donc parfois un frein à la contraception (69).

D4 « (...) il est venu spontanément, « ba voilà j'aimerais avoir un courrier pour aller voir un urologue parce que on a bien réfléchi avec ma femme on voudrait une vasectomie » »

Pour quelques médecins de notre étude, les hommes semblaient reprendre une place dans la contraception à cette période de la vie. Ils indiquaient avoir eu dans leur patientèle des demandes (aboutie ou non) de vasectomie. La vasectomie était demandée soit de façon spontanée, soit suite à l'évocation par le médecin. Cette stérilisation arrivait souvent au moment où la contraception de la femme se trouvait dans une impasse.

En France et dans le monde, la stérilisation masculine reste minoritaire (67). Le Royaume Uni est le seul pays où la stérilisation masculine est plus importante que la stérilisation féminine (70). Sa faible proportion française semble liée à des réticences sociales et culturelles (71).

CONCLUSION

La transition ménopausique est une période de turbulence d'un point de vue hormonal pour les femmes à partir de 40 ans. Cette période de la vie des patientes reste une période de fertilité avec la nécessité d'une prise en charge contraceptive.

Notre étude a montré que l'abord de la contraception et des symptômes de pré ménopause à cette période de la vie des femmes faisait partie intégrante du rôle des médecins généralistes. Cela permettait de passer outre les réticences des patientes et tenter de soulager les maux. Les principales difficultés étaient de créer un moment opportun pour discuter de contraception et lutter contre la banalisation des renouvellements contraceptifs à cet âge. Les médecins confirmaient vouloir mettre la patiente au cœur de la prise en charge contraceptive, lui donnant les clés pour prendre sa décision.

Cependant, la volonté de décision partagée s'avérait difficilement applicable en réalité. Les choix contraceptifs des médecins étaient finalement limités. Ils répondaient à une norme contraceptive avec un bannissement des œstro progestatifs au profit des micro progestatif et du stérilet. Cela aboutissait souvent à des situations de confrontations avec les patientes. Les consultations devenaient le terrain de négociations.

Au travers de notre étude, il semble que l'enjeu pour le médecin réside dans sa capacité à conjuguer ses propres réticences et ses objectifs de sécurité de prescription contraceptive avec les symptômes pré ménopausiques, les peurs, et les désirs des patientes. Les méthodes contraceptives répondent à des « modes » et évoluent dans des environnements médiatiques de plus en plus influant. Il serait alors intéressant de réaliser une étude complémentaire sur les outils techniques et informatifs qui aideraient les médecins généralistes à prendre en charge la contraception de leurs patientes pendant la période de transition ménopausique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lopes P. La péri ménopause [Internet]. Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal. 2013 [cited 2019 Feb 20].

Available from: <http://www.gemvi.org/la-perimenopause.php>

2. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique. ANAES. 2004 ;15.

3. Quéreux C. Les troubles du cycle en péri ménopause. *Le Concours Médical*. 2004 Oct 6 ;1653–6.

4. Robin G, Dewailly D. La péri ménopause en 2007 : de la physiopathologie à la prise en charge thérapeutique. *Mt Médecine Reprod*. 2007 ;9(2) :114–23.

5. Arailh A-S, Lopes P. Ménopause et andropause. 1re Partie : Ménopause. *Rev Prat*. 2006 Oct 31 ;56(16):1841–7.

6. Poutignat N, Obrecht O. Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans [Internet]. HAS, service évaluation en santé publique ; 2005 Jan p. 33.

Available from: <http://slbc.fr/wp-content/uploads/2014/10/HAS-Intérêt-des-dosages-hormonaux-de-FSH-et-LH-chez-les-femmes-à-partir-de-45-ans.pdf>

7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le cycle menstruel [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 25].

Available from: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>

8. Courbiere B, Carcopino X. Anomalies du cycle menstruel - Métrorragies - ITEM 26/ Module 2. In : *Gynécologie Obstétrique*. Editions Vernazobres-Gregg. 2012. p. 279–90. (KB médecine).

9. Courbiere B, Carcopino X. La Ménopause - ITEM 55/ Module 5. In : *Gynécologie Obstétrique*. Editions Vernazobres-Gregg. 212AD. p. 399–416. (KB médecine).

10. Lori A. B, Crystal M. S, Kavita N. Is This Woman Perimenopausal? *JAMA* - Vol 289, No 7. American Medical Association. 2003 Feb 19;895–902.

11. Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med*. 2005 Dec 19 ;118(12):25–36.

12. Latiéule V. Le point de vue des femmes sur la relation généraliste-patiente à la ménopause : vécu et attentes. Université de Toulouse. 2012 ;70.

13. Terauchi M, Hirose A, Akiyoshi M, Kato K, Miyasaka N. Feelings of unattractiveness in peri- and postmenopausal women are associated with depressed mood, poor memory and unsatisfactory sexual relationships. *Climacteric J Int Menopause Soc*. 2017 Jun ;20(3):228–32.

14. Marquis C. Contraception hormonale en péri ménopause : L'antidote à bien des maux. *Médecin Qué*. 2002 ;37(1):1–5.

15. Davis SR, Jane F. Sex and perimenopause. *Aust Fam Physician*. 2011 May;40(5):274–8.

16. The WHOQOL Group. What quality of life? WHO Quality of Life Assessment Group. 1996 ;354–6.

17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception des femmes de plus de 35 ans. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2002 ;34(5):513.
18. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. *Matur* 76. 2013 ;235–42.
19. Kanadys K, Wiktor-Stoma A, Lewicka M, Sulima M, Wiktor H. Predictors of the quality of life of women in peri-menopausal period. *Ann Agric Environ Med.* 2016 Sep 27 ;23(4):641–8.
20. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric J Int Menopause Soc.* 2004 Dec;7(4):375–89.
21. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2014 Jun 1 ;42(6):415–21.
22. Beaghe C. Les femmes de plus de 40 ans et leur contraception : savoirs, attentes et besoins à travers quatorze entretiens. Université d'Angers. 2008 ;187.
23. Cudennec E. La contraception des femmes de plus de 40 ans en Loire- Atlantique. Étude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale. Université de Nantes. 2012 ;42.
24. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Popul Société.* 2004;(407):4.
25. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. 2017 ;4.
26. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. /data/revues/03682315/00340006/529/ [Internet]. 2008 Mar 9 [cited 2019 Mar 20]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/115420>
27. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. *Santé Publique Fr.* 2016 ;8.
28. Kailas NA, Sifakis S, Koumantakis E. Contraception during perimenopause. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005 Mar ;10(1):19–25.
29. Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception.* 2012 Jan ;85(1):69–77.
30. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologie. France ; 2008.
31. Bouet P, Mourgues J-M. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2018 Jan.
32. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016 p. 236–8.
33. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. La prise en charge des femmes françaises p38-41 [Internet]. [cited 2019 Mar 25].

34. Langlois M, Gallais J-L. Les médecins généralistes pour la Santé des Femmes - Santé des femmes : les enjeux [Internet]. Syndicat MG France. 2012 [cited 2019 Mar 25].
35. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé ; 2013.
36. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Université de Limoges. 2010 ;140.
37. Roberts A, Noyes J. Contraception and women over 40 years of age: mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1155–70.
38. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception*. 2011 Dec ;84(6):558–64.
39. Fiche Mémo - Contraception chez la femme en âge de procréer (hors post partum et post IVG). HAS ; 2017.
40. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 20].
41. Aubin C, Jourdain Ménninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales ; 2009 Oct p. 99. Report No. : RM2009-104A.
42. Charton L, Lévy JJ. La Contraception - Prévalence, prévention et enjeux de société. PUQ ; 2011. 290 p. (Santé et Société).
43. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016 Dec 1;45(10):1462–76.
44. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Société - INED Inst Natl Détudes Démographiques*. 2015;(518):4.
45. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études Résultats DREES*. 2016 Jun;(968) :6.
46. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. *Études Résultats DREES*. 2011 Jun;(765) :6.
47. Dubrasquet C. La dernière consultation de contraception : Comment les médecins généralistes de l'Indre répondent-ils à une demande d'arrêt de la contraception œstro progestative des femmes en péri ménopause ? Université de Tours. 2015 ;1–47.
48. Girardeau V. Aborder le sujet de la sexualité, chez les femmes autour de la ménopause, lors d'une consultation de médecine générale : qu'en pensent les patientes ? - Université de Poitiers. 2016 ;1–76.
49. Vélez Toral M, Godoy-Izquierdo D, Padiá García A, Lara Moreno R, Mendoza Ladrón de Guevara N, Salamanca Ballesteros A, et al. Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: A systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*. 2014 Feb 1;77(2):93–110.
50. Lachowsky M. Aspects psychosomatiques en préménopause. 2010 Jul 30; <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/260852/resultatrecherche/4>

51. Lemerancier X, Aubin-Auger I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. *E-Respect - Rev Étud En Soins Prim Cherc* Toulous. 2014 Mar;(6):1–60.
52. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc - Rev Fr Médecine Générale*. 2008 ;19(84):142–5.
53. Dedianne MC, Moreau A, Letrilliart L, Le Goaziou MF. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat - Médecine Générale*. 2004 Mar 15 ; Tome 18(645):4.
54. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes - Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. Département de Santé Publique CHU de Nice ; [cited 2019 Mar 2].
55. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychmann ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climateric*. 2016;188–97.
56. Wysocki S, Kingsberg S, Krychman M. Management of vaginal atrophy: implications from the REVIVE Survey. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2014 ;23_30.
57. Paquentin H. Les freins à la prise en charge de la ménopause en Médecine Générale. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2013. Université Lille 2 ; 2014.
58. Texier K. Consultation dédiée à la ménopause : Étude transversale auprès de médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Université de Toulouse III ; 2013.
59. Matchon E. Sécurité de renouvellement ou de prescription de dépannage d'un contraceptif oral : enquête auprès de 223 femmes utilisatrices d'un contraceptif oral fréquentant les pharmacies de Bordeaux et de Bergerac [Internet]. Bordeaux ; 2018.
60. Zaoui J. Renouvellement de contraception en médecine générale : Étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de 18 ans dans le Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille ; 2016.
61. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. *Données Soc - Société Fr*. 2006 ;567–75.
62. Lobies L. Les déterminants de la décision médicale partagée en médecine générale et en consultation de contraception : point de vue des médecins généralistes [Internet]. Nice; 2014.
63. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Université de Nancy. 2004 Oct 12 ;
64. Collège de la Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013 p. 1–247.
65. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - Contraception (texte court). 2018 ;1–48.
66. Pintiaux A, Bouuaert C, Habay N, Beliard A, Foidart JM, Nisolle M. L'inertie thérapeutique en contraception. *Rev Médicale Liège*. 2010 ;65 :391–4.
67. United Nations. World contraceptive Patterns [Internet]. Department of Economic and Social Affairs; 2013.

68. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent -elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? 2011 Oct.
69. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre, sexualité et société. Journals OpenEdition. 2014 ;12.
70. Jardin A. Où en est la stérilisation masculine en France ? 30ème Journ Natl Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr [Internet]. 2006;
71. Hourie A. Évaluation des pratiques et impact médico-économique de la vasectomie. Expérience mono centrique Française [Internet]. Rouen ; 2016.

ANNEXES

I. Guide d'entretien initial

1ere partie

- Pour vous, la péri ménopause c'est à partir de quel âge ?
- Comment aborder la contraception des femmes de plus de 40 ans ?
 - o Aborder le sujet : les médecins ? les patientes ?
 - o Une attention plus particulière à cet âge ?

2ème partie

Si une modification de sa contraception vous paraît nécessaire :

- Comment argumenter cette modification auprès des patientes ?
 - o Risques : CV, TE...
 - o Efficacité ?
 - o Tolérance ?
- Quel choix contraceptif ?
 - o Plutôt DIU... mécanique... méthodes naturelles... contraception définitive : stérilisation ?
- L'avis du couple ? Quid : contraception chez l'homme ?
- Gestion purement biomédicale ? Intégrez-vous la dimensions psycho sociale (mode de vie... Qualité de vie... vie sexuelle, sentimentale) ? si oui
 - Comment l'abordez-vous ? (Encore nécessaire quand on connaît depuis longtemps patientes ?)
 - Comment l'intégrez-vous dans votre prise en charge dans le choix contraceptif ? le prendre en compte ? ou juste se tenir informer ?
- Cela s'intègre-t-il dans un échange à visée informative ? (Sur signes péri ménopause ? trop tôt ? doit venir d'une question de la patiente ?)

3ème partie

- Quelles difficultés dans la prise en charge :
 - o Freins psychiques ?
 - o Freins techniques ?
 - o Est-ce simplement une période physiologique qui doit rester comme telle sans la médicaliser obligatoirement ?

II. Guide d'entretien avec modification après deux focus groupes

Présentation Nom prénom exercice en groupe ou non et mode d'exercice.

Intervenir en levant la main sans s'interrompre et s'identifier à chaque fois

1 ère partie

-Dans votre patientèle vous suivez des femmes, pour vous la péri ménopause c'est à partir de quel âge ?

-Comment abordez-vous la contraception des femmes de plus de 40 ans ?

-Qui aborde le sujet ? Vous ? La patiente ?

-La contraception nécessite elle, selon vous, une attention plus particulière à cet âge ?

2ème partie

Si une modification de la contraception vous paraît nécessaire

- Comment justifiez-vous cette modification auprès des patientes ?
 - o Risques ?
 - o Efficacité ?
 - o Tolérance ?
- Quel choix de contraception ?
 - o Plutôt DIU ... mécanique ... méthodes naturelles ... contraception définitive
- L'avis du couple ? Contraception chez l'homme ?
- La contraception c'est une gestion purement biomédicale ou intégrez-vous une dimension psychosociale (mode de vie ... qualité de vie...règles hygiéno-diététiques ... sexualité (troubles de la libido, fertilité) ... dimension affective)
 - o Comment l'abordez-vous ? Est-il nécessaire de connaître la patiente depuis longtemps ?
 - o Comment l'intégrez-vous dans le choix de la contraception ? Prise en compte ? Simple information ?
- Ce choix de contraception s'intègre-t-il dans un échange à visée informative ? (Signes de péri ménopause ...) Est-ce trop tôt à 40 ans ? Le questionnement doit-il venir de la patiente ?
- Voyez-vous votre place comme médecin « conseiller » médecin recours dans le partage d'informations et de connaissances ?

3ème partie

- Éprouvez-vous des difficultés à cette prise en charge ?
 - o Freins ? Psychiques (*à l'arrêt de la pilule, de toute contraception...*)
 - o Freins techniques (*connaissances des symptômes, des produits, des techniques ?*)
 - o Enfin est-ce pour vous une période physiologique qui doit rester tel quelle sans la médicaliser ? Laisser la patiente gérer ...

III. Questionnaire de recueil « données socio démographiques »

Caractéristiques sociodémographiques :

- Êtes- vous : Homme Femme
- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- Quel est votre mode d'exercice ? Groupe // Seul

Rural Semi rural Urbain

- Vous êtes :

Installé Remplaçant

- Êtes- vous Maitre de stage ?

Oui Non

- Durant vos études, avez-vous effectué un stage de Gynécologie ?

Oui Non

« Expérience face au sujet » :

- Êtes- vous titulaire d'un diplôme universitaire en Gynécologie Médicale ?

Oui Non

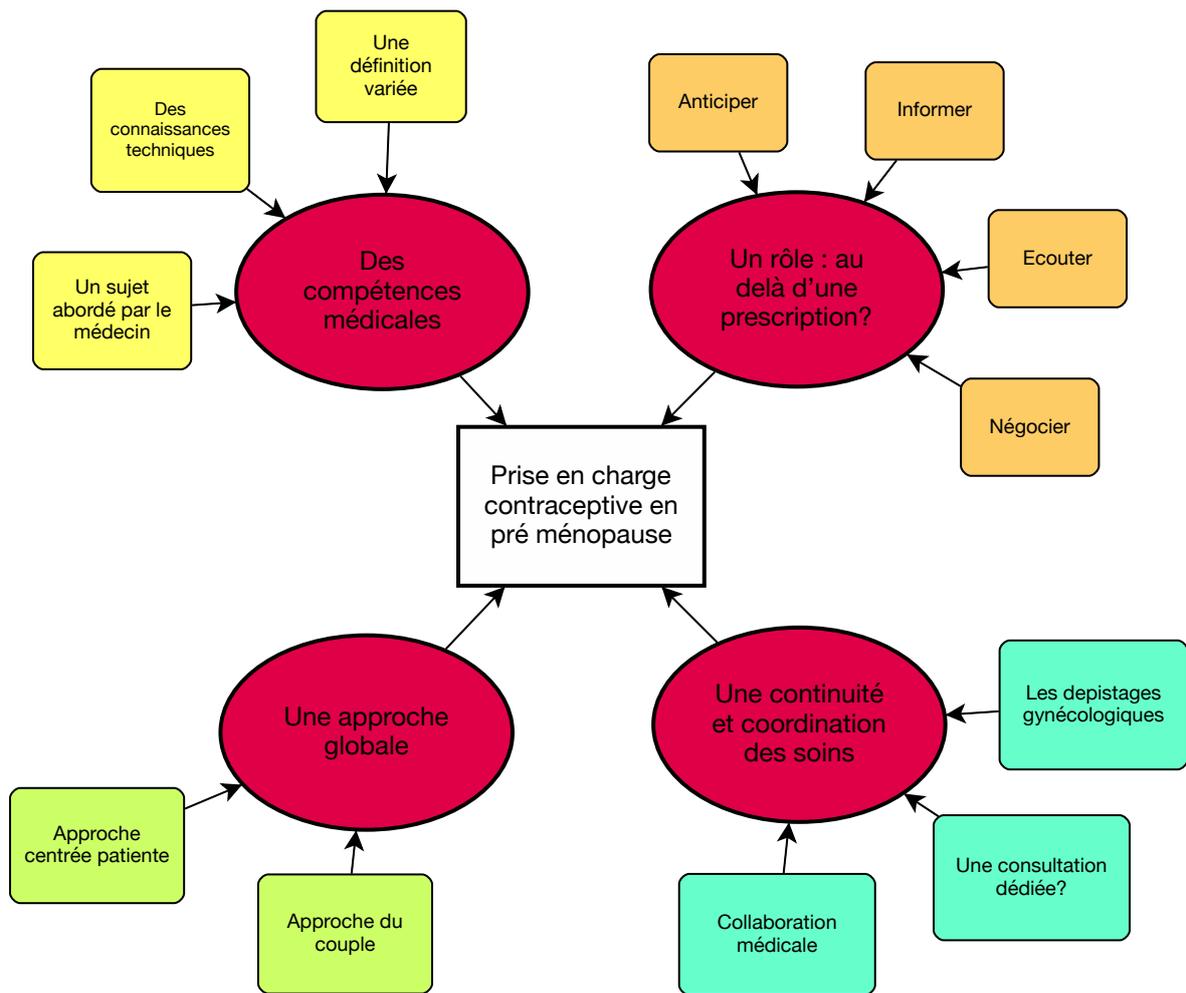
- Votre pratique de la gynécologie (« sens large ») est

< 1 x/ mois < 1x/semaine entre 2 et 4 x/semaine quotidienne

- Avez-vous déjà participé à une formation abordant le sujet de la péri ménopause ?

Oui Non

IV. Carte conceptuelle N'Vivo : extrait des résultats



V. Retranscription des entretiens

L'ensemble des entretiens retranscrits est disponible sur ce lien :

<https://drive.google.com/file/d/1RRiklWo5DlcUGl8Ci4PXFfaA6AVOWCC-l/view?usp=sharing>

Vous pouvez y accéder jusqu'au 10 octobre 2019. Au-delà, l'ensemble des données est accessible sur demande auprès de l'auteur.

RÉSUMÉ

La prise en charge contraceptive des femmes, de plus de 40 ans, en période de transition ménopausique.

Recueil auprès de Médecins généralistes Hauts Normands.

La transition ménopausique est une période de bouleversement tant sur le plan physique que personnel, familial ou professionnel pour les femmes de plus de 40 ans. Dans ce climat de changements, le médecin généraliste doit accorder une attention particulière à la contraception nécessaire de ces femmes encore fertiles. Notre objectif était d'explorer les ressentis des médecins généralistes au sujet de la contraception en péri ménopause, leur façon de l'aborder et de la gérer en pratique quotidienne.

Nous avons réalisé une étude qualitative au moyen de quatre entretiens collectifs auprès de vingt et un médecins généralistes Hauts Normands.

Les médecins déclaraient centrer leur prise en charge sur la patiente. Ils prenaient en compte les facteurs influant sur la contraception comme les connaissances de la patiente, ses réticences, ses désirs pour son couple et sa vie sexuelle. Ils cherchaient à lutter contre la banalisation de la contraception à cet âge. Les médecins mettaient en avant les compétences techniques nécessaires pour l'adaptation de la méthode contraceptive. Ils affirmaient également leurs rôles d'informateurs et d'accompagnateurs au sein d'un parcours de soins coordonnés. Les médecins bannissaient les œstro-progestatifs des possibilités thérapeutiques au profit de la pilule micro progestative et du stérilet. Ils n'évoquaient pas les autres bénéfices de la contraception. Les difficultés parfois rencontrées par les femmes pour leur contraception semblaient faire émerger la participation des hommes à celle-ci.

La contraception des femmes en période de transition ménopausique fait intervenir les différents champs de compétences du médecin généraliste. Son objectif est d'accompagner les patientes pour une entrée sereine en ménopause.

Mots Clés

Contraception – Péri ménopause – Pré ménopause – Médecine Générale – Recherche Qualitative