



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2014

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Les freins à la prise en charge de la ménopause en Médecine Générale.

Etude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2013

**Présentée et soutenue publiquement le 27 février 2014 à 16h
au Pôle Formation**

Par Hélène Paquentin

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Didier Dewailly
Madame le Docteur Brigitte Letombe**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Denis Deleplanque

Liste des abréviations

E3N	Etude Epidémiologique de l'Education Nationale
ESTHER	EStrogen and THromboEmbolism Risk
HERS	Heart and Estrogen/progestin Replacement Study
MPA	M��droxyprogest��rone
THM	Traitement Hormonal de la Ménopause
THS	Traitement Hormonal Substitutif
WHI	Women's Health Initiative

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	3
Résultats	4
I. Etude WHI : des conséquences ancrées et durables.	4
A. Polémique de la WHI	4
B. Large modification des pratiques et diminution des prescriptions	5
C. Une étude toujours aussi présente	5
II. Le THM : d'un rapport bénéfice-risque douteux au véritable « danger »	6
A. Le cancer du sein	6
B. Le risque cardiovasculaire accru	6
C. Un rapport bénéfice-risque non favorable	7
D. Des avantages considérés comme limités	7
E. La prise en charge de l'ostéoporose	7
F. Un traitement considéré comme non indispensable	8
III. Des connaissances et des compétences considérées comme limitées.....	8
A. Un manque de connaissance	8
B. Une perte de pratique et un manque de compétence	8
C. Un manque de formation	8
D. Un flou intellectuel	9
IV. La collaboration avec le gynécologue: de l'aide indispensable au monopole de la prise en charge.....	10
A. Une évaluation spécialisée nécessaire	10
B. Une offre importante en gynécologues.....	10
C. La réticence des gynécologues et suivi de l'avis spécialisé	11
D. Monopole des gynécologues sur le sujet	11
V. La représentation de la Ménopause et des patientes symptomatiques.	12
A. Peu ou pas de patiente symptomatique	12
B. Minimisation du syndrome climatérique et évolution naturelle	12

C. La conception des patientes	12
D. Médecin homme moins sensible à la problématique	13
E. Attente de la demande des patientes, sujet non abordé spontanément par le Médecin Généraliste	13
VI. Des difficultés de la consultation à la prescription	14
A. Les difficultés liées à la consultation	14
B. Des difficultés relatives à la prescription	14
C. Risque médico-légal	15
VII. D'un climat « antihormone » à la réticence des patientes	16
A. Eviter les hormones	16
B. Les « connaissances » des patientes	16
C. La pudeur des patientes	17
D. Du domaine spécialisé...selon les patientes	17
Discussion	18
I. Résultats principaux et comparaison à la littérature	18
II. Forces et limites.....	21
A. Choix des participants	21
B. Recueil des données.....	21
C. Analyse des données	21
Conclusion.....	22
Références bibliographiques	23
Annexes	25
Annexe 1 : Questionnaire d'entretien	25
Annexe 2 : Caractéristiques des Médecins Généralistes interrogés	28
Annexe 3 : Livre de codes : codage ouvert	29
Annexe 4 : Livre de codes : codage axial.....	31
Annexe 5 : Abstract	32
Annexe 6 : Entretiens.....	33

RESUME

Contexte : La prise en charge thérapeutique de la ménopause, à plus de dix ans du cataclysme provoqué par l'étude américaine WHI, reste difficile en médecine générale. L'objectif de cette étude était d'en évaluer les freins aujourd'hui.

Méthodes : Etude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs individuels auprès de vingt médecins généralistes dans le Nord-Pas-De-Calais en 2013. Un échantillonnage en variation maximale a été réalisé. L'analyse des résultats a été faite en double aveugle avec le logiciel Nvivo10, par une approche thématique.

Résultats : Les résultats de l'étude WHI ont eu un impact fort chez les médecins généralistes car ils étaient toujours cités comme principal frein au traitement hormonal de la ménopause (THM) aujourd'hui. L'appréhension du risque cardiovasculaire et du cancer du sein était importante. Les bénéfices du THM, eux, étaient jugés limités ou au second plan lorsqu'il s'agissait de l'ostéoporose post ménopausique. Les recommandations et les connaissances sur le THM étaient jugées insuffisantes : elles entraînaient difficultés et perte de repère vis-à-vis du traitement. Le recours au spécialiste gynécologue était largement utilisé et considéré comme préféré par les patientes. Les conséquences de la carence estrogénique étaient sous-estimées ou perçues comme naturelles. Enfin, des difficultés de prescription (schéma, durée limitée...) et la réticence des patientes étaient aussi retrouvées comme obstacle au THM.

Conclusion : Les médecins généralistes éprouvent aujourd'hui des difficultés face au THM, conséquences directes et indirectes de l'étude WHI. Chaque point pouvant cependant être repris pour améliorer la prise en charge de la femme ménopausée.

(248 mots)

INTRODUCTION

La prise en charge thérapeutique de la ménopause par le traitement hormonal substitutif a connu une histoire mouvementée avec, après des années phares, une hécatombe provoquée par l'étude américaine WHI (Women's Health Initiative) en 2002[1].

Les années post-WHI ont ainsi été marquées par un recul très important de l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause (THM) dans la majorité des pays occidentaux, avec pour la France, une baisse de 70% des prescriptions [2].

Des précisions sur cette étude ainsi que d'autres publications ont depuis réhabilité [3] ce traitement. Elles ont aussi exposé ses effets bénéfiques notamment sur la qualité de vie, la protection osseuse et même cardio-vasculaire...sans pour autant de reprise des prescriptions.

Les médecins généralistes ont, dans ce nouveau chapitre de l'histoire du THM, une part de responsabilité car, en tant que premier recours, ce sont eux qui sont d'abord sollicités sur le sujet. Pourtant leur prise en charge en reste souvent très sommaire [4]. Comment l'expliquer aujourd'hui?

L'objectif de cette étude était donc de comprendre les freins actuels à la prise en charge de la ménopause en médecine de ville.

MATERIELS ET METHODES

Etude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs individuels dans la région Nord-Pas-de-Calais en 2013.

Choix des participants et contexte des entretiens

Le recrutement des médecins généralistes a été fait en recherche de variation maximale sur les critères d'âge, sexe, milieu et mode d'exercice. Ils ont été recrutés par contact téléphonique. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Recueil des données

Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord des participants suivis d'une retranscription intégrale. Une anonymisation des caractéristiques des participants a été assurée. Un guide d'entretien a été réalisé à partir de recherches bibliographiques et a évolué environ trois fois suite aux premiers entretiens.

Analyse qualitative

Les données ont été classées avec le logiciel QSR NVivo10. Un codage ouvert a été réalisé par deux chercheurs en aveugle. Après la saturation des données, une mise en commun des deux codages a permis un codage axial. L'analyse des résultats a été conduite avec une approche thématique.

RESULTATS

Le recueil des données s'est déroulé de juillet à novembre 2013 et a nécessité 20 entretiens individuels (de 10 à 20 minutes). Les trois derniers entretiens ont confirmé la saturation des données.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés figurent en annexe 2.

I. Etude WHI : des conséquences ancrées et durables.

A. Polémique de la WHI :

Les résultats de l'étude américaine WHI en 2002 ont eu un impact évident sur les médecins généralistes. Ils étaient, en effet, représentés, encore aujourd'hui, comme une des principales causes de frein à la prescription des THM: « *le gros problème ça a été les polémiques qui ont surgies avec les Etats-Unis il y a une petite dizaine d'années* » (MG3), « *il y a eu beaucoup de controverses avec les études américaines* »(MG17) ou encore « *après tout ce remue-ménage auprès du THM*» (MG6).

Celle-ci a bouleversé leurs exercices « *c'était très déstabilisant au départ* » (MG17), « *on a été mal vu avec nos traitements* » (MG3) avec même la notion d'avoir été perçu comme de dangereux prescripteurs ; deux médecins affirmaient en effet avoir été considérés comme des « *criminels* » par le biais de cette étude (MG3 et 18).

B. Large modification des pratiques et diminution des prescriptions :

De ce fait, les pratiques ont considérablement été modifiées ; les médecins comparant l'avant et l'après WHI : « *c'est vrai qu'on est passé de 90% à 10% de prescriptions* » (MG16), « *ah oui, il y a 15 ans, on disait que c'était bien [...] et puis tout s'est réduit comme peau de chagrin* » (MG5), « *je dois avoir dix fois moins de femmes sous THM* » (MG18).

Cette diminution a été tellement marquée que le THM était considéré, aujourd'hui, par certains comme un véritable traitement d'exception : « *alors je ne sais pas si dans les autres coins c'est pareil, mais ici, c'est vraiment devenu une exception le THS* » (MG13), « *ça devient quand même plus un traitement d'exception parce que ça représente, je sais pas moi, 10% des femmes ménopausées* » (MG14), « *dans ma patientèle, je pense qu'il y a encore deux dames qui sont sous THS...c'est fou, alors qu'avant elles l'avaient presque toutes* » (MG15).

C. Une étude toujours aussi présente :

La plupart des médecins généralistes considéraient que les résultats de cette étude étaient encore très présents : « *on est toujours là-dessus* », « *on en est toujours au même stade* » (MG16), « *c'est encore vachement marqué* » (MG17) ou encore « *ça a pas fait du bien...et ça continue* » (MG20).

Ils constataient même parfois avec stupeur la date de parution de cette étude « *ah ça fait déjà dix ans ?* » (MG7, 17 et 20) ou alors les considérant encore comme « *récentes* » : « *compte-tenu des récentes études tendant à montrer qu'il y avait une augmentation du risque...* » (MG2), « *avec les publications qui avaient eu lieu il y a 5-6 ans si je ne me trompe* » (MG13) ou encore « *à cause des dernières études qui ont été publiées* » (MG16).

Aujourd'hui, les autres études, favorables au THM, n'étaient pas connues « *il y en a eu ?* » (MG16), « *je pense pas qu'il y ait beaucoup de publication car j'en vois toujours pas passer* » (MG13) et on constatait beaucoup de méfiance envers les études d'une façon générale (MG 15 et 18) avec la notion d'évolution et de contradiction de celles-ci « *on verra bien dans quelques années* » (MG20) et « *il faut prendre du recul* » (MG18).

II. Le THM : d'un rapport bénéfice-risque douteux au véritable « danger »

A. Le cancer du sein :

Les médecins évoquaient, dans la majorité des cas, une crainte du risque carcinologique mammaire lié au THM dans la question des freins à la prescription : « *en premier, c'est le risque de cancer du sein* » (MG4), « *ça me fout la trouille et quand j'en ai une qui est sous traitement, je dis « oh là », vraiment j'insiste pour qu'elle soit bien surveillée* » (MG15) avec même, selon un médecin, un avis nettement plus tranché : « *pour moi, il est dangereux* », « *dangereux oui* » affirmant que s'il était dans la situation, jamais il ne prendrait de THM (MG5).

Mais dans la plupart des cas, ce risque augmenté était accompagné de la connaissance du suivi plus rapproché des patientes.

B. Le risque cardiovasculaire accru :

Un autre frein à la prescription du THM évoqué était le sur-risque cardiovasculaire : de la perte de l'effet bénéfique supposé au sur-risque réel « *je suis déçue qu'il n'y ait pas de protection cardiovasculaire parce que ça, c'était quand même quelque chose qui faisait plaisir* » (MG8), « *on disait que le THS protégeait des évènements cardiovasculaires ce qui ne semble pas être le cas donc...[...] il y a quand même une augmentation du risque à ce niveau-là* » (MG2).

C. Un rapport bénéfice-risque non favorable :

A la question de l'évaluation du rapport bénéfice-risque du THM, les réponses étaient parfois au mieux en faveur d'un doute « *bénéfice-risque ? Si quelqu'un a la réponse je serai content de savoir* » (MG16), « *ah ça...c'est la question la plus difficile* » (MG19) ,« *c'est le gros point d'interrogation* » (MG1) ou d'autres fois, complètement en faveur d'un rapport nettement défavorable au THM : « *honnêtement je le vois plus du côté du risque que du bénéfice* » (MG4), « *actuellement les effets indésirables l'emportent aussi bien chez les généralistes que chez les gynécologues* » MG13 qui poursuit « *les risques potentiels sont pour moi beaucoup plus graves que les bénéfices attendus...les gynécologues se disent aussi qu'il vaut mieux traiter l'ostéoporose secondairement que de donner un cancer du sein* ».

D. Des avantages considérés comme limités :

Les médecins reconnaissaient tous que le THM était le meilleur traitement du syndrome climatérique notamment pour les bouffées de chaleur. Par contre, rares étaient ceux accordant d'autres avantages au THM : « *les avantages aujourd'hui, il n'y en a plus tellement* » (MG4), « *c'est efficace sur les bouffées de chaleur, le reste n'étant pas prouvé* » (MG5), « *finalement le seul intérêt c'est au niveau des bouffées de chaleur* » (MG15), idem pour MG16 qui ne « *ne voit pas d'autres avantages au THM* ».

E. La prise en charge de l'ostéoporose :

La place du THM dans la prise en charge de l'ostéoporose était souvent remise en cause « *on voit des femmes ostéoporotiques mais est-ce qu'elles auraient été moins ostéoporotiques si elles avaient pris le traitement...euh j'en sais rien* » (MG13), « *finalement le seul intérêt c'est les bouffées de chaleur, l'ostéoporose non* » (MG15) ou alors considérée comme étant suffisamment assurée par les thérapeutiques rhumatologiques : « *et puis, y'a des alternatives pour l'ostéoporose* » (MG4), « *l'ostéoporose est prise en charge d'une autre manière sur le plan rhumatologique, avec des traitements qui ont fait leur preuve eux* » (MG5), « *et maintenant il y a des traitements de l'ostéoporose* » (MG13).

F. Un traitement considéré comme non indispensable :

Au regard de ces avantages reconnus comme limités et des risques qui lui sont liés, le THM était parfois considéré comme un traitement non indispensable: « *c'est pas un traitement vital* » (MG5), « *on a déjà du mal à convaincre les gens de prendre un traitement donc si c'est pas de l'indispensable, on va pas forcer* » (MG12).

III. Des connaissances et des compétences considérées comme limitées

A. Un manque de connaissance :

Treize médecins généralistes (MG1,2,4,6,8,9,13,15,16,17,18,19 et 20) confessaient un manque de connaissance sur le sujet particulier du THM en les qualifiant comme « *insuffisantes* », « *anciennes* », « *limitées* », « *peux mieux faire* ».... Ceci freinant assurément une prise en charge adéquate des patientes : « *j'ai pas suffisamment de connaissance je dirai et de pratique régulière vis-à-vis du THS pour pouvoir me permettre de laisser une information précise* » (MG6) ou encore « *je botte en touche [...] j'avoue ne pas être assez au courant des traitements que l'on peut donner* » (MG1).

B. Une perte de pratique et un manque de compétence :

A ceci s'ajoutait, dans certains cas, une perte de pratique de la gynécologie avec le temps (MG1, MG3, MG13, MG15, MG16) ou, déjà initialement un manque de compétence « *technique* ». Ces compétences étant unanimement considérées comme indispensables à une bonne prise en charge « *qui dit THS dit suivi gynécologique sérieux* » (MG3).

C. Un manque de formation :

Le manque de compétence était clairement attribué à un manque de formation pour une génération de médecins généralistes. Ils déclaraient en effet : « *je trouve qu'on n'a pas été suffisamment formé sur la prise en charge en gynéco en tout cas, gynécologie médicale plus particulièrement* » (MG6), « *je sais pas comment est la*

formation à la fac [aujourd'hui], nous on n'en avait pas » (MG8), même discours pour MG 20 ou considérant encore leur formation comme nettement inférieure aux générations précédentes : « c'est parce qu'à l'époque c'étaient des gens qui avaient des CES de gynéco... » (MG8).

D. Un flou intellectuel :

Outre leurs connaissances, c'était le flou intellectuel autour du THM qui freinait les prescriptions : « *le problème, c'est que les dernières études sont tellement floues* » (MG16), « *il y a eu tellement d'études, de controverses et de contre-études...* »(MG20), dans en plus un contexte de recommandations jugées comme insuffisamment claires : « *c'est assez peu clair dans les directives qu'on peut recevoir de la HAS et même de nos patrons* » (MG7) ou « *y'a plus de consensus, les recos ne sont absolument pas claires, c'est effrayant donc chacun fait sa cuisine...* » (MG16) et encore « *on reçoit peu d'information* » (MG6).

IV. La collaboration avec le gynécologue: de l'aide indispensable au monopole de la prise en charge.

A. Une évaluation spécialisée nécessaire:

Les médecins généralistes parlaient de ménopause avec leurs patientes mais lorsqu'il s'agissait de THM, une moitié (MG1,3,4,5,6,13,15,16,17 et 20) orientaient nécessairement vers le spécialiste gynécologue: *"je lui conseille d'aller voir le gynécologue systématiquement"* (MG13), soit par prudence *"il vaut mieux faire comme ça"* (MG17) soit par véritable crainte *"être le premier prescripteur non...à cause des risques"* (MG13) ou *"je préfère leur laisser la responsabilité de la prescription"* (MG20).

B. Une offre importante en gynécologues:

Ce sont, à une exception près, ces mêmes médecins, urbains pour la majorité, qui précisaient jouir d'un environnement "riche" en spécialiste gynécologue, encourageant nettement l'orientation: *"les patientes sont tellement fournies en gynéco"* (MG5), *"une pratique urbaine et donc des patientes qui ont un parcours souvent via un gynécologue"* (MG6) ou encore *"les dames en ville vont chez le gynéco"* (MG15) avec souvent la notion que c'étaient les patientes, elles-mêmes, qui préféraient avoir affaire au gynécologue plutôt qu'au médecin traitant pour leur ménopause et leur parcours gynécologique d'une façon générale: *"en ville, il est plus commode et de bon ton d'avoir son gynécologue"* (MG5), *"elles préfèrent voir leur spécialiste que le médecin généraliste"* (MG16) ou *"il y a quand même une large patientèle qui a la possibilité d'aller voir le gynéco, qui a eu cette éducation là"* (MG6).

Une inquiétude était d'ailleurs relevée par un médecin généraliste vis à vis de cette "sécurité" dans son secteur : *"on a un petit peu peur parce que les gynécos cliniques vont disparaître; elles ont toutes 55-60 ans donc on va devoir s'y remettre"* (MG15).

Pourtant, l'environnement n'expliquait pas tout: la preuve par MG 20 qui déclarait orienter *"rapidement"* vers le gynécologue malgré sa pratique rurale et l'accès moins « facile » au spécialiste.

C. La réticence des gynécologues et suivi de l'avis spécialisé:

Toujours selon ces médecins, le spécialiste gynécologue apparaissait souvent assez frileux lorsqu'il s'agissait de THM, ce qui n'arrangeait pas leurs représentations: *"c'est vrai qu'on prend l'habitude de prescription des spécialistes avec lesquels on travaille donc si on voit les spécialistes qui ne prescrivent pas ce type de produits euh...on a un peu de méfiance et donc spontanément je n'en prescrits pas"* (MG13), *"j'envoie chez le gynéco, je vois pas plus de dames sous traitement"* (MG15), *"on sait qu'il y a des gynécos qui sont extrêmement réticents"* (MG16), argument retrouvé aussi chez un médecin tout à fait partisan du THM : *« parce que les gynécos, finalement, ils n'en prescrivent pas tellement je trouve ! »* (MG9).

D. Monopole des gynécologues sur le sujet :

Si ces médecins suivaient l'avis de leur confrère gynécologue, un médecin considérerait lui, que ces derniers s'étaient accaparés la prise en charge des patientes, les rendant donc indispensables et ne facilitant pas le rôle du médecin généraliste : *« on s'est dit qu'il fallait forcément passer par le conseil du gynécologue, d'ailleurs les gynécos ne nous ont pas beaucoup aidés de ce côté-là »*(MG1).

V. La représentation de la Ménopause et des patientes symptomatiques.

A. Peu ou pas de patiente symptomatique :

La prise en charge de la ménopause se retrouvait limitée parce, selon certains, il n'y avait que très peu de patiente réellement symptomatique : « *j'ai été surpris du nombre de dames qui finalement ne se plaignent pas vraiment de symptôme [...] à chaque fois que j'ai posé la question : non tout va bien* » (MG4), « *j'ai pas tant de patiente concernée* » (MG11), « *bah il y a beaucoup de ménopause qui se passent bien, qui posent pas de problème donc je vois pas pourquoi on en parlerait...on est généraliste, on n'est pas gynécologue* » (MG12) ou encore « *des bouffées de chaleur vraiment invalidantes, il y en a quand même peu finalement...en tout cas c'est pas aussi prononcé que ça* » (MG13).

B. Minimisation du syndrome climatérique et évolution naturelle :

Parfois c'était la conception même de la ménopause et du syndrome climatérique qui freinait la prise en charge. En effet, on retrouvait, concernant le syndrome climatérique ; « *bah c'est pas mortel, c'est son choix d'avoir des bouffées de chaleur ou de prendre un traitement et de plus les avoir ou de pas en prendre et de les avoir* » (MG3), « *des bouffées de chaleur [...]c'est pas aussi prononcé que ça* » (MG13) ou alors l'idée d'une certaine fatalité « *j'aurai plutôt tendance à dire qu'il ne faut pas aller contre la nature* » (MG2), « *en expliquant aussi que c'est quelque chose de naturel* » (MG6).

C. La conception des patientes :

D'autres fois, c'étaient les patientes qui, selon les médecins, refusaient toute prise en charge de cette étape car considérant cela elle-même comme une fatalité : « *c'est quelque chose qu'elles vont considérer comme naturel : on fera avec, nos mères et nos sœurs ont fait avec...* » (MG6), « *elles trouvent ça tout à fait normal : la grand-mère, la mère etc c'était pareil* » (MG16), renforcée par le sentiment que la

médecine n'aurait pas de solution à proposer « *on a beaucoup relativisé et fait penser aux femmes de prendre ça comme une fatalité* » (MG7).

D. Médecin homme moins sensible à la problématique :

Il apparaissait, de plus, que les médecins généralistes de sexe masculin étaient moins sensibles au problème, selon ces derniers mais surtout selon leurs homologues féminins. Celles-ci avaient en effet, parfois, un avis tranché sur la pratique de leurs confrères : « *je vois dans leur discours parfois, rien qu'avec la vaccination anti-HPV, que comme ils pensent négativement, c'est sûr qu'ils n'informent pas leurs patientes* » (MG8), « *les hommes, ils n'y connaissent rien ! Non mais ils peuvent pas prescrire car ils savent pas ce que c'est...je pense que quelqu'un qui va parler des bouffées de chaleur à un homme, il va pas comprendre ce que c'est l'irritabilité, la tension qui augmente etc ...ils vont pas comprendre, bon y'en a si mais beaucoup s'en foutent !* » (MG9). Avis effectivement confortés par quelques médecins masculins « *attendez moi, je prendrai pas d'hormone* » (MG15), « *je pense qu'étant un homme, dans la démarche un praticien femme sera peut-être plus sensible* » (MG6).

E. Attente de la demande des patientes, sujet non abordé spontanément par le Médecin Généraliste :

Une partie de ces considérations pourrait expliquer alors le fait que, dans une majorité des cas, le sujet de la ménopause et de ses troubles n'était pas spontanément évoqué par le médecin généraliste, attendant plutôt la demande des patientes donc ne facilitant pas là, la prise en charge « *je ne fais que répondre aux patientes, c'est pas moi qui vais en parler* » (MG2), « *j'aborde pas forcément la question quand elles l'évoquent pas* » (MG10), « *en général, j'aborde pas le sujet moi-même* » (MG12), idem pour MG11, 13,14 et 20.

Cette attente de la demande était parfois aussi valable pour le THM ; discours nettement retrouvé chez MG2 « *je laisse les patientes le demander, je ne le propose pas* » et chez MG7 parlant de ses confrères « *mettre en place un traitement [que] quand il y a une demande expresse de la patiente* ».

VI. Des difficultés de la consultation à la prescription

A. Les difficultés liées à la consultation :

Tous les médecins reconnaissaient que la ménopause méritait une prise en charge médicale autour des différents dépistages.

Même si la durée de la consultation n'était jamais reconnue comme un frein à la prise en charge, ils reconnaissaient facilement des difficultés liées au fait que le sujet était souvent abordé soit en fin de consultation soit associé à plusieurs autres motifs « *en général, elles ne viennent pas que pour ça donc c'est toujours en fin de consultation, un motif qui se surajoute alors qu'on a déjà passé beaucoup de temps avec les femmes donc quand on nous pose la question en dernier et qu'on n'a pas le temps qu'on voudrait, oui là c'est gênant, on aimerait bien passer du temps sur ce sujet-là* » (MG12), « *souvent elles viennent pour autres choses et on n'a pas forcément le temps de tout faire en une consultation* » (MG20).

Pourtant, rares étaient ceux dédiant une consultation au sujet « *Non ; ça fait partie de la consultation générale* » (MG8).

B. Des difficultés relatives à la prescription :

Certains médecins rencontraient des difficultés « techniques » sur la prescription du THM : un jeune médecin avouait en effet « *je suis pas hyper à l'aise avec la prescription car c'est un peu complexe aussi, à savoir est ce qu'on met un continu ou pas, le progestatif combien de temps on va le mettre [...] c'est compliqué au niveau de la prescription* » (MG4).

D'autres considéraient ne pas être au courant des différentes possibilités thérapeutiques soit parce que ne s'y intéressant plus « *j'avoue ne pas être assez au courant des traitements que l'on peut donner par rapport à ça, je sais qu'il y en a mais je sais pas très bien comment ça fonctionne...et je veux pas savoir !* » (MG1) soit par absence de « démarchage » par l'industrie pharmaceutique « *après nous, en tant que médecin généraliste, on n'est pas du tout visité par les délégués médicaux, les représentants de labo et ça, c'est un frein car on n'est pas au courant* » déclarait MG10 en précisant « *je suis limitée par le panel de médicaments que je peux mettre*

en place parce que je suis pas du tout au courant des traitements qu'on mettait, je sais pas si ça se fait encore comme Livial, je sais pas si y'a du pour ou du contre parce qu'on n'est pas démarché » ou « y'a jamais de labo qui nous présentent un THS, pourtant on les reçoit les labos » (MG15).

La durée de prescription, ensuite, représentait aussi une difficulté : *« c'est vrai que le fait de devoir dire qu'on prescrit juste pour une période donnée et à un moment donné on va dire de l'arrêter, cette zone est un peu floue, on sait pas trop quand est-ce qu'il faut dire bah là on a pris trop de risque pendant X années donc on va dire bah aujourd'hui on l'arrête...c'est ces deux aspects-là qui vont me bloquer » (MG4), « mais ce n'est pas toujours facile de l'arrêter au bout de 5 ans » (MG10) avec effectivement, le sentiment souvent retrouvé (MG3,4,10,13,14,15 et 16) d'être limité à 5 ans de traitement.*

C. Risque médicolégal :

La dernière difficulté liée à la prescription d'un THM était une crainte médicolégale : *« c'est vrai que c'est pas évident car on a beau avoir dit à la dame :attention ça peut donner un cancer du sein, si un avocat lui dit c'est à cause de votre traitement...bah il va falloir prouver que je lui ai dit donc c'est sûr que c'est pas hyper rassurant » (MG4), « je serai beaucoup plus embêté si j'avais forcé la patiente à prendre ce traitement là et puis 2 à 3 ans plus tard un cancer du sein...euh là je l'aurai un peu dur ! » (MG5), « c'est pour ça que je botte en touche, pour limiter au maximum les problèmes médicolégaux...actuellement c'est ça dans tous les domaines ; c'est les contrôles d'un côté ou de l'autre » (MG20).*

VII. D'un climat « antihormone » à la réticence des patientes

A. Eviter les hormones :

Au-delà du THM et encouragé par un contexte de nouvelle polémique sur la contraception oestroprogestative « *sorti de cette tempête médiatique et y'en a eu d'autres depuis, encore cette semaine !* » (MG3), c'était parfois le concept d'ajout d'hormones d'une façon générale qui gênait les praticiens « *même sur la pilule, on n'est pas à l'aise* » (MG13).

Ils préféraient ainsi commencer par des méthodes « *moins dangereuses* » (MG5) même si reconnues « *comme un ton en dessous* » (MG5) : « *je suis pas forcément contre mais disons essayer les méthodes non hormonales avant d'essayer les méthodes hormonales* » (MG5), « *c'est vrai que tout ce qui est hormonal, s'il y a d'autre chose, je pense que c'est pas mal aussi [...] moi je pense qu'il faut plutôt insister là-dessus que de leur foutre des hormones, ça fait un petit peu vétérinaire [...] trouver un juste milieu mais quelque chose de léger [...] mais tout ce qui est nature est dé remboursé* » (MG15).

Cette crainte de la prescription d'hormones allait de pair, selon certains médecins, avec une diminution générale des prescriptions à cause de la réticence des patients « *ce qui est certain c'est que les gens, d'une façon générale, sont plus réticents face aux prescriptions, pour tout !* » (MG9) avec le succès controversé par d'autres de « *cette atmosphère médecine douce, anti-vaccin, antitout* » (MG3).

B. Les « connaissances » des patientes :

Les freins au THM pouvaient venir également des patientes à cause de l'effet négatif de l'auto information : « *ce sont finalement les revues grand public qui nous gênent dans notre quotidien, c'est ce que les femmes ont pu lire dans un magazine ou vu à la TV* » (MG7), « *en général elles se sont bien renseignées avant sauf qu'elles se sont renseignées là où il fallait pas forcément, le débat et la recherche de renseignements sont toujours à charge contre le traitement* » (MG16) sachant comme la médiatisation des résultats des études a été importante « *tout le biais des informations, autres que purement médicales et tout ce qui est internet et revue qui*

est venu biaiser le THS quand les études sont sorties » (MG6) avec « toute la délicatesse et la subtilité des médias » (MG3).

C. La pudeur des patientes :

Ils évoquaient aussi la pudeur des patientes à parler de leur ménopause soit de part un contexte social ou culturel : *« je pense que ça peut-être une question sociale ou socioculturelle où nous, on a un recrutement plus ouvrier ou cadre moyen donc qui, peut-être se plaint moins » (MG14), « le côté un petit peu social et culturel qui fait qu'une certaine population va s'intéresser à sa prise en charge tandis qu'une autre pas forcément » (MG6) et « surtout chez les patientes maghrébines » (MG7 et 14) soit dans le fait d'en parler à un homme : « les patientes en parleront plus facilement à des médecins femmes, c'est aussi le retour que j'avais des patientes quand on avait des remplaçantes » (MG6), « les femmes préfèrent généralement faire de la gynéco avec une femme » (MG13).*

D. Du domaine spécialisé...selon les patientes :

Enfin ils évoquaient également une partie de leurs patientes qui *« préféraient » (MG5) avoir affaire à un gynécologue considérant certainement par la même qu'il s'agissait du domaine spécialisé « une large patientèle qui a la possibilité d'aller voir le gynéco, qui a eu cette éducation là » (MG6), « en général, elles me demandent mon avis et après elles vont voir leur gynéco » (MG16), « les dames en ville vont chez le gynéco » (MG15).*

DISCUSSION

I. Résultats principaux et comparaison à la littérature

Le premier argument cité par les médecins généralistes sur les freins à la prescription du THM était l'étude WHI. Ceux-ci ont, en effet, été largement ébranlés par ses résultats, tout comme une majorité de médecins car l'utilisation du THM est en constante diminution depuis et a atteint, aujourd'hui, une baisse de 70% [1].

Cette désormais célèbre étude américaine portait sur une large population de femmes de 50 à 79 ans. Il s'agissait d'une étude prospective, randomisée, en double aveugle avec un bras recevant des estrogènes conjugués associés à de l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) versus placebo et un deuxième bras chez des femmes hystérectomisées recevant des estrogènes conjugués seuls versus placebo. Cette étude a subi un arrêt prématuré en 2002, largement médiatisé, à cause d'une augmentation d'évènements cardiovasculaires. Ceux-ci sont restés « figés » dans les esprits malgré les critiques réalisées sur cette étude, la réévaluation des résultats par ses propres auteurs et les études françaises (E3N [5], Esther [6]) [7]. Il est effectivement prouvé qu'en prévention secondaire, le THM n'est pas indiqué car majorant le risque cardiovasculaire (étude HERS [8]). Par contre, en prévention primaire, le THM présente des intérêts démontrés [9] au niveau artériel en respectant la notion de fenêtre d'intervention thérapeutique (les dix premières années de ménopause). Il exerce une action bénéfique sur des artères saines, avant la constitution de plaques d'athéromes et, au contraire, un effet délétère sur des artères pathologiques avec plaques constituées et instables via l'action des estrogènes sur les phénomènes inflammatoires vasculaires. Au niveau veineux ensuite, il n'y a aucune augmentation du risque thromboembolique avec la voie transdermique (étude Esther [6]) et avec la progestérone naturelle. Quant au sur-risque d'AVC, la voie d'administration joue un rôle également toujours au profit des estrogènes cutanés (sauf pour des doses supérieures à 50µg) [9].

L'autre frein majeur évoqué par les médecins interrogés était le sur-risque carcinologique mammaire imputé au THM. Celui-ci se retrouve également chez une grande proportion de prescripteurs et de patientes [7]. En effet, la WHI avait montré une augmentation du risque de cancer du sein de 1.24 (IC à 95% : 1.01-1.54)[10] chez les femmes traitées par estrogènes conjugués et MPA mais uniquement chez

celles au préalable sous traitement [11]. Chez les femmes sous estrogènes seuls, il n'y eu aucune augmentation du risque. De plus, en France, l'étude E3N n'a pas montré de sur-risque avec l'association estradiol et progestérone naturelle ou son isomère la didrogestérone. Une augmentation a été retrouvée mais liée à la progestérone de synthèse (RR à 1.66 avec un IC à 95% [1.58-1.75] [12]). Ce risque, diminuant à l'arrêt du traitement, étant lié à un effet promoteur et non inducteur. Il existe donc une appréhension excessive du risque lié au THM face à d'autres facteurs reconnus comme les antécédents familiaux, l'obésité, l'âge de la première grossesse, l'alcool...Le cancer de l'endomètre a, lui, rarement été évoqué : l'estrogénothérapie, facteur de risque reconnu, compensée en effet par l'adjonction de progestérone réduisant voire annulant ce risque [7].

Ensuite, c'était l'état des connaissances des médecins généralistes sur le sujet qui représentait un obstacle au THM. Le manque de connaissance, qu'il soit reconnu ou non, reflétait probablement, comme chez beaucoup de prescripteurs [13], une certaine perte de repère et même une démotivation face à la multitude d'études différemment interprétées et même contradictoires (plus de 150 articles sur pubmed depuis 2002 uniquement pour la recherche WHI et THM). La prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique s'en retrouvait de ce fait limitée. A la question posée par un médecin « est-ce que les femmes auraient été moins ostéoporotiques si elles avaient pris un THM ? » la réponse est clairement oui ! La preuve en est, logiquement, l'action anti-ostéoclastique des estrogènes et, objectivement, l'ascension de la prévalence des fractures ostéoporotiques depuis la chute de l'utilisation du THM [14]. Il a effectivement été démontré, par une étude longitudinale en Californie entre 2002 et 2008 sur 80955 femmes de plus de 60 ans, une augmentation significative de l'incidence annuelle des fractures de l'extrémité supérieure du fémur parallèlement à la baisse d'utilisation du THM et, ce même après ajustement sur la prise de biphosphonates, en augmentation sur cette période. Rappelons que le THM est le seul traitement à avoir prouvé son efficacité antifracturaire chez des femmes à faible risque. Les thérapeutiques rhumatologiques n'ayant prouvé leur efficacité que dans les situations à haut risque fracturaire à savoir après 65 ans et en cas d'antécédent de fracture [15].

Quant au manque de connaissance lié à la formation en gynécologie, il faut souligner les améliorations réalisées aujourd'hui dans le DES de Médecine Générale

(stage obligatoire et enseignements dirigés dédiés à la gynécologie). La jeune génération de médecin généraliste devrait donc être moins freinée en ce sens.

Les médecins interrogés citaient ensuite la collaboration avec le spécialiste gynécologue sur la question du THM. Cette aide est évidemment intéressante mais il convient tout de même de ne pas se reposer uniquement sur ce dernier et d'assumer au mieux la prise en charge. En effet, dans un rapport de 2012 [16], l'ARS révélait que sur 76 spécialistes gynécologues médicaux dans le NPDC, 59% de l'effectif global avait plus de 55 ans et prévoyait des difficultés grandissantes dans les années à venir pour ce secteur.

Un autre obstacle retrouvé dans cette étude vis-à-vis du THM était la conception de la ménopause et de ses conséquences. Pour certains, le retentissement du syndrome climatérique était relatif et la fréquence des symptômes gênants peu importante. C'est probablement le fait de ne pas aborder la question qui entraîne ces perceptions erronées. En effet, selon les études, les symptômes de la ménopause peuvent varier de 27 à 85% pour les bouffées de chaleur et la sudation, de 27 à 67% pour l'insomnie, de 21 à 93% pour l'asthénie [7]. D'autres symptômes sont d'ailleurs aussi retrouvés : arthralgies, faiblesse, bourdonnement d'oreilles, syndrome dépressif dans des proportions loin d'être si anecdotiques !

Les médecins avouaient rencontrer aussi des difficultés autour de la prescription du THM. Ceci se retrouve également dans la littérature : motifs de consultation multiples, risque médicolégal...et durée de traitement limitée à 5 ans. Pourtant cette durée limite, si souvent retrouvée dans les discours, n'est pas établie : aucune autorité de santé n'a en effet fixé de limite à la durée d'un THM. Cette croyance résultant, une nouvelle fois, de l'étude WHI, de son arrêt à 5 ans et de ses résultats sur le cancer du sein dans le bras estroprogestatif.

Enfin, les médecins évoquaient la réticence des patientes comme difficulté vis-à-vis du THM. Cette réticence, à cause de croyance ou d'auto-information, est un frein évident et fréquemment rencontré dans la littérature mais ne devrait-elle pas être contrebalancée par une information claire de la part d'un médecin de famille avec qui une relation de confiance s'est établie ? La prise de THM étant significativement associée à la qualité de l'information reçue [4].

II. Forces et limites

Le but de ce travail était d'explorer les ressentis des médecins vis-à-vis du THM et de comprendre les difficultés de prise en charge de la femme ménopausée aujourd'hui à distance des grandes études polémiques. Le choix d'une étude qualitative était donc adapté.

A. Choix des participants

Le choix des participants a été fait dans une région donnée ce qui peut en limiter l'extrapolation. La recherche de variation maximale s'est basée sur des médecins d'âge, de sexe et d'exercices différents.

Le recrutement a été effectué jusqu'à saturation des données avec une recherche de variation maximale permettant une bonne validité de l'étude.

B. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé sous forme d'entretiens individuels devant les difficultés techniques pour organiser des focus group.

L'interviewer et le chercheur était une même personne, la neutralité nécessaire à l'étude a donc pu être tronquée.

Le guide d'entretien a évolué et la saturation des données obtenue au 17ème entretien : la méthodologie a été respectée.

C. Analyse des données

Les limites de l'analyse qualitative sont : la quantité de support papier à lire, le découpage en unité de sens et le regroupement en catégorie. Pour limiter ces biais d'investigation, une double analyse en aveugle a été réalisée suivie d'un codage axial via le logiciel Nvivo.

La comparaison avec la littérature a permis de reprendre point par point les arguments des médecins interrogés devant la multitude d'articles sur le sujet du THM mais peu sur les considérations des médecins généralistes en France.

CONCLUSION

Dans cette étude, il a été une nouvelle fois montré l'impact majeur de l'étude américaine WHI et l'appréhension significative du risque carcinologique mammaire. D'autres éléments ont pu être révélés : le manque de connaissance, les difficultés de prescription, le discours du spécialiste ainsi que les représentations autour de la ménopause. L'analyse de ces données pourrait donc entraîner des prises de conscience pour modifier les pratiques et ainsi rendre aux femmes leur droit au THM.

Notre attitude en tant que médecin généraliste, vis-à-vis de la femme ménopausée, doit en effet reposer sur l'Evidence Based Medicine et non sur des considérations ou une prudence excessive.

Il importe donc de prendre en charge au mieux cette étape particulière de la vie d'une femme, de la soulager des symptômes de carence estrogénique et lui permettre de profiter pleinement de cette nouvelle tranche de vie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chanson, Philippe. "Historique Du Traitement Substitutif de La Ménopause." *La Revue Du Praticien* 55 (2005): 349–75.
2. Tamborini A. Ménopause et THM. *La revue du médicament*. [En ligne]. Octobre 2013, numéro 9, p3-22. Disponible : http://www.saerm-dz.com/site/pdf/Revue_Medicament_Octobre_Menopause_Pro-2013.pdf
3. Collignon Hélène. "Dix Ans Après WHI Le Traitement Hormonal de La Ménopause Réhabilité." *Le Quotidien Du Médecin*, December 13, 2012.
4. Lepoutre B, El Amrani K, Aubin I. Ménopause, ménopauses...Données sociales, culturelles et économiques sous-jacentes. *Médecine*. 2009 Février;5(2):85–9.
5. Fournier A., Berrino F., Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study *Breast Cancer Res. Treat.* 2008 ; 107 : 103-111
6. Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G. On behalf of the estrogen and thromboembolism risk (ESTHER) study group. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003; 362: 428-32.
7. Rozenbaum H. Ménopause. *EMC - Endocrinologie - Nutrition*. 2010 Jan;7(4):1–19.
8. Hulley S., Grady D., Bush T. for the heart and estrogen/ progestin replacement study (HERS) research group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in post-menopausal women *JAMA* 1998 ; 280 : 605-613
9. Dessapt A-L, Gourdy P. Ménopause et risque cardiovasculaire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 Nov;41(7):F13–F19.
10. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al. Influence of Estrogen Plus Progestin on Breast Cancer and Mammography in Healthy Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA*. 2003 Jun 25;289(24):3243.
11. Anderson GL, Chlebowski RT, Aragaki AK, Kuller LH, Manson JE, Gass M, et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's

Health Initiative randomised placebo-controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2012 May;13(5):476–86.

12. Gompel A. Quelle place encore pour le traitement de ménopause ? *La Presse Médicale*. 2013 Nov;42(11):1521–5.

13. Tamborini A. Ménopause, THS et ostéoporose post-ménopausique aujourd'hui: aspects pratiques. *Réalités en gynécologie-obstétrique*. 2010;146:1–8.

14. Karim R, Dell RM, Greene DF, Mack WJ, Gallagher JC, Hodis HN. Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization. *Menopause* 2011; 18:1172-7

15. Trémollières F. Ce que les patientes doivent savoir sur le risque osseux et sa prévention. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 Nov;41(7):F20–F27.

16. Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Démographie des professionnels de santé : état des lieux en région Nord-Pas-de-Calais. [En ligne]. 1er semestre 2012 p.128-29. Disponible :http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Votre_ARS/votre_ars/publication/Etat_des_lieux_version_definitive2012.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'entretien

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient aujourd'hui parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Nous allons donc discuter là-dessus pour connaître votre pratique et vos opinions. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Questions :

1. Comment abordez-vous le sujet de la ménopause avec vos patientes concernées ?
 - Est-ce une démarche spontanée de votre part ? plutôt une demande des patientes et dans ce cas pourquoi ?

2. Quels sont les éléments qui vous freinent dans le fait de l'aborder ?
 - Que pensez-vous de la durée dédiée à cette consultation ?
 - Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?
 - Considérez-vous qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue et si oui, pourquoi ?
 - Représentations sur le sujet ?

3. Que pensez-vous de la prise en charge médicale de cette étape de la vie d'une femme?
 - Pensez-vous que la ménopause justifie une prise en charge thérapeutique et notamment médicamenteuse ?

4. Comment considérez-vous le rapport bénéfice/risque du THM ?
 - Accordez-vous des avantages au THM ?
 - Lui préférez-vous des alternatives, si oui pourquoi ?

5. Concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause : qu'est-ce qui vous freine dans la prescription d'un THM ?
 - Que pensez-vous du risque carcinologique imputé au THM et conséquences sur vos prescriptions ?
 - Que pensez-vous des effets cardio-vasculaires imputés au THM et conséquences sur vos prescriptions ?
 - Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet? Développer : pourquoi ?
 - S'agit-t-il selon vous du champ de compétence du médecin généraliste ? si non, pourquoi ?
 - Comment avez-vous vécu les polémiques causées par certaines grandes études, la WHI en 2002 notamment?
 - D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription de THM ?

6. Comment réagissez-vous devant la réticence des patientes face au THM ?
 - Avez-vous déjà vécu cette expérience et comment cela s'est-il passé ?

7. Que pensez-vous de la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique aujourd'hui ?

8. Présentation : Age, type d'exercice et de patientèle ?

Annexe 2 : Caractéristiques des Médecins Généralistes interrogés

Nom	Tranche d'âge	Sexe	Type d'exercice
MG1	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG2	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG3	60-69 ans	Masculin	Urbain
MG4	25-29 ans	Masculin	Urbain
MG5	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG6	30-39 ans	Masculin	Urbain
MG7	50-59 ans	Féminin	Urbain
MG8	40-49 ans	Féminin	Urbain
MG9	60-69 ans	Féminin	Urbain
MG10	30-39 ans	Féminin	Urbain
MG11	25-29 ans	Féminin	Urbain
MG12	50-59 ans	Féminin	Urbain
MG13	40-49 ans	Masculin	Urbain
MG14	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG15	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG16	40-49 ans	Masculin	Urbain
MG17	50-59 ans	Masculin	Urbain
MG18	50-59 ans	Masculin	Rural
MG19	40-49 ans	Féminin	Rural
MG20	40-49 ans	Masculin	Rural

Annexe 3 : Livre de codes : codage ouvert

Anti-hormones d'une façon générale
Atmosphère médecine douce
Attente de la demande des patientes
Autres thérapeutiques préalablement au THS
Avantages limités du THM
Connaissances des patientes sur le THM, frein à la prescription
Contre la nature!
 Crainte médico-légale
Danger du THM!
Difficultés de prescription
Diminution prescription THM
Domaine du gynécologue
Durée de la consultation
Durée de prescription limitée
Effet négatif de l'auto-information des patientes sur le THM
Etudes de 2002 toujours aussi présentes
Evaluation spécialisée nécessaire
Flou intellectuel
Frein médico-légal
Génération de MG moins formés à la gynéco
Gynécologie, domaine délégué à des médecins généralistes féminins
Influence négative des laboratoires sur la prescription du THM
Informations des autorités non claires, imprécises
Manque de compétence
Manque de connaissance
Manque de conviction personnelle
Manque de formation en gynécologie
Manque de temps à la formation sur le THM
Médecin homme moins sensible
Minimisation du Syndrome climatérique
Modification des pratiques
Monopole des gynécologues sur le sujet

Motif évoqué en fin de Consultation ou sur Consultation avec autres motifs
Non démarchage par les délégués médicaux
Offre en gynécologue importante
Orientation vers autres thérapeutiques
Pas de réception des nouvelles connaissances
Patientes considérant que c'est naturel
Patientes considérant qu'il s'agit du domaine du gynécologue
Patientes préférant avoir recours aux gynécologues
Perte de la pratique de la gynécologie
Peu de patiente symptomatique!
Peu d'intérêt porté aux études
Peu ou pas de pratique
Polémiques des études américaines
Prise en charge rhumatologique de l'ostéoporose
Problème abordé dans le cadre d'une consultation générale
Pudeur des patientes à en parler à leur médecin généraliste
Rapport bénéfice-risque du THM non favorable ou douteux
Réticence des gynécologues et suivi de l'avis spécialisé
Réticence des patientes
Risque carcinologique mammaire
Risque cardio-vasculaire accru
Tendance à diminuer les prescriptions d'une façon générale
THM non indispensable
THM, sujet non abordé spontanément par le médecin généraliste
Type de population, frein à la prescription du THM

Annexe 4 : Livre de codes : codage axial

Impact des études américaines

Rapport bénéfices-risques défavorable ou douteux

Les manques de connaissances et de compétences

Peu voire pas de patiente concernée!

La conception du syndrome climatérique et des conséquences de la ménopause

La réticence des patientes

Difficultés liées de la prescription du THM

Crainte médico-légale

Place prépondérante du spécialiste gynécologue

Problèmes liés à la consultation

Eviter les hormones

Annexe 5 : Abstract

Objective: Ten years after the Women's Health Initiative study, management of menopause in general practice remains difficult. The goal of this study was to evaluate the restraint of hormonal replacement therapy (HRT) in the management of menopause among general practitioners (GP).

Methods: A qualitative study, based on interviews with twenty GP from the french region of Nord Pas-De-Calais was conducted in 2013. Maximum variation sampling was used. Results analysis was made with a double blind thematic approach on Nvivo10 software.

Results: WHI results have made a strong impact on GP, as they were cited as the main restraint of HRT. Their main concerns were the cardiovascular and breast cancer risks. GP found that benefits for the prevention of post menopausal osteoporosis were limited or secondary. Guidelines and knowledge of HRT were viewed as insufficient and unsuited for decision making on a daily basis. GP mostly referred their patients to a gynecologist, which was thought to be their patient's preferred course of action. Estrogen deficiency and its consequences were seen as a natural course of ageing. Difficulty with prescription (sequential vs. continuous strategies, duration) and patient's reluctance were among other restraints to HRT.

Conclusion: General practitioners struggle with Hormonal Replacement Therapy, the WHI results on risks of HRT being their main concern. Experts should insist on pros and cons of HRT among GP to improve management of menopause.

Keywords: Menopause, General practice, Hormone Replacement Therapy, Qualitative study.

Annexe 6 : Entretiens

1er entretien , Roubaix, le 10/07/2013

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Donc d'abord est ce que vous pourriez vous présenter en quelques mots notamment votre âge, type d'exercice et patientèle ?

MG1 : D'accord, donc j'ai 57 ans, j'exerce depuis à peu près 28 ans. J'ai d'abord exercé en cabinet de groupe et maintenant je suis seul pour des raisons pratiques de locaux, sur Roubaix.

HP : Très bien, alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon quels sont les éléments qui vous freinent ?

MG1 : Alors c'est vrai qu'à un moment on a un peu mis de côté les THM à cause des problèmes soit disant de cancer que ça pouvait entraîner, du sein en particulier et ça, ça a fait qu'on a complètement orienté les personnes vers les spécialistes et je pense que, d'un point de vu général, tout ce qui est en rapport avec la gynécologie, moi je le vois par rapport à la pratique que j'avais au début quand je me suis installé, on a de plus en plus abandonné les examens gynécologiques. Ce qui est dommage car avant on voyait la femme pour les examens gynéco, on suivait la grossesse et on a un peu perdu ça...quand je me suis installé on faisait les frottis, maintenant j'ai vraiment l'impression en tout cas en ce qui me concerne, quoi que pour la gynéco que je fais encore (je dévie un peu du sujet mais c'est pour bien expliquer comment on a perdu cette pratique) je fais encore curieusement les

examens gynéco de déclaration de grossesse parce que, dans les maternités, on les fait plus, on voit les femmes, on fait les échos mais on ne fait plus l'examen gynéco, je trouve ça très curieux, c'est incompréhensible parce que, j'ai encore en tête une patiente qui a fait un cancer du col de l'utérus pendant sa grossesse et ça c'est très mal terminé. Donc je pense qu'un petit examen de temps en temps c'est pas inutile. Donc, voilà , fermons la parenthèse, oui ces traitements, il y a une période où on était complètement perdu, il y a 4-5 ans je crois, un petit peu plus et ce sur ce quoi on s'est beaucoup orienté, je crois, c'est les traitements de l'ostéoporose, résultats les THS...on en met plus beaucoup.

HP : D'accord, est-ce que vous considérez qu'il s'agit du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG1 : Oui, oui, maintenant je laisse complètement la main aux gynécologues. Quand une femme m'interroge, je botte en touche et les oriente vers le gynéco, je n'arrive plus à m'impliquer hors s'il on le fait, il faut savoir donner une réponse différente à chaque femme, en plus y'a pas que les traitements hormonaux, y'a des femmes qui interrogent par rapport à leur sexualité, au moment de la ménopause elles ont un certain nombre de problème et j'avoue ne pas être assez au courant des traitements que l'on peut donner par rapport à ça, je sais qu'il y en a mais je sais pas très bien comment ça fonctionne et je veux pas savoir !

HP : D'accord. Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG1 : Oui !

HP : Très bien. Comment considérez-vous le rapport bénéfice/risque du traitement hormonal de la ménopause ?

MG1 : C'est le gros point d'interrogation ! Je sais toujours pas amener une réponse. Je pense pas qu'on ait entraîné particulièrement plus de cancer avec ces traitements, de toute façon le fait de les donner entraîne une surveillance qui fait qu'on en détecte plus facilement au début dans ces situations là...

Maintenant est ce qu'il y a que les traitements hormonaux ? On propose des tas de traitements dit bio enfin il y en a des quantités extraordinaires pour éviter les bouffées de chaleur etc sans beaucoup de résultats je pense mais, voilà, on a orienté les choses différemment.

HP : D'accord, est ce que vous pensez qu'il y a des avantages au THM ?

MG1 : Je pense qu'ils sont pas indispensables pour toutes les femmes, loin de là ! Euh, je pense que pour certaines, c'est vraiment ce qui leur faut, ça écrête un certain nombre de souci par rapport à la ménopause euh... maintenant est ce qu'il y a que les traitements hormonaux ?

HP : D'accord ! Maintenant concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause, qu'est ce qui pourrait vous freiner dans la prescription d'un traitement hormonal ?

MG1 : Bah toujours ce risque de favoriser l'apparition d'un cancer au niveau du sein...comme les articles qu'on peut lire, tantôt on nous dit bah non ça va, tantôt on nous fait peur, voilà moi pour l'instant je suis un peu en standby.

HP : Ok. Que pensez-vous des effets cardio-vasculaires des THM et quelles seraient les conséquences sur vos prescriptions ?

MG1 : Non, c'est pas une crainte !

HP : Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG1 : faibles !

HP : S'agit-il selon vous du champ de compétence du médecin généraliste et sinon, pourquoi ?

MG1 : Malheureusement, beaucoup moins qu'avant, oui ça devrait mais on a complètement perdu la main quand on nous a agité ces « épouvantaux », on s'est dit qu'il fallait forcément passer par le conseil du gynécologue, d'ailleurs les gynécos n'ont pas beaucoup aidé de ce côté-là !

HP : D'accord. Est-ce que les polémiques causées par certaines grandes études vous empêchent de le prescrire ?

MG1 : Bah oui, c'est encore un frein oui !

HP : Et d'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription de THM ?

MG1 : Ça va, je pense qu'on peut tout à fait justifier notre choix mais c'est vrai qu'on peut se sentir freiné mais une fois qu'on a pris la décision de le donner, non j'ai pas de crainte médico-légale !

HP : Très bien. Et est-ce que la possible réticence des patientes vous freine d'elle dans la prescription de THM ?

MG1 : Oui, il y a aussi une réticence énorme de certaines femmes, c'est bien pour ça que je les oriente vers le gynéco, pour évaluer si vraiment y'a un besoin, attention les gynécos servent quand même à quelque chose et, voilà, on a

complètement lâché prise là-dessus donc ils sont nettement plus au courant que nous à l'heure actuelle, voilà !

HP : Ok, merci.

2ème entretien, le 12/07/2013, Lille

HP : Donc voilà, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage chez le généraliste, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Donc d'abord pourriez-vous vous présenter en quelques mots notamment votre âge, votre type d'exercice et de clientèle ?

MG2 : Alors euh, B..., médecin généraliste depuis 25 ans, j'ai 53 ans, et niveau clientèle je vois de tout donc pas de clientèle bien spécifique, ça va du nourrisson à la personne de plus de 90ans on va dire

HP : Très bien, alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, quels sont les éléments qui vous freinent?

MG2 : Spontanément oui et non enfin, euh, j'avoue que depuis quelques années je ne l'aborde plus ou je l'aborde peut-être un peu moins compte tenu des récentes études tendant à montrer qu'il y avait une augmentation du risque de, d'évènements négatifs type cancer ou problème cardio-vasculaire donc autant avant, je euh, prescrivais assez facilement le traitement hormonal substitutif, autant aujourd'hui euh... je laisse plutôt les patientes le demander et je ne le propose pas.

HP : D'accord. Et est-ce que vous considérez qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue?

MG2 : Pas spécialement non.

HP : Pas spécialement d'accord. Et est-ce que la durée dédiée à cette consultation vous empêche d'en parler?

MG2 : Non

HP : D'accord, est-ce que vous pensez qu'il y a un problème de connaissance sur le sujet actuellement?

MG2 : J'ai pas l'impression d'avoir un manque de connaissance à ce niveau-là non.

HP : D'accord, alors pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG2 : Euh, j'aurai plutôt tendance à dire qu'il ne faut pas aller contre la nature.

HP : Mais vous n'êtes pas contre une prise en charge thérapeutique?

MG2 : Non, pas du tout. Si y'a une demande de la part des patientes, je suis prêt à répondre en les informant des données nouvelles sur le traitement hormonal substitutif tout en quand même signifiant que le risque, même si risque il y a, est somme toute modéré mais bon après euh...autant j'ai arrêté un certain nombre de traitement hormonaux, autant ça me dérange pas d'en prescrire quand même si y'a une demande de la part des patientes mais c'est... je vais pas proposer moi si y'a pas de plainte particulière.

HP : D'accord, ok. Comment considérez-vous le rapport bénéfice/risque du THM ?

MG2 :...

HP : Est-ce que vous pensez qu'il existe des avantages au THM ?

MG2 : Bah, pour certaines patientes oui mais après moi personnellement, moi encore une fois aujourd'hui, je ne vais pas proposer s'il n'y a pas une demande de la patiente.

HP : D'accord, ok. Est-ce que vous préférez des alternatives au THM, si oui pourquoi ?

MG2 : euh non, les alternatives, personnellement je crois pas que, hormis le traitement hormonal sur les effets enfin les inconvénients de la ménopause, les autres alternatives pour moi ne servent à rien donc c'est le traitement hormonal ou rien.

HP : D'accord. Et concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause : qu'est-ce qui vous freinerait dans la prescription d'un THM justement, spécifiquement ?

MG2 : Qu'est ce qui me freinerait ?

HP : Oui

MG2 : Bah éventuellement les problèmes euh...des contre-indications, des...contre-indications pour certaines patientes, après y'a rien qui me freine en particulier je veux dire, je prescris encore une fois des traitements hormonaux même si, je les prescris nettement moins qu'avant.

HP : D'accord, Ok. Et le risque carcinologique pour vous, lié au THM?

MG2 : Bah il existe, il est certainement euh, peut-être pas aussi important qu'on veut bien le dire mais il existe donc aujourd'hui, oui effectivement euh, chaque fois que je prescris un traitement hormonal, je signifie quand même aux patientes qu'il y a effectivement, même si c'est minime, une augmentation du risque d'événements négatifs type cancer ou problème cardio-vasculaire éventuellement.

HP : Très bien. S'agit-t-il selon vous du champ de compétence du médecin généraliste ? Et si non, pourquoi ?

MG2 : Bah oui, je vois pas pourquoi on pourrait pas, sinon on fait plus rien (rires)

HP : Très bien. D'un point de vu médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription de THM ?

MG2 : Ça ne me pose pas de problème.

HP : Très bien. Est-ce que la possible réticence des patientes vous freine-t-elle dans vos prescriptions de THM ?

MG2 : Bah si les patientes sont réticentes, je vais pas, enfin oui ça me freine euh... comme je vais pas le proposer si les patientes ne me demandent rien, enfin sont pas demandeuses, je vais pas proposer un traitement hormonal donc j'ai pas de réticence particulière euh,...je réponds à la demande des patientes mais c'est pas moi qui vais proposer.

HP : D'accord. Et si elle avait des craintes particulières, est ce que vous chercheriez à la convaincre ?

MG2 : Non non

HP : D'accord. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet, du traitement hormonal?

MG2 : Mes connaissances sont suffisantes aujourd'hui euh...(rires)

HP : Très bien. Et est-ce que, voilà on en a déjà parlé un petit peu, est-ce que les polémiques causées par certaines grandes études, la WHI par exemple en 2002, vous empêchent de le prescrire aujourd'hui?

MG2 : Bah ces études ont remis en question mes prescriptions oui surement. Avant, effectivement j'aurai eu plutôt tendance à le préconiser comme c'était conseillé, aujourd'hui, encore une fois je ne fais que répondre aux demandes des patientes, c'est pas moi qui vais en parler euh voilà...donc si, la ménopause se passe bien, sans demande particulière je, je ne propose pas, je propose plus.

HP : A cause de ces résultats d'études ?

MG2 : bah oui oui

HP : Et est-ce que vous lisez beaucoup sur le sujet, notamment la réinterprétation de ces études, est ce que vous en savez quelque chose ou... ?

MG2 : Bah j'ai une revue de référence qui est la revue prescrire que je lis depuis un certain nombre d'années donc euh...à priori, même si encore une fois le risque

des événements cardio-vasculaires ce qui ne semble pas être le cas donc...les accidents cardio-vasculaires sont des choses de, quand même fréquents donc voilà, aujourd'hui il y a quand même une augmentation du risque à ce niveau-là donc...voilà, il faut pas aller contre nature pour moi !

HP : D'accord, très bien, merci beaucoup, c'est bon c'est terminé.

MG2 : Ok

3ème entretien, le 12/07/2013, Lille

HP: Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient aujourd'hui réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG3: J'ai 62 ans, je suis installé depuis 37 ans et donc j'ai une clientèle de médecin généraliste, tous azimuts.

HP: Alors, abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, quels sont les éléments qui vous freinent ?

MG3: Alors bien sûr je l'aborde ou alors c'est elles qui l'abordent parce que y'a des manifestations cliniques ou bien on en parle parce qu'on est aux alentours de l'âge, souvent aussi dans les suites d'une contraception, il y a un âge où...à 62 ans, on leur demande comment ça se fait qu'elle prenne encore une pilule (rires) . Non simplement pour une question d'âge ou en relai de la contraception. Bah le gros problème ça a été les polémiques qui ont surgies avec les Etats-Unis il y a une petite dizaine d'années, le gros coup de frein qui a été mis à l'époque, voilà toute la polémique qui a mis un gros coup de frein et donc je pense que dans la population maintenant il y a sans doute un peu plus de réticence qu'auparavant, et il y a aussi toute l'atmosphère aussi un petit peu médecine douce, anti-vaccin, anti-tout qui parfois peut faire des dégâts.

HP : D'accord, et est-ce que vous vous considérez qu'il s'agit du domaine spécialisé du gynécologue et si oui, pourquoi ?

MG3: Alors je pense qu'il y a une collaboration à avoir avec le gynécologue...qui dit traitement substitutif dit suivi gynécologique sérieux et bien fait

donc la mammo, le frottis...voilà, moi comme j'ai un peu laissé tomber les frottis, à ce moment-là j'organise ça avec un gynécologue, encore plus facile depuis qu'on a quelqu'un qui pratique la gynécologie dans le cabinet puisqu'on a une jeune femme qui s'est installée avec nous depuis moins de 6 mois donc c'est rendez-vous avec elle.

HP : Est-ce que la durée dédiée à cette consultation vous freine, vous bloque ?

MG3 : Non, en général j'ai pas de montre sur le bureau...je prends le temps et c'est les gens qui attendent après dans la salle d'attente...

HP : Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG3 : Oui et non en général, pas obligatoirement mais elle mérite au moins qu'on en parle, que ce soit explicité, qu'est ce qui est possible, qu'est ce qui est raisonnable et ce qui ne l'est pas.

HP : D'accord. Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG3 : Bah là globalement, sorti de cette tempête médiatique et y'en a eu d'autres depuis, encore cette semaine, euh je pense qu'il est favorable du moment que les choses sont bien faites et bien suivies et là bon, on est revenu un petit peu en retrait c'est sur la durée : une patiente de presque 80 ans qui continue un THS depuis la ménopause là c'est plus raisonnable. Bon maintenant on vise pour 5-6 ans...

HP : Vous, vous prescrivez pour 5-6 ans c'est ça ?

MG3 : Ouais, le projet c'est à peu près 5 ans de traitement et après on essaye de s'en passer

HP : Oui et pourquoi vous pensez qu'il faut s'en passer après ?

MG3 : Parce que c'est un petit peu le consensus que j'ai vu se dégager après la polémique.

HP : D'accord. Est-ce que vous préférez des alternatives au THM ?

MG3 : Non, les plantes, les machins là non ! Je suis médecine dure...ou pas de traitement. Moi j'ai des femmes qui supportent très bien l'absence de traitement, le problème ça a toujours été l'ostéoporose et le risque fracturaire, quand il est là bah c'est trop tard pour agir ! La possibilité d'agir elle est juste là, au niveau de la ménopause pendant 5 ans : si on met un traitement pendant 5 ans, on sait qu'on retarde l'ostéoporose et ça devient beaucoup moins problématique...

HP : Très bien. Concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause, qu'est-ce qui vous freine dans la prescription du traitement hormonal ?

MG3 : Pas grand-chose !

HP : Ah pas grand-chose...le risque carcinologique par exemple, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG3 : bah si y'a un bon suivi et si on met bien la progestérone avec l'œstrogène, normalement y'a pas de risque carcinologique en particulier...

HP : Ok, donc là vous faites plutôt référence au cancer de l'endomètre et au niveau du risque de cancer du sein ?

MG3 : Avec les traitements utilisés en France, j'ai cru comprendre qu'il y avait pas d'augmentation du risque, j'ai pas l'impression de faire prendre un risque à mes patientes quand elles ont leur suivi...bon c'est sûr quand elle ont pas fait elle-même un cancer du sein parce que parfois y'a un deuil difficile du traitement, elles avaient projeté de prendre le traitement, elles avaient bien vu dans tous les magazines féminins que c'était super important pour rester jeune et elles ont fait un cancer du sein et après on leur dit bah non vous n'y avez pas le droit...le cancer elles supportent bien mais ne pas avoir le droit de prendre le truc pour rester jeune (rires)...

HP : Et au niveau des effets cardio-vasculaires liés au traitement hormonal ?

MG3 : c'est un risque qui... bon en gros moi je crois que 90% de mes traitements sont avec un œstrogène transdermique et puis de la progestérone naturelle donc bon si y'a pas de facteur de risque cardiovasculaire à côté, c'est moins problématique que la pilule.

HP : D'accord. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG3 : Je pense être à peu près au point...

HP : oui, j'ai l'impression ! S'agit-il selon vous du champ de compétence du généraliste et sinon, pourquoi ?

MG3 : Comme tout le reste ! La limite de la compétence du médecin généraliste c'est s'apercevoir de ses propres limites dans chaque domaine.

HP : Tout à l'heure, vous parliez de tempête médiatique : vous faisiez référence à quoi en particulier ?

MG3 : Bah aux études à un moment donné qui sont arrivées d'Amérique et qui nous traitaient de criminels si on donnait des traitements hormonaux...avec toujours la délicatesse et la subtilité des médias !

HP : Et par rapport à quels effets en particulier ?

MG3 : bah ça a d'abord démarré sur le plan cardiovasculaire et après sur le plan carcinologique mais bon ils utilisent pas les mêmes hormones, pas les mêmes doses, c'est pas les mêmes populations de femmes de chaque côté de l'Atlantique

HP : Effectivement ! Et d'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription du THM ?

MG3 : Ca va !

HP : La possible réticence des patientes vous freine-t-elle devant la prescription de THM, chez celles qui en ont besoin ?

MG3 : Bah celles qui en veulent pas, on va pas l'obliger non plus !

HP : Et est-ce que vous chercheriez à la convaincre ? Qu'il y a aussi des effets bénéfiques ?

MG3 : Bah il faut leur mettre devant les yeux ce qu'on croit et après à eux de...y'a quand même des obligations ; pour les vaccins par exemple, dans les autres cas on donne l'information et c'est les gens qui décident.

HP : d'accord, et par exemple en cas de trouble invalidant chez une personne qui n'aurait aucune contre-indication au traitement hormonal ?

MG3 : Quelqu'un qui aurait déjà l'ostéoporose fracturaire ou qui aurait...

HP : un syndrome climatérique important par exemple et

MG3 : Bah c'est pas mortel, c'est son choix d'avoir des bouffées de chaleur ou de prendre un traitement et de plus les avoir ou de pas prendre et de les avoir euh...c'est son choix ! J'agis comme ça dans tous les domaines

HP : Oui donc exposer les effets et laisser décider ?

MG3 : Oui, informer !

HP : ok, voilà merci c'est terminé !

4ème entretien, le 12/07/2013, Lille

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

MG4 : D'accord

HP : Alors d'abord est ce que vous pourriez vous présenter en quelques mots notamment votre âge, type d'exercice et de patientèle ?

MG4 : Donc je suis G..., j'ai 29 ans, je suis installé depuis novembre 2012, j'ai pas beaucoup de femme sous THS, euh...les seules qui en ont, c'est pas moi qui les ai débutées, c'était plutôt le gynécologue qui les avait démarré et euh...j'ai une patientèle plutôt jeune je pense, pas beaucoup beaucoup de femmes ménopausées parmi les dames je pense...

HP : D'accord. Alors avec les patientes en âge concerné, est ce que vous abordez spontanément le sujet de la ménopause et sinon quels sont les éléments qui vous en empêchent, qui vous freinent ?

MG4 : Alors j'essaie d'y penser, de leur poser la question...souvent elles, enfin, les quelques dames à qui j'ai pu en parler, elles n'étaient pas gênées vraiment par ça. Après y'en a qui m'en parlent directement, plus des bouffées de chaleur, généralement j'essaie de donner un traitement plutôt symptomatique au départ et puis si ça passe pas, on parle du THS mais pour le moment les personnes à qui je l'ai proposé, elle voulait pas le prendre...ouais,y'en a une qui a accepté et qui, au final l'a pas pris, elle s'est renseignée et a estimé que ces symptômes étaient pas suffisamment gênants pour le démarrer.

HP : ok

MG4 : Oui, je sais plus ce qu'était votre question.

HP : Oui, c'était ça et justement qu'est-ce qui vous freinerait dans le fait d'en parler face à une dame ?

MG4 : Alors d'en parler, pas tellement, j'ai pas vraiment de frein à en parler, c'est plus d'en prescrire j'avoue que quand elles en veulent pas, ça m'arrange un petit peu

HP : pourquoi ?

MG4 : Bah déjà parce que déjà c'est compliqué au niveau de la prescription, j'en prescris pas souvent en plus et puis bon, y'a tous les effets secondaires, de cancer du sein et tout ça dont on est censé être obligé d'en parler à la patiente, derrière ça les freine un peu de ce côté-là, en général si je dis pas de bêtises, c'est au niveau de l'endomètre où c'est un petit peu protecteur, en général ça les convint pas tellement, cancer de l'endomètre en plus elles connaissent pas trop. Niveau cardio-vasculaire je crois que ça, c'est un peu contesté ou je sais plus bien en ce moment, j'ai cru lire des choses comme ça du coup si y'a des avantages c'est plutôt au niveau du symptôme et les reco...je sais plus bien, je les ai lu il y a un moment mais en gros ce que j'avais retenu c'était si clairement ça gêne la dame là pourquoi pas le proposer mais bon en même temps, on est pas sûr que ce soit pas dangereux donc tout ça...si la dame, elle veut et qu'elle est vraiment gênée bah oui je vais le proposer mais au final derrière quand on leur dit ça peut vous donner un cancer, on va pas le laisser plus de 4-5 ans, ça les bloque un peu quand même alors est ce que c'est moi qui les bloque dans mon discours je sais pas mais la dame qui l'avait acceptée, elle est allée lire des trucs et puis elle en a pas voulu quoi.

HP : D'accord mais vous n'avez pas cherché à développer après, à rassurer...?

MG4 : Non, j'avoue que non, avec l'Abufen ça allait à peu près.

HP : ok. Et quand vous parlez de traitement symptomatique c'est surtout abufen?

MG4 : Ouais abufen, parce que j'en connais pas d'autres tout simplement.

HP : D'accord. Est-ce que vous considérez qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue et si oui, pourquoi ?

MG4 : Bah non, c'est pas vraiment de la spécialité parce qu'on peut le démarrer, maintenant si j'ai un gynéco qui en met un, je vais pas aller l'enlever, le changer sauf si vraiment je me rends compte qu'il y a un danger. S'il le démarre je vais pas le changer mais bon, je vais pas envoyer chez le gynéco pour mettre en route un traitement.

HP : D'accord. Est-ce que la durée dédiée à cette consultation vous freine un peu, le fait de devoir expliquer ?

MG4 : Non

HP : Est-ce que vous avez l'impression d'avoir un problème de connaissances sur le sujet ?

MG4 : Euh ouais, honnêtement il faut que je m'y replonge souvent pour savoir comment le prescrire de tels jours à tels jours car encore une fois j'en prescris pas souvent, il faudrait que je me fasse une petite fiche que je mette sur l'ordi pour avoir ma fiche poso modèle mais c'est vrai que je me sens pas hyper à l'aise avec ça oui.

HP : D'accord. Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG4 : Bah oui, si vraiment elle est gênée oui. Après moi j'ai été surpris de, alors ça fait pas longtemps hein que je suis installé mais aussi en tant que remplaçant, du nombre de dames qui finalement ne se plaignent pas vraiment des symptômes, de la baisse de libido, des bouffées de chaleur, de la sécheresse...à chaque fois que j'ai posé la question non tout va bien! Donc je sais pas si y'avait de la pudeur ou pas car après ici il y a quand même une population maghrébine importante donc est ce que culturellement c'est pas dans leurs habitudes, je sais pas. C'est vrai que jusqu'à présent, personne m'a vraiment dit « ah ça va pas du tout » donc j'avoue j'ai pas insisté.

HP : D'accord. Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du traitement hormonal ?

MG4 : Honnêtement je le vois plus du côté du risque que du bénéfice. Si la patiente me dit pas...façon les reco c'est aussi un peu ça, on est censé lui expliquer tous les risques que ça suppose, après c'est elle dans son quotidien qui va pouvoir mesurer le bénéfice, moi de mon côté, si j'étais pas hyper gêné, vu les risques que ça implique, ouais je le prendrai pas moi personnellement. Après j'ai pas non plus de patientes avec des grosses ostéoporoses, des fractures des trucs comme ça donc de ce côté-là, j'ai pas vraiment eu l'occasion d'avoir un vrai bénéfice médical à le proposer. Après le bénéfice cardio-vasculaire, j'avoue que j'ai eu un peu de mal à comprendre parce qu'en gros si y'a jamais eu de problème y'a un bénéfice, si y'a déjà eu un problème y'a un risque alors au fond de moi la balance penche plutôt du côté risque.

HP : D'accord. Et est-ce que vous pourriez développer un peu, même si c'est un peu par rapport à ça j'imagine, pourquoi vous commencez par l'abufen ?

MG4 : Bah parce que si l'abufen la soulage, euh...vraiment la plus grosse plainte que j'ai eu c'était vraiment les bouffées de chaleur donc si c'est ça qui la gêne et qu'elle est soulagée par ce traitement, du coup au niveau des reco, je suis plus tellement censé lui en donner un car l'indication de la gêne de la patiente n'existe plus donc je vais plutôt partir comme ça vu les risques que j'ai avec le traitement hormonal, ma démarche elle est plutôt dans ce sens-là après je sais pas si je fais ce qu'il faut hein mais pour le moment j'ai plutôt fait comme ça .

HP : D'accord, concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause donc ce qui vous freinerait dans la prescription du THM, ce serait donc ?

MG4 : En 1er c'est le risque de cancer du sein, euh...et puis c'est vrai que le fait de devoir dire qu'on prescrit juste pour une période donnée et à un moment donné on va dire de l'arrêter, cette zone est un peu floue, on sait pas trop quand est ce qu'il faut dire « bah là on a pris trop de risque pendant x années » donc on va dire bah aujourd'hui, on l'arrête pff...c'est ces deux aspects-là qui vont me bloquer.

HP : D'accord

MG4 : Et puis comme on l'a dit tout à l'heure , le fait que je sois pas hyper à l'aise avec la prescription ça joue car c'est un peu complexe aussi à savoir est ce qu'on met un continu ou pas, le progestatif combien de temps on va le mettre...ouais voilà, il faut vraiment que la patiente elle me dise que ça la gêne après je vais pas attendre non plus qu'elle me dise vraiment qu'elle en peut plus mais si elle est pas plus gênée que ça, pour toutes ces raisons, je vais pas le mettre.

HP : D'accord. Bon ça se rejoint un peu mais est-ce que vous pensez que c'est du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG4 : Je pense que oui mais à l'heure actuelle, moi je suis tellement pas confronté souvent au problème que c'est vrai que ça demande un investissement personnel, après un gynéco, j'imagine qu'il en prescrit plus souvent donc il doit peut-être être à l'aise avec ça mais ça peut faire partie pour moi du champs d'action du généraliste. Un médecin généraliste installé depuis plus longtemps avec une patientèle plus âgée, il en fera peut-être plus souvent et sera plus à l'aise que moi.

HP : D'accord. Est-ce que vous avez entendu parler des polémiques causées par certaines grandes études notamment la WHI en 2002 et les rebondissements médiatiques et est-ce que ça vous empêche de le prescrire ?

MG4 : J'avoue pas savoir

HP : Et dans d'autres études en général ?

MG4 : Bah j'imagine qu'elles sont reprises dans les reco. Moi ce que j'ai pu lire, c'est les risques sur le cancer, j'ai cru lire quelque part, je sais pas si ça a été repris ailleurs, qu'au niveau ostéoporotique, le bénéfice il était remis en question. Au niveau cardio-vasculaire, finalement c'est pas très clair, c'est tout ce que j'ai pu lire, après je sais pas si y'a d'autres choses...dites moi

HP : Après d'accord !

MG4 : ok.

HP : Et d'un point de vue médicolégal, comment vous sentez vous par rapport à la prescription du THM ?

MG4 : Bah c'est vrai que c'est pas évident car on a beau avoir dit à la dame attention ça peut donner un cancer du sein, j'ai beau l'avoir écrit dans mon dossier, si dans 10 ans elle a un cancer du sein et qu'un avocat lui dit c'est à cause de votre traitement bah il va falloir prouver que je lui ai dit donc c'est sûr que c'est pas hyper rassurant...ou alors il faudrait faire signer un papier à la dame disant qu'on l'a prévenu des risques, ça commence à devenir un peu..mouais mais c'est sûr que c'est pas rassurant.

HP : D'accord, mais ça vous freine pas ?

MG4 : Non

HP : Est-ce que la possible réticence des patientes vous freine dans la prescription du THM ?

MG4 : Bah oui, parce que en gros la recommandation elle laisse la décision à la dame enfin en tout cas de ce que j'en ai compris si la patiente elle-même veut pas le prendre de toute façon, en plus même pour elle, c'est pas hyper évident parce que il faut savoir de tels jours à tels jours je prends celui-là, je mets de la crème ou je colle le patch, si elle est pas hyper investie dans son traitement, elle va pas le faire comme il faut et ça va pas être bien pris donc si oui, si la patiente est réticente je vais pas, d'autant plus par rapport au risque médicolégal dont on parlait je vais pas...

HP : Oui donc vous ne chercheriez pas à lui lister les avantages, à la convaincre un peu ?

MG4 : A la convaincre non. De toute façon moi je suis censée lui donner les 2 : les risques, les avantages...les avantages aujourd'hui, il y en a plus tellement : il y a l'endomètre, encore le cardio-vasculaire si jamais elle a jamais eu de problème, les symptômes et puis l'ostéoporose et maintenant l'ostéoporose chez une dame qui fait sa ménopause à 65 ans, qui a jamais eu de fracture ça paraît un peu loin donc ça la convint pas tant que ça et puis y'a des alternatives pour l'ostéoporose donc au niveau des avantages je vais lui lister ces 4 là mais je pense que dans la tête de la dame...euh cancer du sein clignote un peu dans sa tête ! Je vais pas chercher à la convaincre, je vais lui donner des infos et je vois pas pourquoi je la convainrais qu'il faudrait qu'elle le prenne si...

HP : Bah si, si vous vous l'êtes !

MG4 : Bah je suis pas hyper convaincu ! Encore une fois je peux comprendre qu'une dame qui aurait sa ménopause à 50 ans et qui a plus de désir, qui a la muqueuse atrophiée, je peux comprendre que elle, dans sa vie de femme de tous les jours, c'est pas facile mais encore une fois je me suis pas retrouvé dans cette situation-là donc c'est vrai que cette dame, si je vais insister sur le fait que bah oui, tout ça, ça peut être important mais je vais pas chercher non plus à l'influencer parce que si elle a une vie de femme épanouie pendant 5 ans mais qu'à 55 ans elle a un cancer, je vais un peu m'en vouloir quand même donc je lui donne les éléments et après c'est elle qui décide...voilà !

HP : Bon, ok, très bien, bah merci.

MG4 : Bah de rien.

Hors enregistrement : discussion sur les études WHI etc...

5ème entretien, La Madeleine, le 22/08/2013

HP : Je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents, aujourd'hui, à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

D'abord pourriez-vous vous présenter notamment votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG5 : Alors je suis le Dr ..., j'ai 52 ans et j'ai une clientèle classique mais je fais très peu de gynéco...

HP : Ah, pour quelles raisons ?

MG5 : Par manque de goût certainement, les patientes sont tellement fournies en gynéco autour qu'elles préfèrent voir leur spécialiste que le médecin généraliste...voilà, c'est les 2 principales raisons, surtout les patientes qui ont leur gynéco et puis bon, je suis pas très porté sur la gynéco. Mais j'en fais s'il faut, je les envoie pas promener !

HP : ok, justement : abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon qu'est-ce qui vous en empêche ?

MG5 : Oui, systématiquement ! Pour leur demander comment ça se passe.

HP : ok, donc pour vous, ce n'est pas du tout du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG5 : Euh non, ça pourrait être de la médecine générale surtout si on est en campagne. En ville, il est plus commode et de bon ton d'avoir son gynéco...voilà !

HP : Selon vos patientes ?

MG5 : Oui, bah moi je m'en plains pas : c'est pas mon truc ! Je vais certainement pas râler !

HP : Quand vous en parlez, est ce que la durée de la consultation vous gêne ?

MG5 : Ah non...absolument pas. Ça fait partie du questionnaire général et puis je l'aborde 1 fois !

HP : Ok, pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doit nécessiter une prise en charge médicale ?

MG5 : s'il y a une souffrance oui, si y'a pas de souffrance non...

HP : Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du traitement hormonal de la ménopause ?

MG5 : Bah, actuellement il est plutôt considéré comme dangereux puisqu'on préconise, d'après les dernières recos, le traitement le plus court possible...euh voilà, pour moi il est dangereux !

HP : Dangereux ?

MG5 : Dangereux oui

HP : Et à quel point de vue en particulier ?

MG5 : Au niveau des cancers gynécologiques surtout cancer du sein !

HP : Donc vous êtes contre le fait d'en prescrire ?

MG5 : Ah je suis pas forcément contre mais disons essayer les méthodes non hormonales avant d'essayer les méthodes hormonales si la patiente ne tolère pas du tout, qu'elle est vraiment très embêtée.

HP : Et les méthodes non hormonales ?

MG5 : Elles sont moins dangereuses !

HP : Et en termes d'efficacité ?

MG5 : Ah c'est un ton en dessous bien sûr, c'est moins efficace mais si ça leur suffit...c'est toujours ça de moins.

HP : D'accord, mais est-ce que vous accordez des avantages au THM ?

MG5 : Il est efficace, plus efficace que le traitement non hormonal !

HP : A quel point de vue ?

MG5 : Sur les symptômes, notamment les bouffées de chaleur, le reste n'étant pas prouvé !

HP : Et que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG5 : Certainement pas de la dernière nouveauté mais bon, en même temps quand je fais pas beaucoup de gynéco et plutôt de la prévention, là je m'estime suffisamment éclairé après c'est sûr que, dans les derniers traitements, peut-être qu'il y a des nouveaux traitements que je ne connais pas, ça c'est possible.

HP : D'accord, est ce que les polémiques causées par certaines grandes études, la WHI en 2002 notamment, vous ont choqué et vous bloquent maintenant dans vos prescriptions ?

MG5 : Bah déjà ça me bloquait depuis un petit moment...

HP : A cause ?

MG5 : Du risque cancéreux ! En plus des problèmes cardio-vasculaires mais ça ça a toujours été, c'est pas nouveau.

HP : Ok, et chez les patientes qui n'ont pas de facteur de risque cardiovasculaire, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG5 : Bah il reste le risque de cancer.

HP : D'un point de vue cardio-vasculaire ?

MG5 : En dehors des facteurs de risque, non, j'ai plus peur du cancer

HP : Et quand vous parlez de cancer c'est surtout ?

MG5 : le sein oui, endomètre c'est plus rare, sein qu'est-ce que je peux en voir c'est effrayant !

HP : Vous en avez beaucoup dans votre patientèle ?

MG5 : Ah oui, et encore maintenant ! Je suis sensibilisé !

HP : D'accord ! Et d'un point de vu médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription du THM ?

MG5 : Ah bah sur le plan médico-légal je suis très bien puisque c'est pas un traitement vital et que je pousse pas à la consommation, je suis tranquille ! Je serai beaucoup plus embêté si j'avais forcé la patiente à prendre ce traitement là et puis 2 à 3 ans plus tard pouf un cancer du sein, là euh, je l'aurai un peu dur !

HP : Donc vous ne vous sentez pas concerné ?

MG5 : Tout à fait : l'aspect médico-légal ne me concerne pas. Et j'en suis content !

HP : D'accord, euh, vous en avez déjà parlé mais est-ce que vous chercheriez à convaincre une patiente réticente de l'avantage du THM ?

MG5 : Non, certainement pas ! Si elle est réticente, je vais certainement pas la pousser !

HP : Et lui donner des informations en faveur du THM ?

MG5 : Si elle me pose des questions...en faveur non, je vais être objectif mais si elle me pose la question « qu'est-ce que vous feriez ? » moi je dirai non !

HP : Bon ok, et à part les avantages sur le syndrome climatérique évoqué tout à l'heure, vous ne voyez rien d'autre ?

MG5 : Non parce que l'ostéoporose ça n'a pas été prouvé, bah y'a quelques années ça n'avait pas été prouvé, sur la peau on s'en fout, l'humeur bah il faut y passer : c'est reculer pour mieux sauter. C'est tout !

HP : Et concernant la protection cardiovasculaire, les autres possibles protections : digestive, cognitive?

MG5 : Cardiovasculaire, ça a été prouvé que ça ne faisait pas grand-chose, euh protection cognitive euh...moi je fais que ce qui est prouvé, je suis très circonspect vis-à-vis des laboratoires qui ont prôné pendant des années, que ce soit pour le THS ou d'autres molécules, en disant si si y'a ça, y'a des études et puis pour finir après, y'a rien du tout : tout retombe comme un soufflet donc je me méfie énormément de la pression des laboratoires et ça y'en a eu une énorme il y a une quinzaine d'années, énorme...

HP : Pour le THM ?

MG5 : Oui, maintenant on me dit quelque chose, très bien il faut une étude indépendante !

HP : Ok, parce qu'ici il y a eu des études qui ont fait polémique mais depuis, d'autres plus récentes et bien plus favorables au THM sont parues, qu'est-ce que vous... ?

MG5 : Je suis pas au courant, j'avoue...mais du coup je vais aller voir ça mais euh...ça ne m'enlèvera pas le risque de cancer du sein ! Entre un cancer du sein qui arrive pendant le traitement ou quelques années après et une hypothétique prévention de démence plus tard...bah j'ai vite fait mon choix, pour l'instant le risque est trop élevé pour moi...Je vais me renseigner mais ça m'étonnerait que ça change beaucoup pour moi, ma façon de penser !

HP : D'accord ! Et ça a toujours été comme ça ou il y a eu une période où vous étiez plus convaincu ?

MG5 : Ah oui, il y a 15 ans oui, on disait c'était bien pour l'ostéoporose, pour le cœur, pour la peau, pour l'humeur, pour les bouffées de chaleur, pour tout, c'était quasiment la panacée , il fallait mettre toutes les femmes sous THS donc nous, en avant marche on y allait tous et puis petit à petit on est revenu en arrière parce que ça c'est pas bon, ça c'est pas prouvé, ça ça donne le cancer du sein ou de

l'endomètre, la peau on s'en fout...voilà tout s'est réduit comme une peau de chagrin.

HP : Et concernant l'ostéoporose ? N'avez-vous rien constaté de particulier comme une augmentation des fractures depuis la diminution des traitements ?

MG5 : L'ostéoporose est prise en charge d'une autre manière, sur le plan rhumatologique, avec des traitements qui ont fait leur preuve...eux ! Bon bien sûr l'ostéoporose évolue quand même, moins rapidement avec ces traitements rhumatologiques mais de toute façon ça évolue, on part d'un capital de calcium au départ et puis ça diminue, ménopause ou pas, ça diminue plus vite sans traitement rhumatologique mais de toute façon ça diminuera. Donc comme ce traitement existe et est efficace, le THM lui aura toujours son risque de cancer du sein et de l'endomètre !

HP : Ok, voilà, merci !

6ème entretien, La Madeleine, le 23/082013

HP : Je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient aujourd'hui parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge.

Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

D'abord pourriez-vous vous présenter notamment préciser votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG6 : Alors L..., 38 ans, installé depuis 5 ans ½, j'ai succédé à un praticien qui était là lui depuis 35 ans et qui faisait de la gynéco et de l'obstétrique en tant que médecin généraliste, qui a même accouché certaines patientes que je suis encore donc qui avait une pratique, lui ,gynéco et obstétricale que moi je n'ai pas puisqu'au décours de notre formation, je trouve qu'on n'a pas été suffisamment formé sur la prise en charge en gynéco en tout cas, gynécologie médicale plus particulièrement. En pratique ; de la pédiatrie à la fin de vie donc large, de médecine générale habituelle avec vis-à-vis de votre thèse, une pratique urbaine et donc avec des patientes qui ont un parcours gynéco souvent via un gynécologue même si moi, la patiente avait été habituée de par mon prédécesseur que lui prenne en charge, énormément de patiente se sont tournées derrière vers un ou une gynéco ou il y avait déjà une bonne partie de la patientèle qui avait son suivi gynécologique.

HP : D'accord ! Et ça, selon vous c'est parce qu'on est en ville et qu'il y a une « offre » en gynéco importante ?

MG6 : Pour moi oui, c'est l'impression que j'ai. Les 3 collègues du cabinet aussi et c'est vrai aussi lorsqu'on en discute lors des FMC, dans les zones urbaines en tout cas La Madeleine qui est assez favorisé, même s'il y a aussi des patients socialement défavorisés, il y a quand même une large patientèle qui a la possibilité d'aller voir le gynéco, qui a eu cette éducation là...voilà, c'est pour installer un petit peu le contexte ! Donc la pratique que j'ai est quasiment nulle sur la prise en charge

de la ménopause, autant la discussion peut apparaître au décours des consultations, autant sur la prise en charge, il y a tout le biais des informations autres que celles purement médicales et tout ce qui est internet et revue qui est venu biaiser aussi le THS il y a 5-6 ans quand les études sont sorties...

HP : Oui, justement j'allais en parler plus tard mais on peut le faire tout de suite: justement, où en êtes-vous aujourd'hui avec ça ? Est-ce que les patientes vous en parlent ?

MG6 : Les patientes en parlent, elles viennent chercher des informations également ici lorsque leur gynéco leur a dit qu'il y aurait peut-être un intérêt à prendre en charge par THS ou alors quand il s'agit d'arrêter un THS en cours, elles viennent nous demander notre avis et c'est vrai que là, étant installé depuis 6 ans et ayant peu de pratique là-dessus...euh je n'ai pas forcément un conseil des plus avisés.

HP : Ok, et est-ce que vous considérez que vous manquez de connaissance à ce sujet ?

MG6 : Oui, un manque de connaissance et de compétence à ce sujet ! Alors la connaissance autant sur la ménopause en elle-même, l'aménorrhée depuis 12 mois, les signes cliniques tout ça bon on en discute, après à voir si ça les gêne ou pas réellement, parce que je pense qu'il y a une partie de la population féminine qui ne s'en soucie pas et une autre partie qui est en demande. C'est vrai que moi j'ai tendance ,dans ces cas-là, à ce qu'elles y réfléchissent, à ce qu'elles fassent le point exactement sur la gêne occasionnée en réexpliquant que c'est quelque chose aussi de naturel et qu'on a des possibilités à leur proposer, après y'a les contre-indications au traitement dont on doit tenir compte et là c'est notre boulot d'informer. Il faut qu'elle prenne le temps d'évaluer les symptômes d'inconfort, savoir s'il y a réellement un inconfort associé et puis après on en rediscute.

HP : Ok, est ce que la durée dédiée à cette consultation vous freine dans le fait d'en parler ?

MG6 : Non, pas du tout !

HP : Ok. Tout à l'heure, vous parliez des gynécologues, est-ce que vous considérez qu'il s'agit de leur domaine spécialisé ?

MG6 : Au regard de ma pratique et de ma compétence oui, aujourd'hui, j'ai tendance à laisser la main même si l'approche peut se faire ici, c'est une période euh...elles viennent nous voir en disant qu'il y a des signes qui apparaissent donc de

toute façon pour qu'on installe le diagnostic il faut ces 12 mois d'aménorrhée, après certains proposent les tests thérapeutiques mais moi je me méfie toujours de la manière dont les patientes vont les faire, certaines le font pas correctement, ça je l'ai remarqué donc j'attends un peu de voir comment ça se passe !

HP : Est-ce que vous pensez que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG6 : Oui, je pense. Il faut qu'on soit, nous, en capacité de l'aborder en tant que médecin généraliste.

HP : Donc vous l'abordez spontanément avec vos patientes en âge concerné ?

MG6 : Oui, par le biais aussi de leur suivi gynéco parce que systématiquement je leur pose la question si dans l'année, elles ont rencontré leur gynéco, fait leur frottis, ou pour les plus de 50 ans, commencé leur mammo de manière systématique donc c'est un moyen aussi d'aborder ce sujet-là.

HP : Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM?

MG6 : Bah je n'ai pas d'avis ! Chez les patientes qui sont sous THS, elles sont toutes satisfaites de leur traitement donc moi j'ai un avis pragmatique et pas forcément scientifique au regard des études qui sont sorties, les comparatifs qui ont pu être fait là-dessus ! De par le retour des patientes, le bénéfice est présent...en terme d'efficacité sur les symptômes, sur le mal-être que certaines avaient pu retrouver, sur simplement la sphère gynécologique et leur intimité, oui je pense qu'il y a un bénéfice mais je pense que ces patientes-là, dès le départ, elles étaient aussi dans une démarche ou elles adhéraient au traitement parce que, c'est ce qu'il faut voir aussi, nous on doit les inviter à les faire réfléchir, à évaluer la balance bénéfice-risque, je pense que si les patientes sont en demande, derrière il y aura un bénéfice du traitement.

HP : Est-ce que vous préférez des alternatives au THS et si oui, pourquoi ?

MG6 : Je n'en connais pas énormément à part des traitements symptomatiques, le tout c'est s'assurer qu'elles aient leur bouffée d'oxygène et les démarches pour palier ce mal-être mais ensuite non !

HP : Que pensez-vous du risque carcinologique lié au THS et cela a-t-il des conséquences sur vos représentations ?

MG6 : J'en parle, après j'ai pas suffisamment de connaissance je dirai et de pratique régulière vis-à-vis du THS pour pouvoir me permettre de laisser une information précise hormis celle qu'on a habituellement sur les remises à niveau

qu'on peut recevoir de la HAS ou via les FMC. Les risques, oui on les connaît mais les résultats notamment qui étaient sortis des études américaines où on utilisait pas les mêmes traitements, les mêmes dosages et c'était pas les mêmes populations qui étaient traitées, je pense que chez nous, on était quand même vigilant à tout l'aspect cardio-vasculaire...moi je restais sur cette notion-là ! Ou bien évidemment tout antécédent de cancer ou pathologie cardiovasculaire contre-indique le traitement.

HP : Très bien. Tout à l'heure, vous parliez de manque de connaissance sur le sujet : à votre avis qu'est-ce qui fait qu'il y a un manque ?

MG6 : On reçoit peu d'info et aussi, dans notre pratique, dans la mesure où il y a cette démarche faite par les confrères et consœurs gynéco, nous ici dans notre bassin de vie où on a des gynécologues qui prennent en charge, on a tendance à laisser la main et ensuite pour la population socialement un peu plus défavorisée et qui ne se tourne pas forcément vers un gynéco, de par l'aspect financier et le milieu social qui fait qu'ils ne s'ouvrent pas forcément vers une démarche spécialisée, même si on l'aborde, c'est quelque chose qu'elles vont considérer comme naturel « on fera avec, nos mères et nos sœurs ont fait avec », il y a ça aussi, le côté un petit peu social et culturel qui fait qu'une certaine population va s'intéresser à sa prise en charge médicale tandis qu'une autre pas forcément !

HP : Justement, le fait d'avoir une population avec des réticences, est-ce que vous cherchiez à les convaincre ?

MG6 : Bah déjà les sensibiliser plutôt que les convaincre mais les sensibiliser aux symptômes et leur dire qu'il y a des traitements possibles...Quant à l'homéopathie, tout à l'heure vous me parliez d'alternatives, moi j'ai pas de compétence, je leur dis bien que n'ayant pas la compétence, je ne me permettrai pas de juger.

HP : D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face au THM ?

MG6 : Euh...serein puisque j'en ai pratiquement pas puisque toutes les patientes que je suis ont leur prise en charge assurée par leur gynéco...tout en sachant que moi, de ce côté là je leur demande à chaque fois. Quand j'ai succédé à mon prédécesseur, les patientes qui avaient déjà leur gynéco et après tout ce remue-ménage autour du THS, je leur ai demandé d'en discuter, de refaire le point pour qu'elle soit informée de manière correcte par rapport à ça et qu'elles pouvaient revenir si nécessaire.

HP : Ok ! Tout à l'heure quand vous parliez des études américaines, est-ce que vous savez ce qu'il en est maintenant ?

MG6 : Oui un regard critique car on était pas du tout sur les mêmes populations, les dosages étaient complètement différents donc voilà moi j'ai ce regard critique sur les études américaines. Les études françaises qui sont sorties n'avaient pas le même discours et nous demandaient surtout, arrêtez-moi si je me trompe, d'être vigilant et d'être surtout sur l'information je pense.

HP : Et est-ce que vous connaissez l'évolution de celles-ci et d'autres avec des avantages rapportés au THM ?

MG6: Non

HP : ok, dernière question : THS et ostéoporose, qu'est-ce que vous en pensez?

MG6: Euh...grande question parce que l'ostéoporose, là aussi c'est euh... par effet de mode, le souci c'est que quand on a sorti toutes ces études, les patientes ont confondu, en tout cas moi c'est l'impression que j'avais, ménopause et ostéoporose et les traitements qu'on pouvait proposer ont été assimilés aussi à des THS et donc il a fallu qu' « on fasse un boulot » et qu'on explique que les traitements spécifiques de l'ostéoporose n'étaient pas des THS. Ensuite, le bénéfice oui il existe (interruption par téléphone)

Et oui, je pense qu'étant un homme, dans la démarche un praticien femme sera peut-être plus sensible, surtout dans la jeune génération, notamment dans la démarche de pratiquer la gynéco...parce que même si on approche nous les choses, les patientes en parleront plus facilement à des médecins femme, c'est aussi le retour que j'avais des patientes quand on avait des remplaçantes où c'était une démarche différente qui permettait pour certaines d'aborder des choses

HP : Vous avez l'impression que ce sont les femmes qui ont une certaine forme de réticence à parler de ça avec leur médecin homme ?

MG6: En tout cas, celles qui ont la possibilité de voir le gynéco, il est certain qu'elles l'aborderont pas du tout mais peut-être un peu plus avec une femme !

Téléphone...

HP : Merci, je ne vais pas vous déranger plus longtemps.

7ème entretien, le 30/08/2013, Roubaix

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif.

J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus du THS.

MG7 : Parler de ménopause avec leurs patientes non parce que c'est du quotidien, les bouffées de chaleur je pense que c'est quand même quelque chose qui les dérange énormément...euh j'ai envie de dire, les THS, c'est beaucoup plus compliqué parce que je pense que malheureusement, c'est assez peu clair dans les directives qu'on peut recevoir de la HAS et même de nos patrons ...parce que moi j'ai fait, il y a 2 ans, avec Mr... un EPU justement sur la prise en charge parce que je trouve que c'est très important dans notre quotidien et oui, on les sent très frileux à la mise en place d'un THS, alors que moi qui exerce depuis 20 ans, euh il y a 20 ans je mettais des THS de façon très large et c'est vrai que maintenant on est plutôt à freiner des 4 fers si j'ose dire et au contraire, à vraiment mettre en place un traitement quand il y a une demande expresse de la patiente avec des signes très très pénibles car sinon on ressent un peu partout une frilosité, ce qui est un peu paradoxal par rapport aux bouffées de chaleur, excusez-moi du jeu de mot...euh voilà.

HP : Oui, donc justement mon but est d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. Donc d'abord est-ce que vous pourriez vous présenter en quelques mots notamment votre âge, type d'exercice et patientèle ?

MG7 : Alors je suis médecin généraliste en ville, j'ai 56 ans. Je suis installée depuis 20 ans, j'ai un diplôme de pédiatrie donc je fais beaucoup de pédiatrie et par là même pas mal de gynécologie car c'est vraiment le doublon qui fonctionne bien. Je suis dans un quartier défavorisé avec beaucoup de patientes maghrébines qui

viennent rechercher des conseils de médecin femme plutôt que de médecin homme en fait.

HP : Très bien, alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, qu'est-ce qui vous en empêche ?

MG7 : En parlant alors vraiment très très volontiers. En général c'est plutôt elles qui en parlent du fait des bouffées de chaleur qui gênent les femmes considérablement en général et il faut reconnaître qu'au niveau traitement symptomatique, sans même envisager de THS, on n'a pas grand-chose à se mettre sous la dent...euh non non en général c'est elles qui en parlent mais moi j'en parle si elles ne m'en ont pas parlé. Alors ce qui est curieux chez les femmes maghrébines c'est l'âge de la pré-ménopause, parce que ça rentre dans le sujet aussi, ça peut démarrer très tôt vers 42 ans et parfois très tard vers 55-56 ans donc c'est très étalé et il y a une forte demande de leur part en fait.

HP : D'accord. Et comment y répondez-vous : considérez-vous déjà qu'il s'agit du champ de compétence du médecin généraliste ou qu'il faut adresser ?

MG7 : D'abord elles sont réticentes pour qu'on passe la main ! Je suis dans un quartier où c'est assez difficile d'aller voir le médecin spécialiste donc en général on fait tout ce qui est prise en charge clinique et paraclinique avec les examens pour orienter un petit peu le diagnostic Et seulement dans un 3ème temps, si elles sont demandeuses d'une consultation chez le gynécologue ou à l'hôpital mais c'est loin d'être vraiment en 1ère ligne, après je pense que ça doit dépendre des quartiers mais moi, vraiment je suis dans un profil où je suis vraiment le 1er recours voire même le seul !

HP : D'accord. Est-ce que la durée dédiée à cette consultation vous freine dans le fait d'en parler ?

MG7 : J'ai envie de dire dès que c'est un peu plus compliqué qu'un rhume ou une angine, c'est toujours plus compliqué, en même temps on a la chance en tant que médecin de famille, de se revoir donc d'être amené à en rediscuter donc on peut déjà en parler un petit peu, et puis dire qu'on en reparlera la prochaine fois. C'est différent de la prise en charge du spécialiste où presque dans la totalité de sa consultation il a fait le tour de la question, nous on peut étaler les choses sur plusieurs mois ou à l'occasion d'une autre consultation pour quelqu'un d'autre de la famille en reparler donc c'est pas réellement un frein, c'est vrai que ça prend plus de

temps, dès que c'est plus spécialisé ça prend plus de temps donc il faut le savoir c'est tout !

HP : Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG7 : Je pense que, médical au sens conseil oui, médical au sens médicamenteux je pense qu'il faut qu'on soit prudent. Je pense que le fait que ce soit médical c'est bien, pour démontrer ce qu'elle croit car des fois elles se font tout un monde de quelque chose qui est naturel donc c'est bien qu'il y ait une prise en charge et un conseil par un médecin mais après qui dit médecin dit pas forcément médicament, par contre je pense que c'est important que ce soit nous qui soyons un peu le repère parce qu'elles, par exemple, vont en parler au pharmacien qui va leur vendre toutes sortes de médication qui sont pas forcément utiles et qui sont coûteuses, et qui peuvent masquer des signes, voire les soulager et les empêcher de consulter. C'est un bon moment pour leur parler aussi du cancer du sein, de les sensibiliser et de leur dire qu'après il y aura une surveillance régulièrement etc

HP : Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG7 : Ah bah moi j'ai toujours été persuadée que c'était super important de faire un THS parce que je pense, d'autant plus à l'heure actuelle que ce qui concerne l'ostéoporose part un petit peu en « vrille » car on n'a plus beaucoup de médicament...euh si vous voulez, j'ai la chance d'être vieille j'ai donc connu beaucoup de chose, on était très médicament avec THS donc relativement peu embêté par l'ostéoporose puis on a sorti les griffes « c'est dangereux, cancer etc » donc on a fait un très gros frein et puis il y a eu le traitements de l'ostéoporose donc on s'est dit, ok on les protège plus sur le plan hormonal mais sur on a quand même une protection sur l'ostéoporose, qui est quand même l'un des phénomènes qui est relativement grave dans les complications de la ménopause surtout de la ménopause précoce ; alors là tout va bien, et puis maintenant on nous retire le traitements de l'ostéoporose, on n'a plus rien à se mettre sous la dent, en tout cas en médecine générale, c'est vraiment très très léger donc qu'est ce qui se passe ? Bah nous, on est un peu pris entre les 2 et on se dit que si on les protège plus de l'ostéoporose, on se dit qu'il faut peut-être repartir sur le THS, d'autant qu'apparemment les choses commencent à être levées et on se rend compte que, on n'a pas eu tant de catastrophe que ça avec le THS et donc on peut redémarrer sans se faire trop de souci. Le problème c'est qu'il faut persuader les patientes,

parce que, elles, elles ont entendu beaucoup de choses donc elles sont assez réticentes et disent « non non, pas de médicament » et surtout chez les patientes maghrébines parce que, elles, généralement elles prennent pas la pilule et au moment du passage au THS et bien elles n'en veulent pas non plus donc il faut leur expliquer à quoi ça sert, en quoi ça peut les aider et de toute façon ça sera pas un traitement définitif quoi !

HP : Ok, donc vous cherchiez à les convaincre ?

MG7 : Oui oui, surtout sur la protection cardio vasculaire car à côté de ça, nos hormones nous protègent nous les femmes, quand on n'a plus rien, on voit quand même une augmentation de la fréquence des événements cardiovasculaires chez celle qui passait le cap de la ménopause sans traitement...

HP : Que pensez-vous du risque carcinologique lié au THM et quels en sont les conséquences sur vos prescriptions ?

MG7 : Bah le risque carcinologique je le prends en fonction des antécédents familiaux, c'est sûr que si dans la famille il y a des antécédents de cancer on est vigilant mais j'ai envie de dire qu'on a été vigilant dans la prescription de la contraception, en tant que médecin de famille on les suit depuis un moment donc au moment de la ménopause on est au courant de ce qui a pu se passer donc on est au courant du risque familial et automatiquement les mettre en garde et leur dire que si elles prennent un THS, il faut être plus vigilant dans la surveillance du cancer du sein, de l'ovaire etc..

HP : Ok, vous n'êtes pas du tout bloquée à cause de ça ?

MG7 : Ah non non !

HP : Et que pensez-vous des effets cardio-vasculaires liés au THM ?

MG7 : Bah je n'ai pas l'intime conviction que ça aggrave les choses ! Je crois plutôt que ça leur permet de passer le cap de la ménopause...euh pour moi, c'est pas un problème !

HP : Très bien. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG7 : Bah des connaissances sur le sujet...euh il y a des modes, on parle beaucoup d'un sujet et après on en parle plus. Il suffit qu'il y ait une publication dans un journal, ce qui nous avait tout fichu en l'air c'était une publication dans le lancet qui avait mis le feu aux poudres et puis euh...on a été mal vu avec nos traitements, c'est pour ça qu'on avait essayé de faire une FMC, bon finalement quand on refait le

point, on se rend compte que ça a relativement peu changé dans les traitements et la prise en charge mais ce qui a maintenant c'est que tout le monde est plus frileux

HP : A cause de ces études ?

MG7 : Oui, tout à fait !

HP : Même si elles datent d'il y a des 10 ans ? (je pense que vous parlez des études américaines de 2002 ?)

MG7 : Oui, je pense que ça a quand même beaucoup calmé les foules et d'autre part on a beaucoup relativisé et fait penser aux femmes de prendre ça comme une fatalité et autour de tout ça il y a beaucoup d'absence de connaissance de la part des patients lambda et qui fait que ça les rend frileux aussi, c'est à nous aussi de dédramatiser, à proposer de voir comment ça se passe mais je pense qu'un traitement combiné donne de bons résultats.

HP : Vous parlez de sujet à la mode : est-ce que la ménopause en est un en ce moment ?

MG7 : Non, j'ai pas l'impression, c'est plutôt les vaccins chez les jeunes filles qui sont plutôt dans les revues grand public. Car ce sont, finalement, les revues grand public qui nous gênent nous dans notre quotidien, c'est ce que les femmes ont pu lire dans un magazine ou vu à la TV, c'est ça qui peut mettre le feu aux poudres dans un sens ou dans l'autre.

HP : D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face au THM ?

MG7 : Ah bah je pense que c'est comme dans toutes les maladies : si on explique bien aux gens ce qu'on va faire, comment ça va se passer alors bien sûr, on va pas leur faire signer un papier, on n'en est pas encore là, comme dans les cliniques, je pense que si on explique bien les choses calmement, on dit qu'on fait ça pendant 3 mois, qu'on se revoit etc...je pense, qu'à la limite c'est comme la pilule etc...de toute façon toute prescription, tout acte médical c'est prendre un risque donc on le prend tout le temps mais si on a bien expliqué aux gens euh...bon après on n'est jamais à l'abri de rien !

HP : Tout à l'heure vous parliez de FMC, justement quand vous discutez avec vos confrères, quel est votre sentiment face à la prise en charge de la ménopause et notamment du THS ?

MG7 : Et bien, c'est-à-dire qu'à Roubaix il y a encore relativement beaucoup de médecins hommes donc ils sont assez frileux je pense par rapport à ce traitement parce que justement il y avait eu ce taulé, il y a 10 ans déjà ?

HP : Oui, c'était en 2002.

MG7 : Oh comme ça passe vite ! Euh il y avait eu ce taulé à ce moment-là et après ça a mis probablement mal les pendules à l'heure mais automatiquement ça a rendu les gens beaucoup plus frileux et mes confrères, je pense que c'était un petit peu ça, c'est pourquoi j'avais voulu faire cette formation, c'était fort intéressant...et c'est vrai qu'en sortant, on s'est dit bah finalement il faut faire comme on faisait avant mais c'est vrai qu'on a arrêté beaucoup par rapport à ces études et d'un point de vue cardio-vasculaire de ce fait.

HP : Et sur le plan carcinologique, vous pensez qu'ils sont... ?

MG7 : Euh non non, c'est vraiment cardio-vasculaire !

HP : D'accord, et bien merci beaucoup.

MG7 : Je vous en prie...

8ème entretien, le 6/09/2013, La Madeleine

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme .D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle?

MG8 : Oui, alors j'ai 44 ans, j'exerce ici en médecine générale en tant que médecin traitant, médecin de famille depuis plus de 12 ans, associée avec une collègue mais une patientèle bien séparée. Ici, on est en milieu urbain et j'ai pas de spécificité d'activité, c'est vraiment de la médecine générale classique.

HP : Abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, quels sont les éléments qui vous freinent?

MG8 : Alors oui, bien sûr ! J'ai été étonnée que votre sujet soit sur la réticence car pour moi, ça fait partie du suivi de la patiente, moi je n'ai pas de réticence quoi ! Après, si elles ne veulent pas m'en parler ok mais sinon ça fait partie du suivi.

HP : Considérez-vous donc que cette prise en charge soit du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG8 : Alors moi j'avoue que j'aime bien faire beaucoup de choses donc je fais de la gynéco, de la pédiatrie et pour moi la gynéco, en plus on a de moins en moins de consœur en libéral donc j'en fais de plus en plus et ça me plaît donc c'est pas un frein, euh ...pour moi, ça fait partie de la santé de la patiente, de la médecine générale. Moi j'envoie chez le gynéco quand vraiment je suis limitée et que je n'ai pas les moyens d'aller plus loin.

HP : Vous arrive-t-il d'organiser une consultation vraiment dédiée à ce problème?

MG8 : Alors j'ai des patientes qui globalement ne viennent que pour ça car elles n'ont pas d'autre problème ou de traitement particulier. Mais sinon, non, ça fait partie de la consultation générale.

HP : Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG8 : Oui, bien sûr, c'est important. C'est une étape, un cap avec des variations importantes sur les facteurs de risque donc oui, c'est important.

HP : Comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG8 : Alors moi, j'étais en plein dedans parce que j'ai démarré mes remplacements avec des collègues bien formés qui prescrivait beaucoup de THS, on avait l'espoir de la protection cardio-vasculaire, malheureusement on s'est retrouvé avec les études qui ont montrées que ça ne rapportait pas grand-chose donc c'est vrai que ça a freiné les prescriptions, beaucoup de dames ont arrêté. Maintenant avec la remontée de l'ostéoporose et les médicaments qui sont soit déremboursés soit sont controversés, ça rebascule donc c'est en pleine modification là et notre attitude, je pense qu'elle change aussi de ce fait là !

HP : Donc vous, vous en prescrivez de nouveau ?

MG8 : Oui, j'ai l'impression d'en prescrire d'avantage tout à fait.

HP : D'accord, et au niveau des bénéfices du THM ?

MG8 : Pour les patientes, au jour le jour, c'est surtout sur les problèmes cutanéomuqueux et de bouffées vasomotrices que ça joue, euh sur le recul par rapport à l'ostéoporose, j'ai pas fait de suivi bien bien précis...globalement les patientes ont du mal quand on leur dit qu'il va falloir arrêter parce qu'on arrive à des délais euh...donc je pense qu'elles se sentent bien avec. Maintenant j'ai pas fait de comparaison chez les femmes qui prenaient et celles qui prenaient pas sur le risque ostéoporotique mais je pense qu'on remonte sur la prescription à mon avis, dans mon cas en tout cas !

HP : Ok, et au niveau des risques imputés au THS, y-a-t'il quelque chose qui vous freine ?

MG8 : Bah le risque mammaire, elles sont à un âge où elles sont suivies. Si c'est moi qui fait leur suivi gynéco, je leur demande si elles font des palpations, si elles veulent que je les examine ou si elles ont leur gynéco euh voilà...donc voilà, le

risque mammaire pour moi il existe mais voilà, c'est pas une réticence sauf si il y a des antécédents et des contre-indications bien sûr.

HP : D'accord. Et pour le risque carcinologique au niveau de l'endomètre ?

MG8 : Non, c'est plus le sein qui me « titille ».

HP : D'accord. Et au niveau des effets cardio-vasculaires ?

MG8 : Bah je pense qu'il n'y en a pas. Je pense qu'elles vont mieux avec le THS au niveau tensionnel etc et puis par le fait qu'elles soient suivies car elles viennent au moins tous les 6 mois donc à mon avis, mais je peux me tromper, moi j'en vois pas, en tout cas sur mes patientes. Au contraire elles se soignent, pour moi y'a pas plus de risque cardio-vasculaire. Je suis déçue qu'il n'y ait pas de protection parce que ça, c'était quand même quelque chose qui faisait plaisir mais, euh, je vois pas plus de risque en tout cas.

HP : D'accord. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG8 : Euh, c'est limité parce que j'arrive déjà pas forcément à suivre la FMC donc c'est vrai que j'aimerais bien avoir un peu plus de formation et revoir les nouvelles connaissances justement sur les bénéfices, les associations, voir ce qu'il y a de mieux, ce qu'il y a de moins bien ...ça serait bien que je renforce le clou un petit peu oui.

HP : D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription du THM ?

MG8 : J'ai pas d'arrière-pensée...non non c'est pas quelque chose qui...j'ai encore vu la semaine dernière une patiente qui prenait un progestatif au long cours et pas le temps de voir son gynéco donc je lui ai dit qu'on allait voir où elle en était au niveau hormonal, bon elle était ménopausée donc je l'ai passée au THS sans poser de questions derrière.

HP : d'accord. Effectivement, vous n'êtes pas du tout réticente au THM ?

MG8 : Non, non pas du tout ! Surtout quand elles viennent en me disant Docteur, j'ai plus rien, je vais pas bien, je dors plus, je sue etc je ne vois pas pourquoi je vais pas les soulager !

HP : Est-ce que vous cherchiez à convaincre une patiente qui justement, elle, serait plutôt réticence parce qu'elle a entendu des choses par les médias ou autres ?

MG8 : Alors après ça dépend comment est la demande : si elle va bien, qu'il n'a y pas de facteur de risque ostéoporotique derrière, qu'elle a une activité physique, qu'elle a une bonne alimentation calcique etc...étant donné ces choses-là et au vu

du rapport bénéfice-risque, je vais pas lui imposer un traitement car apparemment cette dame elle aura plus de risque dans ce cas-là donc non, par contre si elle vient pour m'en parler alors oui, je lui explique mon fondement voilà !

HP : Très bien. Alors aviez-vous entendu parler des polémiques avec les études américaines, la WHI notamment et y-a-t'il eu des conséquences que vos prescriptions ?

MG8 : Alors le nom me dit rien mais oui, les polémiques nous c'est tous les jours, aujourd'hui on crie sur les statines euh voilà, si on les écoutait vraiment, ça ferait longtemps qu'on aurait dévissé notre plaque ! Parfois, c'est fatigant donc oui j'écoute mais j'essaye d'être plutôt scientifique que médiatique quoi !

HP : D'accord...euh puisque vous êtes plutôt partisane du THS, je n'ai pas plus de question...

MG8 : Oui, je suis désolée, euh quand vous m'avez dit réticence euh, je trouve ça un peu dommage surtout que moi dans mon activité et quand j'ai commencé, pour les médecins que j'ai remplacé, c'était vraiment un cheval de bataille, les patientes venaient, elles étaient étonnées car je ne connaissais pas les doses etc... donc je me dis que c'est bizarre car on arrive dans cette tranche d'âge-là donc est ce que c'est parce qu'on n'a plus de formation, c'est vrai qu'à l'époque c'était des gens qui avaient des CES, à l'époque c'était des CES, de gynéco mais je trouve ça dommage ! J'ai l'impression qu'on fait machine arrière ! Il y a aussi, chez les jeunes installés, la protection du parapluie : je pense qu'on prescrit moins de chose qu'avant et que c'est couteux, c'est chronophage d'expliquer aux gens, je comprends que nos jeunes confrères ils n'ont pas forcément envie...euh après je sais pas comment est la formation à la fac, nous on n'en avait pas, après le stage chez le prat permet ça quand même mais ça dépend aussi de la philosophie personnelle.

HP : Oui, parce qu'il existe des différences de philosophie effectivement

MG8 : Oui, pourtant comme je vous disais j'ai remplacé que des hommes qui n'avaient aucun problème avec la pratique de la gynécologie ! C'est bizarre qu'aujourd'hui, on en soit encore là avec la parité etc...mais bon je vois ds leur discours parfois, rien qu'avec la vaccination antiHPV, que comme ils pensent négativement, c'est sûr qu'ils n'informent pas leurs patientes !

9ème entretien, le 6/09/2013, Tourcoing

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents aujourd'hui, à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG9 : Alors j'ai 67 ans, j'ai beaucoup de maghrébines...euh bah c'est Tourcoing quoi donc c'est du tout-venant. En général c'est une clientèle qui n'est pas très riche quoi, à part quelques exceptions donc y'en a qui vont voir le gynéco d'autres qui n'y vont pas ! Personnellement je suis très partisane du THM, quand je vois quelqu'un qui est complètement bloqué, j'essaye de la débloquent et de savoir pourquoi ils n'en veulent pas...c'est souvent parce qu'ils ont entendu dire des choses à la TV ou à la radio notamment avec les histoires qu'il y a eu à une époque donc voilà, personnellement j'ai pris un traitement dont j'ai été très contente : ah ça change la vie, totalement ! Et donc je les incite à prendre un traitement ! S'il y a beaucoup de bouffées de chaleur, je ne mets pas de patch même si c'est la forme la plus facile et pratique mais pour démarrer, je mets toujours des comprimés bah parce que les patchs ne tiennent pas tout simplement quand elles ont des bouffées de chaleur. Quelquefois je fais par crème aussi, enfin tout est possible !

HP : Donc vous, vous êtes convaincues et prenez en charge de ce fait ?

MG9 : Ah oui, dès les 1ers signes, je leur en parle et aux consultations suivantes je leur en parle encore, mais il y a quand même beaucoup de femmes qui n'en veulent pas.

HP : Est-ce que vous considérez qu'il s'agit du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG9 : Ah oui, bien sûr. Parce que les gynécos, finalement, ils n'en prescrivent pas tellement je trouve ! C'est rare de voir une dame qui me dit « ah mon gynéco m'a donné ça » ou alors il a donné ça et ça marche pas donc nous on modifie !

HP : « ça » c'était pas le THS ?

MG9 : parfois seulement!

HP : D'accord ! Alors que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du THM ?

MG9 : De toute façon, elles viennent me dire qu'elles sont contentes sur les bouffées de chaleur etc, et c'est ce qui les motive le plus ! Après l'ostéoporose, pour elle ça paraît lointain donc elles ne font pas trop le lien quand même mais c'est surtout pour elles, les bouffées de chaleur et si elles acceptent, c'est à cause de ça !

HP : Et vous, ce qui vous motive dans la prescription ?

MG9 : C'est le bénéfice à long terme et surtout l'ostéoporose.

HP : Et d'un point de vue risque éventuellement attribuable au THM ?

MG9 : Moi j'y crois pas car au contraire, elles sont mieux suivies, on va les voir plus souvent donc si on découvre des cancers c'est parce qu'on les a cherché ! Je pense à une dame que j'ai suivie toute sa vie pour sa contraception et au moment de la ménopause je ne l'ai plus vue donc je suppose qu'elle n'a pas pris de traitement et cette femme-là, je suis persuadée qu'elle ne fait jamais de mammo par exemple ! Le risque est même plus important chez la personne qui ne prend rien, je crois !

HP : D'accord ! Et que pensez-vous de la réticence de certains médecins généralistes dans cette prise en charge ?

MG9 : Bah les hommes ils n'y connaissent rien ! Non mais ils peuvent pas prescrire car ils savent pas ce que c'est...euh je pense que quelqu'un qui va parler des bouffées de chaleur à un homme, il va pas comprendre ce que c'est et l'irritabilité, la tension qui augmente etc...ils vont pas comprendre, bon y'en a si mais beaucoup s'en foutent !

HP : Donc ils n'ont pas la même sensibilité face à ça ?

MG9 : Non ! Je crois qu'en plus il y en a qui sont contres ! Moi j'ai une amie qui est homéopathe et est tout à fait contre le traitement, tout à fait !

HP : En tant que femme ?

MG9 : Oui, mais je pense qu'elle a été mal formée ! Parce que finalement il n'y a pas beaucoup de femme qui prennent le traitement, on a eu une formation cette année et y'avait même des femmes gynécos qui n'en prenaient pas !

HP : Et en dehors du manque de formation ?

MG9 : Les craintes aussi, je crois qu'elles ont peur du cancer !

HP : Du sein ?

MG9 : Oui

HP : Et d'un point de vue cardio-vasculaire ?

MG9 : Bah elles n'en ont pas bien conscience ! De toute façon vous dites à quelqu'un d'arrêter de fumer parce qu'il a une artérite, pff, il le fait pas forcément

HP : Ok, euh...que pensez-vous, vous, de vos connaissances actuelles sur le THS ?

MG9 : Bah je pense qu'il n'y a pas tellement de choses à savoir quoi. C'est l'expérience qui montre, après oui, j'ai lu pas mal de choses à un moment mais depuis 5 ans j'ai rien lu ! Bon il faut éliminer les contre-indications et c'est dommage quand les femmes ont des contre-indications d'ailleurs !

HP : D'accord, et encore par rapport aux collègues un peu réticents, le fait de devoir expliquer longuement par rapport à toutes les polémiques, pensez-vous que la durée de la consultation soit un frein ?

MG9 : J'en sais rien, moi je passe beaucoup de temps à mon cabinet et oui, c'est certain que ça prend du temps !

HP : Et d'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG9 : J'y pense pas !

HP : Ok, bon puisque vous êtes convaincues par le THS, d'ailleurs est ce que c'est votre expérience personnelle qui vous a convaincu ?

MG9 : Non déjà avant, avant oui j'étais déjà partisante !

HP : Ok, et les polémiques qui ont eu lieu à une certaine époque ne vous ont pas affectées ?

MG9 : Bah les gens en ont parlé mais quand on leur explique, ils doivent nous croire quand même ! Donc moi ça n'a rien changé mais ce qui est certain c'est que les gens, d'une façon générale, sont plus réticents face aux prescriptions, pour tout ! Même s'il y a des médicaments nettement plus dangereux que ça d'ailleurs !

10ème entretien, le 16/09/2013, Tourcoing

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois réticents aujourd'hui, à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG10 : Alors A..., médecin généraliste installée ici depuis 2008, 33 ans et j'exerce dans un cabinet de groupe, à temps partiel, avec une patientèle tout-venant mais essentiellement composée de femmes et d'enfants avec une spécificité en faisant de la gynéco médicale.

HP : D'accord. Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, pourquoi ?

MG10 : Donc oui, j'aborde spontanément la question, en général c'est souvent la patiente qui se plaint des effets de la ménopause et bien évidemment surtout, les bouffées de chaleur et puis après l'irritabilité, parfois les troubles de la libido euh...voilà, non je suis pas gênée par rapport à ça, c'est vrai que j'ai une patientèle plutôt jeune donc j'ai peut-être moins de demande que ce qu'on pourrait accorder à une patientèle de médecin généraliste.

HP : D'accord. Considérez-vous qu'il s'agisse là du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG10 : Non, pas particulièrement. Je pense que c'est complètement réalisable en médecine de ville.

HP : Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG10 : Je pense que c'est bien de l'avoir évoqué avec la femme avant que ça arrive, d'expliquer les symptômes qui peuvent apparaître à cette période-là afin qu'elle ne s'alerte pas, après tout dépend du niveau social de la patiente, euh oui, je

pense que c'est bien de l'avoir abordé ! Après déjà dans le suivi de la contraception on l'aborde ce problème, parce que justement elle se demande jusque quand elle va devoir prendre la contraception, un âge standard est évoqué et puis voilà.

HP : Que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du THM ?

MG10 : Alors on a 2 types de patientes donc euh moi-même je suis pas du tout opposée au THS, euh peut-être du fait de mon âge et parce que j'ai été formée sur la question ! Maintenant beaucoup de médecins ont entendu critiquer le THS par rapport aux études américaines et je pense que beaucoup sont restés là-dessus et n'ont pas forcément eu cette formation vis-à-vis de nos traitements actuels français et également toute la prévention mise en place autour, que ce soit par le médecin généraliste, gynécologue euh, voilà aujourd'hui en France on est quand même beaucoup dans la prévention et on fait attention à mettre ce traitement aux personnes qui peuvent avoir ce type de traitement et également, on a des traitements qui ne relèvent pas du tout des résultats constatés dans les études américaines donc je suis pas opposée au traitement !

HP : ok, et concernant les avantages du traitement ?

MG10 : Bah à partir du moment où c'est bien encadré bah pas d'effet secondaire, diminution du risque d'ostéoporose, des bouffées de chaleur, de l'irritabilité donc oui, cardio-vasculaire oui. Il y a des avantages c'est sûr ! Après je remarque que les femmes qui ont eu un traitement, ont du mal à l'arrêter ; on est censé l'arrêter au bout de 5 ans, enfin on dit qu'au bout de 5 ans le risque est le même que toute femme non traitée vis-à-vis des cancers oestrogénodépendants mais ce n'est pas toujours facile de l'arrêter au bout de 5 ans avec parfois des cas un peu rebelle qui l'ont depuis 10 ans. Après nous, en tant que médecin généraliste, on n'est pas du tout visité par les délégués médicaux, les représentants de labo et ça c'est un frein, car on n'est pas mis au courant !

HP : D'accord ! Et justement, que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG10 : Ah bah moi, je sais mettre en place un traitement mais je suis limitée par le panel de médicament que je peux mettre en place parce que je suis pas du tout au courant des traitements qu'on mettait, je sais pas si ça se fait encore comme Livial, je sais pas si y'a du pour ou du contre parce qu'on n'est pas démarché ! Je pense que les gynécos, eux, sont démarchés là-dessus !

HP : Donc vous pensez que l'industrie pharmaceutique considère que cette prise en charge relève du domaine du gynécologue quasiment?

MG10 : Disons que l'économie pharmaceutique est telle que, maintenant le laboratoire fait son lancement, est présent quelques années sur un médicament et puis après le médicament tombe dans le domaine public donc il a plus intérêt à investir dans des délégués médicaux qui vont présenter le médicament...en plus s'il est génériqué, voilà il n'est plus présenté. Après concernant les traitements de la ménopause, comme je ne suis pas démarchée, je n'en sais rien. Donc j'estime aussi que oui, les labos, s'ils démarchent encore, ils estiment oui que c'est du domaine du gynécologue, vu qu'on n'est pas démarché !

HP : D'accord. Que pensez-vous du risque carcinologique lié au THM ?

MG10 : Bah je fais attention, je préviens la patiente : c'est un traitement qu'on met en place ensemble et la patiente est mise au courant d'éventuel risque mais j'explique bien, dans les cas où il n'y a pas d'antécédents familiaux et à partir du moment où la patiente est surveillée de toute façon les études ont montré que les risques étaient les mêmes.

HP : Ok, donc à priori vous aviez entendu parler des polémiques causées par les grandes études américaines en 2002, est-ce que ça a eu des conséquences sur vos perceptions ?

MG10 : La polémique oui, maintenant on essaie de rassurer les médecins face à ça et les patientes qui ont pu arrêter brutalement le traitement donc mes perceptions, non car j'ai baigné dans le fait que le traitement n'était pas dangereux !

HP : Très bien, et d'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG10 : Pas de souci particulier car à partir du moment où on explique à la patiente, elle prend sa décision en connaissance de cause ! Le patient, il faut l'éduquer, le responsabiliser.

HP : Ok, dernière question : est-ce que la possible réticence des patientes vous empêche de prescrire un THM ?

MG10 : Bah j'essaie de convaincre, maintenant de toutes les manières, je ne propose le traitement que si la patiente se plaint d'effet secondaire. J'aborde pas forcément la question, comme je le disais au départ, quand elles l'évoquent pas, après je dis pas que c'est forcément bien mais après je ne mettrai pas toutes mes

patientes sous THM mais quand il y a des effets secondaires, oui, je le mets donc pas de résistance.

HP : Tout à l'heure, vous disiez que vous ne l'abordiez pas si la patiente elle-même ne l'évoquait pas, pourquoi ? Est-ce parce que vous pensez au traitement seul des symptômes ?

MG10 : En fait oui, j'estime qu'à partir du moment, d'un point de vue médical, où les désagréments sont pas plus gênants que ça, non j'insiste pas.

11ème entretien, le 18/09/2013, Tourcoing

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG11 : Alors Dr M..., à Tourcoing, j'ai 29 ans. Alors là ça va faire 9 mois que je suis installée avec une patientèle qui s'est créée progressivement...euh j'ai un DU de gynéco mais je fais pas encore tellement d'acte de gynécologie. J'ai une patientèle assez jeune globalement et beaucoup de femmes.

HP : Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, quels sont les éléments qui vous freinent ?

MG11 : Spontanément j'y pense peut-être pas facilement...sauf si je parle de contraception et qu'elles approchent l'âge de la ménopause là oui...et je pense pas qu'il y ait quelque chose qui me bloque particulièrement.

HP : Cette prise en charge est-elle, selon vous, du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG11 : Bah oui !

HP : Est-ce que vous pensez que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG11 : Bah parfois !

HP : Ok...comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG11 : Alors euh, avec le DU de gynéco on a été rassuré là-dessus : sur les risques de cancer du sein, de l'endomètre etc...euh oui, ça peut être bénéfique si vraiment il y a une symptomatologie bruyante. Après il y a la prévention de l'ostéoporose, du risque cardio-vasculaire quand ça survient tôt...

HP : Et au niveau des risques imputés au THM ?

MG11 : Bah il faut limiter la prescription à peu près à 5 ans, à moins vraiment d'une absolue nécessité, l'accord de la patiente etc...le risque finalement n'est pas tellement majoré si on élimine les contre-indications

HP : Là, vous parlez de quel risque ?

MG11 : bah que ce soit cancer du sein, de l'endomètre...

HP : Et d'un point de vu cardio-vasculaire ?

MG11 : Bah si y'a pas eu de traitement et que la ménopause est installée depuis un moment, c'est pas conseillé de mettre un traitement, par contre s'il est mis tôt, c'est plutôt bénéfique.

HP : D'accord. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG11 : peut-être pas suffisantes...quoique je sors du DU il y a pas si longtemps où ils nous ont quand même donné pas mal d'information mais ça fait quelques temps que je n'ai pas vu de mise à jour...

HP : Peut-être pas beaucoup de pratique là-dessus encore ?

MG11 : Bah c'est vrai que j'ai pas eu tellement...enfin, je me souviens pas en avoir prescrit, peut-être parce que j'y pense pas trop ou peut-être parce que j'ai pas tant de patiente concernée...je suis pas sûre !

HP : Et le fait de pas trop y penser, c'est à cause de quoi selon vous ?

MG11 : Bah voilà si une femme me dit qu'elle a des bouffées de chaleur, bien sûr que je vais y penser après euh, spontanément oui, je vais pas forcément y penser, surtout si c'est une consultation qui n'a rien à voir, je pense pas que je vais forcément y penser.

HP : D'accord. Est-ce que les polémiques causées par certaines études jouent sur vos représentations ?

MG11 : Non, pas particulièrement.

HP : d'accord. Et d'un point de vu médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG11 : Je suis pas inquiète.

HP : ok, est ce que la possible réticence des patientes vous freine dans le fait d'instaurer un THM ?

MG11 : bah j'y pensais justement, enfin je me rappelle pas qu'une patiente m'en ait parlé, je vous dis j'en n'ai pas fait tant que ça. J'ai pas l'impression que les patientes que j'ai soient très au courant de tout ça

HP : D'accord, je vois que vous êtes convaincue par le traitement, vous chercheriez à convaincre vos patientes aussi ?

MG11 : Oui et oui !

12ème entretien, le 20/09/2013, Tourcoing

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG12 : Alors j'ai 50 ans, en plein dans l'âge, je fais de la médecine générale exclusive avec une patientèle très variée, de 0 à 100 ans, hommes et femmes.

HP : Alors, abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, quels sont les éléments qui vous freinent ?

MG12 : Alors en général, j'aborde pas le sujet moi-même...euh s'il n'y a pas de plainte de la part des femmes, j'aborde pas, maintenant si y'a une plainte, oui, on aborde le sujet.

HP : D'accord, mais peut-être que certaines patientes n'osent pas en parler spontanément et attendent que vous lanciez le sujet non ?

MG12 : Bah il y a beaucoup de ménopause qui se passent bien, qui posent pas de problème donc je vois pas pourquoi on en parlerait...on est généraliste, on n'est pas gynécologue.

HP : Considérez-vous alors que ce soit du domaine spécialisé du gynécologue ou du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG12 : Ca entre dans le champ de compétence du médecin généraliste, oui tout à fait.

HP : Très bien, est-ce que la durée dédiée à ce motif de consultation vous gêne ?

MG12 : Alors oui...euh parce qu'en général, elles ne viennent pas que pour ça donc c'est toujours en fin de consultation, un motif qui se surajoute alors qu'on a déjà passé beaucoup de temps avec les femmes donc quand on nous pose la question

en dernier et qu'on n'a pas le temps qu'on voudrait, oui là c'est gênant, on aimerait bien passer du temps sur ce sujet-là ! Quand on a le temps, on le prend, quand on l'a pas, c'est un petit peu problématique.

HP : Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doit nécessiter une prise en charge médicale ?

MG12 : Euh c'est pas obligatoire du tout : les femmes chez qui ça se passe très bien, je vais pas leur mettre de traitement, par contre les femmes qui sont en demande, je suis tout à fait favorable au traitement.

HP : Très bien. Comment considérez-vous le rapport bénéfice/risque du THM ?

MG12 : En tant que femme, je ne peux qu'être favorable à un traitement, bon on a quand même du recul : moi ça fait plus de 20 ans que je suis installée donc avant les traitements de la ménopause étaient donnés quasiment systématiquement et on voyait l'effet, euh beaucoup de bénéfices. Après il y a eu un petit peu un retour en arrière avec les études qui sont sorties aux Etats-Unis qui ont largement changées les choses, euh c'était quelque chose que j'ai pas compris : je me suis dit pourquoi on revient autant en arrière mais j'étais pas opposée à continuer.

HP : D'accord, donc vous continuez vos prises en charges par THM ?

MG12 : Alors les femmes qui ont voulu arrêter, c'est tout : on suit l'avis des patientes, on va pas s'opposer à leur volonté...mais maintenant on revient, on en prescrit plus donc-moi si on me demande si y'a des problèmes je dis non non, au contraire, c'est bénéfique.

HP : D'accord. Et par rapport au risque carcinologique imputé au THM, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG12 : Je pense qu'une femme bien suivie avec mammographie régulière, y'a pas de problème ! Après moi, je leur annonce toujours le risque de cancer du sein, elles le savent après elles prennent le risque ou pas mais maintenant le dosage hormonal est assez diminué par rapport à avant...

HP : Ok et d'un point de vu cardio-vasculaire ?

MG12 : D'après ce que j'ai lu c'est bénéfique sur le plan cardio-vasculaire...enfin si j'ai bien retenu

HP : Oui, justement que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet du THM ?

MG12 : ça va, je pense que c'est suffisant !

HP : Et d'un point de vu médico-légal, comment vous sentez-vous par rapport à sa prescription ?

MG12 : Médico-légal ?

HP : Oui, la possibilité d'avoir des retours, des plaintes de patientes consécutives à cette prescription ?

MG12 : non non...et puis le risque 0 n'existe pas quelle que soit la maladie, à partir du moment où elles sont prévenues ça va !

HP : D'accord. La possible réticence des patientes vous freine-t-elle dans la prescription du THM ?

MG12 : Bah quelqu'un qui ne veut pas, je vais pas forcer non non ! Justement si on force quelqu'un et qu'après y'a un souci, c'est là qu'on aura une plainte. Voilà quelqu'un qui vit bien sa ménopause et qui n'a pas de besoin réel, on va pas forcer, là c'est vraiment de la médecine générale c'est comme n'importe quel traitement, y'en a qui sont vraiment indispensables, on a déjà du mal à convaincre les gens de prendre un traitement donc si c'est pas de l'indispensable, on va pas forcer.

HP : Ok, euh en fait puisque vous êtes convaincue, je n'ai plus de question : je vise surtout les obstacles à la prise en charge

MG12 : Oui, ce qui a gêné beaucoup c'est les polémiques américaines qui ont forcément diminuées les prescriptions, moi j'ai trouvé ça dommage à l'époque...parce qu'en suivant bien, ça va et l'espérance de vie des femmes est suffisamment longue pour ne pas s'en priver.

HP : Mais il y a encore pas mal de réticence

MG12 : Peut-être plutôt chez les hommes car oui, ils ne vivent pas les mêmes choses ...moi j'ai pas encore testé mais je me dis que le jour où il faudra prendre un traitement, oui sans hésiter !

13ème entretien, le 02/10/2013, Armentières

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG13 : Alors j'ai 45 ans, je suis médecin généraliste, je travaille en collaboration avec ma femme qui fait beaucoup plus de gynéco que moi. Je suis installé depuis 99 donc ça fait 14 ans.

HP : Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné ? Sinon qu'est-ce qui vous freine ?

MG13 : Spontanément non ; c'est souvent les patientes qui se plaignent des troubles climatiques au moment de la ménopause mais sinon non.

HP : Y'a-t'il quelque chose qui vous en empêche ?

MG13 : Qui m'empêche non : c'est la prescription des THS qui pose problème avec les publications qui avaient eu lieu il y a 5-6 ans si je ne me trompe, qui avaient mis un frein aux prescriptions car les gynécologues d'Armentières avaient arrêté toutes leurs prescriptions. J'avais beaucoup de patientes qui avaient un THS et que nous, on renouvelait et les gynécos ont tout arrêté, maintenant y'en a quasiment plus, je crois que dans ma patientèle il doit en rester une ou 2 grand maximum qui doivent avoir un THS alors que ce sont des femmes suivies par des gynécologues donc les gynécologues restent quand même frileux dans la prescription de ce type de traitement...

HP : D'accord, et vous ?

MG13 : Bah moi, c'est vrai qu'on prend l'habitude, vous verrez quand vous serez installée, l'habitude de prescription des spécialistes avec lesquels on travaille

donc si on voit les spécialistes qui ne prescrivent pas ce type de produits euh...on a un peu de méfiance et donc spontanément je n'en prescris pas !

HP : D'accord, et votre méfiance c'est par rapport à ?

MG13 : Suite à cette étude qui montre un risque cardio-vasculaire alors après je sais plus mais c'est vrai que depuis on n'en prescrit plus mais en même temps, je vous l'ai dit, je ne m'investis pas énormément dedans.

HP : D'accord ! C'est la gynéco en fait qui ne vous intéresse pas ?

MG13 : Bah ma femme étant associée avec moi, les femmes préfèrent généralement faire de la gynéco avec une femme donc au début j'en faisais car ma femme s'est installée 3 ans après moi, quand elle s'est installée, elle avait pas beaucoup de patiente donc quand il y avait de la gynéco elle était tout à fait d'accord pour le faire, elle avait fait de la gynéco pendant son externat et puis petit à petit ça s'est organisé comme ça : je sais pas les femmes, maintenant quand il y a de la gynéco à faire, elles prennent rdv avec ma femme et depuis que j'en ai plus fait, je me sens plus du tout à l'aise pour en faire...même sur les pilules etc, ça devient moins pratique, on n'est pas à l'aise ; c'est compliqué.

HP : D'accord. Donc considérez-vous qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG13 : Suite à ces études, euh...oui ! J'aurai du mal aujourd'hui, à introduire un THS ! Je prendrai l'avis d'un spécialiste, après je me suis pas ré intéressé, euh si il y a eu des nouvelles publications qui ont contredit cette étude américaine qui avait ensuite aboutit aux modifications thérapeutiques en France mais je pense pas qu'il y ait beaucoup de publications car j'en vois toujours pas passé ! Alors je sais pas si dans les autres coins, si c'est pareil qu'ici mais ici c'est vraiment devenu une exception le THS.

HP : Parce que vous pensez qu'il y a d'abord une réticence de la part des spécialistes gynéco ?

MG13 : Oui ! Oui, parce que toutes les patientes qui en avaient et qui venaient le renouveler, parce que souvent les gynécos les voyaient 1/an voire 1 fois tous les 2 ans, font une prescription en général pour 6 mois et nous on renouvèle et toutes les femmes qui avaient un traitement ont dû arrêter.

HP : Et même maintenant, à distance de ces études-là ? Aucune modification des prises en charge ?

MG13 : Oui, comme je vous dis je n'ai plus de patiente sauf une qui a des bouffées de chaleur très invalidantes mais c'est la seule qui a encore le traitement, c'est tout !

HP : D'accord. Pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale, d'une façon générale ?

MG13 : Bah ça dépend comment elle le vit...on l'accompagne dans cette étape ! Obligatoirement, comme il y a une modification des menstruations etc, on en parle forcément et c'est l'âge où on commence à faire des mammos donc c'est une étape où obligatoirement le sujet est évoqué, après pour aboutir à une médicalisation thérapeutique...euh non, pas obligatoirement mais la discussion sur le sujet oui, qui n'aboutit pas forcément à une prescription mais il est certain que ça modifie...enfin dès la quarantaine on commence déjà à modifier la prise en charge de la contraception, à préparer un peu le terrain, après ça se fait progressivement aussi !

HP : D'accord, alors comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG13 : Bah plus de risque que de bénéfice...on a plus l'impression euh, auparavant quand j'étais étudiant on nous disait que c'était pour préserver du risque cardio-vasculaire, le risque ostéoporotique de la femme avec ces traitements, qu'il fallait le prolonger le plus longtemps possible, le temps que la femme pouvait l'accepter...euh quand on vous rabat ça pendant des années et des années et que, d'un seul coup, on vous dit que c'est pas ça et que finalement il y a un risque cardio-vasculaire, bah ça remet en cause beaucoup de choses, de ce que vous aviez intégré donc du coup, le bénéfice maintenant on le voit plus dans le traitement du syndrome climatérique et ça me paraît un peu...euh des bouffées de chaleur vraiment invalidantes, il y en a quand même peu finalement ou alors quand c'est vraiment invalidant elles en parlent aux gynécos, en tout cas c'est pas aussi prononcé que ça ! Quand on parle des risques aux patientes, elles sont aussi réticentes et acceptent plus les effets de la ménopause par rapport aux effets indésirables de la médication !

HP : D'accord ! Et voyez-vous d'autres bénéfices tout de même ?

MG13 : euh...certainement sur l'ostéoporose, là on n'est pas revenu en arrière ! C'est la préservation du risque cardio-vasculaire là qui était remis en cause.

HP : Et au niveau du risque carcinologique imputé au THS, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG13 : Bah ça je sais pas si ça a réellement été confirmé ou pas, c'était en effet quelque chose qui avait été évoqué également oui mais c'était des études américaines qui n'utilisaient pas les mêmes molécules que chez nous donc je sais pas si y'a des études françaises qui ont été faites sur le sujet et qui aboutissent à la même conclusion...le risque carcinologique, c'est un risque oui qui avait été évoqué, on l'a jamais euh...maintenant je sais que c'est limité à 5 ans donc je sais pas si cet effet a été confirmé en France !

HP : Ce n'est pas ce qui vous bloque particulièrement donc, vous êtes plutôt axé sur le risque cardio-vasculaire à priori ?

MG13 : Non, j'en parle aussi car c'est aussi le moment où on évoque le début du dépistage du cancer du sein tout en sachant que c'est un sujet qu'on aborde et encore je vous disais moi j'en prescris plus tellement !

HP : Qu'est-ce que vous pensez de vos connaissances sur le THM ?

HP : Euh ça fait une éternité que je n'en ai plus prescrit, que je renouvèle plus du coup comme je ne vois plus de traitement passé, je ne m'y intéresse plus, je me suis arrêté là et j'ai pas vu, enfin je sais pas si il y a eu d'autres études...à ma connaissance, non, c'est pas actualisé !

HP : D'accord ! Et d'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG13 : Bah comme je suis jamais l'initiateur de la prescription et comme j'en ai très très peu...euh après lorsqu'on prescrit ce traitement on est toujours, on précise les effets indésirables possibles donc c'est devenu en dehors du THS, la contraception à partir de la quarantaine avec le tabagisme etc, on évoque les effets indésirables...alors peut-être que pour le THS, elles sont plus attentives mais pour la contraception c'est vraiment très compliqué ! Quand elles ont l'habitude de leur pilule oestroprogestative, c'est compliqué de modifier les habitudes de contraception, on a beau les informer mais bon le THS, c'est un peu différent mais on les informe toujours donc je n'ai pas trop de crainte sur le retour.

HP : D'accord ! Et au niveau de l'ostéoporose maintenant que le THM n'est plus indiqué en 1ère intention, avez-vous des modifications ?

MG13 : Bah là c'est compliqué parce qu'en fait, tout ce qui est en terme de prévention on voit jamais le bénéfice donc il aurait fallu faire des études comparatives : euh on voit des femmes ostéoporotiques mais est-ce qu'elles auraient

été moins ostéoporotiques si elles avaient pris le traitement euh...j'en sais rien ! Dans notre pratique quotidienne, c'est impossible à voir !

HP : Et vous, au niveau déjà de votre patientèle : pas d'augmentation de la prévalence de l'ostéoporose et de ses complications ?

MG13 : Bah on en voit beaucoup, beaucoup même mais en même temps l'espérance de vie, euh quand on arrive à 90 ans, je ne suis pas sûr qu'avec un THS il n'y ait pas d'ostéoporose à 90 ans et puis même quand elles ont 90 ans, elles ont eu leur ménopause dans les années 80 et à cette époque-là on utilisait le THS donc je sais pas si il y a eu une augmentation de l'ostéoporose ! Et maintenant il y a des traitements de l'ostéoporose !

HP : OK, donc une patiente avec un syndrome climatérique important et qui vient chercher des informations par rapport au THM, vous n'allez pas chercher à la convaincre de l'utilité du THS ?

MG13 : Je n'en ferai pas l'induction, je lui conseillerai d'aller voir le gynécologue systématiquement ! Etre le 1er prescripteur non...à cause des risques et parce que j'ai perdu l'habitude, je serai incapable de prescrire un THS mais je suis pas sûr que les gynécologues le prescrirait systématiquement...en dehors de la prise en charge du syndrome climatérique, je pense pas que les gynécologues le prescrivent et actuellement les effets indésirables l'emportent aussi bien chez les généralistes que chez les gynécologues. Ce serait intéressant d'avoir l'avis des gynécologues...après elles ont peut-être des prescriptions sans m'en informer mais je pense pas ! Les risques potentiels sont pour moi beaucoup plus graves que les bénéfices attendus...les gynécologues se disent aussi qu'il vaut mieux traiter l'ostéoporose secondairement que de donner un cancer du sein !

HP : Bon...et bien merci de m'avoir accordé du temps !

14ème entretien, le 08/10/2013, Armentières

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG14 : Alors je suis le Dr..., je travaille en cabinet individuel, j'ai 53 ans, je suis installé depuis 1989 en tant que médecin généraliste.

HP : Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, y-a-t'il quelque chose qui vous en empêche ?

MG14 : Non, tout à fait , ça fait partie de l'interrogatoire, en particulier la date des dernières règles, c'est quelque chose d'important dans tout interrogatoire de femme et donc quand la femme a des problèmes de règles soit sous forme d'oligospantioménorrhée ou spanioménorrhée prolongée à partir d'un certain âge qu'on évalue entre 45 et 55 ans, on peut s'imaginer qu'il y a la ménopause donc partant de la date des dernières règles ou de l'éventuelle absence des dernières règles, on pose la question sur les bouffées de chaleur, les effets secondaires, les troubles que pourraient présenter la dame et à ce moment-là on discute du diagnostic de ménopause. En général ce sont quand même les femmes qui sont suivies régulièrement qui sont intéressées par le THM et donc c'est un sujet assez facile à discuter !

HP : D'accord, donc pensez-vous que cette étape doit nécessiter une prise en charge médicale ?

MG14 : Alors il y a 10-15 ans on aurait dit oui tout de suite parce qu'on faisait un THS systématique chez toutes les femmes ménopausées mais il y a une étude américaine qui a prouvé, avec une levée de boucliers de certains citoyens contre le THS systématique, une augmentation de la fréquence des cancers et aussi des

maladies thrombo-emboliques et donc on a remis en question le THS et puis maintenant c'est au cas par cas. La plupart de temps, les femmes n'ont pas de THS, dans 90% des cas probablement et puis c'est un traitement qu'on réserve aux femmes qui ont essentiellement des symptômes gênants en particulier les bouffées de chaleur qui peuvent être très invalidantes.

HP : Justement, que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du THM ?

MG14 : Alors euh, comme tout traitement, il faut poser le pour et le contre, les femmes qui sont vraiment gênées par leur ménopause en particulier les bouffées de chaleur il faut donner un traitement, après on fait une surveillance peut-être un peu plus importante que les femmes qui n'ont pas de traitement hormonal mais après quand c'est nécessaire, j'ai pas d'arrière-pensée sur la mise en route du traitement hormonal en surveillant évidemment les seins, l'utérus et les problèmes thrombo-emboliques. On a toujours en arrière-pensée les complications qu'il peut y avoir mais globalement il y en a quand même peu, enfin sur l'ensemble de personnes traitées, le pourcentage de complication est quand même assez faible.

HP : Cette prise en charge, selon vous, fait donc partie du champ de compétence du généraliste ?

MG14 : Non, c'est vrai que les jeunes femmes ou les jeunes filles des générations récentes sont souvent suivies par un gynécologue donc de ce côté-là, elles sont prises en charge par un spécialiste gynécologue mais les femmes un peu plus âgées, de la cinquantaine, sont pas forcément suivies par un gynécologue ou il y a une réticence vis-à-vis de ce suivi donc ça c'est plus de notre ressort. En tout cas, c'est une question que je pose à toutes les femmes ménopausées pour qu'on les prenne en charge si besoin mais ce n'est plus systématique, loin de là.

HP : D'accord, vous, vous en prescrivez encore ?

MG14 : Bien sur : j'initie des THS ou je renouvèle des THS mais je n'ai aucune arrière-pensée ni crainte particulière en sachant qu'elles sont un peu plus suivies qu'une femme sans traitement.

HP : D'accord, donc au niveau carcinologique

MG14 : Cancer du sein, en principe les femmes à partir de 50 ans ont une mammo tous les 2 ans et au niveau utérin, on se méfie des saignements qui pourraient réapparaître ou des saignements en cours de traitement à la recherche d'une complication de l'endomètre...à l'époque où je donnais un traitement substitutif systématique, à part les problèmes de phlébite qui était quand même relativement

fréquent, j'ai eu aucune autre complication à signaler. Par contre, je notais déjà à l'époque, l'augmentation des phlébites : je trouvais que les femmes qui étaient sous THS avaient quand même beaucoup plus de phlébites et ça je l'avais déjà noté avant que ce soit interdit et donc j'avais déjà l'attention portée là-dessus, par contre sur les cancers non j'ai rien vu de particulier. Mais on sait que les femmes qui ont un THS sont globalement beaucoup mieux suivies que les autres donc elles ont systématiquement mammos, éventuellement hystéro et donc les femmes qui ont un THS sont en général beaucoup mieux suivies et ça permet de déceler des maladies qu'on n'aurait pas déceler chez des femmes qui sont pas suivies. Le fait de prendre un traitement fait qu'elles sont plus surveillées et fait qu'elles sont plus susceptibles qu'on leur découvre quelque chose aussi donc par ce biais là il peut y avoir des problèmes d'augmentation de la fréquence des cancers ou des phlébites mais les femmes qu'on ne suit pas et bien on ne peut pas savoir ! En général c'est vrai que les femmes qui ont un THS sont beaucoup plus sérieuses que les autres, pour le suivi, pour la surveillance biologique, clinique et paraclinique, pour tout. Elles sont plus enclines à se faire suivre.

HP : Très bien. Et au niveau de vos connaissances sur le THM, pas de problème particulier ?

MG14 : Non, non c'est quelque chose qu'on prescrit depuis longtemps, beaucoup moins qu'avant mais on a toujours en tête les effets secondaires, les complications et la surveillance qui n'empêchent pas de le prescrire. Ça devient quand même plus un traitement d'exception parce que ça représente, je sais pas moi, peut-être 10% des femmes ménopausées...

HP : et ça vous l'expliquez par ?

MG14 : Parce que les femmes tolèrent en général bien leurs bouffées de chaleur, on ne traite que s'il y a une gêne.

HP : d'accord, et vous avez l'impression qu'il n'y a pas tant de plainte par rapport à ça ?

MG14 : Non, après je pense que ça peut être une question sociale ou socioculturelle où nous on a un recrutement plus ouvrier ou cadre moyen donc qui, peut-être se plaint moins que les cadres supérieurs et les gens qui sont plus développés socialement mais globalement je pense que ça représente 10% des femmes ménopausées donc c'est loin d'être systématique le THS.

HP : D'accord. D'un point de vue médico-légal, vous n'avez aucune crainte par rapport à cette prescription ?

MG14 : Non, on en discute, on en rediscute...après on essaye de surveiller les femmes au mieux, de toute façon systématiquement elles sont obligées d'accepter les prises de sang, les mammographies, le suivi clinique...l'avantage du traitement c'est qu'on revoit les femmes tous les 3 mois ou tous les 6 mois donc ça nous permet de suivre l'évolution des choses ! Donc non, pourquoi on aurait un problème médico-légal ? (rires) On prescrit dans l'intérêt de la femme, pas pour faire du chiffre hein ! Les femmes qui ont vraiment des bouffées de chaleur importantes sont très invalidées et demande la prise en charge et en général c'est vrai qu'elles sont soulagées et sont donc contentes de renouveler leur traitement parce qu'elles sentent qu'elles en ont besoin !

HP : Très bien. Donc là vous me paraissez convaincu donc cherchiez-vous à convaincre une patiente qui aurait des réticences parce que, justement, elle aura entendu toutes sortes d'informations là-dessus ?

MG14 : alors en général les femmes qui sont vraiment gênées, elles réclament donc on doit à peine les motiver à prendre un traitement parce que ça reste quand même des indications très peu nombreuses ! En général , la plupart des demandes, ça vient de la femme, enfin nous on introduit les questions après si les femmes sont vraiment gênées essentiellement par les bouffées de chaleur donc on leur explique qu'il y a une surveillance, qu'il peut y avoir des complications mais qui restent quand même relativement exceptionnelles donc si c'est justifié, il n'y a pas de question à se poser, il faut qu'elle prenne un traitement ! Mais en général, elle est demandeuse, soit on lui pose la question et elle a aucun symptôme alors c'est bien, on explique qu'on peut donner un traitement par la suite si elle est gênée mais la plupart des femmes qui viennent et qui disent qu'elles n'en peuvent plus, qu'elles doivent dormir les fenêtres ouvertes, qu'elles sont couvertes de sueur toute la nuit, qu'elles grelottent, là il y a vraiment une indication et c'est un confort qui est irremplaçable le traitement hormonal.

HP : D'accord, et là aucun souci pour l'instaurer ?

MG14 : Non, au contraire, elles demandent à être soulagées et en donnant le traitement c'est un peu miraculeux !

HP : Très bien merci !

15ème entretien, le 08/10/2013, Armentières

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG15 : Alors j'ai 50 ans, ça fait presque 25 ans que je suis installé, moi c'est plutôt du secteur urbain sur Armentières et autour !

HP : Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon, qu'est ce qui en empêche ?

MG15 : Oui bien sûr ! Alors on est toujours en train de fouiner pour rechercher le cancer, c'est surtout ça qui nous intéresse, alors après on est en ville on a 6 ou 7 gynécos autour, on a un service de gynéco dans la maternité d'Armentières donc c'est vrai depuis 25 ans, on a perdu un peu l'habitude de faire de la gynéco pure...les dames en ville vont plus chez le gynéco. Bon on a un petit peu peur parce que les gynécos cliniques vont disparaître ; elles ont toutes 55-60 ans donc on va devoir s'y remettre mais même les frottis j'en fais plus vraiment mais je les dirige toujours et je vérifie que c'est fait, les mammographies...Alors le THS, j'ai vraiment...dans ma patientèle je pense qu'il y a encore 2 dames qui sont sous THS...c'est fou hein, alors qu'avant elles l'avaient presque toutes !

HP : Et pourquoi ?

MG15 : Bah il y a eu cette espèce de phobie du cancer, c'est parti des Etats-Unis puis c'est arrivé chez nous très vite et depuis plus rien quoi...

HP : D'accord mais ces études datent d'il y a plus de 10 ans, depuis les choses n'ont pas changé ?

MG15 : Non non, c'est de l' « antihormone ». Alors il y a à la fois les gynécos, ils n'en proposent pas de ce que je vois dans leurs lettres, pour l'ostéoporose, on fait la

densitomètre osseuse, on donne la supplémentation calcique mais on donne plus de THS.

HP : D'accord ! Alors cette prise en charge, avec le THM, fait-elle, selon vous, partie du champ de compétence du médecin généraliste ?

MG15 : Alors ça peut faire partie, moi c'est ce que je dis : si vous avez un THS, faut vraiment être très rigoureuse dans vos examens de suivi : mammographie bien sur, examen gynécologique donc je pourrai, oui, faire tout ça, seulement, je vous répète, ici on fait très très peu de gynéco car elles ont toutes leurs gynéco ! Moi d'abord, ça m'a jamais passionné donc...même si au début j'en faisais avec pose de stérilets etc mais très vite il a fallu avoir des assurances, de l'oxygène, tout un truc de réanimation et puis ensuite on est débordé par autre chose ! C'est toujours, dans mon questionnement chez une femme en tout cas, je lui pose la question est ce que vous êtes bien suivie sur le plan gynécologique, est-ce que vous avez fait votre mammographie, votre frottis...c'est systématique, ça fait partie de mon questionnaire général !

HP : D'accord : donc que pensez-vous de la médicalisation de cette étape ?

MG15 : Bah c'est vrai que tout ce qui est hormonal, s'il y a d'autres choses, je pense que c'est pas mal aussi...mais après y'a quoi, les bouffées de chaleur qui peuvent nécessiter un traitement, l'ostéoporose alors je sais plus, c'est vrai que par rapport aux traitements qu'on donne en ce moment on est en plein dedans, on surveille vraiment l'ostéoporose avec des ostéodensitométrie tous les 2-3 ans

HP : Et surtout dans le fait de médicaliser avec le THM ?

MG15 : Bon bah moi je suis un petit peu la tendance mais j'avoue que ça ne m'a jamais passionné de mettre des hormones aux femmes ménopausées, par contre il y a des dames, moi j'en ai une qui a 78 ans, qui a toujours son traitement à minima en voyant sa gynéco tous les ans, une gynéco de Bailleul qui doit avoir aussi à peu près 70 ans et qui exerce toujours !

HP : Alors comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG15 : Alors c'est ce que je dis toujours, pour moi si on donne le THS, c'est pas lui qui va donner le cancer mais ça peut faire flamber s'il y en a un sous-jacent...bon j'ai quand même eu des patientes qui ont eu, en 25 ans, des cancers sous THS mais maintenant je n'en donne plus...et on a toujours des cancers du sein!

HP : Et au niveau des avantages ?

MG15 : Bah je pense qu'il y en avait surtout pour, sexuellement, la trophicité vaginale, pour tout ce qui est osseux, alors au niveau vasculaire, je suis pas persuadée que ce soit vraiment...les études, alors les études je m'en méfie parce qu'en 25 ans, on voit de tout et son contraire, c'est toujours pareil, y'a toujours les labos derrière qui sont , euh...on se rend compte qu'on s'est quand même bien fait entuber par les labos et on est très très méfiant sur les études qu'on nous apporte.

HP : D'accord, et même les études récentes qui réhabilitent le THM ?

MG15 : Bah ça change rien, et pour moi et pour les gynécos j'ai l'impression ! Puisque j'envoie chez le gynéco et je vois pas plus de dames sous traitement !

HP : D'accord, donc il y a d'abord une réticence des spécialistes là-dedans ?

MG15 : Bah je pense qu'on a toujours la frousse ! Bon quand on donne la pilule, c'est pour pas être enceinte, y'a beaucoup de jeunes filles qui prennent la pilule...alors après donner à une dame un THS sachant que ça peut aussi faire flamber quelque chose dont le cancer, ça fout un peu la trouille, moi personnellement ça me fout la trouille et quand j'en ai une qui est sous traitement, je dis « oh là », vraiment j'insiste pour qu'elle soit bien surveillée...euh je suis pas contre mais c'est pas moi qui l'instaure !

HP : D'accord, avez-vous entendu parler des polémiques américaines en 2002 avec les études ?

MG15 : Oui bien sûr, aux Etats-Unis ils ont tout arrêté...euh nous, heureusement on n'a pas la médecine américaine, mais moi j'ai toujours le souci de bien soigner et d'abord de pas prendre de risque , je veux dire si c'est pour...euh ça dépend : y'a des dames qui sont très très demandeuses, y'en a d'autres qui le sont pas...c'est vrai que l'éternelle jeunesse je suis pour mais il faut faire du sport, faut bien manger, bah y'a des dames qui vieillissent très très bien et avec ça, y'aurait moins d'ostéoporose etc...moi je pense qu'il faut plutôt insister là-dessus que de leur foutre des hormones, ça fait un petit peu vétérinaire...pour moi, ça a un aspect comme ça...moi personnellement je suis un homme, à un moment on m'a proposé des trucs pour mes cheveux, vous voyez que j'en n'ai plus beaucoup et bien j'ai dit non quoi...

HP : Donc laisser faire la nature ?

MG15 : Attendez moi je prendrai pas d'hormone !

HP : Oui mais ne serait-ce que pour un syndrome climatérique, qui est hautement plus invalidant quand même ?

MG15 : Oui, ça j'avoue que tout ce qui est bouffée de chaleur, ça doit être vraiment terrible, je pense qu'il faudrait trouver un juste milieu mais quelque chose de léger quoi...alors c'est marrant parce que y'a des dames qui n'ont absolument jamais eu de bouffées de chaleur et d'autres qui, à 75 ans, en ont encore...je sais pas si c'est encore la ménopause à 75 ans...

HP : Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG15 : Mes connaissances ne sont pas très approfondies parce que, euh c'est vrai que je lis des études de temps en temps, j'écoute les...en plus, y'a plus jamais de labo qui nous présentent un THS, jamais, pourtant on les reçoit les labos...j'ai l'impression qu'ils ont un peu la frousse aussi !

HP : Et d'un point de vue médico-légal, y a-t-il des craintes particulières ?

MG15 : Ca me détruirait un procès parce que je suis déjà allé au tribunal pour autre chose, comme témoin pour un patient, je trouve que c'est horrible, c'est flippant, je ne dormais plus alors que j'étais absolument pas mis en cause...je trouve que si on peut pas travailler sereinement, euh j'explique toujours les choses et même s'il faut des procès pour pas que n'importe quoi soit fait voilà, on est à l'abri de rien et on l'a toujours à l'esprit mais ce n'est pas que le risque du procès, c'est le risque de nuire, c'est-à-dire ne pas nuire en premier en médecine « primum non nocere » nous disait-on, donc par exemple quand on donne un antibiotique, il faut savoir qu'il peut être très mal supporté, c'est pour ça, toute cette chimie là, pourtant je suis pas homéopathe, mais quand on peut faire autre chose...j'en donne hein, les gens vivent mieux grâce à ça mais si on pouvait trouver d'autres moyens mais on n'est pas aidé, tout ce qui est nature c'est dé remboursé !!!

HP : Imaginons une patiente qui présente un syndrome climatérique important et qui est un peu réticente par rapport au THM, cherchiez-vous à la rassurer et à la convaincre ?

MG15 : Non, je vais pas chercher à la convaincre ! Euh, d'abord on fera le bilan mammo etc, voir la gynéco etc...après souvent j'ai plus de nouvelles parce que j'envoie mais je vais pas la convaincre ! Après je veux pas me dédouaner mais j'ai toujours un peu peur de ce traitement

HP : Plus par le risque carcinologique ?

MG15 : Oui, complètement !

HP : Et d'un point de vue cardio-vasculaire ?

MG15 : oui, là il y a eu tout et son contraire ! Mais je pense que ça doit pas être terrible non plus, et puis y'a d'autres traitements et d'autres prises en charge. Finalement le seul intérêt c'est au niveau des bouffées de chaleur ! L'ostéoporose non...

HP : Oui mais au niveau de l'ostéoporose, ce sont des traitements qui agissent qu'une fois la maladie installée donc pas de prévention !

MG15 : Oui mais on les surveille autrement, on les traite autrement et puis les dames se bougent plus, depuis 20 ans, les dames de 50 ans font du sport, c'est la mode fitness, zumba etc...je pense que c'est vraiment que les bouffées de chaleur qui me diraient ok pour le THS, c'est vrai que ça doit être pénible ! Je prendrai quand même toutes mes précautions !

16ème entretien, le 08/10/2013, Armentières

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à parler de ménopause avec leurs patientes et encore plus de THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Je vais donc vous poser quelques questions ouvertes pour connaître votre pratique et vos opinions là-dessus. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme. D'abord pourriez-vous vous présenter notamment sur votre âge, votre type d'exercice et de patientèle ?

MG16 : Alors moi c'est P..., médecin généraliste, installé depuis 15 ans, j'ai 49 ans. Mon type de patientèle ? Plutôt jeune, j'ai pas beaucoup de personnes âgées, je dois avoir 50% de patients en dessous de 50 ans, ensuite 25% aux alentours de 50-70 et après au-delà.

HP : Alors abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause avec vos patientes en âge concerné et sinon qu'est ce qui en empêche ?

MG16 : Oui oui, pas de problème, ça fait partie du questionnaire...de savoir où elles en sont et du ressenti parce que c'est pas toujours évident ! Alors spontanément, elles, elles en parlent pas...alors peut-être parce qu'on est des hommes, je sais pas, mais il faut aller chercher la question !

HP : D'accord ! Est-ce que vous considérez donc que cette prise en charge soit du champ de compétence du médecin généraliste ou qu'il s'agisse du domaine spécialisé du spécialiste gynécologue ?

MG16 : Ça fait partie du champ de compétence du généraliste, accompagné du gynéco. On est à l'avant-poste nous, il faut la détecter...il y a des patientes qui sont très réticentes donc elles vont pas en parler, donc il faut leur poser la question pour que comme ça, elle s'interroge sur leur vécu, parce que des fois elles trouvent ça tout à fait normal : la grand-mère, la mère etc... c'était pareil Et puis elles ont toutes, euh beaucoup, une réticence par rapport au THM, ça c'est clair !

HP : A cause de quoi selon vous ?

MG16 : A cause des dernières études qui ont été publiées, ça a fleuri dans tous les magazines etc et on est toujours là-dessus, et puis je pense aussi que les gynécologues ont freiné des deux pieds...

HP : D'accord ! Quand vous parlez de la prise en charge par le généraliste accompagné du gynécologue, pourquoi forcément accompagné ?

MG16 : Parce que le frottis, ici, c'est compliqué, elles sont réticentes ! Au début j'essayais mais j'ai vite arrêté, alors mon prédécesseur aussi n'en faisait pas beaucoup donc, vraiment euh...elles freinent des deux pieds ! Voilà !

HP : D'accord ! Alors pensez-vous que cette étape de la vie d'une femme puisse ou doive nécessiter une prise en charge médicale ?

MG16 : Pas forcément, si elle le vit bien...tant que c'est pas le mari qui râle et amène Madame en disant « je la supporte plus » (rires) Euh certaines passent cette étape là de façon extrêmement facilement, sans aucun souci sur le plan gynécologique que psychologique, d'autres le vivent très très mal et c'est là qu'il faut qu'on soit là et elles vont pas forcément le dire donc il faut aller les chercher...

HP : Très bien, alors comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG16 : Bonne question ! Très très bonne question ! Euh, quand on commence on sait qu'on va devoir l'arrêter, ça c'est certain...quand les femmes ne sont pas réticentes, elles l'adoptent et effectivement elles ont des bénéfices tout de suite...on a des femmes qui étaient sous traitement et qui au bout de 2-3 ans se disent « ouh là là » je me sens bien mais j'ai passé la période j'arrête...euh bénéfice-risque ? Si quelqu'un a la réponse, je serai content de savoir !

HP : Vous, personnellement, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG16 : Il y a, je pense et dans certains cas de figure, plus de bénéfice que de risque, ça change la vie des femmes au niveau des symptômes climatiques, ça tout à fait...et on les voit se transformer, elles revivent ! Franchement elles avaient pris 20 ans d'un seul coup et étaient à la retraite de leur vie de femme je dirai, c'était quasiment ça ! Maintenant le risque, bah il faut surveiller tout le temps et les prévenir

HP : Oui, donc là vous parlez de quel risque ?

MG16 : Y'a tout ce qui est thromboembolique, c'est peu clair au niveau des risques de cancer gynécologiques donc on essaye de les rassurer. Je suis pas sûr qu'on soit forcément entendu...voilà, pour certaines, je pense qu'il y a plus de

bénéfice que de risque mais maintenant c'est sûr que quelqu'un qui est en surpoids, qui fume, qui a une hygiène de vie défavorable, c'est compliqué !

HP : D'accord, et accordez-vous d'autres avantages au THM que déjà, certes, la prise en charge du syndrome climatérique ?

MG16 : Non je vois pas !

HP : Ok. Que pensez-vous de vos connaissances sur le THM ?

MG16 : Euh...elles pourraient être réactualisées ! Le problème c'est que les dernières études, elles sont tellement floues...

HP : Là vous parlez des études américaines ?

MG16 : Oui, y'a plus de consensus, les recommandations sont absolument pas claires, c'est effrayant donc chacun fait sa cuisine...on sait qu'il y a des gynécos qui sont extrêmement réticents, ils ont bien freiné...moi je dirai qu'ils ont arrêté 90% des traitements !

HP : D'accord, sachant qu'aujourd'hui, nous sommes bien à distance de ces études ?

MG16 : Oui, on en est toujours au même stade ! Est-ce que c'est les gynécos qui n'en prescrivent plus ou les femmes qui n'en veulent plus ? Je pense que les deux sont conjugués...euh voilà !

HP : D'accord, donc vous suivez un peu l'avis des spécialistes qui vous entourent là-dessus ?

MG16 : Ah oui ! Oui oui oui !

HP : D'accord ! D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG16 : J'ai pas de souci ! A partir du moment où l'information est donnée à la patiente et qu'on a vérifié qu'elles ont bien entendu car elles peuvent écouter mais pas entendre donc...euh on le dit tout le temps, elles sont plus sensibles dans ce cas de figure là avec extrapolation à la pilule, elles sont beaucoup plus sensibles à tout ce qui est autour du bénéfice risque donc elles entendent ! Après c'est tout à fait normal, même quand on renouvelle un traitement ; de leur rappeler les risques auxquels elles sont exposées ! Voilà, à partir du moment où elles sont informées, il n'y a pas de risque au niveau médico-légal !

HP : Très bien, imaginons maintenant la situation d'une patiente avec un syndrome climatérique important, sans antécédent particulier, qui vient vous trouver

et qui est réticence au THM parce qu'elle a tout entendu à son sujet, chercheriez-vous à la convaincre, à changer ses opinions sur le THM ?

MG16 : Je l'informerai sur les moyens qu'on a pour pouvoir la soulager, et la rassurer en disant que c'est pas plus dangereux qu'en période contraceptive et que, après elle en a besoin ! En général, elles se sont bien renseignées avant, sauf qu'elles se sont renseignées là où il fallait pas forcément, le débat et la recherche de renseignements sont toujours à charge, contre le traitement...ça c'est la tendance ! Donc en fait, il faut réexpliquer, bien leur dire qu'on n'est pas parti pour 20 ans et que c'est un des moyens...après nous on propose, elles, elles disposent ! Il faut leur laisser le choix, ça permet d'avoir une discussion...après si les symptômes s'intensifient, elles reviennent !

HP : Et là vous prenez en charge ?

MG16 : Alors je prends en charge, j'initie de temps en temps...en général ce qui se passe c'est qu'elle me demande mon avis et après elles vont voir leur gynéco puis elles comparent les discours...en espérant que le discours soit synchrone !

HP : D'accord, et le fait que vous ayez l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de THM prescrit, c'est que les discours ne le sont pas ?

MG16 : Oui, il y a des chances...en fait moi, ça fait 15 ans donc quand je suis arrivé c'était la pleine polémique parce que c'était y'a 10 ans maintenant l'étude et c'est vrai qu'on est passé de 90% à 10% de prescription

HP : sans réelle augmentation aujourd'hui ?

MG16 : pas pour le moment !

HP : D'accord ! Vous n'avez pas du tout entendu parler d'études pro-THM parues depuis ?

MG16 : Non non ! Y'en a eu ?

HP : Oui !

MG16 : ah !!!

HP : D'où ma thèse ! Et bien merci pour cette discussion...

17ème entretien, le 24/10/2013, Armentières

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à prendre en charge la ménopause et encore plus vis à vis du THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Nous allons donc discuter là-dessus dans le but de connaître votre pratique et vos opinions. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Alors comment abordez-vous le sujet de la ménopause avec vos patientes ?

MG17 : Euh...bah à partir du moment où ça arrive, on en parle forcément!

HP : Est-ce plutôt vous qui en faites la démarche ou une demande des patientes?

MG17 : Bah c'est vraiment très très variable, pas de truc spécifique !

HP : Donc vous pouvez en parler, il n'y a rien qui vous freine ?

MG17 : Oh non non pas du tout ! Après elles sont souvent suivies par des gynécos donc on a beaucoup moins la main qu'avant, c'est sûr ! C'est vrai qu'au niveau des traitements, les patientes sont nettement moins demandeuses qu'avant, j'en ai très peu sous traitement hormonal donc euh...j'en initie très peu mais j'en parle, je dis ce qui existe et puis voilà...elles voient avec leur gynéco en général !

HP : Vis-à-vis de la durée de consultation sur le sujet, que pensez-vous ?

MG17 : La durée ? Euh comme les autres consultations, pas de problème.

HP : Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG17 : Insuffisantes maintenant...euh c'est vrai qu'il y eu beaucoup de controverses avec les études américaines....c'est vrai que ça freine beaucoup quand même au niveau patient et à notre niveau aussi ! Donc je dis aux femmes que ça existe, qu'elles peuvent en prendre et après c'est leur choix...mais c'est vrai qu'elles sont très réticentes !

HP : A cause de ?

MG17 : Ces études avec le risque de cancer du sein augmenté etc...c'est ce qui est resté dans leur tête.

HP : D'accord, je vais juste en reparler après si ça ne vous embête pas. Considérez-vous qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG17 : De plus en plus...mais si je pense qu'on pourrait gérer nous-même, mais c'est un peu comme ça que ça a évolué, vaut mieux faire ça !

HP : Donc ce sont les patientes qui d'elles même préfèrent voir ça avec leur gynéco selon vous ?

MG17 : Bah on en parle ici à l'occasion et comme elles sont suivies par un gynéco, elles vont voir leur gynéco...moi je leur explique un peu ce que je pense !

HP : Que pensez-vous de la prise en charge médicale de cette étape de la vie d'une femme ?

MG17 : C'est-à-dire ?

HP : Pensez-vous que celle-ci justifie une prise en charge thérapeutique et notamment médicamenteuse ?

MG17 : Pas forcément...ça dépend vraiment des femmes !

HP : Ok et comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG17 : Bah je pense que c'est une meilleure qualité de vie quand même avec le traitement, il y a la prévention de l'ostéoporose, une surveillance qui se fait également plus régulière...euh pour moi c'est intéressant.

HP : Très bien, et est-ce que vous voyez des inconvénients ?

MG17 : Bah vu toutes les études qui sont sorties avec le cancer du sein essentiellement, les risques vasculaires etc...ceci dit c'est quand même bénéfique de traiter je pense!

HP : Très bien !

MG17 : Mais les femmes restent quand même très réticentes à être traitées !

HP : d'accord, donc selon vous ce qui coince c'est au niveau des patientes ?

MG17 : Tout à fait !

HP : Justement alors ; comment réagissez-vous face à la réticence des patientes ?

MG17 : Bah je leur explique, je contredis un peu ce qui a été dit dans la presse...voilà c'est des explications qui ne se font pas en une seule consultation, on a le temps...il faut leur en parler assez régulièrement.

HP : Ok, de ce fait comment, vous, vous avez vécu les polémiques causées par ces études américaines ?

MG17 : Bah c'était très déstabilisant au départ ...après on a pris un peu de recul par rapport à ces études car ce n'était pas comparable à ce qui faisait en France, d'après ce que j'ai lu ! Mais les femmes sont extrêmement marquées par çaC'est vrai que je n'initie pas de traitement per os !

HP : d'accord, et le fait qu'on soit maintenant à plus de 10 ans ?

MG17 : ah ça fait déjà 10 ans ?

HP : Oui, 2002 !

MG17 : Bah c'est encore vachement marqué !

HP : Malgré les études plus récentes plus favorables au THM ?

MG17 : Oui, tout à fait...ça se fait vraiment sur plusieurs consultations, pas en une fois !

HP : D'accord ! Donc vous vous êtes retrouvés dans cette situation et avez-vous réussi à les convaincre ?

MG17 : Quelques-unes, pas toutes !

HP : Ok ! D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG17 : C'est-à-dire ?

HP : Avez-vous des craintes particulières ?

MG17 : Bah....les études qui ont été faites, le rapport bénéfice-risque...à partir du moment où on a expliqué les choses ça va...après tout est possible !

HP : Que pensez-vous de la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique aujourd'hui, depuis que les traitements hormonaux ont été évincés ?

MG17 : Bah c'est un petit peu compliqué...Il faut bien cibler les femmes !

HP : Vous n'avez pas remarqué plus de complications de l'ostéoporose ?

MG17 : Difficile à dire, au niveau d'une clientèle c'est difficile à juger....je sais pas s'il y a eu des choses montrées ?

HP : Oui, une augmentation des fractures ostéoporotiques !

MG17 : Ah bah j'ai appris quelque chose !

HP : Donc à part ces études encore très présentes selon vous, il n'y a rien qui vous gêne dans la prise en charge de la ménopause ?

MG 17 : Non non, j'essaye de convaincre !

HP : Très bien, pourriez-vous préciser, pour mon étude, votre âge et type d'exercice SVP ?

MG17 : Oui, euh 59 ans, exercice de généraliste, en cabinet avec 5 médecins et une cliente de ville plutôt, de ville moyenne !

HP : Et bien merci !

A noter : participation il y a « 2 ou 3 ans » à un « formation » sur la prise en charge de la ménopause évoqué en fin d'entretien hors enregistrement donc au fait de la prise en charge mais problème des reco peu claires évoquées++++

18ème entretien, le 12/11/2013, Fruges

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je viens de finir mon internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à prendre en charge la ménopause et encore plus vis à vis du THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Nous allons donc discuter là-dessus dans le but de connaître votre pratique et vos opinions. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Alors comment abordez-vous le sujet de la ménopause avec vos patientes ?

MG18 : Bah au cours de l'entretien...

HP : C'est-à-dire ? Est-ce plutôt une démarche de votre part ou de la leur ?

MG18 : C'est souvent une démarche de la leur quand même, très honnêtement! Autrement, moi je l'aborde aussi quand il y a d'autres problèmes : problème du tabac, cardiovasculaire etc...dans un entretien plus global ! Autrement elles ont souvent un traitement hormonal de type oestroprogestatif, implant ou autre chose, donc il arrive un âge où on se demande si tout ça est encore bien utile et on en parle donc euh...voilà !

HP : Y'a-t-il quelque chose qui vous freine dans le fait de l'aborder ?

MG18 : non pas du tout !

HP : La durée de la consultation ?

MG18 : Bah c'est une consultation comme une autre !

HP : Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet de la ménopause ?

MG18 : Anciennes....en rapport avec l'âge du médecin (rires)

HP : D'accord, considérez-vous qu'il s'agisse là du domaine spécialisé du gynécologue et pourquoi ?

MG18 : Non ! C'est quoi ça un gynécologue ?

HP : ah il n'y en a pas ici ?

MG18 : Ah c'est loin de Lille ! Les gynécologues ; c'est de la médecine de riche!
(rires)

HP : Que pensez-vous de la prise en charge médicale de cette étape de la vie d'une femme ?

MG18 : Ah je pense que c'est une prise en charge utile et nécessaire, comme elle l'a été dans le reste de sa vie génitale...euh je vois pas de différence !

HP : Très bien ! Alors comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du traitement hormonal de la ménopause ?

MG18 : Bah écoutez, moi je vous dis : je suis un vieux médecin et si vous voulez pendant des années les gynécologues, la bouche en cœur, nous ont dit qu'on était vraiment des inconscients de ne pas donner un THM aux femmes parce qu'on les privait d'un certain nombre de choses, les mêmes gynécologues qui nous ont encouragés à prescrire les 3èmes et 4èmes générations de pilule en nous disant, que quand même, on datait un peu...effectivement maintenant je les entends un peu moins...mais je pense que voilà, il y a toujours un intérêt à traiter la ménopause en particulier dans certains cas d'ostéoporose etc, après y'a le risque cardio-vasculaire, le risque de cancer donc je pense qu'il faut bien expliquer à la femme et après c'est elle qui décide si elle veut courir le risque, qui à mon sens n'est pas très élevé et en plus elle est mieux surveillée que les autres donc je pense qu'il n'y a pas un risque supérieur à traiter plutôt qu'à ne pas traiter ! Simplement il faut expliquer le rapport bénéfice-risque, le suivi régulier...maintenant si elle a décidé de ne jamais venir voir le médecin, de ne jamais faire un frottis et de fumer 2 paquets par jour, là je vais jouer mon joker ! C'est au cas par cas, on connaît bien nos patientes hein, surtout celles qu'on a suivi toute leur vie donc y'en a chez qui, je ne proposerai même pas car je sais qu'elles feront pas le suivi, qu'elles fument comme des sapeurs donc il vaut mieux ne pas leur donner de THM !

HP : Oui effectivement. Donc justement, concernant votre prise en charge thérapeutique générale des troubles liés à la ménopause, y-a-t-il quelque chose qui vous freine dans la prescription du THM ?

MG18 : Les facteurs de risques ! C'est sûr, ça va me freiner !

HP : Que pensez-vous du risque carcinologique lié au THM ?

MG18 : Bah je pense qu'en médecine, il faut être humble et ce que je pense aujourd'hui ne sera peut-être plus valable dans 5 ans, donc il faut faire preuve de beaucoup d'humilité...donc si vous voulez, on a entendu pendant des années que ça diminuait le risque cardio-vasculaire chez la femme, que ça n'augmentait pas plus le cancer euh, enfin moi j'ai 30 ans de médecine derrière moi, il me semble que le

cancer du sein, on en a plus qu'avant ! Alors est ce qu'il est mieux dépisté ? Possible! C'est juste un ressenti ce que je vous dis, donc est ce que c'est le THM ou les pilules...moi je vois pas trop de différence et peut-être que c'est tout ça qui en est responsable ! Les perturbateurs endocriniens etc, qu'est-ce qu'on va trouver encore...il faut être humble car il y a 30 ans, on était un dangereux criminel si on ne faisait pas, aujourd'hui on est un dangereux criminel si on fait...bref il faut prendre du recul et se dire qu'aujourd'hui c'est comme ça !

HP : Très bien, et au niveau des effets cardio-vasculaires imputés au THM ?

MG18 : Bah je pense que si on respecte les facteurs de risques euh...longtemps on a dit que la femme était protégée par ces hormones, qu'elle avait moins de problème cardio-vasculaire mais je pense que, malheureusement elle a pris les mêmes mauvaises habitudes que les hommes donc pour moi, c'est pas un facteur prépondérant

HP : Très bien. Et au niveau de vos connaissances sur, précisément le THM, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG18 : C'est vrai que le THM est beaucoup moins prescrit qu'auparavant, ça c'est une réalité ! Je dois avoir 10 fois moins de femmes sous THM par rapport à avant !

HP : et ça vous l'expliquez comment ?

MG18 : bah parce qu'on a montré des effets délétères, effectivement, au niveau carcinologique, au niveau cardio-vasculaire...voilà, on l'explique comme ça !

HP : j'imagine que vous faites référence aux polémiques causées par notamment les études américaines ?

MG18 : Oui oui

HP : Et le fait qu'on soit à plus de 10 ans de celles-ci aujourd'hui avec un grand recul aussi ?

MG18: Bah je vous dis, ça me parait tellement noyé dans les facteurs de risque liés à notre mode de civilisation, en retirer un comme ça, j'en suis pas capable ...je vois plus de problème cardio-vasculaires chez les femmes que j'en voyais avant, par contre on niveau cancer du col, j'en vois peu, et plus de cancer du sein...donc moi je vous dis je vois plutôt ça comme le traitement hormonal de toute la vie que le THM...j'ai même la sensation que le cancer du sein se voit plus bien plus jeune qu'avant, donc on ne peut pas incriminer le THM !

HP : Comment avez-vous vécu ces polémiques alors ?

MG18 : Bah je les ai vécu sereinement en disant que c'était pas les premières que j'avais connu et que ce serait pas les dernières...quand j'avais votre âge, si on donnait un bêtabloquant dans l'insuffisance cardiaque, on était un dangereux criminel , maintenant c'est si on le donne pas ! Donc non non, du recul...

HP : D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription du THM ?

MG18 : Bah il faut expliquer aux patientes et le tracer dans le dossier le cas échéant !

HP : Très bien, Comment réagissez-vous devant la réticence des patientes vis-à-vis du THM ?

MG18 : Bah je les comprends et c'est vrai que...curieusement pendant des années, elles se sont plaintes de bouffées de chaleur et maintenant qu'on peut redonner des THM, il y a moins de plaintes... ;elles ont acté qu'on allait peut-être pas leur donner de traitement je sais pas, autrement l'ostéoporose, on a d'autres traitements aussi...

HP : Oui mais on les utilise une fois que la pathologie est bien installée, après fracture !

MG18 : Oui oui...c'est vrai ! Mais là aussi, on la dépiste plus qu'avant donc forcément on en trouve plus qu'avant !

HP : Et est-ce que vous chercheriez à convaincre une patiente alors réticente ?

MG18 : Bah si elle a pas d'antécédent, pas de facteur de risque et qu'elle va bien se faire suivre, oui, j'ai pas de blocage !

HP : Très bien. Et pour finir ; que pensez-vous de l'ostéoporose post ménopausique aujourd'hui ?

MG18 : Je pense qu'elle est plus prise en compte que par le passé mais qu'il y a encore du travail là-dessus, le THM a sa place dedans comme les autres !

HP : Ok, merci ! Pourriez-vous simplement préciser votre âge et type d'exercice pour terminer ?

MG18 : oui, alors 57 ans, médecin généraliste en milieu rural depuis 27 ans !

19ème entretien, le 12/11/2013, Fruges

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je viens de finir mon internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à prendre en charge la ménopause et encore plus vis à vis du THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Nous allons donc discuter là-dessus dans le but de connaître votre pratique et vos opinions. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Alors comment abordez-vous le sujet de la ménopause avec vos patientes ?

MG19 : Elles viennent des fois spécifiquement pour ça mais il faut reconnaître que c'est rare, c'est pas le motif de consultation principal mais c'est vrai qu'il faut penser à en parler, tout comme du frottis et de la mammo de dépistage pour rester dans la sphère gynéco...tout en sachant qu'on est en milieu rural donc les femmes de 50ans, ont pas forcément eu l'habitude d'aller voir le gynéco donc il faut aborder le sujet !

HP : Ok. Est-ce qu'il y a des choses qui vous freinent dans le fait de l'aborder donc ?

MG19 : non non

HP : Que pensez-vous de la durée de consultation là-dessus ?

MG19 : Ah ça rallonge la durée de la consultation c'est sûr...il faut être honnête, le jour où c'est plein de rdv et où il y a une urgence entre deux, on va passer beaucoup moins de temps à faire de la prévention dans les consultations qui suivent . Mais sinon ça va !

HP : oui c'est sûr. Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet, en général ?

MG19 : Bah peux mieux faire, peux mieux faire...on a eu des EPU là-dessus mais le problème c'est qu'on a aussi eu des avis controversés là-dessus mais après chacun se fait sa propre idée !

HP : Très bien. Considérez-vous qu'il s'agisse du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG19 : Non non. Si c'est juste, déjà, la prévention et puis la mise en route du traitement et qu'il n'y a pas de souci : non !

HP : Ok. Et que pensez-vous justement de la prise en charge thérapeutique de cette étape de la vie d'une femme ?

MG19 : Y'en a beaucoup qui passent à côté et qui n'ont pas de traitement...il y en a encore qui mettent ça de côté, comme traitement.

HP : D'accord, et vous personnellement, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG19 : Bah moi j'incite à ce qu'elles soient prises en charge, pas forcément un THM mais au moins qu'elles soient suivies, qu'elles aient un traitement pour les bouffées de chaleur et qu'elles soient suivies surtout, pas que ça reste tabou !

HP : Très bien. Alors comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM ?

MG19 : Ah ça...c'est la question euh...peut-être la plus difficile parce que ça reste un peu personnelle...euh il faut reconnaître qu'il y a plus aujourd'hui, après à voir si c'est fondé ou pas, de crainte par rapport au THM...

HP : De la part des médecins ? Des patientes ?

MG19 : Des médecins oui...des patientes, euh je pense pas, je pense que c'est plus l'avis du médecin qui a bougé par rapport à quelques années, plus réticents au THM qu'il y a 10 ans !

HP : Par rapport à ?

MG19 : Par rapport au risque de cancer du sein secondaire ou des choses comme ça !

HP : d'accord, mais accordez-vous des avantages au THM ?

MG19 : Oui, oui...moi je suis pas contre ! Il faut être en accord avec la patiente de toute façon car c'est un traitement long et si la patiente le fait, la main forcée, il n'y aura pas de suivi à long terme, l'observance c'est pas facile !

HP : Alors que pensez-vous du risque carcinologique imputé au THM justement ?

MG19 : oh je sais pas, j'ai pas lu quelque chose de récent là-dessus...ça reste une idée.

HP : Mais est-ce que ça vous freine dans vos prescriptions ?

MG19 : Oui, un peu...honnêtement oui !

HP : Surtout au niveau?

MG19 : mammaire oui oui !

HP : et au niveau des effets cardio-vasculaires ?

MG19 : non pour moi, la crainte principale c'est au niveau du sein. Cardio-vasculaire c'est beaucoup moins...

HP : Comment avez-vous vécu les polémiques causées par les études américaines sur le THM en 2002, si vous en avez entendu parler ?

MG19 : Oui...bah comme toutes les polémiques, avec du recul ! C'est comme là avec les pilules, il faut prendre du recul et calmer un peu le jeu !

HP : D'accord. D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez-vous face à la prescription du THM ?

MG19 : Oh je m'étais pas posée la question, on n'est pas encore aux Etats-Unis, dieu merci...donc non non, pas de souci !

HP : Très bien ; et comment réagissez-vous face à la réticence des patientes vis-à-vis du THM ?

MG19 : bah je la respecte quoi...mais ça m'empêchera pas d'en parler la fois d'après ! Si les gens n'adhèrent pas, à nous de les convaincre mais si c'est pour qu'elles suivent plus son traitement, éventuellement un autre traitement bah on aura tout perdu donc...

HP : d'accord. Que pensez-vous de la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique aujourd'hui ?

MG19 : Je pense qu'il y a encore pas mal de boulot à faire là-dessus...après il y a le problème de l'examen, des délais...

HP : Et dans le fait que le THM ne soit plus indiqué dans la prise en charge en 1ère intention ?

MG19 : oui, ça a peut-être limité la prise en charge!

HP : Ok, Quand vous étiez d'accord tout à l'heure sur le fait que le THM ait des avantages, à ce niveau-là vous en voyez ?

MG19 : Oui oui, après au niveau national je sais pas ce que ça donne, je peux pas dire s'il y a plus de fracture ou pas...euh ...peut-être, mais là comme ça rapidement, j'ai pas l'impression d'avoir eu une recrudescence de ces soucis par rapport à ça !

HP : Ok, et bien merci ! Pourriez-vous juste préciser votre âge et type d'exercice pour mon étude svp ?

MG19 : Oui, 47 ans, médecin en milieu rural et cabinet de groupe...euh voilà !

20ème entretien, le 12/11/2013, Fruges

HP : Bonjour, je m'appelle Hélène Paquentin, je viens de finir mon internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la ménopause en médecine de ville, en ciblant particulièrement le traitement hormonal substitutif. J'ai, en effet, pu constater par mon stage N1, par les propos de femmes de mon entourage ou par des présentations médicales, que les médecins généralistes étaient parfois, aujourd'hui, réticents à prendre en charge la ménopause et encore plus vis à vis du THS. Mon but est alors d'évaluer spécifiquement les freins à cette prise en charge. Nous allons donc discuter là-dessus dans le but de connaître votre pratique et vos opinions. Cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative mais restera bien sûr anonyme.

Alors comment abordez-vous le sujet de la ménopause avec vos patientes ?

MG20 : alors c'est pas moi qui l'aborde, c'est elles...

HP : ok, et donc vous, pourquoi ne l'abordez-vous pas spontanément ?

MG20 : Parce que euh...souvent elles viennent pour autres choses et qu'on n'a pas forcément le temps de tout faire en une consultation, qu'il y a du monde et qu'à la campagne on n'est pas très nombreux !

HP : Ok, et y'a-t'il plus spécifiquement des choses qui vous freinent dans le fait de l'aborder ?

MG20 : Non !

HP : Non, la durée de la consultation là-dessus ?

MG20 : ah non, moi généralement ça va vite...

HP : ah bon ?

MG20 : Oui, elles vont rapidement voir le gynéco...pour celles qui veulent un THS !

HP : ah d'accord ! Et donc, vous, vous ne prenez pas en charge ?

MG20 : Non...c'est pas que je suis contre mais il y a tellement eu d'études, de controverses et de contre-études que je préfère laisser ça aux spécialistes...en plus, au niveau formation, on n'en a pas forcément eu beaucoup à l'époque...donc je botte en touche !

HP : oui, donc pour vous, il s'agit bien du domaine spécialisé du gynécologue ?

MG20 : je préfère leur laisser la responsabilité de la prescription !

HP : Ok. Que pensez-vous de la prise en charge médicale de cette étape de la vie d'une femme ?

MG20 : Je suis pas contre, tant qu'il n'y a pas de complication...je renouvèle des traitements après que le gynéco ait dit ok mais ce n'est pas moi qui l'initie !

HP : Ok, comment considérez-vous le rapport bénéfice-risque du THM aujourd'hui ?

MG20 : Pff...avec les études, les controverses qu'il y a eu, je suis plutôt mitigé...pas contre, mais pas particulièrement pour à tout prix !

HP : Lui accordez-vous des avantages ?

MG20 : Oui...sur l'ostéoporose surtout.

HP : Et donc plus précisément ce qui vous freinent dans le THM, ces controverses c'est à quel sujet ?

MG20 : Les risques de cancer etc...du sein !

HP : Et au niveau cardio-vasculaire ?

MG20 : Bah les choses sont pas claires...les spécialistes sont déjà pas d'accord entre eux ! On verra bien dans quelques années !

HP : Que pensez-vous de vos connaissances sur le sujet ?

MG20 : Mes connaissances ? Faibles ! Ça faisait pas partie du programme à l'époque et comme il y a tellement de choses, c'est vrai qu'il y a des choses sur lesquelles je me suis moins focalisé...

HP : Pour quelles raisons ? Manque d'intérêt ?

MG20 : Manque de temps surtout ...il faut faire des choix !

HP : d'accord, alors ces polémiques, notamment causées par les études américaines de 2002, comment les avez-vous vécues ?

MG20 : Déjà ? Déjà tout ça ? Oh là là, ça me semblait plus récent...bah on a vu revenir des patientes, et moi j'étais là, perplexe...euh allez voir le gynéco ! Mais c'est vrai que ça n'a pas fait que du bien, et ça continue.

HP : oui, vous trouvez aussi, à plus de 10ans ?

MG20 : Oui...mais je m'étais pas rendu compte que ça faisait 10 ans !

HP : Ok. D'un point de vue médico-légal, comment vous sentez vous face à la prescription du THM ?

MG20 : Bah c'est pour ça que je botte en touche...pour limiter au maximum les problèmes médico-légaux...actuellement c'est ça dans tous les domaines,...c'est les contrôles d'un côté ou de l'autre...pff !

HP : Et comment réagissez-vous face à la réticence des patientes vis-à-vis du THM ?

MG20 : Bah je les comprends...après je suis l'avis du gynéco vers qui je l'ai envoyée !

HP : Ok, que pensez-vous de la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique aujourd'hui ?

MG20 : Oui, la prévention de l'ostéoporose c'était pas mal...mais si y'a plus de risque aussi euh...je suis pas particulièrement à l'aise avec les THS dans l'ostéoporose !

HP : et avant ces controverses ?

MG20 : disons qu'avant, j'étais que remplaçant, j'en voyais pas beaucoup et je me suis installé juste à ce moment-là !

HP : ok, donc vous n'avez jamais eu de pratique vraiment ?

MG20 : Non, pas de pratique, pas de formation, peu de compétence...

HP : Et bien ok, pourriez-vous juste préciser votre âge et type d'exercice pour mon étude svp ?

MG20 : Oui, 44 ans, cabinet de groupe en milieu rural.

AUTEUR : Nom : Paquentin

Prénom : Hélène

Date de Soutenance : Jeudi 27 février 2014

Titre de la Thèse : Les freins à la prise en charge de la ménopause en Médecine Générale.

Etude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2013

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Ménopause, traitement hormonal de la ménopause, médecine générale, étude qualitative.

Résumé :

Contexte : La prise en charge thérapeutique de la ménopause, à plus de dix ans du cataclysme provoqué par l'étude américaine WHI, reste difficile en médecine générale. L'objectif de cette étude était d'en évaluer les freins aujourd'hui.

Méthodes : Etude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs individuels auprès de vingt médecins généralistes dans le Nord-Pas-De-Calais en 2013. Un échantillonnage en variation maximale a été réalisé. L'analyse des résultats a été faite en double aveugle avec le logiciel Nvivo10, par une approche thématique.

Résultats : Les résultats de l'étude WHI ont eu un impact fort chez les médecins généralistes car ils étaient toujours cités comme principal frein au traitement hormonal de la ménopause (THM) aujourd'hui. L'appréhension du risque cardiovasculaire et du cancer du sein était importante. Les bénéfices du THM, eux, étaient jugés limités ou au second plan lorsqu'il s'agissait de l'ostéoporose post ménopausique. Les recommandations et les connaissances sur le THM étaient jugées insuffisantes : elles entraînaient difficultés et perte de repère vis-à-vis du traitement. Le recours au spécialiste gynécologue était largement utilisé et considéré comme préféré par les patientes. Les conséquences de la carence estrogénique étaient sous-estimées ou perçues comme naturelles. Enfin, des difficultés de prescription (schéma, durée limitée) et la réticence des patientes étaient aussi retrouvées comme obstacle au THM.

Conclusion : Les médecins généralistes éprouvent aujourd'hui des difficultés face au THM, conséquences directes et indirectes de l'étude WHI. Chaque point pouvant cependant être repris pour améliorer la prise en charge de la femme ménopausée.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Professeur Didier Dewailly

Docteur Brigitte Letombe

Docteur Denis Deleplanque