Université catholique de Louvain

Master de spécialisation en médecine générale

Travail de fin d'année

2020 - 2021

Gestion de la contraception en périménopause par le médecin généraliste

Dr Blanchart Axelle

PROMOTRICE : DR NOËL SOPHIE

Table des matières

Table des matières 1
Remerciements 4
Abréviations 4
Résumé 5
Introduction 6
Méthodologie 7
Recherche bibliographique 7
Type d'étude et méthode d'investigation 7
1. Définition de la population et construction de l'échantillon : 8
2. Technique d'analyse des données : 8
Revue de la littérature 9
Définition 9
Une contraception après 40 ans, est-ce vraiment indispensable ? 9
Quelle méthode contraceptive choisir ? 10
1. Bienvenue : 10
2. Entretien : 10
3. Renseignements et choix : 12
3.1. Contraceptions hormonales : 12
a. Progestatifs (comprimé et implant) : 12
b. DIU au Lévonorgestrel (LNG) : 12
c. Oestroprogestatifs (OP) : 13
d. Acétate de médroxyprogestérone (DMPA) : 15
3.2. Contraception non hormonale : 16
4. Explications : 17
4.1. Maladies sexuellement transmissibles : 17
4.2. Contraception d'urgence : 17
5. Quand arrêter la contraception ? 17
6. Conclusion : 18
Résultats 19
Données socio-démographiques 19
1. Sexe : 19
2. Age : 19
3. Statut : 19
4. Lieu de pratique : 19
5. Style de pratique : 19
6. Planning familial : 19
Quizz 20

1. Résultats du quizz :....20
2. Facteurs influençant la réussite au quizz :....21
2.1. Sexe :....21
2.2. Age :....21
Intérêt porté au sujet....22
1. Sujet jugé fréquent en médecine générale ?....22
1.1. Réponses au questionnaire :....22
1.2. Quels sont les facteurs influençant ?....22
a. Le sexe du médecin :....23
b. L'opinion sur « qui doit gérer la contraception en périménopause »....23
c. L'âge :....23
1.3. Pourquoi certains médecins abordent-ils rarement le sujet ?....24
2. Sujet qui pose problème ?....24
2.1. Réponses au questionnaire :....25
2.2. Analyses en lien avec les difficultés rencontrées :....26
a. Influence du statut assistant / MG :....26
b. Influence de la fréquence à laquelle le sujet est abordé :....26
c. Influence du moment où le sujet est abordé :....26
2.3. Analyse en lien avec le degré de confiance :....27
a. Influence du sexe :....27
b. Influence de l'âge :....27
c. Influence du statut assistant / MG :....28
d. Influence du moment où le sujet est abordé :....28
3. Sujet jugé important ?....28
3.1. Réponses au questionnaire :....28
3.2. Facteurs influençant l'importance du sujet :....30
a. Statut assistant / MG :....30
b. Zone :....30
c. Problèmes rencontrés :....30
Qui doit gérer la contraception des patientes en périménopause ?....31
1. Réponse au questionnaire :....31
2. Facteurs influençant :....31
2.1. Degré de confiance :....31
2.2. Style de pratique :....31
Discussion....33
Caractéristiques de l'échantillon....33
Etat des connaissances sur la contraception en périménopause en médecine générale....34
1. Résultats du quizz :....34
2. Facteurs influençant les résultats du quizz :....36
Les médecins généralistes montrent-ils de l'intérêt pour le sujet ?....37

1. Le sujet est-il fréquent ? 37
2. Le sujet pose-t-il problème ? 37
2.1. Degré de confiance : 37
2.2. Difficultés rencontrées : 38
3. Le sujet est-il jugé important ? 39
4. Les médecins ont-ils envie de s'investir ? 39
a. Le manque de connaissance : 39
b. Le manque de demande de la part des patientes : 42
Qui devrait s'occuper de la gestion de la contraception en périménopause ? 42
Biais 43
1. Erreur d'échantillonnage : 43
2. Difficulté de recrutement : 43
3. Erreur d'observation : 43
Conclusion 44
Bibliographie 46
Annexes 49
Annexes en lien avec la recherche bibliographique 49
1. Syndrome métabolique 49
Aides à la consultation 49
1. Indice de Pearl 49
2. Résumé des bénéfices et inconvénients de chaque méthode contraceptive 49
3. Contraception et situations spécifiques 52
Enquête quantitative 53
1. Questionnaire vierge 53
2. Réponses au questionnaire (format Excel) 61
3. Réponses au questionnaire (résumé) 70
3.1. Données sociodémographiques 70
a. Sexe 70
b. Age 70
c. Statut 70
d. Lieu de pratique 70
e. Style de pratique 70
f. Planning familial 70
4. Recueil d'opinion 71
5. Résultats du quizz 74
6. Analyse statistique 77
6.1. Cadastre SPF santé 2019 77
6.2. Résultats non significatifs 77

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les médecins généralistes qui ont pris un peu de leur temps pour répondre à mon questionnaire. Ce travail n'aurait pas été possible sans leur participation.

Je tiens également à remercier ma promotrice, le Dr Noël Sophie pour ses relectures et ses conseils. Merci à mon maître de stage, le Dr Le Polain Manoël pour sa bienveillance. Merci également au Dr Defoin Bénédicte, au Dr Lievens Pascale et au Dr Van der Schueren Thierry, mes anciens maitres de stage ; vous m'avez aidée à grandir professionnellement et humainement.

Merci à Axel Cambron qui a accepté de m'aider et de me conseiller concernant l'analyse statistique de mes résultats.

Enfin, merci à ma famille, à mon compagnon et à mes amis de m'avoir soutenue tout au long de ce travail. Vous avez toujours été à mes côtés dans mes projets et toutes les étapes importantes de ma vie, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

Abréviations

AIT : accident ischémique transitoire
AVC : accident vasculaire cérébral
DIU : dispositif intra-utérin.
DMPA : acétate de médroxyprogestérone
EE : éthinylestradiol
EP : embolie pulmonaire
FR : facteur de risque
FR CV : facteur de risque cardio-vasculaire
HTA : hypertension artérielle
IDM : infarctus du myocarde
IM : intramusculaire
IVG : interruption volontaire de grossesse
LARC : contraception réversible de longue durée d'action
LNG : lévonorgestrel
MG : médecin généraliste
OP : oestroprogestatif
RR : risque relatif
SC : sous-cutané
TEA : thromboembolie artérielle
TEV : thromboembolie veineuse
TVP : thrombose veineuse profonde

Résumé

Introduction

Ménopause et contraception sont des sujets bien connus en médecine mais qu'arrive-t-il lorsqu'ils sont associés ? Puis-je appliquer ce que je sais de la contraception des patientes jeunes à mes patientes de 40 ans et plus ? Une bonne prise en charge est essentielle car même en périménopause, une grossesse peut survenir avec un risque de complications maternelles et fœtales plus élevé. De plus, certains contraceptifs peuvent aider les patientes à lutter contre les symptômes en lien avec cette période spécifique de la vie.

Objectif

Réaliser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur le sujet et évaluer leur intérêt. Déterminer si ce thème est jugé assez fréquent et important pour proposer des formations spécifiques, des aides à la consultation, etc.

Méthode

Une recherche effectuée dans la littérature scientifique a tout d'abord permis de résumer les points les plus importants concernant le thème abordé. Ensuite, un sondage auprès des médecins de la région wallonne et bruxelloise a été effectué à l'aide d'un questionnaire en ligne.

Résultats

Les médecins généralistes ont une connaissance suffisante du sujet, la moyenne obtenue au quizz est de 6.1/10. Seuls 42.4% des médecins se déclarent à l'aise avec le sujet, la contraception est d'ailleurs moins fréquemment abordée avec les patientes en périménopause qu'avec les patientes de moins de 40 ans. La raison principale évoquée est le manque de connaissance. Entamer la discussion permet pourtant de mettre en lumière des difficultés que les patientes n'expriment pas spontanément. Les médecins sont 88.5% à juger le thème important dans la prise en charge globale de leurs patientes et ils sont 94.7% à désirer un complément d'information. Ils sont 73.5% à vouloir gérer la contraception en périménopause en collaboration avec les gynécologues.

Mots clés : menopause, perimenopause, premenopause, therapeutics contraception, hormonal contraception, barrier contraception, ovulation inhibition, long-acting reversible contraception.

Introduction

La ménopause et la contraception sont deux thèmes fréquemment abordés en médecine. En tant que médecin généraliste, nous savons que leur bonne gestion est un point essentiel pour la santé de nos patientes. Elles-mêmes sont de mieux en mieux informées et conscientes de l'importance de ces sujets. Cependant, que se passe-t-il lorsque nous associons ménopause ET contraception ? Puis-je appliquer ce que je sais de la contraception des patientes jeunes à mes patientes de 40 ans et plus ? N'existe-t-il pas des différences fondamentales ou des subtilités que j'ignore ? Je me suis posée cette question durant ma 2e année d'assistanat. J'ai effectué un travail de recherche à tiers temps pour la SSMG et je me suis renseignée, entre autres, sur la gestion de la contraception en périménopause. Je me suis rendue compte que je n'avais malheureusement que de vagues connaissances sur un sujet qui a toute son importance.

En effet, lorsqu'une femme entre dans la périménopause, sa vie peut être chamboulée. Les cycles menstruels deviennent irréguliers et des symptômes gênants peuvent apparaitre : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur… Une contraception, bien choisie, peut les aider dans cette période de transition.

La contraception durant la périménopause peut donc améliorer le confort des patientes mais pas seulement ! Avec l'âge, les cycles deviennent irréguliers à cause des perturbations hormonales, des ovulations persistent cependant. Donc, la fertilité diminue mais une grossesse reste possible tant que la patiente n'est pas ménopausée. Certaines femmes n'en sont pas conscientes et des grossesses non désirées peuvent se produire à cause d'un arrêt de contraception trop précoce.

En Belgique en 2019, 1137 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées chez les femmes de 40 ans et plus. Remarquons que chez les 15 – 19 ans, le nombre d'IVG en 2019 était de 1514 [1]. Ce chiffre est donc préoccupant, d'autant plus qu'avec l'âge, les risques maternels et fœtaux augmentent lors d'une grossesse (fausse couche, diabète gestationnel, anomalie chromosomique…).

L'objectif principal de ce travail est d'améliorer la gestion de la contraception en périménopause par les médecins généralistes et de les conscientiser à la problématique. Dans ce contexte, je souhaite évaluer l'intérêt porté au sujet et réaliser un état des lieux des connaissances actuelles.

Méthodologie

Recherche bibliographique

- **PubMed** avec l'équation de recherche ("Perimenopause" [Mesh]) AND "Contraception". Critères d'inclusion : article de moins de 5 ans, texte entier, écrit en français ou en anglais
- **CISMeF** avec les mots clés périménopause et contraception.
- **Google Scholar** avec les mots clés menopause, perimenopause, premenopause, therapeutics contraception, hormonal contraception, barrier contraception, ovulation inhibition, long-acting reversible contraception.
- Articles complémentaires consultés sur base de la bibliographie des articles sélectionnés précédemment et sur conseil de collègues.

Type d'étude et méthode d'investigation

L'hypothèse de départ est que les connaissances des médecins généralistes et des assistants sur la gestion de la contraception en périménopause sont insuffisantes, des formations spécifiques doivent être envisagées.

Dans le cadre de ce TFE, une étude **quantitative** de type enquête a été réalisée. L'analyse quantitative a été choisie car elle permet d'objectiver le degré de maîtrise du sujet. De plus, elle peut déterminer si le sujet est jugé assez fréquent et important pour organiser des formations spécifiques et savoir si les médecins sont prêts à s'investir dans ces formations. Les analyses statistiques permettent également de mettre en évidence des facteurs qui pourraient influencer le niveau de connaissance et l'intérêt porté au sujet.

Afin de récolter les données utiles, j'ai créé un **questionnaire** en ligne avec réponses à choix multiples, échelles linéaires et questions ouvertes à réponse courte. Les questions peuvent être regroupées en trois catégories :

- Données socio-démographiques.
- Quizz de connaissance.
- Données concernant l'intérêt porté au sujet. Est-il jugé important et fréquent en médecine générale, pose-t-il problème aux médecins ? Souhaitent-ils en apprendre plus sur le sujet et sous quelle forme ?

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test, il a été distribué à dix médecins afin d'évaluer sa clarté et faisabilité dans la pratique (temps nécessaire etc.).

1. Définition de la population et construction de l'échantillon :

Les **médecins généralistes** et les **assistants en médecine générale** de la région wallonne et bruxelloise constituent la population concernée par mon étude.

Au sein de cette population, les individus ont été sélectionnés de manière non-probabiliste. Dans le cadre de mon TFE, il m'est en effet apparu peu réalisable de sélectionner un échantillon de manière aléatoire dans l'ensemble de la population concernée par l'enquête. La méthode d'échantillonnage choisie a été **« la méthode de convenance »**. L'URL du questionnaire a été diffusée :

- Sur les réseaux sociaux via les groupes d'assistant en médecine générale de l'UCL.
- Via les responsables des postes de garde de Tubize, Bambois, Jambes et Rhisnes.
- Via Santé Ardenne avec l'aide de Mr Laurent Dutrieux.
- Via la SSMG avec l'aide du Dr Parmentier Vincent.
- Enfin, l'URL a été envoyée à plusieurs médecins généralistes dont je connaissais l'adresse mail.

Outre l'URL du questionnaire réalisé via Google Forms, le message envoyé contenait une description succincte du sujet abordé et une remarque concernant l'anonymisation des résultats.

2. Technique d'analyse des données :

L'analyse de base des résultats du questionnaire a été effectuée via Google Forms (tri à plat).

Les analyses plus poussées, notamment la réalisation et l'analyse de tableaux croisés dynamiques, ont été réalisées grâce à Excel et au site Biosta TGV.

Revue de la littérature

Définition

La **périménopause** correspond à la période de transition qui encadre la ménopause. Elle débute quelques années avant et se termine après 1 an d'aménorrhée. Elle peut se marquer cliniquement par l'arrivée de signes évocateurs comme une modification des cycles (cycles irréguliers, ménométrorragies) et/ou l'apparition de symptômes en lien avec la carence en œstrogène (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur, migraines…) [2-6]. L'âge moyen de la ménopause est de 51 ans [3], la périménopause peut durer en moyenne 5 à 6 ans [4].

Une contraception après 40 ans, est-ce vraiment indispensable ?

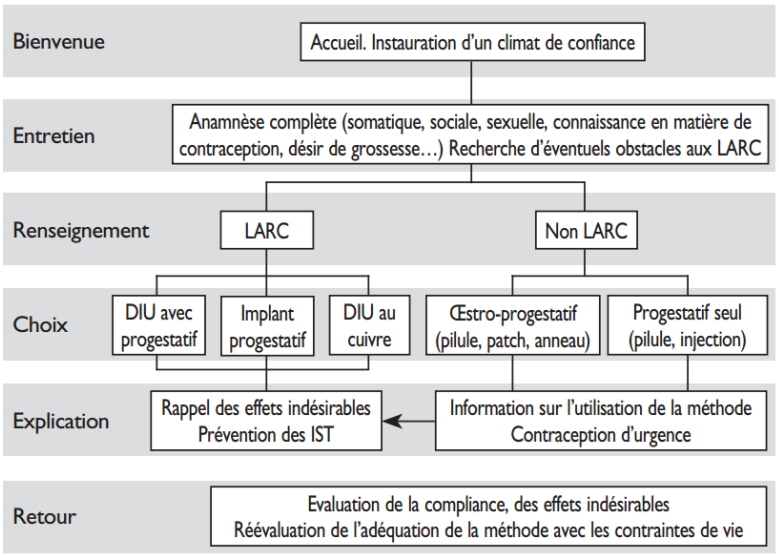
Après 40 ans, sauf cas particulier, l'utilisation d'une contraception efficace reste essentielle [2-6,8-11]. En effet, des ovulations persistent en périménopause, même si elles sont plus irrégulières. Un risque de grossesse est donc toujours présent avec un possible impact négatif, tant physique qu'émotionnel. *« La probabilité d'obtenir une grossesse spontanée dans les 12 mois est de 75% à 30 ans … mais encore de 44% à 40 ans » [7].* Rappelons qu'en 2019 en Belgique, 1137 IVG ont été pratiquées chez les femmes de 40 ans et plus [1].
Une grossesse après 40 ans présente également plus de risques pour la mère comme pour l'enfant [2,3,5,7-12]

- Risques maternels : diabète gestationnel, hypertension artérielle (HTA), éclampsie, césarienne, décès. Selon un article américain publié dans le Journal Of Women's Health, une femme de 40 ans et plus a un risque de décès en lien avec la grossesse cinq fois supérieur à celui d'une femme de 25 – 29 ans [2].

- Risques fœtaux : fausse couche, prématurité, anomalie chromosomique, mort périnatale, petit poids de naissance.

Quelle méthode contraceptive choisir ?

L'Organisation mondiale de la santé a publié une approche qui peut être utilisée afin de structurer une consultation en lien avec la contraception [13]. En voici un résumé sous l'acronyme **BERCER** :



Rem : LARC signifie contraception réversible de longue durée d'action.

Figure 1: D. Chung, E. Ferro Luzzi, L. Bettoli Musy, F. Narring. (2015). Contraception et interruption de grossesse. Consulté sur : Contraception et interruption de grossesse (revmed.ch)

1. Bienvenue :

Il s'agit de la première phase de la consultation qui a pour but de mettre à l'aise la patiente. Certaines femmes pourraient être embarrassées face à des questions en lien avec leur santé sexuelle. Une étude conduite à Lausanne en 2011 a montré que c'était effectivement le cas pour 15% des patients mais qu'ils étaient 95% à trouver normal que leur médecin généraliste (MG) aborde le sujet avec eux [14].

2. Entretien :

« Jusqu'à 50 ans, aucune contraception n'est contre-indiquée par l'âge seul[1] » [3-9,15,16]. Cependant avec l'âge, la réalisation d'un **bilan de santé global** prend toute son sens, il permettra de faire un choix éclairé en fonction du **profil de risque** de la patiente [3,7,11]. En outre, comme pour une jeune femme, il faudra tenir compte des préférences de la patiente ainsi que des contre-indications, des effets secondaires éventuels et des bénéfices propres à chaque méthode contraceptive.

[1] P. Cantero Pérez, J. Klingemann, M. Yaron, N. Fournet Irion, I. Streuli. (2015). **Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs.**

Profil de risque :

Avec l'âge, certains facteurs de risque ont tendance à apparaître ou à augmenter : cardiovasculaires, métaboliques, oncologiques, ostéoporotiques [10,11]. Certains contraceptifs hormonaux augmentent encore ces risques, l'instauration ou la poursuite d'une contraception doit donc se décider après un bilan de santé global.

Durant la consultation et essentiellement à l'anamnèse, il faudra rechercher :

- Les **facteurs de risque cardiovasculaires** (FR CV) [3,4,7,15].
    - FR CV artériels. Exemple : antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) / accident ischémique transitoire (AIT), infarctus du myocarde (IDM), HTA, migraine avec aura, tabac, lupus systémique.
    - FR CV veineux. Exemple : antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse profonde (TVP), embolie pulmonaire (EP), thrombophilie familiale, obésité.

- Les **facteurs de risque métabolique.** Certains auteurs conseillent de réaliser un bilan initial puis de le répéter à 3-6 mois puis tous les 5 ans s'il est normal [7].
    - Présence d'un syndrome métabolique[2][7].
    - Présence d'un diabète compliqué ou évoluant depuis plus de 20 ans [4].

- Les **facteurs de risque d'ostéoporose** (tabac, alcool, faible BMI, corticoïdes…) [4].

- Les **facteurs de risque oncologiques** [11].
    - Antécédent personnel de cancer ou cancer actif :
        - Gynécologique.
        - Hormono-dépendant.
    - Mutation BRCA 1 ou 2. Autre prédisposition génétique.

La balance bénéfice/risque doit être réévaluée de manière annuelle via une anamnèse bien menée et un examen clinique [7].

[2] Définition du syndrome métabolique en annexe.

3. Renseignements et choix :

Le but de ce TFE n'étant pas de rédiger une synthèse complète des caractéristiques des différentes méthodes contraceptives, je mettrai simplement l'accent sur les points importants en lien avec la contraception pendant la périménopause. Des fiches plus détaillées sont disponibles en annexe.

3.1. Contraceptions hormonales :

a. Progestatifs (comprimé et implant) :

Bénéfices :

Les progestatifs sont **neutres sur le plan vasculaire, métabolique et osseux** [4,7,8,11,12,15-17]. Ils peuvent donc être utilisés en toute sécurité, même si la patiente a un mauvais profil de risque à ce niveau. Ils peuvent aider à régulariser les cycles et à diminuer les saignements [3,11]. Il y a cependant un risque plus élevé de spotting qu'avec un DIU au Lévonorgestrel par exemple [3-5,7,11,12,15,16].

Inconvénient :

Les progestatifs peuvent aider à régulariser les cycles mais ne soulagent pas les autres symptômes en lien avec la périménopause [3,7].

b. DIU au Lévonorgestrel (LNG) :

Bénéfices :

Tout comme les progestatifs de type comprimé et implant, le DIU est **neutre sur le plan vasculaire, métabolique et osseux** [4,7,15]. *« Le bénéfice non contraceptif le plus important porte sur les saignements dysfonctionnels qui diminuent de plus de 80% après 3 mois d'utilisation ; il en résulte une nette diminution des recours à des interventions chirurgicales comme l'endométrectomie ou l'hystérectomie[3] »* [2-5,7-9,12,15,16]. En Suisse, le Mirena® est d'ailleurs remboursé par l'assurance maladie lorsqu'il a été mis en place dans le but de traiter une hyperménorrhée idiopathique [13].

Autre avantage, le DIU au LNG peut être poursuivi au-delà de la périménopause et servir de protection endométriale en cas de traitement hormonal substitutif (THS) à base d'œstrogènes [4,5,7-9,12,18].

---

[3] P. Cantero Pérez, J. Klingemann, M. Yaron, N. Fournet Irion, I. Streuli. (2015). **Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs.**

Inconvénients :

Il persiste un petit risque de spotting, surtout durant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation [2,3,12]. Tout comme les progestatifs de type comprimé et implant, le DIU au LNG n'a pas d'effet sur les symptômes climatériques.

c. Oestroprogestatifs (OP) :

Ils sont commercialisés en Belgique sous forme de comprimés, patchs ou anneaux. Ils présentent tous les mêmes bénéfices mais les taux systémiques d'œstrogène délivrés par les patchs sont plus importants (potentiellement plus de risque d'effets indésirables) [2,3,8,9,15].

Bénéfices :

Il s'agit de la **seule méthode contraceptive qui permet de diminuer les symptômes en lien avec la périménopause** [2-9,11,12,15]. C'est également la seule méthode qui présente un effet positif sur la minéralisation osseuse, en l'augmentant ou au minimum en la stabilisant, avec une possible diminution du risque de fracture [2,4-9,11,12,15].

Autres bénéfices :

- Diminution du risque de cancer de l'ovaire, de l'endomètre et de cancer colorectal. Cet effet persiste plusieurs années après l'arrêt du contraceptif [2,6,8,11].
- Régularisation des cycles, diminution des saignements et des dysménorrhées [2,4-9,11,15,16].

Inconvénients :

Le risque n°1 des OP est l'augmentation du risque de **TEV** (thromboembolie veineuse), surtout durant les 3 premiers mois d'utilisation [2,5,6,8,11,15].

Il faut être encore plus prudent avec les patientes de plus de 40 ans car le risque augmente également avec **l'âge**. *« L'incidence de TEV chez les femmes est de 3.5/10000 par an entre 35 et 40 ans, de 4.8/10000 entre 40 et 44 ans et de 5.8/10000 entre 45 et 49 ans » [7].*

Le risque de TEV dépend de la **dose** d'œstrogène, de la **voie d'administration** et du **progestatif** utilisé [13,17,19] :

- Risque 2x plus important avec un OP à base de LNG + éthynylestradiol dosé à 50 µg par rapport à 20 ou 30 µg (risque relatif, RR, respectivement de 5.2 vs 2.2 vs 2.4).

- Le contraceptif OP le plus sûr est celui à base de LNG, comparativement, les progestatifs de 3e génération et ceux aux propriétés anti-androgéniques ont un risque 3 à 6x supérieur.
    - Progestatifs de 3e génération : désogestrel (ex Desorelle®, Marvelon®), gestodène (ex Gaelle®, Lindynette®, Melina®).
    - Progestatifs anti-androgéniques : acétate de chlormadinone (ex Helen®, Bellina®), drospirénone (Yasmin®, Yaz®, Anaïs®), dienogest (Dienobel®, Louise®).
- Le risque de TEV des voies d'administration non orales (patch, anneau) est équivalent au risque retrouvé avec les OP de 3e génération.

Rem : le risque de TEV des contraceptifs à base de valérate d'estradiol + dienogest semble équivalent à celui des OP à base d'EE (éthinylestradiol) + LNG [17].

Sous OP, le **risque de TEA (thromboembolie artérielle) augmente également**.

En France en 2014, l'incidence des AVC chez les femmes < 65 ans était de 21.9/100 000 et l'incidence des IDM était de 16.9/100 000 en 2002-2003 [17].

Il existe moins d'étude sur le risque de TEA en lien avec les OP comparativement au risque de TEV mais une large étude de cohorte Danoise [18] a été réalisée entre 1995 et 2009.

Celle-ci a tout d'abord mis en évidence une augmentation de l'incidence des IDM et des AVC avec **l'âge**. Entre le groupe de femme de 45 à 49 ans et celui de 15 à 19 ans, l'incidence d'AVC a été multipliée par 20 et celle de l'IDM par 100. *« L'âge est un facteur de risque indépendant des pathologies cardiovasculaires chez la femme » [7].*

Elle a ensuite montré que le risque de TEA dépend de la **dose** d'œstrogène, de la **voie d'administration** mais **pas** du progestatif utilisé [17,20].

- Petit sur-risque en fonction du **dosage** en œstrogène (AVC et IDM confondus) :
    - OP avec OE entre 30 – 40 µg, RR de TEA 1.3 – 2.3.
    - OP avec OE à 20 µg, RR de TEA 0.9 – 1.7.
- Petites variations non significatives du risque en fonction du type de progestatif.
- Augmentation du risque avec les voies d'administration non orales (prudence car l'étude manque de puissance).
    - Anneau vaginal, RR d'AVC de 2.49.
    - Patch OP, RR d'AVC de 3.15.

Rem : il n'existe à priori pas d'étude sur le risque de TEA des contraceptifs à base d'estradiol [17].

« Sur 10000 femmes qui utilisent un OP durant 1 an (OE 20 µg + désogestrel), 2 vont avoir une TEA et 6.8 une TEV. Les TEV sont donc 2 à 3x plus fréquentes que les TEA mais ces dernières ont des conséquences plus lourdes »[4] [2,8,11,18].

Avec l'âge, les **FR métaboliques** ont également tendance à augmenter et on sait que *« la présence d'un syndrome métabolique est associée à un risque majoré de* ***morbi-mortalité cardiovasculaires*** *et ceci d'autant plus chez la femme » [7].*

Recommandations :

Pour une patiente de 40 ans et plus, les **OP ne sont pas un 1er choix.** Ils apportent cependant des bénéfices non contraceptifs intéressant, leur utilisation peut donc être envisagée uniquement en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire artérielle et veineux et de facteur de risque métabolique [2-4,6-9,11,12,21]. La poursuite d'une contraception OP après 50 ans est contre-indiquée [4,8,12,18].

d. Acétate de médroxyprogestérone (DMPA) :

Bénéfices :

Méthode contraceptive très efficace qui ne nécessite qu'une injection tous les 3 mois en intra-musculaire (IM) ou en sous-cutané (SC) [3]. Une aménorrhée est induite dans environ 60% des cas après 1 an [3-5,7,16], *« il reste cependant moins efficace que le DIU au LNG pour le traitement des ménorragies en période périménopausique » [7].*

Autre bénéfice : diminution du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire [8,15].

Inconvénients :

Ils sont nombreux, raison pour laquelle le DMPA n'est pas un 1er choix.

- Augmentation du risque de **TEV** [7,15], RR 2.6 [17]. Il s'agit du seul P qui présente un sur-risque à ce niveau.
- Une augmentation du risque de TEA n'a pas été prouvée mais le DMPA reste déconseillé par certains auteurs dans ce contexte [11].

---

[4] Øjvind Lidegaard, Dr. Med. Sci., Ellen Løkkegaard, Ph.D., Aksel Jensen, M.Sc., Charlotte Wessel Skovlund, M.Sc., and Niels Keiding, M.Sc. (2012). **Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception.** Consulté sur : https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1111840.

- Effets métaboliques néfastes par augmentation de la glycémie [7] et perturbation du profil lipidique [12]. Il serait également responsable d'une prise de poids [4], bien que modeste [15].
- Accélération de la perte osseuse réversible à l'arrêt du traitement [2,7,9,15] sans lien démontré pour l'instant avec un risque augmenté de fracture [4,5,8,12].
- Le retour à une fertilité normale ne se fait en moyenne que 10 mois après la dernière injection [3,8,16].

Recommandations :

L'utilisation de DMPA est possible entre 40 et 45 ans, uniquement en l'absence de facteur de risque CV, métabolique et ostéoporotique [2,7,15]. Il est plutôt déconseillé après 45 ans [7,12] et contre-indiqué à partir de 50 ans [2,12].

3.2. Contraception non hormonale :

Durant la périménopause, les options sont les mêmes que pour une patiente jeune avec les mêmes bénéfices, inconvénients et contre-indications. Il faut cependant souligner qu'ils n'auront pas l'avantage de prendre en charge les symptômes en lien avec la périménopause.

Rappel succinct des différentes options :

- **DIU au Cuivre** dont le gros inconvénient est l'augmentation des dysménorrhées et des ménorragies [3-5,7,9,12,15,16], surtout pendant les 3 premiers mois [8,11].
- **Méthodes barrières** (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, éponges contraceptives).
- **Méthodes naturelles** (calendrier, surveillance de la température, de la glaire cervicale…). Elles sont à déconseiller ! Elles deviennent encore moins fiables après 40 ans car la période d'ovulation devient aléatoire [2,4,5,7,12,15].
- **Contraception définitive** (vasectomie, ligature tubaire). Il s'agit d'options efficaces qui peuvent être discutées [3,7,12].

Il est important de rappeler aux patientes que les préservatifs restent la seule méthode contraceptive qui protège contre les MST (maladies sexuellement transmissibles) [2,3,15]. Ce problème ne touche effectivement pas que les jeunes ! Selon une étude britannique, entre 1996 et 2003, le taux de MST a plus que doublé chez les femmes de 45 ans et plus [15].

4. Explications :

4.1. Maladies sexuellement transmissibles :

Les femmes de 45 ans et plus ne sont pas épargnées par les MST, au contraire, une augmentation des transmissions a été constatée au cours de ces dernières années [22]. Elles vivent plus longtemps et en meilleure santé, elles sont susceptibles de rencontrer plus de changements dans leur vie familiale qu'il y a 30 ans (divorce, nouvelle rencontre…). Les rencontres sont également plus faciles via les réseaux sociaux, les voyages. Or, les personnes de plus de 45 ans sont rarement visées par les campagnes de prévention des MST. Elles utilisent également moins les préservatifs et consultent plus tardivement lorsqu'elles présentent des symptômes suspects. Elles demandent plus facilement conseil à leur MG et fréquentent moins les plannings familiaux que les patientes jeunes, or les MG ne sont pas toujours à l'aise avec les questions de santé sexuelle.

En conclusion, même si les MST concernent majoritairement les femmes jeunes, il ne faut pas négliger nos patientes plus âgées et profiter de la consultation pour leur rappeler les précautions à prendre.

4.2. Contraception d'urgence :

Sur ce point, il n'y a aucune différence entre la femme jeune et la femme en périménopause [2,7].

Les différentes options disponibles restent :

- Le **DIU au cuivre**, à mettre en place dans les 5 jours suivant le rapport à risque [2,3,12]. Il s'agit de la méthode la plus efficace [2,4,9,16,18]. A préférer si BMI > 30 [2].
- Le **Lévonorgestrel 1.5 mg**, à prendre dans les 72h suivant le rapport à risque, efficacité de 80 – 90% [2-4]. Il faut doubler la dose si le BMI dépasse 26 [18].
- **L'acétate d'ulipristal 30 mg**, à prendre dans les 5 jours suivant le rapport à risque, efficacité au moins équivalente à celle du LNG [2-5]. A préférer si BMI 25 – 30 [2].

5. Quand arrêter la contraception ?

En cas d'utilisation d'une **contraception non hormonale**, celle-ci peut être arrêtée sans risque après 1 an d'aménorrhée après 50 ans ou après 2 ans d'aménorrhée entre 40 et 50 ans [3-5,7,8,12,15]. Remarquons qu'il s'agit de la définition du diagnostic de ménopause [18].

Si un **progestatif** est utilisé, il peut être arrêté à 55 ans, même si un cycle menstruel persiste car le risque de grossesse est quasiment nul [4,7,8,15]. Si la patiente souhaite arrêter sa contraception avant 55 ans, elle doit utiliser une méthode barrière durant 2 à 3 mois. Si aucune perte sanguine n'apparait, il est conseillé d'effectuer un test aux progestatifs en administrant un progestatif 10 jours sur le mois (ex Utrogestan 200 mg 1x/jour) sur 3 mois consécutifs. Si le test est à chaque fois négatif (pas d'hémorragie de privation), la contraception peut être arrêtée définitivement [7].

Enfin, si la patiente est sous **OP ou DMPA**, il est déconseillé de les poursuivre après 50 ans. Il est donc préférable de stopper ce type de contraception [4,7,12,15] et de prendre éventuellement le relais avec un progestatif seul si des ovulations persistent (se baser sur le test aux progestatifs) ou avec une contraception non hormonale [7].

Faut-il effectuer des dosages hormonaux ?

Un dosage de FSH et d'œstradiol peut aider à poser le diagnostic de ménopause mais cela reste peu fiable et non recommandé en 1ere intention puisque les hormones fluctuent durant la périménopause. La ménopause se définit avant tout sur base de la clinique [2,3,5,7,9].

6. Conclusion :

En raison de leur excellente efficacité et de leur sécurité, même lors de leur utilisation dans le cadre de la périménopause, les contraceptifs de longue durée d'action sont à proposer en première intention (dispositif intra-utérin au Cuivre ou au Lévonorgestrel, progestatifs type implant).

Les microprogestatifs oraux font également partie de la première ligne de traitement. Leur efficacité en pratique est moindre que celle des contraceptifs à longue durée d'action, ce défaut est cependant moins gênant en période de périménopause au vu de la baisse naturelle de la fertilité.

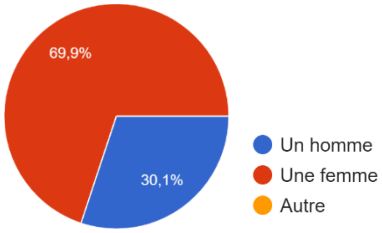
En raison de l'augmentation avec l'âge des facteurs de risques cardio-vasculaires et métaboliques, les **oestroprogestatifs** et les progestatifs injectables (**DMPA**) ne font pas partie de la 1ère ligne de traitement.

Le choix de la méthode doit se faire en concertation avec la patiente en prenant en compte son profil de risque. Certains contraceptifs, s'ils peuvent être utilisés, aideront à soulager les symptômes de la périménopause. Les plus efficaces dans ce contexte sont les oestroprogestatifs. S'ils sont contre-indiqués, l'utilisation de progestatifs seuls pourra au moins aider à régulariser les cycles et à diminuer les saignements. Rappelons que l'option la plus efficace dans ce but est le dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel.

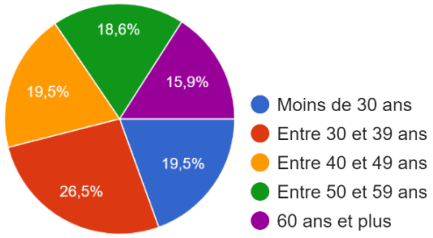
Résultats

Données socio-démographiques

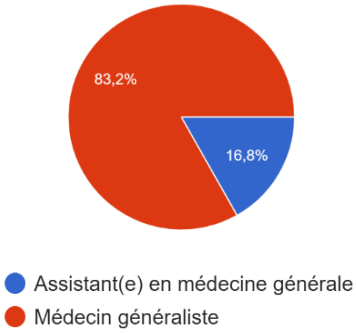
1. Sexe :



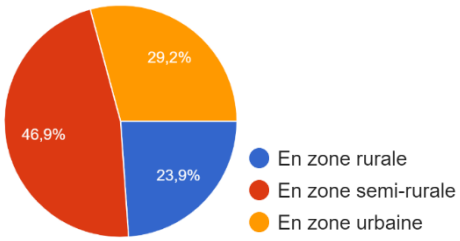
2. Age :



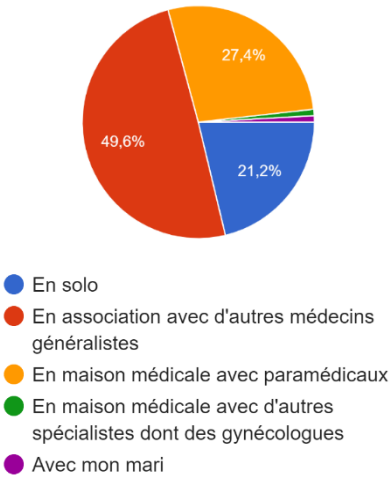
3. Statut :



4. Lieu de pratique :

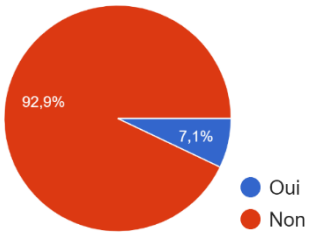


5. Style de pratique :



6. Planning familial :

Travaillez-vous au sein d'un centre de planning familial ?



Quizz

1. Résultats du quizz :

L'intervalle des résultats obtenus au quizz va de 2 à 10/10. La **moyenne** est de 6.1/10 et la **médiane** de 6/10. L'ensemble des réponses est disponible en annexe, seules les questions ayant généré le plus d'erreurs sont citées ici :

Quizz, question 2 : si on considère les femmes ≥ 40 ans en 2019 en Belgique, combien ont pratiqué une IVG ?

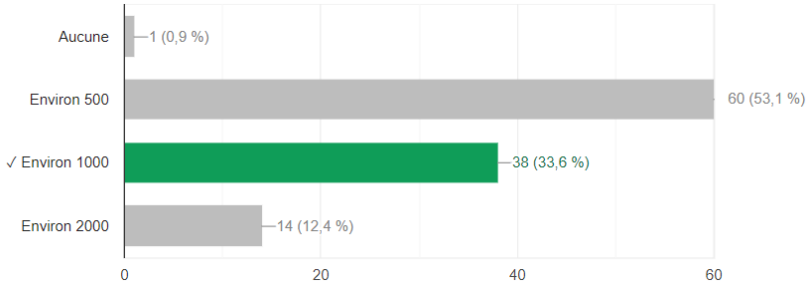


Figure 2 : IVG

Les répondants ont majoritairement **sous-estimé** le nombre d'IVG effectuées chez les femmes de 40 ans ou plus en 2019.

Quizz, question 4 : quelle contraception proposer en priorité chez une femme de 47 ans en bonne santé mais qui souffre de ménorragies ?

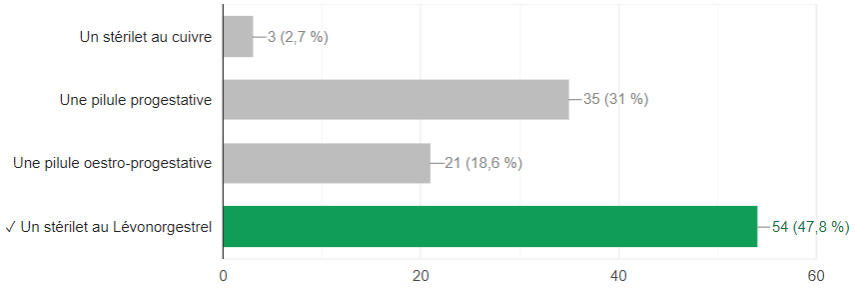


Figure 3: ménorragies

Seuls 47.8% des médecins ont sélectionné la bonne réponse (stérilet au LNG).

Quizz, question 5 : les progestatifs oraux et injectables ont un effet neutre sur la minéralisation osseuse.

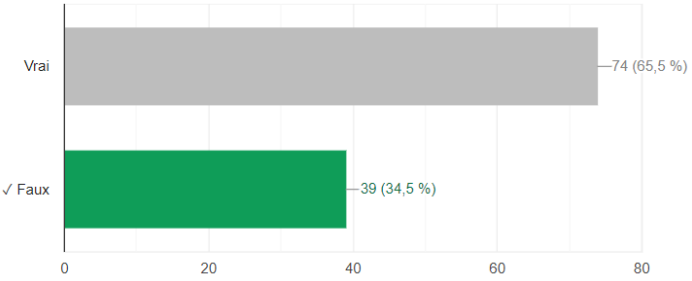


Figure 4 : minéralisation osseuse et DMPA

65.5% des médecins n'avaient pas connaissance de l'effet néfaste du DMPA sur la minéralisation osseuse.

Quizz, question 9 : l'arrêt de la contraception est possible après 55 ans, même s'il persiste des saignements, car le risque de grossesse est quasi nul.

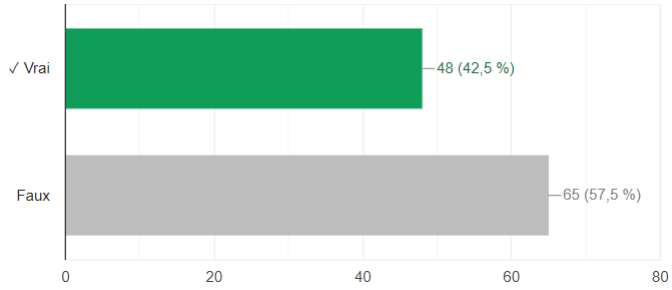


Figure 5 : stop contraception

Seuls 42.5% des médecins ont sélectionné la bonne réponse.

2. Facteurs influençant la réussite au quizz :

La réussite au quizz est influencée par **l'âge** et le **sexe**. Elle n'est pas influencée de manière significative par le statut assistant ou MG, le lieu de pratique et le style de pratique (solo, association de médecins généralistes ou maison médicale).

2.1. Sexe :

Tableau 1 : score H/F

	Score, moyenne :	Nombre
Homme	5,65	34
Femme	6,29	79
Total	**6,10**	**113**

Comparaison des moyennes avec le **t Student** : différence significative entre le score des femmes et celui des hommes (p value 0.042). Les femmes ont mieux réussi le test que les hommes.

2.2. Age :

Tableau 2 : score en fonction de l'âge

Age	Score, moyenne :	Participants
Groupe 1	**6,08**	**74**
40 - 49 ans	6,18	22
30 - 39 ans	6,00	30
Moins de 30 ans	6,09	22
50 – 59 ans	**6.67**	**21**
60 ans et plus	**5,50**	**18**
Total	**6,10**	**113**

La moyenne des trois groupes semble différente mais cette différence se révèle non statistiquement significative selon le test **ANOVA** (p value 0.061).

Les médecins de 60 ans et plus semblent pourtant avoir obtenu un score moins élevé que ceux de 50 – 59 ans. En comparant ces deux moyennes à l'aide d'un **t Student**, la différence se révèle statistiquement significatif (p value 0.0076).

Intérêt porté au sujet

1. Sujet jugé fréquent en médecine générale ?

1.1. Réponses au questionnaire :

Intérêt, question 1 : la contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes.

Septante et un pourcent des médecins abordent fréquemment le sujet de la contraception avec leurs patientes, 20.4% se positionnent de façon neutre et seulement 8% l'abordent rarement.
Score moyen : 4/5.

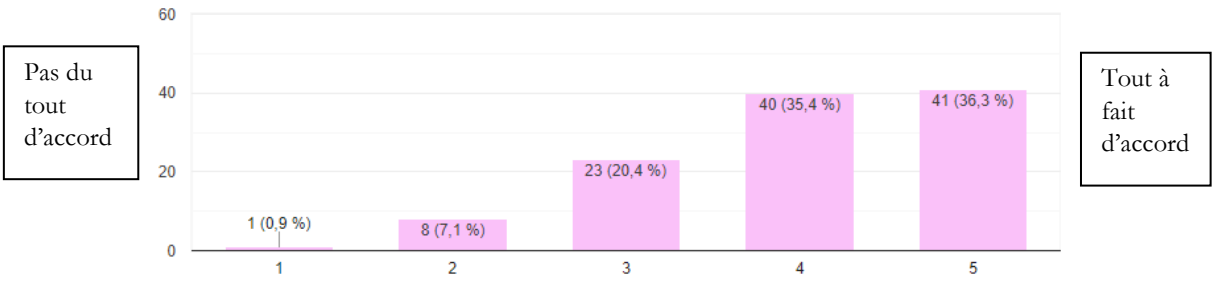


Figure 6 : fréquence du sujet

Intérêt, question 2 : la contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes de 40 ans et plus.
Quarante et un pourcent des médecins abordent fréquemment le sujet, 31.9% se positionnent de façon neutre et 26.6% l'abordent rarement. Score moyen 3.3/5.

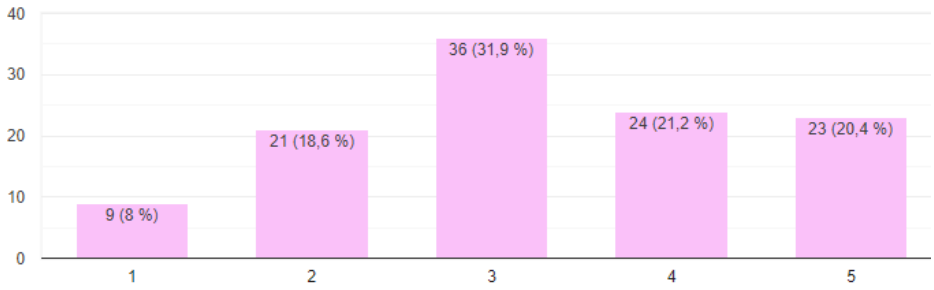


Figure 7 : fréquence du sujet > 40 ans

1.2. Quels sont les facteurs influençant ?

La fréquence à laquelle le médecin aborde le sujet en consultation est influencée par le sexe, l'âge, le statut assistant ou MG et l'opinion sur « qui doit gérer la contraception des patientes en périménopause ? ».

a. Le sexe du médecin :

Tableau 3 : fréquence H/F

	Sujet abordé fréquemment ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Homme	2,85	34
Femme	3,46	79
Total	**3,27**	**113**

Comparaison des moyennes avec le **t Student** : les femmes abordent plus fréquemment le sujet que les hommes, la différence est statistiquement significative (p value 0.015).

b. L'opinion sur « qui doit gérer la contraception en périménopause »

Tableau 4 : fréquence vs qui doit s'en occuper ?

Qui doit gérer la contraception En périménopause ?	Sujet abordé fréquemment ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Collaboration MG/gynéco	3,24	83
Gynéco	2,33	6
MG	3,83	18

Comparaison des moyennes avec le test de **Kruskal Wallis** (p value 0.027). Les médecins jugeant que le gynécologue doit gérer la contraception des patientes en périménopause abordent mois fréquemment le sujet en consultation.

Ces 6 médecins (médecin 39, 42, 51, 60, 68 et 70) abordent également moins la contraception en générale que les autres participants à l'enquête, ils se sentent moins à l'aise avec le sujet et le trouvent moins important dans la prise en charge de la santé globale de leurs patientes. Leur score au quizz est moins élevé mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 5 : médecins jugeant que le gynécologue doit s'occuper de la contraception des plus de 40 ans

	Score	Contraception, sujet fréquent ?	Degré de confiance ?	Sujet important ?
Med 39, 42, 51, 60, 68, 70	5/10	2.8/5	2/5	3.7/5
Autres participants	6.1/10	4.05/5	3.2/5	4.5/5
Analyse statistique	T Student	Mann Whitney	Mann Whitney	Mann Whitney
	P value 0.089	P value 0.004	P value 0.01	P value 0.01
	Non significatif	Significatif	Significatif	Significatif

c. L'âge :

Les moins de 30 ans semblent aborder moins fréquemment le sujet. Le test exact de **Fisher** permet effectivement de montrer une différence significative entre les deux groupes (p value 0.032). De

manière logique, on retrouve également cette différence entre les assistants et les MG (p value 0.019 test de Mann Whitney).

Tableau 6 : fréquence vs âge

Age	Sujet abordé fréquemment > 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :
Groupe 1	**3,38**
60 ans et plus	3,67
50 - 59 ans	3,48
40 - 49 ans	3,27
30 - 39 ans	3,23
Moins de 30 ans	**2,82**
Total	**3,27**

Tableau 7 : fréquence vs assistant / MG

	Sujet abordé fréquemment après 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Assistant(e)	2,68	19
MG	3,39	94
Total	**3,27**	**113**

1.3. Pourquoi certains médecins abordent-ils rarement le sujet ?

Intérêt, question 3 : si vous abordez rarement le sujet en consultation, pourriez-vous en préciser la raison ? (53 répondants)

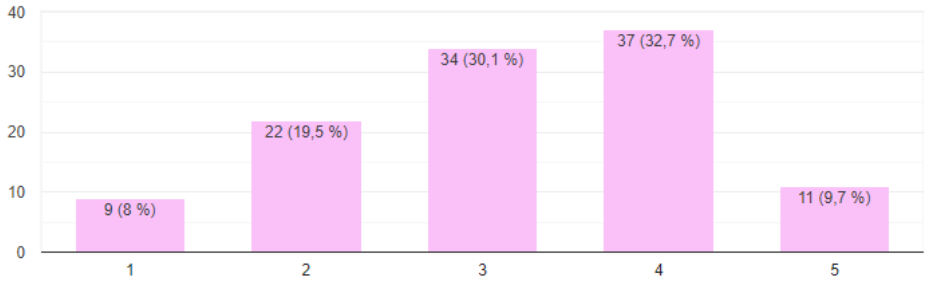
- Manque de connaissance (18 MG, 15.9%).
- Manque de temps (12 MG, 10.6%).
- Manque d'intérêt pour le sujet (6 MG, 5.3%).
- Autre :
    - Peu de demande de la part des patientes (6 MG, 5.3%).
    - Suivies par le gynécologue (4 MG, 3.5%).
    - A son âge, la patiente sait quoi faire (3 MG, 2.6%).
    - Pas toujours opportun dans la consultation (3 MG, 2.6%).
    - Patientes trop âgées (ménopause, patientèle vieillissante) (2 MG, 1.8%).
    - Contraception définitive (ligature) (1 MG, 0.9%).
    - Moins d'intérêt à en parler car vie sexuelle moins active avec l'âge (1 MG, 0.9%).
    - Pas dans les habitudes (1 MG, 0.9%).

2. Sujet qui pose problème ?

Les médecins ont-ils déjà rencontré des difficultés en lien avec la contraception de patientes de plus de 40 ans ? Ont-ils confiance en leurs capacités concernant la gestion de cette contraception ?

2.1. Réponses au questionnaire :

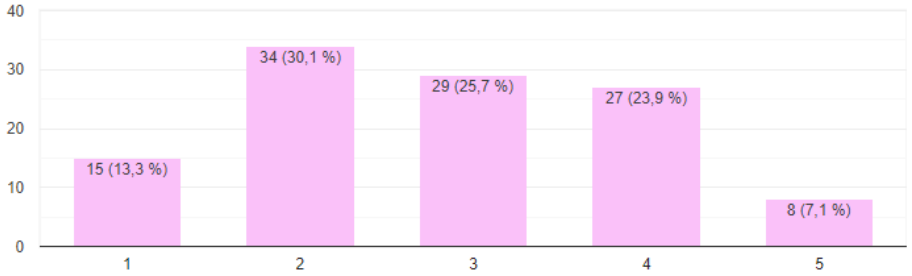
Intérêt, question 9 : je me sens tout à fait à l'aise pour conseiller mes patientes de 40 ans et plus sur leur contraception.



Score moyen 3.2/5

Figure 8 : à l'aise avec le sujet

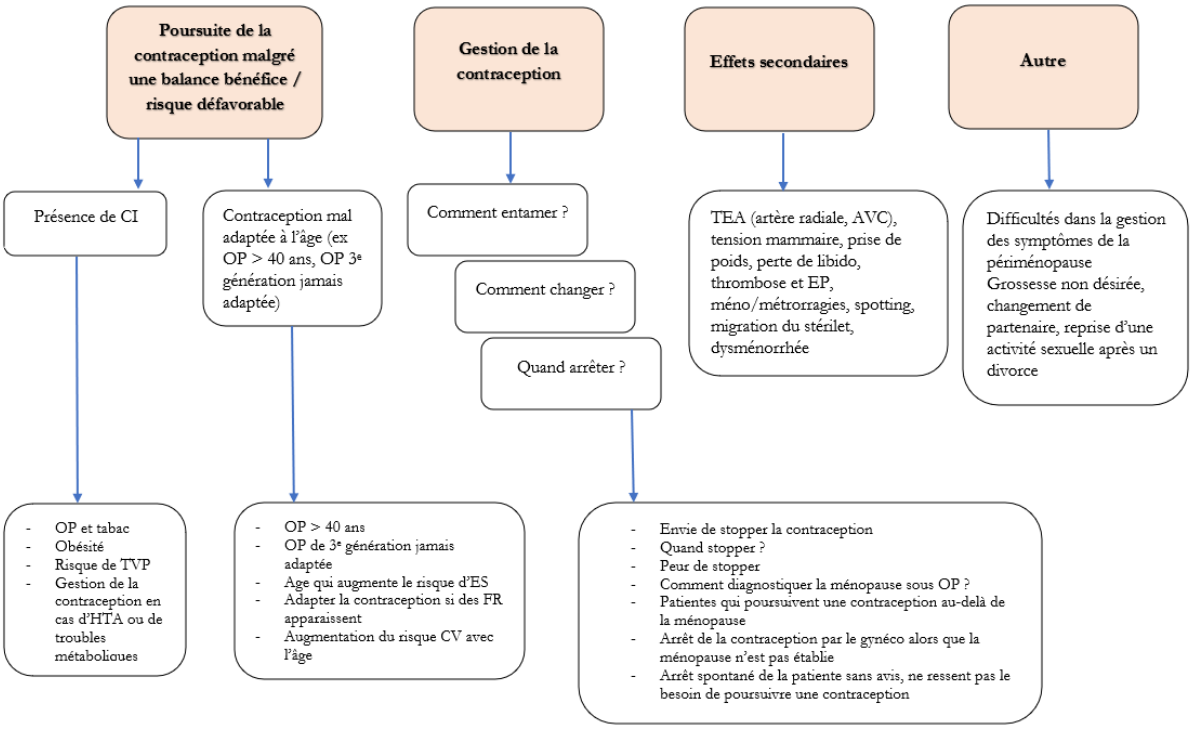
Intérêt, question 7 : durant votre carrière, avez-vous été confronté à des problèmes en lien avec la contraception de vos patientes de plus de 40 ans ?



Score moyen 2.8/5

Figure 9 : difficultés en lien avec la contraception en périménopause

Intérêt, question 8 : si vous avez rencontré des difficultés, pourriez-vous citer quelques exemples ?



2.2. Analyses en lien avec les difficultés rencontrées :

Les difficultés rencontrées par les médecins dépendent du statut assistant / MG, de la façon et de la fréquence à laquelle le sujet est abordé.

a. Influence du statut assistant / MG :

Tableau 8 : difficultés vs statut assistant / MG

	Difficultés en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :
Assistant	2,32
MG	2,91
Total	**2,81**

Test exact de **Fisher** : différence significative entre les deux variables (p value 0.021). Les MG rencontrent plus de difficultés que les assistants.

b. Influence de la fréquence à laquelle le sujet est abordé :

Tableau 9 : difficultés vs fréquence

Sujet fréquent ?	Difficultés en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
1	1,89	9
2	2,24	21
3	2,67	36
4	3,13	24
5	3,61	23
Total	**2,81**	**113**

Test de **Spearman** (p value 0.002) : corrélation statistiquement significative. Les difficultés rencontrées par les médecins augmentent avec la fréquence à laquelle le sujet est abordé.

c. Influence du moment où le sujet est abordé :

Tableau 10 : difficultés vs quand le sujet est-il abordé

Quand abordez-vous le sujet ?	Soucis en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Jamais ou rarement	2,00	3
Si abordé par la patiente	2,28	40
Consultation pour motif gynéco	3,03	37
Spontanément	3,30	33
Total	**2,81**	**113**

Test de **Kruskal Wallis** (p value 0.004) : les médecins qui abordent le sujet à l'occasion d'une consultation pour un motif gynécologique ou spontanément rencontrent plus de difficultés que ceux qui ne l'abordent qu'à la demande de la patiente ou rarement.

2.3. Analyse en lien avec le degré de confiance :

Il existe un lien entre l'âge du médecin, le moment où il aborde le sujet de la contraception en périménopause et le degré de confiance ressenti.

a. Influence du sexe :

Tableau 11 : degré de confiance vs score H/F

	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Homme	3,21	34
Femme	3,15	79
Total	**3,17**	**113**

Test de **Man Whitney** (p value 0.92) : le degré de confiance des femmes équivaut celui des hommes. Par contre, grâce au test de **Spearman,** on met en évidence une corrélation statistiquement significative entre le score des femmes et leur auto-évaluation concernant leur maîtrise du sujet (p value 0.044). Cette corrélation n'est pas présente chez les hommes (p value 0.90).

Tableau 12 : degré de confiance vs score H/F

	Score, moyenne :		
Degré de confiance			
	Homme	**Femme**	**Total**
1	3,00	5,88	5,56
2	6,29	5,73	5,91
3	5,42	6,27	5,97
4	5,75	6,56	6,30
5	5,50	6,89	6,64
Total	**5,65**	**6,29**	**6,10**

b. Influence de l'âge :

Tableau 13 : degré de confiance vs âge

Age	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Groupe 2	**3.42**	**61**
60 ans et plus	3,33	18
50 - 59 ans	3,62	21
40 - 49 ans	3,32	22
Groupe 1	**2.83**	**52**
30 - 39 ans	3,07	30
Moins de 30 ans	2,59	22
Total	**3,17**	**113**

Les médecins de plus de 40 ans semblent se sentir plus à l'aise avec le sujet. La différence est statistiquement significative selon le test exact de **Fisher** (p value 0.027).

c. Influence du statut assistant / MG :

Test exact de **Fisher** : les assistants se sentent statistiquement moins à l'aise avec le sujet que les MG (p value 0.0022).

Tableau 14 : degré de confiance vs assistant / MG

	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :
Assistant(e)s	2,32
MG	3,34
Total	**3,17**

d. Influence du moment où le sujet est abordé :

Tableau 15 : degré de confiance vs moment où le sujet est abordé

Quand abordez-vous le sujet ?	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Groupe 1	**2.32**	**43**
Jamais ou rarement	2,00	3
Si abordé par la patiente	2,65	40
Groupe 2	**3.53**	**70**
Consult pour motif gynéco	3,27	37
Spontanément	3,79	33
Total	**3,17**	**113**

Test exact de **Fisher** : différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 (p value 0.0005). Les médecins qui abordent le sujet spontanément ou lors d'une consultation pour un motif gynécologique se sentent plus à l'aise avec le sujet que ceux qui l'abordent à la demande de la patiente ou rarement.

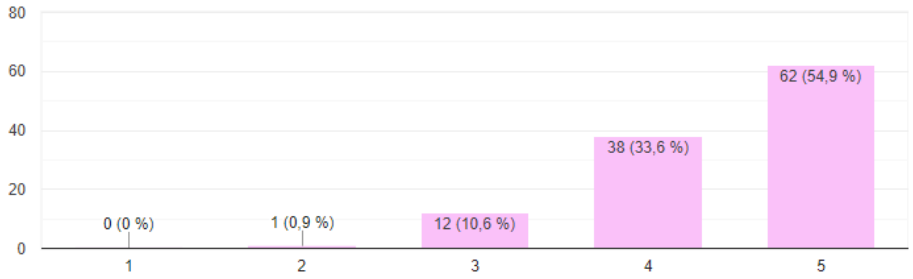
3. Sujet jugé important ?

3.1. Réponses au questionnaire :

Intérêt, question 10 : jugeriez-vous ce sujet important dans la prise en charge globale de la santé de vos patientes de plus de 40 ans ?

Quatre-vingt-huit pourcents des médecins jugent le sujet important, 10.6% ont un avis neutre et seulement 0.9% sont en désaccord. Score moyen 4.5/5.

Figure 10 : sujet jugé important ?



<u>Intérêt, question 5</u> : vous êtes-vous déjà renseigné sur le sujet ?

Soixante-deux médecins sur 113 ont répondu par l'affirmative, soit 54.9% (ils ont parfois cité plusieurs sources d'information) :

- SSMG (3 MG).
- Articles (25 MG).
- TFE (1 MG).
- Avis de spécialistes (9 MG).
- Formations (séminaires, colloques, formation continue, webinar) (19 MG).
- Discussion entre collègues (10 MG).
- Planning familial (2 MG).
- Cbip / farmaka (1 MG).
- Délégués (1 MG).

<u>Question 12</u> : aimeriez-vous en apprendre plus sur le sujet ? Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs réponses possibles).

Cent-sept médecins sur les 113 interrogés, soit 94.7%, ont déclaré vouloir en apprendre plus sur le sujet.

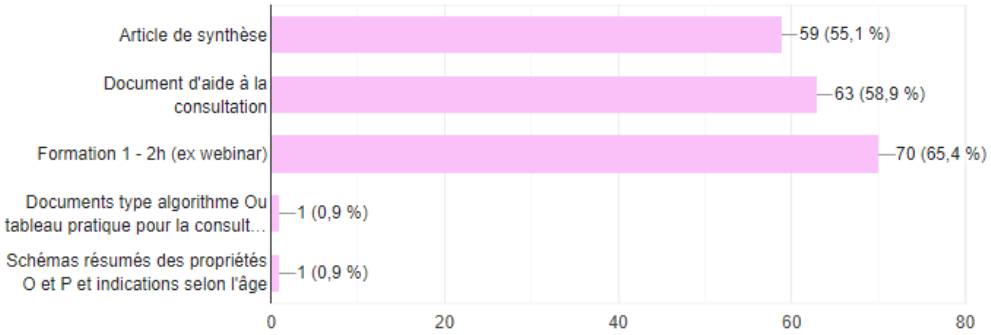


Figure 11 : souhait d'en apprendre plus ?

3.2. Facteurs influençant l'importance du sujet :

Il existe une corrélation entre l'importance du sujet et le statut MG / assistant ainsi qu'avec le lieu de pratique et les difficultés rencontrées. Par contre, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre homme et femme (p value 0.069 test exact de Fisher) ni entre les différents groupes d'âge (p value 0.10 test de Kruskal Wallis).

a. Statut assistant / MG :

Les assistants trouvent le sujet plus important que les MG (p value 0.033 test exact de **Fisher**).

Tableau 16 : important vs statut assistant / MG

	Je trouve le sujet important Classement de 1 à 5, moyenne :
Assistant	4,79
MG	4,35
Total	**4,42**

b. Zone :

Tableau 17 : important vs zone

	Je trouve le sujet important Classement de 1 à 5, moyenne :	**Participants**
Zone rurale	4,19	27
Zone semi-rurale	4,55	53
Zone urbaine	4,42	33
Total	**4,42**	**113**

Bien que les médecins travaillant en zone rurale trouvent le sujet important (moyenne 4.19), il existe une différence statistiquement significative entre les variables (p value 0.04 test exact de Fisher). Les médecins qui travaillent en zone rurale trouvent donc le sujet moins important en comparaison avec les médecins travaillant dans les autres zones.

c. Problèmes rencontrés :

Tableau 18 : important vs difficultés

Difficultés en lien avec le sujet ?	**Sujet important ? Classement de 1 à 5, moyenne :**	**Participants**
1	4,13	15
2	4,38	34
3	4,38	29
4	4,52	27
5	5,00	8
Total	**4,42**	**113**

Test de **Spearman** : corrélation statistiquement significative entre les deux variables (p value 0.018). Ceux qui ont déjà rencontré des difficultés avec la gestion de la contraception en périménopause jugent le sujet plus important.

Qui doit gérer la contraception des patientes en périménopause ?

1. Réponse au questionnaire :

Intérêt, question 6 : selon vous la gestion de la contraception en périménopause doit se faire :

- En collaboration entre le gynécologue et le MG (83 MG, 73.5%).
- Par le MG (18 MG, 15.9%).
- Par le gynécologue (6 MG, 5.3%).
- Autre ex MG et/ou gynécologue, MG ou gynécologue, selon le souhait de la patiente (6 MG, 5.3%).

2. Facteurs influençant :

2.1. Degré de confiance :

Tableau 19 : degré de confiance vs qui ?

	Degré de confiance					
Qui ?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Total**
Collaboration	7,2%	20,5%	33,7%	32,5%	6%	100%
MG	0%	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%	100%
Gynéco	33,3%	33,3%	33,3%	0%	0%	100%

Test exact de **Fisher** : différence significative entre les variables (p value 0.0096). En prenant la gestion en collaboration comme référence :

- Les médecins souhaitant gérer la contraception se déclarent plus à l'aise avec le sujet.
- Les médecins souhaitant que le gynécologue gère la contraception se déclarent moins à l'aise avec le sujet.

2.2. Style de pratique :

Tableau 20 : qui vs style de pratique

Style de pratique	**Qui doit gérer la contraception ?**				
	Collaboration	**Gynécologue**	**MG**	**Autres**	**Participants**
Association MG	71,4%	10,7%	12,5%	5.4%	**56**
Maison médicale avec paramédicaux	61,3%	0%	35,5%	3.2%	**31**
Solo	95,8%	0%	0%	4.2%	**24**
Total	**73.4%**	**5.3%**	**15.9%**	**5.4%**	**111 = 100%**

Rem : deux médecins n'ont pas été pris en compte dans l'analyse, le premier a déclaré travailler « avec son mari » et le second était le seul à travailler dans une maison médicale avec des gynécologues.

Test exact de **Fisher** : différence significative entre les variables (p value 0.0004).

- Dans une pratique en solo, 95.8% des médecins souhaitent collaborer avec les gynécologues pour la gestion de la contraception en périménopause.
- En maison médicale, seuls 61.3% des médecins souhaitent collaborer, ils sont 35.5% à vouloir gérer eux même la contraception.
- Concernant les associations de médecins, les résultats sont plus contrastés.

Discussion

Caractéristiques de l'échantillon

Cent-treize MG et assistants ont répondu au questionnaire en ligne. En 2019, selon le SPF santé publique, les régions wallonne et bruxelloise comptaient 8412 MG et assistants[5]. L'échantillon représente donc 1.3% de la population. Pour un niveau de confiance à 95% (z) et une marge d'erreur à 5% (m), la taille de l'échantillon (n) aurait dû être de minimum 385 individus selon la formule $n = z^2.p.(1-p) / m^2$ (p fixé à 0.5 car inconnu). La taille de l'échantillon est insuffisante pour tirer des conclusions statistiquement valides. Des analyses ont été effectuées dans le cadre de ce TFE, elles sont toutefois à considérer avec prudence.

Dans l'échantillon, les femmes sont sur-représentées. Selon le SPF santé publique en 2019, 54% des médecins étaient des hommes et 46% des femmes. L'échantillon contient 30% d'hommes et 70% de femmes. Cependant, une nette inversion du rapport homme/femme s'observe pour les médecins plus jeunes, signe d'une féminisation probable de la profession.

Tableau 21 : échantillon homme / femme

	Nombre	Pourcent
Homme	34	30,1%
Femme	79	69,9%
Total	**113**	**100%**

Tableau 22 : échantillon âge H/F

Age	Homme	Femme
60 ans et plus	55,6%	44,4%
50 - 59 ans	33,3%	66,7%
40 - 49 ans	27,3%	72,7%
30 - 39 ans	26,7%	73,3%
Moins de 30 ans	13,6%	86,4%
Total	**30,1%**	**69,9%**

La répartition assistant / MG est bien respectée. Par contre, le groupe des 60 ans et plus et sous-représenté. Ces médecins sont peut-être moins familiers avec l'utilisation d'internet ou peuvent ressentir de la lassitude par rapport à la participation à des enquêtes pour TFE.

Tableau 23: échantillon assistants / MG

	Etude		SPF santé
	Nombre	Pourcent	
Assistant(e)s	19	16,8%	13.7%
MG	94	83,2%	86.3%
Total	**113**	**100%**	**100%**

Tableau 24 : échantillon âge

Age	Echantillon	SPF santé
60 ans et plus	15.9%	42%
50 - 59 ans	18.6%	15%
40 - 49 ans	19.5%	12%
30 - 39 ans	26.5%	14%
Moins de 30 ans	19.5%	17%

[5] Document disponible en annexe.

Le fait de travailler ou non dans un centre de planning familial me semblait être un facteur pertinent à prendre en compte. En effet, il aurait été intéressant de déterminer si les médecins travaillant au planning familial étaient mieux renseignés sur le sujet et si celui-ci générait plus d'intérêt. Malheureusement, cela ne concerne que 8 médecins interrogés. Ce petit nombre d'individus ne permet pas d'effectuer des comparaisons statistiquement significatives avec le reste de l'échantillon.

Etat des connaissances sur la contraception en périménopause en médecine générale

A l'aide d'un questionnaire en ligne, les médecins généralistes et assistant(e)s ont été interrogés sur leur connaissance du sujet. Le but était de quantifier leur degré de maîtrise mais aussi d'identifier des pistes d'amélioration. Une aide ciblée et adaptée aux besoins des médecins pourrait-elle être proposée ?

1. Résultats du quizz :

La moyenne obtenue au quizz est de 6.1/10, seuls 15 médecins sur 113 (13.3%) ont obtenu une note inférieure à 5/10. Nous pouvons donc en conclure que les médecins ont généralement une connaissance suffisante du sujet.

Il est toutefois intéressant de revenir sur certains points :

- Trente-trois pourcent des médecins ont sous-estimé le nombre d'IVG pratiquées chez les femmes de 40 ans et plus en Belgique en 2019. Rappelons qu'une grossesse après 40 ans n'est pas si rare et peut avoir des conséquences malheureuses.

- Seuls 47.8% des médecins ont conscience de l'efficacité du DIU au LNG dans le traitement des méno-métrorragies. Il s'agit pourtant du traitement de choix dans cette indication et il permet de diminuer le recours à des intervention chirurgicales [2-5,7-9,12,15,16]. En Suisse, le Mirena® est d'ailleurs remboursé par l'assurance maladie lorsqu'il est mis en place dans le but de traiter une hyperménorrhée idiopathique [13]. Remarquons que 3 médecins (2.7%) ont proposé la mise en place d'un stérilet au cuivre en cas de ménorragies (Assit 4 et 14, MG 60), ce qui aurait pour effet d'aggraver les saignements. Leurs scores au quizz étaient respectivement de 3/10, 4/10 et 5/10.

- Seuls 34.5% des médecins ont conscience de l'effet néfaste du DMPA sur la minéralisation osseuse. La question n'était pas facile car son utilisation n'est à priori pas fréquente. Il parait cependant intéressant d'attirer l'attention sur cet effet secondaire puisque le risque

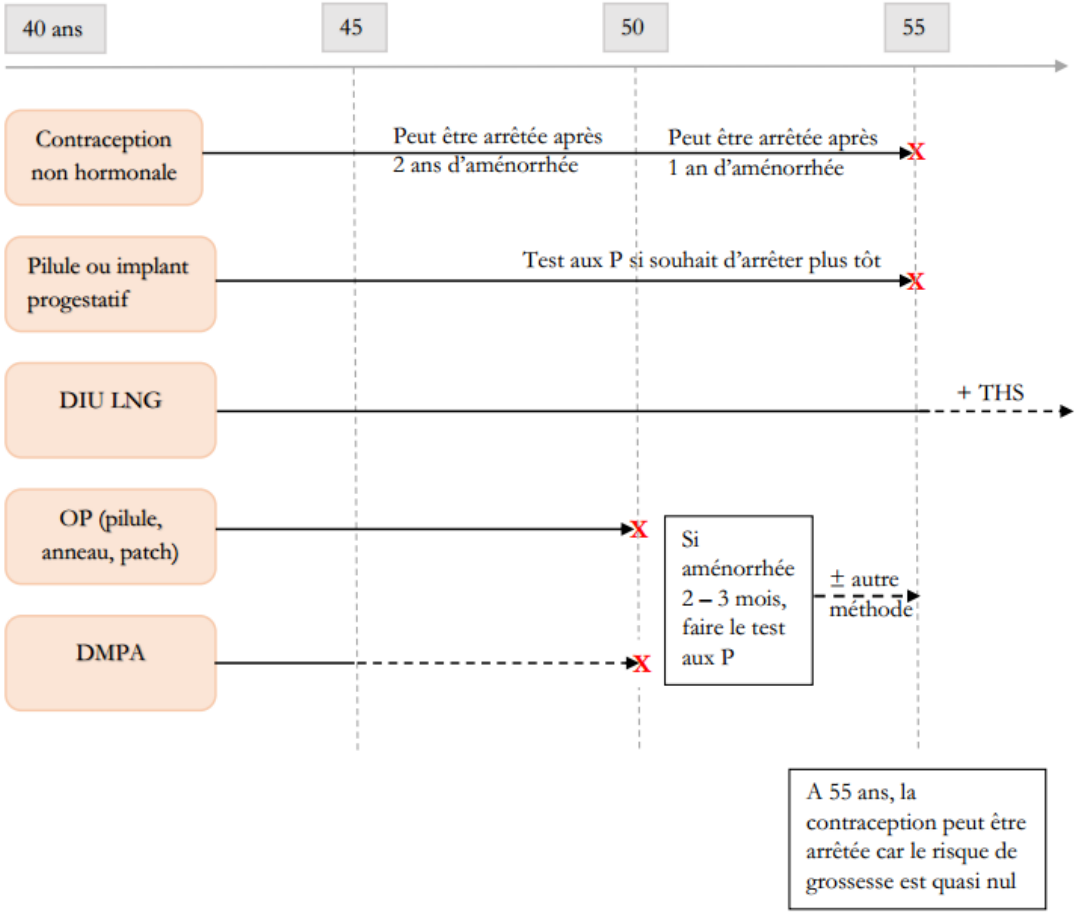
d'ostéoporose augmente avec l'âge et peut donc concerner les patientes en périménopause, surtout si elles présentent déjà d'autres facteurs de risque.

- Il semble que **l'arrêt de la contraception pose problème**. Certains médecins pourraient soit arrêter trop tôt la contraception avec un risque de grossesse non désirée, soit la poursuivre trop longtemps avec une balance/bénéfice risque défavorable. Cette déduction s'appuie sur deux questions tirées du quizz.

Quizz, question 8 : sous contraception non hormonale, l'arrêt de la contraception est possible sans risque après 1 an d'aménorrhée ≥ 50 ans ou après 2 ans d'aménorrhée entre 40 – 49 ans. Vrai ou faux ? Nonante et un médecins (80.5%) ont répondu « Vrai », ce qui est la bonne réponse. Il reste donc tout de même 22 médecins (19.5%) qui n'ont pas répondu correctement à la question.

Quizz, question 9 : l'arrêt de la contraception est possible après 55 ans, même s'il persiste des saignements, car le risque de grossesse est quasi nul. Vrai ou faux ? Seuls 42.5% des médecins ont sélectionné la bonne réponse, à savoir qu'effectivement la contraception peut être arrêtée après 55 ans.

Afin d'aider les médecins généralistes dans la gestion de cet arrêt de contraception, j'ai réalisé un schéma récapitulatif qui pourrait leur être proposé comme **aide à la consultation.**



Test aux progestatifs : administrer un progestatif 10 jours sur le mois (ex Utrogestan 200 mg 1x/jour) sur 3 mois consécutifs. Si le test est à chaque fois négatif (pas d'hémorragie de privation), la contraception peu être arrêtée définitivement.

Les connaissances des médecins sur le sujet sont suffisantes (score moyen 6.1/10).
Toutefois :

- 52.2% des médecins ne sont pas conscients de l'efficacité du DIU au LNG dans le traitement des méno-métrorragies.
- Déterminer le bon moment pour arrêter la contraception semble poser problème.

2. Facteurs influençant les résultats du quizz :

Septante pourcents des médecins ayant participé à l'enquête sont des **femmes**. Elles s'intéressent donc d'avantage au sujet, potentiellement parce qu'elle se sentent plus concernées. Elles maitrisent également mieux le sujet puisque leur score au quizz est significativement plus élevé que celui des hommes (6.29/10 contre 5.65/10). Elles ne se déclarent pas plus à l'aise que les hommes mais semblent mieux évaluer leurs capacités. En effet, il existe une corrélation statistiquement significative entre leur score et leur auto-évaluation concernant leur degré de confiance. Cette corrélation n'a pas pu être mise en évidence chez les hommes.

L'âge influence également le score obtenu au quizz. Jusqu'à 59 ans, les résultats s'améliorent progressivement avec les années et la probable acquisition d'une expérience professionnelle. A partir de 60 ans, le score chute et devient statistiquement différent de celui des médecins plus jeunes. Ce résultat doit cependant être interprété de manière prudente puisque les médecins de plus de 60 ans sont sous-estimés dans l'échantillon. Ces médecins plus âgés ont vu débuter l'utilisation de la contraception hormonale en Belgique. Depuis cette époque, les dosages et les formes utilisés ont bien évolué, il existe aujourd'hui plusieurs types de contraceptifs hormonaux et une multitude de noms commerciaux. Ont-ils été noyés par toutes ces nouveautés ? Le sujet a-t-il été trop peu abordé dans le cadre de la formation continue obligatoire des médecins généralistes ?

Les résultats du quizz sont influencés par **l'âge** et le **sexe**.

- Le score des femmes est meilleur que celui des hommes.
- Les médecins de plus de 60 ans ont de moins bons résultats.

Les médecins généralistes montrent-ils de l'intérêt pour le sujet ?

Afin de quantifier l'intérêt porté au sujet, quatre types de questions ont été posées durant l'enquête :

- Questions en lien avec la **fréquence** du sujet en médecine générale.
- Questions en lien avec les **difficultés** éventuellement rencontrée par rapport au sujet.
- Questions en lien avec **l'importance** donnée au sujet par les médecins.
- Question en lien avec l'éventuelle **envie de s'investir** pour en apprendre plus sur le sujet.

1. Le sujet est-il fréquent ?

Les médecins abordent fréquemment le sujet de la contraception en général (score moyen 4/5). Ils l'abordent toutefois plus rarement avec leurs patientes de 40 ans et plus (score moyen 3.3/5).

Certaines différences ont été relevées au sein de l'échantillon :

- Les **femmes** abordent plus fréquemment le sujet que les hommes. Elles ne se sentent pourtant pas plus à l'aise mais peut être plus concernées par le sujet, ce qui pourrait également expliquer pourquoi leur score au quizz est meilleure que celui des hommes.
- Les médecins de **plus de 30 ans** abordent plus fréquemment le sujet, ce qui peut être mis en lien avec le fait que les médecins de plus de 40 ans se sentent plus à l'aise avec le thème.
- Les médecins jugeant que la gestion de la contraception en périménopause doit se faire par le gynécologue abordent moins fréquemment le sujet.

> Les médecins qui abordent le plus fréquemment le sujet sont des **femmes** de **plus de 30 ans** qui jugent que la gestion de la contraception doit se faire en **collaboration** avec le gynécologue ou par le **MG.**

2. Le sujet pose-t-il problème ?

2.1. Degré de confiance :

Seuls 42.4% des médecins se déclarent à l'aise avec le sujet, ce qui ne représente pas la majorité. Le degré de confiance moyen, exprimé sur une échelle de 1 à 5, est de 3.2/5.

L'âge du médecin influence ce degré de confiance. En effet, les médecins de plus de 40 ans se sentent plus à l'aise que les médecins plus jeunes et les assistants. L'hypothèse faite serait que les

femmes médecins, majoritaires au sein de l'échantillon, arriveraient progressivement dans cette période particulière qu'est la périménopause. Elles vivraient donc cette expérience, à l'instar de leurs patientes, ce qui leur permettrait d'en parler plus fréquemment, plus ouvertement et de se sentir plus à l'aise avec le sujet.

Se sentir plus à l'aise permet également aux médecins **d'aborder le sujet spontanément** lors d'une consultation pour un motif d'ordre gynécologique ou pour un tout autre motif. Les médecins manquant d'assurance en parlent plus rarement avec leurs patientes ou attendent une demande de leur part.

Seuls 42.4% des médecins se sentent à l'aise avec le sujet.
Les médecins de plus de 40 ans ont plus d'assurance.

2.2. Difficultés rencontrées :

Seuls 31% des médecins interrogés déclarent avoir fréquemment rencontré des problèmes en lien avec la contraception de leurs patientes de plus de 40 ans. Ces difficultés ont été regroupées par thème, elles étaient essentiellement en lien avec des contre-indications, des effets secondaires ou des difficultés de gestion (entamer, changer ou arrêter une contraception).

Un **lien clair** a été mis en évidence entre les **difficultés** rencontrées par les médecins et la **fréquence** à laquelle ils abordent le sujet :

- Il existe une corrélation statistiquement significative entre difficultés et fréquence mise en évidence par le test de Spearman.
- Les assistants rencontrent moins de difficultés mais abordent moins fréquemment le sujet en consultation.
- Les médecins rencontrent plus de difficultés s'ils abordent spontanément le sujet lors d'une consultation pour un motif d'ordre gynécologique ou pour un tout autre motif.

En conclusion, « plus on cherche, plus on trouve ». Les patientes n'abordent peut-être pas fréquemment le sujet, mais si on ouvre le dialogue, il y a matière à discuter. Malheureusement, la majorité des médecins interrogés manquent d'assurance, il est donc possible qu'ils n'osent pas se lancer dans la discussion.

S'intéresser au sujet permet de mettre en lumière des difficultés
que les patientes n'expriment pas spontanément.

3. Le sujet est-il jugé important ?

Le sujet de la contraception est plus fréquemment abordé avec les patientes jeunes qu'avec les patientes en périménopause. Parce qu'il est jugé non essentiel ? La réponse est non puisque 88% des médecins interrogés trouvent le sujet important dans la prise en charge de la santé globale de leurs patientes. Septante-six pourcents tentent d'y accorder une attention particulière et 54.9% se sont déjà renseignés sur le sujet. Bien que le sujet soit jugé important par une grande majorité des médecins, certaines différences ont été mises en évidence au sein de l'échantillon :

- Les **assistants** accordent plus d'importance au sujet que les médecins.
- Les médecins travaillant en **zone rurale** trouvent le sujet moins important en comparaison avec les médecins travaillant dans les autres zones. Ont-ils moins de temps à y consacrer ? Les patientes se plaignent-elles moins de leurs petits maux en zone rurale ?
- Les médecins qui ont déjà rencontré des difficultés en lien avec le sujet lui accordent plus d'importance.

88% des médecins interrogés trouvent le sujet important dans la prise en charge de la santé globale de leurs patientes.

4. Les médecins ont-ils envie de s'investir ?

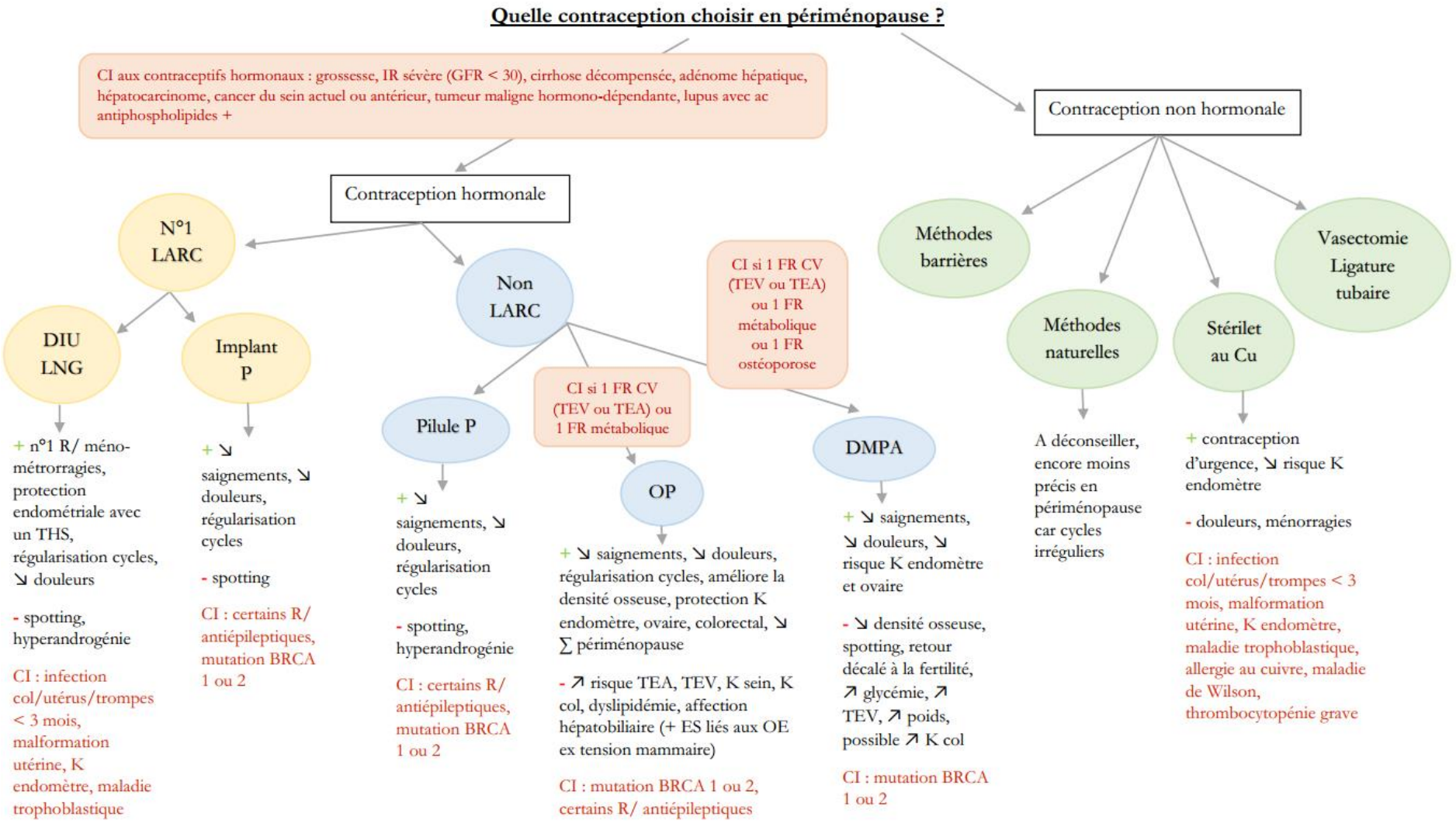
Cent-sept médecins sur les 113 interrogés souhaitent recevoir plus d'informations sur le sujet, soit 94.7%. Soixante-cinq pourcents d'entre eux sont prêts à investir 1 à 2h de leur temps en participant à une formation de type « webinar ». Cinquante-neuf pourcent aimeraient disposer de documents d'aide à la consultation et 55.1% d'un article de synthèse.

Incontestablement, les médecins sont prêts à s'investir pour en apprendre plus sur le sujet. Comment les aider au mieux ? Quels sont les facteurs qui les freinent dans la gestion de la contraception des patientes de plus de 40 ans ? La raison principale invoquée dans l'étude est le **manque de connaissance**, suivie du manque de temps, du manque d'intérêt pour le sujet et du manque de demande de la part des patientes.

a. Le manque de connaissance :

Le frein essentiel est le manque de connaissance pour 15.9% des médecins interrogés. La diffusion d'informations sur le sujet s'avèrerait donc bénéfique et souhaitée par la grande majorité des médecins. Cette diffusion pourrait se faire dans le cadre de la formation continue obligatoire pour les médecins généralistes au sein des Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEM) ou via une

vidéo accréditée par la SSMG par exemple. La cellule santé de la SSMG travaille d'ailleurs en ce moment sur une section dédiée à la prise en charge de la ménopause en médecine générale. Des outils d'aide à la consultation y seront disponibles. Certains de ces outils, en lien avec la gestion de la contraception en périménopause, se trouvent dans les annexes de ce travail.


Quelle contraception choisir en périménopause ?
CI aux contraceptifs hormonaux : grossesse, IR sévère (GFR < 30), cirrhose décompensée, adénome hépatique, hépatocarcinome, cancer du sein actuel ou antérieur, tumeur maligne hormono-dépendante, lupus avec ac antiphospholipides +
Contraception hormonale
Contraception non hormonale
N°1 LARC
Non LARC
DIU LNG
Implant P
Pilule P
OP
DMPA
CI si 1 FR CV (TEV ou TEA) ou 1 FR métabolique
CI si 1 FR CV (TEV ou TEA) ou 1 FR métabolique ou 1 FR ostéoporose
Méthodes barrières
Méthodes naturelles
Stérilet au Cu
Vasectomie Ligature tubaire
+ n°1 R/ méno-métrorragies, protection endométriale avec un THS, régularisation cycles, ↘ douleurs
- spotting, hyperandrogénie
CI : infection col/utérus/trompes < 3 mois, malformation utérine, K endomètre, maladie trophoblastique
+ ↘ saignements, ↘ douleurs, régularisation cycles
- spotting
CI : certains R/ antiépileptiques, mutation BRCA 1 ou 2
+ ↘ saignements, ↘ douleurs, régularisation cycles
- spotting, hyperandrogénie
CI : certains R/ antiépileptiques, mutation BRCA 1 ou 2
+ ↘ saignements, ↘ douleurs, régularisation cycles, améliore la densité osseuse, protection K endomètre, ovaire, colorectal, ↘ ∑ périménopause
- ↗ risque TEA, TEV, K sein, K col, dyslipidémie, affection hépatobiliaire (+ ES liés aux OE ex tension mammaire)
CI : mutation BRCA 1 ou 2, certains R/ antiépileptiques
+ ↘ saignements, ↘ douleurs, ↘ risque K endomètre et ovaire
- ↘ densité osseuse, spotting, retour décalé à la fertilité, ↗ glycémie, ↗ TEV, ↗ poids, possible ↗ K col
CI : mutation BRCA 1 ou 2
A déconseiller, encore moins précis en périménopause car cycles irréguliers
+ contraception d'urgence, ↘ risque K endomètre
- douleurs, ménorragies
CI : infection col/utérus/trompes < 3 mois, malformation utérine, K endomètre, maladie trophoblastique, allergie au cuivre, maladie de Wilson, thrombocytopénie grave

b. Le manque de demande de la part des patientes :

Six médecins (5.3%) déclarent recevoir peu de demande de la part des patientes, 3 médecins (2.6%) nous disent même « à son âge, la patiente sait quoi faire ».
Effectivement, avec l'âge, nos patientes acquièrent de l'expérience mais en périménopause, des changements peuvent apparaître : un divorce, de nouvelles rencontres, des bouffées de chaleur invalidantes, de la sécheresse vaginale… Toutes sortes de situations parfois inédites et pour lesquelles nous avons un rôle à jouer. Pour rappel, plus on s'intéresse au sujet, plus on met en lumière des difficultés que les patientes n'expriment pas spontanément. Selon l'article de Kurt April [14], 90% des patients interrogés auraient aimé que leur MG réalise une anamnèse sexuelle et ce même lors de la première consultation pour 60% d'entre eux. Dès lors, pourquoi ne pas profiter d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance par exemple pour poser des questions sur la contraception et entamer par ce biais une discussion sur la santé sexuelle globale de la patiente ? C'est d'ailleurs ce que font 29.4% des médecins interrogés qui n'hésitent pas à aborder le sujet lors d'une consultation pour un tout autre motif.

> Les médecins souhaitent investir du temps afin d'en apprendre plus sur le sujet. Ce qui les freine dans la gestion de la contraception en périménopause est en 1er lieu le **manque de connaissance.**

Qui devrait s'occuper de la gestion de la contraception en périménopause ?

La majorité des médecins interrogés, soit 73.5%, souhaitent que cette gestion se fasse en **collaboration** avec les gynécologues. En considérant uniquement les médecins travaillant en solo, cette proportion monte même à 95.8%. Par contre, au sein des maisons médicales, il existe une plus grande proportion de médecins qui aimeraient gérer seuls cette contraception. Ils sont en effet 35.5% contre 12.5% au sein des association de médecins et 0% pour la pratique en solo.

L'hypothèse qui peut être émise est que les médecins travaillant en maison médicale ont plus de temps disponible (charge administrative moindre, partage des tâches…).

> 73.5% des médecins souhaitent que la gestion de la contraception en périménopause se fasse en collaboration avec les gynécologues.

Biais

1. Erreur d'échantillonnage :

Le questionnaire a été distribué uniquement en ligne, ce qui pourrait constituer un biais de sélection. En effet, les médecins de plus de 60 ans sont sous-représentés dans l'échantillon, peut-être parce qu'ils sont moins familiers avec le maniement d'internet.

Aucun contact direct n'a eu lieu avec les médecins, l'URL du questionnaire a simplement été envoyée par mail, de façon impersonnelle. Les médecins qui ont pris le temps de participer à l'enquête avaient probablement déjà un intérêt particulier pour le sujet. Ce biais aurait pu être réduit si un contact avait été établi au préalable, rendant la possibilité d'un refus de participation moins évidente.

2. Difficulté de recrutement :

Idéalement, l'échantillon devrait être composé de minimum 385 individus, il n'en compte que 113. Les résultats de l'étude ont donc peu de poids d'un point de vue purement statistique. Même si l'enquête donne un aperçu de l'opinion et des connaissances des médecins généralistes, il n'est pas certain qu'elle représente l'avis de la population dans son ensemble.

3. Erreur d'observation :

Le questionnaire étant distribué en ligne, les médecins se sont retrouvés seuls face aux questions. Aucune information complémentaire n'a peu leur être fournie, ils n'ont pas pu demander de précision si la compréhension d'une question leur posait problème.
D'un autre côté, cette anonymisation a peut-être permis d'obtenir des réponses plus franches, moins influencées par « l'envie de bien faire » ou la relation établie entre l'enquêteur et le répondant.

Conclusion

Un des objectifs de ce travail sur la gestion de la contraception en périménopause est de quantifier le **degré de maîtrise du sujet** en médecine générale. Le score moyen obtenu au quizz est de 6.1/10, les connaissances des médecins interrogés sont donc suffisantes. Ce score se base sur un quizz comportant dix questions en lien avec ce que j'ai jugé essentiel à retenir. Il est certainement insuffisant pour explorer en profondeur les connaissances des médecins mais en donne un aperçu.

Le second objectif de ce travail est de définir **l'intérêt porté** par le sujet auprès des médecins généralistes. Quatre-vingt pourcent des médecins interrogés estiment le sujet important dans la prise en charge globale de la santé de leurs patientes. Ils sont 73.5% à vouloir s'en occuper en collaboration avec les gynécologues. La principale raison qui empêche les médecins d'aborder le sujet en consultation est leur manque de connaissance. D'ailleurs, 94.7% d'entre eux sont demandeurs de formations spécifiques, de documents d'aide à la consultation ou d'articles de synthèse. Au vu de ces résultats, j'ai réalisé un algorithme afin de faciliter le choix du contraceptif ainsi qu'une ligne du temps aidant à déterminer à quel moment il doit être arrêté. Il serait intéressant de soumettre ces documents aux médecins généralistes afin d'en évaluer leur utilité en pratique et de les améliorer au besoin.

Les médecins évoquent également un manque de demande de la part des patientes. Cependant, l'étude a montré que s'intéresser au sujet et poser des questions aux femmes permet de mettre en lumière des difficultés qu'elles n'expriment pas spontanément. Pour ouvrir le dialogue, il faut se sentir à l'aise avec le sujet mais seuls 42.4% des médecins interrogés se sentent en confiance. Le médecin généraliste a pourtant un rôle à jouer dans la gestion de la contraception en périménopause. Les femmes de plus de 40 ans voient moins régulièrement leur gynécologue. Elles sont par contre plus susceptibles de consulter leur médecin généraliste pour le suivi de pathologies dont l'incidence augmente avec l'âge. Le médecin connait les antécédents personnels de ses patientes mais également les antécédents familiaux puisqu'il s'agit d'un « médecin de famille ». Il soigne souvent plusieurs personnes apparentées et ses connaissances peuvent s'avérer indispensables dans le choix du contraceptif le plus adapté. Une relation de confiance s'établit également entre un médecin et ses patients au fil des ans. Il est le mieux placé pour discuter de sujets essentiels mais qui peuvent sembler délicats, comme la santé sexuelle.

Entamer une discussion sur le sujet de la contraception chez les patientes de plus de 40 ans peut également servir de porte d'entrée pour une prise en charge plus complète. Il s'agit d'une occasion pour le médecin d'aborder les facteurs de risque cardio-vasculaires et métaboliques, de s'intéresser à la qualité de vie en général, etc. A l'université, les étudiants en médecine apprennent surtout à répondre à une demande, à diagnostiquer et à traiter une pathologie. La pratique d'une **médecine globale** est un sujet très peu abordé, il est pourtant essentiel en médecine générale. Cette vision des choses peut s'acquérir progressivement avec les années de pratique. Cependant, les sociétés scientifiques comme la SSMG par exemple, pourraient profiter d'un thème comme celui abordé dans ce TFE pour promouvoir cette médecine globale et insister sur son importance.

Au travers de ce travail, seul l'avis des médecins généralistes a été recueilli. L'avis des patientes a été négligé, il pourrait pourtant apporter un éclairage nouveau. Il serait également très intéressant de soumettre ce même questionnaire aux gynécologues et de comparer les résultats. Les médecins généralistes souhaitent collaborer avec les gynécologues, du moins en ce qui concerne la gestion de la contraception en périménopause. Or, dans la pratique, les contacts entre ces deux professions semblent rares. Les gynécologues souhaitent-ils eux aussi collaborer avec les médecins généralistes ? Si oui, comment pourrait-on améliorer la communication entre ces deux spécialités ?

En conclusion, j'espère avoir attiré l'attention des médecins généralistes sur ce thème. Je souhaite qu'ils puissent aborder plus librement et plus aisément le sujet de la contraception avec les femmes de plus de 40 ans. Pas ce biais, un dialogue plus général pourrait être entamé en lien avec la santé globale des patientes.

Bibliographie

1. SPF santé publique, Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse. **Rapport bisannuel à l'attention du parlement, 1 janvier 2018 – 31 décembre 2019.** [En ligne]. Bruxelles, février 2021. [Consulté le 10/01/2021]. Disponible sur : Rapport à l'attention du Parlement 1 janvier 2018 – 31 décembre 2019 | Santé Publique (belgique.be)
2. Margaret E. Long, Stephanie S. Faubion, Kathy L. MacLaughlin, Sandhya Pruthi, and Petra M. Casey. **Contraception and Hormonal Management in the Perimenopause.** Journal of women's health. [En ligne]. 2014. [Consulté le 29/12/2020]. Jan;24(1):3-10. Disponible sur : Contraception and hormonal management in the perimenopause - PubMed (nih.gov)
3. A. Linton, A. Golobof & L. P. Shulman. **Contraception for the perimenopausal woman**. Climacteric : the journal of the International Menopause Society. [En ligne]. 2016. [Consulté le 29/12/2020]. Dec;19(6):526-534. Disponible sur : Contraception for the perimenopausal woman - PubMed (nih.gov)
4. P. Cantero Pérez, J. Klingemann, M. Yaron, N. Fournet Irion, I. Streuli. **Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs.** Revue Médicale Suisse. [En ligne]. 2015. [Consulté le 10/12/2020]. Disponible sur : Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs (revmed.ch)
5. Maureen K. Baldwin, Jeffrey T. Jensen. **Contraception during the perimenopause.** Maturitas. [En ligne]. 2013. [Consulté le 14/07/2020]. Volume 76, issue 3, P 235-242. Disponible sur : Contraception during the perimenopause - Maturitas
6. Moon Kyoung Cho. **Use of Combined Oral Contraceptives in Perimenopausal Women.** Chonnam Medical Journal. [En ligne]. 2018. [Consulté le 29/12/2020]. Sep; 54(3): 153–158. Disponible sur : Use of Combined Oral Contraceptives in Perimenopausal Women (nih.gov)
7. M. Lambert, E. Begon, C. Hocké. **La contraception après 40 ans. RPC Contraception CNGOF.** Gynecol Obstet Fertil Senol. [En ligne]. 2018. [Consulté le 20/07/2020]. Dec;46(12):865-872. Disponible sur : [Contraception for women after 40: CNGOF Contraception Guidelines] - PubMed (nih.gov)
8. Taniqua A. Miller, Rebecca H. Allen, Andrew M. Kaunitz and Carrie A. Cwiak. **Contraception for midlife women: a review**. Menopause : the journal of de north american menopause society. [En ligne]. 2018. [Consulté le 29/12/2020]. Jul;25(7):817-827. Disponible sur : Contraception for midlife women: a review - PubMed (nih.gov)
9. Rebecca H. Allen and Carrie A. Cwiak. **Contraception for midlife women.** Menopause : the journal of de north american menopause society. [En ligne]. 2015. [Consulté le 10/10/2020]. Volume 23 - Issue 1 - p 111-113. Disponible sur : Contraception for midlife women : Menopause (lww.com)
10. Naomi K. Tepper, Emily M. Godfrey, Suzanne G. Folger, Maura K. Whiteman, Polly A. Marchbanks and Kathryn M. Curtis. **Hormonal Contraceptive Use Among Women of Older Reproductive Age : Considering Risks and Benefits.** Journal of Women's health. [En ligne]. 2018. [Consulté le 09/10/2020]. Apr;27(4):413-417. Disponible sur : Hormonal Contraceptive Use Among Women of Older Reproductive Age: Considering Risks and Benefits - PubMed (nih.gov)

11. J. Bitzer. **Overview of perimenopausal contraception.** Climacteric : the journal of the International Menopause Society. [En ligne]. 2019. [Consulté le 10/10/2020]. Feb;22(1):44-50. Disponible sur : Overview of perimenopausal contraception - PubMed (nih.gov)
12. D. Bateson, K. McNamee. **Perimenopausal contraception : A practice-based approach.** Australian Family Physician. [En ligne]. 2017. [Consulté le 26/06/2020]. Volume 46, No.6, June 2017 Pages 372-377. Disponible sur : RACGP - Perimenopausal contraception: A practice-based approach
13. D. Chung, E. Ferro Luzzi, L. Bettoli Musy, F. Narring. **Contraception et interruption de grossesse.** Revue médicale suisse. [En ligne]. 2015. [Consulté le 10/07/2020]. Disponible sur : Contraception et interruption de grossesse (revmed.ch)
14. April K, Bitzer J. **Santé sexuelle dans la pratique médicale – call to action.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. [En ligne]. 2015. [Consulté le 26/06/2020]. Volume 28, Issue 6, August 2014, Pages 903-915. Disponible sur : The contraception needs of the perimenopausal woman - ScienceDirect
15. Sarah M.R. Hardman, Ailsa E. Gebbie. **The contraception needs of the perimenopausal woman.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. [En ligne]. 2014. [Consulté le 26/06/2020]. Volume 28, Issue 6, August 2014, Pages 903-915. Disponible sur : The contraception needs of the perimenopausal woman - ScienceDirect
16. Erin E. Tracy. **Contraception Menarche to Menopause.** Obstetrics and Gynecology Clinics. [En ligne]. 2017. [Consulté le 29/12/2020]. Volume 44, issue 2, P143-158. Disponible sur : Contraception - Obstetrics and Gynecology Clinics (theclinics.com)
17. G Plu-Bureau, E Sabbagh, J Hugon-Rodin. **Contraception hormonale et risque vasculaire.** Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. [En ligne]. 2018. [Consulté le 05/02/2021]. Volume 46, Issue 12, Pages 823-833. Consulté sur : Contraception hormonale et risque vasculaire. RPC Contraception CNGOF - ScienceDirect
18. Cellule « Santé et Sexualité » de la SSMG. **Guide de prescription clinique, La contraception à chaque étape de la vie.** Juin 2019.
19. Øjvind Lidegaard, Lars Hougaard Nielsen, Charlotte Wessel Skovlund, Finn Egil Skjeldestad, Ellen LØkkegaard. **Risk of venous thromboembolisme from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses : Danish cohort study.** The New England Journal of Medecine. [En ligne]. 2011. [Consulté le 14/03/2021]. 366:2257-2266. Disponible sur : Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception | NEJM
20. Øjvind Lidegaard, Dr. Med. Sci., Ellen Løkkegaard, Ph.D., Aksel Jensen, M.Sc., Charlotte Wessel Skovlund, M.Sc., and Niels Keiding, M.Sc. **Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception.** The New England Journal of Medecine. [En ligne]. 2012. Med 2012; 366:2257-2266. [Consulté le 14/03/2021]. Disponible sur : Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception | NEJM
21. Jenny Brotherston. **Contraception meets HRT.** British Journal of General Practice. [En ligne]. 2015. [Consulté le 10/12/2020]. 65(638): e630–e632. Disponible sur : Contraception meets HRT: seeking optimal management of the perimenopause (nih.gov)
22. AT Bodley-Tickell, B Olowokure, S Bhaduri, DJ White, D Ward, JDC Ross, G Smith, HV Duggal, P Goold. **Trends in sexually transmitted infections (other than HIV) in older people : analysis of data**

from an enhanced surveillance system. BMJ Journal. [En ligne]. 2008. [Consulté le 05/02/2021]. Disponible sur : Sexually Transmitted Infections (STI) | A global journal from BMJ

23. Michel Kalika, Philippe Mouricou, Lionel Garreau. **Le mémoire de master.** 5e édition. Malakoff : éditions Dunod, 2018.

24. Marc Vandercammen, Martine Gauthy-Sinéchal. **Etudes de marchés, méthodes et outils, 4e édition.** Louvain-la-Neuve : éditions De Boeck, 2014 :205-329, 341-431.

25. Marie Lugen, Université Libre de Bruxelles. **Petit guide de méthodologie de l'enquête.** Consulté sur : Petit_guide_de_méthodologie_de_l_enquête.pdf (ulb.ac.be)

Annexes

Annexes en lien avec la recherche bibliographique

1. Syndrome métabolique

Le **syndrome métabolique** est associé à un risque majoré de morbi-mortalité CV et est défini par la présence de 3/5 critères :

- Tour de taille ≥ 80 cm
- Triglycérides > 1.50 g/dl (ou hypertriglycéridémie traitée)
- HDL < 0.50 g/dl
- TA > 130/85 mmHg (ou HTA traitée)
- Glycémie à jeun > 1 g/L (ou DB traité)

Aides à la consultation

1. Indice de Pearl

Tableau 1. Indice de Pearl

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

Efficacité des principales méthodes contraceptives (adapté selon réf.[3]).
Le taux de grossesses provient de populations étudiées aux Etats-Unis.
DIU : dispositif intra-utérin.

Figure 12: tiré de l'article D. Chung, E. Ferro Luzzi, L. Bettoli Musy, F. Narring. (2015). Contraception et interruption de grossesse. Consulté sur : Contraception et interruption de grossesse (revmed.ch).

Rem : des chiffres plus avantageux pourraient être envisagés dans l'utilisation pratique de chaque méthode en ce qui concerne les femmes en périménopause puisque leur fertilité diminue.

2. Résumé des bénéfices et inconvénients de chaque méthode contraceptive

Tableaux inspirés de ceux retrouvés dans l'article D. Chung, E. Ferro Luzzi, L. Bettoli Musy, F. Narring. (2015). **Contraception et interruption de grossesse.** Consulté sur : Contraception et interruption de grossesse (revmed.ch). Ils ont été étoffés et modifiés au cours de mes lectures.

Contraceptifs de longue durée d'action

	Implant sous-cutané progestatif	DIU hormonal	DIU non hormonal
Principe actif	Etonogestrel 68 mg	• 52 mg (Mirena et équivalents) • 13.5 mg (Jaydess)	Cuivre
Mécanisme d'action	• Inhibition de l'ovulation • Epaississement de la glaire cervicale	• Effet corp étranger • Atrophie de l'endomètre • Epaississement de la glaire cervicale • Inhibition de l'ovulation (inconstante)	• Effet corps étranger • Toxicité du cuivre sur les spermatozoïdes et l'ovule
Autre indication		• Ménorragie idiopathique • Protection endométriale lors d'un THS à base d'OE	• Contraception d'urgence
Complications	Locale (douleur, hématome)	• Risque d'expulsion (10% en 3 ans) • Risque de perforation utérine (0.1%) • Risque d'infection (ex salpingite), rare • Echec de mise en place (< 1%)	
Bénéfices	• Diminution des saignements voire aménorrhée • Régularisation des cycles • Diminution des dysménorrhées • Neutre sur le plan vasculaire, métabolique et osseux	• N°1 pour lutter contre les **ménorragies**, diminution de ± 80% des saignements avec possible aménorrhée • Régularisation des cycles • Diminution des dysménorrhées • Neutre sur le plan vasculaire, osseux et métabolique	• Diminution du risque de cancer de l'endomètre
Inconvénients	• Spotting, cycle irrégulier • Pas de diminution des symptômes vasomoteurs et de la sécheresse vaginale Autres : signes d'hyperandrogénie (céphalées, prise pondérale, acné, mastodynie)	• Spotting, cycle irrégulier (surtout les 3 – 6 premiers mois) Autres : signes d'hyperandrogénie (céphalées, acné, mastodynie), augmentation de la masse grasse (sans réelle prise de poids)	• Apparition ou aggravation de ménorragies, risque d'anémie ferriprive. Surtout les 3 – 6 premiers mois • Augmentation ou apparition de dysménorrhées
Contre-indications	Voir tableau « Contraception et situations spécifiques »	Celles des DIU • Grossesse • Saignements vaginaux inexpliqués • Infection col/utérus/trompes en cours ou datant de < 3 mois • Malformation utérine • Cancer de l'endomètre ou du col actif • Maladie trophoblastique	
			• Allergie au cuivre • Maladie de Wilson • Thrombocytopénie grave
Durée d'action	3 ans	3 ans Jaydess 5 ans Mirena	Selon le modèle 3 à 10 ans

Contraceptifs de courte et moyenne durées d'action

	Méthodes hormonales combinées			Méthodes à base de progestatif seul	
	Pilule OP	**Anneau**	**Patch**	**Pilule orale progestative**	**Progestatif injectable**
Principe actif	EE 15 – 50 µg + progestatif (différentes générations)	EE 15 µg + étonogestrel 120 µg	EE 34 µg + norelgestromine 203 µg	Désogestrel 75 µg ou Drospirénone 4 mg	DMPA = acétate de médroxyprogestérone en IM (150 mg) ou SC (104 mg)

Bénéfices	• Diminution des saignements, régularisation des cycles
	• Diminution des dysménorrhées
	• Diminution des migraines (si utilisé en cycle étendu ou en continu)
	• Augmentation de la densité osseuse (sans lien prouvé pour l'instant avec une diminution du risque de fracture)
	• Diminution du risque de cancer :
	  ○ De l'endomètre (± 50%)
	  ○ Des ovaires (± 50%)
	  ○ Colorectal (20 – 30%)
	• Diminution de l'incidence des kystes ovariens fonctionnels
	• Diminution des symptômes vasomoteurs et de la sécheresse vaginale
				• Régularisation des cycles et diminution des saignements
				• Neutre sur le plan vasculaire, métabolique et osseux
					• Aménorrhée dans ± 70% des cas
					• Diminution des dysménorrhées
					• Pas d'augmentation du risque de TEA
					• Protection contre le cancer :
					  ○ De l'endomètre
					  ○ De l'ovaire

Inconvénients	• Augmentation du risque de TEA (co < anneau < patch, indépendant du type de P) • Augmentation du risque de TEV (RR 2.19 à 4.47 en fonction de la dose d'OE et du P, risque plus important avec les P de 3e génération et les P aux propriétés anti-androgéniques) • Augmentation du risque de cancer du sein (controversé) • Augmentation du risque de cancer du col de l'utérus • Dyslipidémie, intolérance au glucose • Affection hépatobiliaire (cholestase) Autres : mastodynie, trouble de l'humeur, nausées, diminution de la libido, céphalées, modification des saignements menstruels dans les 1ers mois, effets locaux (anneau et patch).			• Ne diminue pas les symptômes vasomoteurs et la sécheresse vaginale • Spotting, méno-métrorragies Autres : mastodynie, céphalées, acné, séborrhée, augmentation de la masse grasse (possible prise de poids, moins de 2 kg), dépression	• Diminution de la densité osseuse (réversible, pas de lien prouvé avec une augmentation du risque de fracture) • Spotting • Retour différé de la fertilité (jusqu'à 1 an) • Augmentation de la glycémie avec augmentation du risque de diabète • Augmentation du risque de TEV • Augmentation du risque de cancer du sein (controversé) • Possible augmentation du risque de cancer du col de l'utérus • Prise pondérale (3kg sur 2 ans)
Contre-indications	Voir tableau « Contraception et situations spécifiques »				

3. Contraception et situations spécifiques

Tableau fortement inspiré du guide de prescription clinique de la SSMG : **la contraception à chaque étape de la vie.** Juin 2019. Il a été légèrement modifié au cours de mes lectures.

	OP	**P co**	**Implant P**	**DIU LNG**	**DMPA**	**DIU Cuivre**
Antécédent personnel de TEV						
Antécédent familial 1er degré de TEV						
Immobilisation > 48h						
Varices						
Phlébite superficielle (atcd ou active)						
AVC ou AIT						
HTA 140-159/90-99						
HTA ≥160/≥100						
HTA contrôlée						
Valvulopathie non compliquée						
Valvulopathie compliquée (HTAP, FA, décompensation cardiaque)						
Cardiopathie ischémique						
Migraine avec aura, migraine accompagnée						
Migraine sans aura						
Fumeuse ≥ 35 ans						
Lupus systémique						
Insuffisance rénale sévère						
Diabète sans complication						
Diabète avec complications ou évoluant depuis > 20 ans						
Grossesse						
Allaitement						
Cancer du sein actuel ou de < 5 ans						
Cancer du sein > 5 ans						
Mutation BRCA 1 ou 2						
Adénome hépatique/cirrhose sévère						
Thrombophilie						
Epilepsie						
BMI > 35						

	Inacceptable		Acceptable
	Déconseillé		Recommandé

Une **application** américaine des CDC (Centers of Disease Control and Prevention) regroupant les MEC (Medical Eligibility Criteria for Contracetive Use) et les SPR (Selected Practice Recommandations for Contraceptive Use) est disponible. « US MEC, US SPR, CDC ». Elle est basée sur le même principe que ce tableau.

Enquête quantitative

1. Questionnaire vierge

TFE : gestion de la contraception en périménopause par le médecin généraliste

Bonjour !

Pourriez-vous prendre un peu de votre temps pour répondre au questionnaire que j'ai réalisé dans le cadre de mon TFE ? Celui-ci portera sur la gestion de la contraception en médecine générale lors d'une période particulière de la vie d'une femme ; la périménopause. Pris séparément, "contraception " et "ménopause" sont des sujets bien connus mais qu'arrive-t-il s'ils sont associés ?
Votre participation sera bien entendu anonyme et vous pourrez consulter le correctif du quizz à la fin du questionnaire.

D'avance merci et belle journée !

Blanchart Axelle

*Obligatoire

1. La contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

2. La contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes de 40 ans et plus *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

3. Si vous abordez rarement le sujet en consultation, pourriez-vous en préciser la raison :

Une seule réponse possible.

- ◯ Manque de connaissance
- ◯ Manque de temps
- ◯ Manque d'intérêt pour le sujet
- ◯ Sujet qui nécessite l'avis d'un spécialiste
- ◯ Autre : _____

4. Concernant la contraception chez les femmes de 40 ans et plus *

Une seule réponse possible.

- ◯ Vous en parlez uniquement si le sujet est abordé par la patiente
- ◯ Vous abordez le sujet à l'occasion d'une consultation pour un problème d'ordre gynécologique
- ◯ Vous questionnez spontanément vos patientes même lors d'une consultation pour un autre motif
- ◯ Vous ne discutez pas ou rarement du sujet en consultation

5. Vous-êtes vous déjà renseigné sur le sujet ? Ex : lecture d'articles, discussion entre collègues, avis spécialiste etc. Si oui, veuillez préciser sous quelle forme :

_____

6. Selon vous, la gestion de la contraception en périménopause : *

Une seule réponse possible.

- ◯ Doit se faire par le gynécologue
- ◯ Doit se faire par le médecin généraliste
- ◯ Doit se faire en collaboration entre le gynécologue et le médecin généraliste
- ◯ Autre : _____

7. Durant votre carrière, avez vous été confrontés à des problèmes en lien avec la contraception de vos patientes de plus de 40 ans ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	◯	◯	◯	◯	◯	Très fréquemment

8. Si oui, pourriez-vous citer quelques exemples ?

_____

9. Je me sens tout à fait à l'aise pour conseiller mes patientes de 40 ans et plus sur leur contraception *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

10. Jugeriez-vous ce sujet important dans la prise en charge globale de la santé de vos patientes de plus de 40 ans ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

11. Le choix et la gestion de la contraception chez les patientes de 40 ans et plus doit être réfléchi, j'y accorde une attention particulière

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait d'accord

Quizz connaissance

12. Une contraception doit-elle être maintenue ou proposée chez une femme de 45 ans qui a une vie sexuelle active mais qui commence à avoir des cycles irréguliers ? Notons qu'elle n'a aucun traitement chronique et aucun antécédent de santé particulier. Cochez la bonne réponse : * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Non, le risque de grossesse est quasiment nul
- ◯ Oui mais uniquement une contraception mécanique, à cet âge, les contraceptifs hormonaux sont à déconseiller
- ◯ Oui mais il faut éviter les oestro-progestatif qui sont trop dangereux sur le plan vasculaire
- ◯ Oui et toute option reste envisageable, en concertation avec la patiente

13. Si on considère les femmes ≥ 40 ans en 2019 en Belgique, combien ont pratiqué une IVG (interruption volontaire de grossesse) ? Petit indice, le nombre d'IVG entre 15 – 19 ans a été de 1514. * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Aucune
- ◯ Environ 500
- ◯ Environ 1000
- ◯ Environ 2000

14. Quelle contraception proposer en priorité chez une femme de 47 ans en bonne santé mais qui souffre de bouffées de chaleur invalidantes en lien avec la périménopause ? * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Une pilule progestative
- ◯ Un stérilet au Lévonorgestrel
- ◯ Une pilule oestro-progestative
- ◯ Un stérilet au cuivre

15. Quelle contraception proposer en priorité chez une femme de 47 ans en bonne santé mais qui souffre de ménorragies ? * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Un stérilet au cuivre
- ◯ Une pilule progestative
- ◯ Une pilule oestro-progestative
- ◯ Un stérilet au Lévonorgestrel

16. Les oestro-progestatifs oraux ont un effet bénéfique sur la minéralisation osseuse. * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

17. Les progestatifs oraux et injectables ont un effet neutre sur la minéralisation osseuse. * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

18. Le DIU au Lévonorgestrel peut être poursuivi durant la ménopause et servir de protection endométriale dans le cadre d'un traitement hormonal substitutif à base d'œstrogène * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

19. Sous contraception non hormonale, l'arrêt de la contraception est possible sans risque après 1 an d'aménorrhée ≥ 50 ans ou après 2 ans d'aménorrhée entre 40 – 49 ans * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

20. L'arrêt de la contraception est possible après 55 ans, même s'il persiste des saignements, car le risque de grossesse est quasi nul * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

21. Pour déterminer le moment où une contraception n'est plus utile, on peut se baser sur un dosage unique de la FSH. * 1 point

Une seule réponse possible.

- ◯ Vrai
- ◯ Faux

22. Aimeriez-vous en apprendre plus sur le sujet ? Si oui, sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Article de synthèse
- ☐ Document d'aide à la consultation
- ☐ Formation 1 - 2h (ex webinar)
- Autre : ☐ _____

23. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme
- ◯ Autre

24. Vous avez : *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 30 ans
- ◯ Entre 30 et 39 ans
- ◯ Entre 40 et 49 ans
- ◯ Entre 50 et 59 ans
- ◯ 60 ans et plus

25. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ◯ Assistant(e) en médecine générale
- ◯ Médecin généraliste

26. Votre cabinet se situe : *

Une seule réponse possible.

- ◯ En zone rurale
- ◯ En zone semi-rurale
- ◯ En zone urbaine

27. Vous travaillez : *

Une seule réponse possible.

- ◯ En solo
- ◯ En association avec d'autres médecins généralistes
- ◯ En maison médicale avec paramédicaux
- ◯ En maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues
- ◯ Autre : _____

28. Travaillez-vous dans un centre de planning familial ? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. Avez-vous suivi des formations spécifiques en gynécologie ? Si oui, veuillez en préciser la nature :

_____

2. Réponses au questionnaire (format Excel)

Score	C = sujet fréquent ?	Contraception > 40 = sujet fréquent ?	Pq rarement abordé ?	Abordé	Qui doit s'en occuper ?	Soucis C > 40 ?	Confiance	Importa nt	Attention	Sexe	Age	Assit/MG	Zone	Pratique	Planning
7	5	4		Consult gynéco	Collaboration	3	3	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	4	3	Peu de demandes	Consult gynéco	Collaboration	4	4	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
3	5	5		Spontanément	Collaboration	5	2	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Oui
4	5	3	Manque de connaissance	Spontanément	Collaboration	3	3	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	4		Si abordé	Collaboration	4	4	5	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
7	5	5		Spontanément	Collaboration	3	5	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Oui
7	4	3	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	4	2	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	2	Manque de connaissance	Pas ou rare	Collaboration	1	2	5	3	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	2	2	Peu de demandes	Si abordé	Collaboration	1	1	4	2	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	4	1	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	1	1	5	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	5	3		Consult gynéco	Collaboration	2	3	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non

5	3	1	Manque d'intérêt pour le sujet	Consult gynéco	MG	3	2	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
4	2	1	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	1	1	3	4	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
4	2	1	Manque de connaissance	Consult gynéco	Collaboration	2	1	5	2	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
6	4	3	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	3	3	4	3	Un homme	Moins de 30 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues	Non
3	4	3		Si abordé	Collaboration	1	3	4	5	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En solo	Non
7	5	3	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	5	4	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	5	4		Consult gynéco	Collaboration	2	4	5	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	4	2	Sait quoi faire	Consult gynéco	Selon souhait patiente	2	4	3	3	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	1		Consult gynéco	Collaboration	2	3	4	3	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
2	4	3		Si abordé	MG	2	4	5	4	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	5	4		Consult gynéco	Collaboration	2	3	4	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	5	4		Consult gynéco	Collaboration	2	4	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
7	3	2	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	2	2	4	3	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
4	5	5		Spontanément	Collaboration	4	4	4	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non

7	4	3	Moins d'intérêt car vie sexuelle moins active	Si abordé	Collaboration	2	3	5	3	Un homme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En solo	Non
5	5	3	Peu de demandes	Si abordé	Collaboration	1	2	4	4	Une femme	Moins de 30 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	5	3		Si abordé	Collaboration	2	2	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	3	3	Manque de temps	Si abordé	Collaboration	2	4	5	4	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
8	4	3	Manque de connaissance	Consult gynéco	Collaboration	2	2	4	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
10	4	2	Manque de temps	Spontanément	MG et/ou gynéco	4	4	5	4	Une femme	Moins de 30 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
9	4	4		Spontanément	Collaboration	2	4	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
4	5	5		Spontanément	Collaboration	2	3	4	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
7	4	3	Manque de temps	Spontanément	Collaboration	4	3	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Oui
6	3	2	Peu de demandes	Si abordé	Collaboration	3	5	5	5	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
5	5	2	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	2	2	5	5	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	5	5		Spontanément	MG	4	5	5	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	3	2	Manque de connaissance	Si abordé	Gynéco	1	1	4	2	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non

5	5	5		Spontanément	Collaboration	3	4	5	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	5	4		Spontanément	Collaboration	4	4	5	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
4	4	4		Consult gynéco	Gynéco	3	2	3	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	4	3	Manque de connaissance	Consult gynéco	Collaboration	2	3	5	4	Un homme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	5	5		Spontanément	Collaboration	4	4	5	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
9	4	5		Spontanément	MG	2	5	4	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	3	2	Suivi par gynéco	Consult gynéco	Collaboration	3	4	4	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	3	3	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	3	2	4	4	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	5	5		Consult gynéco	Collaboration	4	3	4	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	3	2	Manque d'intérêt pour le sujet	Si abordé	Collaboration	3	2	4	2	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	5	5		Consult gynéco	Collaboration	2	5	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
3	2	1	Suivi par gynéco	Pas ou rare	Gynéco	3	1	5	1	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	2	2	Manque de temps	Si abordé	Collaboration	2	2	5	3	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
6	3	2		Si abordé	MG	1	2	5	3	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non

6	4	4	Pas opportun dans la consultation	Consult gynéco	MG	3	2	5	3	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	5	4		Consult gynéco	MG ou gynéco	4	4	3	3	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	3	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	4	3	4	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Oui
7	2	2	Peu de demandes	Si abordé	Collaboration	2	4	3	3	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	1	1	Manque d'intérêt pour le sujet	Si abordé	Collaboration	1	2	3	2	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
5	4	4		Spontanément	MG	3	4	4	4	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	2	1	Manque d'intérêt pour le sujet	Si abordé	Gynéco	2	2	3	2	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	5	5		Spontanément	Collaboration	4	5	5	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	3	2	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	2	1	5	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
6	5	4		Spontanément	Collaboration	3	5	5	5	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
5	5	5		Si abordé	Collaboration	5	3	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En solo	Non
8	5	5		Spontanément	MG	3	3	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
8	5	5		Spontanément	MG	5	5	5	4	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non

5	5	5		Spontanément	MG	3	4	4	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	3	3	Sait quoi faire	Si abordé	Gynéco	3	3	3	3	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	3	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	2	3	5	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	3	3	Manque de connaissance	Si abordé	Gynéco	1	3	4	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	3	2	Peu de demandes	Consult gynéco	MG	5	5	5	5	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	4	4		Spontanément	MG	4	4	4	4	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	4	4		Spontanément	Collaboration	2	3	5	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	5	5		Spontanément	MG	4	4	5	5	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	4	4		Spontanément	Collaboration	1	4	4	4	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
10	5	5		Spontanément	Collaboration	4	4	4	3	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	4	5		Spontanément	MG ou gynéco	5	4	5	5	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	Avec mon mari	Non
8	3	2	Pas dans les habitudes	Si abordé	Selon souhait patiente	3	3	3	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
6	5	1	Peu de demandes	Si abordé	Collaboration	2	4	4	5	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	4	4		Spontanément	MG	4	3	4	4	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non

7	4	4		Consult gynéco	Collaboration	3	3	5	5	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Oui
3	3	3		Si abordé	Collaboration	3	4	4	2	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	3	3		Consult gynéco	Collaboration	3	4	4	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Oui
6	3	3	Manque de temps et manque d'intérêt	Si abordé	Collaboration	4	3	3	3	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	5	3		Spontanément	Collaboration	1	2	4	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	5	5		Spontanément	Collaboration	2	4	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En solo	Non
3	3	3		Consult gynéco	Collaboration	1	3	3	3	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
5	3	3	Patientèle vieillissante	Pas ou rare	Collaboration	2	3	4	4	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	5	3		Consult gynéco	MG	2	5	5	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	3	2	Manque d'intérêt pour le sujet	Si abordé	Collaboration	2	3	2	2	Un homme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
5	4	4		Si abordé	MG	5	3	5	5	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
8	4	3		Consult gynéco	MG	4	4	5	4	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	5	4		Spontanément	Collaboration	4	4	5	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
6	4	3	Suivi par gynéco	Consult gynéco	Collaboration	4	2	4	4	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non

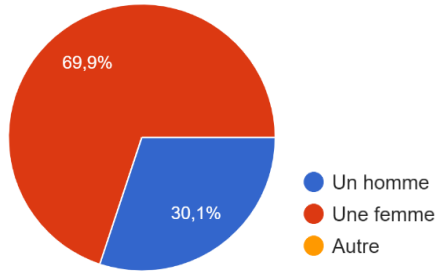
4	4	4		Si abordé	Collaboration	2	3	3	4	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
9	4	3	Manque de connaissance	Consult gynéco	Collaboration	4	2	5	3	Une femme	Entre 40 et 49 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	5	5		Si abordé	Collaboration	3	4	5	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	5	5		Consult gynéco	MG	5	5	5	5	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Oui
6	4	3		Si abordé	Collaboration	2	3	4	4	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
5	5	4		Consult gynéco	Collaboration	3	4	4	4	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	5	3		Si abordé	MG et/ou gynéco	1	1	5	3	Une femme	Moins de 30 ans	Assistant(e) en médecine générale	En zone semi-rurale	En maison médicale avec paramédicaux	Non
8	4	2	Manque de temps	Si abordé	Collaboration	2	3	4	4	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
8	5	5		Spontanément	Collaboration	4	3	5	5	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
7	4	2	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	3	3	5	4	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	2	2	Pas opportun dans la consultation	Si abordé	Collaboration	1	1	5	3	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En maison médicale avec paramédicaux	Non
4	4	3	Manque de connaissance	Spontanément	Collaboration	3	2	5	5	Une femme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
5	3	3		Spontanément	Collaboration	3	4	4	4	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
6	5	4		Consult gynéco	Collaboration	4	2	4	4	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non

7	4	4		Consult gynéco	Collaboration	4	4	4	4	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Oui
5	3	4	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	4	3	5	4	Une femme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En solo	Non
7	5	5		Spontanément	Collaboration	3	4	4	4	Un homme	60 ans et plus	Médecin généraliste	En zone urbaine	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
4	3	2	Manque de temps	Consult gynéco	Collaboration	2	4	5	4	Un homme	Entre 30 et 39 ans	Médecin généraliste	En zone semi-rurale	En association avec d'autres médecins généralistes	Non
7	4	3		Consult gynéco	Collaboration	3	4	4	4	Une femme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone rurale	En solo	Non
5	4	3	Manque de connaissance	Si abordé	Collaboration	4	3	5	4	Un homme	Entre 50 et 59 ans	Médecin généraliste	En zone urbaine	En solo	Non

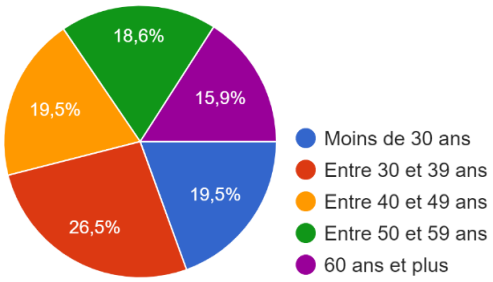
3. Réponses au questionnaire (résumé)

3.1. Données sociodémographiques

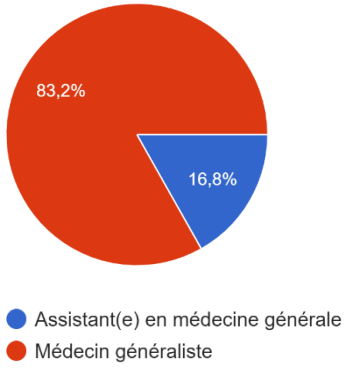
a. Sexe



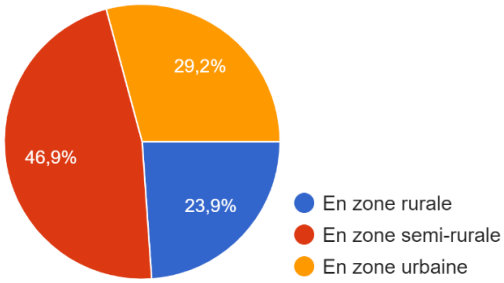
b. Age



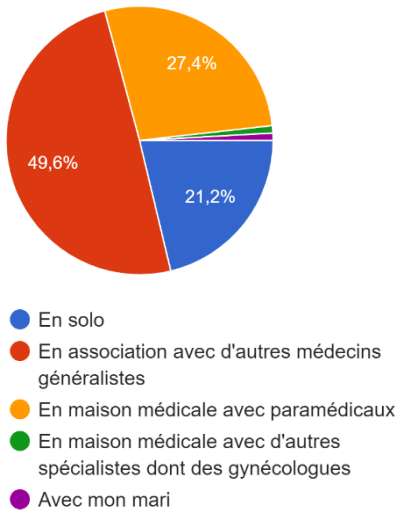
c. Statut



d. Lieu de pratique

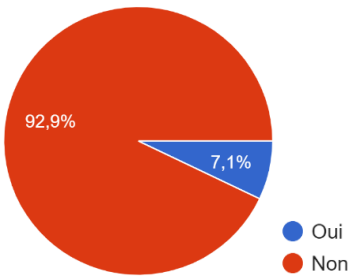


e. Style de pratique



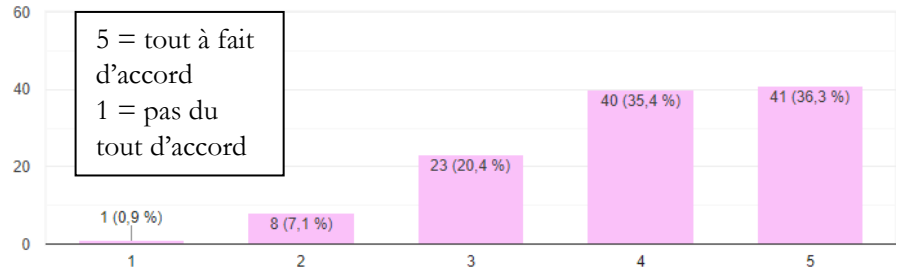
f. Planning familial

Travaillez-vous au sein d'un centre de planning familial ?

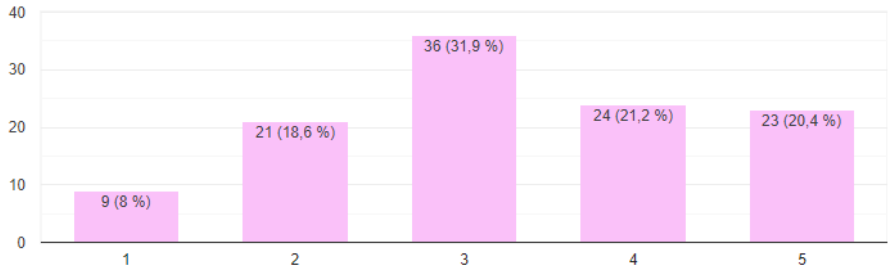


4. Recueil d'opinion

Intérêt, question 1 : la contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes.



Intérêt, question 2 : la contraception est un sujet que j'aborde souvent avec mes patientes de 40 ans et plus.



Intérêt, question 3 : si vous abordez rarement le sujet en consultation, pourriez-vous en préciser la raison.

- Manque de connaissance (18 MG, 15.9%).
- Manque de temps (12 MG, 10.6%).
- Manque d'intérêt pour le sujet (6 MG, 5.3%).
- Autre :
    - Peu de demande de la part des patientes (6 MG, 5.3%).
    - Suivies par le gynécologue (4 MG, 3.5%).
    - A son âge, la patiente sait quoi faire (3 MG, 2.6%).
    - Pas toujours opportun dans la consultation (3 MG, 2.6%).
    - Patientes trop âgées (ménopause, patientèle vieillissante) (2 MG, 1.8%).
    - Contraception définitive (ligature) (1 MG, 0.9%).
    - Moins d'intérêt à en parler car vie sexuelle moins active avec l'âge (1 MG, 0.9%).
    - Pas dans les habitudes (1 MG, 0.9%).

<u>Intérêt, question 4</u> : concernant la contraception chez les femmes de 40 ans et plus

<u>Intérêt, question 5</u> : vous êtes-vous déjà renseigné sur le sujet ?

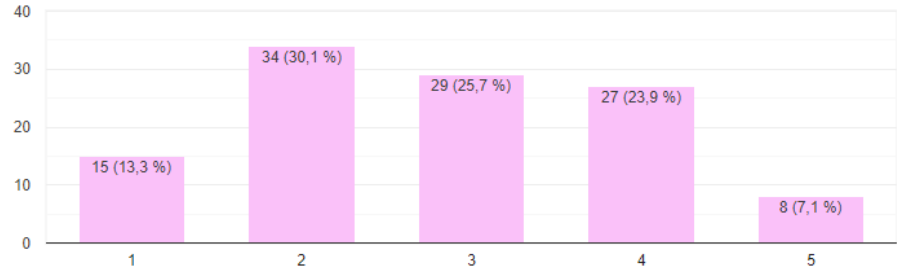
62 MG sur 113 ont répondu par l'affirmative, soit 54.9% (ils ont parfois cité plusieurs sources d'information) :

- SSMG (3 MG)
- Articles (25 MG)
- TFE (1 MG)
- Avis spécialiste (9 MG)
- Formations (séminaires, colloques, formations continue, webinar) (19 MG)
- Discussion entre collègues (10 MG)
- Planning familial (2 MG)
- Cbip / farmaka (1 MG)
- Délégués (1 MG)

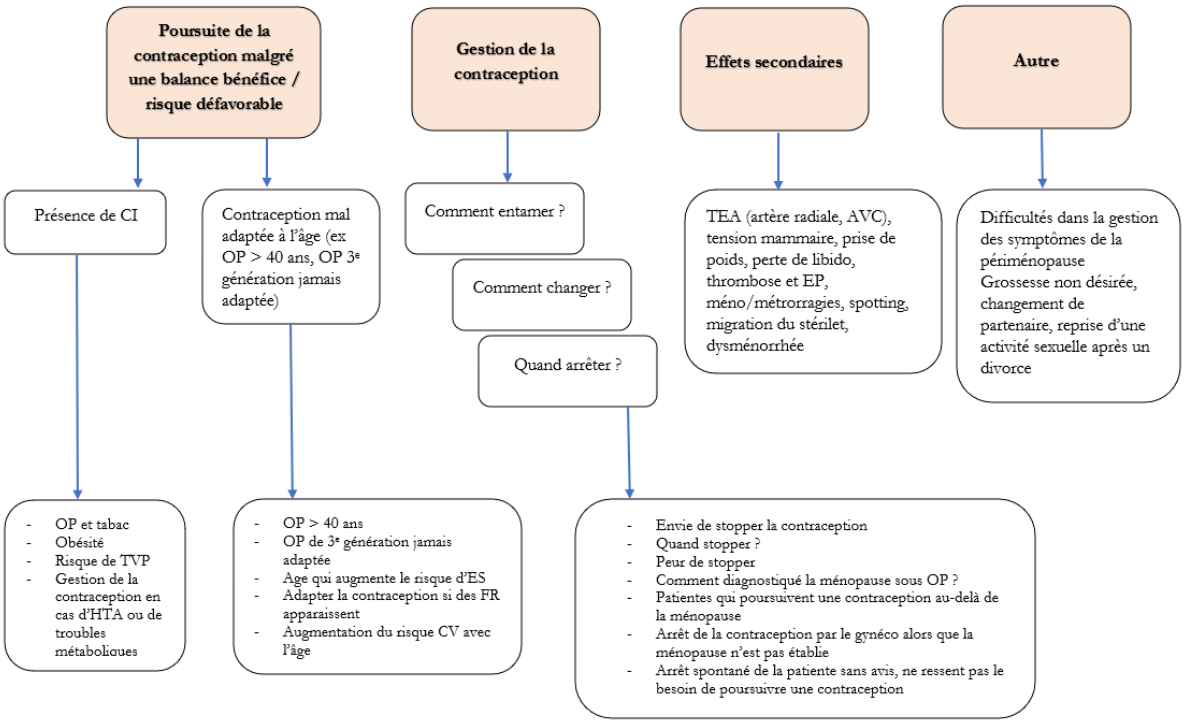
<u>Intérêt, question 6</u> : selon vous, la gestion de la contraception en périménopause doit se faire :

- En collaboration entre le gynécologue et le MG (83 MG, 73.5%)
- Par le MG (18 MG, 15.9%)
- Par le gynécologue (6 MG, 5.3%)
- Autre ex MG et/ou gynécologue, MG ou gynécologue, selon le souhait de la patiente (6 MG, 5.3%

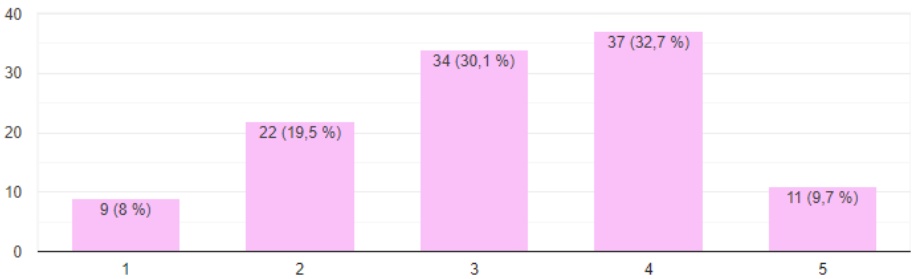
<u>Intérêt, question 7</u> : durant votre carrière, avez-vous été confronté à des problèmes en lien avec la contraception de vos patientes de plus de 40 ans ?



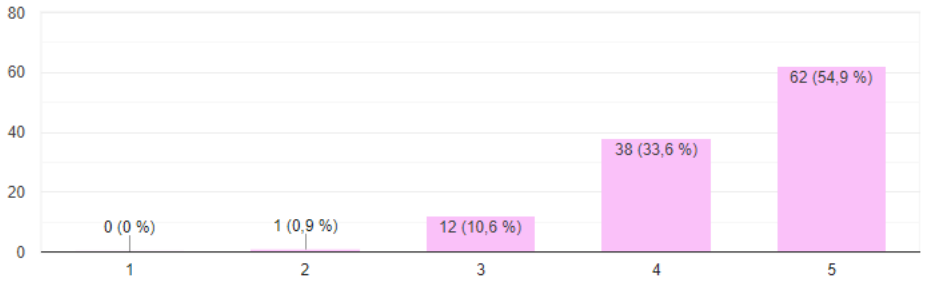
<u>Intérêt, question 8</u> : si oui, pourriez-vous citer quelques exemples ?



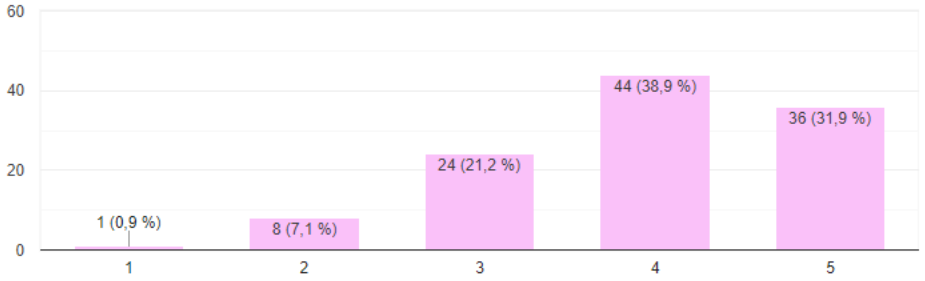
<u>Intérêt, question 9</u> : je me sens tout à fait à l'aise pour conseiller mes patientes de 40 ans et plus sur leur contraception.



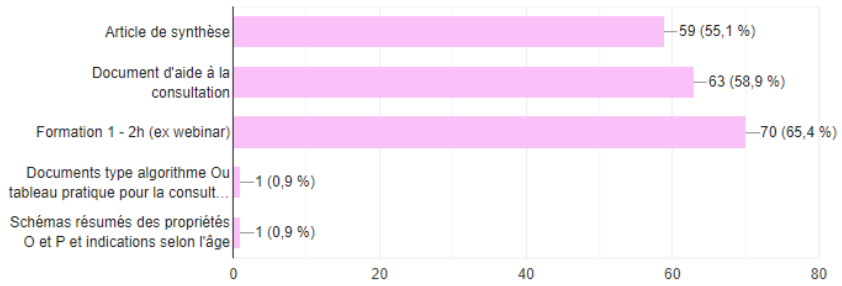
<u>Intérêt, question 10</u> : jugeriez-vous ce sujet important dans la prise en charge globale de la santé de vos patientes de plus de 40 ans ?



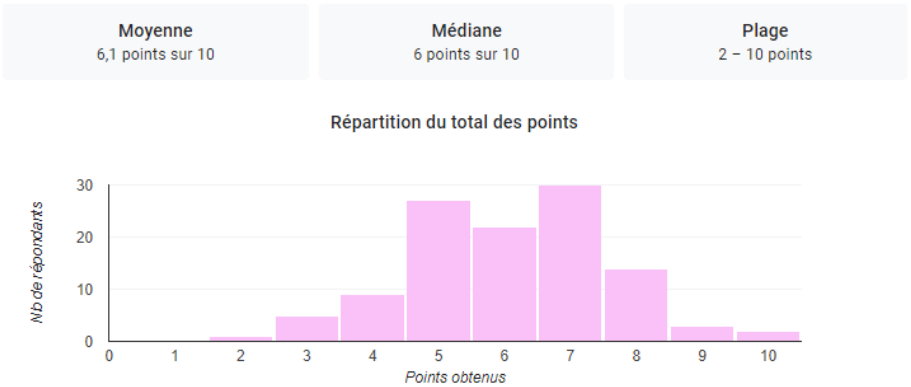
<u>Intérêt, question 11</u> : le choix et la gestion de la contraception chez les patientes de 40 ans et plus doit être réfléchi, j'y accorde une attention particulière.



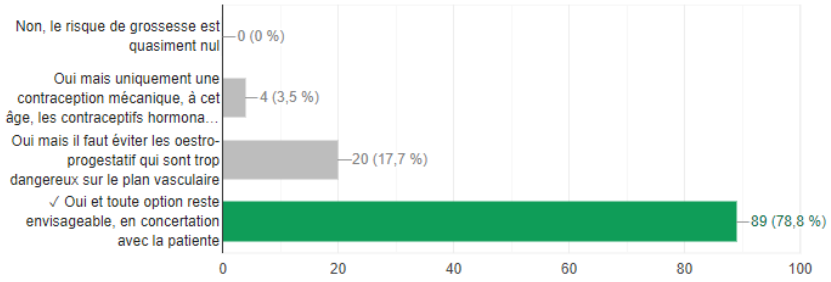
<u>Intérêt, question 12</u> : aimeriez-vous en apprendre plus sur le sujet ? Si oui, sous quelle forme ? (Plusieurs réponses possibles).



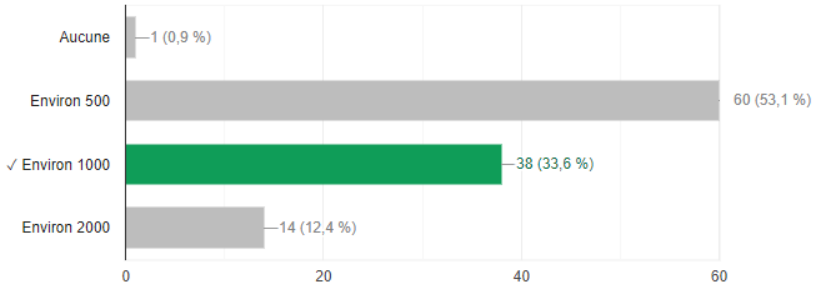
5. Résultats du quizz



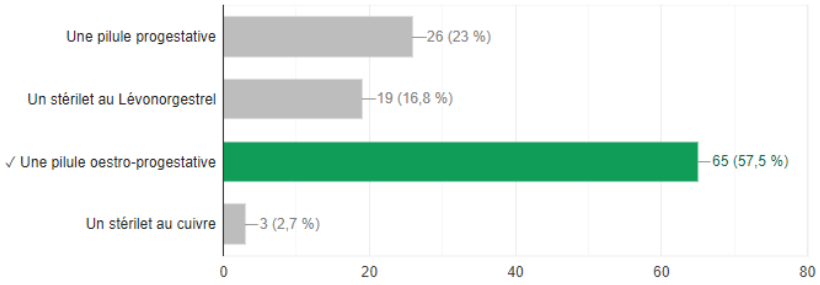
Quizz, question 1 : une contraception doit-elle être maintenue ou proposée chez une femme de 45 ans qui a une vie sexuelle active mai qui commence à avoir des cycles irréguliers ? Notons qu'elle n'a aucun traitement chronique et aucun antécédent de santé particulier. Cochez la bonne réponse :



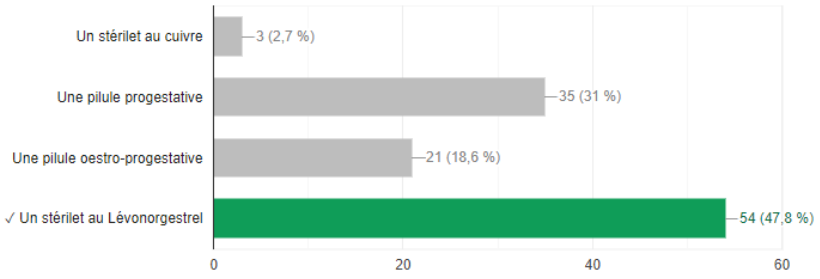
Quizz, question 2 : si on considère les femmes ≥ 40 ans en 2019 en Belgique, combien ont pratiqué une IVG ? Petit indice, le nombre d'IVG entre 15 – 19 ans a été de 1514.



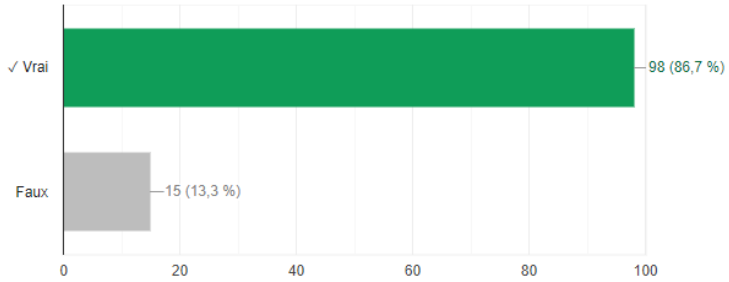
Quizz, question 3 : quelle contraception proposer en priorité chez une femme de 47 ans en bonne santé mais qui souffre de bouffées de chaleur invalidantes en lien avec la périménopause ?



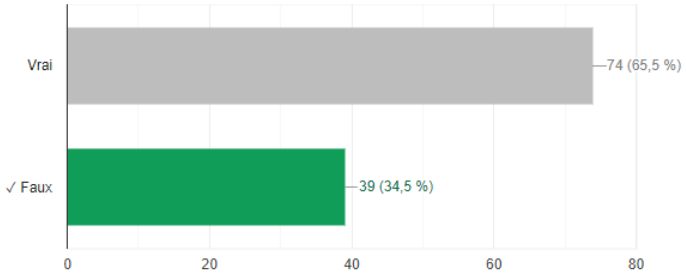
Quizz, question 4 : quelle contraception proposer en priorité chez une femme de 47 ans en bonne santé mais qui souffre de ménorragies ?



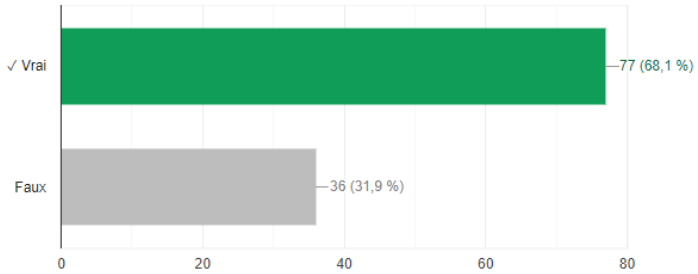
Quizz, question 5 : les oestro-progestatifs ont un effet bénéfique sur la minéralisation osseuse.



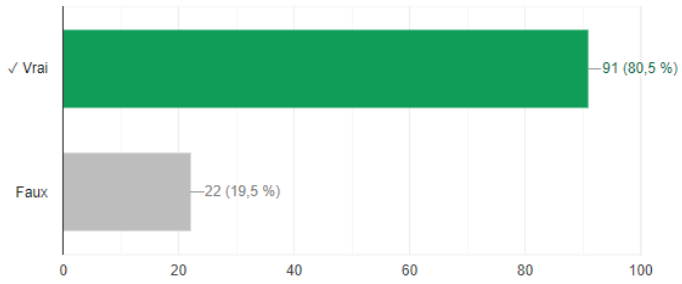
Quizz, question 6 : les progestatifs oraux et injectables ont un effet neutre sur la minéralisation osseuse.



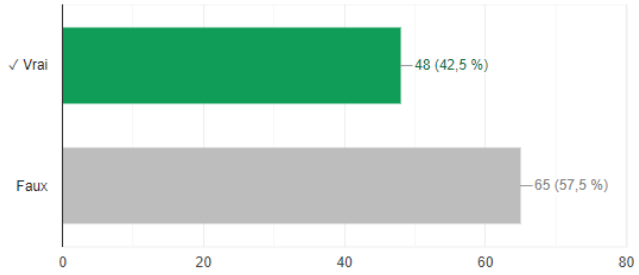
Quizz, question 7 : le DIU au Lévonorgestrel peut être poursuivi durant la ménopause et servir de protection endométriale dans le cadre d'un traitement hormonal substitutif à base d'œstrogène.



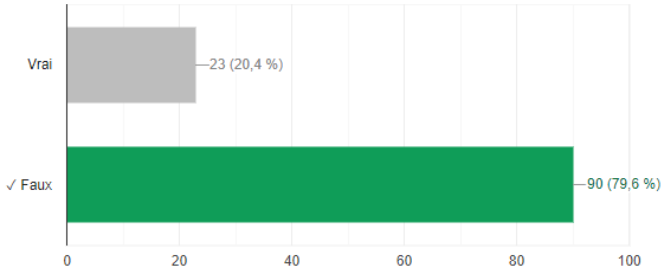
Quizz, question 8 : sous contraception non hormonale, l'arrêt de la contraception est possible sans risque après 1 an d'aménorrhée ≥ 50 ans ou après 2 ans d'aménorrhée entre 40 – 49 ans.



Quizz, question 9 : l'arrêt de la contraception est possible après 55 ans, même s'il persiste des saignements, car le risque de grossesse est quasi nul.



Quizz, question 10 : pour déterminer le moment où une contraception n'est plus utile, on peut se baser sur un dosage unique de FSH.



6. Analyse statistique

6.1. Cadastre SPF santé 2019

Territoire	Total	Femme	Homme	Moins 30	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +
Belgique	18751	8.433	10.318	2.879	2.861	2.398	3.051	7.562
Région flamande	10339	4.564	5.775	1.479	1.671	1.412	1.768	4.009
Région wallonne	6468	2.900	3.568	1.064	856	757	1.004	2.787
Région de Bruxelles Capitale	1944	969	975	336	334	229	279	766
Région wallonne + Bruxelles	8412	3869	4543	1400	1190	986	1283	3553
Pourcentage du total région wallonne et Bruxelles		46%	54%	17%	14%	12%	15%	42%

6.2. Résultats non significatifs

Quand abordez-vous le sujet ?	Score, moyenne :	Participants
Spontanément	6,18	33
Consult gynéco	6,30	37
Si abordé	5,93	40
Pas ou rare	5,00	3
Total	**6,10**	**113**

Tableau 25 : test ANOVA, p value 0.44

Qui doit gérer la contraception ?	Score, moyenne :	Participants
Collaboration	6,07	83
Gynéco	5,00	6
MG	6,11	18

Tableau 26 : t Student entre collaboration et MG p value : 0,921. T Student entre coll et gynéco, p value 0.082. T Student entre gynéco et MG, p value 0.180

Degré de confiance	Homme	Femme	Total
1	3,00	5,88	5,56
2	6,29	5,73	5,91
3	5,42	6,27	5,97
4	5,75	6,56	6,30
5	5,50	6,89	6,64
Total	**5,65**	**6,29**	**6,10**

Tableau 27 : test de Spearman pour les hommes, p value 0.89

	Score, moyenne :	Participants
Assistant(e)s	6,05	19
MG	6,11	94
Total	**6,10**	**113**

Tableau 28 : t Student, p value 0.89

	Score, moyenne :	Participants
Zone rurale	5,78	27
Zone semi-rurale	6,17	53
Zone urbaine	6,24	33
Total	**6,10**	**113**

Tableau 29 : ANOVA, p value 0.39

	Score, moyenne :	Participants
Association avec d'autres MG	6,05	56
Maison médicale avec paramédicaux	6,29	31
Solo	6,00	24

Tableau 30 : ANOVA, p value 0.74

Planning ?	Score, moyenne :	Participants
Non	6,09	105
Oui	6,25	8
Total	**6,10**	**113**

Tableau 31 : t Student, p value 0.77

Quand abordez-vous le sujet ?	Sujet fréquent > 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Pas ou rare	2,00	3
Si abordé	2,60	40
Consult gynéco	3,16	37
Spontanément	4,33	33
Total	**3,27**	**113**

Tableau 32 : Kruskal Wallis, p value 3.75

Sujet fréquent > 40 ans ?	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
1	1,89	9
2	2,76	21
3	3,00	36
4	3,46	24
5	4,00	23
Total	**3,17**	**113**

Tableau 33 : test de Spearman, p value 5

Sujet important ?	Sujet fréquent > 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
2	2,00	1
3	2,50	12
4	3,32	38
5	3,42	62
Total	**3,27**	**113**

Tableau 34 : test de Spearman, p value 0.06

	Sujet fréquent > 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Zone rurale	2,81	27
Zone semi-rurale	3,43	53
Zone urbaine	3,39	33
Total	**3,27**	**113**

Tableau 35 : Kruskal Wallis, p value 0.081

Planning ?	Sujet fréquent > 40 ans ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Non	3,22	105
Oui	4,00	8
Total	**3,27**	**113**

Tableau 36 : Mann Whitney, p value 0.079

Quand abordez-vous le sujet ?	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Pas ou rare	2,00	3
Si abordé	2,65	40
Consult gynéco	3,27	37
Spontanément	3,79	33
Total	**3,17**	**113**

Tableau 37 : Kruskal Wallis, p value 3.54

Quand abordez-vous le sujet ?	Homme	Femme	Participants
Pas ou rare	2	1	3
Si abordé	16	24	40
Consult gynéco	10	27	37
Spontanément	6	27	33
Total	**34**	**79**	**113**

Tableau 38 : test exact de Fisher, p value 0.095

Quand abordez-vous le sujet ?	Assistant(e)	MG	Participants
Pas ou rare	1	2	3
Si abordé	10	30	40
Consult gynéco	6	31	37
Spontanément	2	31	33
Total	**19**	**94**	**113**

Tableau 39 : test exact de Fisher, p value 0.098

Quand abordez-vous le sujet ?	Zone rurale	Zone semi-rurale	Zone urbaine	Participants
Pas ou rare	1	1	1	3
Si abordé	9	17	14	40
Consult gynéco	11	19	7	37
Spontanément	6	16	11	33
Total	**27**	**53**	**33**	**113**

Tableau 40 : test exact de Fisher, p value 0.66

Qui doit s'en occuper ?	Homme	Femme	Participants
Collaboration	23	60	83
MG	8	10	18
Gynéco	2	4	6
MG et/ou gynéco	0	2	2
MG ou gynéco	0	2	2
Selon souhait patiente	1	1	2
Total	**34**	**79**	**113**

Tableau 41 : test exact de Fisher, p value 0.39

Qui doit s'en occuper ?	60 ans et +	30 – 39 ans	40 – 49 ans	50 – 59 ans	Moins de 30 ans	Participants
Collaboration	10	25	16	15	17	83
MG	5	3	3	5	2	18
Gynéco	1	2	2	0	1	6
MG et/ou gynéco	0	0	0	0	2	2
MG ou gynéco	2	0	0	0	0	2
Selon souhait patiente	0	0	1	1	0	2
Total	**18**	**30**	**22**	**21**	**22**	**113**

Tableau 42 : test exact de Fisher, p value 0.53

Qui doit s'en occuper ?	Assistant(e)	MG	Participants
Collaboration	15	68	83
MG	2	16	18
Gynéco	1	5	6
MG et/ou gynéco	1	1	2
MG ou gynéco	0	2	2
Selon souhait patiente	0	2	2
Total	**19**	**94**	**113**

Tableau 43 : test exact de Fisher, p value 0.89

Qui doit s'en occuper ?	Zone rurale	Zone semi-rurale	Zone urbaine	Participants
Collaboration	20	43	20	83
MG	4	5	9	18
Gynéco	1	2	3	6
MG et/ou gynéco	0	2	0	2
MG ou gynéco	0	1	1	2
Selon souhait patiente	2	0	0	2
Total	**27**	**53**	**33**	**113**

Tableau 44 : test exact de Fisher, p value 0.15

Difficultés en lien avec le sujet ?	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
1	3,27	15
2	3,82	34
3	3,93	29
4	4,19	27
5	4,88	8
Total	**3,94**	**113**

Tableau 45 : corrélation de Spearman, p value 4.83

Difficultés en lien avec le sujet ?	Homme	Femme	Participants
1	3	12	15
2	14	20	34
3	9	20	29
4	6	21	27
5	2	6	8
Total	**34**	**79**	**113**

Tableau 46 : test exact de Fisher, p value 0.49

	Difficultés en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
60 ans et plus	3,4	18
50 – 59 ans	3,0	21
40 – 49 ans	2,9	22
30 – 39 ans	2,5	30
Moins de 30 ans	2,6	22
Total	**2,8**	**113**

Tableau 47 : Kruskal Wallis, p value 0.067

	Difficultés en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Zone rurale	2,4	27
Zone semi-rurale	2,9	53
Zone urbaine	3,1	33
Total	**2,8**	**113**

Tableau 48 : Kruskal Wallis, p value 0.07

Style de pratique	Difficultés en lien avec le sujet ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Avec mon mari	5,0	1
Association avec d'autres MG	2,8	56
Maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues	3,0	1
Maison médicale avec paramédicaux	2,7	31
Solo	2,8	24
Total	**2,8**	**113**

Tableau 49 : test exact de Fisher, p value 0.99

Degré de confiance	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
1	2,7	9
2	3,7	22
3	3,9	34
4	4,2	37
5	4,7	11
Total	**3,9**	**113**

Tableau 50 : corrélation de Spearman, p value 4.53

	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne	Participants
Homme	3,21	34
Femme	3,15	79
Total	**3,17**	**113**

Tableau 51 : Mann Whitney, p value 0.92

Degré de confiance	Zone rurale	Zone semi-rurale	Zone urbaine	Participants
1	1	1	7	9
2	6	12	4	22
3	10	17	7	34
4	6	20	11	37
5	4	3	4	11
Total	**27**	**53**	**33**	**113**

Tableau 52 : Kruskal Wallis, p value 0.89

Style de pratique	Degré de confiance Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Association avec d'autres médecins généralistes	3,1	56
Maison médicale avec paramédicaux	3,2	31
Solo	3,3	24
Avec mon mari	4,0	1
Maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues	3,0	1
Total	**3,2**	**113**

Tableau 53 : Kruskal Wallis, p value 0.74

	Sujet jugé important ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Homme	4,3	34
Femme	4,5	79
Total	**4,4**	**113**

Tableau 54 : test exact de Fisher, p value 0.069

Style de pratique	Sujet jugé important ? Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Association avec d'autres médecins généralistes	4,4	56
Maison médicale avec paramédicaux	4,5	31
Solo	4,4	24
Maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues	4,0	1
Avec mon mari	5,0	1
Total	**4,4**	**113**

Tableau 55 : test exact de Fisher, p value 0.57

	Homme	Femme	Total
J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	**3,68**	**4,05**	**3,94**

Tableau 56 : Mann Whitney, p value 0.058

	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
60 ans et plus	4,0	18
50 – 59 ans	4,0	21
40 – 49 ans	3,9	22
30 – 39 ans	3,9	30
Moins de 30 ans	4,0	22
Total	**3,9**	**113**

Tableau 57 : Kruskal Wallis, p value 0.95

	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Assistant(e)	3,8	19
MG	4,0	94
Total	**3,9**	**113**

Tableau 58 : test exact de Fisher, p value 0.79

	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Zone rurale	3,7	27
Zone semi-rurale	4,1	53
Zone urbaine	3,8	33
Total	**3,9**	**113**

Tableau 59 : test exact de Fisher, p value 0.28

Style de pratique	J'y fais attention Classement de 1 à 5, moyenne :	Participants
Association avec d'autres médecins généralistes	3,8	56
Maison médicale avec paramédicaux	4,1	31
Solo	4,0	24
Avec mon mari	5,0	1
Maison médicale avec d'autres spécialistes dont des gynécologues	3,0	1
Total	**3,9**	**113**

Tableau 60 : test exact de Fisher, p value 0.41