



Année 2017

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Anaïs CHARRAULT**

Née le 01 janvier 1987 à Châteauroux (36)

---

---

**ELABORATION D'UNE CONSULTATION DEDIEE A L'ARRÊT DE LA  
CONTRACEPTION OESTROGESTATIVE CHEZ UNE FEMME  
EN PERIMENOPAUSE PAR UN GROUPE D'EXPERTS EN MEDECINE  
GENERALE DANS L'INDRE EN 2017**

---

---

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2017 devant un jury  
composé de :

Président du Jury :

Professeur Gilles BODY, Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Céline TERRACHER, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale – Neuvy Saint Sépulchre**



**ELABORATION D'UNE CONSULTATION DEDIEE A L'ARRÊT DE LA  
CONTRACEPTION OESTROGESTATIVE CHEZ UNE FEMME  
EN PERIMENOPAUSE PAR UN GROUPE D'EXPERTS EN MEDECINE  
GENERALE DANS L'INDRE EN 2017**

## **RESUME**

**Introduction** : Les femmes en périménopause consultent fréquemment leur médecin généraliste pour leur contraception. En 2017, en France, il n'existe pas de consensus sur le moment opportun de l'arrêt définitif de la contraception oestroprogestative (COP). L'objectif de l'étude est d'élaborer une consultation dédiée à l'arrêt de la COP chez une femme en périménopause en interrogeant des médecins généralistes.

**Matériel et Méthode** : Etude semi quantitative utilisant la méthode du groupe nominal réalisée dans l'Indre en 2017. Seize experts en Médecine Générale, répartis en deux groupes, ont participé à cette étude.

**Résultats** : Pour les experts, connaître la raison de la demande d'arrêt de la COP est une priorité unanime. La recherche d'antécédents gynécologiques et personnels, l'évaluation du suivi gynécologique, l'information donnée sur les risques d'une grossesse tardive et la présentation des autres modes de contraception sont les réponses validées. La consultation aborde également la sexualité des patientes. Les attitudes des experts divergent quant aux modalités d'arrêt de la COP : certains s'appuient sur le dosage biologique de la FSH pour diagnostiquer une ménopause, d'autres recommandent l'utilisation d'un autre type de contraception. Un groupe choisit l'arrêt définitif de toute contraception.

**Conclusion** : Connaître le moment opportun d'arrêt de la COP à la périménopause est nécessaire afin de limiter le risque d'une grossesse tardive non désirée. Cette consultation est un moment d'écoute et d'échange mais aussi l'occasion de faire un acte de prévention. La prise de décision d'arrêter la COP est complexe. Elle est discutée en concertation avec la patiente de manière personnalisée.

### **Mots clés** :

- Arrêt contraception
- Contraceptif oestroprogestatif
- Médecine Générale
- Périménopause

## **ABSTRACT**

Introduction: Women in perimenopausal often visit their general practitioner regarding their contraception. In 2017 in France, there is not a consensus regarding the appropriate moment when to end the combined hormonal contraception (CHC). The objective of the study is to develop a consultation dedicated to the end of the CHC for women in perimenopause, by interviewing general practitioners.

Material and Methods: Semi-quantitative study using the nominal group method executed in Indre in 2017. Sixteen experts in General Practice, divided into two groups, participated in the study.

Results: Knowing the reason why this group of women ask to stop the CHC is a priority, on which all experts agree. Investigating on gynecological and personal antecedents, evaluating the gynecological follow-up, giving information regarding the risk of a late pregnancy and presenting other contraception methods are the validated answers. The consultation also addresses the sexuality of the patients. Experts' attitudes diverge about the modalities regarding the ending of the CHC: Some of them use the biological assay of FSH to diagnose menopause while others recommend to use another contraception method. One group chooses the definitive cessation of any contraception.

Conclusion: Knowing the appropriate moment when to stop CHC during perimenopause is necessary to limit the risk of unwanted late pregnancy. This consultation is a moment to listen and exchange, but it is also the opportunity to do a prevention act. Deciding to stop the CHC is a complex process. It is discussed with the patient in a personalized way.

### Keywords:

- Stop contraception
- Combined hormonal contraception
- General Practice
- Perimenopause

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr. Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

**Pr. Henri MARRET**

**ASSESSEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

**Mme Fanny BOBLETER**

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Daniel ALISON  
Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Pierre COSNAY  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER  
Pr. Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET -J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

---

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

---

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

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

---

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

BAKHOS David ..... Physiologie  
BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive  
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BERTRAND Philippe ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire



BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
BOREL Stéphanie .....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël .....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

#### CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

#### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

##### **Pour l'Ecole d'Orthophonie**

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

##### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

##### **Pour l'Ethique Médicale**

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

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

## **REMERCIEMENTS**

**À Monsieur le Professeur BODY,** merci de me faire l'honneur de présider ma thèse. J'en suis touchée et très reconnaissante.

**À Messieurs les Professeurs LEBEAU et MARRET,** qui ont accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**Au Département Universitaire de Médecine générale de Tours** pour la qualité de la formation apportée.

**Aux seize médecins généralistes de l'Indre,** qui m'ont permis de réaliser ce travail. Merci sincèrement d'avoir accepté aussi rapidement. Merci pour ces deux soirées de travail si conviviales. Cela a été un réel plaisir. Chers experts, on recommence quand vous voulez !

**À Christophe** qui a accepté de diriger mon travail. Je te remercie sincèrement de m'avoir aidée et consacré tout ce temps durant la rédaction de cette thèse quand bien même cela n'était pas facile. Merci pour tous tes précieux conseils, ton écoute et ta réassurance, tout au long de ma formation à tes côtés. J'en suis profondément reconnaissante. Merci à Catherine et à ta jolie famille.

**À Mme Daluzeau Dorothée.** Merci pour votre aide, votre disponibilité et votre gentillesse.

**À mon tuteur : le Professeur Jean Robert,** merci pour votre suivi tout au long de mon parcours et tous vos précieux conseils.

**À Céline T. alias « Bibi ».** Merci pour ton amitié et ton soutien. Tu as été une vraie confidente pour moi durant ce travail. Je suis tellement fière que tu inaugures l'habit de jury avec ma thèse. Merci pour tous ces moments de rigolades et tout ton investissement pour apporter de la convivialité et cohésion à notre profession dans l'Indre. Tu seras une parfaite Chef de Clinique. Bravo pour ce que tu fais et vive Cap Médical !

**À Yves.** Merci pour ta patience et ta présence à mes côtés dans le meilleur comme dans le pire. Merci pour tous les efforts et sacrifices que tu as faits durant toutes ces années. Merci pour ce que nous avons construit et continuons de construire ensemble. Merci pour tout ton amour. Je t'aime.

À mes parents. Merci de nous avoir gâtées durant toute notre enfance et parfois vous êtes privés pour que nous fassions nos études. Merci d'avoir toujours été fiers de nous. À défaut de le dire, je l'écrirai dans ce document symbolique : Je vous aime fort.

À mes sœurs :

Tout d'abord à toi, « **Lasoeur** », ma jumelle. Merci de me comprendre, de me rassurer et de me soutenir chaque jour. Partager avec toi toutes ces années d'études, a été une grande chance. Maintenant que nous sommes dans deux régions différentes, je m'aperçois du bonheur que j'avais de t'avoir à mes côtés...ne serait-ce que pour les échanges de vêtements 😊. Je suis très admirative de ton parcours professionnel. Bravo et merci pour tout.

À toi Lilie, mon autre sœur adorée. Dix ans nous séparent et même si notre sang n'est pas tout à fait le même, tu nous as toujours considérées comme de vraies sœurs, Lasoeur et moi. Comme une seconde maman, tu nous as toujours choyées depuis notre enfance. La vie a souvent été dure avec toi, et je suis très fière de ton courage et de ce que tu es devenue. Maman de jumelles (tu en rêvais ?!), 40 ans et toujours aussi canon (un peu complexant d'ailleurs^^), aujourd'hui tu as trouvé ta grosse bulle de bonheur prénommé Loïc. Quelle joie pour moi de te savoir enfin pleinement heureuse et apaisée. Merci pour tout le réconfort et soutien que tu m'as apportés durant toutes ces années. Merci d'être fière de nous.

Je vous aime mes sœurs.

À Jérémy, mon frère. Tu nous en as fait voir des vertes et des pas mûres lorsqu'on était plus jeune ! J'en souris encore. Quels bons souvenirs. Le temps de venir assister à la soutenance de ma thèse « pour te moquer » est arrivé !

Plus sérieusement, tu as mis du temps (un sacré temps même !) mais aujourd'hui tu as trouvé la femme qui fait ton bonheur **Céline** et surtout t'a donné **notre petit neveu chéri « Bidou »** mais aussi notre neveu de cœur **Lilyan**. Je suis profondément heureuse pour toi. Merci d'être là. Je t'aime mon frère.

À toi ma petite Mémé chérie. Une grand-mère comme j'en suis persuadée, n'importe qui aurait rêvé d'avoir. Un réel grand merci de toute l'affection que tu nous as donnée durant toutes ces années, de toutes ces vacances passées à tes côtés, pour toute cette extrême gentillesse et tout cet amour que tu nous as donnés. Quelle chance de t'avoir eue. Tu me manques énormément. De là-haut, tu gardes un œil sur nous tous et je sais que tu es fière de nous. À jamais dans mon cœur, je t'aime.

À mon Pépé. Quatre-vingt-douze ans et encore la forme. Caractère bien trempé dont j'ai sûrement hérité, travailleur et homme juste, merci pour notre enfance passée à tes côtés. Merci pour tous ces bons légumes du jardins et œufs, que tu me donnes chaque dimanche et qui m'ont bien nourrie durant ce travail. Aujourd'hui j'espère te rendre un peu de

bonheur par ma présence. Merci pour tout ce que tu m'as appris. Sache que tu es pour toujours dans mon cœur.

**À mes nièces chéries Chloé et Célia.** Vous êtes nées au début de mes études et avez été un souffle de bonheur durant toutes ces années et le serez encore pour les années à venir. Je vous aime très fort.

**À toute ma famille, qui compte beaucoup pour moi :**

À tous mes cousins : Élodie (alias Doudou), Coralie, Virginie (alias Nirninie), Mélanie, Andy, Anthony, Kevin, Franck, Nathalie, Stéphanie, et Damien et nos fêtes de famille animées et réconfortantes. Spéciale dédicace à Nirninie (tu croyais passer inaperçue ? hihi) et nos après-midi shopping où « non non non je ne dépense rien...oh j'adore cette veste ! » et nos samedis soirs « de folie ». Je n'oublie pas Doudou et notre équipe de wineuse au badminton !

À mes tantes et oncles : Un grand merci à ma tata Flo et Thierry, mon tonton « voisin », pour votre important soutien et aide, les après-midis détente : piscine/ jacuzzi et apéros. Merci à tata Patou et tonton Thierry, pour nos goûters et après midi baignades. Merci à tata Marie et tes talents de couturière et à tonton Jean Marie. À tonton Joël.

À Grand père Roquet, merci entre autres, pour les fêtes de fin d'années que nous passons tous ensemble grâce à toi et autres rassemblements familiaux.

À mes tantes et oncles : Christiane, Nicole, Simone, Daniel

À Martine et Jany, merci à notre peintre !

**À Thibaut B.,** Je ne saurai jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait : ta relecture, les statistiques et graphiques, ma formation accélérée Word®/ Excel®... et ta rapidité. Bref pour toute ton aide si précieuse. Merci de m'avoir redonné de l'espoir dans les moments de doute. Merci d'avoir toujours répondu présent malgré mes nombreuses sollicitations. Ce travail, je te le dois en partie. Un grand merci ! Je te souhaite tout plein de bonheur avec Jojo.

**À Juliette et Anouchka.** Depuis 27 ans nous sommes amies. Les années passent, la distance est parfois là mais peu importe, chaque moment de retrouvaille est l'occasion d'éclater de rire au bout de quelques minutes. Vous répondez présentes à tout moment et on se s'oublie pas malgré les années qui passent. Je vous aime les filles. Merci pour tout.

**À Barbara, ma Quejadore,** une de mes plus belles rencontres de cette aventure. Quel bonheur de t'avoir comme amie. Lorsque je parle de toi, les mots « que j'adore » ne font que sortir, d'où ton surnom. Je t'admire tellement. Merci pour ton soutien dans chaque moment. Tu as une très grande place dans mon cœur. Tu seras une super cadre infirmière, j'en suis convaincue. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite et serai toujours là pour toi. Merci pour tout !

**À Laurie et Aurore,** la rencontre de véritables amies. Vous m'avez fait vivre avec **Renaud, Junien, Thibault C., Guillaume, Rachel, Lolo, Mathilde, Clément, Manu,**

**Merwan et bien d'autres** l'internat dont je rêvais. J'ai vécu tellement de belles choses à vos côtés, beaucoup des plus beaux souvenirs de ma vie.

Le voyage en Inde restera à jamais gravé dans ma mémoire, merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Je vous aime très fort mes deux blondes et l'aventure ne fait que commencer pour nous 3.

**À toi Camille.** Tout a débuté ce 1<sup>er</sup> jour de prépa où une petite blonde aussi grande que nous, arrivait dans ce couloir les mains dans les poches ou plutôt dans la jupe pantalon 😊. « Quel bonheur !!! » (avé l'accent) te résume si bien ! Merci pour toutes ces années pas toujours faciles à la faculté de Limoges, que tu savais si bien égayées. Une vraie bulle d'optimisme. Malgré la distance, te retrouver est toujours une grande joie, ponctuée de beaucoup d'éclats de rires. Je t'adore ma Camille. Et je n'oublie pas de remercier tes parents et notamment ta maman : « Quelleu bonheureu ».

**À toi ma Jojo et Céline R. 2<sup>nd</sup>e « Bibi ».** Merci d'écouter mes plaintes et de me redonner le sourire. Merci pour votre amitié et tous ces bons moments passés et à venir. Jojo, je te souhaite plein de bonheur avec ton Titi, et tellement heureuse que « l'idée qui me turlupine » soit réelle. Je suis sincèrement heureuse de vous avoir à mes côtés les filles.

**À toi Lolo,** une vraie battante, un petit rayon de soleil. Toujours présente pour les autres, toujours une petite attention. Merci pour ton écoute et ces moments de détentes et de rigolades. Bientôt ton tour et je serai là pour y assister avec une grande joie.

**À Aurélie,** Merci de me soutenir et merci de me rendre ces remplacements plus agréables à tes côtés. Toi la « grande », moi la « petite », rires assurés avec toi. Merci pour ton pep's et ta bonne humeur. Bravo pour ton parcours.

**Aux Lucie.** Deux très belles rencontres.

Tout d'abord ma morue, merci pour ton amitié. Merci pour notre voyage en Bretagne qui finalement n'était pas « si pénible ». Merci de m'avoir fait partager ces moments de bonheur qu'ont été ton EVJF et ton mariage. Merci d'être toujours là malgré la distance, je t'adore !!!

À toi Lulu, ma 1<sup>ère</sup> co-interne, on s'est de nouveau retrouvée et j'en suis très contente ! Une fille super. Hâte d'avoir d'autres moments de fous rires avec toi.

**À tous mes maîtres de stages :** Laurence, Jean Michel, Jacques, Jean Paul et Christophe. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et m'apprenez encore. Vous avez façonné le médecin que je suis aujourd'hui et espère vous rendre fière.

**À mes amis et collègues :** Merci à Muriel, Marie-Christine, Nuran et Florian, je vous apprécie beaucoup. Petite note spécialement pour toi Pierre, je suis admirative du médecin que tu es et te porte profondément dans mon cœur.

À Mick, on se connaît depuis qu'on a 16 ans. Tu as toujours été là pour moi et je suis heureuse de t'avoir dans ma vie. Saches que tu es quelqu'un de très important pour moi. Merci pour tout ton soutien et ta présence en toute circonstance.

À Alexis, merci pour ta sympathie et ton humour que je découvre de jour en jour. Contentée d'avoir un beau-frère comme toi ! Surtout un grand merci pour mon confort que tu as grandement amélioré durant ce travail grâce à ces supers tabourets ! Mon dos t'en remercie !

À Loïc, merci de rendre ma sœur heureuse. Merci pour l'intérêt que tu as démontré vis-à-vis de ma thèse et merci pour ton accueil si chaleureux. Tu es super. Enfin bref... merci d'être toi 😊 😊 😊 !!!! Et je n'oublie pas de remercier Jojo et notre équipe orange !

Aux Princesses du Désert Médical, actuelles et passées, et à notre coupe 2016 ET 2017 !!! : Laurence, Johanna, Lasoeur, Lorraine, Céline T., Mumu, Aude, Anne, Anne Claire. Trop fière et heureuse d'avoir passé ces bons moments avec vous les filles et en prime d'avoir gagné ! Beaux moments de partage et de soutien.

À Alban et Odile, deux autres belles rencontres. Plein de bons moments et bcp de rigolades passées avec vous.

À Adrien, je ne sais pas trop si je dois te remercier pour les mc do du dimanche soir... ma ceinture abdominale n'est pas vraiment ravie ! Plus sérieusement merci pour ton aide, ton enthousiasme et ton humour infailible.

À Manu, Valérie, Florence, Chloé, Isabelle, Magalie et Françoise, vous êtes de supers secrétaires et me rendez les remplacements tellement plus agréables à vos côtés.

Aux Sages-Femmes de l'hôpital de Châteauroux et aux gynécologues, un de mes meilleurs stages. Merci pour ces 6 mois, j'ai adoré être à vos côtés et découvrir la salle de naissance. Quel beau métier vous faites ! Merci pour toutes ces expériences en salle que je n'oublierai jamais. Merci en particulier à toi Fabienne, sage-femme et amie.

À Marielle, merci d'avoir été là au début de nos études. Installée dans une autre ville, même si nous nous voyons peu, je garde toujours une pensée pour toi.

À Alex et Sophie, un vrai plaisir de vous avoir eu pendant l'externat, même si ça commençait un peu mal... n'est-ce pas Sophie ? Vous m'avez apporté de la bonne humeur et beaucoup d'éclats de rires durant ces années. La distance nous a séparés mais je vous garde au fond du cœur et espère vous revoir.

À mon coach Alex, merci de m'avoir supportée pendant tous ces footings.

À tous mes relecteurs. Loïc, Lilie, Coralie, Lasoeur, Anouchka, Lolo et spécialement Cécile. Quelle belle famille tu as ! Encore des jumelles pour perpétuer la suite ! Merci pour tous tes précieux conseils et ton soutien tout au long de ce travail.

À mes filleules : Julia, Ambre et Zara.

À Jean Yves.

À Judith et Roger.

À tous ceux qui nous ont quittés trop tôt, grand-mère Roquet, Sylvie, Jean-Pierre et Roland. Sachez que je ne vous oublie pas.

Et une grande pensée à tous ceux que je ne peux pas citer en détail du fait d'une liste déjà bien trop longue mais que je garde en mémoire et dans mon cœur à jamais...



# TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
1.1. Définition .....	19
1.2. État des connaissances.....	19
1.3. Objectif de l'étude .....	22
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>23</b>
2.1. Groupe nominal .....	23
2.2. Recrutement des participants.....	23
2.3. Constitution des groupes .....	24
2.4. Déroulement des groupes nominaux .....	24
2.4.1. Présentation de la question et génération silencieuse des idées :.....	25
2.4.2. Énumération des idées : .....	25
2.4.3. Premier vote :.....	26
2.4.4. Compilation et discussion des résultats : .....	26
2.4.5. Second vote : .....	26
2.5. Analyse des données.....	27
2.5.1. Analyse quantitative.....	27
2.5.2. Analyse qualitative .....	27
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>28</b>
3.1. Caractéristiques des groupes.....	28
3.2. Données résultant des deux groupes .....	31
3.2.1. Groupe 1 .....	31
3.2.1.1. Réponses émises lors du tour de table initial.....	31
3.2.1.2. Résultats des premier et second votes. ....	34
3.2.2. Groupe 2 .....	35
3.2.2.1. Réponses émises lors du tour de table initial.....	35
3.2.2.2. Résultats du premier vote .....	37
3.2.2.3. Résultats du second vote .....	38
3.2.3. Analyse quantitative : .....	41
3.2.3.1. Priorité des réponses selon G1 .....	41
3.2.3.2. Popularité des réponses selon G1 .....	42
3.2.3.3. Priorité des réponses selon G2 .....	43
3.2.3.4. Popularité des réponses selon G2 .....	44
3.3 Proposition par les groupes d'experts d'une consultation dédiée à l'arrêt de la COP chez une femme en périménopause.....	45

3.3.1	Selon la priorité : .....	46
3.3.2	Selon la popularité .....	47
<b>4</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>
4.1	Principaux résultats de l'étude .....	48
4.2	Forces et limites de l'étude .....	48
4.2.1	Limites méthodologiques de l'étude.....	48
4.2.2	Forces et originalité de l'étude .....	50
4.3	Analyse de la littérature .....	51
4.3.1	La spécificité de la Médecine Générale en 2017 .....	51
4.3.2	Recommandations sur le diagnostic de la ménopause et l'arrêt de la contraception.....	52
4.3.2.1	A l'étranger .....	52
4.3.2.2	En France .....	56
4.4	Discussion des résultats de l'étude .....	57
4.4.1	Échanger avec les patientes : .....	57
4.4.2	Pratiquer un examen clinique .....	63
4.4.3	Prendre une décision négociée .....	64
4.5	Aller plus loin .....	66
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>68</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>78</b>
	ANNEXE 1 : .....	78
	ANNEXE 2 : .....	79
	TABLE DES TABLEAUX.....	80
	ABRÉVIATIONS .....	82

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Définition

**La périménopause** correspond à la période couvrant le début de réduction de l'activité ovarienne et l'apparition des premières manifestations cliniques de la ménopause (syndrome climatérique). Cette période se prolonge jusqu'à un an après la ménopause (1–5).

Elle débute en moyenne entre 45,5 et 47,5 ans et dure environ 4 ans (6–8).

**La préménopause** est un terme ambigu souvent utilisé pour se référer à la période d'un ou deux ans précédant immédiatement la ménopause. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation de ce terme pour se référer à l'ensemble de la période de reproduction jusqu'à la ménopause (2,9).

**La ménopause** correspond à la date du dernier cycle menstruel suivie de douze mois d'aménorrhée persistant en l'absence d'autres causes physiologiques ou pathologiques. Le diagnostic ne peut donc être déterminé que de manière rétrospective. Elle est dite précoce (ou insuffisance ovarienne précoce) lorsqu'elle survient avant l'âge de 40 ans (2).

**Une grossesse tardive** ou primipare âgée, est une grossesse chez une femme de plus de 35 ans. Ce terme s'applique surtout aux grossesses chez des femmes âgées de 40 ans et plus (10).

## 1.2. État des connaissances

En 2013, selon le rapport de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) la pilule contraceptive est le premier moyen de contraception utilisé par les femmes en âge de procréer de 20 à 44 ans. Soixante-seize pour cent des femmes de cette tranche d'âge utilisent une méthode contraceptive dont près d'un tiers choisissent la pilule toute nature confondue (11,12). Chez les femmes de 44 à 49 ans, le stérilet est la méthode contraceptive la plus répandue (43.2%) devant la contraception orale (35.5%) (13).

En 2017, en France, les femmes ont la possibilité d'être suivies sur le plan gynécologique par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme.

La densité médicale métropolitaine pour la spécialité de médecine générale en 2016 était de 132,1 pour 100 000 habitants soit 88 886 médecins généralistes en activité régulière. La région Centre Val de Loire recense la plus faible densité avec 107,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (14).

La même année, on dénombrait un total de 6 802 gynécologues en France dont :

- 1 259 gynécologues médicaux (3.6 pour 100 000 habitants)
- 1 212 gynécologues médicaux et obstétriques (3.5 pour 100 000 habitants) et
- 4 331 gynécologues obstétriques (12,3 pour 100 000 habitants).

Dans la région Centre Val de Loire, on répertoriait 213 gynécologues en 2016 dont :

- 40 gynécologues médicaux et obstétriques (2.9 pour 100 000 habitants),
- 27 gynécologues médicaux (2 pour 100 000 habitants) et
- 146 gynécologues obstétriques (10,7 pour 100 000 habitants)

Soit une variation respective pour cette spécialité de - 48.1%, - 44% et + 46% depuis 2007 dans cette région (14).

On dénombrait en 2016, en France, 22 335 sages-femmes en activité (152.9 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) (15,16) dont :

- 4 171 sages-femmes à l'activité libérale exclusive (28,6 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) et
- 2 022 sages-femmes à l'activité mixte (13.9 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans).

Dans la région Centre Val de Loire, on répertoriait 761 sages-femmes (143,8 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) (15,16) avec :

- 126 à l'activité libérale exclusive (23,8 sages-femmes pour 100 000) et
- 44 à l'activité mixte (8,3 pour 100 000)

La baisse démographique de ces spécialités médicales, notamment de la gynécologie, remet en cause le choix des patientes. À ce jour, la majorité des femmes sont suivies par un gynécologue. (17–21). D'après une étude de 2008 portant sur le ressenti des femmes à l'égard de leur suivi gynécologique, celles-ci s'orientaient aussi vers le médecin généraliste d'une part en raison de la difficulté croissante d'accès aux gynécologues mais également par choix (17).

La loi du 13 août 2004 sur l'Assurance Maladie, introduit la notion « *d'un parcours de soins coordonnés* » avec l'instauration du médecin traitant pour les plus de 16 ans. L'accès à la spécialité de gynécologie reste hors parcours et libre (22). La loi « Hôpitaux Patients Santé et Territoire » (HPST) de 2009 a précisé les missions du médecin généraliste en l'inscrivant comme médecin de premier recours (23). Il a pour rôle d'assurer, entre autres, la coordination des soins et celui de prévention.

Des études soulignent que les médecins généralistes femmes sont plus impliquées que leurs confrères masculins dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes (24). La féminisation de la profession médicale progresse (25). En 2016, environ 67% des médecins généralistes âgés de 34 ans ou moins, en activité régulière, sont des femmes (14).

Le médecin généraliste est le plus souvent le premier contact avec le système de soin (26). Il occupe une place non négligeable dans le suivi de ces femmes notamment dans la prescription de contraceptifs (18–20,27–30).

Ainsi, 52% des motifs de consultations gynécologiques chez le médecin généraliste concernent la contraception (24,31).

La prévention du risque de grossesse garde son importance jusqu'à la ménopause.

Près de la moitié des grossesses après 40 ans ne sont pas désirées et environ 50% d'entre elles aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG). La proportion d'IVG égale celle de la tranche d'âge des 25 à 29 ans (32).

En 2012, on dénombrait, en France, 205 300 IVG dont 12 940 (6.30%) concernaient des femmes de 40 à 44 ans et 1 280 (0,62%) des femmes de 45 à 49 ans (33).

Selon un rapport provisoire de l'INED, le taux de fécondité en 2016 pour les femmes de 40 à 50 ans est de 0.8 % et il est de 0.01 % pour les femmes de 50 ans (34,35).

Le risque de grossesse reste stable, de l'ordre de 0.01% à 0.03 % après 50 ans (36).

De fait, le risque de grossesse tardive existe. Les complications materno-fœtales encourues peuvent être majeures. Les femmes de plus de 40 ans non ménopausées, actives sexuellement et non désireuses de grossesse, doivent bénéficier d'une contraception efficace jusqu'à la ménopause avérée (8,32,37,38). Ce n'est que lorsque la ménopause est certaine que l'arrêt de la contraception peut être envisagée sans risque chez la femme (3).

L'arrêt de la contraception à la périménopause n'a pas fait l'objet de consensus en France et les attitudes divergent (3,36,39) contrairement à la prescription de la première contraception chez une femme (40–45).

Selon la thèse du Dr Cudennec E. de 2012 portant sur la contraception de 134 femmes de 40 à 49 ans dans des cabinets de médecine générale en Loire Atlantique, seulement 54 % des femmes répondent qu'il est nécessaire de poursuivre une contraception jusqu'à la ménopause. La majorité des femmes de cette étude (59%) étaient suivies sur le plan gynécologique par un médecin généraliste (19).

Une étude de 2013 auprès de 108 médecins généralistes de Midi Pyrénées, établit que 63% seraient intéressés par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause (46).

Tout comme la consultation consacrée à la première contraception (41), organiser une consultation dédiée à son arrêt apparaît nécessaire.

Dans sa thèse soutenue en décembre 2015, le Dr Dubrasquet C. s'est intéressée à la dernière consultation de contraception et particulièrement de quelle manière les médecins généralistes de l'Indre répondaient à une demande d'arrêt de la contraception oestroprogestative (COP) des femmes en périménopause. Son étude qualitative a établi que les attitudes divergent sur la question mais la plupart des médecins généralistes de l'étude sont favorables à la création d'une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception tout en soulignant la difficulté de sa mise en place (47).

### **1.3. Objectif de l'étude**

Le but de ce travail est d'élaborer avec des médecins généralistes, une consultation dédiée à l'arrêt de la COP, chez une femme en périménopause.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1. Groupe nominal**

La méthode du groupe nominal est une technique de consensus qui nous a permis d'identifier des éléments de réponses à la problématique initiale et de les hiérarchiser afin de répondre à la question posée.

### **2.2. Recrutement des participants**

Les participants étaient des médecins généralistes installés et exerçant en libéral dans l'Indre. Ils ont été choisis selon un échantillonnage raisonné afin d'obtenir un panel de médecins généralistes le plus diversifié possible (âge, sexe, mode d'exercice, formation complémentaire, implication dans la formation universitaire) et en fonction de leur intérêt supposé pour le thème de l'étude. Cette procédure d'échantillonnage non probabiliste consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Ce principe est destiné à garantir la validité externe des résultats (48).

Nous avons choisi de solliciter pour l'étude, des médecins généralistes rencontrés lors de stages ambulatoires de Médecine Générale, de remplacements ou lors de Formations Médicales Continues (FMC). Ceci nous a permis d'avoir un taux de participation plus élevé, avec des experts ayant une bonne implication dans leurs formations personnelle et universitaire.

Nous avons également pris la liste de l'annuaire téléphonique des médecins généralistes exerçant dans l'Indre afin de compléter le type de profil recherché. Cette dernière méthode nous a permis de sélectionner les experts selon leur mode d'exercice :

- Rural ou urbain
- Seul, en cabinet de groupe ou dans une maison pluridisciplinaire de santé (MSP).

Les experts de notre étude ont été contactés une première fois par téléphone entre le mois de février et début mars 2017 afin d'obtenir leur accord. Après consentement, ils étaient contactés une seconde fois par courriel avec un court questionnaire ( Annexe

1) afin de mieux les connaître, pour préciser leur pratique et spécifier les modalités de la rencontre.

Deux groupes de huit participants ont été constitués soit un total de seize participants.

### **2.3. Constitution des groupes**

Les experts ont été répartis afin qu'il y ait dans chaque groupe, des profils les plus diverses possibles tout en respectant une homogénéité entre les deux groupes.

Pour cela, nous avons essayé de les répartir de manière équitable dans chaque groupe selon :

- Le sexe-ratio,
- La répartition des âges et
- Le mode d'exercice (rural ou urbain ; seul, en cabinet de groupe ou dans une maison pluridisciplinaire de santé (MSP)).

Le paramètre « distance du médecin par rapport au lieu de rencontre » a également été pris en compte afin de faciliter leur participation à ce groupe de travail.

### **2.4. Déroulement des groupes nominaux**

Lors des deux réunions, étaient présents un animateur et un rapporteur en plus des huit experts ayant accepté de participer à l'étude, soit un total de dix personnes par groupe de travail.

Dans le but de faciliter la rencontre et les échanges, les deux réunions se sont déroulées dans une maison pluridisciplinaire de santé dans deux lieux distincts à une semaine d'intervalle : l'une le 30 mars 2017 et l'autre, le 6 avril 2017. Ces deux réunions avaient lieu en fin de semaine, un jeudi soir de 20H30 à 23H30 environ, après une journée de consultations pour la plupart.



#### 2.4.1. Présentation de la question et génération silencieuse des idées :

Dans un premier temps, l'animateur a présenté le travail qui allait être réalisé sans préciser le sujet afin de rester le plus neutre possible. Le rapporteur a distribué, à chaque expert, une feuille où était annotée la question. Pendant ce temps, l'animateur lisait à voix haute l'intitulé de celle-ci tout en s'assurant qu'elle était comprise de tous. (Annexe 2) :

*« Mme X 49 ans en périménopause, sans facteur de risque cardiovasculaire, vient vous consulter car elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. Que faites-vous pendant cette consultation ? »*

L'animateur répondait aux éventuelles questions avant de débiter la rédaction des réponses. Aucune limite de temps n'a été fixée au préalable et le temps « rédaction » se terminait lorsque le dernier participant cessait d'émettre des idées. En moyenne, une quinzaine de minutes ont été nécessaires aux experts afin d'annoter leurs réponses sur les feuilles qui leur avait été distribuées au départ.

#### 2.4.2. Enumération des idées :

Le deuxième temps de ce travail a consisté en un tour de table.

Un à un, chaque expert, invité par le rapporteur, énonçait une seule de ses réponses à voix haute et ceci jusqu'à épuisement des réponses du groupe.

Le rapporteur écrivait à la vue de tous sur un tableau toutes les propositions, y compris en cas de similitude. Il les numérotait arbitrairement par ordre de citation.

Lorsque les réponses étaient épuisées, l'animateur proposait de synthétiser certaines réponses en regroupant celles qui étaient semblables ou en faisant préciser leur sens.

Dans chaque groupe, cette discussion se faisait à voix haute en laissant à chaque expert le soin de prendre la parole ou de répondre à un autre, jusqu'à ce qu'un accord final soit validé par le groupe. L'animateur intervenait en cas de besoin afin de guider le groupe sans en influencer les réponses.

#### 2.4.3. Premier vote :

Le troisième temps consistait à faire choisir chaque expert de manière anonyme et par ordre d'importance, les intitulés leur semblant répondre à la question initiale.

Lors de ce premier vote, le rapporteur invitait les experts à reprendre toutes les réponses énumérées et synthétisées du tableau. Il leur était demandé de choisir les neuf réponses les plus pertinentes (49) et de les annoter sur les feuilles distribuées au départ. Ils étaient priés d'attribuer par ordre d'importance le chiffre « 9 » à la réponse qui leur semblait primordiale, puis par ordre décroissant jusqu'au chiffre « 1 », ne retenant ainsi que neuf propositions chacun.

#### 2.4.4. Compilation et discussion des résultats :

À la suite de ce premier vote, un second tour de table a été réalisé avec, pour chaque item énoncé, un double score : le nombre de fois où celui-ci a été cité (la popularité) et la somme des notes attribuées par chaque expert (la priorité).

Là encore, le rapporteur annotait les réponses générées sur une autre page du tableau par ordre de citation, à la vue de tous, utilisant toujours la même numérotation que lors du tour de table initial. Ainsi, deux scores étaient annotés devant chaque item par le rapporteur.

Lors de cette étape, des items ont été rediscutés, modifiés voire parfois ajoutés pour le second vote.

#### 2.4.5. Second vote :

Pour finir, les réponses générées à l'issue du premier vote, servaient de référence pour le second vote. En tenant compte des éléments obtenus dans la discussion suite au premier vote, les experts ont été invités à classer les items selon le même principe que précédemment.

## **2.5. Analyse des données**

### **2.5.1. Analyse quantitative**

Pour chaque réponse, deux notes de pondération ont été attribuées :

- Le nombre total de points obtenus pour l'item, avec un maximum de 72 : la priorité
- Le nombre de personnes ayant voté pour l'item, avec un maximum de 8 : la popularité

Afin d'établir cette consultation, nous avons choisi de retenir comme critère principal la priorité. Un classement secondaire a été établi selon la popularité (49).

Dans chacun des deux groupes, nous nous sommes intéressés aux résultats des seconds votes. A l'aide du logiciel Excel®, nous avons calculé les moyennes et les écarts types pour chacune des deux catégories : priorité et popularité.

En utilisant la moyenne augmentée de l'écart type, nous avons défini le seuil maximal au-dessus duquel, les experts valident la réponse de manière consensuelle. Inversement, en utilisant la moyenne déduite de l'écart type du vote, nous avons défini le seuil bas en dessous duquel nous avons la confirmation du refus de l'item par le groupe. La zone intermédiaire est une zone d'ambiguïté. Nous avons utilisé la moyenne pour définir une zone d'ambiguïté acceptable et non acceptable.

À partir de ces seuils, nous avons pu définir les réponses validées par les deux groupes et les réunir afin d'élaborer une consultation dédiée à l'arrêt de la COP.

### **2.5.2. Analyse qualitative**

Nous avons réalisé une analyse thématique lors d'un processus inductif. Nous avons choisi d'interpréter les données brutes issues des seconds votes sans aucune considération de la priorité ou de la popularité des réponses. Pour cela, nous avons regroupé en thème les différentes réponses générées par les deux groupes d'experts puis nous les avons discutées. Il n'était pas envisageable de réaliser un codage à partir de ce matériel de recherche et après discussion entre les chercheurs, les propositions ont été regroupées en grands thèmes non hiérarchisés.

## **3. RÉSULTATS**

### **3.1. Caractéristiques des groupes**

Pour ce travail, 22 médecins généralistes installés dans l'Indre ont initialement été contactés par téléphone. Parmi eux, 19 médecins ont donné leur accord pour y participer.

Après communication des modalités de rencontre, 16 médecins généralistes ont pu finalement participer dont 7 femmes (43,75%) et 9 hommes (56,25%). Ils avaient entre 32 et 62 ans. L'âge médian des 2 groupes était de 43 ans.

Cinq médecins (31,25%) avaient une formation complémentaire en gynécologie tel qu'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) ou un Diplôme Universitaire (DU).

Dix participants soit un peu plus de la moitié, étaient impliqués dans la formation universitaire en tant que Maître de Stage Universitaire (MSU) soit environ 55,55% des participants.

Tous participaient régulièrement à des formations médicales continues (FMC).

Les deux tableaux ci-après décrivent respectivement les caractéristiques en détails des groupes 1 et 2.

<b>Médecin</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Durée d'installation</b>	<b>Formation Gynécologique</b>	<b>Autres Formations</b>	<b>Type d'exercice</b>
M1	F	39 ans	10 ans		- MSU	Rural – Cabinet de Groupe
M2	M	50 ans	22 ans		- CAMU - DIU Ostéopathie	Rural – Cabinet de groupe
M3	F	39 ans	2,5 ans	- DU contraception, IVG et sexualité - DU de formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes	- MSU - Formation « réseau grandir » sur les nouveaux nés vulnérables - Formation de Médecin de l'Éducation Nationale à l'Écoles des Hautes Études de santé publique de Rennes	Semi Rural – MSP
M4	M	30 ans	2 mois	- Stage de Gynécologie Universitaire (6 mois)		Rural - Seul
M5	F	58 ans	29 ans		- MSU	Urbain - Seul
M6	M	50 ans	20 ans	- DIU gynécologie pour le médecin de famille	- MSU	Urbain – Cabinet de Groupe
M7	F	34 ans	1,5 ans		- MSU	Urbain - MSP
M8	H	39 ans	4 ans			Urbain - Seul

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants du groupe 1**

Légendes :

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence, CES : Certificat d'Études Spéciales, F : Femme, H : Homme, M : Médecin, MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire, MSU : Maîtres de Stage Universitaire.

<b>Médecin</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Durée d'installation</b>	<b>Formation Gynécologique</b>	<b>Autres Formations</b>	<b>Type d'exercice</b>
M1	M	62 ans	32 ans		- MSU - Addictologue	Urbain – Cabinet de Groupe
M2	F	46 ans	16 ans	- DU Gynécologie	- MSU	Urbain - MSP
M3	M	58 ans	4 ans		- Doctorat de Médecine au Maroc - Formation éducation thérapeutique du patient diabétique	Urbain - MSP
M4	F	40 ans	4,5 ans		- MSU	Urbain – Cabinet de Groupe
M5	M	62 ans	33 ans		- MSU	Urbain – Cabinet de Groupe
M6	F	34 ans	3 ans	- DU Gynécologie		Urbain – Cabinet de Groupe
M7	M	60 ans	32 ans	- DU Gynécologie	- MSU - CES de Médecine du Sport - DIU Dommage Corporel	Urbain - MSP
M8	M	39 ans	6 ans			Rural – Cabinet de Groupe

**Tableau 2 : Caractéristiques des participants du groupe 2**

**Légendes :**

*CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence, CES : Certificat d'Études Spéciales, F : Femme, H : Homme, M : Médecin, MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire, MSU : Maîtres de Stage Universitaire.*

Le tableau ci-après dresse un comparatif des caractéristiques entre les deux groupes.

	Groupe 1	Groupe 2
<u>Nombres de participants :</u>		
<b>Total</b>	8	8
<b>Hommes</b>	4	5
<b>Femmes</b>	4	3
<u>Caractéristiques d'âge :</u>		
<b>Âge médian :</b>	39 ans	52 ans
<b>Âge moyen :</b>		
<b>Groupe</b>	42,6 ans	50,1 ans
<b>Hommes</b>	42,7 ans	56,2 ans
<b>Femmes</b>	42,5 ans	40 ans
<b>Âges extrêmes :</b>		
<b>Plus jeune</b>	32 ans	34 ans
<b>Plus âgé</b>	58 ans	62 ans
<u>Temps d'installation :</u>		
<b>Médian</b>	7 ans	11 ans
<b>Moyen</b>	11,1 ans	16,3 ans
<b>Durée : Plus courte</b>	0,17 ans	3 ans
<b>Plus longue</b>	29 ans	33 ans
<u>Mode d'exercice : type</u>		
<b>Cabinet de groupe</b>	3 (37,5 %)	5 (62,5%)
<b>Seul</b>	3 (37,5%)	0 (0%)
<b>Maison de santé pluridisciplinaire</b>	2 (25%)	3 (37,5%)
<b>Urbain</b>	4 (50%)	7 (87,5%)
<b>Semi-rural</b>	1 (12,5%)	0 (0%)
<b>Rural</b>	3 (37,5%)	1 (12,5%)
<u>Formation complémentaire en gynécologie (DIU, DU, etc.)</u>	2 (25%)	3 (37,5%)

**Tableau 3 : Comparatif des caractéristiques entre les deux groupes**

## 3.2. Données résultant des deux groupes

### 3.2.1. Groupe 1

#### 3.2.1.1. Réponses émises lors du tour de table initial

Lors du premier tour de table, une liste initiale de 38 réponses a émergé du groupe 1 (G1).

Après un temps de discussion entre les participants, certains items similaires ont été regroupés et reformulés pour former une liste de 25 réponses. Aucune autre réponse n'a été ajoutée à l'issue de ce tour de table. Cette liste de 25 réponses a donc été retenue pour le premier vote de G1.

N°	Réponses initiales	Réponses après reformulation
1	Pourquoi a-t-elle un oestroprogestatif à 49 ans ?	Pourquoi a-t-elle un oestroprogestatif à 49 ans ?
2	Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.	Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.
3	Je lui demande si elle a une vie sexuelle active.	
4	Je lui demande si elle souhaite avoir une autre contraception.	
5	Si elle a toujours une vie sexuelle active, je lui prescris une autre contraception en accord avec elle.	
6	Je regarde quel type de molécule contraceptive elle a pour décider.	Je regarde quel type de molécule contraceptive elle a pour décider.
7	Je lui demande depuis quand elle a cette contraception.	Je lui demande depuis quand elle a cette contraception.
8	Je lui demande de quand datent ses dernières règles.	Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.)
9	Je lui demande comment se comporte son cycle depuis qu'elle est réglée.	
10	Je lui demande de quand date son dernier frottis.	
11	Si la patiente est suivie par un gynécologue et non par moi, je me renseigne sur ce suivi (date de la dernière consultation, date du dernier FCV).	Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique
12	Je lui demande de quand date sa dernière mammographie.	
13	Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climatériques, les traitements).	Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climatériques, les traitements).
14	Je lui présente les autres types de contraception.	Je lui présente les autres types de contraception.
15	Je fais un examen clinique.	Je fais un examen clinique.
16	Je lui demande l'âge auquel sa mère a été ménopausée.	Je lui demande l'âge auquel sa mère a été ménopausée.
17	Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH.	Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH.
18	Je lui arrête sa contraception sans autre prescription et laisse un temps d'observation si des symptômes apparaissent.	J'arrête sa contraception et on observe. Si apparaissent des besoins de la patiente (symptômes, questions etc.), je propose de la revoir à sa demande.
19	Je lui arrête sa contraception et propose une consultation systématique dans 3 à 6 mois (si elle n'a pas besoin de contraception).	
20	Je recherche les facteurs de risques d'ostéoporose.	Je recherche les facteurs de risques d'ostéoporose.



N°	Réponses initiales	Réponses après reformulation
21	Je lui demande si elle a des troubles urinaires.	Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.
22	Je lui demande si elle a des problèmes de sécheresse vaginale.	
23	Je recherche des signes climateriques.	Je recherche des signes climateriques.
24	Je regarde son dossier et lui demande si elle a des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein.	Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.
27	Je regarde son dossier et lui demande s'il existe des antécédents familiaux de cancer de l'utérus.	
28	Je regarde son dossier médical à la recherche d'antécédent gynécologique personnel (kystes ovariens, avortement, hystérectomie, etc.)	
29	Je vérifie cliniquement « l'état veineux » de la patiente à la recherche d'insuffisance veineuse des membres inférieurs.	Je vérifie cliniquement « l'état veineux » de la patiente à la recherche d'insuffisance veineuse des membres inférieurs.
30	Je lui demande si elle a d'autre plainte (physique, psychologique, etc.).	Je lui demande si elle a d'autre plainte (physique, psychologique, etc.).
31	Je fais un frottis cervico-vaginal (FCV) à la patiente pendant la consultation si elle n'est pas à jour.	Je fais un FCV à la patiente pendant la consultation si elle n'est pas à jour.
32	Je fais un examen clinique gynécologique s'il date de plus d'un an.	Je fais un examen clinique gynécologique s'il date de plus d'un an.
33	Je fais une palpation mammaire.	Je fais une palpation mammaire.
34	Je prends la tension artérielle.	Je prends la tension artérielle.
35	Je regarde les autres traitements chroniques éventuels pris par la patiente.	Je regarde les autres traitements chroniques éventuels pris par la patiente.
36	Je regarde son statut vaccinal.	Je regarde son statut vaccinal.
37	Je regarde de quand date son dernier bilan biologique général.	Je regarde de quand date son dernier bilan biologique général.
38	Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception.	Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception.

**Tableau 4 : Liste des réponses émises par G1 avant et après reformulation**

### 3.2.1.2. Résultats des premier et second votes.

N°	RÉPONSES	1 <sup>er</sup> vote		2 <sup>ème</sup> vote	
		Total de points obtenus	Nombre de personnes ayant voté pour cette idée	Total de points obtenus	Nombre de personnes ayant voté pour cette idée
2	<i>Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.</i>	72	8	72	8
11	<i>Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique</i>	45	8	49	8
14	<i>Je lui présente les autres types de contraception.</i>	40	6	44	7
24	<i>Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.</i>	45	8	44	7
21	<i>Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.</i>	31	7	35	7
18	<i>J'arrête sa contraception et on observe. Si apparaissent des besoins de la patiente (symptômes, questions etc.), je propose de la revoir à sa demande.</i>	26	7	28	7
13	<i>Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climatiques, les traitements).</i>	20	5	21	6
8	<i>Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.)</i>	25	4	19	4
15	<i>Je fais un examen clinique.</i>	12	5	11	4
38	<i>Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception.</i>	11	3	11	3
17	<i>Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH.</i>	8	2	9	3
1	<i>Pourquoi a-t-elle un oestroprogestatif à 49 ans ?</i>	2	1	6	2
34	<i>Je prends la tension artérielle.</i>	7	3	8	4
30	<i>Je lui demande si elle a d'autres plaintes (physique, psychologique, etc.).</i>	1	1	1	1
35	<i>Je regarde les autres traitements chroniques éventuels pris par la patiente.</i>	5	1	0	0
16	<i>Je lui demande l'âge auquel sa mère a été ménopausée.</i>	5	1	0	0
20	<i>Je recherche les facteurs de risques d'ostéoporose.</i>	4	1	0	0
33	<i>Je fais une palpation mammaire.</i>	1	1	2	1

**Tableau 5 : Comparatif des réponses retenues et pondérées lors du premier et second vote de G1**

### 3.2.2. Groupe 2

#### 3.2.2.1. Réponses émises lors du tour de table initial

Pour le groupe 2 (G2), une liste de 43 réponses a été générée lors du tour de table initial.

Après reformulation et / ou regroupement de certaines réponses similaires, un total de 37 réponses a été retenues pour débiter les votes.

N°	Réponses initiales	Réponses retenues après reformulation
1	Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)	Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)
2	Je recherche des signes climatiques chez la patiente lors de la consultation.	Je recherche des signes climatiques chez la patiente lors de la consultation.
3	Je l'interroge pour savoir comment se comportent ses cycles.	Je lui demande comment se comportent ses cycles.
4	Je lui demande si elle a des troubles du cycle (métrorragie, ménorragie etc.)	
5	Je lui demande si elle a une activité sexuelle active.	Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)
6	Je lui demande quelle est la fréquence de ses rapports sexuels.	
7	Je me renseigne sur l'âge de ménopause de sa mère.	Je me renseigne sur l'âge de ménopause de sa mère.
8	Je l'informe sur les risques potentiels d'une grossesse si elle arrête sa contraception et n'en prends aucune autre par la suite.	Je l'informe sur les risques et les moyens de prévention d'une éventuelle grossesse.
9	Je l'informe sur les autres moyens de prévention par rapport à l'éventuel risque de grossesse.	
10	Je l'informe sur le risque quasi nul de grossesse.	
11	Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.	Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.
12	Pourquoi avoir un oestroprogestatif à 49 ans ?	Pourquoi avoir un oestroprogestatif à 49 ans ?
13	J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).	J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).
14	Quels autres moyens de contraception a-t-elle déjà pris ?	Quels autres moyens de contraception a-t-elle déjà pris ?
15	Je lui prescris un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie.	Je fais un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie
16	Je lui prescris un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie sans arrêter sa contraception.	
17	Je l'informe sur le fait que les dosages biologiques tels que FSH et oestradiolémie ne sont pas fiables à 100%.	Je l'informe sur le fait que les dosages biologiques tels que FSH et oestradiolémie ne sont pas fiables à 100%.

N°	Réponses initiales	Réponses retenues après reformulation
18	Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.	Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.
19	Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente.	Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente.
20	Je me renseigne sur le nombre de grossesse de la patiente (à terme mais aussi fausses couches et interruptions volontaires de grossesse).	Je me renseigne sur le nombre de grossesse de la patiente (à terme mais aussi fausses couches et interruptions volontaires de grossesse).
21	Je lui prends une tension artérielle.	Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.
22	Je fais un frottis cervico-vaginal (FCV).	Je fais un frottis cervico-vaginal.
23	Je fais une palpation mammaire.	Je fais une palpation mammaire.
24	Je fais un toucher vaginal.	Je fais un toucher vaginal.
25	Je recherche un cystocèle.	Je recherche un cystocèle.
26	Je fais une palpation abdomino-pelvienne.	Je fais une palpation abdomino-pelvienne.
27	Je lui donne des explications sur le traitement hormonal substitutif.	Je lui donne des explications sur le traitement hormonal substitutif.
28	Je lui donne des explications sur l'ostéoporose.	Je lui donne des explications sur l'ostéoporose.
29	Je cherche des facteurs de risque d'ostéoporose chez la patiente.	Je cherche des facteurs de risque d'ostéoporose chez la patiente
30	Je recherche un tabagisme passif chez la patiente.	Je recherche un tabagisme passif chez la patiente.
31	Je palpe ses mollets à la recherche d'une insuffisance veineuse.	Je palpe ses mollets à la recherche d'une insuffisance veineuse.
32	Je lui demande si elle souhaite la prescription d'une autre contraception.	Je lui demande si elle souhaite la prescription d'une autre contraception.
33	Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.	Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.
34	Je lui demande si son couple serait à l'aise avec l'utilisation de préservatifs.	Je lui demande si son couple serait à l'aise avec l'utilisation de préservatifs.
35	Je lui demande si elle se sait fertile ou pas.	Je lui demande si elle se sait fertile ou pas.
36	Je lui demande si elle a des craintes et peurs par rapport au risque de grossesse à l'arrêt de sa contraception.	Je lui demande si elle a des craintes et peurs par rapport au risque de grossesse à l'arrêt de sa contraception.
37	Je lui demande si elle a déjà eu des interruptions volontaires de grossesse.	Je lui demande si elle a déjà eu des interruptions volontaires de grossesse.
38	Je lui propose avec un délai de réflexion, d'arrêter sa contraception à 50 ans.	Je lui propose avec un délai de réflexion, d'arrêter sa contraception à 50 ans.
39	J'arrête sa contraception et lui propose l'utilisation de préservatifs.	J'arrête sa contraception et lui propose l'utilisation de préservatifs.
40	J'arrête sa contraception et lui fait faire un test à la progestérone si elle est en aménorrhée suite à l'arrêt.	J'arrête sa contraception et lui fait faire un test à la progestérone si elle est en aménorrhée suite à l'arrêt.
41	Je lui demande si un gynécologue la suit.	Je lui demande si un gynécologue la suit.
42	Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).	Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).
43	Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.	Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.

**Tableau 6 : Réponses émises par G2 avant et après reformulation**

### 3.2.2.2. Résultats du premier vote

Sur les 37 réponses reformulées à la suite du tour de table initial, 22 réponses ont été retenues lors du premier vote.

N°	ITEMS RETENUS	Nombre total de points	Nombre de personnes ayant voté pour cette idée
1	<i>Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)</i>	44	6
5	<i>Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)</i>	44	6
8	<i>Je l'informe sur les risques et les moyens de prévention d'une éventuelle grossesse.</i>	37	5
19	<i>Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente.</i>	32	5
18	<i>Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.</i>	29	5
11	<i>Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.</i>	25	5
2	<i>Je recherche des signes climatiques chez la patiente lors de la consultation.</i>	20	4
13	<i>J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).</i>	19	5
15	<i>Je fais un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie</i>	16	5
17	<i>Je l'informe sur le fait que les dosages biologiques tels que FSH et oestradiolémie ne sont pas fiables à 100%.</i>	12	3
42	<i>Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).</i>	11	5
39	<i>J'arrête sa contraception et lui propose l'utilisation de préservatifs.</i>	10	3
7	<i>Je me renseigne sur l'âge de ménopause de sa mère.</i>	9	3
33	<i>Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.</i>	9	2
3	<i>Je l'interroge pour savoir comment se comportent ses cycles.</i>	8	1
21	<i>Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.</i>	7	1
36	<i>Je lui demande si elle a des craintes et peurs par rapport au risque de grossesse à l'arrêt de sa contraception</i>	7	1
28	<i>Je lui donne des explications sur l'ostéoporose</i>	6	3
34	<i>Je lui demande si son couple serait à l'aise avec l'utilisation de préservatifs.</i>	5	1
41	<i>Je lui demande si un gynécologue la suit.</i>	4	1
43	<i>Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.</i>	3	2
38	<i>Je lui propose avec un délai de réflexion d'arrêter sa contraception à 50 ans.</i>	3	1

**Tableau 7 : Réponses retenues et pondérées lors du premier vote de G2**

### 3.2.2.3. Résultats du second vote

#### 3.2.2.3.1. Reformulation des items

À la suite de ce premier vote, le groupe a décidé de rassembler et ou reformuler certaines réponses qui lui ont dans un second temps, semblé similaires ou imprécises. Sur les 22 réponses résultant du premier vote, il restait après, une nouvelle reformulation et synthèse par G2, un choix de 18 réponses possibles pour le second vote.

- La réponse 7 « *Je lui demande l'âge auquel sa mère a été ménopausée* » a été incluse dans la réponse 18 « *Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente* ».
- Les réponses 8 « *Je l'informe sur les risques et les moyens de prévention contre une éventuelle grossesse.* » et 35 « *Je lui demande si elle a des craintes et peurs par rapport au risque de grossesse à l'arrêt de sa contraception.* » ont fusionné pour devenir la réponse 8 : « *Je l'informe sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci* ».
- Les réponses 15 « *Je fais un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie* » et 17 « *Je l'informe sur le fait que les dosages biologiques tels que FSH et oestradiolémie ne sont pas fiables à 100%.* » ont été reformulées pour devenir la réponse 15 : « *Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage* ».
- Les réponses 34 « *Je lui demande si son couple serait à l'aise avec l'utilisation de préservatifs.* » et 39 « *J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.* » sont devenues la réponse 33 : « *J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple* ».

N°	Items à l'issu du 1 <sup>er</sup> vote	Items après modification
1	<i>Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)</i>	<i>Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)</i>
2	<i>Je recherche des signes climatériques chez la patiente lors de la consultation.</i>	<i>Je recherche des signes climatériques chez la patiente lors de la consultation.</i>
3	<i>Je l'interroge pour savoir comment se comportent ses cycles.</i>	<i>Je l'interroge pour savoir comment se comportent ses cycles.</i>

N°	Items à l'issu du 1 <sup>er</sup> vote	Items après modification
5	<i>Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)</i>	<i>Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)</i>
7	<i>Je lui demande l'âge auquel sa mère a été ménopausée.</i>	
18	<i>Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.</i>	<i>Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.</i>
8	<i>Je l'informe sur les risques et les moyens de prévention contre une éventuelle grossesse.</i>	<i>J'informe la patiente sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci.</i>
35	<i>Je lui demande si elle a des craintes et peurs par rapport au risque de grossesse à l'arrêt de sa contraception.</i>	
11	<i>Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.</i>	<i>Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.</i>
13	<i>J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).</i>	<i>J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).</i>
15	<i>Je fais un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie.</i>	<i>Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.</i>
17	<i>Je l'informe sur le fait que les dosages biologiques tels que FSH et oestradiolémie ne sont pas fiables à 100%.</i>	
19	<i>Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente.</i>	<i>Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente.</i>
21	<i>Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.</i>	<i>Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.</i>
28	<i>Je lui donne des explications sur l'ostéoporose</i>	<i>Je lui donne des explications sur l'ostéoporose</i>
33	<i>Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.</i>	<i>Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.</i>
34	<i>Je lui demande si son couple serait à l'aise avec l'utilisation de préservatifs.</i>	<i>J'arrête sa contraception oestro-progestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.</i>
39	<i>J'arrête sa contraception et lui propose l'utilisation de préservatifs.</i>	
38	<i>Je lui propose avec un délai de réflexion d'arrêter sa contraception à 50 ans.</i>	<i>Je lui propose avec un délai de réflexion d'arrêter sa contraception à 50 ans.</i>
41	<i>Je lui demande si un gynécologue la suit.</i>	<i>Je lui demande si un gynécologue la suit.</i>
42	<i>Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).</i>	<i>Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).</i>
43	<i>Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.</i>	<i>Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.</i>

**Tableau 8 : Modifications apportées aux items à l'issu du premier vote par G2**

### 3.2.2.3.2. Résultats du second vote.

N°	ITEMS RETENUS	Nombre total de points	Nombre de personnes ayant voté pour cette idée
1	<i>Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)</i>	70	8
5	<i>Je lui me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)</i>	45	6
17	<i>Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente</i>	36	6
8	<i>J'informe la patiente sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci</i>	31	6
11	<i>Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.</i>	30	7
16	<i>Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.</i>	29	5
2	<i>Je recherche des signes climatiques chez la patiente lors de la consultation.</i>	25	4
13	<i>J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).</i>	24	5
14	<i>Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.</i>	16	4
42	<i>Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).</i>	15	6
33	<i>J'arrête sa contraception oestro-progestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.</i>	15	5
19	<i>Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.</i>	10	3
29	<i>Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.</i>	8	2
26	<i>Je lui donne des explications sur l'ostéoporose.</i>	2	2
41	<i>Je lui demande si un gynécologue la suit.</i>	2	1
43	<i>Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception.</i>	2	2

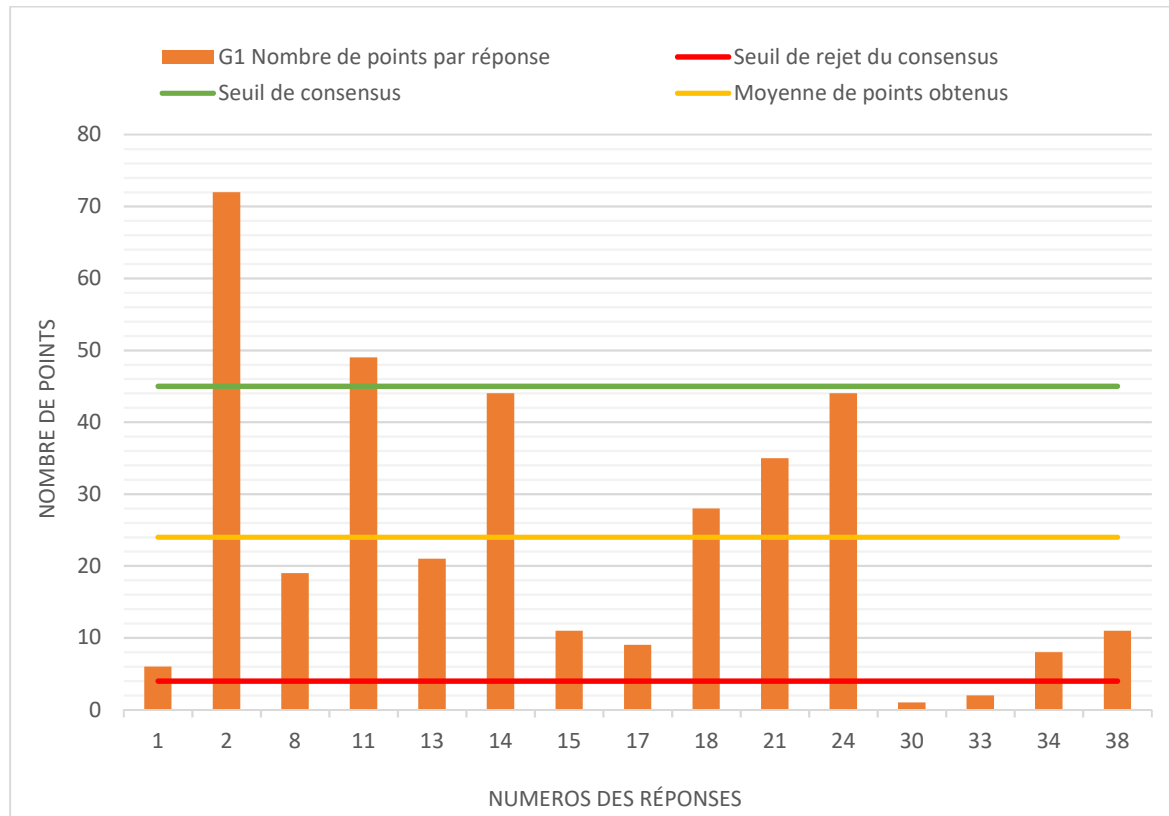
**Tableau 9 : Réponses retenues et pondérées à l'issu du second vote par G2**



### 3.2.3. Analyse quantitative :

#### 3.2.3.1. Priorité des réponses selon G1

Pour G1, 2 réponses ont été validées par l'ensemble du groupe. Six réponses sont dans une zone d'ambiguïté acceptable. Neuf sont rejetées ou dans une zone d'ambiguïté non acceptable.



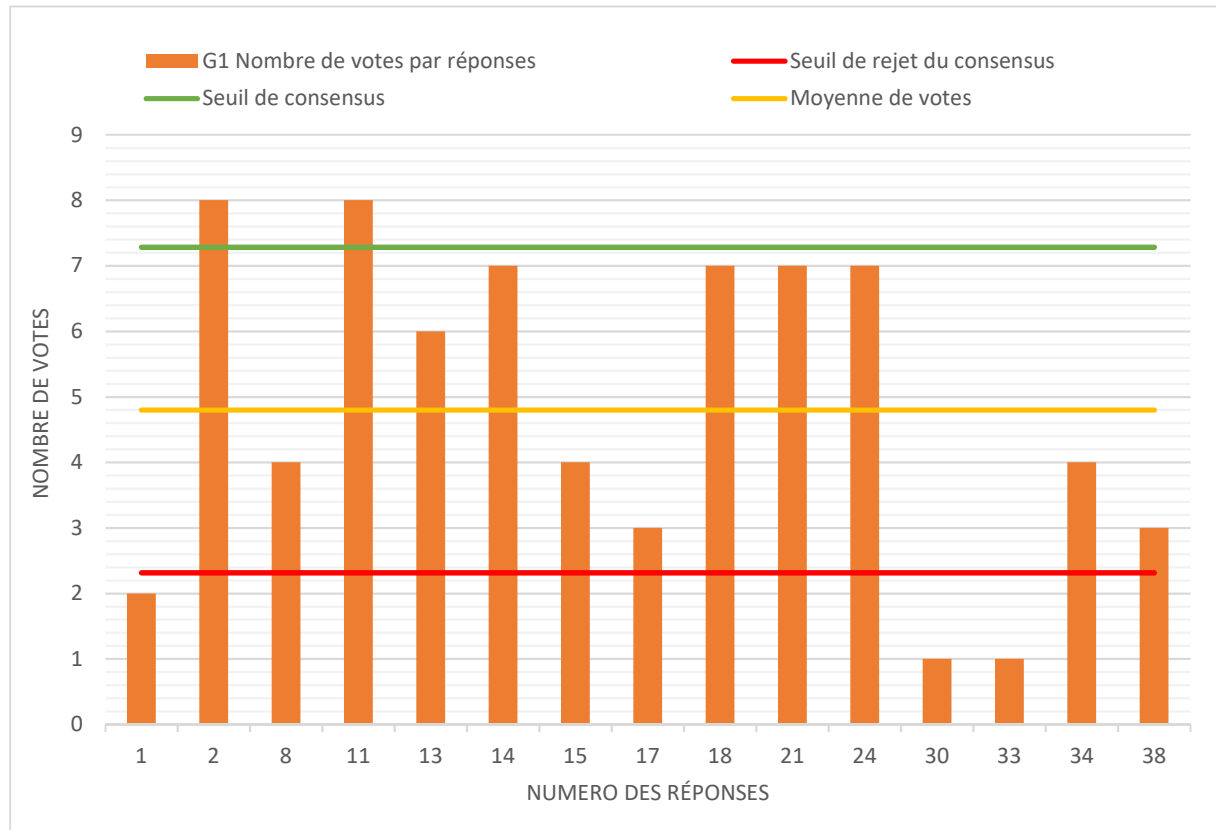
**Figure 1 : Priorité attribuée aux réponses du second vote par le groupe 1**

Légendes :

- 1) Pourquoi avoir un oestroprogestatif à 49 ans ?
- 2) Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception
- 8) Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.)
- 11) Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique etc.
- 13) Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climatiques, les traitements).
- 14) Je lui présente les autres types de contraception.
- 15) Je fais un examen clinique.
- 17) Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH.
- 18) J'arrête sa contraception et on observe. Si apparaissent des besoins de la patiente (symptômes, questions etc.), je propose de la revoir à sa demande.
- 21) Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.
- 24) Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.
- 30) Je lui demande si elle a d'autre plainte (physique, psychologique, etc.).
- 33) Je fais une palpation mammaire.
- 34) Je prends la tension artérielle.
- 38) Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception.

### 3.2.3.2. Popularité des réponses selon G1

Concernant la popularité, 2 réponses sont unanimement plébiscitées par G1. Cinq réponses sont dans une zone d'ambiguïté acceptable et 8 réponses sont rejetées ou dans une zone d'ambiguïté non acceptable.



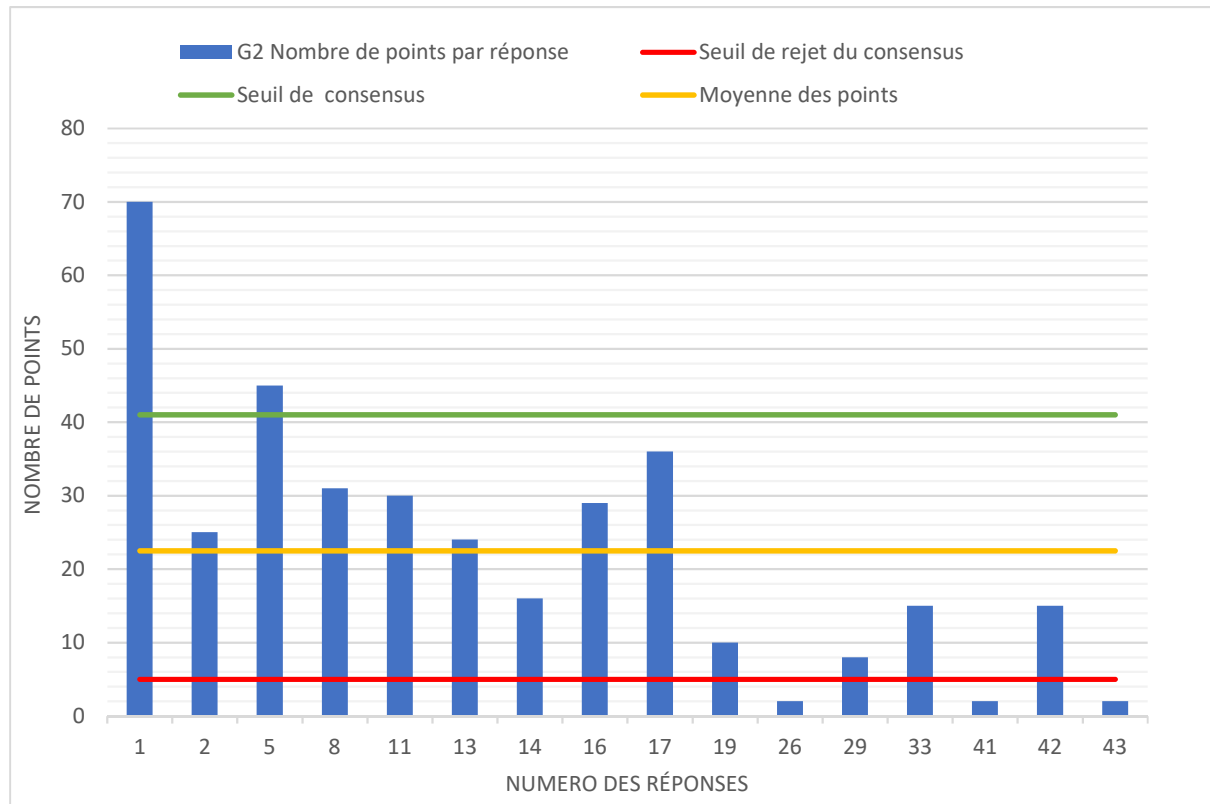
**Figure 2 : Popularité attribuée aux réponses du second vote par le groupe 1**

#### Légendes :

- 1) Pourquoi avoir un oestroprogestatif à 49 ans ?
- 2) Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception
- 8) Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.)
- 11) Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique etc.
- 13) Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climériques, les traitements).
- 14) Je lui présente les autres types de contraception.
- 15) Je fais un examen clinique.
- 17) Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH.
- 18) J'arrête sa contraception et on observe. Si apparaissent des besoins de la patiente (symptômes, questions etc.), je propose de la revoir à sa demande.
- 21) Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.
- 24) Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.
- 30) Je lui demande si elle a d'autre plainte (physique, psychologique, etc.).
- 33) Je fais une palpation mammaire.
- 34) Je prends la tension artérielle.
- 38) Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception.

### 3.2.3.3. Priorité des réponses selon G2

Pour G2, 2 réponses sont unanimement validées. Huit réponses sont dans une zone d'ambiguïté acceptable par le groupe. Huit sont rejetées ou dans une zone d'ambiguïté non acceptable.



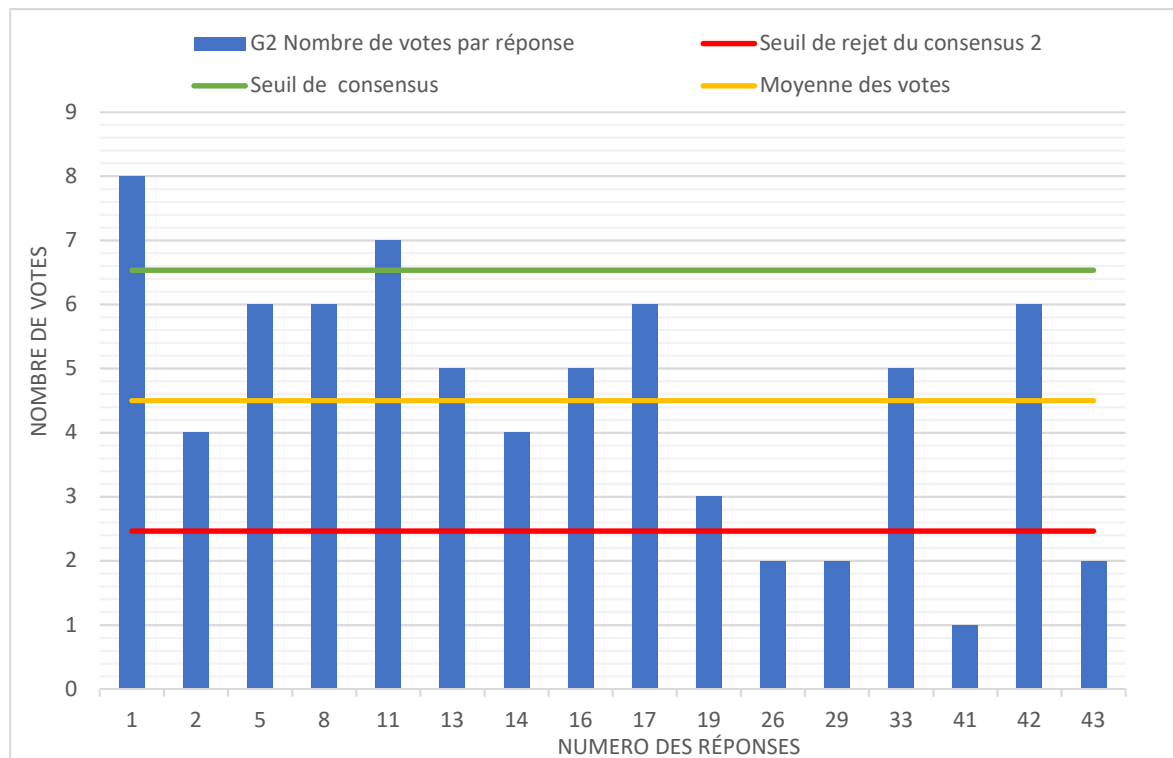
**Figure 3 : Priorité attribuée aux réponses du second vote du groupe 2**

#### Légendes :

- 1) Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)
- 2) Je recherche des signes climateriques chez la patiente lors de la consultation.
- 5) Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)
- 8) J'informe la patiente sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci
- 11) Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause
- 13) J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).
- 14) Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.
- 16) Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.
- 17) Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente
- 19) Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.
- 26) Je lui donne des explications sur l'ostéoporose.
- 29) Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.
- 33) J'arrête sa contraception oestro-progestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.
- 41) Je lui demande si un gynécologue la suit.
- 42) Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).
- 43) Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception

### 3.2.3.4. Popularité des réponses selon G2

Deux réponses ont été unanimement plébiscitées par G2. Sept réponses sont dans une zone d'ambiguïté acceptable et 7 réponses sont rejetées ou dans une zone d'ambiguïté non acceptable.



**Figure 4 : Popularité attribuée aux réponses du second vote du groupe 2**

#### Légendes :

- 1) Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. (Désir de grossesse ? En a-t-elle assez de prendre la pilule ? etc.)
- 2) Je recherche des signes climatiques chez la patiente lors de la consultation.
- 5) Je me renseigne sur l'activité sexuelle de la patiente (a-t-elle un partenaire ? Fréquence des rapports etc.)
- 8) J'informe la patiente sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci
- 11) Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause
- 13) J'évalue la surveillance gynécologique de la patiente (dates du dernier frottis, +/- mammographie, dernière biologie générale etc.).
- 14) Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.
- 16) Je recherche les antécédents familiaux gynécologiques de la patiente.
- 17) Je recherche les antécédents personnels gynécologiques de la patiente
- 19) Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.
- 26) Je lui donne des explications sur l'ostéoporose.
- 29) Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.
- 33) J'arrête sa contraception oestro-progestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.
- 41) Je lui demande si un gynécologue la suit.
- 42) Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).
- 43) Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception

### **3.3 Proposition par les groupes d'experts d'une consultation dédiée à l'arrêt de la COP chez une femme en périménopause**

Dans chacun des groupes, peu de réponses ont fait l'objet d'un consensus tant en termes de priorité que de popularité. Afin d'élaborer cette consultation, nous avons retenu comme critère principal : la priorité. Nous avons choisi d'augmenter notre seuil d'acceptation des réponses en retenant toutes celles dont les résultats étaient compris entre la moyenne et le seuil de consensus. Nous avons considéré que même si les réponses étaient dans une zone d'ambiguïté, leurs résultats étant compris dans l'écart type positif, la réponse pouvait être considéré comme acceptée par le groupe.

### 3.3.1 Selon la priorité :

#### 1) Écouter et interroger la patiente :

- a) Rechercher la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa COP
- b) Rechercher des doléances urogénitales
- c) Interroger la patiente sur sa sexualité
- d) Évaluer les connaissances de la patiente sur la ménopause
- e) Évaluer les craintes de la patiente vis-à-vis du risque de grossesse consécutif à l'arrêt de sa COP

#### 2) Revu du dossier médical de la patiente et recueil d'information

- a) Antécédents gynécologiques personnels
- b) Antécédents gynécologiques familiaux
- c) Évaluer le suivi gynécologique global

#### 3) Examen physique

Examen gynécologique :

- Palpation mammaire
- +/- TV
- +/- Frottis cervico vaginal

#### 4) Informer et échanger avec la patiente :

- a) Présenter les autres modes de contraception possibles
- b) Écouter et évaluer le ressenti de la patiente sur le risque d'une grossesse suite à l'arrêt de la COP

**Figure 5 : Proposition d'une consultation d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause par les experts de l'étude selon leur priorité.**

### 3.3.2 Selon la popularité

#### 1) Écouter et interroger la patiente :

- a) Rechercher la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa COP
- b) Rechercher des doléances urogénitales
- c) Interroger la patiente sur sa sexualité
- d) Évaluer les connaissances de la patiente sur la ménopause
- e) Évaluer les craintes de la patiente vis-à-vis du risque de grossesse consécutif à l'arrêt de sa COP

#### 2) Revu du dossier médical de la patiente et recueil d'information

- a) Antécédents gynécologiques personnels
- b) Antécédents gynécologiques familiaux
- c) Évaluer le suivi gynécologique global

#### 3) Examen physique

Examen gynécologique :

- Palpation mammaire
- +/- TV
- +/- Frottis cervico vaginal

#### 4) Informer et échanger avec la patiente :

- a) Donner des explications sur la ménopause
- b) Présenter les autres modes de contraception possibles
- c) Écouter et évaluer le ressenti de la patiente sur le risque d'une grossesse suite à l'arrêt de la COP

#### 5) Conduite à tenir :

Choisir en partenariat avec la patiente l'option retenue :

Ou

- Arrêt de la COP et utilisation d'un autre moyen de contraception
- Arrêt définitif de toute contraception et surveillance simple

**Figure 6 : Proposition d'une consultation d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause par les experts de l'étude selon la popularité.**

## **4 DISCUSSION**

### **4.1 Principaux résultats de l'étude**

Les résultats de cette étude ont permis l'élaboration, par un groupe d'experts en médecine générale, d'une consultation dédiée à l'arrêt de la COP pour les femmes en périménopause.

Lors de cette consultation, les experts ont priorisé le dialogue et l'échange d'information avec la patiente. Aucune option d'arrêt de la COP n'a été considérée comme consensuellement prioritaire même si certaines réponses étaient populaires. De même, l'information sur la ménopause, réponse pourtant populaire, n'a pas été retenue comme prioritaire pour cette consultation.

### **4.2 Forces et limites de l'étude**

#### **4.2.1 Limites méthodologiques de l'étude**

Une des limites du groupe nominal, est qu'il ne suffit pas à lui seul pour valider un consensus. Il faut pour cela combiner une autre méthode telle qu'une méthode Delphi<sup>1</sup> par exemple.

Par ailleurs, les votes effectués dans le groupe nominal, ont l'inconvénient de ne pas retenir les idées extrêmes même si ce sont des idées novatrices.

Dans cette étude, la place des chercheurs en tant qu'animateurs lors des deux séances de génération des réponses les a privés d'une attitude distanciée. Un troisième chercheur non impliqué dans le déroulé de la séance aurait pu analyser in vivo le vécu des médecins experts.

---

<sup>1</sup> La méthode Delphi est une technique de recherche sociale qui cherche à obtenir un avis de groupe fiable à partir d'un ensemble d'experts. Cette méthode de consensus repose sur une série de questionnaires structurés visant habituellement à élaborer des décisions. Il s'agit d'une procédure itérative et interactive comportant deux à quatre tours, utilisant classiquement des questionnaires structurés auto-administrés, adressés aux participants par courrier, de plus en plus fréquemment sous forme électronique (51).



Les deux groupes de travail se sont déroulés en fin de semaine, un jeudi soir à 20h30, pour se terminer à 23h30 environ. La quasi-totalité des experts avaient consulté la journée même de la réunion. Certains se sont déplacés jusqu'à 40 km de leur lieu d'exercice pour effectuer ce travail. Il est envisageable qu'un manque de concentration ait pu altérer le nombre et la qualité des réponses émises de même que leur synthèse à l'issue du tour de table initial.

Réunir les seize experts sur des plages de temps libre comme un week-end par exemple, aurait été plus favorable pour cette méthode mais aurait limité en contrepartie la participation de ceux-ci.

Un groupe de huit experts par réunion constituait la moyenne du nombre nécessaire et suggéré dans les études pour ce travail (49,50). Un plus grand nombre d'experts aurait renforcé la validité de notre étude mais aurait nécessité plus de temps au groupe pour effectuer ce travail. Cela aurait diminué leur concentration et altéré la qualité des réponses émises.

Le choix de la question « très ouverte » était volontaire afin de ne pas limiter l'expert dans ses réponses et générer le plus grand nombre d'idées. Cela a pu engendrer parfois un manque de précision dans les réponses émises. Une meilleure synthèse et clarté dans les réponses, auraient pu améliorer les résultats de notre étude.

Les experts en médecine générale ayant participé à l'étude étaient en moyenne significativement plus jeunes que la population de médecins généralistes en activité en France, en 2016. L'âge moyen des femmes du premier et second groupe était respectivement de 42,5 ans et 40 ans lorsque la moyenne d'âge nationale et de la région Centre Val de Loire des femmes médecins généralistes, est de respectivement 49 ans et 50 ans. De même, l'âge moyen des hommes médecins généralistes de G1 et G2 était respectivement de 42,7 ans et 56,2 pour une moyenne nationale et dans la région Centre Val de Loire de 54 ans en 2016 (14,52). Cette différence d'âge a pu constituer un biais de représentativité car les experts de notre groupe avaient de ce fait une expérience moindre, certains étant âgés de 30 ans pour l'expert le plus jeune. Il est donc possible qu'un autre type de réponses auraient pu être générées par un panel d'experts plus âgés.

Avec la réforme du DES de Médecine Générale et l'acquisition d'un statut de « Spécialiste en Médecine Générale », les experts les plus jeunes avaient une

formation en gynécologie intégrée à leur cursus. Une étude de 2010 montre que les jeunes médecins généralistes réaliseraient plus d'actes gynécologiques que leurs aînés (28,53).

#### 4.2.2 Forces et originalité de l'étude

Pour répondre à la question initiale, nous avons choisi d'utiliser la méthode du groupe nominal.

Cette méthode nous a permis de rassembler et de hiérarchiser des propositions faites par un groupe d'experts en médecine générale.

Cette méthode est l'une des quatre méthodes de consensus classiquement décrites dans la littérature (49,50). Elle est utilisée en situation complexe de prise de décision et lorsqu'il existe une absence de données de la littérature. Le point fort de cette méthode est qu'elle combine un temps de travail individuel et collectif. Elle a l'avantage de permettre l'émergence d'un grand nombre d'idées et d'en étudier chacune d'entre elles tout en permettant une pondération des résultats. Elle limite l'influence de meneurs d'opinion et permet à chaque participant de prendre la parole et de donner son point de vue (49,50).

Notre choix s'est porté sur des médecins généralistes, directement confrontés aux demandes d'arrêt de contraception des femmes à la périménopause. Ceci est d'autant plus vrai, que la densité médicale de gynécologues dans l'Indre est l'une des plus faibles de France et donc d'un accès plus difficile pour les femmes (14). Nous avons décidé de réaliser un échantillonnage raisonné afin de réunir d'une part, les experts en médecine générale ayant un profil le plus diversifié possible mais aussi de sélectionner ceux ayant un intérêt pour le sujet proposé. Ce choix garantit la validité externe de l'étude. Cela nous a permis d'obtenir un grand nombre de réponses.

Cette étude est originale car nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire dans notre recherche bibliographique. Elle fait suite à une étude qualitative du Dr Dubrasquet de 2015 (47). Notre étude a été menée avec des médecins généralistes afin d'élaborer une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative en médecine générale. C'est une étude faite avec des experts directement confrontés à la question et adaptée à leur pratique.

## 4.3 Analyse de la littérature

### 4.3.1 La spécificité de la Médecine Générale en 2017

- Activité variée et motifs de consultation multiples

La Médecine Générale est par définition une médecine aux compétences larges. Le médecin généraliste explore un champ pluridisciplinaire. Dans ses missions, le médecin traitant généraliste est au centre du parcours de soins du patient (54).

Il est régulièrement confronté à des situations complexes de par la multiplicité des motifs de consultation. Ceci constitue une difficulté parfois soulignée dans l'activité de certains médecins généralistes (27). La gynécologie est un des motifs fréquemment abordés au cours d'une consultation de la femme en périménopause (24). Le patient est par ailleurs plus attentif et exigeant vis-à-vis de la qualité des soins qui lui sont dispensés (55).

- Féminisation de la profession

La féminisation de la spécialité engendre des modifications dans l'activité des médecins généralistes (56). Les médecins généralistes femmes souhaitent trouver un équilibre entre leurs vies professionnelle et personnelle.

Les femmes ont des consultations en moyenne plus longues que les hommes mais un travail hebdomadaire moindre (57). De plus en plus nombreuses en médecine générale, elles semblent d'avantage impliquées et sollicitées dans le suivi gynécologique de leurs patientes que les hommes (24,28,56).

- Activité de groupe

Les jeunes médecins généralistes privilégient l'installation en groupe (58). Ce mode d'exercice facilite les échanges et la collaboration avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Selon certaines études, l'exercice en groupe engendrerait d'avantage d'activité gynécologique en médecine générale (27,56). Les médecins exerçant en groupe seraient plus intéressés par une consultation dédiée à la ménopause (46).

- Durée de consultation

Des études montrent qu'en moyenne une consultation de médecine générale dure entre 16 à 18.5 minutes (+/- 5.42 min). (57,59,60).

Ces consultations seraient plus longues lorsque le médecin est une femme avec en moyenne des consultations de 19 minutes contre 17 minutes si le médecin est un homme. Le fait que les médecins femmes gardent en moyenne leurs patients plus longtemps en consultation avait déjà été mis en évidence dans une enquête de 2002 de la DREES (61).

#### 4.3.2 Recommandations sur le diagnostic de la ménopause et l'arrêt de la contraception

En 2017, l'arrêt de la contraception chez une femme en périménopause fait l'objet d'avis d'experts plutôt que de directives clairement établies (3,32).

L'âge auquel la contraception peut être arrêtée chez une femme ne peut être défini au préalable (62). En effet, ce n'est que lorsque la ménopause est établie que la contraception peut être stoppée sans risque de grossesse. Cet âge est variable d'une femme à l'autre (3,8,32,63,64). La difficulté pour répondre à la question de ce travail, est donc d'affirmer une ménopause chez une femme sous COP. Nous n'avons pas pu mettre en perspective nos résultats vis-à-vis de la littérature car il n'existe à ce jour pas d'étude comparable.

##### 4.3.2.1 A l'étranger

- *International :*

Selon le « Stage of Reproductive Workshop » (STRAW) une anomalie des cycles entre 3 et 11 mois, prédit la ménopause dans les 4 ans.

**Stages/Nomenclature of Normal Reproductive Aging in Women  
Recommendations to Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), Park City, Utah, USA, July 2001**

	Final Menstrual Period (FMP)						
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>5</span><span>4</span><span>3</span><span>2</span><span>1</span><span>0</span><span>1</span><span>2</span> </div>						
<i>Stages:</i>	Reproductive			Menopausal transition		Postmenopause	
<i>Terminology:</i>	Early Peak Late			Early Late*		Early* Late	
				Perimenopause			
<i>Duration of stage:</i>	Variable			Variable		(a) 1 yr	(b) 4 yrs
<i>Menstrual cycles:</i>	Variable to regular	Regular		Variable cycle length (7 days different from normal)	2 skipped cycles and an interval of amenorrhea (60 days)	Amen 12ms	None
<i>Endocrine:</i>	Normal FSH		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH	

Medscape®

\* Stages most likely to be characterized by vasomotor symptoms

↑ elevated

**Tableau 10 : Étapes du vieillissement reproductif normal chez les femmes, Park City, Utah, USA, Juillet 2001**

**Source:** Kanchan K. Menopausal Hormone Replacement Therapy [Internet]. Medscape. 2016 [cité 4 août 2017]. Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/276104-overview>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'environ 50 % des femmes de plus de 40 ans sont encore fécondes. Le risque annuel de grossesse est de 10 % chez les femmes âgées de 40 à 45 ans et de 2 à 3 % chez les femmes de plus de 45 ans. La probabilité de survenue de règles et éventuellement d'ovulation, après une année d'aménorrhée, pour les femmes de plus de 45 ans, est estimé de 2 à 10%.

L'OMS recommande donc le maintien de la contraception jusqu'à la ménopause. (2).

Pour l'« Association of Reproductive Health Professional » (ARHP), il n'est pas possible de diagnostiquer une ménopause sous contraceptif oral. Pour contourner cette difficulté, elle recommande chez les femmes autour de 50 ans d'interrompre pendant 3 mois le contraceptif oral tout en maintenant une contraception par une autre méthode. Une aménorrhée associée à la survenue de symptômes climatiques permet de diagnostiquer la ménopause (3).

Une autre attitude retrouvée dans la littérature pour savoir si une femme est ménopausée et si l'arrêt de la contraception est possible, est de réaliser deux dosages de FSH à deux semaines d'intervalles en dehors de toute contraception hormonale. Lorsque le taux de FSH est supérieur à 20-30 UI/L sur ces deux dosages successifs,

il est possible d'affirmer une ménopause et d'arrêter toute contraception de manière immédiate (63).

Toutes ces attitudes semblent cependant nuancées par le fait que des grossesses spontanées ont été reportées chez des femmes de plus 55 ans. Par conséquent, une contraception semblerait souhaitable jusqu'à 60 ans (63).

- *En Angleterre :*

Le « Royal College of Obstetricians and Gynaecologists » recommande de manière générale de continuer la contraception jusqu'à l'âge de 55 ans où 95.6 % des femmes seraient ménopausées. Cette attitude doit cependant être adaptée à chaque patiente (8,32,64).

Dans le cas de l'utilisation d'une COP, il existe des hémorragies dites de privation qui masquent l'aménorrhée nécessaire au diagnostic de ménopause. Le dosage hormonal de la FSH semblerait intéressant pour aider au diagnostic. Pour autant, il ne peut être interprété sous pilule oestroprogestative.

L'avis d'experts recommande dans ce cas présent, l'arrêt de la COP à 50 ans et de changer pour une autre méthode de contraception comme une pilule microprogestative, un implant, un stérilet ou une autre contraception mécanique (8,64). Si le choix se porte sur une contraception mécanique, il est nécessaire d'attendre un an d'aménorrhée afin d'arrêter toute contraception, sans risque de grossesse, en cas de rapport sexuel.

Si le choix se porte pour l'utilisation d'une contraception à base de progestérone, plusieurs attitudes sont possibles :

- Continuer la méthode contraceptive jusqu'à 55 ans,
- Réaliser un dosage hormonal avec deux FSH à 6 semaines d'intervalles si la patiente est en aménorrhée. Si la FSH est supérieure à 30 UI/L à deux occasions successives, il est possible d'arrêter cette contraception un an après, sans réaliser de nouveau dosage ultérieur,
- Surveiller la survenue de saignement anormaux en continuant la contraception au-delà de 55 ans jusqu'à un an d'aménorrhée (64,65). Le dosage de FSH ne semble en effet pas être influencé par la prise de contraceptif à la progestérone (66,67).

Pour la « British Menopause Society », l'utilisation continue de la contraception avant 50 ans est recommandé jusqu'à ce qu'il y ait deux ans après la cessation définitive des règles chez la femme ménopausée car il pourrait y avoir un risque d'ovulation malgré l'absence de règles. Après 50 ans, il est recommandé de continuer la contraception jusqu'à un an d'aménorrhée au moment du diagnostic de ménopause (3,8,63).

- *Au Canada :*

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ne recommande pas le dosage de FSH et LH pour le diagnostic de ménopause (3).

- *Aux Etats Unis :*

Concernant l'arrêt de la contraception à la périménopause, l'avis du « National Institutes of Health » (NIH) est résumé dans le tableau ci-dessous (68) :

Contraception	Age < 50 ans	Age ≥ 50 ans
<b>Méthode non hormonale</b>	Arrêt possible après 2 ans d'aménorrhées	Arrêt possible après 1 an d'aménorrhée
<b>Progestatif seul (pilule, implant, stérilet, injection)</b>	Possibilité de continuer jusqu'à 55 ans	Possibilité de continuer jusqu'à 55 ans ou changer pour une méthode contraceptive non hormonale et arrêter après 1 an d'aménorrhée
<b>Oestroprogestatif (pilule, patch, anneau vaginal)</b>	Possibilité de continuer jusqu'à 50 ans ou plus en l'absence de risque cardiovasculaire	Possibilité de continuer jusqu'à 55 ans en l'absence de risque cardiovasculaire ou changer pour une méthode contraceptive non hormonale et arrêter après 1 an d'aménorrhée

**Tableau 11: Conduite à tenir pour l'arrêt de la contraception selon l'âge chez la femme.**

**Source:** Allen RH, Cwiak CA, Kaunitz AM. Contraception in women over 40 years of age. Canadian Medical Association Journal. 16 avr 2013;185(7):565-73.

La « North American Menopause Society » recommande de continuer la contraception jusqu'à la ménopause soit entre 50 à 55 ans (3,62).

Aucun test de laboratoire fiable n'est à ce jour disponible pour affirmer la perte définitive de fertilité chez une femme (62).

Le « Department of Family Practice » confirme que les dosages hormonaux ne permettent pas d'orienter la décision d'arrêter la contraception.

#### 4.3.2.2 En France

Dans son extrait de mise à jour en gynécologie médicale, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande aux femmes sans facteurs de risques, tolérant bien la pilule oestroprogestative de la continuer jusqu'à la ménopause.

Dans cet extrait, plusieurs attitudes sont décrites dans la gestion de l'arrêt de la COP (39) :

- Certains proposent l'arrêt de la pilule autour de 50 ans (ou à l'âge familial de ménopause) et de surveiller la survenue d'aménorrhée voire de bouffée de chaleur en complétant par un dosage de FSH couplé à une oestradiolémie pour aider au diagnostic de ménopause.
- D'autres suggèrent d'arrêter arbitrairement la pilule à 50 ans et de prendre le relais par une hormonothérapie substitutive de la ménopause. Ceci, après avoir obtenu l'accord des patientes qui acceptent de rester, à partir de la cinquantaine, sans contraception hormonale n'excluant pas l'usage d'autres contraceptifs.
- Certains enfin proposent un dosage d'œstradiol et de FSH au septième jour d'arrêt habituel de la pilule sans faire interrompre cette contraception pour affirmer l'état de ménopause.

A l'âge de 50 ans le risque de grossesse est de l'ordre de 1 à 3 pour mille. Du fait d'un risque quasi nul de grossesse, une autre attitude retrouvée dans la littérature est d'arrêter leur contraception à 51 ans sans dosage hormonal et de surveiller l'apparition de signe climatérique tel que bouffée de chaleur et une aménorrhée (36).



En effet, le dosage de FSH couplé à l'estradiol n'est pas recommandé en pratique pour faire le diagnostic de ménopause et ne devrait être utilisé que dans certain cas comme le diagnostic de l'insuffisance ovarienne précoce (3).

De plus, l'augmentation attendue de FSH chez une femme ménopausée après l'arrêt de sa contraception orale n'est pas toujours observée (3).

Selon la Haute Autorité de Santé, le recours au dosage de FSH pour décider de l'arrêt de la contraception n'est pas considéré comme utile pour la majorité des experts interrogés.

Les femmes de plus de 45 ans doivent interrompre leur contraception orale et la remplacer par un autre mode de contraception (méthode barrière) associé à un suivi clinique et la surveillance de la survenue de l'aménorrhée et de signes climatiques simples (3). L'absence de règles pendant un an, permet le diagnostic de ménopause et l'arrêt de toute contraception.

## **4.4 Discussion des résultats de l'étude**

### **4.4.1 Échanger avec les patientes :**

- Réfléchir au type de contraception actuel de la patiente
  - « *Pourquoi a-t-elle un contraceptif oestroprogestatif à 49 ans ?* »

L'âge de la patiente dans l'énoncé soumis aux experts a parfois été source de discussion. Certains se sont interrogés sur le risque accru de la prise d'oestroprogestatif à un âge « avancé » de la vie génitale chez la femme.

Cependant, aucune contraception n'est contre indiquée sur le seul critère de l'âge et un contraceptif oestroprogestatif en dehors de tout risque cardiovasculaire peut être prescrit (8,32).

- Recueillir les antécédents et s'enquérir du contexte :
  - « *Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente* »,
  - « *Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.)* »

Pour les experts, cette consultation est le moment de vérifier d'éventuels facteurs de risque et de se recentrer sur les antécédents gynécologiques personnels et familiaux de la patiente, afin de proposer une prise en charge adaptée à ses besoins. La recherche d'antécédents médicaux fait partie de l'examen clinique et prendre le temps de se remémorer le contexte pathologique de la patiente permet aux experts de personnaliser leur entretien. Ce temps de l'examen, commun à toute consultation de médecine, semble rassurant pour l'expert.

Le cycle menstruel d'une femme peut être utile pour déterminer la probabilité d'une ménopause approchante (69) et connaître le moment opportun d'arrêt de la contraception. Dans le cas d'une femme de 49 ans sous COP, les troubles du cycle sont masqués par l'usage d'oestroprogestatif qui engendre des hémorragies de privation (8).

- Évaluer le suivi gynécologique :
  - « *Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique* »

Cette consultation est aussi une consultation de prévention et de dépistage. La prévention est une des missions du médecin généraliste qui s'est renforcée par l'acquisition du statut de médecin traitant (22).

Le *Frottis cervico-vaginal* est un dépistage individuel pour la femme de 25 à 65 ans réalisé tous les 3 ans après deux FCV initiaux normaux à un d'intervalle. Il permet de dépister des lésions précancéreuses. Actuellement, il ne relève pas d'un dépistage organisé sur le plan national. Le taux global de couverture des femmes de 25 à 65 ans par le frottis cervico-vaginal est estimé, sur la période 2007-2009, à seulement 58,5 % (70,71).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus a permis de réduire de manière très importante son incidence. Le cancer du col de l'utérus est désormais la 12<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme (72). Des études révèlent que le médecin généraliste a un rôle primordial pour inciter les femmes à réaliser un frottis cervico-vaginal car il peut facilement aborder le sujet au cours d'une consultation pour autre

motif. L'implication du médecin généraliste est essentielle surtout pour les femmes qui n'ont pas de suivi (28,70).

La *mammographie* est un examen de dépistage du cancer du sein organisé par le Centre de Recherche Epidémiologique et de Prévention (CREDEP). Elle est recommandée tous les deux ans, pour les femmes de 50 ans à 74 ans, en dehors de cas particuliers (73).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Soixante-dix-huit pour cent sont diagnostiqués chez des femmes de 50 ans et plus. En 2016, le taux de participation (taux brut) de la population-cible de ce dépistage était de seulement 50.7 % (74), auquel il faut ajouter un taux estimé à 10 à 15 % de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle (75).

Ces deux examens radiologique et anatomo-pathologique permettent de diagnostiquer un cancer à un stade précoce. Le taux de participation reste respectivement insuffisant. Le dépistage organisé et gratuit est primordial. Les femmes les moins dépistées pour le cancer du sein ou du col de l'utérus, sont les plus à risque. Plus âgées et de milieu socio-économique défavorisé, elles ne consultent pas de gynécologue mais plutôt le médecin généraliste (18,76). Cette consultation est l'occasion idéale pour les experts de proposer ou réévaluer ces dépistages. Ils sont attentifs et sensibilisés à la prévention.

- Écouter et dialoguer avec la patiente :
  - « *Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception* »,
  - « *Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales* »,
  - « *Je lui demande si elle a d'autre plainte (physique, psychologique, etc.)* »,

Pour les experts de l'étude, cette consultation est un moment d'échange avec la patiente. Le recueil d'information est très présent dans les réponses données. Ce sujet ne fait pas l'objet de recommandation bien établi et les experts ont souligné l'importance de l'interrogatoire et du dialogue afin de prendre une décision éclairée dans une période complexe de la vie génitale féminine.

Les experts de l'étude sont attentifs au bien-être de la patiente. Cette notion d'écoute est importante lorsque l'on sait que les femmes se sentiraient délaissées par les professionnels de santé, à cette période charnière de leur vie. C'est ce que laisse à penser une étude de 2012 portant sur le vécu et les attentes de quatorze femmes sur la relation médecin – patiente à la ménopause. L'écoute est une qualité attendue chez le médecin généraliste par les femmes en péri-ménopause (77). Les réponses des experts corroborent les attentes des patientes.

Dans leurs propositions, on retrouve certaines étapes du modèle BERCER proposé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) lors de la première consultation dédiée à la contraception. « L'entretien est un temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé (78). Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit d'explorer « 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 » (78) ».

L'écoute et l'échange sont essentiels pour une prise en charge personnalisée en cohérence avec les attentes de la patiente. C'est le fondement de cette consultation. L'enjeu est la satisfaction de la patiente et l'observance des conseils donnés. La qualité de l'accueil et de la façon dont l'entrevue est menée, influence le contenu de la consultation, mais aussi ce que la patiente en retiendra et ce qu'elle fera de ces conseils.

- Informar et évaluer le ressenti de la patiente :
  - « *Je pose la question à la patiente de ce qu'on déciderait si elle tombait enceinte suite à l'arrêt de la contraception* »
  - « *J'informe la patiente sur les risques possibles d'une grossesse et évalue son ressenti par rapport à celui-ci* ».
  - « *Je donne des explications sur la ménopause à la patiente (signes climatiques, les traitements)* »

L'information est un droit mais aussi un devoir. La délivrance d'une « information claire loyale et appropriée » est inscrite dans l'article R.4127-35 du code de la Santé

Publique. Les médecins généralistes doivent s'investir davantage dans la prise en charge des problèmes liés à la ménopause. Cette prise en charge fait partie de leur mission globale de prévention (30).

L'information donnée aux patientes par les médecins généralistes sur la ménopause est nécessaire. Une étude transversale descriptive de 2014 sur l'intérêt d'une consultation dédiée à la ménopause a mis en évidence que 5% des femmes ne savaient pas si la ménopause entraînait un arrêt des règles et 18% avaient répondu que non. Seulement 17% des femmes connaissaient les cinq éléments du syndrome climatérique (bouffées de chaleur, troubles de l'humeur et du sommeil, prise de poids, troubles urinaires, modification de la peau et des muqueuses) alors que 85% d'entre elles étaient ménopausées (46).

Les femmes souhaiteraient une « anticipation informative » sur le sujet avant qu'elles ne soient ménopausées (77). Elles aimeraient recevoir une information personnalisée, fiable claire et complète (7). Le médecin traitant est une des premières sources d'information et les réponses des experts vont dans ce sens ce qui est très encourageant pour les femmes et leurs attentes.

Pour prendre une décision, il faut pouvoir connaître les craintes et les désirs de la patiente.

L'interrogation des experts sur l'éventualité d'une grossesse non désirée suite à un arrêt trop précoce de la contraception est révélatrice de leur incertitude.

Les risques d'une grossesse chez la femme de 40 ans et plus, sont bien connus autant pour la mère que pour l'enfant à naître (37). Les mères de 45 ans ou plus représentent 0,3 % des naissances en 2013 (12). En 2014, en France, le nombre d'IVG chez les femmes de 45 à 49 étaient de 1 454 (79). Devant les complications physiques et psychiques possibles d'une IVG (80), les experts choisissent d'aborder le sujet avec les femmes lors de cette consultation, d'évaluer leur ressenti et les risques avec elles.

- Évaluer les connaissances de la patiente vis-à-vis de la ménopause :
  - *« Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause »*

Les femmes ont parfois des informations erronées sur la ménopause (7). Les experts ont souligné l'importance d'évaluer les connaissances de leur patiente lors de cette

consultation afin d'établir ou rétablir une bonne définition et d'en compléter les informations.

- Intégrer le couple dans l'échange.
  - « *Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception* ».

Soixante-trois pourcent des hommes trouvent important de participer au choix de la méthode contraceptive du couple (81). Cet élément, ajouté au fait que la moitié d'entre eux discute de ce choix avec leur conjointe, montre qu'une partie des hommes s'intéressent à la contraception de leur compagne (81).

Une thèse de médecine générale de Dinam E. de 2014, portant sur « L'implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement » a montré que les hommes viennent peu en consultation avec leur partenaire pour la contraception. Dans cette enquête, les hommes se sentaient concernés par la contraception mais n'étaient pas très impliqués (82). Ce résultat est d'ailleurs confirmé par une autre thèse de 2016 sur « l'implication des hommes dans la contraception ». Dans cette étude, la majorité des hommes sont pour une parité entre les hommes et les femmes à ce sujet (83).

Selon une autre étude de 2012 portant sur la contraception de 134 femmes de plus de quarante ans en Loire Atlantique, seulement 3% de des femmes de l'étude ont choisi leur contraception en discutant avec leur conjoint (19).

Même s'il existe à ce jour peu de méthodes contraceptives masculines, la contraception n'est pas exclusivement une question féminine mais une affaire de couple. L'INPES conseille aux femmes de choisir leur méthode contraceptive avec le conjoint (84). En avril 2010, cet institut lance une campagne de prévention destinée à sensibiliser les hommes sur le sujet de la contraception et éduquer dès le plus jeune âge le couple et non plus uniquement la femme (85).

Un partenaire peu soutenant dans la prise d'une contraception orale s'est aussi révélé comme étant prédictif d'un risque plus important de grossesse non désirée pour le couple (86). Le risque d'une éventuelle grossesse doit être mesuré à deux.

La périménopause est aussi une période où la sexualité peut changer avec une perte de libido et l'apparition de dyspareunie du fait de sécheresse vaginale.

Physiologiquement, le corps de la femme change avec une prise de poids fréquente. Ceci peut engendrer pour la femme une perte de l'estime de soi. Intégrer le partenaire dans cette consultation est aussi le moyen de favoriser une discussion dans le couple autour de la sexualité. En faisant participer le conjoint et non plus seulement la femme, les experts souhaitent promouvoir et inciter les patientes à ouvrir le dialogue avec leur partenaire. Le conjoint est, avec le médecin, un autre soutien possible pour la femme. Tout comme son instauration, l'arrêt de la contraception pourrait aussi être une décision partagée par le couple.

#### 4.4.2 Pratiquer un examen clinique

- Examen physique :
  - « *Je fais un examen clinique* »
  - « *Je prends la tension artérielle* »
  - « *Je fais une palpation mammaire* »
  - « *Je fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque* »
  - « *Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV)* ».
  - « *Je recherche des signes climatériques chez la patiente lors de la consultation* ».

Lors de cette consultation les experts font un examen physique centré sur l'appareil cardiovasculaire et gynécologique. Ils réalisent un acte qu'ils connaissent bien, ce qui contraste avec leur incertitude face à la demande de la patiente. Cet examen s'inscrit dans une démarche de prévention. Ils proposent de rechercher des éléments en faveur de risque cardiovasculaire mais aussi de lésions suspectes (cancer du sein, cancer du col de l'utérus). Ceci est complémentaire des examens de dépistage radiologiques et anatomo-pathologiques.

Les résultats de nos experts corroborent ceux d'une étude de 2013 auprès de 108 médecins généralistes de Midi-Pyrénées portant sur l'intérêt d'une consultation dédiée à la ménopause. Dans cette étude, la prévention, le dépistage des cancers et l'examen

clinique gynécologique paraissaient indispensable pour plus de la moitié d'entre eux (46).

#### 4.4.3 Prendre une décision négociée

- On se laisse du temps, on « botte en touche », on oriente la patiente :
  - *« Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage. »*
  - *« Je propose de continuer sa contraception et lui demande un bilan biologique avec FSH. »*
  - *« Je lui demande si un gynécologue la suit »*
  - *« Je lui présente les autres modes de contraception »*

L'analyse des résultats de notre étude démontre que les experts sont dans une situation d'incertitude face à la question posée, tout comme le montre l'étude de C. Dubrasquet de 2015. Les attitudes divergent. Ceci est attendu puisqu'aucun consensus n'existe sur le sujet.

Certains experts se laissent du temps pour répondre à la demande, en faisant un dosage hormonal de FSH afin de confirmer ou pas une ménopause, tout en étant conscient du manque de fiabilité de ce dosage. L'augmentation des valeurs de la FSH et LH, recherchée pour aider au diagnostic de la ménopause, est avec l'âge, plus difficile à mettre en évidence chez les femmes sous contraception orale (3,4). L'augmentation attendue de FSH chez une femme ménopausée après l'arrêt de sa contraception orale n'est pas toujours observée (3). Une des spécificités de la médecine générale est la possibilité de se laisser du temps pour la réflexion dans une situation non urgente. Les experts proposant ce dosage, cherchent à se rassurer en se donnant des arguments supplémentaires pour prendre une décision dans une situation complexe où une femme souhaite arrêter une contraception orale.

Demander l'aide d'un confrère spécialiste en gynécologie reflète la problématique qui existe pour d'autres experts, entre le désir de répondre à la demande de la patiente et le risque encouru d'une grossesse tardive non désirée. Prendre l'avis d'un gynécologue est un moyen de partager la prise de décision. C'est aussi accepter les limites de ses compétences.



La troisième attitude proposée par nos experts a été de répondre positivement à la demande d'arrêt de la contraception oestroprogestative tout en soumettant un autre moyen de contraception plus « acceptable » pour elle et son couple. Cette solution est séduisante pour le médecin généraliste. Elle permet de réduire de manière importante le risque de grossesse tardive non désirée.

- Négocier et prendre une décision :
  - « *J'arrête sa contraception et on observe. Si apparaissent des besoins de la patiente (symptômes, questions etc.), je propose de la revoir à sa demande.* »
  - « *J'arrête sa contraception oestro-progestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple* »
  - « *Je choisis avec la patiente les options retenues concernant l'arrêt ou non de sa contraception et la mise en place ou non d'une autre contraception* »

Certains des experts arrêtent la contraception et observent, d'autres arrêtent et proposent une contraception mécanique avec préservatifs, d'autres choisissent avec la patiente l'arrêt ou non et éventuel changement de contraception et enfin certains proposent de continuer en réalisant un dosage hormonal afin d'évaluer le statut vis-à-vis de la ménopause.

Cette diversité dans les conduites à tenir est le reflet du manque de recommandation qui existe actuellement.

L'utilisation du préservatif est intéressante et rassurante pour le médecin. Il permet de diminuer le risque inhérent à la prise d'hormones chez la femme tout en permettant une contraception efficace si son utilisation est correcte par le couple. La question qui peut se poser est de connaître si cette proposition est acceptable pour le couple.

La dyspareunie souvent invoquée par les femmes en péri-ménopause avec ce moyen de contraception peut mettre en difficulté les patientes et ne pas satisfaire le couple.

Dans leur représentation, les femmes réservent parfois ce moyen de contraception aux « plus jeunes » mais aussi le considèrent comme un « un moyen de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles » (6). Le préservatif peut être un frein

à l'épanouissement de leur vie sexuelle. Il est difficilement envisageable au quotidien dans une vie de couple stable.

Les experts ont souligné l'importance de choisir en concertation avec leur patiente. Le médecin travaille en partenariat avec elle et tout en écoutant sa demande, et avec les connaissances et informations qu'il lui a données, discute du choix validé. Il lui prodigue un conseil personnalisé.

Les experts n'ont pas retenu dans leurs propositions, le test aux progestatifs pourtant recommandé par certains auteurs et utilisé en pratique (3,69). Cette méthode consiste à prescrire un progestatif du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle après l'arrêt de la contraception. S'il n'y a pas de règles après trois mois successifs, une ménopause peut être ménopausée.

## **4.5 Aller plus loin**

Notre étude ne suffit pas à établir une recommandation. Il faudrait la compléter par une autre méthode de consensus comme la méthode Delphi, afin de corréliser nos données mais aussi augmenter le nombre d'experts sollicités. Faire discuter les résultats par un 3<sup>ème</sup> groupe d'experts indépendants de l'étude, renforcerait la validité de l'étude.

Pour autant, nos résultats nous permettent d'orienter le médecin généraliste dans sa pratique face à une demande d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause.

A la vue de ces données, se posent d'autres questions quant à la mise en place d'une telle consultation.

La durée de consultation est limitée en médecine générale (57,59,60). Définir le temps nécessaire au modèle proposé dans cette étude et compatible avec l'activité du médecin généraliste semble nécessaire.

Cette consultation d'information et de prévention, pourrait faire l'objet d'une cotation spécifique et prise en charge à 100% par la sécurité sociale afin d'encourager le médecin et la patiente à la réaliser. Elle s'inscrit dans une démarche de santé publique.

Les modalités d'initiation de cette consultation sont un autre point discutable.

Faut-il que ce soit le médecin généraliste, la patiente ou un organisme tel que la caisse primaire d'assurance maladie dans le cadre d'une campagne d'information ? Cet autre point pourrait également être étudié ultérieurement.

## 5 CONCLUSION

Avec la féminisation croissante de la médecine générale et la baisse démographique des spécialistes en gynécologie, le médecin généraliste doit s'attendre à une recrudescence des consultations au motif gynécologique. Cela peut tout de même être nuancé par l'acquisition et la reconnaissance de nouvelles compétences des sages-femmes depuis quelques années.

Le médecin généraliste, médecin traitant, est par son statut, enclin à suivre une femme depuis l'enfance jusqu'après la ménopause. Les thèmes de contraception et de ménopause sont fréquemment abordés lors d'une consultation de médecine générale. L'arrêt de cette COP est un motif de consultation qui sera inévitablement abordé. Il est donc essentiel pour le médecin généraliste de pouvoir répondre à cette demande de manière appropriée et sans risques pour la femme.

L'intérêt d'élaborer une consultation d'arrêt de la contraception oestroprogestative a été démontré.

Cette consultation est pour les experts de l'étude un moment d'écoute et d'échange mais aussi l'occasion de faire de la prévention et de réévaluer le dépistage, souvent insuffisant des femmes. La prise de décision est complexe et discutée en concertation avec la patiente. La notion de bénéfice et de risque est le point essentiel de cette consultation. L'incertitude permet aux experts par leur questionnement, de proposer une prise en charge personnalisée à une demande d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Cheung AM, Chaudhry R, Kapral M, Jackevicius C, Robinson G. Perimenopausal and Postmenopausal Health. BMC Womens Health. 2004;4(Suppl 1):S23.
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 : rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 1996. 117 p. (OMS, série de rapports techniques).
3. HAS. Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans : Service Evaluation en Santé Publique [Internet]. 2005 janv [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages\\_hormonaux\\_SH\\_LH.rap.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages_hormonaux_SH_LH.rap.pdf)
4. Davies M, Sarri G, Lumsden MA. ANNALS EXPRESS: Diagnosis of the menopause: NICE guidance and quality standards. Ann Clin Biochem. 7 avr 2017;000456321770638.
5. Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement hormonal. La prise en charge de la ménopause : Fiche d'information aux patientes [Internet]. 2017 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur : file:///C:/Users/anach/AppData/Local/Temp/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf
6. Beaghe E. Les femmes de plus de 40 ans et leur contraception : savoirs, attentes et besoins à travers quatorze entretiens [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Angers]: Université d'Angers; 2008.
7. Passebon A. Etat des connaissances des femmes sur la ménopause et le rôle du médecin généraliste dans leur information : Etude transversale descriptive auprès de femmes de plus de 45 ans de la région lorientaise [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Rennes]: Rennes 1; 2014.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit : Contraception for women aged over 40 years. J Fam Plann Reprod Health Care. 51(1):51–64.
9. La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada. Conférence canadienne de consensus sur la ménopause. J Obstet Gynaecol Can. févr 2006;28(Edition spéciale).
10. CNGOF, Martin A, Maillet R. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - Les grossesses après 40 ans. Vingt Neuvième Journ Natl. 30 nov 2005;2005:65-92.
11. INED. Contraception : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques.

- 2013 [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
12. INSEE. En 2013, 811 510 bébés sont nés en France - Statistiques. INSEE Focus [Internet]. 3 sept 2014 [cité 12 sept 2017];(9). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379742#titre-bloc-4>
  13. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de Presse. oct 2011;
  14. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016 [cité 12 juin 2017] p. 326. Disponible sur: [file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
  15. DREES. Densité de sages- femmes par zone d'activité 1 et mode d'exercice global [Internet]. Data. DREES Etudes et Statistiques. 2016 [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/drees%20dentit%C3%A9%20des%20sages%20femmes%202016.html>
  16. CNOSF. Rapport d'activité 2016 - Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes [Internet]. 2016 [cité 4 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-dactivit%C3%A9-2016-BD.pdf>
  17. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard de leur suivi gynécologique : Synthèse des résultats. 2008 nov p. 1-5.
  18. Cretin - Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Paris VI]: Paris VI Pierre et Marie Curie; 2014 [cité 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>
  19. Cudennec E. La contraception des femmes de plus de quarante ans en Loire Atlantique. Etude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale. [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
  20. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Dijon]: UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine; 2016.
  21. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Paris XII]: Université Paris Val de

Marne : Faculté de Médecine de Créteil; 2007 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0483131.pdf>

22. République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie JORF n° 0190 [Internet]. août, 2004 p. 14598. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
23. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Légifrance. 2009 [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/HPST%202009%20\\_%20Legifrance.html](file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/HPST%202009%20_%20Legifrance.html)
24. Observatoire Régional de la Santé P de la L, Union Régionale des Médecins Libéraux P de la L. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel En Médecine Générale 2014-2016 Pays Loire. oct 2016;(15):1-8.
25. CNOM. La féminisation : une chance à saisir - [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 16 août 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
26. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale : médecine de famille. 2002;1-52.
27. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.
28. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la Gynécologie-Obstétrique par les médecins d'Iles de France [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Paris VII]: Paris -Diderot - Paris VII; 2010 [cité 26 août 2017]. Disponible sur: [C:\Users\anach\AppData\Local\Temp\3432\\_THESE-DIAS.pdf](C:\Users\anach\AppData\Local\Temp\3432_THESE-DIAS.pdf)
29. Delannoy -Eglinger A. A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste ? Etude du parcours de soins de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. [Thèse d'exercice en Médecine Générale]. [Lille]: Lille II; 2009.
30. Crappier J-J. Ménopause - Conseils aux femmes et stratégies de prévention. In: Unaformec. 2002 [cité 28 août 2017]. (Volataire). Disponible sur: [file:///C:/Users/anach/Downloads/GYNECO-Cours-Menopause-Bilan-de-sante-ri\(...\)\al-substitutif-prevention-UnaformeC-2002-682%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anach/Downloads/GYNECO-Cours-Menopause-Bilan-de-sante-ri(...)\al-substitutif-prevention-UnaformeC-2002-682%20(1).pdf)
31. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynécologique obstétricale : une étude qualitative [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Tours]: Université François Rabelais Faculté de Médecine; 2013 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur:

[http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_BrossetMarie.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf)

32. Cantero Pérez P, Klingemann J, Yaron M, Fournet Irion N, Streuli I. Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs. 2015;11(492):1986-92.
33. INSEE. Evolution du nombre des IVG par groupe d'âges de la femme. La situation démographique en 2014 [Internet]. 2016 [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/175/irsocsd2014\\_t65\\_fm.fr.xls](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/irsocsd2014_t65_fm.fr.xls)
34. INSEE. Bilan démographique 2016 - statistiques [Internet]. Institut National de la statistique et des études économiques. 2017 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#consulter-sommaire>
35. INSERM. Ménopause - Santé Publique : dossier d'information [Internet]. Institut Thématique : INSERM. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/menopause>
36. CNGOF, Lopes P. La ménopause et après ? [Internet]. CNGOF : La Ménopause. 2016 [cité 14 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/108-menopause>
37. CNGOF, Belaisch - Allart J, Castaing N, Greffenstete I, Larousserie F, Mayenga J-M, et al. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale - Désir tardif d'enfant : les risques materno-foetaux. Trente Deux Journ Natl - Paris. 3 déc 2008;2008:73-91.
38. Wong-Taylor L-A, Lawrence A, Cowen S, Jones H, Nauta M, Ramsay-Marcelle Z, et al. Maternal and neonatal outcomes of spontaneously conceived pregnancies in mothers over 45 years : a review of the literature. Arch Gynecol Obstet. avr 2012;285(4):1161-6.
39. CNGOF, Serfaty D. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale - Contraception des femmes de plus de 35 ans. Vingt Six Journ Natl. 28 nov 2002;2002:73-89.
40. HAS. Fiche Mémo : Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. 2015 [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception\\_fadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_fadulte-procreer-060215.pdf)
41. HAS. Fiche mémo - contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2015 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception\\_prescription-conseil-femmes-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf)



42. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme : Rapport d'élaboration. 2013 avr p. 1-247.
43. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G, Gompel A. Contraception. EMC - Traité Médecine AKOS. juill 2012;7(3):1-9.
44. INED, Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjos H, Bohet A, Moreau C, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Société • Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques. mai 2014;(511).
45. Madelenat P, Koskas M. Mise au point sur la contraception progestative. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2008;37(7):637-60.
46. Texier K. Consultation dédiée à la ménopause : étude transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Toulouse]: Toulouse III Paul Sabatier -Faculté de médecine de Rangueil; 2013. Disponible sur: file:///C:/Users/anach/AppData/Local/Temp/2013TOU31024.pdf
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 oestroprogestative des femmes en périménopause ? [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Tours] : Université François Rabelais : Faculté de Médecine; 2015.
48. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'Initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'"Acteur" à « Interdépendance ». Exerc Rev Fr Médecin Générale. 2009;20(87):74-9.
49. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2011;22(99):170-7.
50. El Hassouny EH, Kaddari | Fatiha, Elachqar A, Habib | Issam, Barouaca H. La méthode Delphi, la technique du groupe nominale, et le questionnaire : méthode pour le diagnostic des obstacles en mécanique au secondaire. Am J Innov Res Appl Sci. 5 sept 2016;405-14.
51. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
52. Rault J. La Démographie Médicale en Région Centre : situation en 2015 [Internet]. 2015 [cité 28 août 2017] p. 1-69. Disponible sur: file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/CNOM%20atlas\_centre\_2015.pdf

53. Baranger - Royer L. Etats des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010 [Internet] [Thèse d'exercice en Médecine Générale]. [Angers]: Université d'Angers; 2011 [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: C:\Users\anach\AppData\Local\Temp\Thèse\_2011\_06\_Royer\_Baranger-1.pdf
54. SFMG. Le patient et son généraliste « médecin traitant » : Editorial. Rev Médicale Assur Mal [Internet]. sept 2010 [cité 30 août 2017];35(1). Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/609/fichier\\_lepatient\\_medtrait\\_vf0af76.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf)
55. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;24(108):148-55.
56. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. février 2007;3(2):83-8.
57. DREES, ORS P de la L, Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes Résultats. mars 2012;(797):1-8.
58. DREES, Aulagnier M, Obadia YA, Paraponaris A, Saliba - Serre B, Ventelou B, et al. L'exercice de la médecine générale : Premiers résultats d'un panel de cinq régions françaises. Etude Résultats. nov 2007;(610):1-8.
59. DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats. avril 2006;(481):1-8.
60. DREES. Les conditions de Travail des médecins généralistes [Internet]. 2016 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
61. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>
62. CDC. When Women Can Stop Using Contraceptives : US Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention : Reproductive Health. 2017 [cité 14 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/stop\\_using\\_contraceptives.html](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/stop_using_contraceptives.html)

63. Balwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause : review. *Maturitas*. juillet 2013;76(3):235-42.
64. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Contraception for Women Over 40 Years : Clinical Effectiveness Unit [Internet]. 2010 juill [cité 28 août 2017] p. 1-27. (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance). Disponible sur: <file:///C:/Users/anach/Desktop/Th%C3%A8se/bibliographie/cec-ceu-guidance-womenover40-jul-2010.pdf>
65. Marquis C. Contraception hormonale en périménopause, l'antidote à bien des maux. *Médecin Qué.* janv 2002;37(1):65-7.
66. Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Rees HV, Farley TMM, Guidozi F. Detection of raised FSH levels among older women using depomedroxyprogesterone acetate and norethisterone enanthate. *Contraception*. nov 2003;68(5):339-43.
67. Juliato CT, Fernandes A, Marchi NM, Castro S, Olivotti B, Bahamondes L. Usefulness of FSH measurements for determining menopause in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate over 40 years of age. *Contraception*. oct 2007;76(4):282-6.
68. Allen RH, Cwiak CA, Kaunitz AM. Contraception in women over 40 years of age. *Can Med Assoc J*. 16 avr 2013;185(7):565-73.
69. Tamborini A. Ménopause : définitions -âge - diagnostic. *Genesis* [Internet]. nov 2014;(181). Disponible sur: <http://www.revuegenesis.fr/?p=780>
70. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 22(98):122-8.
71. DREES. Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population : Révision 2013, Rapport final. Document de travail [Internet]. 2014 mai [cité 9 sept 2017] p. 1-522. (Séries sources et méthodes). Report No.: 44. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt44-sources\\_et\\_methodes.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt44-sources_et_methodes.pdf)
72. Santé Publique France, Invs. Cancer du col de l'utérus : Données par localisation [Internet]. Incidences du cancer par département, 2008-2010. 2017 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
73. HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage - Recommandation de Santé Publique [Internet]. 2014 [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.has->

74. Santé Publique France, Invs. Cancer du sein : Données par localisation [Internet]. Incidences du cancer par département, 2008-2010. 2017 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>
75. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé : Dépistage du cancer du sein [Internet]. Institut National du cancer : Accélérons les progrès face aux cancers. 2017 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
76. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;24(107):114-20.
77. Latieule V. Le point de vue des femmes sur la relation médecin généraliste - patiente à la ménopause : vécu et attentes. Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 14 femmes ménopausées de la région Midi - Pyrénées. [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier : faculté de Médecin de Rangueil; 2012.
78. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique [Internet]. Document réservé aux professionnels de santé : Etats des connaissances. 2013 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
79. INED. Avortements : Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2017 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
80. CNGOF. Item 28 : Interruption volontaire de grossesse (IVG) - support de Cours [Internet]. 2010 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/cours.pdf>
81. Philippe S. La contraception, une affaire de couple ? [Internet] [Mémoire de Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. [St Quentin en Yveline]: Université de Versailles St Quentin en Yvelines; 2014 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01003469/document>
82. Dinam E. Implication des hommes concernés par une IVG et la contraception. Enquête réalisée dans 2 centres de planification et d'éducation familiale, de Nantes, de mai à septembre 2013 [Internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Nantes]: Université de Nantes; 2014 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur:

<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1cc9742a-b2b5-4aab-ae01-0a34ff927308>

83. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception [Internet] [Mémoire de Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. [Caen]: Université de Caen; 2016 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329557/document>
84. Santé Publique France. En parler en couple : Avec son/sa partenaire, son copain/sa copine [Internet]. Choisirsacontraception.fr. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/en-parler-c-est-mieux/en-couple.htm>
85. Santé Publique France, INPES. Actualités 2010 - Contraception : filles et garçons, tous concernés ! [Internet]. 2010 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2010/007.asp>
86. Oakley D, Potter L, de Leon-Wong E, Visness C. Oral contraceptive use and protective behavior after missed pills. Fam Plann Perspect. déc 1997;29(6):277-9, 287.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que médecin généraliste installé ?
3. Quel est votre mode d'exercice (urbain ou rural, seul, cabinet de groupe maison pluridisciplinaire de santé) ?
4. Avez-vous une formation en gynécologie ?
5. Avez-vous d'autres formations ?
6. Être vous un maître de stage universitaire ?

## **ANNEXE 2 : QUESTION SOUMISE AUX EXPERTS LORS DES DEUX GROUPES DE TRAVAIL**

Mme X 49 ans en périménopause, sans facteur de risque cardiovasculaire, vient vous consulter car elle souhaite arrêter sa contraception oestroprogestative. Que faites-vous pendant cette consultation ?

# TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants du groupe 1 .....	29
Tableau 2 : Caractéristiques des participants du groupe 2.....	30
Tableau 3 : Comparatif des caractéristiques entre les deux groupes .....	31
Tableau 4 : Liste des réponses émises par G1 avant et après reformulation.....	33
Tableau 5 : Comparatif des réponses retenues et pondérées lors du premier et second vote de G1 .....	34
Tableau 6 : Réponses émises par G2 avant et après reformulation.....	36
Tableau 7 : Réponses retenues et pondérées lors du premier vote de G2 .....	37
Tableau 8 : Modifications apportées aux items à l'issu du premier vote par G2 .....	39
Tableau 9 : Réponses retenues et pondérées à l'issu du second vote par G2.....	40
Tableau 10 : Étapes du vieillissement reproductif normal chez les femmes, Park City, Utah, USA, Juillet 2001 .....	53
Tableau 11: Conduite à tenir pour l'arrêt de la contraception selon l'âge chez la femme.....	55



# ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Priorité attribuée aux réponses du second vote par le groupe 1 .....	41
Figure 2 : Popularité attribuée aux réponses du second vote par le groupe 1.....	42
Figure 3 : Priorité attribuée aux réponses du second vote du groupe 2 .....	43
Figure 4 : Popularité attribuée aux réponses du second vote du groupe 2.....	44
Figure 5 : Proposition d'une consultation d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause par les experts de l'étude selon leur priorité.....	46
Figure 6 : Proposition d'une consultation d'arrêt de la COP chez une femme en périménopause par les experts de l'étude selon leur popularité.....	47

# ABRÉVIATIONS

<b>BERCER</b>	Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour
<b>CAMU</b>	Capacité en Médecine d'Urgence
<b>CNGOF</b>	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>CES</b>	Certificat d'Études Spéciales
<b>CREDEP</b>	Centre de Recherche Épidémiologique de Dépistage et de Prévention
<b>DDR</b>	Date des Dernières Règles
<b>DES</b>	Diplôme d'Etude Spécialisée
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DIU</b>	Diplôme Inter Universitaire
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DU</b>	Diplôme Universitaire
<b>DUMG</b>	Département Universitaire de Médecine Générale
<b>FSH</b>	Follicle Stimulating Hormon / Hormone Folliculo-Stimulante
<b>FCV</b>	Frottis Cervico-Vaginal
<b>G1</b>	Groupe 1
<b>G2</b>	Groupe 2
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>INED</b>	Institut National d'Études Démographiques
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluridisciplinaire
<b>MSU</b>	Maître de Stage Universitaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>RCOG</b>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
<b>SOGC</b>	Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada
<b>STRAW</b>	Stages of Reproduction Aging Workshop

**Vu, le Directeur de Thèse**

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

## CHARRAULT Anaïs

85 pages – 11 tableaux – 6 figures – 4 graphiques

### **Résumé :**

**Introduction :** Les femmes en pérимénopause consultent fréquemment leur médecin généraliste pour leur contraception. En 2017, en France, il n'existe pas de consensus sur le moment opportun de l'arrêt définitif de la contraception oestroprogestative (COP). L'objectif de l'étude est d'élaborer une consultation dédiée à l'arrêt de la COP chez une femme en pérимénopause en interrogeant des médecins généralistes.

**Matériel et Méthode :** Etude semi quantitative utilisant la méthode du groupe nominal réalisée dans l'Indre en 2017. Seize experts en Médecine Générale, répartis en deux groupes, ont participé à cette étude.

**Résultats :** Pour les experts, connaître la raison de la demande d'arrêt de la COP est une priorité unanime. La recherche d'antécédents gynécologiques et personnels, l'évaluation du suivi gynécologique, l'information donnée sur les risques d'une grossesse tardive et la présentation des autres modes de contraception sont les réponses validées. La consultation aborde également la sexualité des patientes. Les attitudes des experts divergent quant aux modalités d'arrêt de la COP : certains s'appuient sur le dosage biologique de la FSH pour diagnostiquer une ménopause, d'autres recommandent l'utilisation d'un autre type de contraception. Un groupe choisit l'arrêt définitif de toute contraception.

**Conclusion :** Connaître le moment opportun d'arrêt de la COP à la pérимénopause est nécessaire afin de limiter le risque d'une grossesse tardive non désirée. Cette consultation est un moment d'écoute et d'échange mais aussi l'occasion de faire un acte de prévention. La prise de décision d'arrêter la COP est complexe. Elle est discutée en concertation avec la patiente de manière personnalisée.

### **Mots clés :**

- Arrêt contraception
- Contraceptif oestroprogestatif
- Médecine Générale
- Pérимénopause

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Gilles BODY  
Directeur de Thèse : Docteur Christophe RUIZ  
Membres du Jury : Professeur Henri MARRET  
Professeur Jean Pierre LEBEAU  
Docteur Céline TERRACHER

Date de soutenance : 15 décembre 2017