



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard -Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

LA CONTRACEPTION EN PÉRIODE DE PÉRIMENOPAUSE : VÉCUS ET RESSENTIS DES SAGES-FEMMES LORS DE CETTE PRESCRIPTION.

Etude qualitative réalisée auprès de sages-femmes réalisant de la consultation gynécologique dans les départements du Rhône et de l'Ain.

Mémoire présenté et soutenu par :

Chloé CLEMENT

Née le 02 octobre 1998

Année Universitaire 2021-2022

Aurélie CHIKH, Sage-Femme

Directrice de mémoire

Bérangère SEVELLE, Sage-Femme enseignante, site de Formation maïeutique de Bourg-en-Bresse

Guidante de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement,

Mme Aurélie CHIKH, sage-femme libérale menant des formations spécialisées sur les périodes de pérимénopause et ménopause, directrice de ce mémoire. Merci d'avoir accepté de me suivre dans la réalisation de ce travail. Merci pour vos conseils, votre aide et votre temps.

Mme SEVELLE Bérangère, sage-femme formatrice à l'école de Bourg en Bresse, guidante de ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa bienveillance et sa disponibilité.

Mesdames BONHOURE Paola, MICHEL Myriam, MOREL Françoise, QUEROL Nathalie, ETHEVENOT Emilie ainsi que toute l'équipe de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, pour votre présence pendant ces années d'école.

Aux sages-femmes qui ont accepté de répondre à mes questions et donner de leur temps pour l'élaboration de ce mémoire.

A l'ensemble de la promotion 2018-2022, pour ces 4 années d'école passées ensemble.

A mes parents et mes sœurs, pour leurs encouragements et leur écoute. Merci pour ces retours à la maison qui me redonnaient de la force.

A mes colocataires : Philou, Camille et Charlotte, pour votre amitié inestimable et ces années de vies communes.

A Clément, de m'avoir soutenu pendant ces 6 années d'études. Merci d'avoir toujours été là.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif intra-utérin

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

FSH : Hormone de Stimulation Folliculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

(Loi) HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Oestro-progestatifs

SF : Sage-femme

THS : Traitements hormonaux substitutifs

Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES.....	5
1. Matériel.....	5
1.1 Type, lieux et durée d'étude.....	5
1.2 Population	5
2. Méthode	6
2.1 Aspects éthiques et réglementaires.....	6
2.2 Recrutement.....	6
2.3 Déroulement des entretiens.....	7
2.4 Méthode d'analyse.....	8
RESULTATS ET DISCUSSION.....	9
1. Description de la population.....	9
2. Données de l'analyse.....	11
2.1. Prise en charge globale des patientes lors de cette prescription.....	11
2.1.1 Des praticiennes à l'écoute.....	11
2.1.2 Des praticiennes qui s'adaptent.....	12
2.1.3 Vécus des sages-femmes face aux symptômes péri ménopausiques : la place de la contraception.....	12
2.2. La prise en charge contraceptive.....	14
2.2.1 Le ressenti des sages-femmes face à cette prescription de contraception.	14
2.2.2 Les vécus et ressentis face aux différents moyens contraceptifs.....	15
2.2.3. Le vécu des sages-femmes face à l'arrêt de la contraception	17
2.3. Les freins et difficultés des sages-femmes lors de cette prescription.....	19
2.3.1 Difficultés relatives à la patientèle	19
2.3.2 Freins liés à la profession de sage-femme	20
2.3.3 Le manque de connaissances et d'informations	21
2.3.4 Les phénomènes sociétaux.....	21
2.4. Ressources utilisées par les sages-femmes.....	23
2.4.1 L'information des patientes	23
2.4.2 Approfondissement des connaissances des sages-femmes	24
2.4.3 Travail en réseau.....	25
3. Discussion.....	27
3.1 Forces, limites et biais de l'étude.....	27
3.2 Analyse et réflexion.....	28

CONCLUSION..... 41
BIBLIOGRAPHIE..... 43
ANNEXES.....

INTRODUCTION

La périménopause est une période charnière de la vie des femmes où de nombreuses modifications se révèlent, tant sur le plan médical que psychologique et environnemental. Cette période est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « la période débutant lorsqu'apparaissent les premiers signes cliniques et/ou biologiques qui annoncent la survenue de la ménopause ; elle se termine une année au moins après les dernières règles ».

L'âge médian d'entrée dans la périménopause est de 45,5 ans. La durée moyenne de la périménopause est de 3,8 ans (1). Il existe une très grande variabilité interindividuelle tant sur l'âge, la durée que sur l'intensité de cette période.

Sur le plan physiologique, la périménopause correspond à une diminution quantitative du stock de follicules ovariens et donc à la baisse de la fonction exocrine ovarienne. Elle se compose alors de 3 étapes selon la méthode élaborée lors du STRAW (Stages of Reproducting Aging Workshop) (2):

- Une période « précoce » dite **d'hyperoestrogénie relative**. La production d'inhibine B, sécrétée par les follicules, diminue. Cela induit une altération du rétrocontrôle négatif sur FSH (Hormone de Stimulation Folliculaire). Une plus grande quantité de follicules va alors maturer et donc sécréter des œstrogènes.
De plus, la qualité des corps jaunes s'altère ce qui engendre une diminution du taux de progestérone sécrété : c'est l'insuffisance lutéale. Cela favorise donc le climat d'hyperoestrogénie relative. Les cycles sont alors de plus en plus courts puis irréguliers. On peut observer l'apparition ou l'aggravation de symptômes prémenstruels (SPM). Cela peut se manifester par : une prise de poids, des mastodynies, des dysménorrhées, un flux abondant, une asthénie...
- La deuxième phase dite « tardive » est une **alternance de phase d'hypo-oestrogénie et d'hyperoestrogénie**. L'hypo-oestrogénie résulte du fait qu'il n'y a plus de réponse folliculaire à la FSH par résistance à celle-ci et l'hyperoestrogénie apparaît lorsqu'il y a une surstimulation endogène due au fait qu'un follicule devient sensible à la FSH. Il existe un vieillissement hétérogène des follicules. C'est une phase de variabilité symptomatologique. L'hypoestrogénie peut être responsable de symptômes climatériques ou encore d'aménorrhée, asthénie, sécheresse vaginale, troubles de l'humeur et du sommeil...
- La troisième phase est la **postménopause** avec une aménorrhée définitive. C'est une phase d'hypoestrogénie.

C'est une véritable période « d'anarchie hormonale » qui nécessite un accompagnement adapté à chaque femme. Les différents symptômes sont variables d'une femme à l'autre, allant d'aucune gêne à une réelle altération de la qualité de vie. Le diagnostic de la ménopause est lui, clinique et rétrospectif : la littérature s'accorde à dire que cela correspond à 12 mois d'aménorrhée consécutifs.(3)

Ces femmes en période de périménopause présentent une fertilité abaissée mais non nulle. Si la baisse de la fertilité intervient déjà de façon progressive avant la périménopause, le risque de grossesse non désirée demeure présent. En effet, le nombre d'IVG pour 1000 femme s'élève à environ 6/1000 femmes entre 40 et 45 ans et environ 1/1000 entre 45 et 49 ans.(4) Mais la part d'IVG pour 100 grossesses est très élevée entre l'âge de 40 et 50 ans correspondant à un peu plus de 50% des grossesses.(5) Le phénomène de « ménopause sociale » amène une femme quadragénaire à penser qu'elle ne peut plus avoir d'enfant, et ce même si la ménopause physiologique ne survient que beaucoup plus tard, dans la cinquantaine. De plus, les grossesses en période de périménopause sont des grossesses considérées à risque sur le plan obstétrical.

Il est donc primordial de rappeler l'importance d'une contraception chez ces femmes. Cela apparaît comme primordial pour l'effet contraceptif indispensable, mais aussi parce que la contraception peut atténuer les symptômes périménopausiques chez les femmes qui en sont sujettes. Le choix de la contraception à cette tranche d'âge doit alors réellement s'adapter à chaque femme en se basant sur : l'efficacité contraceptive, l'acceptabilité par la patiente, les avantages non contraceptifs et la sécurité vis-à-vis de potentiels nouveaux facteurs de risques apparaissant avec l'âge.

En effet, à partir de 35 ans, les femmes deviennent plus à risque d'un point de vue métabolique, cardio-vasculaire et carcinologique. Ainsi, il est nécessaire de réévaluer l'adéquation des méthodes contraceptives vers l'âge de 35-40 ans.(6)

Concernant le suivi gynécologique et contraceptif des femmes, les sage-femmes font partie intégrante des professionnels de première ligne. L'article L.4151-1 du Code de la santé publique précise que « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». La sage-femme peut donc assurer le suivi contraceptif de toute femme en bonne santé, quel que soit son âge. Elle est donc en mesure de suivre des femmes en transition ménopausique.

Face à la pénurie de gynécologues et gynécologue-obstétriciens en France, de plus en plus de femmes font appel aux sage-femmes pour réaliser leurs suivis gynécologiques. L'activité des sage-femmes

libérale a augmenté tandis que le nombre de gynécologues obstétriciens a baissé d'environ 6 % entre 2011 et 2020.(7) Si cette tranche d'âge, entre 40 et 55 ans, représente une petite partie de la patientèle des sage-femmes, celle-ci est actuellement en augmentation. En effet, 55% des sage-femmes pratiquant le suivi gynécologique ont noté une augmentation de ce motif de consultation chez les femmes de cette tranche d'âge.(8). Le pourcentage de patientes entre 40 et 55 ans consultant des sage-femmes oscille entre 10 et 20%. On peut penser que ce chiffre sera amené à augmenter dans les années à venir et que les sage-femmes seront de plus en plus confrontées aux patientes en période de transition ménopausique. Le suivi gynécologique et contraceptif de ces femmes prend ainsi de plus en plus de place dans leur activité.

Les sage-femmes possèdent les compétences légales pour suivre et assurer le suivi contraceptif en période de périménopause. Mais lors de la formation initiale en maïeutique, les sujets de la ménopause et périménopause sont très rapidement abordés et étudiés. Aussi, les recommandations, les publications nationales et internationales concernant la périménopause et plus spécifiquement la contraception en période de périménopause sont quant à elles faibles. Il y a peu de consensus autour de ce sujet chez les praticiens. Ainsi, l'adaptation aux attentes des patientes, aux potentiels facteurs de risques et aux recommandations n'est pas toujours évidente. Comment, les sages-femmes, assurent et apprécient-elles le suivi contraceptif de ces femmes ? Quelles sont leurs perceptions, impressions et expériences ? Sont-elles à l'aise avec cette pratique et l'encadrement de ces femmes ?

Ainsi, nous nous sommes demandé :

Quels sont les vécus et ressentis des sages-femmes lors de la prescription de contraceptions en période de périménopause ?

Le principal objectif de notre étude a été d'essayer de mettre en avant et de comprendre ces ressentis et vécus des sage-femmes lors de cette prescription.

Les objectifs secondaires étaient :

- Comprendre et identifier les éventuels difficultés et freins.
- Appréhender les habitudes et expériences des sages-femmes lors de cette prescription.
- Observer les moyens mis en place pour faire face aux différents freins face à cette prescription.

MATERIELS ET METHODES

1. Matériel

1.1 Type, lieux et durée d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, sur un échantillon de sages-femmes réalisant de la consultation gynécologique dans les départements du Rhône et de l'Ain.

Ce type d'étude a été choisi dans le but de pouvoir échanger avec les professionnels en leurs permettant d'avoir une liberté de parole. Ceci permettait aux sages-femmes de pouvoir livrer leurs vécus, expériences et ressentis à leurs manières, avec leurs propres mots. Ainsi, l'échantillon de type qualitatif visait à obtenir un maximum de variabilité de réponses.

Les entretiens ont pu être réalisés entre Juillet 2021 et Octobre 2021.

1.2 Population

Pour cette étude nous avons décidé d'inclure les sages-femmes :

- Exerçant en cabinet ou en milieu hospitalier, situé dans les départements de l'Ain et du Rhône
- Réalisant des consultations gynécologiques
- Possédant ou non un DU de gynécologie

En revanche, ne sont pas incluses les sages-femmes :

- Exerçant dans d'autres départements
- Ayant cessé leur activité
- Ne réalisant pas ou plus de consultations gynécologiques
- Souhaitant se retirer de l'étude ou ne souhaitant pas participer

2. Méthode

2.1 Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude se situe hors loi Jardé car aucune donnée personnelle médicale n'est utilisée. Les registres des traitements de recherche et l'engagement de confidentialité ont été remplis et envoyés en juillet 2021. Le synopsis de l'étude a été validé en amont par l'équipe pédagogique. Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci, à la fin de la réalisation du mémoire.

2.2 Recrutement

Lors de la constitution de l'échantillon, il était voulu qu'il soit le plus large possible avec une hétérogénéité importante de professionnels participant à l'étude. Plus la population était variée, plus il y avait de critères pouvant influencer les comportements, expériences et ressentis.

Ainsi, la recherche de professionnels sages-femmes a été réalisée à l'aide de la liste des sages-femmes libérales inscrites au tableau de l'Ordre National des Sage-Femmes. Pour les sages-femmes hospitalières, le contact s'est effectué auprès des cadres de services.

Les recrutements ont été réalisés dans un premier temps par mail. Celui-ci abordait le thème du mémoire en expliquant l'organisation de la recherche. Les informations les plus importantes étaient détaillées. Les coordonnées étaient laissées afin que le professionnel intéressé puisse nous recontacter. Au vu du temps de réponse nécessaire par mail et du peu de retour des professionnels, la réalisation d'appels téléphoniques a été privilégiée pour la suite du recrutement.

Le nombre d'entretien était prévu jusqu'à saturation des données, avec un minimum de 10 entretiens.

Un total de 15 mails a été envoyé : 6 sages-femmes ont répondu de façon positive à la réalisation d'un entretien. 9 n'ont pas fait de retour.

Un total de 35 appels a été réalisé : 5 sages-femmes ont répondu favorablement à la réalisation d'un entretien. 5 ont refusé. 25 n'ont pas répondu malgré les tentatives d'appels.

Dix entretiens ont pu être réalisés. Nous sommes arrivés à saturation des données.

2.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien. Cette trame (Annexe 1) a été élaborée de façon à laisser une parole libre au professionnel interrogé. Dans une première partie, le portrait du professionnel était établi. Dans la deuxième partie, une question principale permettait de débiter l'entretien et des questions de relances étaient également préparées afin d'aborder les différents thèmes à évoquer lors de l'échange. Le guide n'étant pas un questionnaire, l'ordre des questions n'était pas prédéterminé.

Les vécus et ressentis des sages-femmes par rapport à la périménopause, aux différents moyens contraceptifs durant cette période, au changement de contraception, à la place de la contraception face aux symptômes et à l'arrêt de la contraception étaient abordés. Certains thèmes non prévus au départ pouvaient être abordés lors de l'entrevue. L'échange était donc adaptable au fur et à mesure.

La trame d'entretien a été réalisée à partir d'un travail préalable sur les différents articles et recherches concernant la contraception en période de périménopause. Ainsi sont ressortis certains thèmes, sujets et questionnements intéressants à développer lors de ce travail de recherche.

La trame a, dans un premier temps, été testée lors d'un premier entretien. À la suite de celui-ci, des modifications et réajustements ont été apportés. Les modifications se sont principalement tournées vers la reformulation de certaines questions de relances. Il a été décidé d'inclure ce premier entretien dans la recherche car il abordait de nombreux thèmes et apportait des éléments intéressants pour la réalisation du mémoire.

Les entretiens ont été réalisés selon la disponibilité des sages-femmes. A chaque fois, un temps de minimum 30 minutes était demandé.

Lors de chaque entretien, l'intégralité de la rencontre a été enregistrée afin de pouvoir faciliter l'entrevue et permettre la retranscription ainsi que l'analyse des échanges. Ainsi, deux supports ont été utilisés à chaque fois : un enregistreur vocal et un téléphone portable. Chaque professionnel a signé un consentement acceptant ce procédé. (Annexe 2) Les entretiens ont été anonymisés. Chaque nom de sage-femme a été remplacé par « SF » suivi du chiffre en fonction du rang de l'entretien (SF1 pour le premier entretien, SF2 pour le deuxième etc...).

2.4 Méthode d'analyse

Chaque entretien a été retranscrit informatiquement sur Word. La retranscription a été réalisée mot pour mot afin d'être la plus fiable et représentative possible. Les échanges et détails non verbaux ont également été le plus possible retranscrits. Cela a permis de créer le « verbatim », qui a servi de base pour l'analyse.

Une analyse thématique a été réalisée. Chaque entretien a été dans un premier temps analysé verticalement. L'entretien a été décortiqué et découpé permettant de repérer les différents thèmes évoqués. La deuxième partie de l'analyse consistait à une analyse horizontale. Les entretiens étaient alors comparés entre eux afin de pouvoir faire ressortir un ou plusieurs thèmes communs. Le dernier temps était celui de l'analyse interprétative permettant l'articulation des thèmes entre eux, en lien avec la question de recherche.

RESULTATS ET DISCUSSION

1. Description de la population

Au total 10 entretiens ont été réalisés. Sept entretiens ont pu être faits dans le Rhône et 3 dans l'Ain.

Neuf entretiens ont été réalisés en présentiel : 8 au cabinet des sages-femmes, 1 à domicile. Un entretien a été réalisé par téléphone.

Seule une sage-femme hospitalière a été interrogée, les 9 autres exerçaient en libéral.

Les entretiens ont duré entre 19 et 35 minutes avec une durée moyenne de 26 minutes et 25 secondes.

Nous sommes arrivés à saturation des données au bout du 9ème entretien. Ainsi, nous avons décidé d'en réaliser un dernier afin d'être sûrs de rassembler le maximum d'éléments intéressants. Lors du 10ème entretien, aucun nouveau thème n'a été abordé. Nous avons donc décidé d'arrêter les entretiens.

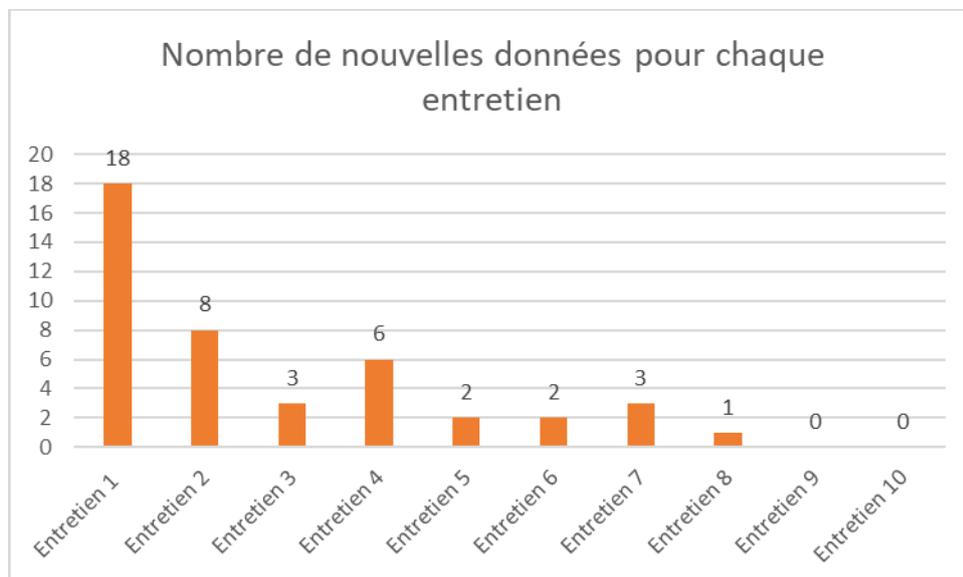


Figure 1 : Histogramme représentant l'apparition de nouveaux thèmes

L'âge médian des sages-femmes interrogées est de 40,5 ans.

En moyenne, les sages-femmes rencontrées passent 30% de leur temps d'exercice à réaliser de la gynécologie. A noter que 1 sage-femme sur 2 a réalisé un Diplôme Universitaire (DU) en gynécologie en plus de la formation initiale.

Les femmes se trouvant dans la tranche d'âge de la périménopause représentent en moyenne 18,3% de la patientèle des sages-femmes interrogées.

Le tableau rassemblant l'ensemble des caractéristiques de la population interrogée se trouve en Annexe 3.

2. Données de l'analyse

2.1. Prise en charge globale des patientes lors de cette prescription

Lors de nos entretiens, plusieurs sages-femmes ont évoqué l'aspect psychologique que pouvait avoir, selon elles, la période de périménopause chez les femmes qu'elles accompagnent.

En effet, quatre sages-femmes ont abordé spontanément leurs ressentis face à l'importance du psychologique à cette période. Pour la SF1 : *« C'est un âge où elles sont un peu à un tournant de leur vie. »* La période de périménopause ressort pour elles comme une période difficile au niveau du changement de statut comme le souligne la SF5 : *« C'est un deuil difficile de ne plus pouvoir procréer, je pense que ce n'est pas simple pour les femmes psychologiquement. »*

L'accompagnement global, notamment sur cet aspect-là, semble alors prendre une place principale lors de la consultation de contraception : *« Il y a d'autres choses qui émergent des fois aussi à cette période, et c'est intéressant d'accompagner ça. »* (SF2) ; *« Il y a un gros aspect psychologique. Elles veulent être accompagnées. »* (SF3)

Selon certaines sages-femmes, cette période peut également apparaître comme honteuse pour les patientes. La SF5 nous rapporte : *« Il y a encore pas mal de tabous, il y a beaucoup de gens qui n'en parlent pas »* en parlant de cette phase de la vie des femmes, ce que confirmera la SF7 : *« Elles ont toujours un peu honte d'en parler [...] on rentre dans une période où l'on devient vieille entre guillemet. »*

Face à cette fragilité repérée chez de nombreuses patientes, les sages-femmes semblent à l'aise et disponibles pour prendre en charge le suivi gynécologique de ces femmes.

2.1.1 Des praticiennes à l'écoute

Les sages-femmes ont fait part de l'importance de l'écoute dans leur suivi gynécologique auprès des femmes de cette tranche d'âge. Elles paraissent sereines et à l'aise avec ça, comme le montrent les propos de la SF5 et la SF3 : *« Pour l'instant mon but c'est qu'elles aient un espace ou parler »* et *« Ce qu'elles veulent surtout c'est que tu aies écouté leurs symptômes, que tu les aies rassurées sur le caractère normal et temporaire. »*

Lors de la consultation de contraception, aborder le sujet des symptômes et des difficultés rencontrées par les patientes peut parfois être délicat. Pour les sages-femmes interrogées cela ne

pose aucun problème. Les sages-femmes paraissent globalement en mesure d'en parler facilement comme l'illustrent les propos de la SF7 : « *Ouais, pour en parler de la périménopause et la ménopause ça ne me pose pas de soucis.* » Elles optent alors pour différentes méthodes qui leur sont propres.

Pour les SF3 et SF6 c'est la patiente qui amène le plus souvent le sujet et la sage-femme qui y répond. SF3 : « *Après j'ai quand même une tendance à penser que, en général, si elles sont dérangées par quelque chose elles vont en parler* », « *Bien souvent je n'ai même pas besoin de l'aborder parce qu'elles le font en premier quand elles commencent à arriver au-dessus de 45 ans.* » (SF6). En revanche, pour un nombre non négligeable de sages-femmes, ce sont elles qui abordent la question de ces symptômes et de la gêne que ceux-ci peuvent potentiellement occasionner. « *C'est à nous de gratter un peu et puis de poser les bonnes questions.* » (SF10)

2.1.2 Des praticiennes qui s'adaptent

De plus, lors de la prescription de la contraception, les sages-femmes s'adaptent aisément aux patientes. Plus de la moitié, nous ont fait part de leurs aptitudes à s'ajuster et à être attentives à chaque demande spécifique des femmes concernant leur contraception, comme le dit la SF4 : « *Bien sûr que forcément c'est du cas par cas.* »

Les sages-femmes semblent facilement s'adapter et écouter les besoins des femmes. La SF8 nous explique : « *Je les laisse assez libres dans leur choix. [...] quelque chose de bien choisi et bien c'est quelque chose de bien vécu en fait.* » La majorité des autres sages-femmes interrogées nous ont également fait part de l'importante liberté qu'elles souhaitent laisser aux femmes vis-à-vis de leur contraception.

2.1.3 Vécus des sages-femmes face aux symptômes péri ménopausiques : la place de la contraception

Lors de la prise en charge globale des femmes en consultation de contraception, l'attention consacrée aux symptômes périménopausiques apparaît comme un point important et essentiel. Ainsi, lors des entretiens effectués, les sages-femmes se sentent parfois limitées et démunies pour faire face aux symptômes de périménopause que peuvent subir les femmes de cet âge-là.

Certaines nous expliquent ne pas être à l'aise pour les prendre en charge : « *Après, ce sur quoi je suis moins à l'aise c'est pour répondre à ces symptômes quand ils sont là...* » (SF5) ou encore la SF7 nous dira : « *Je suis un peu en difficulté par rapport à ça.* »

D'autre nous font part de leurs sentiments d'être limitées : « *Après en tant que sage-femme on passe vite, euh...limitée dans les possibilités que l'on va avoir pour traiter les symptômes de la périménopause* » (SF6) ou encore « *Il y a certains médicaments qu'on ne peut pas prescrire nous. Et ça, ça manque un peu...* » rajoutera la SF7.

Face à ces limites, la contraception est considérée comme une solution pour certains professionnels.

La contraception face aux symptômes de périménopause

Pour la SF7 : « *Le plus difficile en ménopause et périménopause c'est quand il n'y a pas de contraception et qu'il y a des symptômes associés* ». La contraception apparaît alors comme une solution pour quelques praticiennes. Pour faire face aux symptômes, ces dernières se sentent majoritairement confiantes dans l'utilisation de certaines contraceptions. En effet, la presque totalité des sages-femmes nous ont exprimé leurs expériences face à l'utilisation de progestérone pour abolir certains symptômes. « *Bien-sûr, ouais je pense que les progestatifs utilisés jusqu'à 50 ans ça peut permettre de passer une périménopause plus tranquillement* » (SF8), avis que partage la SF5 : « *Je n'hésite pas ensuite à aller dans les microprogestatifs pour essayer d'abolir tout ça...* ». Dans ce contexte-là, les sage-femmes interrogées semblent voir la contraception progestative (pilules ou stérilet) comme la plus facile à prescrire, que cela soit pour abolir les cycles irréguliers, les règles hémorragiques ou encore le syndrome-pré-menstruel.

Une seule sage-femme a évoqué l'utilisation de la contraception oestro-progestative pour atténuer certains symptômes périménopausiques et de la place que pouvait avoir cette contraception pour y faire face.

Pour la SF7 : « *Pour moi oui. Ça l'est. Pas pour tous les symptômes. On ne peut pas tout régler avec la contraception.* » Deux sages-femmes nous ont, au contraire, exprimé le fait que pour elles, la contraception n'avait que très peu sa place face aux symptômes potentiels. SF3 : « *Euh... très peu, très peu. Ça arrive...* »

La place des Traitements Hormonaux Substitutifs (THS)

Lors de la prise en charge globale des patientes pendant le suivi contraceptif, des sages-femmes ont abordé le sujet des traitements hormonaux substitutifs. Comme nous en fait part la SF4 : « *Je n'en sais rien en fait... je n'ai pas assez de formation. Et en plus on nous en parle très peu parce que comme on ne peut pas le prescrire, c'est listé mais pas creusé* », certaines sages-femmes ont le sentiment de manquer de connaissance face à ces traitements. Ce sentiment est appuyé par la SF7 qui nous dit que

même l'explication de ces traitements serait trop complexe : « *Je ne me lance pas dans les explications parce que j'en manque et parce que je ne m'y suis pas intéressée comme ce n'est pas moi qui vais gérer, je ne vais pas dire des bêtises [...].* » Les autres sages-femmes ayant abordé ce sujet, expliquent ne pas hésiter à orienter vers des gynécologues lorsqu'elles estiment que cela est nécessaire pour la patiente. L'une d'elles, ne trouve pas forcément utile l'administration de ces traitements chez les femmes.

2.2. La prise en charge contraceptive

2.2.1 Le ressenti des sages-femmes face à cette prescription de contraception.

Le vécu et ressenti des sages-femmes lors de cette prescription de contraception diffèrent selon les sages-femmes interrogées.

En effet, d'un premier abord, la moitié de la population interrogée n'observe pas de difficultés particulières ou de spécificités lors de cette prescription. La SF8 nous confiera que cette période ne change rien à son vécu lors de la prise en charge contraceptive de ces femmes : « *Non pas du tout, non ça ne change rien.* » Pour la SF9 : « *Ouais...je me sens à l'aise...* »

Au contraire, l'autre moitié décrit se sentir moins confortable face à la prescription de contraception en période de périménopause. Cela est illustré par les propos de la SF5 « *non je ne me sens pas à l'aise, je pense que j'ai encore beaucoup à apprendre* ». Ceci est aussi présent pour les SF6 et SF7 : « *Je trouve que c'est une période pas évidente pour trouver une contraception* » ou encore « *C'est plus difficile de mettre en place des contraceptions sur cette période-là.* » Une des sages-femmes répondra à cette question en disant : « *Ce que je sais, je ne suis pas dangereuse avec ce que je fais voilà, et ce que je sais aujourd'hui n'est pas limitant pour moi.* »

Une des praticiennes interrogées explique que son diplôme universitaire (DU) en gynécologie lui a permis de se sentir plus confiante concernant la contraception à cet âge : « *Si, je me sens plus à l'aise depuis que j'ai passé le DU de gynéco, voilà.* » (SF2)

2.2.2 Les vécus et ressentis face aux différents moyens contraceptifs

La liste des contraceptifs est vaste et les vécus et ressentis des sages-femmes face à ceux-ci le sont tout autant.

○ La contraception progestative

Lors des entretiens, la totalité des praticiennes interviewées ont parlé de la contraception progestative. Ce type de contraception apparaît comme celle amenant le moins d'interrogations chez les sages-femmes et la plus simple pour elles à mettre en place lors de la périménopause, comme le rapporte la SF7 : « *Là je me dis, je me pose quand même moins de questions.* » Lors d'un autre entretien, une sage-femme confirme également cet aspect : « *Elle n'a pas d'hormones et effectivement elle n'est pas encore bien ménopausée et il faut mettre quelque chose, en général c'est des microprogestatif.* » (SF4)

Comme l'indiquent les propos de cette même sage-femme « *avec un stérilet hormonal j'ai le sentiment de n'avoir rien à craindre quelque part* », les sages-femmes interrogées semblent rassurées quant à l'utilisation du stérilet hormonal à la périménopause. Les sages-femmes ont un bon vécu de l'utilisation de ce type de contraception. Elles l'ont toutes présentée comme la contraception qu'elles privilégient à la périménopause, ce que confirme la SF6 : « *Moi dès que c'est possible on part sur le stérilet.* »

L'implant lui, n'a que très peu été abordé par les sages-femmes rencontrées.

○ La contraception oestro-progestative (OP)

En ce qui concerne la contraception oestro-progestative, le ressenti des sages-femmes est quasiment unanime : elles sont extrêmement méfiantes et apeurées à l'idée de l'utiliser en période de périménopause.

SF1 : « *On est très frileux hein avec les contraceptions oestro-progestatives principalement (...) en général, on ne le prescrit pas.* »

SF6 : « *Plus de 40, je suis très très très réticente donc je ne les oriente pas là-dessus.* »

SF7 : « *Je suis très frileuse. Je suis très frileuse avec les œstrogènes* » et « *Je suis frileuse. J'ai peur* » (rire)

SF9 : « *Pour les OP...(hésite) j'ai quand même un peu les traquettes quand même... C'est moi qui ai les traquettes, de leur proposer...* »

SF10 : « *La seule crainte ce sont les OP.* »

Certaines sages-femmes ont tenté d'expliquer la raison de leurs ressentis : « *J'ai peur des risques qu'il pourrait y avoir chez la femme [...] des risques pour la femme liée à ma prescription...* » (SF7) ou alors : « *Quand j'étais à l'hôpital on avait eu une petite formation là-dessus, par des gynécos qui nous avaient dit de faire très attention [...] et qu'eux, à titre personnel, ne le faisaient pas. Donc forcément quand tu entends ça, par un gynéco bah... tu te dis bon...* » (SF6)

Face à ces sentiments de craintes les praticiennes adaptent leur prescription, comme l'explique la SF8 : « *Pas du tout après 40 ans, non* », la SF5 : « *Au-delà de 40 ans j'avoue que je ne le fais pas...* » ou encore la SF2 : « *C'est vrai qu'une femme de plus de 40 ans sans autres facteurs de risque, alors là j'aurais tendance à inciter quand même. Je pourrais peut-être represcrire 1 an mais voilà...* ». La SF10 dira même : « *Le peu que j'ai qui l'ont gardé, j'essaie de leur faire lâcher leur putain de boîte d'oestroprogestatives.* »

Une minorité de sages-femmes expliquent avoir tendance à laisser une contraception OP en place si elle était instaurée et bien supportée depuis longtemps, mais ne l'instaurent pas à cette période. SF3 : « *Si elle la prend depuis plusieurs années, je ne te parle pas de la commencer ; si elle la prend déjà et qu'il n'y a pas d'autre facteurs de risque oui. Pour moi il n'y a pas de problèmes.* »

- La contraception définitive

La moitié des sages-femmes ont cité la contraception définitive comme ayant une place importante à cette période-là de la vie des femmes et donc une place importante dans leur prise en charge contraceptive. Comme l'explique la SF10 « *On aborde aussi d'autres moyens de contraception sur la péri-ménopause, parce qu'on se pose des fois la question de la ligature tubaire, de la vasectomie* ».

Toutes les sages-femmes ayant abordé ce sujet ont un vécu positif face à cette contraception et essaient ainsi de l'aborder de façon récurrente avec les femmes en péri-ménopause. Pour la SF1 et la SF8 : « *J'essaie d'en parler régulièrement de la ligature des trompes* », « *Je leur en parle souvent ouais.* »

Pour quelques sages-femmes, la contraception définitive féminine et masculine peut être une solution seulement lors d'impasses contraceptives comme l'expliquent deux professionnelles : « *Entre 40 et 50 ans quand on galère avec des contraceptifs ça vaut vraiment le coup* » (SF5) et « *ah ouais ! Très facilement, quand je vois que j'ai une impasse (...) maintenant je crois que là ça serait intéressant.* » (SF4)

- Le dispositif intra-utérin (DIU) cuivre

Concernant le DIU, trois sages-femmes ont exposé leurs impressions vis-à-vis de cette contraception. Pour la SF5 : « *moi avant 50 ans, j'aime bien le stérilet cuivre, je trouve que c'est l'idéal* » ou encore pour la SF9 : « *Bah bien, aucune résistance par rapport au cuivre.* ».

En revanche, une autre sage-femme était réservée quant à l'utilisation du cuivre à cette période-là, vis-à-vis de la majoration de certains désordres hormonaux « *parce que passer à du cuivre c'est quand même autre chose, c'est-à-dire accepter ses cycles donc naturels, accepter le désordre peut être qui est en train de s'installer avec la ménopause, ce n'est peut-être pas lui faire un cadeau non plus* » (SF4).

- Les macro-progestatifs

Une minorité des praticiennes, nous ont parlé de la contraception avec des macro-progestatifs. Leur ressenti était le même : un manque de connaissance sur le sujet. Les sages-femmes expliquent alors se sentir limitées dans leur utilisation. La SF5 nous dit : « *Nous sages-femmes on ne connaît pas grand-chose des macroprogestatifs* » et la SF10 : « *Là-dessus je me sentais un petit peu limité.* »

2.2.3. Le vécu des sages-femmes face à l'arrêt de la contraception

Un aspect important du suivi contraceptif en période périménopausique concerne le diagnostic de ménopause et l'arrêt de la contraception.

Pour la majorité des praticiennes, le diagnostic de ménopause apparaît comme simple et logique chez des femmes n'ayant pas de contraception hormonale. Plusieurs nous expliquent que le diagnostic est clinique après 1 an d'aménorrhée. « *Le diagnostic de ménopause c'est 1 an d'aménorrhée sans hormones* » (SF6), « *Ce n'est pas de règles pendant 12 mois, sur la bonne tranche d'âge et puis voilà.* » (SF10). Sur ce point-là, les sages-femmes apparaissent comme sereines, sûre d'elles.

En revanche, lorsqu'une contraception hormonale est en place, les praticiennes sont déstabilisées. Assez facilement, les sages-femmes interrogées verbalisent le fait qu'elles se sentent en difficulté lorsqu'il faut diagnostiquer la ménopause chez une femme sous contraceptif hormonal, notamment sous progestatifs : « *Bon par contre c'est-à-dire que bah après pour savoir quand elles sont ménopausées bah tu... ne sais pas...* » (SF1), « *Le seul problème c'est qu'elles n'ont pas leurs règles donc tu ne sais pas quand est ce qu'elles sont ménopausées...* » (SF5), « *hum... (silence et soupir)* » (SF10).

Nombreuses sont alors celles ayant abordé la question des bilans hormonaux dans ce diagnostic de ménopause. Un ressenti d'ambivalence ressort des entretiens menés auprès des sages-femmes. Deux nous ont déclaré ne pas les utiliser : « *Euh, bilan sanguin voilà... (sourire). Je leur dis que moi je ne prescris pas parce que j'ai appris que voilà... ça ne servait à rien* » (SF2) ; « *Les bilans hormonaux, on m'a toujours dit que ça ne servait à rien donc je ne les fais pas.* » (SF4)

Le reste des praticiennes rencontrées sont moins catégoriques et semblent plus équivoques sur leur vécu face à l'utilisation des bilans. En effet, certaines sages-femmes ont expliqué les utiliser dans certaines circonstances : « *Oui, mais peu. En tout cas pas à tout va.* » (SF3)

Comme le relatent les sages-femmes, plusieurs le prescrivent de temps en temps mais ne se sentent pas totalement aptes et compétentes lors de leur analyse. Par exemple, la SF6 explique « *euh...pfff...(hésite). Quand il est franc oui, après j'avoue que je ne prends pas de risques quand le bilan n'est pas franc. Déjà j'en fais toujours deux. Pour être sure.* » Cette impression est également partagée par d'autres : « *De toute façon de base, les bilans hormonaux ce n'est pas le truc où je suis le plus à l'aise* "(E7), « *Je ne saurais pas évaluer, à moins d'avoir une FSH très très élevée mais bon voilà ...*» (SF5).

Ainsi, l'arrêt de la contraception ressort comme délicat pour les sages-femmes : « *Euh c'est là que je ne suis pas hyper à l'aise... mais bon faut bien l'enlever un jour...* » (SF2), « *Ouais ouais c'est parfois compliqué c'est sur...* » (SF5) ou encore la SF3 : « *Ça c'est plus délicat. Ça euh...* » Cela peut également être source d'appréhension pour certaines « *C'est vrai qu'on est quand même très frileux de se dire...bon le taux de grossesse est quand même très...mais pas zéro !* » (SF10)

Le doute est alors présent concernant les conduites à tenir pour l'arrêt de la contraception. Ce ressenti semble impacter la prise en charge que proposent les sages-femmes : « *Bah gardez-le et puis on enlèvera à 55 ans (rires) on l'enlèvera plus tard...voilà"* (SF1), « *J'essaie de faire un peu à ma sauce. Je leur dis qu'on va attendre un petit bout de temps, on va le retirer...* » (SF4).

Deux diront même « *Ouais ouais, je pense que ça va...je n'ai pas encore eu de grossesse à 48 ans donc ça va... (rire)* » (SF6) ou encore « *On va toucher du bois...pour l'instant fin voilà, ça s'est toujours, quand on a arrêté ça s'est toujours bien passé* » (SF7) reflétant ainsi le sentiment d'incertitude qu'il peut y avoir chez les sages-femmes.

2.3. Les freins et difficultés des sages-femmes lors de cette prescription

Lors de nos entretiens, si la moitié des sages-femmes confiait se sentir à l'aise par rapport à la période de périménopause et la contraception, en revanche, l'autre moitié exprimait un ressenti et vécu difficile dû au fait de cette période. « *C'est vrai que c'est une période qui est un peu délicate hein !* » (SF10), « *Voilà... fin ce qui est délicat c'est la période...* » (SF2), « *Je ne suis pas toujours à l'aise en périménopause... c'est vrai...* » (SF6)

Certaines expliquent également que la prise en charge et l'accompagnement de ces femmes peut alors être compliqué, comme le dit la SF7 « *parfois j'ai l'impression de ne pas pouvoir accompagner réellement une femme dans cette période-là* ».

2.3.1 Difficultés relatives à la patientèle

Une des difficultés et source de réticences des sages-femmes réside dans la recherche des facteurs de risques et pathologies apparaissant à cette période. La prise en charge contraceptive apparaît alors comme plus complexe pour certaines professionnelles.

En effet, plusieurs ont évoqué cela : « *Alors on va être hyper...hyper vigilant quant aux facteurs de risques, c'est surtout ça qu'on va chercher à mettre en évidence...* » (SF1). Cela peut parfois les bloquer dans la prise en charge contraceptives comme l'explique la SF6 : « *C'est-à-dire que des fois niveau contraception on est un peu bloqué, avec l'avancée de l'âge elles ont de plus en plus de facteurs de risques...euh...* ».

Ceci peut créer des questionnements et des doutes : « *Moi je me pose souvent des questions sur les risques de remettre des hormones, par rapport aux cancers qui arrivent plutôt sur cette période-là aussi...* » (SF7)

Une autre difficulté évoquée par les sages-femmes concerne certaines réticences des femmes à la contraception en période de périménopause. C'est notamment le cas pour des patientes qui pensent ne plus en avoir besoin : « *Il y a des dames qui disent « non mais c'est bon je ne crains rien. Je suis presque ménopausée. » c'est leur faire passer le message que, et bien non (rire)* » (SF2) ou encore la SF7 dit : « *Je trouve que c'est plus difficile d'instaurer une contraception à cette période-là de manière générale, parce que les femmes n'acceptent pas forcément que la fertilité existe toujours passée la quarantaine.* »

Cette réticence des femmes peut également être présente lorsqu'un changement de contraception est nécessaire au vu de la période et des facteurs de risques apparaissant : « *Forcément elles sont un peu hésitantes, mais si on leur dit que c'est pour leur bien et elles le comprennent bien.* » (SF4)

2.3.2 Freins liés à la profession de sage-femme

Les sages-femmes abordent également l'existence de freins et difficultés liés à leur profession.

Le métier de sage-femme a des limites précises de prescription et de compétences médicales, et cela peut impacter le suivi gynécologique des femmes de cette tranche d'âge. C'est notamment le cas lors de la présence de symptômes périménopausiques par exemple : « *On n'a pas trop de moyens nous. Il y a certains médicaments qu'on ne peut pas prescrire nous. Et ça, ça manque un peu... Donc là on envoie vers le gynéco. C'est juste qu'on est bloqués dans notre prescription en fait, mais bon c'est normal aussi on n'est pas médecin.* » (SF8) Les sages-femmes ont donc tendance à orienter vers les gynécologues lorsqu'elles se sentent limitées et pas assez compétentes sur certains domaines.

Deux sages-femmes ont évoqué l'aspect médico-légal de la profession. En effet, elles expliquent avoir beaucoup d'appréhension à réaliser certaines conduites à tenir par peur du médico-légal. La SF7 explique « *Ce petit truc derrière moi « attention au médico-légal » s'il arrive quoi que ce soit, ça peut être de ta faute [...] Je me protège plus moi plutôt que d'aller chercher une solution pour la patiente.* » L'aspect médico-légal apparaît alors, pour certaines, comme un frein à la prise en charge contraceptive optimale de la femme.

Une autre idée apportée lors de ces entretiens est le manque d'expérience des sages-femmes rencontrées, dans la prise en charge gynécologique de ces femmes, face à une patientèle grandissante.

Comme le dit la SF9 : « *Moi je pense que c'est parce que on n'a pas assez fait !* » ou encore la SF4 : « *En même temps ce n'est pas notre patientèle en tant que sage-femme, à la base* », cette population ne représente pas la majorité des femmes consultant auprès des sages-femmes. Ainsi ces dernières ne se sentent pas complètement confiantes car elles ont l'impression de manquer d'expérience : « *Je pense que plus j'en aurai, plus je serai à l'aise, plus je verrai ce qui fonctionne de manière expérimentale. Et plus je serais systématique* » (SF5), « *C'est vrai qu'après c'est quand même des femmes auprès desquelles on est moins... le moins confrontées. Donc euh... quand on est confrontées à quelque chose tous les jours bah on est plus à l'aise aussi.* » (SF6)

Pourtant, plusieurs sages-femmes nous ont indiqué observer une augmentation franche des consultations gynécologiques des femmes plus âgées. SF9 : « *Je me rends compte effectivement avec les années qui passent, que la patientèle de la quarantaine je la vois plus ces derniers temps. C'est vraiment effectif* » ou encore la SF4 : « *Ça commence à augmenter. Moi je le vois en 10 ans.* »

2.3.3 Le manque de connaissances et d'informations

Une autre difficulté évoquée par les sages-femmes réside dans le manque de connaissances, théoriques et pratique, sur la prise en charge contraceptive des femmes en périménopause et sur cette période de manière générale.

Selon certaines sages-femmes, cela résiderait notamment sur le manque de recommandations claires et accessibles. « *Il y a très peu de littérature pour sage-femme ou autres pour euh... donc du coup on s'appuie sur de vieux écrits.* » (SF4), « *Je n'ai pas de reco particulière... il y en a ? (Rire)* ». (SF2)

D'autres évoquent le manque de formation. Plusieurs expliquent que cette période de périménopause et ménopause n'est que très peu abordée dans le cursus général de maïeutique. « *Déjà, je pense que l'on manque cruellement de connaissances sur la ménopause et la périménopause* » (SF7) et « *Je trouve que dans notre formation initiale, je ne sais pas si c'est partout pareil, mais on en a peu parlé. (...) C'est un sujet qu'on n'aborde pas trop quoi.* » (SF6)

Pour d'autres, il manquerait des formations sur certains sujets plus spécifiques rencontrés à cette période. Pour exemple, la SF4 nous parle du manque d'information des THS : « *J'aimerais qu'on soit plus formés sur le côté hormonal par rapport au traitement hormonal substitutif.* »

2.3.4 Les phénomènes sociétaux

Lors des entretiens menés auprès des sages-femmes, l'impact des phénomènes sociétaux dans la prise en charge contraceptive auprès de ces femmes apparaissait comme étant un point pouvant freiner leur pratique.

Une sage-femme a abordé le principe de ménopause sociale. En effet, elle explique la façon dont la société actuelle peut engendrer des croyances chez les femmes passées la quarantaine. Elle dit « *je dirais la société, de remettre une contraception à une femme à 40-45 ans ce n'est pas quelque chose de commun, et du coup elles te regardent avec des grands yeux « ah bon une contraception ? » (Rire)* ». Instaurer ou maintenir une contraception chez ces femmes peut alors s'avérer plus compliqué car la

société semble avoir comme représentation que la contraception n'est destinée qu'aux femmes jeunes.

Trois sages-femmes ont également évoqué les phénomènes de modes et la mouvance actuelle concernant l'utilisation des hormones, impactant alors grandement le choix des femmes en matière de contraception. « *Elles veulent déjà, même en âge de procréer, de moins en moins d'hormones de moins en moins de choses... on est quand même dans cette dynamique de plus en plus naturelle* » (SF3) ou encore : « *Je pense que tout revient un peu en arrière ces temps-ci. Il y a une demande...mais comme j'ai envie de dire, de manière générale, le naturel [...]. Je crois qu'on est dans une phase de flottement en ce moment où les hormones c'est pas du tout...Ouais c'est compliqué.* » (SF4). Ainsi, trouver une contraception adaptée aux femmes et à cette période de périménopause peut apparaître plus délicat, car la volonté des femmes de ne plus prendre de contraception hormonale limite encore plus le choix de contraception possible pour elles.

De plus, la SF8 remarque un autre aspect actuel « *il y a une évolution sociale un peu, où les femmes beaucoup refont leurs vies, avec les sites de rencontre et tout. On part sur quelque chose de nouveau un peu en période de ménopause* ». Elle explique le fait qu'actuellement cette période de périménopause apparaît comme un nouveau tournant dans la vie affective et sexuelle des femmes, ce qui peut engendrer de nouveaux enjeux de contraception.

La place de la religion a été abordée par une seule sage-femme. En effet, celle-ci exprime le fait que l'ethnie et les religions influent sur la prise en charge contraceptive de manière générale mais également beaucoup à cette période de transition pour les femmes. « *Ça dépend aussi de la population que tu as en face de toi, moi je travaille aussi dans un établissement où la population est majoritairement magrétine ou Turque. Ce ne sont pas les mêmes problématiques.* » (SF3) Les sages-femmes paraissent devoir aussi s'adapter aux systèmes de valeurs et de principes propres à chaque patiente.

2. 4. Ressources utilisées par les sages-femmes

Pour faire face aux difficultés évoquées par les sages-femmes, plusieurs nous ont alors évoqué les solutions et ressources mises en place afin de limiter et de passer outre ces obstacles.

2.4.1 L'information des patientes

Certaines solutions semblent se trouver auprès des patientes directement. Plus de la moitié des sages-femmes interrogées nous ont évoqué l'importance de communiquer une meilleure information aux patientes. En effet, plusieurs ont abordé le fait que donner accès aux femmes à plus d'informations, d'explications et de renseignements tendrait à limiter certains freins et serait la solution dans certaines situations complexes.

C'est le cas notamment face au manque de connaissances des femmes sur cette période, ce qui peut engendrer un manque de contraception lors de la périménopause : « *Faut redire ce que c'est que la ménopause : qu'on le sait qu'a posteriori et il y a toujours un risque* » (SF2), « *Ouais, elles ne sont pas très informées non plus [...] ouais c'est important de les informer sur ce que c'est vraiment* » (SF6).

L'information délivrée aux patientes apparaît aussi comme solution face aux symptômes périménopausique. En effet, une sage-femme explique que l'information peut-être une clé pour y faire face : « *C'est plus ça qui nous sauve quelque fois, d'expliquer, que de traiter directement.* " (SF7)

De plus, lors des réticences qu'il peut y avoir chez certaines patientes concernant les changements de contraception durant cette période, les sages-femmes rapportent qu'augmenter l'information, les renseignements et éclaircir certains sujets permettrait aux femmes de passer outre certaines hésitations : « *Elles comprennent si tu leur expliques correctement les risques que ça engendre.* » (SF3) ou encore « *Je leur explique pourquoi. Parce que quand tu expliques pourquoi, elles comprennent quand même plus facilement, et elles comprennent plus facilement qu'il faut passer sur autre chose. Voilà. Elles l'acceptent en fait plus facilement.* " (SF10)

Cela rejoint également un autre aspect que les praticiennes interrogées ont abordé : la préparation des patientes en amont afin de limiter les réticences au changement. Ceci est bien illustré par les propos de plusieurs sages-femmes : « *Alors, on essaie de les préparer* » (SF1), « *Moi j'en parle déjà, à aborder le truc vers 35 ans de dire "bientôt peut être qu'il faudra changer"* » (SF2), « *Moi je leur dis encore voilà un an ou deux et puis après on avisera peut-être pour switcher sur autre chose. J'essaie de*

les amener tout doucement vers quelque chose, qu'elles se fassent à l'idée..." (SF10). Ainsi, en utilisant le dialogue et l'information, les sages-femmes réussissent à passer outre certaines réticences possibles des patientes.

L'importance de la prévention est également évoquée lors des entretiens comme l'explique la SF8 : « *Faites attention. C'est important aussi d'avoir un discours de prévention, quel que soit l'âge.* »

2.4.2 Approfondissement des connaissances des sages-femmes

Dans le but de faire face à ces difficultés, les sages-femmes tendent également à augmenter leurs connaissances et l'amplitude de leur savoir.

Plusieurs praticiennes expliquent la place importante de la recherche personnelle. Elles vont chercher des informations par elles-mêmes et tentent de s'informer par leurs propres moyens. On le comprend bien par les propos de la SF6 : « *J'ai fait des recherches en fait, j'ai recherché de mon côté* » ou encore la SF7 : « *Après bah on se renseigne par nos propres moyens, par des formations [...] par des articles, on cherche un peu dans les articles [...] ce que tu peux trouver d'intéressant.* », et aussi : « *On va toujours chercher à droite à gauche une réponse pour pouvoir effectivement être un peu plus à même de...comment dire, de répondre au contexte.* » (SF9)

Les sages-femmes ont abordé l'importance d'accéder à des formations plus approfondies sur le sujet de la périménopause et la contraception, que la formation initiale. « *Je pense que ça nécessite des formations supplémentaires parce que nos études de sage-femmes, pour ça, pour moi sont ridicules comparées tout ce qu'on voit en ménopause et périménopause et même en gynécologie de base.* » (SF7)

La moitié des sages-femmes interrogées ont effectué un DU de Gynécologie en plus de la formation initiale. D'autres envisagent d'en suivre un afin d'être plus à l'aise avec la gynécologie de manière générale. C'est le cas de la SF7 : « *J'envisage en effet, je me suis réinscrite à un DU, de gynéco.* » La réalisation de DU a permis à certaines de se sentir plus à l'aise face à cette période de périménopause : « *Je me sens plus à l'aise depuis que j'ai passé le DU de gynéco voilà.* » (SF2). D'autres ne partagent pas cet avis et considèrent que même dans le DU de Gynécologie, la périménopause et ménopause ne sont que très brièvement abordées : « *Donc mon DU se résume un peu à ça... ce n'est pas énorme en contenu, on n'est pas très informées non plus.* » (SF5)

Certaines ressentiraient alors le besoin de mettre en place davantage de formations pour se sentir plus compétentes sur certains sujets autour de la pérимénopause et la contraception. Tel :

-sur la contraception de manière générale : « *on voit quand même de plus en plus de femmes de plus de 40, il faut effectivement être à l'aise avec euh, toute cette contraception à cette âge-là, toute les situations gynéco qu'on va rencontrer* » (SF9) ou encore « *Maintenant oui, s'il y a un atelier sur la pérимénopause et la prise en charge de la femme en pérимénopause, et sur les OP, c'est clair que je m'inscris à l'atelier de suite.* » (SF10)

-les THS : « *J'aimerais qu'on soit plus formées sur le côté hormonal par rapport au traitement hormonal substitutif qu'est ce qui est intéressant de faire.* » (SF4)

- la prise en charge globale : « *S'il y a un truc sur lequel je voudrais me former c'est sur la prise en charge globale sur cette période-là.* » (SF5).

2.4.3 Travail en réseau

Une des solutions évidentes en cas de difficultés, de doute ou de limite dans la prise en charge des patientes semble être le travail en réseau. Comme le dit la SF5 : « *Le but c'est de bien orienter. Une bonne sage-femme c'est une sage-femme qui sait bien orienter au bon endroit et au bon moment.* » L'interaction entre professionnels de santé semble être un moyen non négligeable au bon exercice de la profession.

Ainsi, elles orientent facilement vers d'autres professionnels comme les gynécologues et médecins : « *On a encore vachement de gynéco du coin qui nous relaient sur des cas compliqués* » (SF4), « *Quand il y a des symptômes que pour moi, limites, ou je ne suis plus dans mes compétences, ou je ne peux plus aider la patiente, et que ça devient trop compliqué, j'adresse vers un gynéco (...)* Pour moi ce n'est pas difficile d'orienter parce que j'arrive très facilement à travailler avec une gynéco qui est en libéral pas loin.» (SF7), « *Moi quand je suis dépassée, ça ne me dérange absolument pas...fin quand je sens que je me sens en difficulté, alors ça ne me pose aucun souci d'orienter vers un gynéco ou un médecin référent que je connais* » (SF9), mais aussi vers d'autres professions : « *Les médecines parallèles bah franchement je l'ai fait une ou deux fois et les naturopathes pour toute la symptomatologie, des bouffées de chaleur etcetera, elles savent bah elles maîtrisent bien comment répondre à ça.* » (SF6)

Quelques sages-femmes expliquent aussi que le travail en réseau est essentiel même lors de simples questionnements. « *On se pose pas mal de questions. Moi je trouve que c'est sain de se poser des questions* » (SF1) ; « *Je n'hésite pas à envoyer des mails aux gynécos. "Dans telle situation tu ferais quoi qu'est-ce que t'en penses ?"* » (SF5). Dans notre échantillon, seule une sage-femme réalise de la

consultation en milieu hospitalier. Elle explique notamment pouvoir compter facilement sur ses collègues : « *C'est vrai qu'en discutant avec une consœur, moi j'ai la chance de travailler en hôpital donc aussi ce n'est pas pareil, le médecin peut nous dire, on peut avoir des conseils.* » (SF3)

Avoir un réseau très pluridisciplinaire apparaît comme essentiel et indispensable : « *J'ai construit un bon réseau, moi ça fait quand même 15 ans que je suis installée [...] Moi je me le suis construit dès le départ parce que j'ai vu que c'était indispensable* » (SF8) ou encore : « *C'est quand même plus simple de travailler comme ça...effectivement quand on n'a aucun...pas beaucoup de réseau là...Il faut avoir vraiment effectivement fait des DU, augmenté effectivement...Mais malgré tout, le réseau c'est important. Surtout en libéral... on n'a personne. On est seul.* » (SF9)

Ainsi, les sages-femmes rencontrées semblent réussir à trouver certaines solutions afin de limiter les obstacles au bon suivi contraceptif de ces femmes pérимénopausées.

3. Discussion

3.1 Forces, limites et biais de l'étude

Notre choix de réaliser une étude qualitative entraîne des biais inévitables. En effet, seuls 10 entretiens ont été réalisés, ils ne représentent donc pas la population générale des sages-femmes. Toutefois, l'obtention de la saturation des données est un élément permettant de renforcer notre étude. De plus, il existe un biais d'interprétation des données par le chercheur. En effet, l'étude et les résultats ont été analysés par une seule personne. Il n'y a pas eu triangulation des données. Cela engendre donc des biais interprétatifs.

Une trame a été rédigée en amont et les entretiens ont été préparés mais un biais de méthodologie est présent dû au manque d'expérience. L'ensemble des entretiens a cependant été réalisé par la même personne afin d'éviter un biais de recueil des données.

Malgré les biais potentiels, ce type d'étude nous a semblé être le plus pertinent face à nos objectifs, car cela a permis aux sages-femmes d'aborder de nombreux sujets et d'avoir une liberté de parole importante. Cela représente un réel atout pour notre étude. Les entretiens ont été riches en thèmes et nous ont permis de collecter une multitude de données.

Les sages-femmes interrogées ne connaissaient pas à l'avance le sujet exact du mémoire rendant alors les entretiens encore plus pertinents et intéressants. Il peut exister malgré tout un biais de sélection : les professionnelles ayant participé à l'étude étaient peut-être celles les plus intéressées ou se sentant les plus concernées par le sujet. Il aurait également été intéressant de pouvoir échanger avec plusieurs sages-femmes hospitalières afin de rendre l'échantillon encore plus varié et afin d'obtenir davantage d'éléments à traiter.

Un seul entretien a été réalisé par appel téléphonique. Pour les neuf autres, un créneau était réservé en présentiel ce qui a permis de recueillir des données plus riches et variées telles que l'attitude, la gestuelle et les mimiques des sages-femmes ce qui représente une force dans ce travail.

Une grande hétérogénéité est présente dans l'échantillon sur différents plans : âge, durée d'exercice, DU réalisés, activité... Ceci constitue un atout pour notre étude.

3.2 Analyse et réflexion

Au terme de nos entretiens, plusieurs éléments sont mis en exergue. Les impressions, perceptions et vécus des sages-femmes sont intéressants à prendre en compte car ils font entièrement partie des facteurs influençant les décisions médicales.

Quels sont les principaux vécus et ressentis des sages-femmes lors de cette prescription de contraception chez les femmes périménopausées ?

Les sages-femmes lors de cette prescription de contraception sont partagées par différents sentiments et perceptions personnels.

Elles semblent notamment faire face à des sentiments d'inquiétudes et d'appréhensions sur différents aspects de cette consultation de contraception.

La prescription de la contraception n'est pas aisée pour les sages-femmes face aux réticences ressenties envers certains contraceptifs. C'est le cas de la prescription des oestro-progestatif dans cette période de transition ménopausique. Cette prescription hormonale semble être pour les sages-femmes, synonyme d'incertitude et d'inquiétude. La peur d'une complication liée à leur prescription et du risque médico-légal vient donc entraver la liberté à la fois de décision de la patiente mais aussi de prescription de la sage-femme, pouvant alors avoir comme conséquence une inertie thérapeutique exposant à une contraception mal adaptée, mal acceptée et éventuellement à une grossesse non désirée.(9) Aussi, l'utilisation des injections de progestatifs apparaît comme moins connue amenant ainsi certains doutes et interrogations concernant sa potentielle utilisation.

Quant à la prise en charge des symptômes périménopausiques, il est clair que les sages-femmes sont limitées dans leurs possibilités. Elles se sentent donc souvent démunies. L'utilisation de la contraception pour leurs effets non contraceptifs n'est pas toujours évidente : si certaines sages-femmes se sentent aptes à utiliser les progestatifs, d'autres estiment comme impropre l'utilisation de la contraception dans ce contexte. Aussi, l'idée d'utiliser des OP dans ce cadre suscite des réticences chez les sages-femmes.

Enfin, la problématique du diagnostic de la ménopause et donc de l'arrêt de la contraception est primordiale dans la prise en charge de la patiente de cette tranche d'âge en consultation gynécologique. Ce point doit être traité comme le sujet principal au-delà de 50 ans.(10) Les sages-femmes sont alors pleines de réticences et d'incertitudes face à ces situations. En effet, savoir quand préconiser l'arrêt de la contraception sans prendre le risque d'une grossesse non désirée est essentielle mais suscite beaucoup de difficultés chez les praticiennes.

Se pose alors la question du bilan hormonal comme aide au diagnostic. Un ressenti d'ambivalence semble prendre le dessus sur ce sujet. Bien qu'une majorité de sages-femmes soient conscientes de son inutilité diagnostique, elles peuvent y avoir recours dans certaines situations de doute, tout en ayant un sentiment réservé vis-à-vis de son interprétation. Le bilan hormonal peut apparaître comme un élément rassurant sur lequel s'appuyer. Pourtant, le diagnostic de périménopause et de ménopause est un diagnostic clinique.(3) Ce sentiment d'ambivalence est également retrouvé concernant l'utilisation du DIU au cuivre en période de périménopause, les ressentis et vécus des sages-femmes à ce propos sont variés.

En revanche, les sages-femmes font face à des sentiments de confiance et d'aisance sur d'autres aspects de cette prescription.

La prise en charge globale des femmes périménopausées en consultation de contraception est un de ces éléments face auxquels les sages-femmes sont à l'aise, en instaurant notamment une écoute attentive, nécessaire à cette période, et en s'adaptant à chacune des patientes rencontrées.

De plus, face à la réticence d'utilisation de certaines contraceptions, elles ont recours à d'autres méthodes contraceptives jugées plus sûres : les sages-femmes vont alors se tourner vers les progestatifs (DIU ou pilules). Ces moyens contraceptifs sont ceux utilisés en première intention notamment parce qu'elles sont sécurisées, rassurées et confiantes à l'idée de les utiliser. Les sages-femmes semblent ressentir cela principalement car la contraception progestative n'augmente pas le risque thrombo-embolique veineux et artériel. Aussi, la contraception définitive est un élément notable. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les sages-femmes ont un vécu favorable de son utilisation et estiment que cette méthode possède une place importante à cette période de la vie des femmes.

Tous ces ressentis multiples et variés jouent un rôle lors des décisions de prise en charge des patientes. Alors comment ces divers ressentis influencent-ils finalement la prise en charge des patientes périménopausiques en consultation de contraception par les sages-femmes ?

Quels impacts ont-ils sur la prise en charge contraceptive des femmes en périménopause ?

Leur ressentis et expériences semblent, en effet, grandement impacter leur prise en charge.

Les sages-femmes cherchent facilement à abolir la contraception oestroprogestative dès l'âge de 35 - 40 ans ou en tous cas ne vont pas la proposer à l'instauration à cette période.

En France, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les OP ne sont pas à contre-indiquer sur le seul critère de l'âge. Il faut alors réévaluer les facteurs de risques présents et c'est l'association de l'âge supérieur à 35 ans et d'un autre facteur de risque qui contre-indique leur utilisation. (11) La littérature internationale s'accorde pour dire que l'utilisation des OP après 40 ans est possible, comme l'indique le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) en 2018. Après 40 ans, la contraception oestro-progestative doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle de la balance bénéfice-risque à chaque consultation. (12)

Il pourrait être intéressant de savoir si cette prescription d'OP suscite également des réticences avant même l'âge de 35 ans. Les professionnels et particulièrement les sages-femmes sont-ils également frileux face à cette prescription chez les sujets jeunes ? Orientent-ils plus sur d'autres contraceptions par peur des effets indésirables potentiels des oestro-progestatifs ?

L'utilisation de la contraception oestro-progestative dans la gestion des symptômes est également peu répandue. Cette méthode est, en effet, très peu utilisée pour ses bénéfices non contraceptifs, toujours par appréhension des praticiennes à utiliser les OP à cet âge. Les sages-femmes semblent toujours utiliser la contraception progestative, même dans l'objectif d'abolir les symptômes périménopausiques. Les recommandations mondiales indiquent que la contraception oestroprogestative peut apporter des bénéfices non contraceptifs intéressants (potentielle prévention de la minéralisation osseuse, diminution des ménorragies, des dysménorrhées et des symptômes de carence œstrogénique débutante) durant cette période de la vie féminine. (12) La contraception oestroprogestative pourrait alors apporter un certain confort à la patiente.

Ainsi par leurs ressentis de peur et de crainte de cette méthode, les sages-femmes ne suivent pas toujours les recommandations instaurées et peuvent ainsi limiter leur patientèle dans leur choix contraceptif.

Les progestatifs prennent alors une place centrale lors de cette prescription. Il y a une tendance à inciter les femmes à passer aux progestatifs, même chez celles sans facteurs de risques clairement établis. Cela concerne la pilule microprogestative ou le DIU au Lévonorgestrel. Ce type de contraception représente pour les sages-femmes la contraception à favoriser à cette période de la vie. Les sages-femmes peuvent y avoir également recours pour l'aménorrhée que cela peut induire ou encore afin d'atténuer certains symptômes de périménopause. Dans la littérature, la contraception microprogestative apparaît, en effet, comme la contraception la plus intéressante à cet âge-là, en raison de sa neutralité sur les paramètres vasculaires, métaboliques et osseux. Néanmoins, la qualité de vie peut être altérée dans cette population en raison de saignements intercurrents, de

l'aggravation possible de signes d'hyperoestrogénie et de la non prise en charge de signes hypo-oestrogéniques. (13)

Le DIU apparait en France et dans le monde comme la seconde méthode contraceptive la plus utilisée. Son utilisation par les Françaises est croissante à partir de l'âge de 35 ans. C'est la méthode contraceptive la plus utilisée chez les femmes de 45 à 49 ans. (14) Au total, le DIU est une contraception intéressante après 40 ans. Le choix entre le cuivre ou le lévonorgestrel se fait en fonction du contexte clinique et du souhait de la patiente. Il est le contraceptif de longue durée d'action à privilégier selon l'OMS.

La contraception définitive fait partie des solutions proposées par les sages-femmes, mais pour certaines uniquement dans des cas d'impasses contraceptives. Dans la littérature, la contraception définitive en France reste très peu répandue chez la population féminine contrairement à d'autres pays du monde. Son utilisation augmente avec l'âge et elle concerne majoritairement les femmes de 40 ans et plus (8,7 % des 40-44 ans et 11,0 % des 45-49 ans). (14) On peut donc se demander quels sont les freins au recours à ce type de contraception ? Avant 40 ans, ce sont les praticiens qui semblent s'opposer à la contraception définitive, mais au-delà de cet âge ce serait plus une réticence des patientes elles-mêmes. Il serait intéressant, dans un cas comme dans l'autre de comprendre ce phénomène pour lever ces freins afin d'agrandir les possibilités contraceptives.

La contraception macroprogestative, apparait comme moins répandue et moins connue chez les professionnelles. Il existe plusieurs sortes de macroprogestatifs, qu'il faut bien différencier. On distingue le Dépo-Provera des réels macroprogestatifs actuellement hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) sur le point contraceptif. Le Depo-Provera contenant du médroxyprogestérone acétate 150mg, est un progestatif de longue durée d'action, injectable de façon trimestrielle. Cette méthode contraceptive possède l'AMM et peut donc être utilisée comme contraceptif. Il n'est pas forcément recommandé de l'utiliser en première intention chez la patiente de plus de 40 ans devant l'impact négatif sur le plan vasculaire, glucidique mais aussi osseux. Il faut alors chercher les potentiels facteurs de risques vasculaires ou facteurs de risques osseux qui sont des contre-indications à son utilisation. Dans la littérature, la prescription de macroprogestatifs est, elle, considérée comme hors AMM dans le cadre de la contraception. (13)

Le diagnostic de ménopause et l'arrêt de la contraception chez les femmes n'ayant pas de contraception hormonale semble aisé pour les praticiens. En effet, les recommandations sont claires, les différentes sociétés savantes recommandent d'arrêter la contraception non hormonale en cas d'un an d'aménorrhée au-delà de 50 ans et 2 ans entre 40 et 50 ans. (13) Toutefois, chez les patientes avec une contraception hormonale en place, les interrogations et les indécisions sont omniprésentes. Les

conduites à tenir mises en place ne sont pas codifiées et les arrêts se font « au feeling ». Les prises en charge sont hétérogènes d'une sage-femme à l'autre.

Face à cela, la prescription de bilans biologiques afin d'aiguiller les conduites à tenir est un aspect qui interroge. Selon le CNGOF, les dosages hormonaux sous contraception hormonale ne sont pas recommandés. (12) Les dosages hormonaux sont variables : les taux d'estradiol et de FSH font facilement « les montagnes russes » lors de cette période de transition ménopausique. La grande fluctuation d'un dosage d'un mois ou d'une semaine à l'autre explique que l'on peut saisir un moment de normalité ou d'anormalité non conforme à la réalité clinique. Un dosage n'est que la photographie d'un état hormonal à un instant « t ». Il peut tout à fait égarer le clinicien. (15)

Toutefois, ces propos semblent nuancés pour la FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive HealthCare) et la HAS (Haute Autorité de Santé). En effet, selon la FSRH, chez une femme de plus de 50 ans sous contraception progestative, un dosage de FSH peut être réalisé pour aider à vérifier le statut ménopausique. (16)

Au sein même des recommandations du CNGOF, certains cas isolés peuvent nécessiter des bilans hormonaux, notamment dans le but de mettre en place un THS :

- En cas d'hystérectomie, lorsqu'il existe un syndrome climatérique après 40 ans et qu'il n'y a plus la tension douloureuse des seins d'autrefois.
- En cas d'aménorrhée chez une patiente porteuse de stérilet Mirena® et âgée de plus de 52 ans
- En cas de contraception oestroprogestative prolongée au-delà de 50 ans, quand surviennent des bouffées de chaleur dans la semaine d'arrêt
- Chez la femme de moins de 45 ans, en aménorrhée prolongée, a fortiori s'il existe des bouffées de chaleur et surtout s'il y a une notion familiale
- Chez la femme jeune après traitement d'une affection cancéreuse ou d'une leucémie (15)

Ainsi on peut comprendre que ces différentes recommandations variées, créent ce flou ressenti par les sages-femmes concernant les bilans hormonaux. Tous ces éléments peuvent nous laisser penser qu'il existe peut-être un manque de recommandations claires et précises auxquelles peuvent avoir accès les sages-femmes.

Concernant l'arrêt de la contraception en période de périménopause, il existe des recommandations établies pour aiguiller les praticiens : pour les femmes dont la contraception est non hormonale, il est conseillé de la poursuivre jusqu'à 1 an d'aménorrhée au-delà de 50 ans. Les femmes utilisant encore une contraception œstroprogestative après 50 ans doivent l'arrêter.(12) Chez celles qui utilisent une

contraception progestative (voie orale, sous-cutanée, intra-utérine), une fenêtre thérapeutique peut être proposée pour confirmer la persistance d'une activité ovarienne. En cas de confirmation, le progestatif sera repris jusqu'à 55 ans puis arrêté.

D'après le CNGOF, lorsque le DIU au cuivre est posé après 40 ans, il est possible de ne pas changer le modèle car son efficacité est prolongée au-delà de 5 ans. Il pourra être retiré lorsque la ménopause sera en place. Une autre revue de la littérature expose la sûreté de l'utilisation de certains DIU Cuivre, notamment les TCU380 (TT380), de manière prolongée. Sa durée initiale d'utilisation est de 10 ans. Il serait sans risque de conserver ce modèle jusqu'à la ménopause s'il est inséré après 35 ans. (17) Pour le DIU Lévonorgestrel 52mg (Miréna), posé après 45 ans il peut être laissé en place jusqu'à 55 ans.(13)

En résumé, bien que les sages-femmes aient une réelle volonté de s'adapter à leurs patientes, d'entendre et de prendre en compte leurs envies et besoins, elles se retrouvent face à leurs propres ressentis, croyances et appréhensions vis-à-vis de la prescription contraceptive. Le choix libre et éclairé des femmes n'est donc pas toujours clairement respecté et la prescription non optimale. Les recommandations ne sont également pas toujours suivies. On peut alors se demander comment ces biais à la prise en charge contraceptive prennent naissance pour ensuite tenter d'apporter une solution concrète.

Comment tenter d'expliquer ces ressentis et vécus chez les praticiennes ?

- *Manque de formations des sages-femmes en gynécologie et sur cette période de pérимénopause*

Le point essentiel revenant à plusieurs reprises lors des discussions avec les sages-femmes est le manque de formation crucial en gynécologie de manière générale, et plus précisément sur la pérимénopause et ménopause. Ce manque de formation en gynécologie peut être expliqué et paraître compréhensible chez les sages-femmes plus âgées n'ayant eu que très peu de formation en gynécologie dans leur cursus initial. En effet, c'est seulement à partir de Juillet 2009 avec la Loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (Loi HPST) que les sage-femmes ont vu s'élargir leurs champs de compétences au suivi gynécologique et renforcer leurs domaines de prescriptions en matière de contraception. Toutefois, même les sages-femmes ayant été diplômées plus récemment expriment que ce manque d'approfondissement est un élément clé, en partie responsable de ces vécus et

ressentis. Ces lacunes s'observent, selon certaines sages-femmes, dès la formation générale en maïeutique.

En 2013, une nouvelle réforme vient réorganiser les études de Maïeutique avec un nouveau programme. Une unité d'étude intitulée : « Gynécologie - santé gènesique des femmes et assistance médicale à la procréation » a été instaurée.

Les objectifs principaux de cette UE sont nombreux. Parmi eux, une grande partie aborde la consultation de contraception et le suivi gynécologique ainsi que le lien sage-femme/patiente. Tel :

- Informer et conduire une consultation de contraception ;
- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Dépister et participer à la prise en charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques ;
- Maîtriser les bonnes pratiques de dépistage des IST : indications, prise en charge du partenaire ;
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plainte ;
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute ;
- Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification ;

Cette UE est également complétée par la réalisation de stages obligatoires afin de réaliser de la consultation de contraception, de la prévention des IST, des IVG, du suivi gynécologique de prévention. Ils peuvent être réalisés dans différents endroits : centre de planification et d'éducation familial (CPEF), centre d'orthogénie, cabinet libéraux, établissement publics ou privés de santé. (18)

Concernant les cours spécifiques sur la périménopause et la ménopause, ils ne sont en effet que très rapidement abordés et très peu approfondis. Par exemple, dans la formation Maïeutique du site de formation de Bourg-en-Bresse, sur la totalité des heures de formation en Gynécologie, le cours « Ménopause, Périménopause et Pathologie de la ménopause » est réalisé en 2,5 heures. (19)

La formation générale en gynécologie apparaît, en théorie, suffisante et complète. Pourtant ce n'est pas ce qui ressort des ressentis et vécus des sages-femmes interrogées. Ces résultats amènent à réfléchir sur la façon dont la gynécologie est enseignée et si cela correspond aux attentes des étudiants et des futurs professionnels. Les cours sont-ils en accord avec les besoins pratiques du métier de sage-femme ? Concernant l'instruction autour de la périménopause, ce sujet semble être

rapidement balayé et peu approfondi dans la formation, ce qui confirme les dires des sages-femmes interrogées.

Dans notre étude, une sage-femme sur deux a réalisé un DU de gynécologie afin de se perfectionner et d'approfondir ses connaissances autour de ce sujet. Cela est représentatif du besoin qu'ont les professionnels de se former davantage à la gynécologie afin d'étoffer l'enseignement général et de pouvoir exercer de manière sereine.

Cette idée est également retrouvée dans le mémoire de Joséphine Aussedat, où 92% des sages-femmes libérales réalisant de la consultation gynécologique ont suivi une ou plusieurs formations supplémentaires (DU, colloques, journées de formations...).(8) Concernant ces formations plus spécifiques, certaines estiment que même dans ce cas-là, le sujet de la pérимénopause et de la contraception n'est parfois pas assez approfondi. Il existe en effet, différents DU et DIU (Diplôme Inter-Universitaire) accessibles aux sages-femmes, avec différents thèmes plus ou moins abordés. Les thèmes de la pérимénopause et ménopause sont évoqués dans certains. Une liste de 18 DU et DIU concernant la contraception et la gynécologie est disponible pour les sages-femmes. (20)

Les sages-femmes interrogées dans le mémoire « Sage-femme et Femmes pérимénopausées : un lien ? » expriment que durant ces formations supplémentaires en gynécologie générale, les enseignements étaient assez variés concernant la pérимénopause comme le suivi gynécologique et ses particularités, les symptômes, les traitements et la contraception. En revanche, ces enseignements ont été courts et les sages-femmes n'ont pas trouvé leurs informations assez exhaustives puisque le souhait de formations supplémentaires à ce sujet est largement évoqué. (8)

Au total, l'enseignement de la gynécologie lors du cursus de Maïeutique semble être mis en place afin d'assurer une autonomie et une sérénité aux sages-femmes lors de l'exercice de cette discipline mais en pratique, la réalité semble tout autre. Les sages-femmes vont alors se former davantage par le biais de formations (par exemple avec MédicFormation, Gynécole...), DU ou colloques. Tout cela nous amène à réfléchir sur la façon dont la formation générale en gynécologie pourrait être améliorée. Concernant la pérимénopause, le sujet est traité mais non approfondi ce qui permet de comprendre pourquoi les sages-femmes ont de nombreux questionnements concernant la prise en charge contraceptive des femmes à cet âge-là. Il paraît y avoir une nécessité à se former davantage sur la contraception à cette période mais aussi sur d'autres sujets autour de la pérимénopause comme la prise en charge des symptômes ou encore la place des THS. Cette notion de manque de formation est d'autant plus importante en regard de l'augmentation des consultations contraceptives des femmes plus âgées chez les sages-femmes.

- [Augmentation des consultations des femmes âgées en gynécologique et manque d'expérience des sages-femmes](#)

Une augmentation de la proportion des consultations des femmes au-delà de 40 ans semble apparaître ces dernières années. Sur un point démographique, le nombre de femmes âgées de 40 à 49 ans a augmenté de 85 % en 20 ans.(21) Cette idée rejoint celle d'un mémoire, traitant du lien entre les sages-femmes et les femmes en périménopause, dans lequel 55% des sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique ont noté une augmentation de ce motif de consultation chez les femmes entre 40 ans et 55ans. (8) La place de la sage-femme dans le suivi contraceptif de ces femmes est d'autant plus importante que le nombre de gynécologues diminue en France. C'est face à la pénurie annoncée des médecins gynécologues et des généralistes que la loi HPST a été élaborée en 2009. Elle a permis d'élargir les compétences des sages-femmes. L'objectif était de répondre aux besoins des femmes concernant leur suivi gynécologique en termes de prévention et de contraception. C'est le cas de ces femmes plus âgées qui consultaient auparavant en majorité des gynécologues, et qui se retrouvent actuellement à s'orienter de plus en plus vers les sages-femmes pour leurs suivis. De plus, d'après un rapport de la DREES sur la démographie des sages-femmes, l'activité libérale est amenée à se majorer avec en 2030, une sage-femme sur trois qui travaillerait dans le secteur libéral. Ce sont en majorité les sages-femmes libérales qui réalisent les consultations gynécologiques car les hôpitaux n'ouvrent que très peu leurs consultations gynécologiques aux sages-femmes.

Face à cette patientèle grandissante et au manque d'habitude de cette période, les praticiennes ne sont pas toujours à l'aise et font face à des sentiments de doute ou d'appréhension. Pour certaines sages-femmes, ce n'est pas leur patientèle habituelle. Le manque d'expérience peut justifier une partie des ressentis et des appréhensions auxquels peuvent faire face certaines sages-femmes lors de la prescription de contraception. Face à cette fréquentation plus élevée de leur cabinet, les sages-femmes doivent s'adapter et mettre à jour leurs connaissances pour offrir un suivi gynécologique de prévention de qualité.

- [Manque de recommandations et de référentiels sur le sujet](#)

Le peu de recommandations et de référentiels clairs sur le sujet est également un élément déploré par les sages-femmes. Il existe selon certaines, un manque d'accessibilité aux recommandations et cela peut impacter l'exercice de la gynécologie à cette période de la vie des patientes. Concernant spécifiquement les recommandations autour de la contraception des femmes en périménopause :

- La dernière recommandation internationale est celle de la « Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare » parue en octobre 2017. (16)
- La dernière recommandation française est celle du CNGOF concernant la contraception des femmes de plus de 40 ans, publiée en 2018. (13) Avant celle-ci, les recommandations les plus récentes dataient de 2002 avec « La Contraception chez les femmes de plus de 35 ans ». (22)

Ce vaste écart entre les deux textes de recommandations peut illustrer le peu d'intérêt et d'études sur la contraception à cet âge. Au total, comme l'indique le CNGOF lui-même, les données de la littérature sont pauvres en matière de périménopause et le niveau de preuve des études portant sur le sujet est limité.

Il semble alors exister une grande importance à s'auto-enseigner et à se renseigner sur les nouvelles pratiques et recommandations. Cela ne semble pas être chose aisée car l'accès à la littérature n'est pas toujours évident sur ces sujets, pouvant rendre cela chronophage. En effet, de manière plus générale, s'auto-former demande du temps et de l'investissement de la part des sages-femmes. C'est pour cela qu'a été mis en place en 2009, le développement professionnel continu (DPC). C'est un dispositif de formation applicable aux professionnels de santé dont l'objectif est notamment le perfectionnement des connaissances et donc l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes. (23)

Dans une thèse de médecine générale menée auprès de médecins généralistes, à propos de la contraception chez les femmes en périménopause, ceux-ci déplorent tout autant le manque de recommandations clairement établies dans cette tranche d'âge. (24) Cette thèse ayant été réalisée en 2018, on peut imaginer que les nouvelles recommandations du CNGOF sorties cette même année, n'étaient pas encore connues de tous les médecins interrogés. Il serait intéressant de savoir si les médecins généralistes partagent toujours ce même sentiment que les sages-femmes, malgré de nouvelles recommandations plus récentes sur le sujet.

- [Confrontation à la patiente et aux mœurs sociétaux](#)

Réaliser une consultation amène un praticien à se confronter aux croyances de la patiente elle-même mais aussi aux évolutions sociétales, tout particulièrement pour le sujet qui nous intéresse autour de la vie des femmes à cet âge-là. Il est nécessaire dans certains cas de parlementer sur l'intérêt d'une contraception à cette période alors même que les femmes n'ont parfois pas conscience des risques de grossesses encourus, le phénomène de ménopause sociale semblant leur faire croire qu'elles sont à l'abri de celles-ci. Les risques de certaines contraceptions en fonction de l'âge ne sont

également pas toujours connus du grand public. La HAS confirme d'ailleurs que la sur ou sous-estimation des risques par les patientes vis-à-vis de leur contraception est un frein à son accès.(25)

De plus, l'impact que peuvent avoir les évolutions sociétales et les effets de « mode » dans la prise en charge contraceptive est un élément à prendre en compte. En France, trois enquêtes nationales ont été menées sur les comportements sexuels depuis une quarantaine d'années. Ces études remontent dans les générations antérieures et nous permettent d'observer certaines évolutions en termes d'âge et de sexualité. C'est le cas de la prolongation de la vie sexuelle active aux âges avancés. Dans les années 70, parmi les femmes mariées de plus de 50 ans, une femme sur deux seulement avait une activité sexuelle. Aujourd'hui, ce sont plus de 90 % des femmes en couple de plus de 50 ans qui sont sexuellement actives.(26) De plus, cette période peut apparaître comme un véritable tournant dans la vie des femmes et nombreuses sont celles ayant de nouvelles relations comme le confirme une étude anglaise publiée dans le Lancet : 8,9% des femmes entre 45 et 54 ans et 4,4% des femmes entre 55-64 ans ont eu, au cours de l'année précédente, au moins un nouveau partenaire sexuel. (27) Ces changements sociétaux, dans le domaine de la sexualité, appuient l'importance d'une contraception efficace jusqu'au diagnostic de ménopause et donc la nécessité de l'information chez ces femmes. Il est également nécessaire d'enseigner aux patientes l'utilité de, parfois, devoir remettre en place une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Les potentiels changements de partenaires font resurgir des notions qui étaient jusqu'à récemment peu essentielles à cette tranche d'âge. La place du préservatif refait alors surface dans ces cas-là mais son utilisation à cette période de la vie rencontre d'autres problématiques : trouble de l'érection chez les hommes ou encore sécheresse vaginale chez les femmes.

Un autre élément à prendre en compte dans la mise en place contraceptive de nos jours, est l'évolution des volontés et mœurs des femmes en termes de contraception. Les patientes demandent plus de contraceptions naturelles pour moins d'hormones. Le rejet de la médicalisation dans le domaine de la contraception est un frein souligné par la HAS. Les méthodes contraceptives sont parfois considérées par les femmes comme non naturelles, et en découle une volonté de limiter leur prise rendant parfois la mise en place d'une contraception compliquée. (25)

Face à cela, il semblerait que l'acceptation des méthodes contraceptive par les patientes passe par l'explication des professionnels à propos des effets secondaires, des risques et des bénéfices. La communication et l'information sont essentielles tant sur le plan contraceptif que sur le sujet de la périménopause et sont déterminants pour instaurer une contraception adéquate. En 2013, dans les fiches synthèses des recommandations de l'HAS, ceux-ci recommandaient aux praticiens deux types d'approches afin de favoriser la mise en place contraceptive : le counseling et la « démarche

éducative». Le counseling consiste en une démarche de conseil et d'accompagnement favorisant l'expression de son choix. La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge.(11)

Finalement, les sages-femmes font face à plusieurs freins ou difficultés relatives à leurs études, aux recommandations, aux patientes ou encore à la société. Ces obstacles peuvent expliquer les perceptions, sentiments et vécus des sages-femmes lors de cette prescription. On peut alors réfléchir à la place exacte de la sage-femme auprès de ces femmes et de leur suivi contraceptif.

Quelles limites à la place de la sage-femme dans le suivi contraceptif de ces femmes en péri-ménopause ?

Rappelons-le, selon l'Article L4151-1 (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38) : « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » La femme péri-ménopausée n'est pas considérée comme une patiente « pathologique » et son suivi gynécologique fait donc entièrement partie des compétences des sages-femmes. Ainsi, la prise en charge contraceptive de ces femmes apparaît comme inhérente au métier de sage-femme.

La sage-femme joue notamment un rôle essentiel dans le suivi contraceptif des femmes en péri-ménopause notamment par l'aspect d'ordre relationnel : les sages-femmes ont des qualités d'écoute et d'empathie essentielles à cette période de la vie des femmes. Elles ont beaucoup de fois noté l'importance d'accompagner globalement ces patientes lors des consultations de contraception. Elles prennent en charge les potentielles difficultés psychologiques associées à cette période de transition afin de mieux comprendre et définir les besoins contraceptifs de ces femmes.

Il existe tout de même une notion de limites à cette prise en charge : limites de compétences liées au droit de prescription mais aussi limites liées au manque de connaissance sur certains sujets et au manque d'expérience, comme vu précédemment. Ainsi les sages-femmes n'hésitent pas à travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé. C'est le cas notamment des gynécologues, que ce soit pour orienter leurs patientes lorsque cela va au-delà de leurs compétences, ou pour de simples questionnements à propos de la contraception et de la prise en charge gynécologique de ces femmes.

Pour assurer le rôle de sage-femme, il y a une nécessité à avoir un réseau de qualité avec les médecins de son entourage. Il aurait été intéressant de pouvoir interroger plusieurs sages-femmes hospitalières dans notre étude afin de pouvoir rajouter des éléments de compréhension et de potentielles comparaisons entre les manières d'exercer et les ressentis/vécus. Les sages-femmes hospitalières sont-elles plus à l'aise avec le suivi contraceptif de ces femmes notamment par le biais d'un accès facile aux nouvelles recommandations et à un réseau de professionnels plus facilement sollicitable ?

Les praticiennes orientent donc leurs patientes lors de la présence de pathologies nécessitant un suivi gynécologique et contraceptif spécifique mais aussi lorsqu'elles diagnostiquaient des symptômes périménopausiques sévères impactant la vie des femmes et face auxquels elles ne peuvent apporter de solutions suffisantes. Il est intéressant de notifier qu'aucune sage-femme n'a abordé l'utilisation d'échelles afin de graduer l'importance des symptômes. Il en existe plusieurs notamment l'Echelle MRS (Ménopause Rating Scale), la MQ6 (Menopause Quick 6) encore la Greene Climateric Scale plus complète que les deux dernières. (28) Cet outil pourrait aider les sages-femmes à distinguer les situations nécessitant une orientation, notamment dans le but de prescrire des THS qui sont une prescription hors des compétences des sages-femmes.

CONCLUSION

La périménopause fait partie des étapes clés du suivi gynécologique chez la femme. Entre anarchie hormonale et évolutions physiques, psychiques ou encore métaboliques, cette période est le reflet de nombreuses incertitudes. La prescription d'un moyen contraceptif, dans ce contexte, se révèle souvent être une mission difficile.

Notre étude a permis de mettre en évidence que les sages-femmes considèrent la prise en charge contraceptive des femmes à cette période de la vie des femmes comme faisant partie intégrante de leur rôle, et cela d'autant plus face à la diminution du nombre de gynécologues en activité. Les sages-femmes confirment vouloir mettre la patiente au cœur de la prise en charge contraceptive, en s'adaptant facilement à elle, en étant attentive à ses besoins et en lui donnant les clés pour prendre une décision. Cependant, la volonté de décision partagée ne s'avère pas toujours facile en réalité. Les sages-femmes se sentent finalement limitées dans les choix contraceptifs. Il semble que l'enjeu pour certaines réside dans leurs capacités à conjuguer leurs propres réticences, vécus et ressentis ainsi que leurs volontés de sécurité de prescription avec les symptômes périménopausiques, les recommandations et les désirs des patientes. La contraception semble alors répondre à une règle d'exclusion des œstroprogestatifs au profit des microprogestatifs. Pour la contraception définitive, celle-ci apparaît pour les praticiennes comme étant une solution à développer. L'arrêt de la contraception semble être elle, une étape source d'interrogation et de doutes majeurs pour les sages-femmes.

Au cours de notre étude, nous avons pu mettre en avant les principales causes de ces perceptions, réticences ou difficultés. Un manque de formation en gynécologie et plus particulièrement sur le thème de la périménopause apparaît comme évident à l'heure où les consultations des femmes plus âgées se multiplient auprès des sages-femmes. Aussi, les recommandations concernant la contraception en périménopause ne sont pas toujours faciles à suivre, l'information est manquante chez les femmes et l'adaptation aux évolutions sociétales pas forcément évidente. Différentes solutions sont alors mises en place par les professionnelles afin de passer outre ces obstacles : formations plus approfondies, communication majeure avec les femmes ou encore travail pluridisciplinaire.

Il serait intéressant d'enquêter auprès des femmes de cette tranche d'âge, afin de connaître leurs degrés de satisfaction concernant la prise en charge de leur contraception. Il serait également pertinent de les interroger sur la place à donner à la sage-femme dans leur suivi, dans l'information délivrée et dans leur prise en charge concernant l'instauration d'une méthode contraceptive pendant cette période de périménopause.

BIBLIOGRAPHIE

1. Robin G, Dewailly D. La transition ménopausique ou pérимénopause. EMC-Gynécologie. 2016;12(3):1-14.
2. Pablo Cantero Pérez, Jennifer Klingemann, Michal Yaron, Nicole Fournet Irion, Isabelle Streuli. Contraception en période de pérимenopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs. Revue médicale Suisse. 2015 ;11.
3. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf J-M, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. Mai 2021 ;49(5):305-17.
4. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. DRESS. 2011;(765):6.
5. S.Vigoureux. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016 ;45:1462-76.
6. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation pour la pratique clinique. [Internet]. 2004. Disponible sur : <https://www.armv-paca.org/index.php/full-doc/342-has-contraception-recommandations-2004-1/file>
7. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et Résultats. 2012;(791):8.
8. Joséphine AUSSÉDAT. "Sage-femme et femme pérимénopausée : un lien ? " Enquête observationnelle chez les sages-femmes libérales en Lorraine. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
9. A. Pintiaux, C. Bouüaert, N. Habay, A. Beliard , J.M. Foidart, M. Nisolle. L'Inertie Thérapeutique en Contraception. Rev Médicale Liège. 2010 ;65:391-4.
10. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. Maturitas. 1 nov 2013 ;76(3):235-42.
11. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013 ;1-247.
12. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Contraception. 2018.
13. M.Lambert, E. Begon, C.Hocké. La contraception après 40 ans. RPC contraception, CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 2018.
14. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France. 2017 ;8.
15. C. Quereux, F. Dedecker. Dosages hormonaux en pérимénopause : mythe ou nécessité. CNGOF. nov 2002; 121-32.
16. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSHR Guideline Contraception for Women age over 40 years. oct 2017; Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhguidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>

17. Justine P. Wu, Sarah Pickle. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014 ;89(6):495-503.
18. Journal Officiel. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. 2013.
19. Site de Formation Maïeutique Bourg-en-Bresse. Programme des cours DFGSM en Gynécologie - Hormonologie - Reproduction. 2022.
20. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels. 2018.
21. Marquis C. Contraception hormonale en périménopause, l'antidote à bien des maux. *Le médecin du Québec*. Janv 2002 ;37(1):63.
22. CNGOF. Contraception chez les femmes > 35 ans. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. Sept 2005;34(5):513.
23. La formation continue : le DPC [Internet]. Ordre des Sages-Femmes. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
24. Renouard D. La contraception en périménopause : ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription : quelles solutions envisager ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados. Caen, Université de Caen ; 2019.
25. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
26. Bessin, M. Les âges de la sexualité : Entretien avec Michel Bozon. *Mouvements*. 2009 ;59(3):123-132.
27. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*. 2013 ;382 :1781-94.
28. B. Letombe. Le syndrome climatérique et la qualité de vie : balance bénéfiques/risques du THM et des traitements symptomatiques. 2010 ;513-42.

ANNEXES

Annexe 1 : Trame d'entretien

TRAME ENTRETIEN

« La contraception en péri-ménopause : Vécu et ressentis des sage-femmes lors de cette prescription. Etude qualitative auprès de sage-femmes réalisant de la consultation gynécologique dans les départements du Rhône et de l'Ain. »

Etablir le portrait du professionnel :

- Sexe
- Année de naissance
- Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
- Temps d'exercice en libéral et hospitalier
- DU/Masters réalisés
- Type d'installation
- Secteur d'activité et si possible pourcentage des différentes activités.
- Pourcentage des patientes entre 42 et 55 ans ?

- Raconter moi la dernière consultation abordant le sujet de la contraception que vous avez eu avec une femme en période de péri-ménopause.

Les questions de relance possible :

- La péri-ménopause :

- Quels ressentis face à la période de péri-ménopause et l'accompagnement de ces femmes ?

-Les différents moyens contraceptifs :

- Vous considérez vous comme à l'aise avec la contraception en péri-ménopause et cette période de manière générale ?
- Quel vécu face à la prescription de contraception ? Quelles contraceptions et quels ressentis face à chacune d'elles ?

-Le changement de contraception :

- Comment aborder le sujet de la contraception et le potentiel changement de contraception si besoin il y a ? Quel vécu lors de la préparation de ces femmes à ce potentiel changement ?

-Les symptômes de la péri-ménopause :

- Quels ressentis face à la prise en charge des symptômes ? Quels avantages non contraceptifs de la contraception par rapport à ces symptômes ?
- Comment aborder les symptômes de la périménopause ?

-L'arrêt de la contraception et la ménopause :

- Comment vous sentez-vous face au diagnostic de ménopause et par rapport à l'arrêt de la contraception ?

-Limites de la SF :

- En existe-t-il ? Quand orienter vers un médecin ou un autre professionnel ? Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?

-Axe d'amélioration :

- Y a-t-il des choses que vous voudriez améliorer ou changer ?
- Existe-t-il des moyens mis en place pour diminuer les difficultés auxquelles vous pouvez faire face ?

FICHE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) : _____ accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio. Je comprends que cette modalité est un outil de travail pour l'étudiante Chloé CLEMENT, dans le cadre de la réalisation de son mémoire sur « **La contraception en pérимénopause : Vécus et ressentis des sages-femmes lors de cette prescription** ».

L'enregistrement de l'entretien est réalisé dans le but de fluidifier l'entrevue et pour faciliter la retranscription et l'analyse de celui-ci.

Vos données et l'accès à l'enregistrement sont réservés aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au secret professionnel.

Ces données, sous leurs formes enregistrées aussi bien que sous leurs formes transcrites, demeurent totalement anonymes et confidentielles. Tout élément qui permettrait d'identifier la personne enregistrée sera supprimé de telle sorte qu'il ne sera pas possible d'y associer des noms, prénoms et coordonnées.

Il est entendu qu'il est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements. Il est possible de vous retirer de l'étude à tout moment et donc, il vous sera possible à tout moment de demander la modification et/ou la suppression des enregistrements.

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci, lors de la validation du travail.

Date et lieu :

Signature :

Annexe 3 : Tableau regroupant les caractéristiques de la population interrogée

	Sexe	Age	Année de diplôme	Temps exercice hospitalier	Temps exercice libéral	DU /Master réalisés	Temps exercice gynécologique	Patientes entre 42-55 ans
SF 1	F	39	2008	11 ans	4 ans	-DU phytothérapie -DU gynécologie	30%	20%
SF 2	F	51	1994	13 ans	14 ans	-DU Gynécologie médicale	20%	33%
SF 3	F	29	2015	6 ans	0	0	50%	15%
SF 4	F	38	2007	8 ans	10 ans	-DU psychologie et périnatalité	20%	20%
SF 5	F	42	2002	18 ans	2 ans	-DU Echographies gynécologiques et obstétricales -DU gynécologie médicale	20%	5%
SF 6	F	23	2020	4 mois	1 an	0	15%	5%
SF 7	F	28	2017	3 ans	2,5 ans	-DU Echographies gynécologique et obstétricales	40%	20%
SF 8	F	54	1990	15 ans	15 ans	-DU gynécologie médicale -Master administration et gestion des entreprises	20%	5%
SF 9	F	62	1981	22 ans	18 ans	-DU Acupuncture -DU Lactation	20%	30%
SF 10	F	47	1997	14 ans	10 ans	-DU gynécologie -DU IVG et contraceptions des religions -DU Echographie -DU acupuncture -Master PMA - DU contentieux médical -DU Ethique, déontologie et responsabilité médicale -DU informatique médical et technologies des communications réseaux	80%	30%



PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire

Etude qualitative

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux

Site Bourg en Bresse



Auteur : CHLOE CLEMENT
Directeur de recherche : Aurélie Chikh
Titre provisoire : "La contraception en période de pérимénopause : Vécus et ressentis des sages-femmes lors de cette prescription."

<p>CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE :</p> <p>La sage-femme est un professionnel qui peut réaliser le suivi gynécologique et contraceptifs de la femme <u>à tout âge</u> sans pathologies. Elle a l'occasion de rencontrer des femmes en transition ménopausique. Il y a à cette période de nombreuses modifications tant sur le plan physiopathologique et clinique que psychologique. Ainsi, il semble essentiel de mettre en place une prise en charge médicale adaptée pour ces femmes afin de les aider à traverser cette période de leur vie. La contraception apparaît indispensable dans cette tranche d'âge puisque la fertilité n'est pas nulle et les risques d'une grossesse non négligeables. Il est donc nécessaire de proposer une contraception à cet âge, tant pour l'effet contraceptif en lui-même que pour l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie par les effets non contraceptifs propres à chaque méthode.</p> <p>Il faut alors tenir compte des <u>facteurs de risques</u>, des <u>contre-indications</u> et des <u>symptômes</u> pouvant apparaître à cet âge-là. Cette période est alors délicate, ce qui peut engendrer des difficultés auprès des professionnels et notamment des sages-femmes.</p>
<p>OBJECTIFS :</p> <p>- Essayer de mettre en avant et de comprendre les ressentis et vécus des SF lors de la prescription de contraception chez les femmes en pérимénopause.</p> <p>Les objectifs secondaires sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Comprendre et identifier les difficultés et freins s'il y en avait.- Observer les moyens mis en place pour faire face aux différents freins face à cette prescription.- Appréhender les habitudes et expériences des SF lors de cette prescription
<p>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE :</p> <p>Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés à partir d'un échantillon de sage-femme du Rhône et de l'Ain.</p>

TRAME D'ENTRETIEN :

- **Etablir le portrait du professionnel** : sexe, âge, année d'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme, temps d'exercice en libéral et hospitalier, DU ou formations réalisés, secteurs d'activités et pourcentage des différentes activités, pourcentage des patientes entre 42 et 55 ans.

- **Raconter moi la dernière consultation abordant le sujet de la contraception que vous avez eu avec une femme en période de pérимénopause.**

Les questions de relance possible :

- La pérимénopause :

- o Quels ressentis face à la période de pérимénopause et l'accompagnement de ces femmes ?

-Les différents moyens contraceptifs :

- o Vous considérez vous comme à l'aise avec la contraception en pérимénopause et cette période de manière générale ?
- o Quel vécu face à la prescription de contraception ? Quelles contraceptions et quels ressentis face à chacune d'elles ?

-Le changement de contraception :

- o Comment aborder le sujet de la contraception et le potentiel changement de contraception si besoin il y a ? Quel vécu lors de la préparation de ces femmes à ce potentiel changement ?

-Les symptômes de la pérимénopause :

- o Quel ressenti face à la prise en charge des symptômes ? Quels avantages non contraceptifs de la contraception par rapport à ces symptômes ?
- o Comment aborder les symptômes de la pérимénopause ?

-L'arrêt de la contraception et la ménopause :

- o Comment vous sentez-vous face au diagnostic de ménopause et par rapport à l'arrêt de la contraception ?

-Limites de la SF :

- o En existe-t-il ? Quand orienter vers un médecin ou un autre professionnel ? Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?

Axe d'amélioration :

- o Y a-t-il des choses que vous voudriez améliorer ou changer ?
- o Existe-t-il des moyens mis en place pour diminuer les difficultés auxquelles vous pouvez faire face ?

POPULATION CIBLE :

Cette étude porte sur les sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques : libérales ou hospitalières du Rhône et de l'Ain.

CRITERES D'INCLUSION :

-Sage-femme exerçant en cabinet ou en hospitalier

- Réalisant des consultations gynécologiques

-Département de l'Ain et du Rhône

-Hommes ou femmes

- Avec ou sans DU gynécologique.

<p>CRITERES DE NON-INCLUSION :</p> <p>-Exercer dans d'autres départements</p> <p>-Sage-femme n'exerçant plus</p> <p>-Sage-femme ne réalisant pas ou plus de consultations gynécologiques</p>
<p>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE :</p> <p>Les sages-femmes décidant de se retirer de l'étude. Entretiens non terminés.</p>
<p>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES :</p> <p>Jusqu'à saturation des données.</p>
<p>DUREE DE L'ETUDE :</p> <p>6 mois pour les entretiens et leurs analyses.</p>
<p>LIEU DE LA RECHERCHE : Départements du Rhône et de l'Ain.</p>
<p>RETOMBÉES ATTENDUES : Période peu connue, sage-femme pas toujours à l'aise avec cette période de la vie des femmes et difficultés dans la prise en charge contraceptive en péri-ménopause, mise en place de moyens pour faire face à ces difficultés.</p>
<p>ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES :</p> <p>Entretiens anonymes, enregistrés si accord du professionnel. Consentements des sages-femmes interrogées.</p> <p>Secret Professionnel. Respect des règles de la CNIL.</p>
<p>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Chantal Marquis. Contraception hormonale en péri-ménopause, l'antidote a bien des maux. Le médecin du Québec.2002 ;37 ; 63-67. 2- Renouard. La contraception en péri-ménopause : ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription : quelles solutions envisager ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados. Thèse. Caen. Université de Caen ;2019 ;149. 3- Pablo Cantero Pérez, Jennifer Klingemann, Michal Yaron, Nicole Fournet Irion, Isabelle Streuli. La contraception en période de péri-ménopause : indication, sécurité et avantage non contraceptifs. Revue médicale suisse ; 2015 ; 11 ; 1986-1992. 4- Aussedat. Sage-femme et femme péri-ménopausée : un lien ? Etude observationnelle descriptive chez les sages-femmes libérales en Lorraine. Mémoire. Nancy. Université de Lorraine ; 2015 ; 53p. 5- Baldwin et Jensen. Contraception during péri-ménopause. Maturitas. 2013 ;76 (3) ;235-242. 6- CNGOF. Contraception des femmes de plus de 35 ans. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002; 34 (5), 513p.
<p>CALENDRIER PREVISIONNEL :</p> <p>Mai-Juillet 2021 : Réalisation trame entretien, validation de celle-ci.</p> <p>Juillet-Octobre 2021 : Réalisation des entretiens.</p> <p>Octobre-Décembre 2021 : Retranscription des entretiens et résultats.</p> <p>Décembre- Mars 2022 : Ecriture de la discussion.</p> <p>Mars 2022 : Rendu du mémoire.</p>
<p>MOTS CLES: péri-ménopause, ressentis et vécus, contraception, OP, progestatifs, DIU, étude qualitative, risques, difficultés.</p>

Auteur : CLEMENT Chloé

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Titre : La contraception en périménopause : Vécus et ressentis des sages-femmes lors de cette prescription.

Résumé :

Introduction- La sage-femme rencontre des femmes en transition ménopausique pour leur suivi gynécologique. Cette période se caractérise par des modifications tant sur le plan physiopathologique et clinique que psychologique. La contraception apparaît indispensable pendant cette période et est d'autant plus intéressante par l'effet contraceptif en lui-même que pour l'amélioration des symptômes par les effets non contraceptifs propres à chaque méthode. Il faut cependant tenir compte des facteurs de risques, des contre-indications et des symptômes pouvant apparaître. Prendre en compte ces différents aspects afin de mettre en place un bon suivi contraceptif n'est pas toujours évident.

Objectifs- L'objectif principal est de comprendre et mettre en avant les ressentis et vécus des sages-femmes lors de la prescription de contraception chez les femmes en périménopause. Les objectifs secondaires sont d'appréhender les habitudes et expériences des sages-femmes, d'identifier les difficultés éventuelles et d'observer les moyens mis en place et/ou à mettre en place pour y faire face.

Méthodes - Etude qualitative réalisée par le biais de 10 entretiens menés auprès de sages-femmes réalisant de la consultation gynécologique.

Résultats- Les sages-femmes font face à leurs propres réticences, peurs ou appréhensions concernant certaines contraceptions ou conduites à tenir lors de cette prescription. En revanche, elles font preuve d'aisance sur l'aspect relationnel à cette période et sont confiantes sur d'autres méthodes contraceptives qu'elles jugent plus rassurantes. L'enjeu pour elles, réside dans la capacité à conjuguer leurs ressentis aux recommandations et désirs des patientes afin de ne pas réduire le choix contraceptif à cette période et de permettre une prise en charge contraceptive optimale. Le manque de formation, de recommandations ou encore d'expériences semble pouvoir expliquer la raison de tels ressentis.

Conclusion- La prescription de contraception en période de périménopause est source d'a priori, de réticences et de questionnements chez beaucoup de sages-femmes. Ceux-ci peuvent impacter la prise en charge contraceptives. Cela est dû à différents éléments face auxquels les sages-femmes essaient de faire face.

Mots-Clés : périménopause – contraception- symptômes périménopausiques- sage-femme- progestatifs- COP-ressentis.

Title: Contraception during perimenopause: Midwives's experiences and feelings during this prescription.

Abstract:

Introduction- The midwife meets women in menopausal transition for their gynecological follow-up. This period is characterized by both pathophysiological, clinical and psychological changes. Contraception appears to be essential during this period and is all the more interesting because of the contraceptive effect itself and the improvement of symptoms through the non-contraceptive effects of each method. However, it is necessary to consider the risk factors, the contraindications and the symptoms that may appear. Taking these different aspects into account to set up a good contraceptive follow-up is not always obvious.

Objective- The main objective is to understand and highlight the feelings and experiences of midwives when prescribing contraception to perimenopausal women. The secondary objectives are to understand the habits and experiences of midwives, to identify possible difficulties and to observe the means put in place and/or to be put in place to face them.

Method- Qualitative study achieved through 10 interviews with midwives providing gynecological consultations.

Results- The midwives are faced with their own reticence, fears or apprehensions concerning certain contraceptives or behavior during this prescription. On the other hand, they are comfortable with the relational aspect at this time and are confident about other contraceptive methods which they find more reassuring. The challenge for them is their ability to combine their feelings with the recommendations and wishes of the patients, so as not to reduce the contraceptive choice and to allow optimal contraceptive management. The lack of training, recommendations or experience seems to explain the reason for such feelings.

Conclusion- Prescribing contraception in the perimenopausal period is a source of prejudice, reluctance and questioning for many midwives. These can impact contraceptive management. This is due to different elements that midwives are trying to deal with.

Key Words: Perimenopause - contraception - perimenopausal symptoms - midwife - progestins -COP- feelings.