

Année 2018/2019

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Nada EL BAST

Née le 14 octobre 1988 à Parthenay (79)

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2019

**Elaboration d'une consultation dédiée à l'arrêt de la
contraception oestroprogestative en périménopause par
un groupe d'experts par méthode Delphi**

Jury:

Président du jury:

Professeur Henri MARRET, Gynécologie et Obstétrique, Faculté de médecine, Tours

Membres du jury:

Professeur Gilles BODY, Gynécologie et Obstétrique, Faculté de médecine, Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine générale, PU, Faculté de médecine, Tours

Docteur Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de médecine, Tours

"Les livres de médecine ne parlent jamais des douleurs provoquées par les gestes des médecins. Beaucoup de médecins pensent que "si c'est pour le bien des patientes", la douleur est justifiée. Aucune douleur n'est justifiée. Jamais. Et la moindre des choses, pour un soignant, est de tout mettre en œuvre pour ne pas faire mal. "

Le chœur des femmes . Martin Winckler

Elaboration d'une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative en périménopause par un groupe d'experts par méthode Delphi

Résumé:

Introduction:

L'arrêt définitif de la contraception oestroprogestative en périménopause est un motif fréquent de consultation en soins premiers qui ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus.

L'objectif de cette étude est de faire élaborer par des experts, spécialistes en médecine générale et en gynécologie, une consultation dédiée à l'arrêt de cette contraception.

Matériel et Méthodes:

Etude qualitative par méthode Delphi réalisée en 2018. Trente-six experts, médecins généralistes et gynécologues médicaux et obstétriciens français ont participé aux deux rondes de cette étude.

Résultats:

Les experts ont validé 8 propositions pour cette consultation : interroger la patiente sur la raison de son désir d'arrêt de la contraception, ses antécédents personnels et familiaux gynécologiques, évoquer son suivi gynécologique, la survenue d'un syndrome climatérique et la présence de symptômes urogénitaux, effectuer un examen gynécologique et informer sur les autres types de contraception et sur la ménopause.

Conclusion:

Le maintien d'une contraception est nécessaire en périménopause pour limiter le risque de grossesses tardives non désirées. Il n'y a pas de contre-indication à la contraception oestroprogestative en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaires selon les données actuelles de la science. D'autres moyens de contraception peuvent être proposés en fonction des besoins et des choix de la patiente.

Mots-clés:

Arrêt contraception, Contraception oestroprogestative, Périménopause, Méthode Delphi, Soins premiers

Abstract:

Introduction:

The end of combined hormonal contraception in perimenopause is a frequent reason for consultation in primary care, on which there is no consensus currently.

The objective of this study is to develop with experts in General Practice and Gynecology, a consultation dedicated to end this contraception.

Material and Method:

A qualitative study by Delphi method was executed in 2018. Thirty-six experts in General Practice, Gynecology Obstetrics and Medical Gynecology participated in both rounds of this study.

Results:

The experts validated 8 proposals for this consultation: asking the patient why she wants to stop the contraception, investigating on personal and family antecedents, evaluating her gynecological follow-up, the onset of climacteric syndrome and the presence of urogenital symptoms, conducting a gynecological examination and giving information regarding the other types of contraceptives and the menopause.

Conclusion:

Continuing the contraception in perimenopause is necessary to limit the risk of unwanted late pregnancies. There is no contraindication to prescribe combined hormonal contraception for women without cardiovascular risk based on the current scientific knowledge. Other contraceptive methods may be proposed according to personal needs and choices of the patient.

Keys-words:

Stop contraception, Combined hormonal contraception, Perimenopause, Delphi method, Primary care

UNIVERSITE DE TOURS
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*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Christian BONNARD

Pr Philippe BOUGNOUX

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr Alain GOUDEAU

Pr Noël HUTEN

Pr Olivier LE FLOCH

Pr Yvon LEBRANCHU

Pr Elisabeth LECA

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Alain ROBIER

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - J.L. BAULIEU - C. BERGER - J.C. 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 - 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 - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - B. TOUMIEUX - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
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
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
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
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
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	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

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
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
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
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Néphrologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

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

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements:

Au Professeur MARRET, de me faire l'honneur de présider le jury de thèse. Veuillez recevoir ma plus sincère reconnaissance pour votre aide durant ce travail.

Au Professeur BODY. Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments respectueux.

Au Professeur LEBEAU d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Christophe, d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre implication, votre disponibilité, vos précieux conseils tout au long de ce travail. Et pour votre bienveillance et votre accompagnement depuis le début de notre internat.

Aux médecins que j'ai sollicité dans le cadre de ce travail, pour le temps que vous avez consacré à répondre à mes questionnaires et la pertinence de vos réponses.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation pendant ces longues années, en particulier mes maîtres de stage en cabinet libéral.

A mes parents, de m'avoir donné toutes les chances de réussir. Maman, pour ton soutien inconditionnel. Papa, pour m'avoir donné envie de devenir médecin à mon tour. Merci pour vos valeurs, vos sacrifices et votre amour. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Cette thèse vous est dédiée.

A mes "grands" petits frère et sœur adorés. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir. Je vous aime tous.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie chaleureusement au sein de votre famille.

A Jade, pour ta relecture.

A Sara, pour ton aide précieuse, logistique et bibliographique et pour ta relecture.

A mon mari, pour l'amour et le soutien que tu me donnes au quotidien, depuis ce fameux stage d'externat... Merci d'être là mon Amour. A tous nos projets à venir!

Et à mon petit Piou, qui a vu le jour pendant la rédaction de cette thèse, tu es une des plus belles choses qui me soit arrivée. Je t'aime plus que tout au monde.

Table des matières

1. INTRODUCTION	12
1.1. Historique de la contraception :	12
1.2. Etat des connaissances:	13
1.3. Définitions:	15
1.3.1. Périménopause:	15
1.3.2. Ménopause:	15
1.3.3. Grossesse tardive:	16
1.4. Objectif:	16
2.1. Type d'étude:	17
2.2. La méthode Delphi:	17
2.3. Recrutement des participants:	17
2.4. Déroulement de la procédure Delphi :	18
2.4.1. Choix des items du questionnaire :	18
2.4.2. Première ronde Delphi :	18
2.4.3. Deuxième ronde Delphi :	20
3. RÉSULTATS	21
3.1. Résultats de la première ronde:	21
3.2. Résultats de la deuxième ronde:	24
4. DISCUSSION	28
4.1. Résultats principaux:	28
4.2. Forces et faiblesses de l'étude :	28
4.3. Analyse de la littérature et discussion des résultats:	29
4.3.1. "Vous pouvez rajouter ma pilule, Docteur?" (24) Représentations de la prescription de contraceptifs oestroprogestatifs pour les patientes et justification d'une consultation dédiée.....	29
4.3.2. "La pilule c'est dangereux à mon âge, Docteur?" Freins des médecins à la prescription des oestroprogestatifs en période de périménopause.....	30
-Risque cardio-neuro-vasculaire:	30
-Risque néoplasique:	32
4.3.3. "Si vous ne pouvez plus me donner la pilule, comment fait-on?" Alternatives à la contraception oestroprogestative.....	33
4.3.4. "Vous êtes sûr que je suis ménopausée?" Place des dosages hormonaux.....	35
4.3.5. "Puis-je encore tomber enceinte à mon âge, Docteur?" Risques de grossesses tardives. .	35
4.3.6. "Vous voulez m'examiner quand même Docteur?" Intérêt d'un examen pelvien systématique.....	36
4.3.7. "C'est quoi la ménopause?" Information sur la ménopause.....	37
4.3.8. "Mon conjoint peut-il m'accompagner à la consultation?" Implication des hommes dans la contraception.....	38
5. CONCLUSION	39
Bibliographie:	40
Liste des abréviations:	45
Annexes :	46
Annexe 1: Courrier pour participation à l'étude:	46
Annexe 2 : Questionnaire de la première ronde:	47
Annexe 3: Questionnaire de la deuxième ronde:	49
Annexe 4: Résultats de la première ronde :	51
Annexe 5: Résultats de la 2e ronde:	59

1. INTRODUCTION

1.1.Historique de la contraception:

La limitation des naissances est un fait de société depuis l'Antiquité, avec une volonté d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle incontrôlée, elle est entrée en contradiction avec les pouvoirs politiques, culturels et religieux conservateurs. Les avortements, infanticides et abandons s'ajoutaient à la limitation de la population induite par la mortalité infantile élevée, les épidémies et les famines.

Différentes méthodes de contraception ont été élaborées à travers l'histoire: psychologiques (incantations, talismans.), prévisionnelles par le calcul (Ogino.) ou la température, mécaniques locales: préservatifs masculins à base de cuir, vessie de poisson, caecum de bouc puis caoutchouc vulcanisé, latex, obturateurs féminins (pessaires, diaphragmes, capes cervicales.), dispositifs intra-utérins (acacia et miel, ouate de laine, puis anneau de plastique, acier, cuivre) (1).

En France, l'article 317 du Code pénal napoléonien de 1810, considère l'avortement comme criminel, passible de la cour d'Assises.

La loi du 31 juillet 1920, votée par l'Assemblée Nationale, interdit la contraception ainsi que l'avortement (2).

Le conseil de l'ordre des médecins exprime son opposition à la contraception en 1962 en affirmant "que le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels" (3).

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth autorise la fabrication et la vente des moyens contraceptifs après prescription médicale sous contrôle de l'état, permettant ainsi aux femmes de choisir la méthode qui leur convient le mieux, en fonction de leur situation médicale et affective (4).

La loi du 4 décembre 1974 garantit la délivrance de la pilule contraceptive de façon anonyme et gratuite dans les centres de planning familial, et aux mineures sans l'autorisation de leurs

parents (5). A partir de cette date, la contraception orale est remboursée par la sécurité sociale.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est autorisée qu'à partir du 17 janvier 1975 avec la loi Veil (6), sous certaines conditions: effectuée uniquement par un médecin, jusqu'au terme de 12 semaines d'aménorrhée (SA), sur une femme en situation de détresse et pour les mineures, le consentement d'un parent est obligatoire. Cette loi est adoptée pour une durée de 5 ans puis rendue définitive en 1979.

De nouveaux moyens contraceptifs apparaissent plus tard, dans les années 1990, comme l'implant, l'anneau et le patch. La contraception définitive et l'IVG jusqu'à 14 SA sont autorisées à partir de 2001 (7).

1.2. Etat des connaissances:

En 2018, la France comptait 2.228.882 femmes entre 45 et 49 ans et 2.199.349 femmes entre 50 et 54 ans, soit respectivement 6,66% et 6,57% du nombre total de femmes (8).

La contraception concerne, en France, 97% des femmes en âge de procréer, non enceintes et ayant des rapports hétérosexuels. La pilule se trouve, en 2017, en première position des méthodes contraceptives en France, et ce malgré les débats récents concernant les pilules de 3^e et 4^e générations, suivie par le dispositif intra-utérin (DIU) et le préservatif (9).

Selon l'agence nationale de santé publique, le traitement hormonal par pilule est privilégié chez les jeunes femmes, au moment du début de vie de couple. Le DIU est plus largement utilisé chez les femmes de plus de 35 ans, ayant déjà procréé (4).

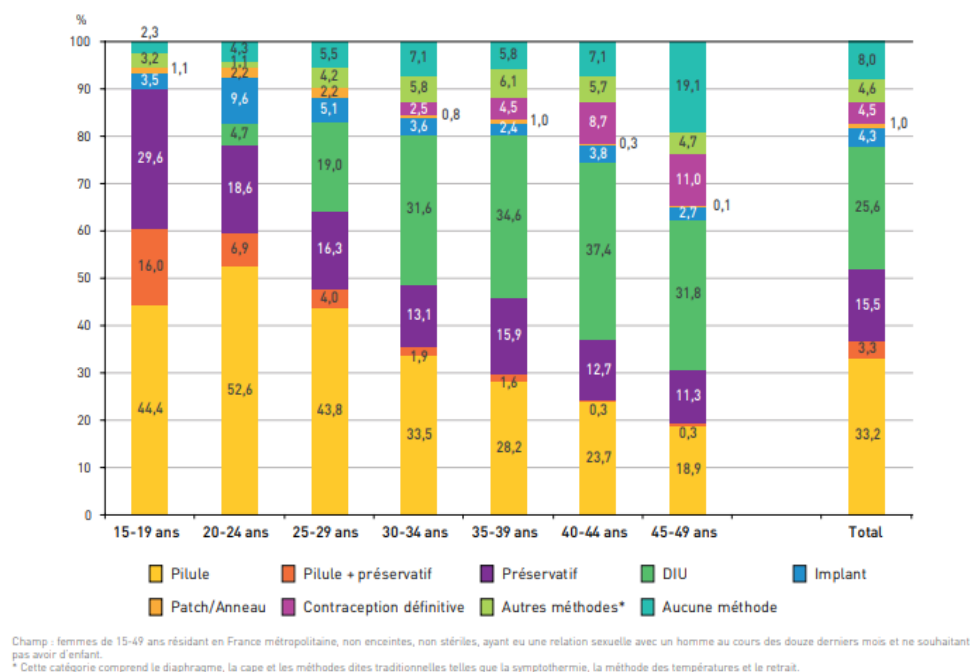


Figure1: Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge.

(Source: INPES Baromètre santé 2016: Contraception [internet])

Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>)

Ces méthodes contraceptives ont une efficacité variable, exprimée par l'indice de Pearl.

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011.

(Source: AMELI. L'efficacité des moyens contraceptifs (12 avril 2018) [internet] Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>)

Pour limiter le risque de survenue de grossesses non-désirées, les pharmaciens ont l'autorisation depuis 2012, de délivrer un traitement contraceptif oral pour une durée non renouvelable de 6 mois, à condition que la patiente ait une ordonnance datant de moins d'un an, dont la date de validité a expiré (10).

La contraception orale oestroprogestative agit en provoquant un blocage de l'ovulation, une atrophie endométriale et une modification de la glaire cervicale compliquant le passage des spermatozoïdes (11).

Son arrêt provoque une hémorragie de privation presque systématique, qui peut masquer l'aménorrhée et retarder le diagnostic de ménopause. Ce qui complique la décision d'arrêter la contraception sans risquer une grossesse non désirée.

1.3. Définitions:

1.3.1. Périménopause:

La périménopause se définit comme une modification persistante de la fréquence du cycle menstruel avec l'apparition des premières manifestations du syndrome climatérique, jusqu'à 12 mois après les dernières règles. Elle dure généralement 5 à 6 ans. Cette phase se caractérise par une réduction de l'activité ovarienne, avec une baisse des taux de progestérone et d'une hyperoestrogénie relative entraînant des métrorragies fonctionnelles (12).

1.3.2. Ménopause:

La ménopause est définie cliniquement, comme une période d'aménorrhée de plus de 1 an sans interruption (12). Elle est associée dans 50 à 70% des cas à un syndrome climatérique: bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale, douleurs articulaires, troubles du sommeil et de l'humeur... Ces symptômes sont causés par la carence oestrogénique secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien (13). L'âge moyen du début de la ménopause varie selon les populations, il est entre 50,1 et 52,8 ans en Europe, et entre 42,1 et 49,5 ans en Asie (14). La ménopause survient en moyenne à 51,3 ans en France (15).

1.3.3. Grossesse tardive:

La grossesse tardive concerne par définition les femmes dès l'âge de 35 ans et surtout de plus de 40 ans (16). Une grossesse est qualifiée de très tardive lorsqu'elle survient après 45 ans, qu'elle soit spontanée ou médicalement assistée.

1.4. Objectif:

L'arrêt de la contraception oestroprogestative est un véritable questionnement pour les médecins qui sont confrontés à des consultations récurrentes en soins premiers de patientes en périménopause. Ils doivent tenir compte du risque de grossesses tardives non désirées, et d'IVG. Selon l'INSEE, le nombre d'IVG des 45-49 ans en France métropolitaine, s'élevait à 1435 en 2013, 1534 en 2014 (17).

Il n'existe pas actuellement en France de recommandations officielles concernant l'arrêt de la contraception oestroprogestative en périménopause.

L'objectif de cette étude est d'élaborer, à partir d'avis d'experts, médecins généralistes et gynécologues, une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative des femmes en périménopause sans facteur de risque cardiovasculaire.

Ce travail vient en continuité de 2 thèses de médecine générale de 2015 et 2017 à Tours. La première thèse a recherché comment les médecins généralistes de l'Indre répondent à une demande d'arrêt de la contraception oestroprogestative des femmes en périménopause (18). Les résultats de ce travail ont permis secondairement à Anais Charraut d'élaborer une consultation dédiée à l'arrêt de cette contraception par un groupe de médecins généralistes (19). Pour donner de la puissance à ce travail, nous avons choisi de valider ces derniers résultats par une méthode Delphi.

2. MATÉRIEL & MÉTHODES: Procédure Delphi modifiée

2.1. Type d'étude:

La méthode Delphi est une méthode qualitative et prospective servant à établir un consensus à partir de l'avis d'un groupe d'experts.

2.2. La méthode Delphi:

Cette méthode a été utilisée dès les années 1950 aux Etats-Unis par la RAND corporation (Research AND Development), organisme californien à but non lucratif, d'abord dans les domaines militaire, technologique et socio-économique, avant d'être adoptée dans le domaine de la santé à partir des années 1970 (20). Son nom fait référence à la prêtresse de Delphes en Grèce antique, évoquant le mode d'interprétation de l'oracle, qui permettait aux Grecs de venir interroger les divinités (21).

Cette procédure est une méthode de consensus largement utilisée, qui fait appel à des experts pour définir leur degré d'accord à des énoncés proposés, ainsi que le degré d'accord entre les experts, pour établir un consensus.

2.3. Recrutement des participants:

Pour recruter les participants, un professeur émérite des universités de médecine générale du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours et un professeur de gynécologie-obstétrique du CHRU de Tours ont été sollicités. Leur participation a permis de constituer une liste de 145 praticiens, médecins généralistes, gynécologues obstétricaux et gynécologues médicaux.

Les experts étaient recrutés parmi des praticiens exerçant une activité de soins en France, en secteur libéral ou hospitalier, représentatifs des connaissances actuelles, dont certains ayant publié sur ce thème, intéressés et impliqués dans la problématique abordée, et confrontés régulièrement au sujet de la contraception en consultation.

Les experts ont tous été contactés par courrier électronique entre mars et septembre 2018 et ont reçu le questionnaire via "Google Forms®" accompagné d'une introduction précisant l'objectif de l'étude et le déroulement de la méthode Delphi (Annexe 1). Il n'y a pas eu de contact direct entre les participants. Le nombre minimal de réponses à l'issue de la procédure Delphi était fixé à quinze participants.

2.4. Déroulement de la procédure Delphi :

2.4.1. Choix des items du questionnaire :

Dans son travail de thèse, Anais Charrault a demandé en 2017 à des médecins généralistes de l'Indre d'élaborer une consultation de demande d'arrêt de contraception oestroprogestative en périménopause par une méthode de groupe nominal (19). Nous avons sélectionné ses propositions qui dépassaient le seuil de rejet de consensus (moyenne déduite de l'écart-type des réponses) dans les 2 groupes nominaux. Il nous a semblé pertinent de soumettre à l'avis de nos experts un item supplémentaire, non validé, proposé par quelques participants (Item 13).

2.4.2. Première ronde Delphi :

Un cas clinique leur a été présenté :

" 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? "

Pour cette première ronde, les participants devaient répondre en donnant leur degré d'accord concernant chacune des 13 propositions. Ils avaient la possibilité de commenter leurs réponses (20). Ce degré d'accord était exprimé sur une échelle de Likert. 9 niveaux permettaient de nuancer le degré d'accord : 1 = absolument pas d'accord , 9 = absolument d'accord (Annexe

2) (22).

Les propositions étaient les suivantes:

- 1- Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.
- 2- Je recherche les antécédents (ATCD) personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.
- 3- Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier frottis cervico-vaginal (FCV), de la dernière mammographie, de la dernière consultation gynécologique etc.
- 4- Je lui demande l'historique de ses cycles (date des dernières règles (DDR), métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climatiques.
- 5- Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.
- 6- Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.
- 7- J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.
- 8- Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.
- 9- Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.
- 10- Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal (TV), +/- FCV).
- 11- J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti.
- 12- Je lui présente les autres types de contraception.
- 13- Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.

Selon la fondation RAND aux Etats-Unis, la validité contextuelle d'une proposition est établie quand le score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7 (23). Le consensus est atteint si 70% des réponses se trouvent dans la fourchette de 7 et plus sur l'échelle de Likert ou s'il existe une stabilité sur plusieurs rondes.

En revanche, le désaccord est défini par des résultats comportant conjointement:

- plus de 30% de scores individuels entre 1 et 3
- plus de 30% de scores individuels entre 7 et 9

2.4.3. Deuxième ronde Delphi :

Pour cette ronde, chaque expert a reçu par mail :

- le 2^e questionnaire (avec des items modifiés) de type "Google Forms®" (Annexe 3),
- un histogramme des réponses du premier questionnaire de tous les participants à chaque question,
- les commentaires anonymes de tous les participants à chaque question du premier questionnaire (Annexe 4).

Les experts devaient redonner leur degré d'accord avec les propositions selon l'échelle de Likert, en maintenant ou modifiant leurs réponses au vu des réponses et commentaires apportés par le groupe d'experts.

Le consensus était établi selon les mêmes critères que la première ronde Delphi.

3. RÉSULTATS

Pour cette étude Delphi modifiée, nous avons proposé deux rondes aux experts.

Les citations en italique sont des commentaires exprimés par les experts lors de leur réponse aux questionnaires. Concernant les items à désaccord, des commentaires "pour" et "contre" ont été sélectionnés pour être cités dans les résultats.

3.1. Résultats de la première ronde:

38 experts ont répondu au questionnaire de la première ronde. Deux experts n'ont pas pu être identifiés pour pouvoir être recontactés et recevoir le deuxième questionnaire. 36 participations ont donc été exploitables lors de cette ronde. Le premier questionnaire a été envoyé en mars 2018 par courrier électronique.

Ce premier tour a permis de valider 8 propositions:

- Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception (Item n°1).

Le consensus est atteint avec 75,1% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- "Indispensable d'avoir l'objectif et la motivation [de la patiente] ", " C'est le motif ou les attentes de la patiente qui vont orienter toute la consultation. La démarche va se centrer sur les connaissances et sur le contexte de cette demande".

- Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente (Item n°2). Le consensus est atteint avec 88,8% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

-"Je réinterroge la patiente sur les ATCD cardiovasculaires et thrombo-emboliques veineux personnels et familiaux", "En particulier cancer hormono-dépendant".

- 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. (Item n°3). Le consensus est atteint avec 91,6 % des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- Les experts néanmoins n'étaient pas d'accord avec la vérification de la mammographie, la patiente n'étant pas encore concernée par le dépistage systématique sauf antécédents

particuliers: *"de moindre intérêt car avant 50 pas besoin théorique de mammographie juste pour savoir si elle se fait suivre".*

- **Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climateriques** (Item n°4). Le consensus est atteint avec 77,8% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- *"Oui car il faudra un relai probable et il faut connaître la raison de la contraception orale ou du DIU à 50 ans si elle est juste contraceptive ou en plus thérapeutique », "importance pour la qualité de vie".*

- **Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause** (Item n°5). Le consensus est atteint avec 72,1% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 8/9.

- *"Explications de la physiologie du vieillissement et notamment de la différence de [physiologie] du vieillissement en sexualité entre hommes et femmes », "Adapter selon la patiente".*

Certains experts doutaient en revanche de la possibilité d'aborder ce sujet assez vaste pendant le temps imparti d'une consultation *"Si vous avez encore du temps dans cette [consultation] dédiée à sa contraception ou non".*

- **Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales** (Item n°6). Le consensus est atteint avec 72,3% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- *"En particulier sécheresse vaginale" , "Tous les éléments cliniques qui permettront d'orienter les décisions de la patiente seront recherchés".*

- **Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV)** (Item n°10). Le consensus est atteint avec 83,3% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- *"si dernier examen clinique gynéco>1an et FCV si dernier>3ans".*

- **Je lui présente les autres types de contraception** (Item n°12). Le consensus est atteint avec 77,7% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- *"Indispensable », " [...]. Et son conjoint, si régulier, a-t-il pensé à la contraception? Vasectomie? Préservatifs?", "En donnant mes préférences".*

En revanche, le consensus n'a pas été atteint pour 3 propositions:

- **Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage** (Item n°8), avec 69,4 % des réponses entre 1 et 3, 19,5% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 1,5/9.

- "non, car aucune valeur d'un dosage hormonal ponctuel pour le diagnostic de ménopause », "le bilan est controversé. Si je le réalise c'est au moins 1 mois après l'arrêt de la COP en sachant que les dosages sont variables avec des pics peu interprétables sauf si FSH très élevée. Une FSH normale nécessite la reprise d'une contraception si activité sexuelle".

- **Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque** (Item n°9), avec 61,1% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 7,5/9.

- "Oui mais cela ne changera pas mon attitude", "si c'est sa demande, mais ce n'est pas l'objet de la consultation".

- **J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti** (Item n°11), avec 63,8% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 8/9.

- "Probabilité très faible mais risque zéro n'existe pas".

Les experts ont exprimé leur désaccord sur 2 propositions:

- **J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple** (Item n°7) avec une répartition des réponses de 30,6% entre 1 et 3, et 47,3% entre 7 et 9, et une médiane à 5,5/9.

- Commentaires Pour: "Oui, voire pose de DIU au cuivre d'emblée si elle est réticente à l'utilisation des préservatifs", "j'arrête d'autant plus qu'elle a 49ans (je propose dès 35/40ans un DIU/SIU microprogestatif, chlormadinone). Par contre, une contraception locale par préservatif est nécessaire jusqu'à la ménopause confirmée ou des spermicides en fonction de la fréquence des rapports sexuels".

- Commentaires Contre: "peut-être que le mari aura du mal à utiliser des préservatifs? Problème d'érection ? Quel âge? pourquoi pas vasectomie comme les pays anglo-saxons et inde, ou micro progestatif comme désogestrel 75 ou stérilet au cuivre ou rien", "[...] L'usage

de préservatifs est une possibilité, mais les explications et les prescriptions seront pondérées des besoins et volonté de la patiente, de sa vie personnelle et de sa vie sexuelle. En théorie, j'aurais répondu 9 si la question avait été de savoir si le praticien abordait l'utilisation de préservatifs. Formulée de cette façon, je suis mal à l'aise pour répondre" .

- Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception (Item n°13) avec une répartition des réponses de 36,1% entre 1 et 3, et 44,5% entre 7 et 9, et une médiane à 4,5/9.

-Commentaires Pour: *"oui car c'est une histoire de couple", "dans le but de savoir si son compagnon est partie prenante dans la contraception du couple (s'il y en a)".*

- Commentaires Contre: *"la femme est seule juge de son choix", "Elle gère sa destinée hors le consentement de son compagnon! En France de fait les femmes sont émancipées".*

3.2. Résultats de la deuxième ronde:

Le questionnaire de la 2^e ronde a été adressé aux 36 participants validés en septembre 2018 par courrier électronique, plusieurs relances par mail ont été nécessaires, elles ont permis de recevoir les réponses de 27 experts, soit 75% du nombre initial de participants avec 9 perdus de vue.

Pour cette ronde, 2 questions sont modifiées en fonction des réponses et commentaires des experts à l'issue de la première ronde:

3- 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.

-> Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière consultation gynécologique etc.

7- J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple

-> *J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation **de moyens de contraception non hormonaux (notamment préservatif)** est possible pour le couple.*

Ce 2e tour a confirmé le consensus pour 7 propositions:

- Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception (Item n°1).

Le consensus est atteint avec 88,9% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- "Pourquoi mais surtout, qu'en attend elle? Est-elle prête à une alternative contraceptive? Est-elle prête à démasquer son cycle naturel et à d'éventuels troubles du cycle?», "Et j'enchaîne immédiatement en lui disant que sa décision tombe bien car je voulais justement lui proposer un changement de contraception du fait de son âge".

- Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente (Item n°2). Le consensus est atteint avec 96,3% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- " Je réinterroge la patient à chaque consultation pour savoir s'il y a eu des événements personnels ou familiaux depuis la dernière visite. Recherche systématiquement d'événements cardiovasculaires, thromboemboliques veineux (TEV) , hypertension artérielle (HTA) chez elle (je vois souvent des patientes qui prennent un oestroprogestatif avec une HTA traitée!) et cancérologiques".

- Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière consultation gynécologique etc. (Item n°3). Le consensus est atteint avec 96,3 % des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- " Comme lors de chaque renouvellement", " A faire systématiquement à chaque consultation. Pour ma part, je prescris la 1ere mammographie individuelle à 45ans (en dehors des femmes à risque familial). Si la palpation des seins est difficile avec placard ou nodulaire, je fais un schéma dans mon dossier dès la première consultation pour la surveiller cliniquement. Je regarde les autres contraceptions utilisées auparavant et l'indication de l'oestroprogestative (OP) jusqu'à 49 ans".

- Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climateriques (Item n°4). Le consensus est atteint avec 88,9% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- " Sachant que sous OP les signes climatériques ne sont toujours présents "

- Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales (Item n°6). Le consensus est atteint avec 74,1% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- "C'est vrai qu'il faut poser la question car certaines patientes sont gênées d'en parler d'emblée et le font ensuite en fin de consultation quand elles sont rhabillées".

- Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV) (Item n°10). Le consensus est atteint avec 88,9% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- "s'il n'a pas été fait récemment pour ce qui est de l'examen clinique et si FCV sup à 3 ans".

- Je lui présente les autres types de contraception (Item n°12). Le consensus est atteint avec 96,3% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- " Oui, possibilité de microprogestatif, DIU si ménorragies auparavant, qui peut lui permettre d'avoir un confort dans cette période de préménopause même si pas de rapport. Préservatifs ou spermicides si rapports occasionnels".

Cette ronde a permis d'obtenir un consensus supplémentaire:

- J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti (Item n°11). Le consensus est atteint avec 88,9% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 9/9.

- " oui. Le risque est très faible mais existe [...] "

Le consensus n'a pas été atteint pour 4 propositions:

- J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de moyens de contraception non hormonaux (notamment préservatif) est possible pour le couple. (Item n°7) avec 62,9% des réponses entre 7 et 9, et une médiane à 8/9.

- "Pas forcément, cela dépend de sa sexualité de ses antécédents", "Le médecin propose, la patiente dispose "

- **Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque** (Item n°9), avec 66,6% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 8/9.

-"Je prends la tension artérielle, mais l'auscultation cardiopulmonaire et fréquence cardiaque ne me semblent pas nécessaires".

- **Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage** (Item n°8), avec 77,8 % des réponses entre 1 et 3, 7,4% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 1/9.

-"La femme est souvent demandeuse du dosage des hormones! Je lui explique que c'est inutile [...] dosages trop fluctuants et c'est un coût ", "Oui mais j'ai sans doute tort".

- **Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception** (Item n°13) avec 29,6% des réponses entre 1 et 3, 55,6% des réponses entre 7 et 9, et une médiane à 1/9.

-"je laisse la patiente me parler de son conjoint, si elle le souhaite", "Si au préalable, on a discuté avec elle de son ressenti, ses représentations, ses besoins, la question du compagnon a déjà été abordée".

Un item déjà consensus à la première ronde ne l'a pas été à la 2e ronde:

- **Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause** (Item n°5) avec 66,6% des réponses entre 7 et 9 et une médiane à 8/9.

-" Oui, on se renseigne sur ses connaissances, mais il faut aussi discuter avec elle de ses représentations (la ménopause est une étape dans la vie d'une femme)".

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux:

Deux rondes Delphi ont permis d'obtenir un consensus pour 8 items sur 13. Nous n'avons donc pas eu la nécessité d'effectuer une 3e ronde.

Avec les réponses des experts, nous avons construit une trame de consultation d'arrêt de la contraception oestroprogestative en périménopause.

Notre étude a montré qu'il était préférable de prévoir une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception pour prendre le temps et proposer des choix personnalisés après une information éclairée.

Cette consultation peut être l'occasion de faire le point sur les antécédents de la patiente, son suivi gynécologique, de l'interroger pour rechercher des symptômes urogénitaux et un syndrome climatérique. Elle permet aussi de pratiquer un examen gynécologique si besoin et donner des informations sur la ménopause, sur le risque de grossesses non désirées ainsi que les méthodes de contraceptions disponibles et adaptées à son cas.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude :

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi une étude qualitative par méthode Delphi.

Cette méthode de consensus présente plusieurs avantages. Elle est aisément reproductible. Elle permet une consultation large d'experts sans limitation géographique. Il n'y a pas d'effet de pression du groupe ou de dominance compte tenu de l'anonymat des participants recrutés par courrier électronique.

Les experts n'étaient pas informés du processus d'obtention du consensus.

La singularité de cette étude est dans l'absence de recommandations de pratiques autour de ce sujet. Ce domaine est resté peu exploré avec un faible nombre de publications disponibles à ce jour.

Cette étude pratique, ancrée dans le soin, est renforcée par une première étude utilisant une autre méthode de consensus par la procédure de groupe nominal. Le nombre d'experts pour chaque ronde était suffisant pour une procédure Delphi (supérieur à 15 participants).

Les limites éventuelles de l'étude sont un biais de sélection dans le recrutement des participants. Deux personnalités reconnues ont fourni la liste des experts avec un risque d'uniformisation du profil des participants. D'autres modes de recrutement auraient peut-être induit des réponses différentes.

Les propositions s'appuient sur des travaux de thèses, bien conduits mais qui ont eux-mêmes leurs propres limites.

Enfin, la méthode Delphi, en sollicitant un degré d'accord pour des items imposés, limite la proposition de nouvelles idées même si les experts pouvaient les mentionner dans leurs commentaires.

4.3. Analyse de la littérature et discussion des résultats:

4.3.1. *"Vous pouvez rajouter ma pilule, Docteur?"* (24) Représentations de la prescription de contraceptifs oestroprogestatifs pour les patientes et justification d'une consultation dédiée.

En prenant en compte les éléments validés par les experts de cette étude, une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception en péri-ménopause semble nécessaire pour vérifier les motivations de la patiente, ses besoins et ses antécédents, l'examiner et lui proposer l'alternative contraceptive la mieux adaptée à sa situation, en attendant la survenue de la ménopause.

Les patientes ne ressentent généralement pas le besoin d'avoir une consultation dédiée à la contraception, ni de changer le type de contraception, surtout après plusieurs années de prise de pilule sans incident particulier. Elles préfèrent demander le renouvellement de leur contraceptif lors d'une consultation annuelle chez le gynécologue ou quand elles consultent leur médecin traitant pour un autre motif (24).

Selon une étude étatsunienne de 2015, les femmes sont très favorables à une vente libre des

contraceptifs oraux sans prescription médicale. Celles-ci mettent en avant le côté pratique et discret notamment pour les jeunes femmes en début d'activité génitale. Elles estiment que l'accessibilité simplifiée à la contraception permettrait d'éviter des grossesses non désirées (25).

Néanmoins, la prescription médicale et le suivi clinique des patientes permettent de s'intéresser à l'observance, la tolérance du traitement et l'absence de contre-indications préexistantes ou nouvelles. Le cas échéant, une contraception plus adaptée et sans risque pour la patiente pourra être prescrite.

4.3.2. *"La pilule c'est dangereux à mon âge, Docteur?"* Freins des médecins à la prescription des oestroprogestatifs en période de périménopause.

Les experts interrogés étaient défavorables à cette prescription en périménopause chez une patiente n'ayant pas de facteurs de risque cardiovasculaire et proposaient une pilule microprogestative ou un DIU en prenant en compte le choix de la patiente.

-Risque cardio-neuro-vasculaire:

Il convient de différencier le risque veineux du risque artériel.

Risque de thrombose veineuse:

De nombreuses études ont démontré une corrélation du risque thrombo-embolique veineux -thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire- avec la prise de contraception oestroprogestative. Elles font état de 5 à 7 thrombo-embolies veineuses pour 10.000 femmes versus 2 pour 10.000 femmes ne prenant pas d'oestroprogestatif (26–28).

D'après une étude de cohorte rétrospective de 2016, portant sur les données de l'Assurance Maladie pour près de 5 millions de françaises, le risque thrombo-embolique dépend du type de progestatif. Il est moins élevé pour les pilules de 2e génération contenant du levonorgestrel, versus celles de 3e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, avec un risque relatif (RR) =0,46 (29).

Risque de thrombose artérielle:

Le risque artériel, notamment la survenue d'infarctus du myocarde (IDM) et d'accident vasculaire cérébral (AVC), est débattu depuis les années 1960. Le lien entre contraception oestroprogestative faiblement dosée et risque artériel n'a pas été formellement établi (30). Les résultats des différentes études sont contradictoires. Une étude danoise de 2012, incluant près de 1.600.000 femmes a montré que le risque artériel était faible pour les pilules à 20µg d'oestradiol, estimé entre 0,9 et 1,7, tandis qu'il augmente pour les pilules à 30 ou 40 µg d'oestradiol avec un risque entre 1,3 et 2,3, comparé aux femmes sans contraception oestroprogestative (31).

En revanche, une méta-analyse dans la revue Cochrane en 2015, a montré que le risque d'IDM et d'AVC était 1,6 fois plus important chez toutes les femmes sous pilule oestroprogestative, notamment pour les pilules contenant 50 µg d'oestrogène où ce risque est multiplié par 2 (32).

Le risque de thrombose artérielle ne semble pas varier selon le type de progestérone. En France, le seul contraceptif contenant 50µg d'éthinylestradiol (STEDIRIL) est interdit depuis 2016 en raison du risque thrombo-embolique veineux et artériel élevé qu'il présente (33).

Le risque cardiovasculaire artériel et veineux est moindre avec les contraceptifs dosés à 20µg d'éthinylestradiol avec un risque relatif estimé à 0,74 par rapport à ceux dosés à 30 ou 40µg (34).

L'incidence des accidents artériels reste faible chez les femmes sous oestroprogestatifs, il est de 7 sur 100.000 pour l'IDM et de 19 sur 100.000 pour l'AVC (29).

L'oestradiol administré par voie orale dans la période de périménopause, comme au début de la ménopause pourrait avoir un effet protecteur. Il réduit de façon significative le taux de cholestérol LDL, l'insulino-résistance et l'incidence du diabète de type 2. Il augmente significativement les taux de HDL et de triglycérides (35).

La littérature qui étudie la corrélation entre la prise d'oestroprogestatifs et le risque cardiovasculaire des femmes est très dense. La plupart des recherches étudient la tranche d'âge 45 ans - 64 ans (36). Cette tranche d'âge large pourrait expliquer une variabilité dans les résultats.

Par ailleurs, la littérature ne prend pas en compte l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire qui nous intéresse pour notre population de patientes.

Il est avéré à ce jour qu'il est préférable de prescrire des oestroprogestatifs de seconde génération.

Pour les oestrogènes, la voie percutanée est à privilégier pendant la ménopause (35). En péri-ménopause, la préférence de l'administration d'oestrogènes par voie percutanée n'a pas encore été démontrée.

-Risque néoplasique:

De nombreuses études ont recherché les effets cancérogènes de la pilule oestroprogestative au long terme. L'augmentation du risque de cancer du sein ($RR=1,04$) et du col de l'utérus ($RR=1,31$) reste très modérée. Le sur-risque du cancer du col de l'utérus disparaît après 10 années d'arrêt de la contraception.

Par contre, elle est un facteur protecteur contre le cancer de l'endomètre ($RR=0,66$), notamment pour des durées de prise prolongées. Les risques du cancer ovarien et colorectal sont également réduits, avec un RR respectivement à 0,67 et 0,81 (37–39).

-En résumé:

La contraception oestroprogestative pourrait donc être prescrite en péri-ménopause en l'absence de contre-indication. Cette contraception présente plusieurs avantages dont la prévention de la déminéralisation osseuse et la diminution des dysménorrhées et des ménorragies. Elle permet d'éviter les symptômes vaso-moteurs et les migraines cataméniales si elle est prise en continu (40).

Le risque cardiovasculaire artériel et veineux lié à la pilule contraceptive augmente avec la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (40). Il convient donc de bien mettre à jour les antécédents des patientes: une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une obésité, un tabagisme actif, une maladie thrombo-embolique veineuse ou un cancer hormono-dépendant (41). En effet, le risque de maladies cardiovasculaires ainsi que le risque de cancer du sein et du col de l'utérus augmentent chez les femmes à partir de cette période.

Le CNGOF réaffirme, dans ses recommandations de 2018, la possibilité de poursuivre une contraception oestroprogestative jusqu'à 50 ans, mais précise que l'âge seul ne peut pas être considéré comme une contre-indication (42).

Tout cela encourage à garder une prescription très personnalisée, en échangeant avec nos patientes et en restant attentif aux données de la science à venir publiées sur ce sujet.

4.3.3 "Si vous ne pouvez plus me donner la pilule, comment fait-on?"

Alternatives à la contraception oestroprogestative.

La meilleure contraception est celle que la femme choisit, après information complète sur l'efficacité, l'aspect pratique et les effets indésirables, garantissant une meilleure observance.

En 2018, le CNGOF a émis des recommandations pour la pratique clinique concernant la contraception après l'âge de 40 ans.

- La contraception microprogestative:

La contraception à proposer en première intention est la contraception microprogestative. Elle ne provoque pas une augmentation du risque vasculaire, mais peut être mal tolérée à cause de spotting, d'irrégularités menstruelles ou d'aggravation possible des symptômes de l'hyperoestrogénie.

- Le Dispositif Intra-Utérin:

Le DIU constitue une alternative efficace et durable pour les femmes en périménopause. Il est utilisé par 43,2% des femmes entre 45 et 49 ans (43).

- Le DIU au cuivre agit grâce à l'action cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes et une inflammation locale de l'endomètre (44). S'il est posé après l'âge de 40 ans, il peut être maintenu en place jusqu'à la ménopause. En revanche, il n'est pas adapté en cas de ménométrorragies car il a tendance à aggraver les saignements et la douleur.

- Le DIU au Levonorgestrel 52 mg agit en limitant la prolifération de l'endomètre et en modifiant la glaire cervicale. Il a l'avantage de traiter si nécessaire, des métrorragies ou dysménorrhées, fréquentes pendant la périménopause, sans augmenter le risque thromboembolique. S'il est posé après l'âge 45 ans, il pourra être laissé en place jusqu'à la ménopause.

- Les méthodes barrières:

Les méthodes barrières sont physiques (préservatif masculin ou féminin, cape cervicale et diaphragme) ou chimiques (spermicides). Le préservatif masculin est peu envisagé par les experts comme une contraception de substitution au long cours. Il serait peu accepté par la patiente et son partenaire notamment en cas de troubles de l'érection, de dyspareunie ou de prolapsus. En revanche, il présente un intérêt supplémentaire en cas de nouveau partenaire,

dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (41). Ces méthodes sont plus efficaces après 40 ans vu le déclin relatif de la fertilité chez la femme.

- Les contraceptions définitives:

Les contraceptions définitives, féminine par stérilisation tubaire ou masculine par vasectomie, peuvent aussi être proposées. Elles sont adaptées dans ce contexte, le désir de grossesse étant très rare pendant la périménopause.

La contraception définitive féminine est assez peu choisie en France: elle concerne 8,7% des 40-44 ans et 11% des 45-49 ans (7), alors qu'elle dépasse les 30% chez les femmes en âge de procréer en Asie et en Amérique du Sud (45) et 38% aux Etats-Unis (40).

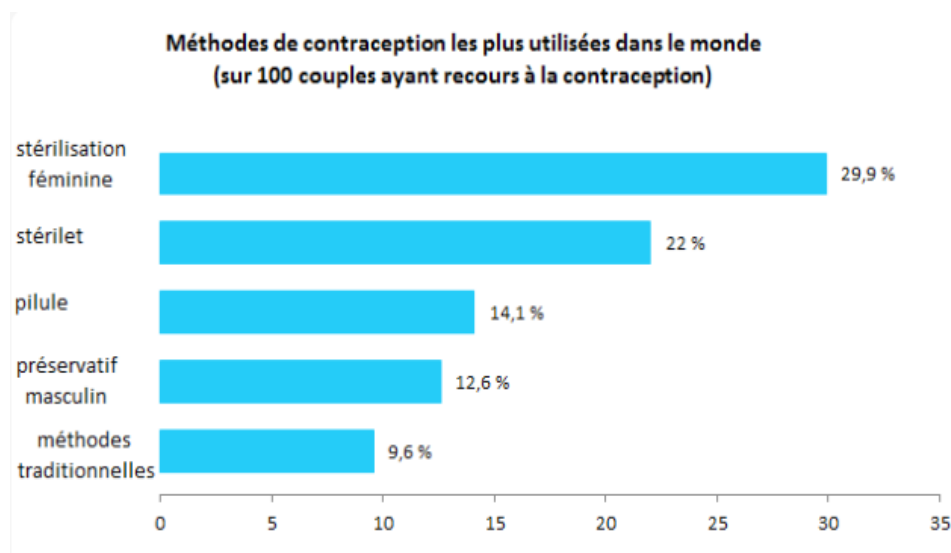


Figure2: Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde

(Source: Ined Fiche pédagogique. La contraception dans le monde 2011

Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>)

- Méthodes non recommandées:

- Le DMPA (Acétate de Médroxyprogestérone), la seule contraception progestative injectable, n'est pas conseillé chez les femmes de plus de 40 ans (42). Il cause une intolérance glucidique et une diminution de la densité minérale osseuse.

- Les méthodes naturelles comme la méthode d'Ogino, des deux jours, le retrait, reposent sur le repérage du moment de l'ovulation. Elles sont peu fiables à cause de l'irrégularité des cycles qui caractérise la périménopause.

Pour mettre en évidence la ménopause, il est possible d'arrêter la contraception hormonale

sous couvert d'une contraception mécanique et vérifier l'absence de menstruations (42).

4.3.4. *"Vous êtes sûr que je suis ménopausée?"* Place des dosages hormonaux

La majorité des experts n'effectuent pas de dosages de FSH et LH pour rechercher la ménopause et décider d'arrêter la contraception oestroprogestative. Mais certains experts admettent prescrire ces dosages à la demande des patientes même si le résultat peut être faussé par la prise de la pilule. En effet, le taux de FSH n'augmente pas systématiquement après arrêt de la contraception orale chez les femmes ménopausées (46). Le diagnostic de la ménopause est clinique, il est posé de manière rétrospective après 1 an d'aménorrhée. Les dosages hormonaux ne sont recommandés par l'HAS qu'en cas de ménopause avant 40 ans pour rechercher une insuffisance ovarienne précoce (47).

Certains auteurs préconisent d'effectuer chez les femmes proches de 50 ans deux dosages de FSH à 2 mois d'intervalle, après arrêt de tout traitement hormonal pendant au moins 7 jours. Si les deux valeurs de FSH sont supérieures à 30 UI/l, il faudra poursuivre une contraception pendant 2 ans pour les femmes de moins de 50 ans et pendant 1 an pour celles de plus de 50 ans puis la stopper sans nouveau contrôle (12,48).

4.3.5. *"Puis-je encore tomber enceinte à mon âge, Docteur?"* Risques de grossesses tardives

La contraception reste nécessaire en périménopause pour les femmes n'ayant pas de désir de grossesse: les cycles se dérèglent mais certains restent ovulatoires.

Le risque de grossesse après l'âge de 40 ans est faible comme l'ont affirmé les experts. Ces grossesses sont rarement projetées et le ratio d'IVG est comparable à celui des femmes de 20 à 24 ans (40). En France métropolitaine, le taux de fécondité des femmes entre 45 et 49 ans était de 0,103 en 2013 et de 0,114 en 2014. Et le nombre d'enfants nés vivants pour 10000 femmes entre 48 et 50 ans s'élevait à 7 en 2013, et 8 en 2014 (17).

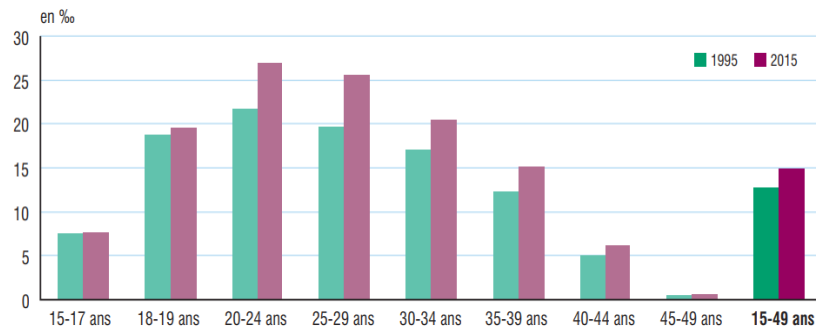


Figure 2: taux de recours à l'IVG par groupe d'âge en 1995 et 2015 en France

(Source: Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références)

Ces grossesses comportent plus de risque de fausse-couches spontanées, de mortalité périnatale, d'anomalies du caryotype foetal et de malformations congénitales. Les complications obstétricales sont aussi plus fréquentes, comme le diabète gestationnel, l'hypertension, le placenta praevia, le décès maternel. Ce risque est favorisé par les pathologies maternelles préexistantes à la grossesse, notamment l'hypertension artérielle (16,49).

4.3.6. *"Vous voulez m'examiner quand même Docteur?"* Intérêt d'un examen pelvien systématique

Les experts pratiquent pour la majorité un examen gynécologique systématique lors de la consultation d'arrêt de la contraception. Cet examen est adapté selon le suivi antérieur de la patiente, avec un FCV uniquement si le dernier frottis date de plus de 3 ans. Des experts considèrent que le TV est nécessaire lors d'une consultation pour la contraception même en l'absence de symptômes.

La US Preventive Services Task Force n'a pas mis en évidence une balance bénéfice-risque positive à effectuer un examen pelvien pour dépister des cancers gynécologiques chez les femmes asymptomatiques, en dehors du FCV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Seuls 4% des cancers ovariens seraient détectés par examen pelvien en l'absence de symptômes (50).

Le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans avec un FCV tous les 3 ans, après 2 frottis normaux espacés d'un an. Selon l'HAS,

seules 10% des femmes ont un FCV dans l'intervalle recommandé, 50% des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées et 40% sont dépistées trop fréquemment (souvent tous les 2 ans) (51).

Le Collège National des Généralistes Enseignants en 2017 a rappelé qu'un frottis anormal est une source d'inquiétude, sachant que sur 10.000 femmes dépistées, 3,9% ont un frottis anormal, et parmi ses frottis, 13,1% ont réellement une lésion précancéreuse ou un cancer (52). Un dépistage trop rapproché entraîne un surdépistage et parfois une prise en charge chirurgicale de lésions précancéreuses qui auraient pu régresser spontanément.

L'examen pelvien a été abordé par une étude étasunienne de 2013 qui a analysé les données de 14 sondages et 1 étude de cohorte incluant plus de 13.000 femmes. Il en ressort que pendant un examen gynécologique pelvien, 35% des femmes ressentent une douleur ou un inconfort et 34% expriment de la peur, gêne ou anxiété. Les femmes éprouvant une douleur ou un inconfort à l'examen sont susceptibles de consulter moins régulièrement, avec le risque de retarder leur examen suivant et ainsi la prise en charge de symptômes gynécologiques qu'elles pourraient présenter (53). L'examen gynécologique reste indispensable en cas de plaintes exprimées par la patiente, notamment de pertes anormales, de douleurs ou de pesanteur pelvienne.

4.3.7. "*C'est quoi la ménopause?*" Information sur la ménopause

En France, 400.000 femmes entrent en ménopause chaque année (47). La ménopause n'est pas une pathologie mais une étape de la vie des femmes. Elle a souvent une représentation négative, liée au syndrome climatérique, aux changements physiques qui la caractérisent et coïncide avec l'apparition de nouvelles maladies tel que les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et l'arthrose.

D'après la thèse de V. Tomaszek en 2016 en Ile-de-France, les patientes sont demandeuses d'informations sur la ménopause: durée et début des symptômes, type de symptômes, impact sur leur sexualité, hygiène de vie à adopter et traitements qui peuvent être proposés en cas d'inconfort (54). La consultation d'arrêt de la contraception permet d'anticiper cette nouvelle étape de leur vie en répondant à ces interrogations.

La thèse de K. Texier en 2013 a montré que 60% des médecins généralistes seraient prêts à développer une consultation dédiée à la ménopause. Elle serait l'occasion d'effectuer le

dépistage des cancers gynécologiques, de l'ostéoporose, des maladies cardiovasculaires et d'informer les patientes sur les conséquences physiologiques de la ménopause (55).

20 à 25% des femmes se plaignent de troubles affectant leur qualité de vie à un moment ou à un autre de la ménopause et 8 à 10% d'entre elles prennent un traitement hormonal substitutif (56).

4.3.8. *"Mon conjoint peut-il m'accompagner à la consultation?"*

Implication des hommes dans la contraception

Concernant l'implication des hommes dans la contraception de leur partenaire (Item 13), les experts étaient partagés entre, d'une part, le principe de laisser la patiente décider seule de son corps et de sa contraception et d'autre part, le fait de partager ce choix avec son conjoint. Pour ces derniers, la contraception et la procréation concerne les 2 partenaires.

Il existe actuellement peu de méthodes contraceptives masculines mais, selon un sondage du CSA en 2012 en France, 91% des hommes déclaraient que la contraception était "autant l'affaire de l'homme et de la femme" et 61% étaient prêts à prendre une pilule contraceptive masculine si elle existait (57).

Ce sujet est très peu abordé en consultation des patients hommes avec leur médecin. Une thèse de médecine générale de 2015 menée auprès de 258 hommes dans les Hauts-de-Seine a montré l'intérêt des hommes vis à vis de la contraception même si le quart d'entre eux s'estimait mal informé sur ce domaine, 69% des hommes n'en avaient jamais parlé avec leur médecin. 59% avaient discuté du choix de la contraception du couple avec leur partenaire (58).

La vasectomie proposée par quelques experts, peut-être une alternative pour le couple, lorsque la femme ne tolère pas sa contraception par exemple. Elle est autorisée en France depuis 2001 pour les hommes majeurs, nécessite un délai de réflexion de 4 mois, et elle est effectuée dans un établissement de santé en ambulatoire sous anesthésie locale ou générale (59). Elle est peu fréquente en France, elle concerne 0,3% des hommes d'après l'HAS, avec 2000 stérilisations masculines en 2011 (60). Alors que ce taux s'élève à plus de 20% dans les pays anglo-saxons (61).

5. CONCLUSION

La contraception est un motif de consultation fréquent en gynécologie et en médecine générale. Elle a la particularité de pouvoir s'adapter au mode de vie, à l'âge et au choix de chaque patiente.

Notre étude est une aide pour répondre à une demande d'arrêt de la contraception oestroprogestative chez une patiente sans facteurs de risque cardiovasculaires dans cette période de périménopause. Ainsi, les différentes propositions validées par des experts avec la méthode Delphi abordent des thématiques diverses de la consultation qui pourront être intégrées selon les besoins des patientes.

Le maintien d'une contraception est nécessaire tant que la ménopause n'est pas objectivée pour limiter une grossesse tardive non désirée.

Il n'existe pas de recommandation pour l'arrêt de la contraception en périménopause. La prescription d'une contraception oestroprogestative, en privilégiant une pilule de deuxième génération faiblement dosée en oestradiol, n'est pas contre-indiquée sauf installation de facteurs de risque cardiovasculaires.

Pour notre étude, la stratégie des experts reste encore d'arrêter les oestroprogestatifs oraux et de les remplacer par un autre moyen de contraception en attendant la confirmation de la ménopause par la survenue du syndrome climatérique et de l'aménorrhée.

Bibliographie:

1. Dreyfus R. Histoire de la contraception ,Serfaty, D. Contraception. Paris: Elsevier/Masson,3e édition 2007 p. 15-21.
2. République française. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.[internet]. [cité le 23/02/2019] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000683983>.
3. Mossuz-Lavau J. Mosuz J. La régulation des naissances : les aspects politiques du débat. Revue française de science politique. 1966;16(5):913- 939. Rev Fr Sci Polit. 1966;16(5):913–39.
4. Santé Publique France. Quelles évolutions dans le schéma contraceptif des françaises? [internet] septembre 2017 [cité le 15/11/2018] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/26-septembre-2017-journee-mondiale-de-la-contraception.-Quelles-evolutions-dans-le-schema-contraceptif-des-Francaises> .
5. Entrée en vigueur du décret sur la contraception [internet] . [cité le 15/11/2018]. Disponible sur : <http://8mars.info/entree-en-vigueur-du-decret-sur-la-contraception>
6. République française. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. [internet] . [cité le 15/11/2018] .Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230>.
7. INPES Baromètre santé 2016: Contraception [internet] [cité le 19/01/2019]. Disponible sur:<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>. 2016;8.
8. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2019, France métropolitaine – Bilan démographique 2018 [Internet]. [cité le 19/01/19]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
9. INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, mars 2017 . [internet]. [cité le 10/11/2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2651265>.
10. République Française . Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. [internet] [cité le 10/11/2018] . Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200416&categorieLien=id>.
11. Gronier H., Robin G., Dewailly D., Contraception. Revue du praticien 2011 ; 61; 849 . [internet]. [Cité le 20/02/2019] . Disponible sur : http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/RDP_2011_6_849.pdf
12. 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.

13. SFE société française d'endocrinologie et maladies métaboliques. UE 5. OT120 Ménopause. [internet] [cité le 20/02/2019]. Disponible sur : <http://www.sfendocrino.org/article/706/ue5-ot-120-menopause>
14. Palacios, S & W Henderson, V & Siseles, N & Tan, Delfin & Villaseca, Paulina. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*. 13. 419-28. 10.3109/13697137.2010.507886.
15. Scemama L-M. Traitement hormonal de la ménopause, 12 ans pour le réhabiliter. *Réalités en gynécologie obstétrique*, 2014 [internet]. [cité le 10/11/2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/26701222-Traitement-hormonal-de-la-menopause-12-ans-pour-le-rehabiliter.html>
16. 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. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2005 Sep;34(5):513.
17. INSEE. La situation démographique en 2014. Fécondité et interruptions volontaires de grossesse en 2014 - Tableaux de séries longues. Paru le 02/06/2016 [Internet]. [cité le 21/10/2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2045355?sommaire=2045470>
18. 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.
19. Charrault A. Elaboration d'une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative chez une femme en périménopause par un groupe d'experts en médecine générale dans l'Indre en 2017 [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Tours] : Université François Rabelais : Faculté de Médecine; 2017.
20. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2011;22(99):170-7.
21. Bourrée F, Michel P and Salmi LR. Méthodes de consensus: revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56:415-23. 2008;9.
22. Centre d'expertise des grands organismes. Les échelles de mesure. 2015 [internet] [cité le 21/10/2018] Disponible sur : <https://grandsorganismes.gouv.qc.ca/outils/guides-pratiques-mesure-de-la-satisfaction-de-la-clientele/les-echelles-de-mesure/>
23. Campbell SM, Cantrill JA, Consensus methods in prescribing research. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics* - PubMed - NCBI [Internet]. [cité le 21/10/2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11286603>
24. Bayen S, Zaoui . , “vous pouvez rajouter ma pilule, docteur?” *Exercer Rev Fr Medecine* 2018, 144; 249-54.
25. Baum S. et al. - Perspectives among a Diverse Sample of Women on the possibility of

- obtaining oral contraceptives over the counter: A qualitative study. *Women's health issues* 26-2 (2016) 147-152. *Womens Health Issues*. 2016 Mar;26(2):147–52.
26. Stegeman BH, Bastos M et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2013 Sep 12;347:f5298.
 27. ANSM. Pilules oestroprogestatives et risque thrombotique. [cité le 14/04/2019] Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estropogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estropogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/\(offset\)/3](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estropogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estropogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/(offset)/3)
 28. Sidney S. Food and Drug Administration Office of Surveillance and Epidemiology. Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints.[internet] [cité le 20/03/2019] . Disponible sur: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf>.
 29. Weill A. et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ*. 2016 10;353:i2002.
 30. Chan W-S, et al. Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence. *Arch Intern Med*. 2004 Apr 12;164(7):741–7.
 31. Lidegaard Ø, et al.. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012 Jun 14;366(24):2257–66.
 32. Roach REJ, Helmerhorst FM, et al Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Aug 27; (8):CD011054.
 33. HAS. Avis de la commission de transparence. Avril 2015. [internet] [cité le 24/03/2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13407_STEDIRIL_PIC_RI_REEV_Avis2_CT13407&14290.pdf
 34. Pilule : moins de risques d'accidents cardiovasculaires avec le dosage à 20 microgrammes d'éthinylestradiol. *Rev Prescrire* 2017; 37 (404): 432-433.
 35. Dessapt A-L, Gourdy P. Ménopause et risque cardiovasculaire. [internet] [cité le 18/04/2019]. Disponible sur: <https://www.emconsulte.com/showarticlefile/763165/main.pdf>.
 36. DRESS. L'état de santé de la population en France. Maladies cardiovasculaires et respiratoires.[internet] [cité le 18/04/2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
 37. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2015 Sep;16(9):1061–70.
 38. Iversen L , et al. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal

- College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol* 2017 Jun;2012(6):580.e1-580.e9
39. Michels KA, et al. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA Oncol.* 2018 Apr 1;4(4):516–21.
 40. Long ME, et al. Contraception and hormonal management in the perimenopause. *J Womens Health* 2002. 2015 Jan;24(1):3–10.
 41. FSRH Guidance: Contraception for Women Aged over 40 Years (November 2017) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet] .[cité le 24/01/2019]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
 42. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Contraception [internet]. 2018 [cité le 24/01/2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002
 43. INPES Contraception: les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? [internet]. [cité le 19/01/2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
 44. HAS. Méthodes contraceptives.2013 . Modifié en Novembre 2017 [internet]. [cité le 19/01/19]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
 45. United Nations et al. - 2013 - World contraceptive patterns 2013. [Internet]. [cité le 19/01/2019]. Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
 46. HAS. Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans. [Internet]. [cité le 24/01/2019]. Disponible sur: <http://slbc.fr/wp-content/uploads/2014/10/HAS-Int%C3%A9r%C3%AAt-des-dosages-hormonaux-de-FSH-et-LH-chez-les-femmes-%C3%A0-partir-de-45-ans.pdf>
 47. CNGOF. La ménopause et après. Faut-il faire des examens complémentaires pour faire le diagnostic de ménopause? [internet] [cité le 25/01/2019] <http://www.cngof.fr/menopause/329-faut-il-faire-des-examens-complementaires-pour-faire-le-diagnostic-de-menopause>
 48. Cho MK. Use of Combined Oral Contraceptives in Perimenopausal Women. *Chonnam Med J.* 2018 Sep;54(3):153–8.
 49. H Allen R, Cwiak C, M Kaunitz A. Contraception in women over 40 years of age. *Can Med Assoc J.* 16 avr 2013;185(7):565-73. Vol. 185. 2013.
 50. Guirguis-Blake JM, et al. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force.

- [Internet]. 2017 [cité le 12/03/2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442154/>
51. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col.pdf [Internet]. [cité le 12/03/2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
 52. Communiqué de presse du conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. Dépistage organisé du cancer du col utérin: une nécessité d'information éthique pour les femmes- Septembre 2017 [Internet]. [cité le 12/03/2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_organise_du_cancer_du_col_uterin_une_nec/
 53. Bloomfield H, et al. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic Aver.[Internet]. September 2013. [cité le 12/03/2019]. Disponible sur: <https://www.hsrp.research.va.gov/publications/esp/pelvic-exam-EXEC.pdf>
 54. Tomaszek V. Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur le sujet? [Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Paris 7] : Université Paris Diderot : Faculté de Médecine; 2016.
 55. Texier K. Consultation dédiée à la ménopause: Etude transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées .[Thèse d'Exercice en Médecine Générale]. [Toulouse] : Université Toulouse III Paul Sabatier: Faculté de Médecine; 2013
 56. INSERM.Ménopause. Améliorer la sécurité d'utilisation des traitements hormonaux [internet] Mis à jour le 16/10/2017 . [cité le 15/01/2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>
 57. Institut CSA. Les Français et la contraception [internet] 2012 [cité 21/10/2018] Disponible sur: <https://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>
 58. Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception: Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans [internet] [Thèse d'Exercice en Médecine Générale] Université Paris Diderot- Paris 7: Faculté de médecine; 2015.
 59. HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme. [internet] Avril 2013, mise à jour octobre 2017 [cité 15/11/2016]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-sterilisation.pdf>.
 60. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [internet] 2013 [cité le 15/11/18] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf.
 61. Charton L, Lapierre-Adamcyk E. Charton L. «Low Fertility and Contraceptive Sterilization : The Canadian Case », Canadian Studies in Population, n° 37/3-4, 2010, pp. 375-410. Can Stud Popul. 2010 Dec 31;37(3-4):375.

Liste des abréviations:

AVC: Accident Vasculaire Cérébral
CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNGOF: Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français
DDR: Date des Dernières Règles
DIU: Dispositif Intra-Utérin
DUMG: Département Universitaire de Médecine Générale
FCV: Frottis Cervico-Vaginal
FSH: Hormone Folliculo-Stimulante
HAS: Haute Autorité de Santé
IDM: Infarctus Du Myocarde
IVG: Interruption Volontaire de Grossesse
LH: Hormone Lutéinisante
OP: Oestro Progestatifs
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
SA: Semaine d'Aménorrhée
TA: Tension Artérielle
TV: Toucher Vaginal

Annexes :

Annexe 1: Courrier pour participation à l'étude:

Mesdames Messieurs,

Je suis interne en médecine générale, à Tours.

Je vous sollicite pour participer à mon travail de thèse en tant qu'expert. Dans sa thèse soutenue en décembre 2017 à Tours, Anaïs Charraut a fait élaborer par des médecins généralistes une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative chez une femme en périménopause sans facteur de risque. Il a semblé important de faire valider ce travail par un groupe d'experts. C'est l'objet de ma thèse.

Dans la littérature, il n'existe pas de consensus concernant l'arrêt de la contraception oestroprogestative à cette période de la vie génitale. La méthode que nous avons choisi avec Christophe RUIZ, mon directeur de thèse, est une méthode de recherche Delphi. Nous avons sélectionné une liste d'experts gynécologues et généralistes dont vous faites partie.

La méthode Delphi comporte 2 rondes (étapes), la première ronde repose sur un questionnaire élaboré selon une revue de la littérature, il comporte plusieurs questions auxquelles les participants doivent répondre avec l'échelle de Likert étalonnée de 1 à 9, en commentant leurs réponses.

L'organisateur reçoit les résultats et les analyse et les inclus dans la nouvelle version du questionnaire.

Au deuxième tour, les participants reçoivent les résultats et commentaires anonymisés du groupe, ainsi qu'un rappel de leurs propres réponses. Ils doivent réévaluer leur degré d'accord avec chaque question selon les informations et commentaires du reste du groupe.

Vous aurez donc 2 questionnaires de 13 items à renseigner à 3 semaines d'intervalle.

Je vous remercie pour l'attention que vous accorderez à mon étude.

Annexe 2 : Questionnaire de la première ronde:

La méthode Delphi est une technique permettant d'obtenir des consensus en se basant sur des avis d'experts sur un sujet précis.

Cette technique consiste à soumettre à des experts une succession de questionnaires, qui génèrent des avis permettant de consolider les orientations à donner à un projet.

Règles de cotation

1- Il est très important de remplir le questionnaire intégralement.

2- Pour chaque proposition il vous est demandé de répondre sur une échelle de Likert graduée de 1 à 9:

*Cocher 1 si vous n'êtes absolument pas d'accord avec la proposition

*Cocher 9 si vous êtes absolument d'accord avec la proposition

*Cocher 2 à 8 pour toutes les situations intermédiaires possibles

3- Tous vos commentaires sont les bienvenus, ils sont d'une très grande valeur pour notre travail. Nous vous remercions d'en faire autant que possible après chaque item, et à la fin du questionnaire si nécessaire.

Merci pour le temps que vous prenez pour répondre à mes questions, et n'hésitez pas, vos commentaires sont les bienvenus.

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 ?

1 Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.

2 Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.

3 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.

4 Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climatiques.

5 Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.

6 Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.

7 J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.

8 Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.

9 Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.

10 Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).

11 J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti.

12 Je lui présente les autres types de contraception.

13 Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.

Fin du questionnaire.

Merci de votre participation.

Selon la convergence d'opinions qui aura émergé un 2e questionnaire vous sera envoyé dans un mois.

Annexe 3: Questionnaire de la deuxième ronde:

Mesdames Messieurs,

Bravo et Merci pour vos réponses et commentaires, vous êtes 36 participants dans la ronde Delphi de mon étude traitant de l'élaboration d'une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception oestroprogestative chez une femme en périménopause sans facteur de risque cardio-vasculaire.

Vous trouverez ci-joint les résultats et commentaires du premier tour de la ronde Delphi ainsi que le lien internet pour le 2e questionnaire.

Lors de ce deuxième et dernier tour, je vous propose à nouveau d'exprimer votre degré d'accord avec chacune des 13 questions en tenant compte des informations et commentaires du reste du groupe. Comme pour le premier tour, vous renseignerez une échelle de Likert étalonnée de 1 à 9

Je vous remercie pour l'attention que vous accordez à mon étude.

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?

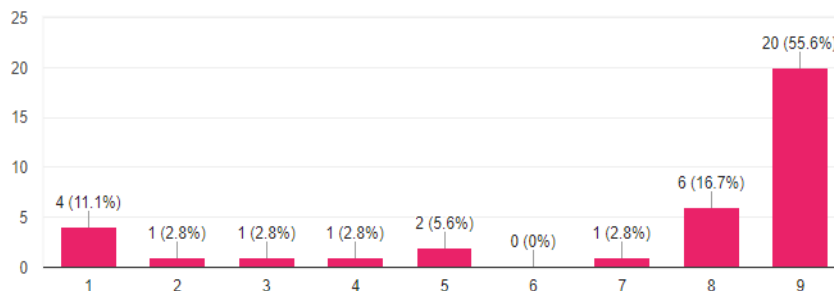
- 1 Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.
- 2 Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.
- 3 Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière consultation gynécologique etc.
- 4 Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climatiques.
- 5 Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.
- 6 Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.
- 7 J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de moyens de contraception non hormonaux (notamment préservatif) est possible pour le couple.
- 8 Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.
- 9 Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.
- 10 Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).
- 11 J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti.

12 Je lui présente les autres types de contraception.

13 Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.

Annexe 4: Résultats de la première ronde :

Question 1: Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.



-indispensable d'avoir l'objectif et la motivation

-A-t-elle une sexualité hétérosexuelle? Utilise t elle des préservatifs? A t elle des signes climateriques et depuis quand? Qu'attend elle de l'arrêt de la contraception. Pense t elle qu'elle a un risque de grossesse?

-c'est logique d'arrêter à cet age

-dialogue nécessaire

-je lui explique qu'elle approche de 50 ans et lui propose désogestrel 75 moins à risque de thrombose ou un stérilet au cuivre ou arrêter sa pilule

-Oui, notamment pour savoir si elle a des rapports et si une contraception alternative doit être prévue

-question intéressante car souvent la patiente souhaite arrêter car elle pense qu'à son age elle n'a plus de risque d'être enceinte.

-De toute façon , je l'aurais arrêtée(pas d'oestrogenes !!)

-Évocation de sa sexualité

-Les risques cardiovasculaires augmentent avec l'âge

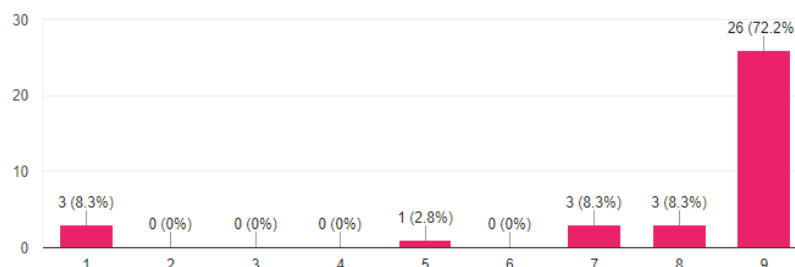
-à son âge elle sait quels sont ses besoins

-Laisser la patiente exprimer ses craintes, ses souhaits , puis en discuter avec elle

-En dehors de tout facteur de risque cv

-C'est le motif ou les attentes de la patiente qui vont orienter toute la consultation. La démarche va se centrer sur les connaissances et sur le contexte de cette demande.

Question 2: Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.



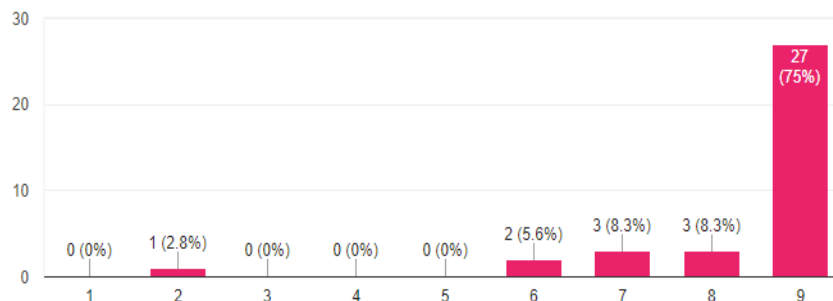
-pour la cancéro et le vasculaire surtout

-Comme pour toute consultation

-comme toujours et je ne me limite pas à la gynécologie (cancéro - cardio vasc et os)

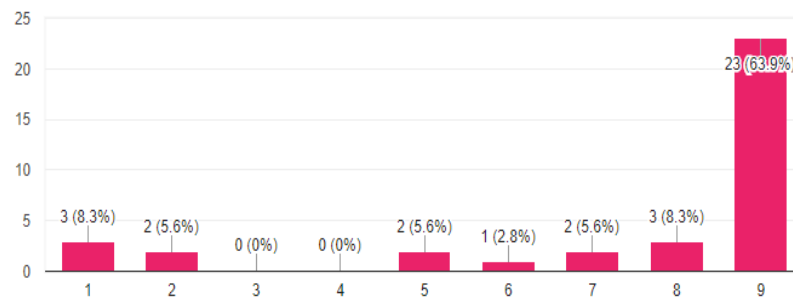
- je lui demande l'age de la ménopause dans sa famille, ménopause tardive? je lui explique qu'on est infertile 5 ans avant la ménopause environ
- Je le fais systématiquement lors de toute consultation de gynécologie
- et je réinterroge la patiente sur les ATCD cardiovasculaires et TEV personnels et familiaux ...comme habituellement !
- aucun intérêt pour décider d'arrêter
- comme à chaque consultation
- En particulier cancer hormono-dépendant
- Si je suis cette patiente, je m'assure des éventuelles modifications. Si c'est une première consultation, le temps de constituer l'ensemble de tous les atcd va représenter une grande partie de l'entretien.
- Si c'est une patiente connue du cabinet, je les connais déjà! Mais je peux vérifier.

Question 3 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.



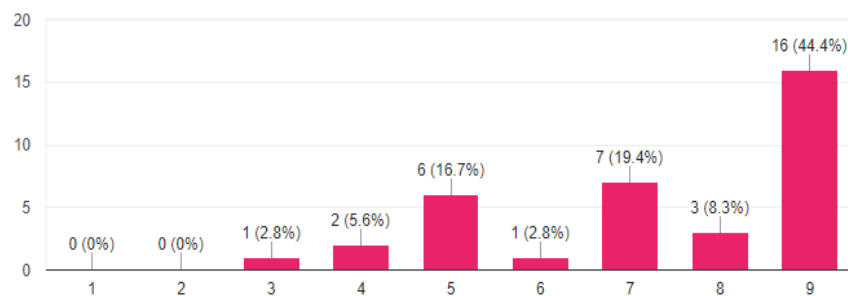
- de moindre intérêt car avant 50 pas besoin théorique de mammo juste pour savoir si elle se fait suivre
- Elle n'a pas nécessairement déjà eu une mammographie. A t elle un traitement
- pourquoi date de la dernière mammo à 49 ans? sauf cas particulier de surveillance mammaire avant 50 ans je lui explique le dépistage qui commence à 50 ans j'en profite pour connaître la date du frottis mais renouveler ou pas une pilule OP vers 49 ans relève plus d'une réflexion de médecine interne qu'un examen gyneco
- A faire systématiquement lors de toute consultation de gynécologie
- voir les autres types de contraception utilisés avec leur tolérance et l'indication de la prise de COP jusqu'à 49ans .
- Habituel
- Mais cela ne changera pas la décision ou non d'arrêter la CO
- Pas la mammographie
- Normalement, pas de mammo avant 50 ans, sauf ATCD particulier qui contre-indiquerait probablement la prescription OP

Question 4: Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climatiques.



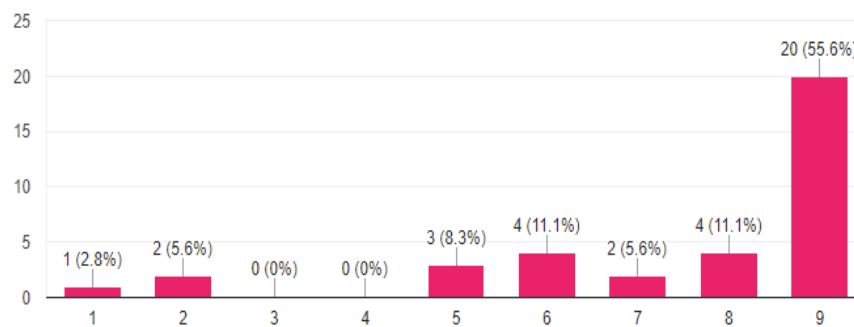
- oui car il faudra un relai probable et il faut connaître la raison de la contraception orale ou du DIU à 50 ans si elle est juste contraceptive ou en plus thérapeutique importance pour la qualité de vie
- aucun intérêt elle a des règles provoquées par la pilule et ne peut pas avoir de signes de ménopause sous oestro progestatifs ce n'est pas avec l'interrogatoire qu'on saura si elle est ménopausée ou non
- A faire systématiquement lors de toute consultation de gynécologie
- Comme d'hab ...
- Ces éléments ne nous aident pas forcément pour notre décision
- Sous estro-progestatifs, il n'y a que peu de signes climatiques
- la contraception oestroprogestative masque la plupart des troubles de la préménopause
- aucun intérêt car ne démasquera aucune pathologie dangereuse,
- Je demande surtout depuis quand elle est sous CO et s'il y avait une indication particulière
- En fait, ici, je vérifie que la pilule OP est bien tolérée et normalement les cycles (artificiels) sont réguliers. Mais OK pour vérifier la présence de troubles climatiques et métrorragies

Question 5: Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.



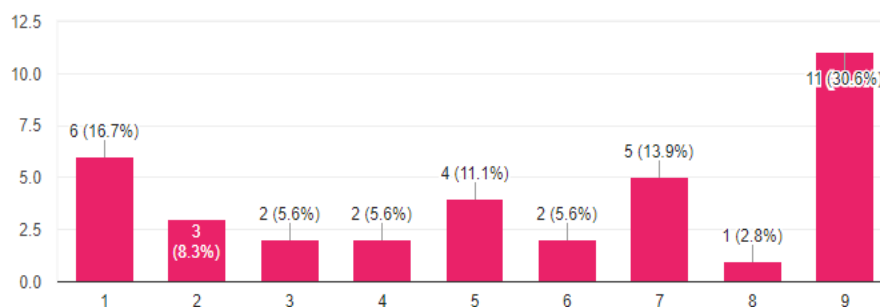
- peu d'influence car c'est l'étape suivante on ne peut pas tout faire en une fois
- Explications de la physiologie du vieillissement et notamment de la différence de physio du vieillissement en sexualité entre hommes et femmes
- Adapter selon la patiente
- si vous avez encore du temps dans cette consultation dédiée à sa contraception ou non
- oui, ou plutôt je l'informe sur la ménopause, son diagnostic, sa symptomatologie...

Question 6: Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.



- pas mon truc les doléances quelle différence avec question 4 sur patho gynéco?
- incluant la vie amoureuse
- pourquoi? il faut mieux l'interroger sur son tabac ses drogues ses migraines
- A faire systématiquement lors de toute consultation de gynécologie
- En particulier sécheresse vaginale
- Tous les éléments cliniques qui permettront d'orienter les décisions de la patiente seront recherchés.
- les doléances peuvent être autres qu'urogénitales ; la patiente ne se résume pas à un utérus

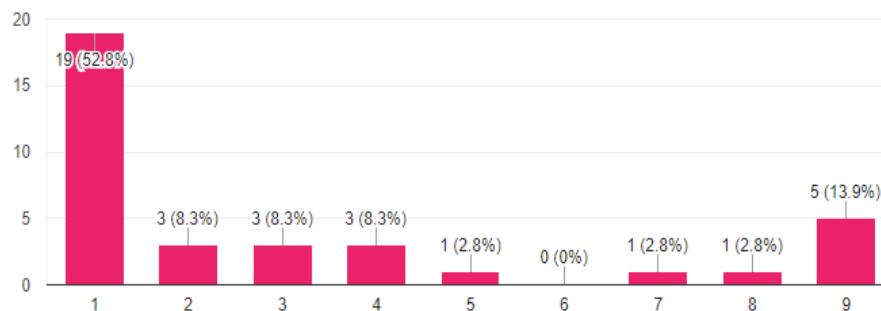
Question 7: J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de préservatifs est possible pour le couple.



- non je demande pourquoi elle avait une co à 49 ans et pourquoi elle n'en veut plus à 50 ? pourquoi le préservatif ? il y a la ligature le DIU
- Si c'est son choix, pourquoi pas. Sinon je propose un DIU ou un macroprogestatif. Si elle ne veut rien, je lui parle de contraception d'urgence, au cas où.
- fertilité nulle à 49 ans
- existent d'autres bénéfices à côté de la contraception
- peut être que le mari aura du mal à utiliser des préservatifs? pb d'érection ? quel âge? -pourquoi pas vasectomie comme pays anglo saxons et inde ou micro progestatif comme désogestrel 75 ou stérilet au cuivre ou rien
- Oui, voire pose de DIU au cuivre d'emblée si elle est réticente à l'utilisation des préservatifs
- j'arrête d'autant plus qu'elle a 49ans (je propose dès 35/40ans un DIU/SIU microprogestatif ,chlormadinone) Par contre , une contraception locale par préservatif est nécessaire jusqu'à la ménopause confirmée ou des spermicides en fonction de la fréquence des rapports sexuels .
- Ou je lui propose un DIU ou une microdosée !!!!
- Tout dépend de ces facteurs de risques je passe peut être à un microprogestatif
- On discute d'un DIU
- Je vérifie avec elle si elle préfère un DIU ou la micropilule progestative pure: c'est la patiente qui choisit mais je contre indique la pilule OP

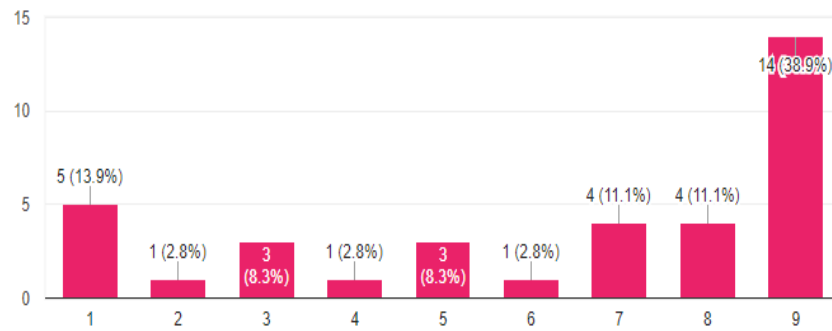
-Je propose de continuer encore un an ou je prescris un progestatif sur 3 mois 20j sur 28j pour voir s'il y a une hémorragie de privation
 -ce n'est pas moi qui arrête, c'est la femme, si elle le souhaite
 -La formulation de cet item 7 me paraît abrupte. Hors contexte, il est difficile de répondre à cette question. L'usage de préservatifs est une possibilité, mais les explications et les prescriptions seront pondérées des besoins et volonté de la patiente, de sa vie personnelle et de sa vie sexuelle. En théorie, j'aurais répondu 9 si la question avait été de savoir si le praticien abordait l'utilisation de préservatifs. Formulée de cette façon, je suis mal à l'aise pour répondre.

Question 8: Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.



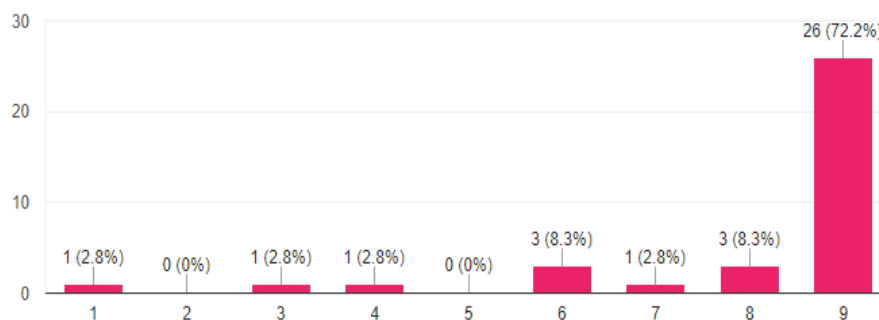
-ne sert à rien si utérus en place
 -Inutile par définition et encore moins sous pilule
 -pas d'intérêt
 -non, cher, non fiable sous traitement hormonal sous pilule la FSH ne monte pas bien en ménopause on ne dose pas l'estradiol on fait ce dosage pour l'infertilité
 -Dosage ponctuel non fiable pour un diagnostic de ménopause
 -non, car aucune valeur d'un dosage hormonal ponctuel pour le diagnostic de ménopause
 le bilan est controversé. Si je le réalise c'est au mois 1 mois après l'arrêt de la COP en sachant que les dosages sont variables avec des pics peu interprétables sauf si FSH très élevée . Une FSH normale nécessite la reprise d'une contraception si activité sexuelle.
 -Bof...
 -Elle n'a que 49 ans ... les FSH et E2 peuvent bouger d'une semaine à l'autre
 -Et j'explique l'inintérêt
 -A 49 ans il me semble plus logique de voir l'évolution des cycles à l'arrêt d'une prise de traitement oestroprogestatif. Pour moi la confirmation biologique n'est qu'un arsenal à utiliser plus tardivement et je le prescris peu.

Question 9 : Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.



- je ne suis pas généraliste
- + poids et taille pour IMC
- importance du cardio vasculaire à cet âge
- pourquoi faire la fréquence cardiaque??? poids interrogatoire l'auscultation cardio pulm peut être faite mais non obligatoire pour le renouvellement de pilule
- Prise TA et fréquence cardiaque, mais pas d'auscultation systématique
- Oui, prise de TA et fréquence cardiaque, mais pas d'auscultation cardiopulmonaire systématique
- et son poids
- Juste TA
- L'auscultation cardiopulmonaire est laissée au soins de son généraliste. la Prise de tension artérielle est suffisante
- Je ne suis pas cardiologue
- pouls tension artérielle ok , le reste j'en suis incapable
- Oui mais cela ne changera pas mon attitude
- si c'est sa demande, mais ce n'est pas l'objet de la consultation

Question 10: Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).



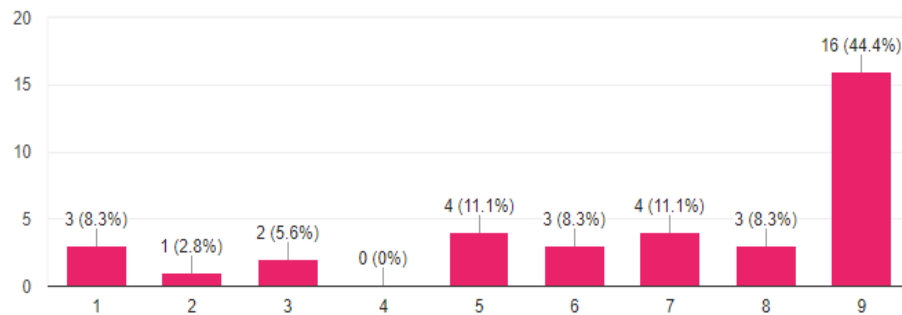
- si non suivi par ailleurs mais au moins vérifier que fait
- la base
- a t on vraiment obligation à faire un tv pour renouveler une pilule? NON
- A faire systématiquement lors de toute consultation de gynécologie et examen vulvo-vaginal. La prise d'estroprogestatif permet de garder une trophicité vulvo- vaginale ou des signes d'atrophie vulvo-vaginale peuvent être présents.
- si dernier examen clinique gynéco>1an et FCV si dernier>3ans
- Palpation mammaire oui et fcv si pas fait depuis 3 ans
- si c'est sa demande, ce n'est pas le sujet du jour
- Pas forcément de toucher vaginal, si elle décrit une plainte quelconque OUI, ou si le moment du FCU

est venu. Examen clinique complet par ailleurs avec palpation mammaire si non fait récemment ou si symptôme

-frottis si nécessaire en fonction des recos

-Palpation mammaire: OK. FCV si dernier frottis > 3 ans. TV inutile

Question 11: J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti .



-oui mais rarissime plutôt pour sa sécurité mentale et son confort sexuel

-Probabilité très faible mais risque zéro n'existe pas

-oui car beaucoup d'idées reçues fausses (cf UK avec grossesses fréquentes en périménopause)

-sur les risques exceptionnels de grossesse. est il plus grave pour la santé de prendre un risque d'ivg med à 50 ans ou un AVC CEREBRAL sous PILULE?

-Oui, il est nécessaire que la patiente ait connaissance du risque

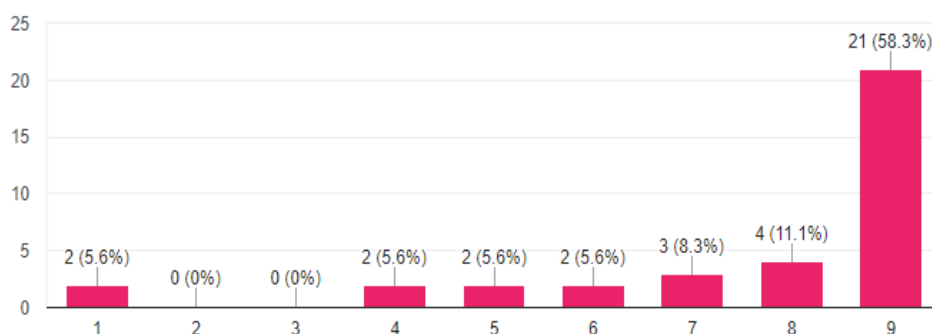
-oui le risque est exceptionnel mais possible nécessitant au moins une contraception locale jusqu'à la ménopause définie par 1an sans règles

-sauf si sa FSH est supérieure à 30 à 2 dosages consécutifs d'un mois d'intervalle

-il me semble qu'elle ne venait pas pour désir de grossesse!

-Ce qui explique pourquoi je n'arrête pas cette contraception

Question 12: Je lui présente les autres types de contraception.



-indispensable

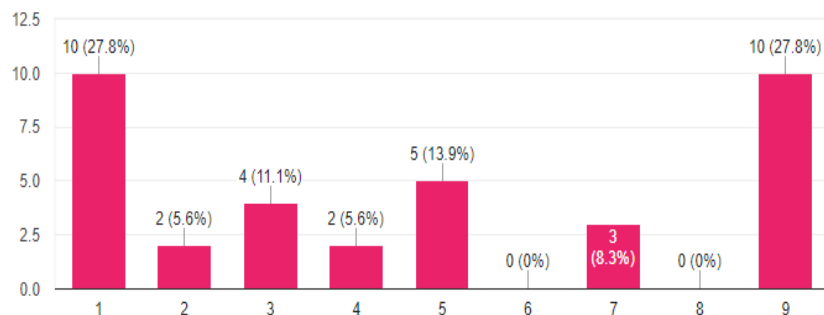
-Déjà évoqué tout à l'heure en partie. Et son conjoint, si régulier, a t il pensé à la contraception? Vasectomie? Préservatifs?

-en donnant mes préférences

-et l'homme vasectomie

- Oui, il est nécessaire de lui présenter les autres options adaptées à son âge
- sauf si la ménopause était masquée par la prise d'estroprogestatif
- SI FSH très élevée, plus besoin de contraception sinon on prescrit les microprogestatifs
- Seulement si contre indication à un OP ou si elle souhaite vraiment arrêter
- Question un peu en contradiction avec une précédente, où vous nous demandez si on s'assure que la patiente est d'accord pour utiliser des préservatifs (ce qui signifie qu'on n'aurait parlé que de ce mode de contraception; ce qui est aussi une option)

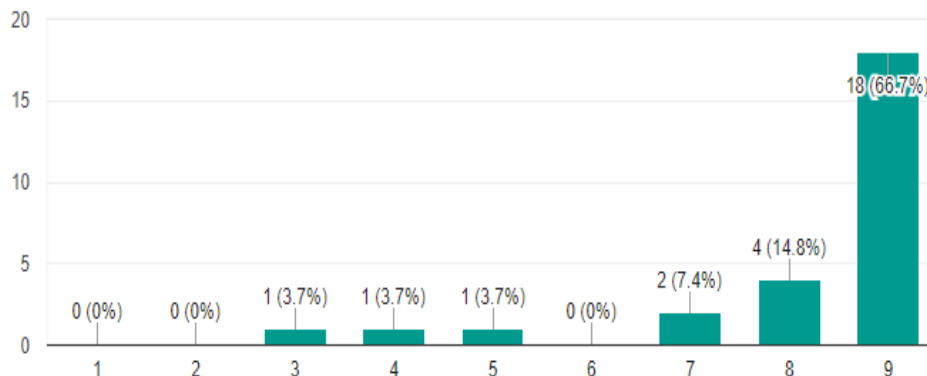
Question 13: Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.



- oui car c'est une histoire de couple
- Dialogue sur la sexualité, la capacité à évoquer ce sujet avec partenaire.
- un peu intrusif...
- la femme est seule juge de son choix
- Non, je ne lui demande pas de cette façon, mais plutôt je demande si elle a toujours des rapports et si elle a besoin d'une contraception
- car il y a un risque de grossesse
- Et lui parle de stérilisation pour son compagnon ou elle
- ça ne nous sert à rien
- elle gère sa destinée hors le consentement de son compagnon! En France de fait les femmes sont émancipées
- Je ne pense pas penser à demander ceci
- dans le but de savoir si son compagnon participe dans la contraception du couple (si il y en a) pour élaborer avec elle d'autres stratégies contraceptives, si c'est son souhait

Annexe 5: Résultats de la 2e ronde:

1- Je lui demande la raison pour laquelle elle souhaite arrêter sa contraception.



- Tjs d'accord avec l'importance de savoir ce QU'ELLE veut et pourquoi

Pour savoir si elle a des RS et besoin d'une contraception alternative. Question intéressante car à cet âge, elle pense qu'elle n'a plus de risque de grossesse et souhaite arrêter.

le principal

- Commentaire général pour la plupart des questions: cette consultation repose sur un "entretien" avec la patiente et non un interrogatoire. Les items que vous proposez correspondent plutôt à des questions fermées. Certes on peut graduer de 1 à 9, mais cette analyse est assez réductrice. Ce qui me paraît important, c'est ce que sait la patiente, ce qu'elle souhaite et la discussion qui va en suivre, tout cela doit aboutir à une décision partagée avec elle.

- Pourquoi mais surtout, qu'en attend-elle? Est-elle prête à une alternative contraceptive? Est-elle prête à démasquer son cycle naturel et à d'éventuels troubles du cycle?

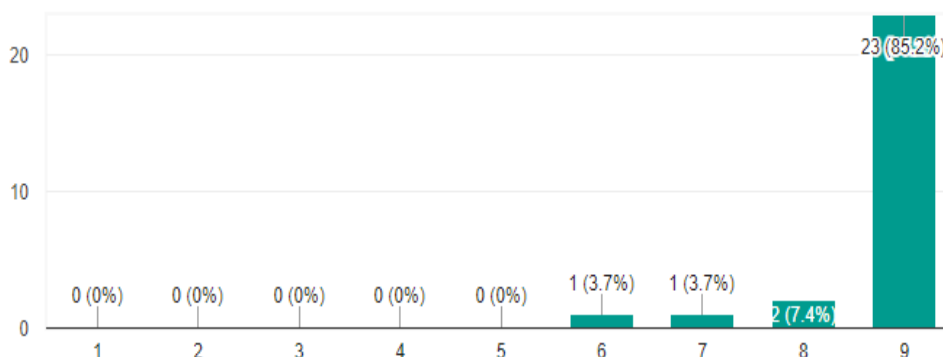
- En fait à 49 ans si elle est ma patiente depuis longtemps...elle n'a déjà plus d'EP

- Croyance vis à vis de la fertilité absence de sexualité

- Et j'enchaîne immédiatement en lui disant que sa décision tombe bien car je voulais justement lui proposer un changement de contraception du fait de son âge

- Tout à fait d'accord.

2- Je recherche les antécédents personnels et familiaux gynécologiques de la patiente.



-

sauf si je la connais bien

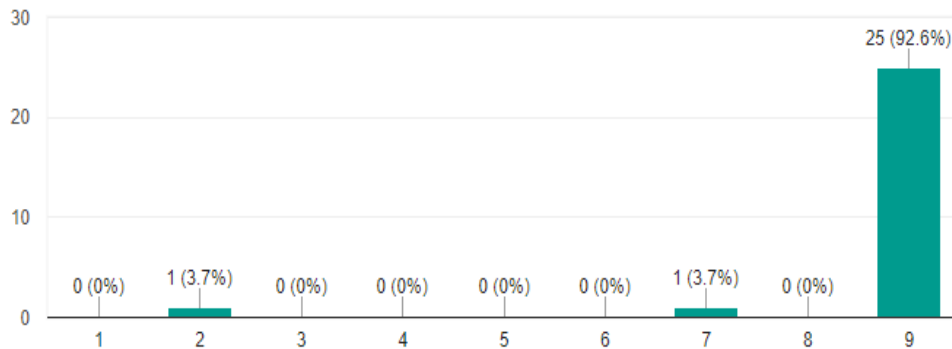
- Je réinterroge la patiente à chaque consultation pour savoir s'il y a eu des événements personnels ou familiaux depuis la dernière visite. recherche systématiquement événements cardiovasculaires, TEV,

Bien sûr

HTA chez elle (je vois souvent des patientes qui prennent un OP avec une HTA traitée!)et cancérologiques.

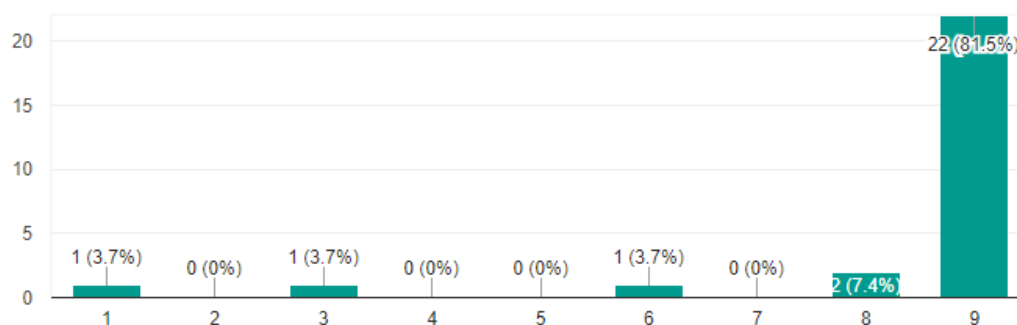
- Il faut les actualiser à chaque consultation (nous la voyons une seule fois/an)
- tout à fait d'accord

3- Je regarde le suivi gynécologique global de la patiente avec la date du dernier FCV, de la dernière consultation gynécologique etc.



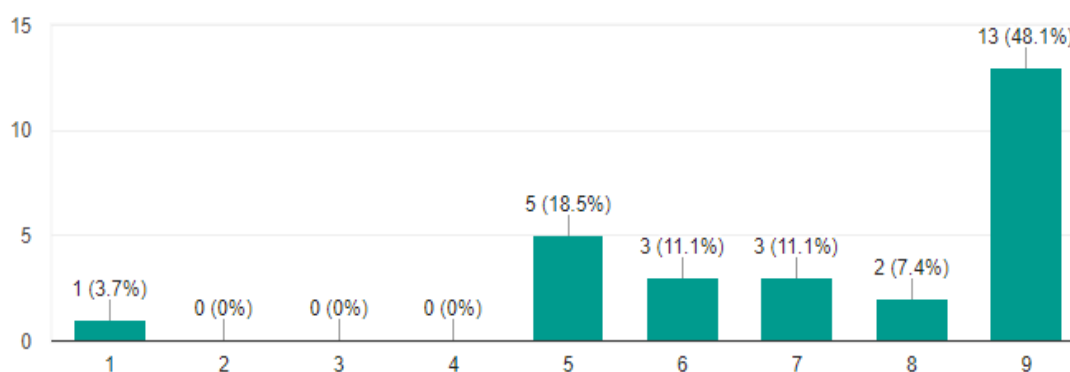
- Comme lors de chaque renouvellement
- A faire systématiquement à chaque consultation. Pour ma part, je prescris la 1ere mammographie individuelle à 45ans (en dehors des femmes à risque familial). Si la palpation des seins est difficile avec placard ou nodulaire, je fais un schema dans mon dossier dès la première consultation pour la surveiller cliniquement. Je regarde les autres contraceptions utilisées auparavant et l'indication de l'OP jusqu'à 49ans
- quel intérêt pour la pilule ?
- Oui j'en profite pour savoir d ou elle en est ds son suivi
- C'est évident qu'il faut se remettre en tête le dossier de la patiente avant chaque consultation : j'apprends à mes internes à le faire avant d'aller chercher la patiente

4- Je lui demande l'historique de ses cycles (DDR, métrorragie, ménorragie, etc.) et recherche des signes climatériques.



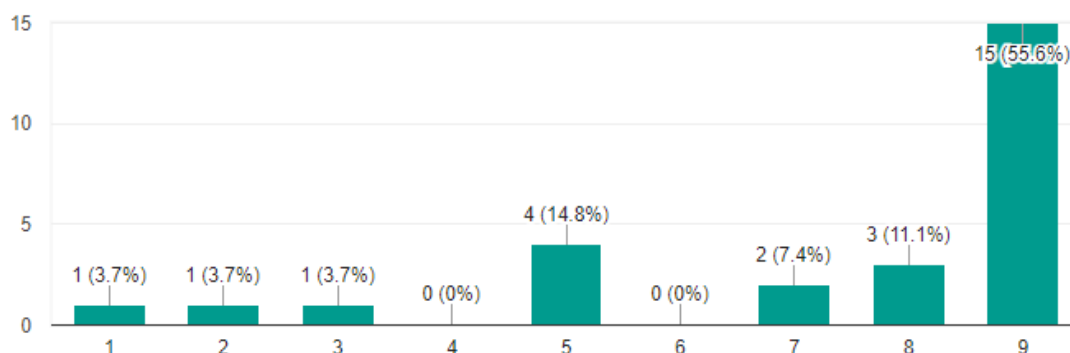
- Sachant que sous OP les signes climateriques ne sont tjs présents
- Sauf signes climateriques étant donné qu'elle est sous CO
- Oui pour envisager un relais en fonction de l'historique de ses cycles et revoir l'indication de la prescription de l'OP jusqu'à 49ans. Important de savoir si ménorragies avant de proposer un DIU (et dans ce cas possible SIU ou désogestrel). Pour les signes climateriques, ils peuvent apparaître pendant les 7 jours d'arrêt avec parfois pas de saignement de privation.
- tout en sachant que comme elle est sous COP tous ces signes seront faussés
- l'interrogatoire classique.

5- Je me renseigne sur les connaissances de la patiente sur la ménopause.



- Importance de savoir ce qu'elle sait
- je demande l'âge de la ménopause chez sa mère, soeur. Je commence à l'informer sur la ménopause (l'âge, les signes...)
- Oui, on se renseigne sur ses connaissances, mais il faut aussi discuter avec elle de ses représentations (la ménopause est une étape dans la vie d'une femme)
- Beaucoup de femme pensent ne plus être stérile même si le risque est faible
- C'est quand même pour cela qu'elle vient nous voir !

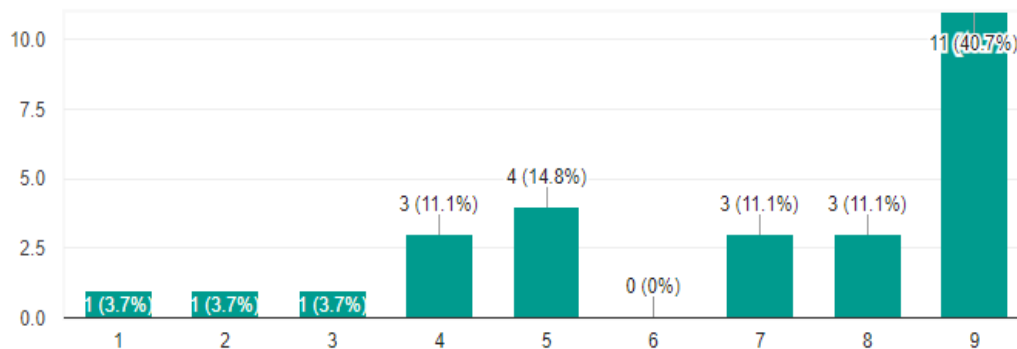
6- Je demande à la patiente et recherche si elle a des doléances urogénitales.



- Sécheresse vaginale, prurit... sexualité douloureuse

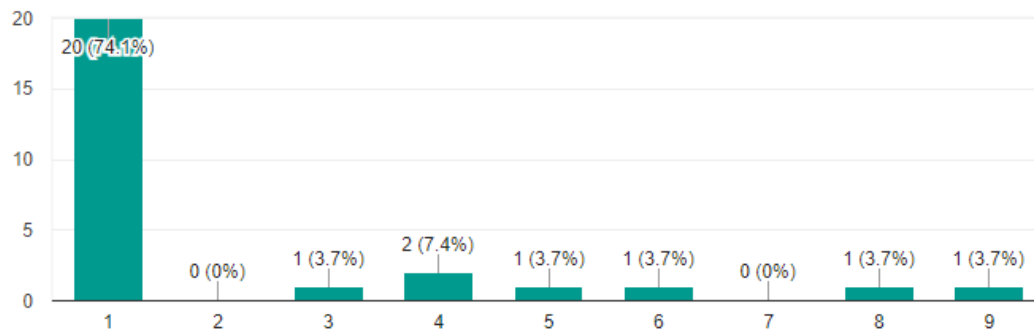
- d'accord sur le principe mais pas sur la façon de le formuler
- oui, beaucoup de femmes ont une incontinence urinaire (sujet tabou) et je fais à chaque consultation un testing des releveurs du périnée avec souvent prescription d'une rééducation.
- + évaluation de sa sexualité: fréquence, épanouissement, libido, sécheresse vaginale...
- C'est vrai qu'il faut poser la question car certaines patientes sont gênées d'en parler d'emblée et le font ensuite en fin de consultation quand elles sont rhabillées

7-J'arrête sa contraception oestroprogestative en m'assurant que l'utilisation de moyens de contraception non hormonaux (notamment préservatif) est possible pour le couple.



- Pas forcément, cela dépend de sa sexualité de ses atcd...
- Ou proposition de stérilisation
- La question semble assez mal formulée. En effet, en consultation de contraception, la méthode doit être choisie. Le terme donc "possible" est inadapté car cela sous-entend d'imposer une contraception.
- Si c'est son choix pourquoi pas. Je peux lui proposer un DIU en fonction de l'historique de sa contraception. Oui il faut que je la prévienne quand même que si elle décide d'arrêter d'elle-même l'OP après ma consultation, elle utilise une contraception locale.
- Après avoir vérifié, que son choix est vraiment celui-ci.
- Je m'intéresse à la DDR et au dernier rapport pour lui expliquer quand arrêter si c'est ce qu'elle décide sans l'exposer à une grossesse et m'assurer que l'usage du préservatif est un choix acceptable pour le couple
- A 49 ans ...je ne vais pas lui proposer des préservatifs ! Vers 40, 45 ans ou avant je lui ai parlé de DIU ou de POP
- Oui pas oestroprogestatif à 49 ans éventuellement en fonction de sa sexualité je propose un microprogestatif
- Je l'informe sur les contraceptions alternatives
- Le médecin propose, la patiente dispose !

8- Je réalise un bilan biologique avec FSH et oestradiolémie en informant la patiente sur la fiabilité de ce dosage.



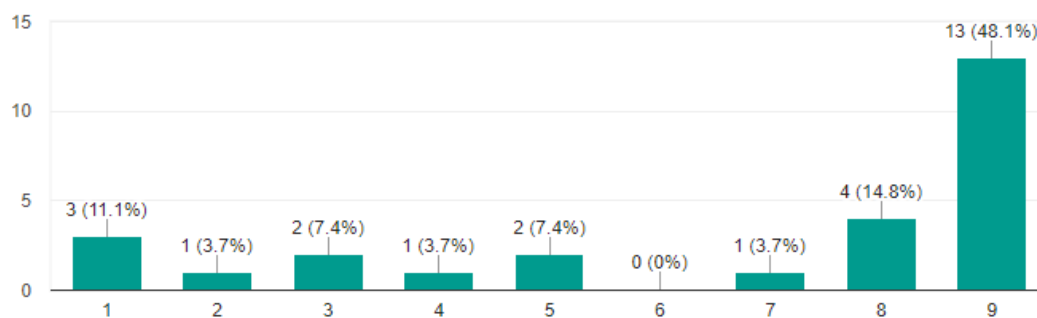
- Non.

- La femme est souvent demandeuse du dosage des hormones! je lui explique que c'est inutile pour le diagnostic de ménopause qui se définit uniquement sur l'aménorrhée d'un 1an (dosages trop fluctuants et c'est un coût) et non fiable sous OP (sauf peut-être au 8è jour d'arrêt juste avant la reprise d'une plaquette) Ne le fait pas en pratique courante sauf cas exceptionnels.

- Oui mais j'ai sans doute tort

- Je refuse le dosage et explique pourquoi

9- Je lui fais un examen clinique général avec auscultation cardio-pulmonaire, prise de tension artérielle et fréquence cardiaque.



- Oui sauf si je prévois de la revoir rapidement pour un changement de traitement

- Je prends la tension artérielle, mais l'auscultation cardiopulmonaire et fréquence cardiaque ne me semblent pas nécessaires

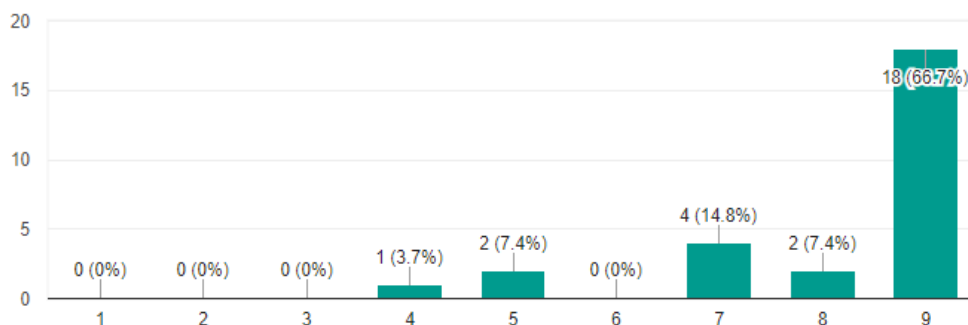
- Je prend systématiquement la TA à toute consultation et j'en dépiste souvent! La fréquence cardiaque dans ce cas précis et pas d'auscultation systématique. IMC bien sûr.

- Je ne suis pas cardiologue, ni pneumologue, je la pèse et prends la Pression artérielle. Je regarde sa peau car j'ai fait de la dermato

- Oui je le fais à chaque consultaion Prise de tension obligatoire

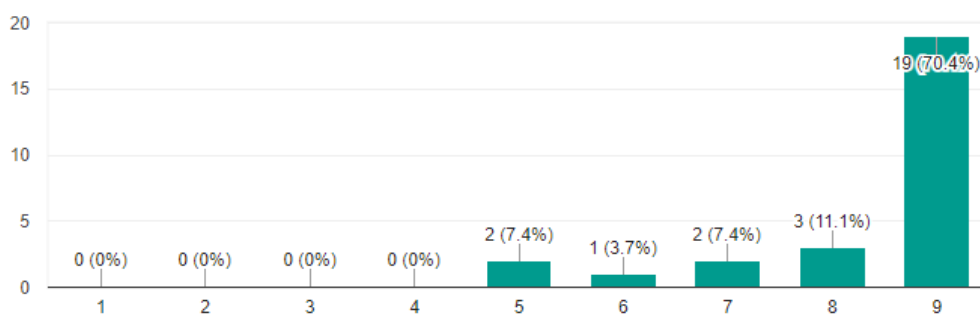
- la TA c'est obligatoire, l'auscultation selon l'interrogatoire

10- Je fais un examen gynécologique (palpation mammaire, toucher vaginal, +/- FCV).



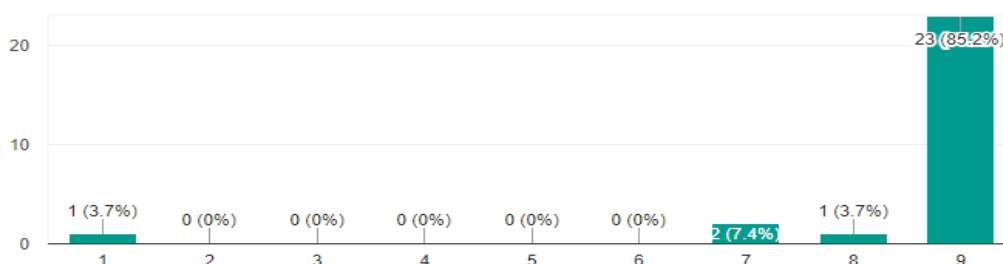
- Pas forcément si le FCV est à jour. Mais une palpation des seins oui
- Oui je fais un examen gynécologique complet et contrôle la date du dernier frottis.
- Si nécessaire, seulement : si examen Frottis non fait dans les 3 ans précédents. Pas de TV si pas de plainte. Examen mammaire oui 1/an
- s'il n'a pas été fait récemment pour ce qui est de l'examen clinique et si FCV sup à 3 ans
- A moins que tout cela soit récent et que le FCV ait moins de 3 ans
- Ça dépend de l'an durée de la consultation est des attentes de la patiente

11- J'informe la patiente sur le risque possible d'une grossesse et évalue son ressenti.



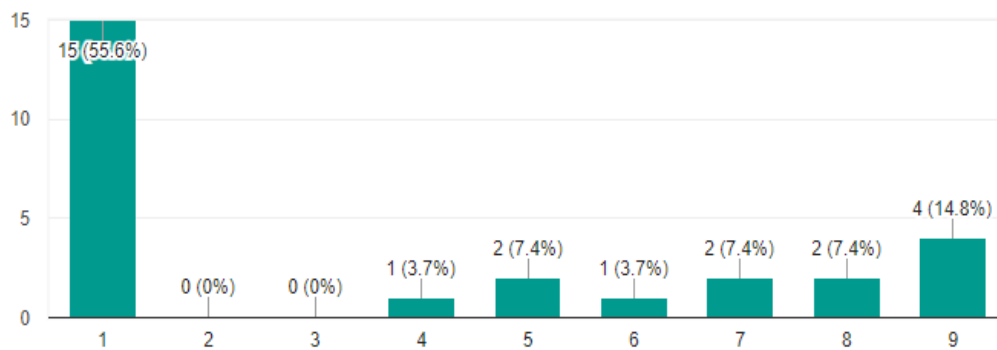
- Tjs daccord
- oui. Le risque est très faible mais existe (environ 50 naissances par an en France chez des femmes de 50ans, je crois!)
- Et lui explique mes incertitudes à ce sujet

12- Je lui présente les autres types de contraception.



- Certainement
- Oui, possibilité de microprogestatif , SIU si ménorragies auparavant ,qui peut lui permettre d'avoir un confort dans cette période de préménopause même si pas de rapport. Preservatifs ou spermicides si rapports occasionnels
- Si elle a une sexualité

13- Je lui demande si son compagnon (si elle en a un) est au courant de son souhait d'arrêter sa contraception.



- Je ne pense pas poser cette question systématiquement
- je commence par lui demander si elle a un compagnon et des rapports sexuels
- Cela est de la responsabilité de la patiente
- Oui, c'est une histoire de couple. Revoir avec lui si d'accord pour préservatif si elle ne souhaite pas continuer de prendre une autre contraception hormonale.
- Ce n'est pas une question qui arrivera comme telle! Si au préalable, on a discuté avec elle de son ressenti, ses représentations, ses besoins, la question du compagnon a déjà été abordée
- Oui
- je laisse la patiente me parler de son conjoint, si elle le souhaite

Avis éthique CNIL:



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Nada EL BAST et le Dr Christophe RUIZ
Titre du projet de recherche : Elaboration d'une consultation dédiée à l'arrêt de la contraception
chez la femme en périménopause par un groupe d'experts

N° du projet : 2018 098

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- ☒ FAVORABLE
- ☐ DÉFAVORABLE
- ☐ SURSIS A STATUER
- ☐ DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 098

A Tours, le 22/11/2018

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

Vu, le Directeur de thèse

*Vu, le Doyen
De la faculté de médecine de Tours
Tours, le*

EL BAST NADA

69 pages

Résumé :

Introduction :

L'arrêt définitif de la contraception oestroprogestative en périménopause est un motif fréquent de consultation en soins premiers qui ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus.

L'objectif de cette étude est de faire élaborer par des experts, spécialistes en médecine générale et en gynécologie, une consultation dédiée à l'arrêt de cette contraception.

Matériel et Méthodes :

Etude qualitative par méthode Delphi réalisée en 2018. Trente-six experts, médecins généralistes et gynécologues médicaux et obstétriciens français ont participé aux deux rondes de cette étude.

Résultats :

Les experts ont validé 8 propositions pour cette consultation : interroger la patiente sur la raison de son désir d'arrêt de la contraception, ses antécédents personnels et familiaux gynécologiques, évoquer son suivi gynécologique, la survenue d'un syndrome climatérique et la présence de symptômes urogénitaux, effectuer un examen gynécologique et informer sur les autres types de contraception et sur la ménopause.

Conclusion :

Le maintien d'une contraception est nécessaire en périménopause pour limiter le risque de grossesses tardives non désirées. Il n'y a pas de contre-indication à la contraception oestroprogestative en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaires selon les données actuelles de la science. D'autres moyens de contraception peuvent être proposés en fonction des besoins et des choix de la patiente.

Mots-clés :

Arrêt contraception, Contraception oestroprogestative, Périménopause, Méthode Delphi, Soins premiers

Jury:

Président du Jury: Professeur Henri MARRET

Directeur de Thèse: Docteur Christophe RUIZ

Membres du jury: Professeur Gilles BODY
Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Date de soutenance: 6 juin 2019