

# **Quelle est l'implication du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause ?**

Travail de fin d'études

Master de spécialisation en médecine générale

Année académique 2022-2023

**Dr Marie-Emilie NICOLAS**

Tuteur : Dr Alexandra GATIN

## Résumé

Introduction: L'utilisation de la contraception hormonale est fréquente dans la population générale, y compris chez les femmes en périménopause. Il existe plusieurs inconnues sur la façon dont cette contraception est arrêtée à la ménopause et sur l'implication du médecin généraliste dans cette déprescription.

Objectif: L'objectif de ce travail était de comprendre de quelle façon le médecin généraliste était impliqué dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause.

Méthodologie: Huit médecins généralistes ont été interviewés par entretiens individuels semi-dirigés. Le contenu des entretiens a ensuite été analysé par thématisation puis par catégories conceptualisantes.

Résultats: L'abord du sujet de l'arrêt de la contraception à la ménopause se fait soit à l'initiative de la patiente soit à l'initiative du médecin traitant, au cœur d'une relation de confiance réciproque. Le médecin généraliste est attentif au besoin de déprescription de la contraception hormonale, dans une démarche de prévention générale de réduction des risques cardio-vasculaires et de développement des cancers hormonaux. Cependant, le médecin généraliste se trouve souvent face à une importante incertitude diagnostique et craint une grossesse non désirée, ce qui finalement le limite dans sa démarche. Le médecin généraliste considère le gynécologue comme un allié nécessaire dans la prise en charge globale de ses patientes, même si le manque de rapports contribue à la méconnaissance du suivi gynécologique des patientes.

Conclusion: Le médecin généraliste est impliqué de façon globale dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause, même lorsqu'il réfère ses patientes vers un gynécologue.

Mots clés : Déadoption et déprescription, Contraception orale, Contraception intra-utérine, Médecin de famille, Symptôme ou plainte liée à la ménopause, Etude qualitative

Indexation (CISP-2 et Q-codes): **QD326, W11, W12, QS41, X11, QR31**

## Table des matières

Résumé.....	1
Remerciements.....	4
Préambule .....	5
Introduction.....	6
Méthodologie .....	8
Recherche bibliographique.....	8
Guide d’entretien.....	9
Echantillonnage .....	10
Entretiens.....	10
Analyse.....	11
Résultats .....	12
Caractéristiques des participants .....	12
Analyse thématique.....	12
Analyse à l’aide de catégories conceptualisantes.....	13
1) Ecoute attentive ou démarche proactive.....	13
2) Au cœur de la santé globale, en connaissant ses limites.....	15
3) Appréhender l’incertitude et la complexité diagnostique.....	20
4) Le gynécologue : un allié nécessaire mais silencieux.....	23
Discussion.....	28
Forces et faiblesses du travail .....	28
Relation médecin-patiente .....	29
Relation patiente-gynécologue.....	30
Relation médecin-gynécologue .....	31
Vécu personnel du médecin généraliste.....	31
Perspectives et pistes d’action.....	33

Conclusion .....	35
Bibliographie.....	36

## Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier du fond du cœur ma tutrice, Alexandra Gatin, pour son accompagnement et son soutien lors de toutes les étapes de ce travail de fin d'études.

Je remercie également Morgane Ravet pour ses précieux conseils et pistes de réflexion en début de travail, particulièrement à propos du déroulement des entretiens semi-dirigés.

Je remercie les médecins généralistes et les gynécologues qui ont participé à cette étude.

Je remercie mon maître de stage, Olivier Dozin, pour le temps octroyé pour la rédaction de ce travail, ainsi que Stéphane Debanterlé pour sa relecture.

Je remercie aussi Anne-Françoise Nicolas, ma maman, pour ses relectures et ses conseils avisés en orthographe et en syntaxe.

Enfin, je remercie Edouard Nicolaï pour ses relectures et pour ses encouragements tout au long de ce travail.

## Préambule

Suite à plusieurs cas rencontrés dans ma pratique de médecine générale, j'ai pris conscience que l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause était une question assez complexe.

En effet, lors de ma première année d'assistantat, j'ai découvert un cancer du sein hormono-dépendant chez une patiente de 52 ans, ménopausée, qui était toujours sous contraception oestro-progestative. Je me suis donc posé plusieurs questions : Quel est le rôle du médecin généraliste par rapport à l'arrêt de cette contraception? Quand faut-il l'arrêter exactement ? Qui prescrit les derniers renouvellements de pilule? Cette patiente consultait-elle encore un gynécologue ? Par la suite, j'ai également été confrontée à plusieurs demandes de renouvellement de contraception de patientes en périménopause. Généralement, ces demandes avaient lieu en fin de consultation, parfaite description du « syndrome du pas de porte ». Par manque de temps, j'éprouvais souvent des difficultés à aborder le sujet du changement ou de l'arrêt de contraception lors de ces demandes de renouvellement, principalement car les patientes ne venaient habituellement pas avec ce motif principal de consultation. Je trouvais aussi qu'il était difficile de poser le diagnostic de ménopause lorsque les patientes étaient encore sous traitement hormonal, en l'absence de symptômes climatiques. C'était donc compliqué de décider avec elles du moment d'arrêt de la contraception. Je me suis alors demandé : Comment aborder le sujet à un autre moment ? Est-ce mon rôle en tant que médecin généraliste ? Quelle contraception est indiquée à cette période de leur vie ? Quand et comment arrêter la contraception ?

Par ailleurs, je suis intéressée par la pratique de la gynécologie en médecine générale et je pense que la gestion de la contraception peut faire partie intégrante de notre pratique.

Je m'intéresse également de près à la déprescription qui est, pour moi très importante dans la prévention globale et quaternaire, rôle primordial du médecin généraliste.

## Introduction

L'utilisation d'une contraception hormonale dans la population générale est fréquente, y compris chez les femmes en périménopause.

En effet, selon les données de l'enquête menée en 2017 par l'Institut Solidaris et la Fédération des centres de planning familial (FPS) concernant la population belge francophone de 14 à 55 ans, 40,9% des femmes entre 41 et 55 ans utilisent une contraception, avec une prévalence de 35,8% pour l'utilisation de la pilule. Selon cette étude, par un questionnaire à réponses multiples, la première personne qui conseille les femmes sur leur contraception est, dans 77,3% des cas, le gynécologue, et dans 23,1% des cas, le médecin généraliste. (1) D'après les données les plus récentes de l'atlas de l'Agence Inter Mutualiste (AIM), en 2020, 82% de la population belge a un contact avec un médecin généraliste, avec une moyenne de 5,8 contacts par an. Ces chiffres sont légèrement plus élevés chez les femmes de 45 à 64 ans (89% pour 6,5 contacts/an). D'autre part, en 2020, 13,5% de la population belge a un contact avec un médecin spécialiste en gynécologie, avec une moyenne de 2,5 contacts par an. (2) Les données concernant les consultations chez un gynécologue ne sont malheureusement pas disponibles selon le sexe et les tranches d'âge ; il n'est donc pas possible d'obtenir le nombre des femmes de 45 à 64 ans qui consultent un gynécologue et il n'est donc pas possible de comparer ce pourcentage au pourcentage de celles qui voient un médecin généraliste. Mais si on considère la population générale, on peut tout de même conclure qu'une patiente voit plus fréquemment son médecin généraliste que son gynécologue.

Selon ces données et l'avis de plusieurs de mes collègues médecins, la contraception en périménopause ainsi que son arrêt à la ménopause est rarement abordée en consultation de médecine générale. Le médecin généraliste est pourtant en première ligne et au centre de la prise en charge globale des patientes ; il reçoit les rapports d'hospitalisation, est en contact avec les différents spécialistes, connaît souvent les patientes depuis longtemps, voit la patiente pour d'autres problèmes de santé qui peuvent être liées aux risques cardiovasculaires (prise de tension artérielle, prise poids et BMI, tabac...). De plus, il est à même de prendre en compte tout changement ou toute évolution de l'état de santé de ses patientes, afin d'adapter ou de stopper leur contraception dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, après avoir consulté la littérature, je me suis rendu compte qu'il y avait des zones d'ombre et peu de consensus scientifique dans l'affirmation du diagnostic de ménopause sous contraception hormonale.

Le but de mon TFE est donc de mettre en lumière la façon dont les médecins généralistes abordent l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause dans leur pratique quotidienne, de comprendre comment ils entendent leur rôle, quelle est leur implication et quels sont les freins et les difficultés qu'ils rencontrent. Il est également intéressant de se questionner sur la place qu'ils donnent à leurs collègues gynécologues. De cette façon, j'aimerais tenter de comprendre ce qui guide leurs pratiques.

En découle ma question de recherche : **Quelle est l'implication du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause ?**

## Méthodologie

Afin de comprendre le phénomène et pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser l'analyse qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

### Recherche bibliographique

J'ai effectué mes recherches dans la littérature entre le 08/12/2021 et le 02/05/2022, en utilisant principalement les termes 'contraception' et 'perimenopause' (MeSH Terms) dans les bases de recherche Pubmed, Embase et Cochrane.

Mes équations de recherche étaient les suivantes :

- Pubmed: (((("Contraception"[MeSH Terms] AND ("Contraceptive Agents"[MeSH Terms] NOT "contraceptive agents, male"[MeSH Terms])) OR "Contraception Behavior"[MeSH Terms]) AND ("Perimenopause"[MeSH Terms] OR "Premenopause"[MeSH Terms])) AND (y\_10[Filter])).
- Embase : contraception:ab,ti AND (premenopause:ab,ti OR climacterium:ab,ti) AND [2012-2022]/py.
- Cochrane: (contraception):ab AND (perimenopause):ab.

J'ai sélectionné les articles publiés ces dix dernières années, en anglais ou en français et dont le *full text* était disponible. Les critères d'exclusion étaient les articles concernant : les symptômes climactériques de la ménopause, le traitement hormonal de substitution et la contraception masculine. Au final, j'ai retenu six articles.

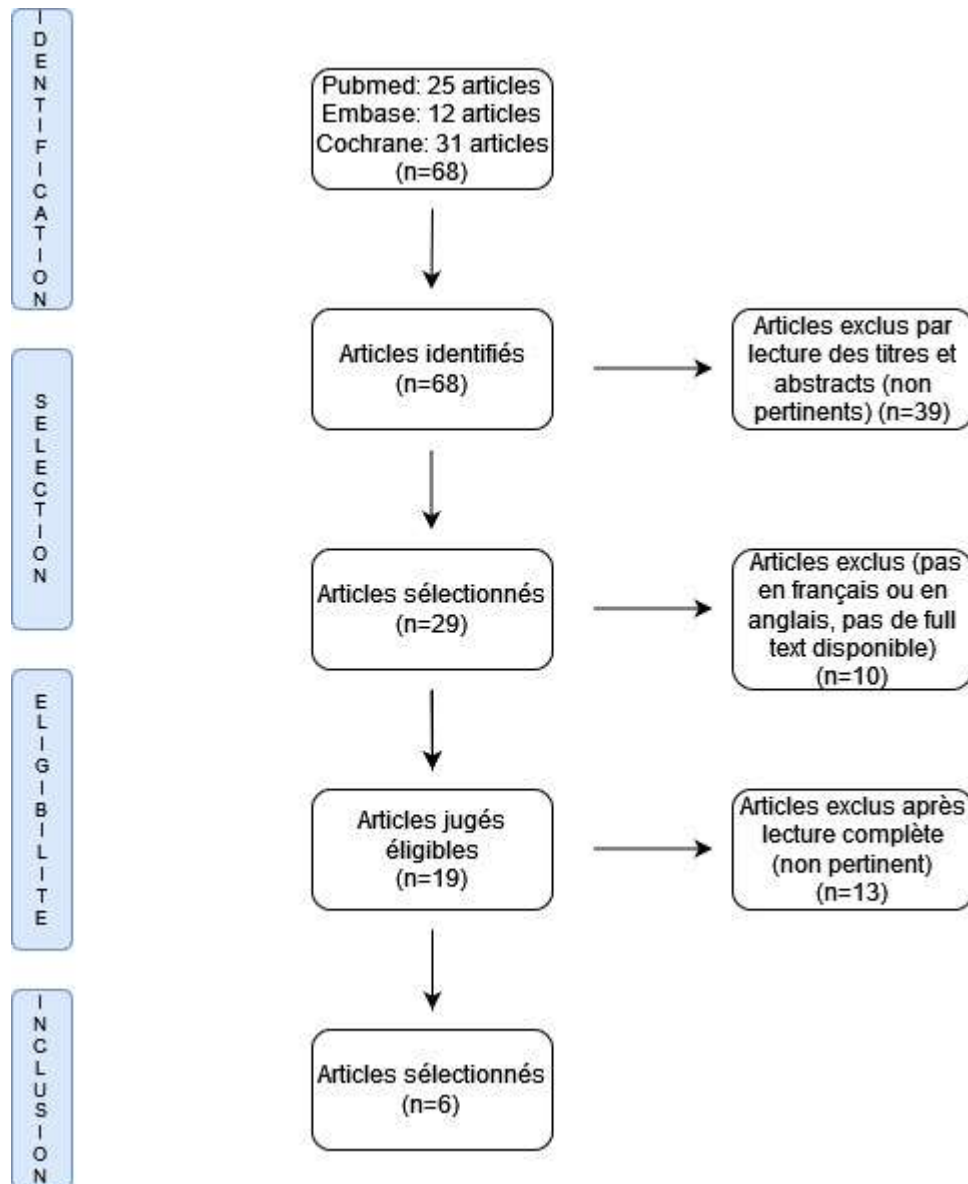


Figure 1 : Flow chart de la sélection des articles de la littérature

## Guide d'entretien

En début de travail, pour avoir une base de réflexion pour la construction de mon guide d'entretien, j'ai interrogé deux gynécologues afin d'avoir leurs avis d'experts. Ces interviews n'ont pas été retranscrits.

La création de mon guide d'entretien a également été basée sur la lecture des articles sélectionnés dans la littérature et sur la lecture conseillée et disponible sur le site MG TFE, « Les études qualitatives » par Didier Roche (3).

Ce guide d'entretien (**Annexe 1**) a été soumis et approuvé par le groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) en date du 27/11/2022. (**Annexe 2**)

### Echantillonnage

Les médecins généralistes ont été contactés par e-mail ou par téléphone. Dans le but d'avoir une certaine diversité de répondants, une attention particulière a été portée à sélectionner des profils de médecins différents (genre, type de pratique, nombre d'années de pratique). Les critères d'exclusion étaient d'être assistant en médecine générale ou de ne pas pratiquer la médecine générale de première ligne comme activité principale (médecin généraliste hospitalier, retraité, autre type de pratique principale...).

### Entretiens

Les entretiens individuels ont tous été réalisés par mes soins, entre le 06/12/2022 et le 08/03/2023. Ils se sont déroulés soit dans le cabinet du médecin interrogé, soit dans mon propre cabinet, soit exceptionnellement par vidéo-conférence (via Teams, lié au compte universitaire) lorsqu'aucune possibilité de rencontre en face à face n'a pu être organisée. La porte de la pièce où se déroulait l'interview était toujours fermée, afin de garantir l'anonymat et la liberté d'expression.

Après avoir obtenu le consentement oral du médecin interrogé, chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone non relié à internet. Chaque entretien s'est déroulé sur base du guide d'entretien créé en début de travail (**Annexe 1**); il comprenait une phrase d'introduction qui citait le sujet « L'implication du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception à la ménopause » et sur le type d'étude. Il était également signalé que l'entretien pouvait s'interrompre à tout moment à la demande du médecin interrogé, avec ou sans explications.

Les caractéristiques personnelles des médecins ont été recueillies en dehors de l'enregistrement (avant ou après) afin de garantir l'anonymat des participants.

Ensuite, au fur et à mesure, les enregistrements des entretiens ont été réécoutés et entièrement retranscrits manuellement sur Microsoft Word (lié au compte universitaire) puis numérotés dans l'ordre chronologique. (**Annexe 3**)

## Analyse

L'analyse des résultats a été réalisée progressivement, par analyse thématique puis à l'aide de catégories conceptualisantes. J'ai également lu les TFE du Dr Alexandra Gatin (4) et du Dr Gilles Cornelis (5), afin de comprendre en profondeur la démarche d'analyse qualitative et d'avoir un exemple représentatif.

Afin de diminuer la subjectivité, la thématisation (6) a été réalisée en parallèle avec ma promotrice. Nous avons donc, de façon indépendante, thématisé les entretiens 1 à 6, que nous avons ensuite mis en commun. Puis nous avons thématisé ensemble les deux derniers entretiens. Dans un souci d'efficacité et de gain de temps, cette étape d'analyse a été faite manuellement en version papier (inscription dans la marge) et n'a pas été retranscrite à l'ordinateur.

Les thèmes ont ensuite été regroupés en rubriques classificatoires puis l'ensemble a été schématisé dans un arbre thématique. (6) Chacune des rubriques comporte les thèmes identifiés et chacun d'eux est illustré par certains verbatims des participants. Chaque entretien a été identifié (par exemple : un verbatim suivi de « E5 » signifie qu'il provient de l'entretien 5). Certains thèmes sont encore divisés en sous-thèmes.

Par la suite, l'analyse a évolué en catégories conceptualisantes avec des propriétés propres à chaque catégorie, illustrées par les verbatims des participants. Le choix et le nombre de verbatims utilisés pour décrire les catégories n'a pas de lien direct avec l'occurrence des thèmes lors des interviews ; ils ont simplement été choisis car ils ont été considérés comme les exemples les plus éloquents et clairs pour la compréhension du phénomène. (6)

## Résultats

### Caractéristiques des participants

Sur dix médecins généralistes wallons contactés, huit ont été interrogés. Six entretiens se sont déroulés en face à face et deux ont été réalisés par vidéo-conférence. Les entretiens ont duré entre neuf et vingt-huit minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés, par ordre croissant du nombre d'années de pratique

Genre	Nombre d'années de pratique (assistantat compris)	Type de pratique	Nombre d'années de pratique au planning familial
F	5	Pratique de groupe	3 ans
F	7	Maison Médicale	Non
F	7	Pratique de groupe	Non
F	12	5 ans en Maison Médicale 5 ans solo	6 ans
M	19	2 ans en solo 17 ans pratique de groupe	Non
F	29	20 ans en solo 7 ans en Maison Médicale	8 ans
F	40	Maison Médicale	10 ans
M	41	Pratique de groupe	Non

### Analyse thématique

Lorsque ma promotrice et moi avons mis nos thèmes en commun, beaucoup de cohérence et de ressemblances sont apparues. Nous avons dégagé 25 thèmes des six premiers entretiens. Les deux derniers entretiens n'ont pas permis de trouver de nouveau thème.

Les thèmes ont pu être regroupés en 5 grandes rubriques classificatoires qui sont :

- Poser le diagnostic de ménopause,
- Utilisation de la contraception,
- Aborder la question de la ménopause,
- Place du gynécologue,
- Place du médecin généraliste.

Ces résultats ont ensuite été schématisés dans un arbre thématique. **(Annexe 4)**

## Analyse à l'aide de catégories conceptualisantes

L'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes a fait émerger 4 catégories qui laissent entrevoir l'implication du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause:

- Ecoute attentive ou démarche proactive,
- Au cœur de la santé globale, en connaissant ses limites,
- Appréhender l'incertitude et la complexité diagnostique,
- Le gynécologue : un allié nécessaire mais silencieux.

### 1) Ecoute attentive ou démarche proactive

L'abord du sujet de l'arrêt de la contraception à la ménopause peut se faire de deux manières : à l'initiative de la patiente lorsqu'elle vient poser des questions à propos de la périménopause (d'où la nécessité du médecin d'être à l'écoute) ou à l'initiative du médecin généraliste lors d'une consultation dont ce n'est pas le motif mais où il fait alors la démarche active d'aborder ce sujet.

#### *Premier pas par la patiente*

Lorsque les patientes abordent le sujet de la périménopause, c'est souvent lors d'un check-up ou par des questions générales sur la ménopause et sur les symptômes climatériques.

- *« Souvent c'est plutôt amené de la part des dames, lors d'une prise de sang check-up annuelle, et alors elles demandent pour vérifier leurs hormones. » E4*
- *« Ben je crois que la périménopause et la ménopause, ça intervient très souvent comme sujet de conversation, mais pas spécialement pour la contraception, plus au niveau libido, risque pour la santé, les prises de poids...enfin (rires) les femmes en parlent beaucoup mais si c'est la place de la contraception en périménopause [...] Les femmes n'abordent pas beaucoup... ne sont pas très inquiétées de ça hein. » E5*
- *« C'est plus les femmes qui viennent parler de leurs symptômes...de périménopause quand même. » E6*
- *« Mais c'est quand même des questions qui reviennent souvent. Les dames se demandent souvent si elles sont en ménopause ou pas, dès qu'elles ont des bouffées de chaleur, dès qu'il y a quelque chose comme ça en tout cas. » E7*

D'un autre côté, certaines patientes n'abordent pas le sujet avec leur médecin généraliste ; la question de l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause et même de la ménopause n'est pas spécialement un motif de consultation à lui-seul.

- « *Souvent elles n'abordent pas spécialement le sujet d'elles-mêmes [...] elles sont souvent suivies par un gynéco et donc en fait elles ne viennent pas souvent avec cette demande en médecine générale* », « *Et puis les patientes n'en parlent pas non plus de quand elles ont été voir le gynéco ou quelque chose comme ça. Et donc elles ne nous disent pas non plus, elles n'abordent pas le sujet avec nous.* » E2

- « *Pour être honnête, elles ne m'en parlent pas beaucoup.* » E8

- « *Souvent les patients, quand ils arrivent, ils viennent avec un problème, ils veulent qu'on résolve leur problème et ils ne pensent pas forcément à tout ce qui est à côté.* » E2

La ménopause est physiologique, certaines patientes considèrent donc les symptômes comme normaux et n'en parlent pas à leur médecin généraliste.

- « *Mais souvent, je pense aussi qu'elles considèrent que c'est normal et donc elles n'en parlent pas.* » E2

- « *Et je pense aussi que, elles n'en discutent pas nécessairement parce que parfois justement on dit c'est la ménopause, c'est normal, enfin en tout cas par ici, je trouve, parce les dames sont quand même assez fortes de caractère. Et elles te disent, oh mais c'est normal docteur, ça a toujours été comme ça, et de toute façon, c'est normal. [...] moi, j'ai toujours peur qu'elles mettent trop de choses sur la ménopause et qu'elles ne viennent pas en parler.* » E7

#### *Premier pas par le médecin généraliste*

Plusieurs médecins généralistes font le pas d'aborder la question de la contraception et de la ménopause sur base de l'âge de la patiente.

- « *Euh c'est presque toujours par moi. [...] C'est une question d'âge, évidemment les facteurs de risques mais ça c'est plus tôt quoi* » E1

- « *Moi je dirais que je le propose vers 50 ans.[...] je pense que notre rôle c'est justement, quand les femmes arrivent dans cet âge-là, de pouvoir aborder la question pour savoir un peu quel est leur statut.* » E3

Certains médecins n'abordent que très peu la question de l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause.

- « *Avant tu vois on s'occupait plus de gynéco maintenant on a laissé tomber ça et donc souvent on n'y pense pas. [...] On devrait être plus systématiques je trouve.* » E1
- « *Et le fait que tu me poses la question, ça me fait me rendre compte que j'aborde personnellement moi, très peu la question avec elles.* » E8

### *Consacrer du temps*

Pour plusieurs des médecins interrogés, l'arrêt de la contraception à la ménopause est un sujet auquel il faut consacrer du temps. Certains expliquent même qu'ils prévoient une consultation complète pour en discuter.

- « *Je leur ai fixé une consultation gynéco de 30 minutes où on a discuté vraiment de tout ce qui était symptômes possibles de ménopause et ce qui était gênant ou pas pour elles.* » E2
- « *Et donc il faut vraiment prendre le temps de faire des consultations en dehors des plaintes habituelles pour faire en fait du dépistage [...] et donc où tu dois en fait prendre une consultation pour remettre un peu tout ça à plat.* » E3
- « *C'est sûr que si elles me parlent de ça en début de consultation, j'ai pas de soucis à faire une consultation complète avec ça. Si elles me parlent après 25 min de consultation ben je vais avoir tendance à proposer de faire la prise de sang puis d'en reparler la fois suivante.* » E4
- « *Je regarde quand elles viennent pour quelque chose qui prend pas ... enfin qui est pas psychologique et qui prend pas toute ta consult, je regarde où elles en sont et je leur propose.* » E7

### 2) Au cœur de la santé globale, en connaissant ses limites

Le médecin généraliste est un acteur central de la santé globale des patientes et est en première ligne de soins. Il est formé à la pratique de la gynécologie de première ligne, ce

qui est parfois méconnu par les patientes. Il est accessible et a souvent une relation de confiance privilégiée avec sa patientèle. Il est cependant parfois limité au niveau de ses connaissances ou des actes techniques et il le reconnaît.

#### *Pratique de la gynécologie de première ligne*

Plusieurs des médecins interrogés se sentent à l'aise et pratiquent la gynécologie au quotidien.

- *« Je me sens à l'aise. Maintenant, vu que c'est pas si fréquent que ça, souvent je vais révérifier [...] Mais sinon, oui, je me sens à l'aise avec le sujet. » E2*
- *« Tout l'examen gynécologique, je le fais très souvent hein. » E5*
- *« Elles, elles font un suivi long chez le gynéco et elles viennent ponctuellement ici pour tous les petits problèmes, des trucs ponctuels... » E5*

Certains médecins ont pratiqué la gynécologie de première ligne mais leur pratique a diminué.

- *« Mais en plus, au début, les gynécos ralaient quand on faisait des examens. Tu vois au début moi je faisais un examen de gynéco de dépistage du cancer, des trucs comme ça, pour les infections, les suivis de grossesses au tout début je faisais, il n'y avait pas encore beaucoup d'échos. Et ça ils n'aimaient pas c'était une concurrence pour eux donc ils râlaient quoi. C'était un peu compliqué hein. » E1*
- *« Même si par rapport à il y a 10 ou 15 ans, on fait beaucoup moins de gynéco en...ici en médecine générale. Alors que j'en faisais beaucoup avant. » E6*

Certaines patientes méconnaissent cette pratique de la gynécologie et le rôle que leur médecin généraliste peut avoir dans la prise en charge gynécologique. Le long délai de consultation chez le gynécologue est un des facteurs qui permet à la patiente de consulter son médecin généraliste pour des questions de gynécologie.

- *« Enfin oui les patientes ben elles ne pensent pas à venir chez nous non plus. » E1*
- *« Moi j'ai affiché gynécologie mais donc beaucoup de patientes... [...] à l'entrée de la rue, tu vois j'ai mis, enfin il est mis « électrocardiogramme, ONE, gynécologie. » Mais c'était pour que les gens sachent. Et donc il y a beaucoup des femmes hein « vous êtes gynécologue ? » Je dis non hein j'ai fait la petite formation, je suis généraliste, si un*

*truc va pas j'envoie chez le gynéco, mais du coup elles parlent beaucoup, elles savent qu'elles peuvent aborder tout, c'est pratique. » E5*

- *« Plus parce que pour avoir un rendez-vous chez le gyné il faut un temps bête et du coup ben on vient, on vient ici parce que bon voilà euh... » E6*

- *« En gynécologie, on est quand même ... hum ... enfin si on fait quand même tout ce qui est les frottis, tout ce qui est dépistage d'infection et autres même si les dames sont toujours étonnées. Elles viennent parce qu'elles ont rendez-vous trop tard chez le gynécologue, moi ça me fait toujours bien rire [...]. Alors je leur explique que nous on fait ça aussi ... » E7*

Une solution amenée par un des médecins interrogés serait de faire plus de gynécologie de première ligne pour soulager les gynécologues et y avoir recours uniquement quand quelque chose est pathologique ou qu'on ne s'en sort pas en médecine générale.

- *« Mais moi je crois que le problème, les gynés voient beaucoup trop de choses qu'ils n'ont pas besoin de voir ; parce que nous on se décharge un peu, on n'a pas le temps, on n'a pas envie... Si on faisait tous les petits frottis, les trucs de base et tout et puis qu'on envoyait ceux qui déconnent. Ce serait beaucoup plus simple. » E5*

#### *Attention particulière portée à la prévention*

Le médecin généraliste, dans son rôle global, attache une attention particulière à la prévention : facteurs de risque cardio-vasculaires, antécédents familiaux, dépistage des cancers (frottis de col et mammographie).

- *« Et par exemple toutes celles qui ont des facteurs de risque tu vois je ne suis pas sûre que le gynéco se tracasse beaucoup de savoir si elle fume, s'il y a des antécédents ; enfin bon. » E1*

- *« Oui, aussi parfois quand je me rends compte qu'il y a eu des facteurs de risque ou qu'il y a des évènements dans la famille. Là je vais aussi en retoucher un mot. » E4*

- *« Donc c'est vrai que j'attache beaucoup quand même d'importance et je vérifie quand les gens viennent faire leur, enfin viennent faire leur check up euh, mammo, gynéco et cetera. » E6*

- « Et si pas qu'il y ait au moins un frottis chez moi parce que souvent, alors ça va de pair, les frottis ne sont pas faits non plus. » E7

#### *Relation de confiance avec la patiente*

Le médecin généraliste est attentif au confort de ses patientes sous contraception hormonale.

- « Les femmes ça les arrange bien de prendre une contraception, elles se sentent bien et tout ça. » E1
- « Et puis c'est quand même un confort de vie, une qualité. [...] parce qu'en fait les femmes continuent tranquillement sans voir venir la ménopause et ne savent pas quand elles sont ménopausées donc il n'y a pas cette transition quoi. » E3
- « Mais après ça permet aussi à plein de femmes de se sentir bien donc je ne les oblige pas à l'arrêter. » E4
- « Et qui est très confortable aussi bien pour nous que pour la femme. Surtout pour la femme tu me diras. » E6

Ils partagent une relation de confiance, dans laquelle l'abord du sujet peut être facilité.

- « Mais on a un rôle crucial puisque on aborde le sujet, on a peut-être plus de temps qu'un gynécologue pour parler de tout ce qui a autour de la ménopause et du corps en général. Et donc oui déprescrire, ben oui ça fait partie... dans beaucoup d'autres pathologies hein. Mais je crois qu'on a quand même un rôle clé. Et, comme on est tout près, je crois que si on a réussi à aborder ça, à parler aux femmes, vraiment à faire le tour de cette péri-ménopause ou de la ménopause, ben elles reviendront dès qu'il y a un souci, donc crucial quoi. » E5
- « Ha oui d'un autre côté tu as aussi la relation médecin-patient qui fait que des gens ont confiance. » E6

Au cœur de la relation de confiance, un médecin généraliste explique qu'elle fait confiance à la transmission orale des patientes, quand elles leur retransmet la consultation avec le gynécologue.

- « Ici en fait, il y en a beaucoup qui vont aussi à \*\*\* (ville), donc c'est clinique de la femme, des trucs privés, et là on a rarement...un retour. Mais on a un retour des femmes ! Voilà, on sait vite quoi. (rires) », « la femme nous dit quand même ce qu'il a fait et ce qu'il a dit, donc ça va c'est pas... [...]elles expliquent bien [...] elles savent retranscrire convenablement» E5

### *Limites de la médecine générale*

Le médecin généraliste, de par sa pratique générale et globale, a des limites qu'il reconnaît. Il ne peut pas tout savoir (connaissances) et ne sait pas penser à tout, tout le temps ou parler de tout, à chaque consultation. Le médecin généraliste est également limité dans la technicité (échographie endovaginale).

- « Le frein que j'aurais mais que j'essaie de ne pas faire passer au patient (rires), c'est peut-être justement parfois sur mes connaissances ou sur comment leur dire avec certitude que c'est bon, voilà. Sinon non je n'ai pas de frein à parler de ça. » E4

- « Et puis je trouve qu'il faut se tenir au courant et quand même, en médecine générale, on sait pas être au courant de tout. » E5

- « Mais je pense aussi que, bon euh, chacun sa spécialité et donc bon euh je réfère quand même beaucoup plus que dans le temps parce que bon voilà il y a quand même les échographies et cetera qui sont importantes, et que on est tellement débordés que (rires)... si il y a des choses qu'on peut euh... », « il faut en faire souvent pour être... non c'est vraiment pas quelque chose que je... Je reconnais mes limites. » E6 (en parlant de l'échographie)

- « Moi, je ne me sens pas très à l'aise avec cette situation-là. Parce que je pense qu'on ne le fait pas assez souvent. Heu ... et j'avoue que je suis souvent fort soulagé si elles ont un gynéco qui peut faire la transition parce qu'il n'y a jamais vraiment d'urgence à arrêter la contraception. » E7

- « Chaque généraliste, il a son checklist de trucs qu'il fait et c'est vrai que, de mon de mon ... enfin dans ma pratique, c'est pas quelque chose qui est systématique et c'est pas une bonne chose, il faudrait que je sois plus systématique dans l'approche de cet aspect-là, c'est vrai. » E8

### 3) Appréhender l'incertitude et la complexité diagnostique

Le médecin, lorsqu'il doit poser le diagnostic de ménopause sous contraception, a besoin d'un ensemble d'éléments, et même en présence de tous ces éléments, le diagnostic reste souvent incertain et finalement posé sur base de la définition clinique.

- « Euh... (soupir) peut-être un obstacle au diagnostic (rires). Je trouve que c'est parfois compliqué du coup de savoir où les femmes en sont dans leur période de vie » E4

- « Mais la périménopause je ... c'est un peu flou hein. » E5

#### Nécessité d'un ensemble d'éléments

Certains médecins généralistes se basent sur l'âge de la patiente pour diagnostiquer la ménopause.

- « Euh..pffff... 50 ans, [...] Entre 45 et 50 ans. » E1

- « Fin oui évidemment ben elle a 65 ans euh (rires) je pense qu'elle est ménopausée. [...] Oui donc non, j'ai pas d'âge précis, donc un âge extrêmement important, on va dire dans le cycle, (rires), là on peut le faire sereinement. Mais sinon j'aurais quand même peur de le faire, je sais pas, à 48-49 ans et qu'elle ne le soit pas et qu'on ait une surprise après quoi. » E4

- « Moi je...j'ai en tête 52 ans ménopause quoi. Voilà. Donc, au cas par cas. Quand elles ont 42 ans, c'est peu probable. Mais j'en ai quand même eu quelques-unes, des ménopauses précoces. » E5

Ils se fient également aux symptômes cliniques et climatériques.

- « Chez celles qui ne prennent rien, je ne fais pas nécessairement, je me fie parfois aussi aux signes cliniques, simplement. » E1

- « Oui, je pense qu'il y a plein de symptômes en fait qui sont liés et auxquels on ne pense pas. Comme les troubles du sommeil, vraiment je trouve que c'est quelque chose, les troubles de l'humeur, les bouffées de chaleur ou des changements physiques/physiologiques. » E3

Ils se basent aussi sur la prise de sang comme moyen diagnostique.

- « On peut faire une prise de sang et le taux de FSH est au-delà d'un certain nombre. (Je pense que c'est 30, mais je vérifie tout le temps en général.) Pour dire qu'il y a une ménopause. » E2

- « Je pense d'ailleurs que c'est pour ça que les gynécos, ils font quand même facilement les prises de sang de ménopause. Hein on dit souvent qu'il ne faut pas les faire, mais eux les font quand même souvent (rires). » E7

Un médecin est aidé par l'échographie (pratiquée par le gynécologue).

- « Je trouve que, enfin toi t'es en périménopause surtout, la ménopause c'est une bonne excuse justement pour refaire le point, faire le frottis, faire l'écho voir l'état des ovaires, voir l'état de l'utérus et avoir la réponse quoi. » E5

Au final, ils se basent quasiment tous sur la définition clinique d'une année d'aménorrhée, qui permet d'affirmer le diagnostic.

- « Bien que la définition de la ménopause c'est 1 an sans règles quoi. » E1

- « Je leur redis chaque fois bien que c'est vraiment un an sans règles pour que le diagnostic soit officiellement posé. » E4

- « On pourra dire que vous êtes en ménopause une fois que vous n'avez pas été réglée pendant un an. » E7

#### *Difficultés à poser le diagnostic*

Même l'analyse biologique n'est pas suffisante pour poser un diagnostic clair et net.

- « FSH, LH. Euh..oui, je coche œstradiol/progestérone mais ça m'est moins utile en fait. [...] enfin bon, en plus je sais pas très bien les interpréter. » E1

- « Je veux bien faire une prise de sang avec contraception déjà pour voir un petit peu où on en est mais alors en fonction de quel type de contraception ben je vais regarder comment interpréter le résultat. Si c'est juste progestérone ou œstrogène et progestérone. Mais c'est vrai que ça...Je trouve que, voilà, c'est une limite dans le diagnostic. » E4

- « Mais justement si la femme ça fait euh...elle a vraiment un œstrogène indétectable, LH-FSH qui augmentent là et elle a plus de règles depuis 8 mois, moi je dis « vous êtes ménopausée hein » et puis le gynéco « Ben non vous n'êtes pas

*ménopausée » et donc (sourire) je me suis dit bon, il faut quand même un ensemble d'éléments. » E5*

- *« Donc on est sûr de son coup, donc de fait, l'image prise...de biologique montre que tu es en ménopause mais...euh...on surveille. [...] Et dans une biologie...future, je revérifie quand même encore une fois. » E6*

Malgré cet ensemble d'éléments pour aider le diagnostic, les médecins éprouvent des difficultés à l'affirmer totalement sereinement.

- *« J'ai déjà eu des femmes avec des fibromes donc qui saignaient régulièrement qui avaient une prise de sang de ménopause mais je me disais bah tiens elles sont pas encore tout à fait ménopausées et en fait c'était le fibrome qui saignait. » E1*

- *« Ben je ne pose plus jamais moi. Donc je leur dis la définition, c'est un an sans règles mais je les renvoie vers le gyné pour confirmer. Parce que j'ai quand même eu 2-3 expériences où elles ont soit disant un œstrogène très bas mais le gyné voit qu'il y a encore ovulation. » E5*

- *« On n'a pas toujours toutes les réponses parce qu'elles veulent avoir des choses très précises [...]. Alors, euh, la ménopause, la périménopause, c'est pas du tout quelque chose de précis on n'a aucune idée de la durée, on n'a aucune, aucune idée de symptômes. [...]. Donc voilà. Euh ce qui me semble plus compliqué, c'est quand elles ont des stérilets ou des choses comme ça qui empêche d'avoir des règles parce qu'alors leur expliquer comment on va la trouver, c'est encore plus difficile. » E7*

#### *Risque de grossesse et nécessité de la contraception*

Les médecins restent attentifs, durant cette période de périménopause à la fertilité résiduelle et au risque de grossesse. Ils conseillent fréquemment aux patientes de prendre des précautions (abstinence, préservatif). Plusieurs médecins décrivent la peur d'un accident (une grossesse non désirée) et éprouvent donc des réticences à poser le diagnostic.

- *« Ha oui je conseille des préservatifs, principalement ; l'abstention généralement je fais arrêter la contraception plutôt chez les femmes qui n'ont plus de rapports, par précaution (rires). » E1*

- « Pour moi le risque de grossesse est là jusqu'au bout, jusqu'à ce qu'il y ait plus...jusqu'à 1 an sans règles. Après un an d'aménorrhée. Sinon je considère qu'il y a toujours un risque. » E2
- « Ben d'abord c'est quand même un moyen de contraception puisqu'on est encore fertile et qu'il y a encore des risques de grossesse. » E3
- « Mais sinon j'aurais quand même peur de le faire, je sais pas, à 48-49 ans et qu'elle ne le soit pas et qu'on ait une surprise après quoi. Donc je vais quand même, même si elle a une contraception, je vais quand même proposer une prise de sang et si vraiment la dame veut absolument savoir, ben proposer qu'on arrête la contraception pour voir un petit peu où on en est, en disant quand même de toujours bien se protéger. » E4
- « Je fais quand même souvent un HCG aussi (rires), par précaution, mais voilà. » E4
- « Je crois qu'à ce moment-là, je vais vérifier si elles prennent quelque chose et si elles prennent pas, en parler avec elle. » E5
- « Il est plus euh toujours préventif et bon de...justement l'importance de la contraception si elle est nécessaire, si elle est nécessaire ça c'est sûr. C'est pas...c'est toujours dans la prévention finalement, évitons d'avoir des accidents quoi hein bon... Donc l'arrêt, oui l'arrêter c'est bien mais : pourquoi ? c'est nécessaire ? de fait vous atteignez l'âge, on est d'accord, mais on fait encore euh, on prend des mesures en attendant d'être sûre que vous soyez ménopausée, euh si il y a encore des rapports. » E6

#### 4) Le gynécologue : un allié nécessaire mais silencieux

Le gynécologue a une place importante dans la prise en charge des patientes à l'approche de la ménopause, tant pour ses connaissances spécialisées que pour sa pratique de l'échographie. Cependant, la majorité des interviewés décrivent une méconnaissance du suivi gynécologique des patientes, tant par un manque de rapports des spécialistes que par le fait que certaines patientes n'en parlent pas ou qu'eux-mêmes n'en parlent pas.

#### *Importance du gynécologue de référence*

Les médecins généralistes considèrent qu'il est important que les patientes aient un gynécologue de référence et ils les réfèrent régulièrement vers lui.

- « Souvent je demande d'abord si elles ont un gynécologue, voir qu'est-ce qui a été fait. [...] voir un petit peu quel est le plan avec le gynécologue ou pas. » E3

- « Je crois qu'on n'a pas d'office besoin du gynéco pour ça mais c'est une arme en plus, enfin une aide en plus. Et dans certains cas vraiment plus complexes, ça peut être un avis utile. » E4

- « La place du gyné je trouve. Parce que, quand elles sont ménopausées, mais qu'elles ressaignent, ben qu'il faut quand même une écho voir si un fibrome, un polype, autre...et ben au moins elles ont vu un gyné dans les quelques années avant, donc elles ont une accroche », « Mais je crois qu'on doit rester...essayer de continuer de collaborer avec les gynécologues. C'est pas facile mais... Donc encourager les femmes à avoir un référent. » E5

Plusieurs médecins interrogés ont parlé de l'importance de l'échographie (dans l'aide au diagnostic de la ménopause mais surtout dans le dépistage des cancers utérins et ovariens).

- « Et j'apprécie quand même, si elles n'ont plus vu de gynéco depuis longtemps, qu'elles aient quand même une écho, pour tout ce qui est fibrome ou polype. Surtout si de temps en temps elles se plaignent de saignements. Je préfère les renvoyer » E2

- « J'insiste, je réfère s'il y a un problème de fait gynéco où il faut... Enfin à partir du moment où il faut, elles n'ont pas été, elles n'y ont plus été depuis un certain temps et je...vous y allez pour faire une écho et quand il faut, quand j'ai besoin de l'écho, d'office je réfère. » E6

- « Moi j'aime quand même bien d'avoir mon écho, voir un petit peu d'où ça part. Donc c'est vrai que même si le gyné ne va peut-être pas faire directement une échographie endo-vaginale mais euh... [...] en tout cas le départ et la fin. » E6

- « Maintenant, il faut quand même à cet âge-là qu'il y ait de temps en temps une écho gynéco poussée, enfin poussée ... et revoir un peu que tout aille bien. La plupart du temps, celles qui ne veulent pas aller chez le gynéco, ça ne date pas d'hier (rires). Et donc c'est vrai que je négocie toujours, qu'il y ait un contact gynécologique. » E7

### *Méconnaissance du suivi gynécologique des patientes*

- *« La difficulté c'est parce que je sais pas toujours si elles vont chez le gynéco par exemple. » E1*
- *« A mon avis, après 35 ans, je sais pas, je les vois plus, elles sont dans la nature... » E2*
- *« Je trouve qu'on n'a pas beaucoup accès à ces femmes-là parce que généralement quand elles sont sous contraception elles sont suivies en gynécologie et qu'on n'a...tu sais que dans la région on n'a pas beaucoup de rapports donc euh ce sont des femmes qui nous échappent un petit peu. » E3*
- *« Moi je pense que le gynéco en parle, peut-être que le gynéco n'en parle pas. Peut-être que lui pense que j'en parle ... ou peut-être qu'elle n'a plus de gynéco. » E8*

Les médecins interrogés expliquent qu'ils ne reçoivent pas de rapports de leurs confrères gynécologues, ce qui peut mener à un « trou » dans leur dossier médical du suivi de leurs patientes.

- *« C'est rare quand on a des rapports, ce qui a été fait dans la consultation. » E2*
- *« Tu n'as jamais de rapport donc tu ne sais déjà pas si ta patiente est sous contraception ou pas, tu sais pas si c'est quelque chose qui a été discuté avec le gynéco, quelles ont été les prises...Fin (soupir)... » E3*
- *« On a très peu de rapports gynéco hein. Gynéco, pédiatre, c'est c'est c'est une catastrophe hein. » E6*
- *« Les frottis, on regarde, on les note dans les dossiers mais d'un point de vue gynécologique, c'est pas toujours noté, ça dépend si ils envoient les rapports ou pas. » E7*
- *« Ouais, comme d'hab, il n'y a pas de y a pas de suivi. Enfin si, il y a un suivi qu'ils font de manière personnelle mais ... en tout cas que avec les gynéco de \*\*\* (hôpital de la région), j'ai absolument jamais de contact, bulle, pas de rapport, pas de suivi, rien du tout, impossible de les joindre. Donc voilà. » E8*

Quelques médecins expliquent que ce serait plus facile d'avoir des rapports.

• « C'est juste que \*\*\* (hôpital de la région) on n'a jamais de rapport écrit, que \*\*\*\* (autre hôpital de la région) souvent on a quand même un rapport écrit. Donc c'est quand même beaucoup plus facile de suivre les gens comme ça et de savoir ce qui a déjà été fait, discuté ; ce que le gynéco pense de telle ou telle situation. Et \*\*\* (hôpital de la région), on a juste le retour oral des dames donc..voilà. Et après il y a aussi, c'est pas beaucoup, mais il y a certaines patientes qui vont se faire suivre à \*\*\* (ville) à la Clinique de la Ménopause, et là c'est vrai que c'est le top parce que là c'est des bilans ultra complets et on a des rapports ultra complets donc ça c'est l'idéal mais il faut aller jusque là. » E4

•« J'ai l'impression pour l'instant, chacun fait sa popote de son côté. Euh... c'est pas un manque en soi. Maintenant quand il y a quelque chose de particulier pour lequel j'ai besoin d'un avis, c'est compliqué d'avoir un avis. Donc là c'est clair que c'est compliqué d'avoir leur avis, c'est même aussi compliqué d'avoir un rendez-vous, on va dire relativement urgent, quoi. Et ça, ça dépasse le cadre de de la contraception ou de ... Mais oui, ce serait..., si on pouvait avoir plus d'interactions, ce serait clairement un plus quoi. D'abord ça...on aurait plus d'infos et moi ça me permettrait aussi facilement de, de penser à ça aussi et de l'implémenter dans la prise en charge. De manière plus systématique, voilà. » E8

Un des points abordés par les médecins était l'encodage du traitement contraceptif dans les dossiers médicaux ; certains l'encodent, d'autres pas.

• « Avec en plus les programmes informatiques qu'on a, on sait bien si elles prennent encore un traitement contraceptif comme hormonal. » E6

• « Je me dis le nombre de dossiers qui sont pas en ordre à ce niveau-là c'est quand même fort élevé quoi. » E1

• « Donc depuis un mois maintenant on dit ok on ... L'objectif, c'est de ne plus faire d'ordonnances systématiquement par téléphone, par mail, que les gens viennent, on leur fasse du stock pour 6 mois et ça me donne l'occasion, enfin ça nous donne l'occasion d'avoir justement un nouveau dossier pour de nouveau être plus proactif et dire, « OK bon, ça ne va pas, il faudrait plutôt faire ceci, faire cela » pour au moins savoir où on en est et retrouver ou repêcher justement ces gens qui peut-être ne sont

*plus dans les indications d'avoir une contraception ou en tout cas en discuter quoi. Et pour ça faut que je les voie. » E8*

## Discussion

Les résultats qui ont émergé de cette étude qualitative peuvent être classés en quatre catégories qui permettent de comprendre l'implication du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause : comment le sujet est abordé (« Ecoute active ou démarche proactive »), la façon dont le diagnostic est posé et ses difficultés (« Appréhender l'incertitude et la complexité diagnostique »), le rôle central et global du médecin généraliste (« Au cœur de la santé globale, en connaissant ses limites ») et les relations confraternelles avec les gynécologues (« Le gynécologue : un allié nécessaire mais silencieux »).

Selon moi, cela résume la **relation triangulaire** qui existe entre la patiente, le médecin généraliste et le gynécologue, avec ses freins et ses facteurs facilitants.

Après avoir exposé les forces et faiblesses de ce travail, je vais donc organiser ma discussion autour de ces trois points : la relation médecin-patiente, la relation patiente-gynécologue et la relation médecin-gynécologue, puis je développerai un quatrième point : le vécu personnel du médecin généraliste.

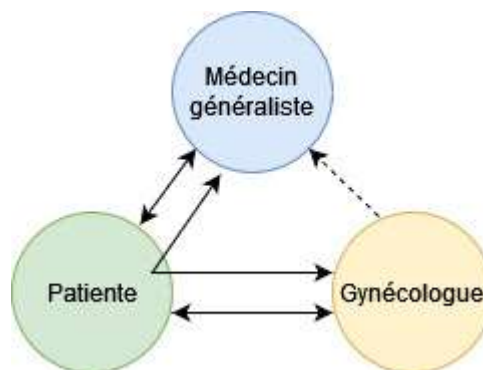


Figure 2 : relation triangulaire et liens existants entre la patiente, le médecin généraliste et le gynécologue

### Forces et faiblesses du travail

C'était la première fois que je réalisais une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. J'ai éprouvé, lors des premiers entretiens, beaucoup de difficultés à guider la discussion, à ne pas couper mon interlocuteur et à ne pas influencer les réponses avec mes questions. Après les quatre premiers interviews, je me suis d'ailleurs remise en question par rapport à la durée de mes entretiens (entre 9 et 15 minutes) et j'ai donc changé ma façon d'interroger les participants et d'aborder les entretiens. Ils ont dès lors été plus longs, plus productifs, plus agréables et il y a eu beaucoup plus d'interactions spontanées. La qualité de

mes premiers entretiens est donc, à mon sens, moindre, même si ils ont quand même pu faire émerger des thèmes qui se retrouvent également dans les entretiens suivants.

De plus, en réalisant l'analyse et la discussion de ce travail, je me rends compte à posteriori qu'il aurait été intéressant de pousser plus loin le questionnement sur certains sujets évoqués par les médecins lors des entretiens. Il me reste donc quelques questions qui restent floues et sans réponse.

Dans le but de favoriser l'objectivité de l'analyse, à l'aide de ma promotrice, nous avons thématiqué les entretiens individuellement puis mis en commun nos thèmes. Elle a également relu et validé plusieurs étapes de mon travail de rédaction. Cependant, même si nous avons tenté d'être les plus rigoureuses possibles, je pense que cette étude qualitative est probablement parfois légèrement colorée par ma subjectivité et ce, à plusieurs étapes (lors des entretiens semi-dirigés, lors de l'analyse, lors de la sélection des verbatims...).

Etant donné le délai imparti ainsi que le fait que nous ne sommes pas des chercheurs à temps plein, seulement huit médecins ont été interrogés. Même si les deux derniers entretiens n'ont pas fait émerger de nouveau thème, le nombre limité d'interviews ne permet pas, je pense, de généraliser les données.

### Relation médecin-patiente

Selon moi, les résultats laissent transparaître que le médecin généraliste est **accessible** (proximité géographique, relationnelle et temporelle) et qu'il existe une **relation de confiance réciproque** entre la patiente et son médecin traitant. On peut remarquer que le médecin généraliste est attentif à ses patientes de façon globale ; il s'intéresse à leur confort, à leurs facteurs de risques personnels et familiaux, à la prévention des cancers. Il reconnaît les capacités de transmission orale de ses patientes. Celles-ci, se sentant écoutées et en confiance, peuvent dès lors aborder des questions générales ou précises autour de la ménopause (changements physiques, symptômes...), ce qui est une porte d'entrée et qui permet au médecin généraliste d'aborder la question de l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause. Certains médecins généralistes restent également attentifs à aborder la question d'eux-mêmes lorsque la patiente ne l'aborde pas, ce qui montre un intérêt de la part du médecin dans l'approche de la ménopause et la déprescription de la contraception hormonale. Plusieurs médecins généralistes veulent prendre et consacrer du temps à ces questions qu'ils considèrent donc importantes.

Dans la littérature, la façon dont le médecin généraliste pouvait avoir un rôle n'était pas décrite. Ici, on découvre que le médecin traitant a bien en tête ce **besoin de déprescription de la contraception hormonale**, qui s'inscrit dans une **démarche de prévention générale** de réduction des risques cardio-vasculaires et de développement des cancers hormonaux. On se rend compte que, pour les médecins généralistes, on ne peut pas aborder la question de l'arrêt de la contraception hormonale sans aborder d'autres thèmes de prévention bien plus larges. Et en effet, l'utilisation d'une contraception combinée (oestro-progestative) expose à un risque majoré de thromboses veineuses et artérielles (dont l'infarctus cardiaque) et une majoration du risque de développer un cancer du col de l'utérus. (7,8) La majoration du risque du cancer du sein reste assez débattue. (9,10) Ceci fait notamment écho au cas clinique que j'ai vécu et qui a été à la base de ce travail. Finalement, le fait qu'elle ait continué sa pilule œstro-progestative n'a peut-être pas eu d'influence sur l'apparition de son cancer du sein hormono-dépendant. Cela m'a quand même amené à une réflexion plus large sur ce sujet autour de la déprescription de la contraception.

D'autre part, je trouve qu'il est important de rappeler que le médecin généraliste, de par sa pratique générale et globale, est face à une grande diversité de problèmes de santé et de questions de prévention à gérer au quotidien, pour chacun de ses patients. C'est probablement une des raisons pour laquelle il n'aborde pas systématiquement l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause avec les patientes concernées.

### Relation patiente-gynécologue

Cet aspect a été un peu moins abordé dans les entretiens étant donné que j'interrogeais les médecins généralistes et non pas les patientes ou les gynécologues. On peut tout de même mettre en lumière que **le médecin généraliste encourage la patiente à avoir un suivi gynécologique ponctuel et un gynécologue de référence**. De plus, les femmes sont assez attentives à avoir un suivi gynécologique régulier (qui est d'ailleurs parfois méconnu du médecin généraliste). Ceci se rapproche des résultats de l'enquête de Solidarité et du FPS indiquant que les femmes sont plus souvent conseillées sur la contraception par leur gynécologue que par leur médecin généraliste. (1)

Un autre aspect qui a été discuté lors des entretiens est le délai plus ou moins long pour avoir un rendez-vous chez le gynécologue, contrairement à un rendez-vous chez le médecin généraliste. Ceci peut être considéré comme un facteur facilitant pour se rendre

chez un médecin généraliste plutôt que chez un gynécologue pour discuter de la périménopause et donc de l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause.

### Relation médecin-gynécologue

Suite aux interviews, nous découvrons que les médecins généralistes considèrent les gynécologues comme des **acteurs nécessaires** dans la prise en charge des patientes en périménopause, y compris pour l'arrêt de la contraception hormonale. Ils lui accordent tous une **place importante** et une **expertise** qu'ils reconnaissent qu'eux-mêmes n'ont pas ; tant au niveau des spécificités théoriques que techniques (principalement l'échographie endo-vaginale).

Concernant la pose du diagnostic de ménopause, si l'on compare ces résultats avec la littérature, il n'y a aucun article qui affirme que le diagnostic ne peut être posé que par le gynécologue. Dans un des articles sélectionnés, l'échographie peut aider au diagnostic de ménopause sous contraception hormonale, via le compte de follicules ovariens (inférieurs à 4 ou 6). (8) Dans tous les autres articles, même si il n'y a pas de consensus clair, il est conseillé de réaliser un bilan hormonal par prise de sang pour décider du moment d'arrêt de la contraception à la ménopause. (9–11) Malgré le fait que, théoriquement, les médecins généralistes pourraient réaliser cette prise de sang, on comprend qu'ils **réfèrent leurs patientes vers le gynécologue dans une démarche plus large de prévention** (frottis de col, échographie des ovaires et de l'endomètre...). L'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause semble donc plutôt être utilisé comme un prétexte pour pouvoir référer vers le gynécologue « pour tout le reste ».

Par ailleurs, la relation entre le médecin généraliste et le gynécologue semble souvent médiocre; le médecin généraliste réfère la patiente vers le gynécologue mais il n'a que rarement des retours écrits ou oraux de son confrère. En effet, la plupart des médecins généralistes interrogés décrivent un cruel manque de rapports et de communication, ce qui pourrait parfois porter préjudice à la bonne prise en charge de leurs patientes.

### Vécu personnel du médecin généraliste

Une des principales découvertes découlant de ce travail est **l'importante incertitude diagnostique** ressentie par tous les médecins généralistes interrogés. Qu'importe le nombre d'années de pratique, tous les médecins expliquent qu'il est complexe de diagnostiquer avec

certitude une ménopause sous contraception hormonale. C'est un diagnostic souvent flou. Un des médecin explique notamment qu'elle ne prend plus jamais la responsabilité de poser ce diagnostic et qu'elle laisse cette tâche au gynécologue, alors qu'elle-même est très à l'aise en gynécologie de première ligne et qu'elle la pratique au quotidien ! Un autre médecin explique qu'elle dose le  $\beta$ -HCG lors des bilans hormonaux de ménopause, afin d'exclure une grossesse en cours. Un autre qui ne fait arrêter la contraception que chez les patientes qui n'ont plus de relations sexuelles. Toutes ces situations mettent en lumière cette **crainte d'affirmer le diagnostic de ménopause sous contraception hormonale** et dès lors la **crainte d'une grossesse non désirée**. Le médecin généraliste est donc finalement limité dans sa démarche de déprescription de la contraception par cette incertitude diagnostique.

Cette complexité semble également exister dans la littérature étant donné que les recommandations ne sont pas unanimes. Même si la plupart des sources proposent de se baser sur les valeurs de biologie sanguine pour diagnostiquer la ménopause et faire arrêter la contraception, ils proposent différentes façons de le faire:

- soit deux valeurs à 6-8 semaines d'intervalle de FSH > 30IU/L après 14 jours d'arrêt de la contraception (8)
- soit une valeur de FSH > 30 IU/L suite à laquelle la contraception doit être continuée un an puis stoppée sans autre dosage (11)
- soit deux valeurs à 2 mois d'intervalle de FSH > 30 IU/L dans les 7-14 jours après l'arrêt de la contraception, suite auxquelles la contraception doit être continuée un an (si >50 ans) ou deux ans (si < 50 ans) puis stoppée sans nouveau dosage (7,9)

Même par rapport à l'âge auquel toute contraception peut être arrêtée, la littérature ne s'accorde pas. Certains considèrent qu'on peut l'arrêter à 55 ans (9,11,12), d'autres à 60 ans(8).

Alors que les médecins généralistes sont tout à fait aptes à prescrire, à réaliser et à interpréter une biologie sanguine, je pense que c'est notamment à cause de ce manque de recommandations unanimes qu'ils se sentent si incertains.

D'un autre côté, je trouve qu'il est important de noter qu'il est tout à fait légitime que les médecins soient réticents à stopper la contraception ou à affirmer une ménopause chez une patiente qui ne l'est pas car, en effet, même si la fertilité baisse progressivement avec

l'âge, une grossesse est toujours possible; entre 40 et 44 ans, un couple a une probabilité de 30% d'obtenir une grossesse par an. Cette probabilité diminue à 10% entre 45 et 50 ans. (9)

Les médecins généralistes se retrouvent donc **tirillés** entre cette nécessité de déprescription (qui doit être associée à la pose du diagnostic de ménopause) et la peur d'une grossesse surprise non désirée.

### Perspectives et pistes d'action

Concernant la relation médecin-patiente, un des freins identifiés dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause est le fait de ne pas penser à aborder ce sujet. En effet, le médecin généraliste ne sait pas penser à tout, tout le temps. Une piste d'action assez simple à mettre en place serait de créer une alerte dans le dossier médical informatisé (DMI) lorsque l'on prescrit une contraception hormonale à une patiente de 50 ans ou plus. Le médecin généraliste serait ainsi interpellé et pourrait aborder la question avec ses patientes.

Le manque de rapports écrits et de contacts avec les gynécologues a été identifié comme un frein à une bonne prise en charge des patientes. Une piste d'action pourrait être d'adresser un courrier aux gynécologues ou d'organiser une rencontre pour échanger ensemble autour de ce manque de communication. Il serait également intéressant de questionner les gynécologues sur leur vision et leur pratique de l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause et sur les raisons du manque de rapports aux médecins généralistes. Lors de la réalisation de mon travail, j'ai eu l'occasion de n'interroger que deux gynécologues pour avoir leur avis d'expert et créer une base de réflexion, mais ce n'est pas suffisant pour pouvoir en tirer des conclusions.

Un autre grand frein identifié dans ce travail est le manque de guidelines claires sur la façon de diagnostiquer une ménopause sous contraception hormonale. Je trouve que ce serait une aide certaine, pour les médecins généralistes, d'avoir des recommandations unanimes belges.

Pour finir, même si la place du gynécologue reste nécessaire, je pense qu'il pourrait être bénéfique d'informer les patientes sur la capacité des médecins généralistes à gérer ces questions autour de la ménopause. Cela pourrait permettre aux médecins généralistes de les gérer plus souvent et donc de se sentir plus à l'aise. Il serait également très intéressant de

questionner les patientes sur la place qu'elles donnent à leur médecin généraliste dans la gestion et l'arrêt de leur contraception à l'approche de la ménopause.

## Conclusion

Pour conclure, ce travail démontre l'importance du rôle central du médecin généraliste dans l'arrêt de la contraception hormonale à la ménopause, même lorsqu'il réfère la patiente à un gynécologue. En effet, cette déprescription n'est que la pointe de l'iceberg et elle s'inscrit dans une démarche beaucoup plus large de prévention globale et d'attention portée à cette période particulière de la vie des patientes.

En outre, ce travail de fin d'études est basé sur plusieurs cas cliniques que j'ai rencontrés dans ma pratique et qui m'ont mis mal à l'aise car je ne savais pas comment y répondre. Grâce aux discussions avec les médecins que j'ai interrogés, j'ai pu me rendre compte qu'ils ressentaient souvent la même chose et cela m'a rassurée. Par ailleurs, le fait de m'être plongée dans ce sujet précis via les interviews et via la littérature me permettra d'être plus à l'aise dans la pose du diagnostic de ménopause sous contraception hormonale.

## Bibliographie

1. Institut Solidaris, Fédération des centre de planning familial (FPS). Grande Enquête – Contraception. 2017.
2. Atlas AIM - Consommation de soins - 2020 - Belgique [Internet]. Disponible sur: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr> (consulté le 23/4/2023).
3. Roche D. Réaliser une étude de marché avec succès. Groupe Eyrolles, 2009: 31-48.
4. Gatin A. Dépénalisation de l'acte d'euthanasie depuis 2002: Comment le médecin généraliste réagit-il face à une démarche d'euthanasie? Etude qualitative en province du Luxembourg - Belgique. Université catholique de Louvain, 2016.
5. Cornelis G. Que nous apprend le vécu de médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans une situation de suspicion de maltraitance infantile non-urgente ? Analyse qualitative par théorisation ancrée. Université catholique de Louvain, 2018.
6. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 5e éd. Armand Colin, 2021: 159-250.
7. Hardman SMR, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28(6): 903-15. [doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.05.006].
8. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. *Maturitas.* 2013; 76(3): 235-42. [doi: 10.1016/j.maturitas.2013.07.009].
9. Cantero Pérez P, Klingemann J, Yaron M, Irion NF, Streuli I. Contraception en période de périménopause: indication, sécurité et avantages non contraceptifs. *Rev Med Suisse.* 2015; 28;11(492):1986, 1988-92. [PMID: 26672176].
10. Linton A, Golobof A, Shulman LP. Contraception for the perimenopausal woman. *Climacteric.* 2016; 19(6): 526-34. [doi: 10.1080/13697137.2016.1225033].
11. Lambert M, Begon E, Hocké C. La contraception après 40 ans. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46(12): 865-872. [doi: 10.1016/j.gofs.2018.10.008].
12. Mendoza N, Soto E, Sánchez-Borrego R. Do women aged over 40 need different counseling on combined hormonal contraception? *Maturitas.* 2016; 87: 79-83. [doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.008].